



RET TEN I VIBORG DOM

afsagt den 3. juni 2022

Sag BS-17898/2020-VIB

A
(advokat Lars Sandager)

mod

Ankenævnet for Patienterstatningen
(advokat Christina Steen)

Denne afgørelse er truffet af dommer Anne-Vibeke Dolleris.

Sagens baggrund og parternes påstande

Under denne sag, der er modtaget i retten den 30. april 2020, har sagsøgeren, A, nedlagt påstand om, at sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningens, afgørelse af 31. oktober 2019 i SAGSNUMMER ophæves, og at sagen hjemvises til fornyet behandling ved Ankenævnet for Patienterstatningen

Ankenævnet for Patientforsikringen har nedlagt påstand om frifindelse.

Sagen angår prøvelsen af, om afgørelsen af 31. oktober 2019 fra Ankenævnet for Patientforsikringen (herefter Ankenævnet) er korrekt. Afgørelsen er en ændring af en forudgående afgørelse af 4. maj 2018 fra Patienterstatningen, hvor A's skade var anerkendt, og hvor der var udmålt erstatning for varigt mén og svie- og smertegodtgørelse.

Dommen indeholder ikke en fuldstændig sagsfremstilling, jf. retsplejelovens § 218 a.

Forklaringer

B har forklaret, at hun er A's hustru. Inden den 10. april 2015 var A i meget god form.

Det var hende, der kørte A til lægen, hvor de blev henvist til Behandlingssted 1. Der blev ikke foretaget trombolyse-behandling, da blodproppen var forbigående. A skulle i stedet begynde på blodfortyndende medicin næste dag, men han skulle blive på Behandlingssted 1 natten over, så han kunne blive tjekket hver time for nye blodprøver. Hun kørte derfor hjem for at sove.

Mens hun næste dag var på vej til Behandlingssted 1, blev hun ringet op af Behandlingssted 1, der fortalte, at A havde fået en blodprop mere, og at han skulle overflyttes til Behandlingssted 2, hvortil hun i stedet skulle køre.

Hun var ikke inde over vurderingen af, om der skulle foretages trombolyse-behandling på Behandlingssted 1 eller ske overflytning til Behandlingssted 2.

Parternes synspunkter

A har i sit påstandsdokument til støtte for påstanden anført:

" ...

HOVEDANBRINGENDER

Sagsøger fik det dårligt om formiddagen den 10. april 2015. Han blev via egen læge kørt i ambulance til Behandlingssted 1 med tegn på blodprop.

Han gennemførte undersøgelser der viste, at der rent faktisk forelå en blodprop som følge af en karspaltning i halspulsåren. Symptomerne var imidlertid i løbet af eftermiddagen gået i sig selv inden behandlingen med trombolyse blev iværksat og der var herefter ikke længere indikation.

Samme dag kl. 17.42 fik sagsøger et nyt tilfælde med tegn på blodprop i hjernen med sprogforstyrrelser (afasi) og hængende mundvig. Igen gik symptomerne over, og der undladtes iværksættelse af trombolyse.

Sagsøger gør imidlertid gældende, at med den kendte dissektion (karspaltning) og efterfølgende i mindst to tilfælde af blodpropdannelser i hjernen vidste eller burde Behandlingssted 1 vide, at karspaltningen gav meget stor risiko for nye blodpropdannelser, der ville sætte sig oppe i hjernen.

Næste dag den 11. april 2015 om morgenen udviklede sagsøger på ny omfattende afasi (sprogforstyrrelse) og højresidig ansigtslammelse som tegn på, at der på ny havde sat sig en stor blodprop i hjernen fra kar-spaltningen. Der blev fortsat ikke givet trombolysebehandling, men besluttet overflytningen til Behandlingssted 2, som imidlertid først kunne gennemføres 3 timer senere. På tidspunktet for ankomsten til Behandlingssted 2 var der så omfattende vævsskade i hjernen på grund af blodproppen, at det ikke fandtes formålstjenligt at gennemføre en mekanisk blodpropsfjernelse (EVT). Skaden var sket, og risikoen ved indgrebet var derfor for stort i forhold til mulige gevinster ved indgreb. Der blev heller ikke ved ankomsten til Behandlingssted 2 givet trombolyse.

RETSLÆGERÅDETS BESVARELSE

Retslægerådet anfører ved besvarelsen af spørgsmål 3, at dissektionen medførte en fortsat risiko, også efter at symptomerne for blodpropdannelsen var gået væk, med risiko for ny blodpropdannelse (apopleksi).

Retslægerådet har anført, at MR-skanningen den 10. april 2015 kl. 14.15 viste, at der ikke var nogen væsentlig blødningsrisiko i hjernen i form af blødninger eller lignende. Der var på tidspunktet ikke nogen kontraindikationer på behandlingen med trombolyse, der var første valg ved blodprop i hjernen. Alligevel blev denne ikke iværksat, hverken den 10. april 2015 eller om morgenen den 11. maj 2015, hvor sagsøger fik en alvorlig tilstopning og blodprop med afasi og ansigtslammelser. En ny akut CT-skanning viste fortsat ingen blødning i hjernen, men trombolyse blev fortsat ikke igangsat

Retslægerådet har ved besvarelse af spørgsmål 6 anført, at trombolysebehandling kunne have været iværksat fra den 10. april 2015, og fra dette tidspunkt forelå ikke nogen kontraindikation, hvis der opstod en ny blodprop, hvor symptomerne ikke var forbigående. Denne besvarelse må forstås på den måde, at det var en behandling, der var første valg og som der burde være givet efter de gældende retningslinjer. Det underbygges efter sagsøgers opfattelse af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål A, hvor Retslægerådet anfører, at problemet i sagen ikke er behandlingen, men den manglende trombolysebehandling.

Trombolyse er derfor ikke blot en behandling, man kunne overveje, men det var lægeligt den mest optimale i situationen i forhold til at undlade behandling med trombolyse. Dette er endvidere underbygget af, at Retslægerådet netop foretog en afvejning af for og imod i relation

til EVT-behandling på Behandlingssted 2 ved besvarelsen af spørgsmål 7, og her har fundet, at denne afvejning bygget på lægefaglige retningslinjer kunne kritiseres. I modsætning hertil anfører Retslægerådet i fortsættelsen af besvarelsen, at trombolysebehandlingen havde været en behandlingsmulighed fortsat på Behandlingssted 2.

Det kan derfor ikke, som sagsøgte gør gældende, siges, at Retslægerådets vurdering blot er udtryk for og imod uden stillingtagen, og ikke udtryk for at behandling med trombolyse burde have været sket, når Retslægerådet netop anfører udtrykkeligt, at for så vidt angår EVT-behandlingen var overvejelserne for og imod korrekt begrundet, og det lægelige skøn på den baggrund derfor ikke kan angribes, mens trombolyse kunne og dermed burde være givet.

Selv om der var udbredt vævskade ved ankomsten til Behandlingssted 2 forelå ifølge Retslægerådet en relevant behandlingsmulighed med trombolyse. Det har så meget desto mere gjaldt godt 3 timer tidligere på Behandlingssted 1, da infarktets opstod før vævskaden satte ind.

Den fejlbedømmelse, som Behandlingssted 1 gjorde, var at der var kontraindikationer der medførte, at behandling ikke skulle gives. Det var der ikke. Den korrekte vurdering var, at der var langt mere der talte for at give trombolysebehandlingen, da den alternative følge var uundgåelig svær hjerneskade som faktum også har været.

Af de gældende nationale retningslinjer for intravenøs trombolysebehandling, hvor den første udgave er fra 2008, fremgår, at den største komplikation til trombolyse er risikoen for blødning i hjernen, men det er kun store blødninger, der er sjældne, der har en negativ prognostisk betydning. Det anføres videre (side 5) *"I NINDS-studiet var der signifikant flere symptomatiske blødninger blandt trombolyserede end blandt placebo-behandlede (6,4 % vs. 0,6%), men dette medførte ikke en højere mortalitet og fjernede ikke den samlede favorable effekt af trombolyse. En Cochrane metaanalyse af 13 trombolyse-studier (behandling 0-6 timer) påviste øget sandsynlighed for overlevelse uden handicap trods 3,75 gange så høj risiko for fatal blødning blandt trombolyserede"*.

Det har således været kendt gennem mange år, at trods en risiko for blødning ved trombolyse er de gavnlige effekter, herunder langtidsoverlevelsesmulighederne og for at undgå afgørende væsentlige handicap, betydelig bedre ved trombolyse end undladtbehandling.

Af retningslinjerne fremgår videre (side 6), at der er en nøje sammenhæng mellem den tidsmæssige iværksættelse af behandling og udkommet. En trombolysebehandling blot med få timers forsinkelse giver markant dårligere muligheder for positivt outcome. Det falder drastisk indenfor de første 2 timer.

Formålet med trombolysebehandling er at holde blodforsynende kar til hjernen åbne, så der ikke er vævsdød i hjernen. Det er derfor uforståeligt, når Ankenævnet lægger vægt på, at trombolysebehandling kunne risikere at åbne for blodproppen med deraf forøgende blodforsyning i hjernen. Det var netop behandlingens formål. Den altid gældende risiko for blødning er der i de gældende retningslinjer foretaget en afvejning i forhold til, og der er i alle tilfælde indikation på behandlingen med en sygehistorie som A's. Han havde ikke væsentlige kontraindikationer imod behandlingen, jfr. også Retslægerådet og retningslinjerne. En tidlig iværksat trombolysebehandling kunne have holdt blodforsyningen åben og i sig selv begrænset skaden samt således, at det var muligt at foretage en EVT-behandling ved ankomst til Behandlingssted 2. Da det ikke skete, var vævsdøden så omfattende ved ankomsten til Behandlingssted 2, at EVT-behandling ikke længere var mulig/formålstjenlig.

Det er velkendt, at tidlig behandling ved blodprop i hjernen er afgørende for overlevelse og for at reducere den ellers alvorlige invaliditet, der følger heraf. Sagsøger gør gældende, at det er en faglig fejl, at der ikke som retningslinjerne foreskrev, blev givet trombolysebehandling senest om morgenen den 11. april 2015 inden iværksættelse af overflytning til Behandlingssted 2. Ankenævnets vurdering af at det ikke var en fejlvurdering og, at der var kontraindikationer, hvor mere talte imod trombolysebehandling end for, har været forkert. Man har derved frtaget sagsøger muligheden for at begrænse hans alvorlige invaliditet, som man med sikkerhed vidste eller med høj grad af sikkerhed vidste ville indtræde uden behandling, som skal stå overfor en fjern risiko for blødning og endnu fjernere for alvorlig blødning.

Man drøftede heller ikke spørgsmålet om risiko for og imod med sagsøger eller sagsøgers pårørende, så de kunne tage beslutningen.

Der er herved en situation omfattet af § 20, stk. 1, nr. 1.

Sagsøger gør videre gældende, i det omfang sagsøgte får medhold i, at der var lige så meget der talte for at undlade trombolysebehandling, og beslutningen derfor ikke var forkert, at så må man retrospektivt konstatere, at det ikke har været en korrekt overvejelse, idet der rent faktisk

uden behandlingen opstod en fuld blokering af blodforsyning i hjernen medførende omfattende skade under overflytning fra Behandlingssted 1 til 2. Retrospektivt ville det derfor have givet langt bedre mening at iværksætte trombolysebehandling frem for AK-behandling og, at dette sandsynligt ville have begrænset skaderne og, at sagen i så fald i stedet er omfattet af KEL § 20, stk. 1, nr. 3.

Sagsøgte har ikke taget stilling hertil, men det er alene sagsøgtes problem, og det er under alle omstændigheder sådan, at hvis sagsøger får medhold, er det en påstand om hjemvisning, hvor sagsøgte skal tage stilling til sagen igen.

SKADE – ÅRSAGSSAMMENHÆNG

Af Ankenævnets afgørelse følger endvidere, at man ikke mener, at en iværksat trombolyse i øvrigt havde ændret udfaldet, idet sandsynligheden for at den ville have opløst blodproppen i hjernen var meget lille.

Argumentet er i modstrid med Ankenævnets argument om, at behandlingen var kontraindiceret på grund af risikoen for blødning ved åbning af blodproppen.

Derudover følger det som oven citeret fra de nationale retningslinjer og de erfaringer der er med trombolysebehandling, at risikoen er relativt lille og resultaterne gode. Det fremgår således af oplysningerne i retningslinjerne, at ved tidlig behandling med trombolyse, er der store odds for et favorabelt outcome, som falder til omkring det halve allerede efter 2,5-3 timer, og vinduet for behandling lukker helt efter 4,5 time.

Det må på den baggrund anses for overvejende sandsynligt, at en iværksættelse af trombolyse ville, hvis ikke have fjernet sagsøgers blodprop, så holdt gennemstrømningen tilpas åben til at sikre en mindre vævsskade, henholdsvis behandlingsmulighederne for EVT åbne på Behandlingssted 2. Det hypotetiske forløb med behandlingen er omgærdet af en vis usikkerhed, men det er alene fordi, at det var sagsøgte, der ikke iværksatte behandlingen, som ellers retningslinjerne talte for. Sagsøger gør gældende som ovennævnt, at det er overvejende sandsynligt, at der ville have været en mindre skade, hvis behandlingen var iværksat og gør i øvrigt også gældende, at den undladte behandling i strid med retningslinjerne er udtryk for en klar faglig fejl i situationen, hvor blodproppen var omfattende med meget betydelig risiko for omfattende hjerneskade, hvis der ikke blev givet trombolyse, som også blev resultatet, men alligevel blev behandlingen undladt.

Retslægerådet anfører ved svar på spørgsmål 9, at uanset trombolysebehandling ville der fortsat have været risiko for, at sagsøger havde fået infarkter i hjernen, men det er ikke ensbetydende med, at det er en skade af den karakter som rent faktisk blev resultatet uden trombolysebehandlingen. Der skal ske anerkendelse blot Retten finder, at der er sket en merskade som følge af den undladte behandling.

For så vidt angår risiko for hjerneblødning er der, som også behandlet i nationale retningslinjer, en meget lille risiko for fatal eller anden alvorlig blødning og den generelle livsprognose foruden førtilighed er klart forringet ved undladt behandling, kontra behandling med trombolyse.

På denne baggrund er det tilstrækkeligt sandsynliggjort, at der er indtrådt en skade ved den undladte behandling med trombolyse, og sagsøger skal derfor have medhold i at sagen skal hjemvises.
..."

Ankenævnet for Patienterstatningen har i sit påstandsdokument til støtte for påstanden anført:

" ...

2. ANBRINGENDER

2.1 Prøvelse af ankenævnets afgørelse

Ankenævnet er et kollegialt organ med særlig sagkundskab og erfaring i at bedømme sager efter KEL, da ankenævnet blandt andet har medlemmer med lægevidenskabelig og juridisk baggrund, og da ankenævnet behandler et stort antal sager. Dette må tages i betragtning ved bevisbedømmelsen, og der skal derfor foreligge et sikkert grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse.

Det er A, der har bevisbyrden. Der er ikke under sagen fremlagt sådanne oplysninger, som kan danne grundlag for en tilsidesættelse af ankenævnets afgørelse.

2.2 Retsgrundlag

En patient er berettiget til erstatning, hvis patienten ved behandling, undersøgelse eller lignende med overvejende sandsynlighed er blevet påført en skade, jf. § KEL 19, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, og skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af de i § 20, stk. 1, nr. 1-4, anførte måder.

Følger af selve grundlidelsen og dens forløb berettiger ikke til erstatning efter KEL, og det er således alene skade som følge af en (manglende) behandling, undersøgelse eller lignende, som kan danne grundlag for erstatning.

Kravet om sandsynlighedsovervægt indebærer, at det skal være mere sandsynligt (altså mere end 50 %), at behandlingen er årsag til generne, end at disse skyldes andre forhold. Hvis det ikke er muligt at fastslå, hvilken af flere mulige årsager der er den mest sandsynlige, er kravet om, at behandlingen med overvejende sandsynlighed er årsag til tilstanden, heller ikke opfyldt.

A har bevisbyrden for, at sygeforløbet og de nuværende gener med overvejende sandsynlighed skyldes behandlingen og ikke andre forhold, jf. KEL § 20, stk. 1. Denne bevisbyrde er ikke løftet.

2.2.1 KEL § 20, stk. 1, nr. 1

Det er efter KEL § 20, stk. 1, nr. 1, en betingelse for erstatning, at skaden med overvejende sandsynlighed skyldes, at behandlingen ikke er udført i overensstemmelse med, hvordan en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet.

Bevisbyrden for, at skaden med overvejende sandsynlighed skyldes, at behandlingen ikke er udført i overensstemmelse med, hvordan en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet, påhviler A.

2.2.2 KEL § 20, stk. 1, nr. 3

Hvis en skade ud fra en efterfølgende vurdering kunne have været undgået ved hjælp af en anden til rådighed værende behandlingsteknik eller behandlingsmetode, og hvis denne anden behandling ud fra et medicinsk synspunkt ville have været lige så effektiv til behandling af den konkrete skade/lidelse, kan der kræves erstatning herfor efter KEL § 20, stk. 1, nr. 3.

Erstatning for skaden forudsætter således:

- at patienten – i dette tilfælde A – kunne have været behandlet på en anden måde,
- at den alternative behandlingsmetode eller teknik var ligeværdig med den faktiske valgte, og
- at skaden med overvejende sandsynlighed ville være undgået.

Bevisbyrden for ovenstående påhviler A, og dette er ikke bevist.

2.3 *Den konkrete sag*

Til støtte for den nedlagte påstand om frifindelse gøres det gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse af 31. oktober 2019 (bilag 3).

2.3.1 Spørgsmålet om ansvarsgrundlaget

2.3.1.1 Specialiststandarden i KEL § 20, stk. 1, nr. 1

Ankenævnet har med rette vurderet, at der den 10. og 11. april 2015 ikke var sikker indikation for at iværksætte behandling med trombolyse (blodpropopløsende medicin) eller trombektomi (fjernelse af blodprop ved hjælp af kateter indført i karsystemet).

Vedrørende behandlingen den 10. april 2015 har ankenævnet ved vurderingen lagt vægt på, at der både ved indlæggelsen omkring kl. 14:00 og senere samme dag tidligt på aftenen, hvor A fik et nyt tilfælde med symptomer på en blodprop af ca. 10 minutters varighed, var tale om forbigående blodpropper, hvor symptomerne forsvinder helt, og hvor retningslinjerne på det pågældende område ikke anbefaler trombolysebehandling.

MR-skanning havde vist tegn på friske iskæmiske forandringer, og der manglede flowsignal i halspulsåren, således at der var mistanke om trombedannelse i halspulsåren. Det indgik endvidere i vurderingen, at karundersøgelsen (CT-angio) viste en karspaltning (dissektion) i den venstre halspulsåre (arteria carotis interna), men at der stadig var et mindre gennemløb fra karret op i hjernens pulsåre. Der var således ikke på dette tidspunkt et sikkert grundlag for at iværksætte trombolysebehandling, som det er gjort gældende af A.

Af Retslægerådets svar på spørgsmål 2 kan det udledes, at trombolysebehandling på Behandlingssted 1 i april 2015 var "*mulig*", idet der var påvist et mindre akut infarkt i venstre parietallap (isselappen), men ingen blødning i hjernen. Af svaret på spørgsmål 6 fremgår det nærmere, at trombolysebehandling "*kunne være iværksat den 10. april 2015, så snart svaret på MR-skanning af hjernen forelå, omtalt i journalnotat 10. april 2015, kl. 16.47*" (bilag 6, side 3). Retslægerådet finder således, at trombolyse var en behandlingsmulighed den 10. april 2015 efter kl. 16.47.

Imidlertid var sagsøgers symptomer på det tidspunkt remitteret, hvilket de allerede var, da han ankom til Behandlingssted 1 den 10. april 2015, jf. Retslægerådets svar på spørgsmål 4. Der henvises til lige til oplysningerne i journalnotat af 10. april 2015, kl. 13.36 og 13.57 (bilag 6, side 1), hvoraf det fremgår, at symptomerne ved ankomsten til Behandlingssted 1 var remitteret.

På Behandlingssted 1 mistænkte man således korrekt en forbigående blodprop (TCI-tilfælde), og der var derfor ikke ifølge gældende retningslinjer indikation for trombolyse.

Af Retslægerådets svar på spørgsmål 4 og 5 følger endvidere, at det var i overensstemmelse med gældende retningslinjer, at man ikke tidligere end sket konfererede med specialister på Behandlingssted 2 eller overflyttede A til Behandlingssted 2, idet A's symptomer var forbigående.

Samlet må det vedrørende behandlingen på Behandlingssted 1 udledes, at trombolyse var en behandlingsmulighed den 10. april 2015, men da symptomerne remitterede kortvarigt efter debut, var der ikke grundlag for hverken trombolysebehandling, yderligere konferering med specialister på Behandlingssted 2 eller overflytning tidligere end sket. Hvis Retslægerådet havde ment, at behandlingen på Behandlingssted 1 den 10. april 2015 afveg fra almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer, ville Retslægerådet have svaret dette på spørgsmål B.

Dette gælder tillige behandlingen på Behandlingssted 1 senere samme aften den 10. april 2015, kl. 17.42 (bilag 6, side 3), da A fik et nyt TCI-tilfælde af 10 minutters varighed. Retslægerådet udtaler i spørgsmål 6 hverken, at der kunne eller burde have været givet trombolysebehandling i forbindelse med det nye TCI-tilfælde om aftenen den 10. april 2015, hvilket heller ikke ville være i overensstemmelse med retningslinjerne, når symptomerne remitterede kortvarigt efter.

Vedrørende behandlingen den 11. april 2015 har ankenævnet med rette ved vurderingen lagt vægt på, at der ikke var lægeligt grundlag for at iværksætte trombolysebehandling om morgenen omkring kl. 8:00, da A fik svære symptomer med sprogforstyrrelser og højresidig lammelse. En akut CT-skanning viste, at der var tilkommet en frisk blodprop samt tilstopning af midterste hjernekar (arteria cerebri media). Risikoen ved trombolysebehandling på dette tidspunkt

ville, såfremt det var lykkedes at åbne for blodgennemstrømningen i midterste hjernekar, have været en blødning, der kunne have forværret A's tilstand og eventuelt have medført en livstruende tilstand.

Tillige ville sandsynligheden for, at trombolysebehandling på dette tidspunkt ville have opløst en blodprop i midterste hjernekar, have været meget lille. Ankenævnet har således med rette vurderet, at en erfaren specialist på området under de givne forhold ved overvejelsen om fordele over for risici have undladt trombolyse forud for overflytningen til Behandlingssted 2 med henblik på foretagelse af trombektomi.

Ved ankomsten til Behandlingssted 2 omkring klokken 11:00 måtte det konstateres, at der ikke var det fornødne lægelige grundlag for at tilbyde trombektomi, da undersøgelserne på dette tidspunkt viste blodpropsforandringer hos A, der var for omfattende til trombektomi. Ifølge retningslinjerne herfor er der ikke lægeligt grundlag for trombektomi, såfremt der er blodpropsforandringer, der omfatter halvdelen af forsyningsområdet for det midterste hjernekar, hvilket var tilfældet for A.

Det følger endvidere af Retslægerådets svar på spørgsmål 7, at trombolyse var en "*behandlingsmulighed*" efter ankomsten til Behandlingssted 2. Retslægerådet er således enig med ankenævnet i, at behandlingsvinduet på 4,5 time efter symptomdebut var "åbent", men heraf kan det ikke udledes, at det var en afvigelse fra specialiststandarden at undlade trombolysebehandling. Hvorvidt der er indikation for trombolysebehandling beror på et konkret skøn, hvor risici og fordele må afvejes, idet trombolyse er forbundet med ikke ubetydelig risiko for hjerneblødning, og idet der uanset trombolyse er en meget stor risiko for blodprop i hjernen, jf. Retslægerådets svar på spørgsmål 9. Havde Retslægerådet ment, at den manglende trombolysebehandling ved ankomsten på Behandlingssted 2 den 11. april 2015 var i strid med retningslinjerne, kunne Retslægerådet havde svaret dette.

Af Retslægerådets svar på spørgsmål 7 følger det endvidere, at det var i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer at overveje pro/contra om EVT-behandling, som gjort på Behandlingssted 2.

Sagsøger har gjort gældende, at der skulle have været iværksat overflytning af A til Behandlingssted 2 på et tidligere tidspunkt. Dette bestrides, idet der ikke var grundlag for at over-

flytte A på et tidligere tidspunkt, da der den 10. april 2015 ikke var svære symptomer. Symptomerne aftog derimod i begge de først konstaterede tilfælde, og det var derfor først om morgenen den 11. april 2015, at der atter kom symptomer på en blodprop, hvorfor det først på dette tidspunkt var relevant at overflytte A med henblik på iværksættelse af en trombektomi.

A ankom i øvrigt til Behandlingssted 2 3 timer efter symptomdebut den 11. april 2015, hvilket var inden for fristen på 4,5 timer fra de første symptomers opståen.

Til støtte for, at specialiststandard er iagttaget, henvises endvidere til udtalelsen af 3. december 2018 (bilag A) fra professor, overlæge, dr. med C, hvoraf det fremgår, at erfaren specialiststandard og de kliniske retningslinjer tilsiger, at der ikke gives trombolyse til patienter med transitorisk cerebral iskæmi (TCI), det vil sige patienter, hvor symptomerne er svundet inden udredning og indlæggelse.

I stedet blev der ordineret magnyl og clopidogrel, hvilket er den anbefalede behandling for kardissektion i arteria carotis interna.

Af bilag A følger endvidere, at trombolyse ville have medført en ikke ubetydelig risiko for hjerneblødning, og selvom de påviste iskæmiske forandringer ikke udgjorde nogen absolut kontraindikation for trombolyse, så var det *"bestemt i overensstemmelse med erfaren specialiststandard ikke at udføre dette"*.

Endelig kan det af bilag A udledes, at der heller ikke var grundlag for trombolyse, da A fik et nyt tilfælde af TCI af 10 minutters varighed om aftenen den 10. april 2015, eller 11. april 2015 om morgenen, da A fik svære symptomer med afasi og højresidig lammelse. CT-skanningen 30 minutter efter symptomdebut den 11. april 2015 viste et frisk infarkt ud over skanningsfundet dagen før, og desuden fandtes tegn på tilstopning af midterste hjernekar.

Ifølge C ville risikoen ved trombolyse, hvis det var lykkedes at åbne for det midterste hjernekar, være en blødning, der kunne have forværret symptomerne og evt. medført en livstruende blødning.

Endvidere henvises supplerende til redegørelsen af 6. april 2018 (bilag B) fra regionen, som er udfærdiget ved deltagelse af professor, overlæge, dr. med. D, med speciale i trombolysebehandling af blodpropper i hjernen. Heraf fremgår, at man ifølge retningslinjerne

ikke behandler TCI tilfælde med trombolyse (tilfælde hvor symptomerne forsvinder helt).

Af bilag B fremgår det endvidere, at beslutning om trombolysebehandling tages på baggrund af en konkret vurdering. Selvom en forbigående blodprop ikke er en kontraindikation for trombolyse, vurderede man, at det nyligt opståede, ikke-ubetydeligt iskæmisk område (infarkt), som var 12 timer gammelt (afasien aftenen før), gav en blødningsrisiko, og det iskæmiske område i venstre temporalpol blev bedømt til at udgøre en sådan risiko. Sandsynligheden for at opløse den store blodprop i venstre midterste halskar ville være lille pga. fuldstændig tillukning af halspulsåren, og i stedet blev hurtig overflytning til trombektomi (EVT) prioriteret. Man valgte således den behandlingsmulighed, som giver den største chance for at redde hjernevæv uden at påføre patienten en (livstruende) blødning.

A har på den baggrund hverken bevist, at behandlingen på Behandlingssted 1 og på Behandlingssted 2 har afvejet fra lovens specialiststandard.

2.3.1.2 KEL § 20, stk. 1, nr. 3

A har i påstandsdokumentet gjort gældende, at sagen er omfattet af KEL § 20, stk. 1, nr. 3. Dette har ankenævnet ikke taget stilling til i sin afgørelse (bilag 3).

Det gøres gældende, at betingelserne for at yde erstatning efter KEL § 20, stk. 1, nr. 3, ikke er opfyldt, og at A under sagen ej heller har løftet bevisbyrden herfor.

2.3.2 Spørgsmålet om årsagssammenhæng

Ankenævnet har med rette har vurderet, at A's sygdomsforløb og nuværende gener som følge af blodprop i hjernen ikke med overvejende sandsynlighed er forårsaget af behandlingen på Behandlingssted 1 eller Behandlingssted 2 den 10. april 2015 og frem, men derimod mere sandsynligt grundsygdommen i form af blodprop i hjernen, jf. KEL § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1.

Retslægerådet har i svarene på spørgsmål A, a) udtalt, at A's gener med mere end 50 % sandsynlighed skyldes grundlidelsen i form af blodprop i hjernen. Retslægerådet udtaler videre i svaret på spørgsmål A, b), at den manglende trombolysebehandling alene "*muligvis kunne have mindsket risikoen for blodprop i hjernen*". Retslægerådet har

ikke angivet sandsynligheden for, at generne efter blodproppen kunne have været mindsket, men det følger af svaret på spørgsmål 9, at sagsøger uanset trombolysebehandling fortsat havde en *"meget stor risiko"* for at få infarkter i hjernen. Retslægerådets svar på spørgsmål A, a) og A, b) må sammenholdt med svaret på spørgsmål 9 forstås således, at der selv med trombolysebehandling var en meget stor sandsynlighed for, at A ville have fået blodproppen i hjernen den 15. april 2015, og at det dermed må anses for meget lidt sandsynligt, at han ville have undgået følgerne af blodproppen.

2.3.3 Lempelse af bevisbyrden for årsagssammenhæng

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

Ifølge bemærkningerne til patientforsikringsloven (Folketingstidende 1990-91, 2. samling, Tillæg A, spalte 3286) kan bevisbyrden for årsagssammenhæng lempes i tvivlsomme tilfælde, hvis der klart er begået fejl ved behandlingen. Højesteret har fastslået, at en klar fejl er ensbetydende med, at der skal være handlet ansvarspådragende efter almindelige erstatningsretlige regler. Højesteret har endvidere fastslået, at der ikke er grundlag for at lempe bevisbyrden for årsagssammenhæng, hvis det ikke er dokumenteret, at der klart er begået en lægefaglig fejl.

Selv hvis der er begået en klar fejl, medfører det ikke i sig selv, at bevisbyrden for årsagssammenhæng kan anses for løftet, eller at bevisbyrden vendes om. Højesteret har i dommen U.2019.3916H fastslået, at skadelidte skal bevise, at der er *"en vis større, men ikke overvejende, sandsynlighed for"*, at der er årsagssammenhæng mellem fejlen og skaden.

Ankenævnet gør gældende, at betingelserne for at lempe bevisbyrden for, at A er påført en skade i forbindelse med behandlingen på Behandlingssted 1 og Behandlingssted 2 i perioden 10. april 2015 og frem, ikke er opfyldt.

2.3.3.1 Ikke klar fejl

Til støtte for, at der ikke er begået klar fejl, henvises i det hele til det pkt. 2.5.1 anførte.

A har således hverken bevist, at behandlingen på Behandlingssted 1 og på Behandlingssted 2 har afvejet fra lovens specialiststandard, eller at der klart er begået fejl.

Selv hvis retten måtte finde, at behandlingen har afvejet fra lovens specialiststandard, er der ikke grundlag for at fastslå, at der er begået en klar fejl.

Ankenævnet gør endelig gældende, at det beror på en juridisk vurdering, hvorvidt der er begået en klar fejl, idet vurderingen kan sidestilles med, om der er handlet culpøst. Selv hvis retten måtte tolke Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 2 og 6 sådan, at behandlingen har afvejet fra lovens specialiststandard, så er det op til retten at vurdere, om A har bevist, at der er begået fejl, der kan karakteriseres som culpøse.

2.3.3.2 Ikke tvivl om årsagssammenhæng

Hvis retten måtte finde, at den manglende trombolysebehandling var udtryk for en klar fejl, og at der dermed er grundlag for at lempe bevisbyrden, gøres det samlet gældende, at A ikke har løftet bevisbyrden for, at hans gener kunne have været undgået. Der henvises i det hele til det under pkt. 2.6 fremførte.

Som anført indledningsvist under pkt. 2.3.3 skal der – selv med lempelse af bevisbyrden – være en vis sandsynlighed til stede, for at det kan anses som bevist, at der er årsagssammenhæng. Den blotte mulighed for, at generne kunne have været undgået, eller at årsagssammenhæng ikke kan afvises, er ikke tilstrækkeligt til at løfte bevisbyrden, jf. f.eks. U.2013.553H.

Ankenævnet gør således gældende, at selv med lempelse af bevisbyrden og med behandling med trombolyse har A ikke løftet bevisbyrden for, at generne kunne have været undgået, idet det henset til Retslægerådets svar må anses for meget lidt sandsynligt, at han ville have undgået følgerne af blodproppen. Ankenævnet henviser til Retslægerådets svar på spørgsmål A, a) og A, b) samt spørgsmål 9.

Betingelserne for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse af 31. oktober 2019 (bilag 3) er således ikke opfyldt.

...”

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

Rettens begrundelse og resultat

Sagens hovedspørgsmål er, om A's sygdomsforløb og nuværende gener som følge af en blodprop i hjernen udgør en erstatningsberettiget behandlingsskade omfattet af lov om klage- og erstatningsadgang.

Parterne har under hovedforhandlingen været enige om, at de to forbigående blodpropper, som A fik den 10. april 2015, ikke giver grundlag for trombolyse-behandling (behandling med blodprop-opløsende medicin)

Det er Ankenævnets vurdering i afgørelsen af 31. oktober 2019, at der ikke var indikation for at give trombolyse-behandling om morgenen den 11. april 2015 omkring kl. 8, da A fik svære symptomer med afasi og højresidig lammelse, og hvor en akut CT-skanning påviste et frisk infarkt ud over det, der var set på MR-skanningen fra dagen før, og hvor der desuden blev fundet tegn på tilstopning af midterste hjernekar (arteria cerebri media). Ifølge Ankenævnet var det i overensstemmelse med en erfaren specialiststandard at overveje fordele over for risici og derved undlade at udføre trombolyse-behandling forud for overflytningen til Behandlingssted 2 med henblik på trombektomi (fjernelse af blodprop ved hjælp af kateter indført i karsystemet).

Ved ankomsten til Behandlingssted 2 den 11. april 2015 omkring kl. 11 viste en ny MR-skanning et fuldt udviklet infarkt i hele midterste hjernekarers forsyningsområde med positive flair forandringer og en dyb perfusionsdefekt svarende til samme område, hvor CT-skanningen viste infarkt. Ifølge Ankenævnets vurdering i afgørelsen af 31. oktober 2019 var trombektomi på dette tidspunkt ikke indiceret, da der hos A var infarktforandringer, der omfattede halvdelen af forsyningsområdet for det midterste hjernekar.

Ankenævnet er et kollegialt organ med særlig sagkundskab og erfaring i at bedømme sager efter lov om klage- og erstatningsadgang, da Ankenævnet bl.a. har medlemmer med lægevidenskabelig og juridisk baggrund, og da Ankenævnet behandler et stort antal sager. Der skal derfor foreligge et sikkert grundlag herfor, hvis domstolene skal tilsidesætte Ankenævnets vurdering.

Spørgsmålet er herefter, om der foreligger et sådant sikkert grundlag for, at Ankenævnets vurdering kan tilsidesættes.

Retslægerådet har i svaret på spørgsmål 6 anført, at trombolyse-behandling kunne være iværksat den 10. april 2015, så snart svaret på MR-skanningen af hjernen forelå. Imidlertid fik A ikke en blodprop den 10. april

2015. Der var både ved indlæggelsen den pågældende dag omkring kl. 14 og senere samme dag tidligt på aftenen tale om en forbigående blodprop (TCI-tilfælde), og parterne er som ovenfor nævnt enige om, at de to forbigående blodpropper den 10. april 2015 ikke giver grundlag for trombolyse-behandling.

Retslægerådet har i svaret på spørgsmål 7 anført, at overvejelser for og imod trombektomi er i overensstemmelse med lægefaglige retningslinjer, og at trombolyse-behandling havde været en behandlingsmulighed, idet A havde debut af nye infarkter den 11. april 2015 kl. 08.05 og var på Behandlingssted 2 inden for behandlingsvinduet på 4½ time.

At behandlingsvinduet på 4½ timer efter symptomdebut var "åbent" er ikke det samme som, at det er en afvigelse af specialiststandarden at undlade trombolyse-behandling. Hvorvidt der er indikation for trombolyse-behandling beror på et konkret skøn, hvor risici og fordele må afvejes. Således fremgår det af Retslægerådet svar på spørgsmål 9, at der ved trombolyse-behandling er risiko for hjerneblødning, og at der, uanset om A havde fået trombolyse-behandling, fortsat ville være en meget stor risiko for, at han havde fået infarkter i hjernen.

Af den fremlagte udtalelse fra professor, overlæge, dr. med. C, fremgår også, at erfaren specialiststandard og de kliniske retningslinjer tilsiger, at der ikke gives trombolyse-behandling til patienter med transitirisk cerebral iskæmi (TCI), det vil sige patienter, hvor symptomerne er svundet inden udredning og indlæggelse. A fik i stedet ordineret Magnyl og Clopidogrel, hvilket ifølge udtalelsen er den anbefalede behandling for kardissektion i arteria carotis interna

Af udtalelsen fremgår endvidere, at trombolyse-behandling ville have medført en ikke ubetydelig risiko for hjerneblødning, og selv om de påviste iskæmiske forandringer ikke udgjorde nogen absolut kontraindikation for trombolyse-behandling, var det bestemt i overensstemmelse med erfaren specialiststandard ikke at udføre dette.

Uanset de fremlagte lægelige vurderinger fra speciallæge i neurologi E, indhentet til brug for Patienterstatningens behandling af sagen, er det på den anførte baggrund ikke bevist, at behandlingen på Behandlingssted 1 og Behandlingssted 2 har afvejet fra, hvorledes en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet.

Ankenævnet har i afgørelsen af 31. oktober 2019 vurderet, at A's sygdomsforløb og nuværende gener, ikke med overvejende sandsynlighed skyldes den behandling, som han har gennemgået på Behandlingssted 1

eller på Behandlingssted 2 den 10. april 2015 og frem, men derimod mere sandsynligt skyldes grundsygdommen i form af blodprop i hjernen.

Det fremgår af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål A.a, at A's gener med mere end 50 % sandsynlighed skyldes grundlidelsen i form af blodprop i hjernen den 11. april 2015. Af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål A.b., fremgår, at trombolyse-behandling muligvis kunne have mindsket risikoen for blodprop i hjernen. Retslægerådet har ikke i besvarelsen af spørgsmål A.b angivet sandsynligheden for, at generne efter blodproppen kunne have været mindsket, men af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 9 fremgår, at A uanset trombolyse-behandling fortsat havde en meget stor risiko for at få infarkter i hjernen, ligesom der ved trombolyse-behandling var risiko for hjerneblødning. Retten finder på den anførte baggrund, at der selv med trombolyse-behandling var en meget stor sandsynlighed for, at A ville have fået blodproppen i hjernen den 11. april 2015, og at det dermed må anses for meget lidt sandsynligt, at A ville have undgået følgerne af blodproppen. Der er herefter ikke grundlag for at tilsidesætte Ankenævnets vurdering af årsagssammenhæng.

Da der herefter ikke er grundlag for at tilsidesætte Ankenævnets vurdering, tager retten Ankenævnets påstand om frifindelse til følge.

Efter sagens udfald skal A betale sagsomkostninger til Ankenævnet med 45.000 kr. Beløbet, der er inkl. moms, da Ankenævnet ikke er momsregistreret, vedrører udgifter til advokatbistand. Retten har ved fastsættelsen af størrelsen af sagsomkostningerne lagt vægt på sagens økonomiske værdi, omfang og forløb, herunder hovedforhandlingens varighed.

THI KENDES FOR RET:

Sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, frifindes.

Sagsøgeren, A, skal inden 14 dage betale sagsomkostninger til Ankenævnet for Patienterstatningen med 45.000 kr.

Sagsomkostningerne bliver forrentet efter rentelovens § 8 a.



Vejledning

Retten har afsagt dom i sagen.

Hvis du er utilfreds med afgørelsen, kan du som udgangspunkt anke (klage over) dommen til landsretten. Hvis du kun er utilfreds med dommens afgørelse om sagsomkostninger, kan du kære (klage over) denne del af afgørelsen til landsretten.

Ikke alle afgørelser kan ankes eller kæres

Du kan kun anke dommen, hvis forskellen mellem byrettens dom og det resultat, du ønsker at opnå i landsretten, er over 20.000 kr. Hvis forskellen er mindre, skal du have tilladelse fra Procesbevillingsnævnet for at anke.

Landsretten kan afvise at behandle en ankesag, hvis landsretten vurderer, at der ikke er udsigt til, at sagen vil få et andet udfald i landsretten.

Du kan kun kære afgørelser om sagsomkostninger, hvis omkostningsbeløbet er fastsat til mere end 20.000 kr., eller hvis retten har bestemt, at ingen af parterne skal betale sagsomkostninger, og du kræver, at modparten skal betale mere end 20.000 kr. I andre situationer kan du kun kære omkostningsafgørelsen, hvis du får tilladelse fra Procesbevillingsnævnet.

Frister for at anke og kære

Fristen for at anke er **4 uger** fra dommens dato. Hvis du ikke kan anke uden en tilladelse fra Procesbevillingsnævnet, skal du indlevere en ansøgning til Procesbevillingsnævnet inden **4 uger**.

Fristen for at kære omkostningsafgørelsen er **2 uger** fra dommens dato. Hvis du ikke kan kære afgørelsen uden tilladelse fra Procesbevillingsnævnet, skal du indlevere en ansøgning til Procesbevillingsnævnet inden **2 uger**.

Sådan gør du, hvis du vil anke eller kære

Du kan anke dommen på minretssag.dk ved at trykke på knappen "Opret appel" og derefter vælge "Anke" og følge vejledningen. Hvis du vil kære omkostningsafgørelsen, skal du vælge "Kære" og følge vejledningen.

Hvis du søger om tilladelse til anke eller kære hos Procesbevillingsnævnet, skal du indlevere din ansøgning til Procesbevillingsnævnet. Du kan ikke indlevere

ansøgningen på minretssag.dk.

Du kan læse mere på domstol.dk.

Publiceret til portalen d. 03-06-2022 kl. 11:00

Modtagere: Sagsøgte Ankenævn for Patienterstatningen, Advokat (H) Lars Sandager, Advokat (H) Christina Steen, Sagsøger A