



Udskrift af dombogen

DOM

Afsagt den 6. maj 2015 i sag nr. BS 14-1305/2012:

A

mod
Patientskadeankenævnet
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg

Parternes påstande

Denne sag angår prøvelse af en afgørelse, der er truffet den 30. januar 2012 af Patientklageankenævnet.

Sagsøgerens påstand er, at sagsøgte, Patientskadeankenævnet (nu Patienterstatningen), skal anerkende, at sagsøger, A, ved et behandlingsforløb den 13. september 2009 blev påført en efter klage- og erstatningsloven erstatningsberettigende patientskade.

Sagsøgtes påstand er frifindelse.

Oplysningerne i sagen

Om natten den 13. december 2009 ca. kl. 01.00- 01.30 vågnede sagsøger med smerter og trykket i brystet. Han kontaktede samme dag kl. 13.33 lægevagten på B Sygehus. Lægen har i journalnotat anført, at sagsøger har oplyst, at han har haft "trykken over brystet siden i nat og går ud arme, forværres ved resp.". Sagsøger blev tilset af en læge kl. 14.45. Lægen ordinerede smertestillende medicin. Det er efterfølgende konstateret, at sagsøger havde fået en blodprop i hjertet og har udviklet kronisk hjertesvigt med nedsat pumpefunktion. Sagsøger har den 10. september 2010 fået indopereret en pacemaker.

Patientforsikringen har i afgørelse af 30. maj 2011 fundet, at den forsinkede diagnosticering og behandling er erstatningsberettigende. Patientforsikringen har som begrundelse for afgørelsen navnlig henvist til, at man ved rettidig diagnosticering med overvejende sandsynlighed ville have påbegyndt medicinsk behandling og sandsynligvis have foretaget en ballonudvidelse af den forsnævrede kranspulsåre.

Patientforsikringen har til brug for sagens behandling indhentet en lægelig udtalelse fra speciallæge i kardiologi og intern medicin C, der blandt andet har udtalt, at der i forløbet ikke er levet op til erfaren specialiststandard.

Patientforsikringen beskriver i sin afgørelse følgende om

"....

Hændelsesforløb

Du har søgt erstatning, fordi du mener, vagtlægen overså symptomer på en blodprop i hjertet, og at du som følge deraf har nedsat funktionsniveau, da dit hjertes pumpefunktion er nedsat. På grund af den for sene diagnosticering kunne du ikke få foretaget en ballonudvidelse eller en bypassoperation, og du har nu fået indopereret en pacemaker.

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

Den 13. december 2009 kl. 1333 kontaktede du Lægevagten i Region 'D', da du i løbet af natten (cirka kl. 1.30) havde fået smerter og trykken i brystet og ud i armene. Symptomerne blev forværret, når du trak vejret. Du oplyste, at du var meget stresset på arbejdet. Du blev set kl. 14.45, hvor man fandt udtalte myoser på begge sider af brystet og normale forhold ved stetoskopisk undersøgelse af dine lunger. Blodtrykket var 150/90. Du fik recept på smertestillende.

Den 5. februar 2010 var du hos din læge, da du i løbet af de sidste måneder havde haft symptomer på stress i form af åndenød, trykken for brystet, hjertebanken og svimmelhed. Du var i gang med at løse problemet med stress på arbejdet. Du havde oplevet bedring i forbindelse med sygemelding. Man vurderede, at du ville have gavn af akupunktur og samtaler hos psykolog. Du fik foretaget blodprøver, som viste, at dit kolesteroltal var lidt højere end normalt. Du oplyste, at du ikke motionerede eller tænkte over, hvad du spiste. Du havde røget gennem 20 år. Du blev tilrådet at omlægge kosten og motionere og blev henvist til røntgen af brystkassen og lungefunktionsundersøgelse.

Herefter blev du henvist til kardiologisk afdeling på B sygehus, hvor du blev set første gang den 23. februar 2010. En undersøgelse af hjertet (myokardieskintigrafi) viste, at venstre hjertekammer var meget udvidet og havde en svært nedsat pumpeeffekt. Du blev sat i medicinsk behandling, og man henviste dig til en røntgenundersøgelse af hjertets kranspulsårer (KAG).

Du fik foretaget KAG den 1. juli 2010 på E Sygehus, og den viste, at den ene store gren fra hjertets venstre kranspulsårer var lukket til, og at der i øvrigt var diffus hjertesygdom. Man havde ikke mulighed for at lave ballonudvidelse eller bypass. Den 19. juli 2010 blev du henvist til F for at få en pacemaker.

Du blev indlagt på den 8. september 2010, og den 10. september 2010 fik du indopereret pacemaker. Du blev udskrevet den 12. september 2010.

.... "

Sagsøger har indbragt afgørelsen for patientskadeankenævnet.

Patientskadeankenævnet har i en afgørelse af 30. januar 2012 vurderet følgende:

"Ved Patientforsikringens afgørelse af 30. maj 2011 (j.nr. 10-6032) blev det anerkendt, at De er påført en erstatningsberettigende skade i form af forsinket diagnosticering og behandling af blodprop i hjertet, jf. klage- og erstatningsloven § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1. Patientforsikringen har ved samme afgørelse tilkendt Dem 117.560 kr. i godtgørelse, heraf 4.760 kr. i forsvie og smerte, samt 112.800 kr. for varigt men, svarende til en mengrad på 15 procent.

De har ved skrivelse af 6. juli 2011 påklaget afgørelsen til Patientskadeankenævnet og ved skrivelse af 7. oktober 2011 fremkommet med yderligere bemærkninger til klagen. Det er anført blandt andet, at der ikke synes at være ydet godtgørelse for svie og smerte i perioden fra den 1. juli 2010 til den 4. juli 2010 i forbindelse med indlæggelser på Sygehus i forbindelse med KAG-undersøgelse, samt at der er forskel på beregning af datoerne for renteberegningen. Endvidere har De anført, at De er uforstående overfor, at grundlidelsen, som følge af at den først er anmeldt 12 timer og 3 minutter efter de første symptomer, er vurderet til 15 procent, og at har oplyst, at man godt kan blive behandlet for en blodprop i hjertet selv efter 12 timer uden efterfølgende at få væsentlige men heraf og slet ikke i størrelsen 15 procent. Herudover har De anført, at det ikke synes at indgå i Patientforsikringens vurdering, at overlægen på Sygehus den 1. juli 2010 har vurderet Deres tilstand til NYHA klasse III, og at overlægen på den 10. september 2010 har ændret vurderingen fra en ICD til en biventrikulær pacemaker, som i henhold til lægehåndbogen er et behandlingsalternativ til NYHA klasse III og IV. Endelig har De anført, at der også er psykiske belastninger som følge af at skulle leve med kronisk hjertesvigt og svært nedsat pumpefunktion samt udsigten til nye operationer for hvert 5-8 år på grund af skift af pacemaker og en noget dystre prognose for overlevelse.

den 10. september 2010 har ændret vurderingen fra en ICD til en biventrikulær pacemaker, som i henhold til lægehåndbogen er et behandlingsalternativ til NYHA klasse III og IV. Endelig har De anført, at der også er psykiske belastninger som følge af at skulle leve med kronisk hjertesvigt og svært nedsat pumpefunktion samt udsigten til nye operationer for hvert 5-8 år på grund af skift af pacemaker og en noget dystre prognose for overlevelse.

Patientforsikringen har ved skrivelse af 15. september 2011 supplerende anført, at der ikke er ydet godtgørelse for svie og smerte i perioden fra den 1. juli 2010 til 4. juli 2010, da De ikke har oplyst, at De har været sygemeldt i den pågældende periode. Patientforsikringen vil derfor vurdere, om der er grundlag for at yde godtgørelse for svie og smerte, når Patientforsikringen snarest træffer afgørelse vedrørende helbredelsesudgifter og andet tab samt erhvervsevnetab. Med hensyn til forrentningsdatoen bemærkes, at den både med hensyn til svie og smerte samt varigt men er fastsat til den 8. december 2010, hvilket er

månedsdagen efter, at Patientforsikringen modtog det seneste journalmateriale fra  Sygehus den 8. november 2010. Herudover har Patientforsikringen anført, at der i forhold til det varige men henvises til afgørelsen. Der er ikke truffet selvstændig afgørelse vedrørende psykiske følger af hjertesvigt, da disse må anses for at være indeholdt i det varige men for selve hjertesygdommen. Patientforsikringen vurderer i øvrigt, at eventuelle psykiske gener ikke med overvejende sandsynlighed skyldes den forsinkede behandling, men derimod skyldes selve hjertesygdommen, og det vil sige grundsygdommen.

Patientskadeankenævnet har på møde den 27. januar 2012 truffet følgende

Afgørelse:

Patientforsikringens afgørelse af 30. maj 2011 ændres, således at De ikke anses for at være påført en efter klage- og erstatningsloven erstatningsberettigende skade.

Patientskadeankenævnets afgørelse kan indbringes for domstolene inden 6 måneder efter, at afgørelsen er meddelt. Retten kan stadfæste, ophæve eller ændre afgørelsen.

Sagsfremstilling

Der henvises til sagsfremstillingen i Patientforsikringens afgørelse af 30. maj 2011.

Patientskadeankenævnet skal til sagsfremstillingen supplerende bemærke, at der blev foretaget kardiologisk udredning hos egen læge i februar 2010. EKG-undersøgelse viste grenblok. Der blev foretaget initialt cykeltest, og den 23. februar 2010 målt 160 W, 6,3 METS. Der foretoges myokardiescintigrafi, som viste følger efter AMI og nedsat LVEF 20 %. De blev indlagt efter scintigrafien til påbegyndelse af hjertesvigtsbehandling. Nævnet er opmærksomt på Deres bemærkning i forhold til datoen for foretagelse af myokardiescintigrafi.

Begrundelse og resultat

Indledningsvist skal Patientskadeankenævnet bemærke, at det er en betingelse for at yde erstatning efter klage- og erstatningsloven, at en skade med overvejende sandsynlighed kan tilskrives behandlingen. Det er nævnets vurdering, at der ikke foreligger tilstrækkeligt grundlag for at antage, at Deres kroniske hjertesvigt og svært nedsat pumpefunktion, herunder eventuelle nye operationer med skift af pacemaker samt psykiske gener med overvejende sandsynlighed kan tilskrives behandlingen hos Lægevagt Region  den 13. december 2009. Betingelserne for at yde erstatning efter klage- og erstatningsloven er således ikke opfyldt, jf. lovens

§ 19, stk. 1 og § 20, stk. 1.

Ved afgørelsen er der lagt vægt på, at De henvendte Dem hos lægevagten over 12 timer efter symptomdebut. Endvidere har nævnet lagt vægt på, at lægevagten mistænkte myoser og behandlede medicinsk herfor, samt at De blev henvist til kardiologisk udredning hos egen læge i februar 2010.

Nævnet finder, at man på baggrund af Deres bryst smerter burde have mistænkt en blodprop og foretaget EKG-undersøgelse, hvorved man med overvejende sandsynlighed ville have diagnosticeret blodproppen. Det er imidlertid nævnets vurdering, at sygdomsforløbet ikke med overvejende sandsynlighed er blevet ændret som følge heraf, idet der på tidspunktet for undersøgelsen hos lægevagten ikke ville have været indikation for en primær ballonudvidelse, uanset at blodproppen var blevet diagnosticeret den 13. december 2009.

I tilknytning til Deres bemærkning om, at man godt kan blive behandlet for en blodprop i hjertet selv efter 12 timer uden efterfølgende at få væsentlige men heraf, skal nævnet bemærke, at man, hvis det er muligt, kan behandle patienter med ballonudvidelse efter 12 timer fra en større blodprop. Dertil bemærkes, at ballonudvidelse som oftest kun vil blive foretaget, hvis der fortsat er smerter i brystet (restiskæmi).

For så vidt angår Deres bemærkning om, at det ikke synes at indgå i Patientforsikringens vurdering, at overlægen på  Sygehus den 1. juli 2010 vurderede Deres tilstand til NYHA klasse III, og at overlægen på  den 10. september 2010 ændrede vurderingen fra en ICD til en biventrikulær pacemaker, som i henhold til lægehåndbogen er et behandlingsalternativ til NYHA klasse III og IV, skal nævnet bemærke, at De var klassificeret NYHA klasse II under indlæggelsen på  Dertil bemærkes endvidere, at hvis en patient i NYHA klasse II har LVEF på under 30 procent og genblok i EKG, og har indikation for en ICD pacemaker, vil man oftest vælge at implantere en biventrikulær ICD, selvom patienten ikke har NYHA klasse III eller IV. Dertil bemærkes, at De under alle omstændigheder skulle have planteret en ICD pacemaker.

Ud fra en samlet vurdering af de foreliggende omstændigheder finder nævnet, De selv ved optimal diagnosticering og behandling af Deres hjertesygdom med overvejende sandsynlighed stadig have haft varige gener i form af kronisk hjertesvigt og svært nedsat pumpefunktion. På denne baggrund finder nævnet, at Deres nuværende gener med overvejende sandsynlighed kan tilskrives Deres grundlidelse.
...."

Patientskadeankenævnet havde indhentet en lægelig udtalelse fra speciallæge i kardiologi  der udtalte, at der ikke er tale om erfaren specialist standard ved vagtlægens behandling..

Sagsøger har herefter den 18. juli 2012 anlagt denne sag.

Der er under sagen indhentet tre erklæringer fra Retslægerådet henholdsvis af 15. april 2013, 12. december 2013 og 7. oktober 2014.

Retslægerådet har i erklæringen af 15. april 2013 anført følgende:

"....

Spørgsmål 1:

*Med det forbehold der ligger i, at Retslægerådet skal besvare et hypotetisk spørgsmål, bedes det i lyset af tidsforløbet beskrevet i sagens bilag 1 oplyses, om det efter Retslægerådets vurdering er sandsynligt eller mindre sandsynligt, at **A** - hvis han var blevet sendt akut på hospitalet med udrykningskøretøj umiddelbart efter den indledende telefoniske drøftelse med lægevagten den 13. december 2009 kl. 13.33 - ville have haft et tilsvarende sygdomsforløb med tilsvarende omfang af varige gener tilfølgende.*

Retslægerådet bedes begrunde sit svar med så vidt muligt angivelse af sandsynlighedsgraden.

Med forbehold af spørgsmålets hypotetiske karakter, da tidspunktet for opståen af sagsøgers blod- prop er usikkert, vurderer Retslægerådet, at en akut indlæggelse af sagsøger på henvendelsestidspunktet formentlig kunne have reduceret omfanget af sagsøgers gener, men fastlæggelsen af denne reduktions størrelse er forbundet med betydelig usikkerhed, da gevinsten ved eventuel ballonudvidelse aftager betydeligt efter 12 timer fra symptomdebut.

Spørgsmål 2:

*Retslægerådet bedes navnlig vurdere, om en akut indlæggelse med udrykningskøretøj umiddelbart efter den telefoniske drøftelse med sikkerhed ville have været uden nogen som helst effekt på **A** sygdomsforløb og omfanget af hans varige gener.*

Retslægerådet bedes begrunde sit svar og med så vidt muligt angivelse af sandsynlighedsgrad

Jævnfør besvarelsen af spørgsmål 1, vurderer Retslægerådet, at en akut indlæggelse af sagsøger ved henvendelsen 13.12.09 kl. 13.33 ikke med sikkerhed ville være uden nogen som helst effekt på sagsøgers sygdomsforløb og omfanget af hans varige gener.

Det er ikke muligt at angive graden af sandsynlighed.

Spørgsmål 3:

Med detforbehold der ligger i, at Retslægerådet skal besvare et hypotetisk

spørgsmål, bedes det i lyset af tidsforløbet beskrevet i sagens bilag 1 oplyses, om det efter Retslægerådets vurdering er sandsynligt eller mindre sandsynligt, at ~~Å~~ - hvis han var blevet sendt akut på hospitalet med udrykningskøretøj i umiddelbar forbindelse med konsultationen hos lægevagten den 13. december 2009 kl. 14.45 - ville have haft et tilsvarende sygdomsforløb med tilsvarende omfang af varige gener tilfølg.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar og med så vidt muligt angivelse af sandsynlighedsgrad.

Med forbehold spørgsmålets hypotetiske karakter, jævnfør besvarelsen af spørgsmål 1, vurderer Retslægerådet, at den tidsmæssige forskel fra kl. 13.33 til kl. 14.15 ikke vil ændre på besvarelsen i forhold til spørgsmål 1.

Spørgsmål 4:

Retslægerådet bedes navnlig vurdere, om det er sandsynligt, at en akut indlæggelse med udrykningskøretøj i umiddelbartforbindelse med konsultationen kl. 14.45 hos lægevagten ville have været uden nogen som helst effekt på ~~Å~~ sygdomsforløb og omfanget af hans varige gener.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar og med så vidt muligt angivelse af sandsynlighedsgrad.

Jævnfør besvarelsen af spørgsmål 1, 2 og 3, vurderer Retslægerådet, at en akut indlæggelse af sagsøger ved konsultationen kl. 14.15 ikke med sikkerhed ville være uden nogen som helst effekt på sagsøgers sygdomsforløb og omfanget af hans varige gener.

Det er ikke muligt at angive graden af sandsynlighed.

Spørgsmål 5:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger.

Nej.

Spørgsmål A:

Patientskadeankenævnet har fundet, at sagsøgerens blodprop kunne være diagnosticeret ved undersøgelsen hos vagtlægen den 13. december 2009.

Retslægerådet bedes oplyse, om sagsøgerens kroniske hjertesvigt og nedsatte pumpefunktion må tilskrives

- 1) *grundsygdommen iform af den senere konstaterede blodprop, eller*
- 2) *denforsinkede diagnosticering, eller*
- 3) *andre, eventuelt ukendte, faktorer*

Svaret bedes begrundet, herunder med angivelse af, hvad der i relation til punkterne 1-3 talerfor henholdsvis imod en årsagssammenhæng.

Jævnfør besvarelsen af spørgsmål 1-4, vurderer Retslægerådet, at sagsøgers kroniske hjertesvigt i høj grad må tilskrives grundsygdommen, herunder den senere konstaterede blodprop, hvis følgevirkninger må antages i mindre omfang at være forværret af den forsinkede diagnosticering.

Spørgsmål B:

Hvilke behandlingstiltag ville der være indikationfor atforetage, såfremt sagsøgerens blodprop var blevet diagnosticeret iforbindelse med undersøgelsen den 13. december 2009?

Og hvor, og hvor lang tid efter undersøgelsen den 13. december 2009 må det antages, at disse behandlingstiltag kunne gennemføres?

Hvis sagsøgers symptomer cirka 12 timer før henvendelse var blevet tolket som mulig blodprop i hjertet ved henvendelsen til lægevagten 13.12.09, burde sagsøger være indlagt akut til invasiv undersøgelse og måske behandling.

Gevinsten ved akut behandling med ballonudvidelse er størst de første timer efter en blodprop og aftager betydeligt efter 12 timer fra symptomdebut. Der kan dog være mulighed for symptomlindring og bedring af venstre hjertekammers funktion på lang sigt, selv når indgrebet foretages efter de 12 timer, jævnfør også besvarelsen af spørgsmål 1.

Spørgsmål C:

Er der grundlag for at antage, at sagsøgerens nuværende helbredstilstand er blevet påvirket som følge af, at de under svaret på spørgsmål B nævnte behandlingstiltag ikke blev iværksat iforbindelse med undersøgelsen den 13. december 2009?

Svaret bedes begrundet, og såfremt Retslægerådet svarer bekræftende, bedes rådet om muligt redegøre for, på hvilken måde sagsøgerens helbredstilstand må antages at være påvirket heraf.

Der er i henhold til ovenstående grundlag for at antage, at sagsøgers helbredstilstand først og fremmest er blevet påvirket af hans sene henvendelse til sundhedsvæsenet og i mindre grad af, at de nævnte undersøgelser og eventuelle behandlingstiltag ikke blev iværksat umiddelbart.

Spørgsmål D:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.
.... "

Retslægerådet har i erklæring af 12. december 2013 anført følgende:

"....

Spørgsmål 5:

Retslægerådet udtaler i sin besvarelse af spørgsmål B, at sagsøger burde have været indlagt akut til invasiv undersøgelse og måske behandling, hvis hans symptomer var blevet tolket som en mulig blodprop i hjertet ved henvendelse til Lægevagten den 13. december 2009. Yderligere udtaler Retslægerådet i samme besvarelse, at der kan være mulighed for symptomlindring og bedring af venstre Hjertekammers funktion på langt sigt, selv når indgrebet foretages efter de 12 timer.

Retslægerådet bedes oplyse, om det udgør en klar lægefaglig fejl, at
A ikke umiddelbart efter den indledende telefoniske drøftelse med Lægevagten den 13. december 2009 kl. 13.33 blev sendt akut på hospitalet med udrykningskøretøj.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Ved sin telefoniske henvendelse til Lægevagten den 13. december 2009 klokken 13.33 angav sagsøger pludseligt opståede bryst smerter, som havde været i lidt mere end 12 timer, som gik ud i armene og forværredes ved dyb respiration. Denne beskrivelse burde have givet anledning til optagelse af EKG, som sandsynligvis ville have afsløret en akut blodprop, hvilket så burde have foranlediget akut indlæggelse ved vagtlægen. Her er således tale om en lægelig fejl.

Spørgsmål 6:

Retslægerådet bedes oplyse, om det udgør en klar lægefaglig fejl, at
A ikke umiddelbart iforbindelse med konsultationen hos Lægevagten den 13. december 2009 kl. 14.45 blev sendt akut på hospitalet med udrykningskøretøj.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Ved henvendelse til vagtlæge den 13. december 2009 klokken 14.45 angav sagsøger igen sine bryst smerter, som nu havde været 13 V2 time. Beskrivelsen burde have foranlediget optagelse af EKG, som sandsynligt ville have afsløret en blodprop, som igen ville have medført akut indlæggelse. Den manglende optagelse af EKG må beskrives som en lægelig fejl. Hvis EKG ikke kunne optages og fortolkes i vagtlægekonsultationen burde sagsøger være akut indlagt til undersøgelse, og undladelse heraf må bedømmes som en lægelig fejl.

Spørgsmål E:

Med det forbehold, der ligger i, at Retslægerådet skal besvare et hypotetisk spørgsmål, bedes det oplyst, om det er sandsynligt, at *A*

Hvis han var blevet indlagt akut på B Sygehus den 13. december 2009, akut var blevet overført til F med henblik på ballonudvidelse?

Retslægerådet bedes ved vurderingen inddrage det tidsmæssige aspekt - herunder at symptomdebut var ca. 12 timer før henvendelsen til lægevagten samt, at der tillige ville gå tid med transport til B Sygehus samt undersøgelse her, ligesom Retslægerådet bedes inddrage de nationale retningslinier for, i hvilke tilfælde akut ballonudvidelse tilbydes.

Hvis sagsøger var blevet indlagt akut på B Sygehus, ville man have optaget et EKG, som formentlig ville have vist, at han havde ST-elevation eventuelt med Q-taks udvikling som udtryk for et myokardieinfarkt opstået om natten (såkaldt "missed" STEMI). Derefter ville man have konfereret med F, som sandsynligvis ville have modtaget sagsøger akut eller subakut til ballonudvidelse. De nationale retningslinjer anfører, at der ved STEMI, som formodes at være indtruffet mere end 12 timer før diagnosen stilles, skal konfereres med primært PCI-center (i dette tilfælde F) i tilfælde af vedvarende brystmerter, eller i EKG vedvarende ST-elevation og/eller venstresidigt grenblok (LBBB). Sagsøgers henvendelse til vagtlægen var motiveret i vedvarende brystmerter. EKG foreligger ikke.

Spørgsmål F:

Retslægerådet har i svaret på spørgsmål 1 udtalt, "at en akut indlæggelse af sagsøger på henvendelsestidspunktet formentlig kunne have reduceret omfanget af sagsøgers gener, men fastlæggelsen af denne reduktions størrelse er forbundet med betydelig usikkerhed, da gevinsten ved eventuel ballonudvidelse aftager betydeligt efter 12 timer fra symptomdebut. "

Retslægerådet bedes i tilknytning hertil oplyse, hvilken lægefaglig dokumentation der foreligger for, at en ballonudvidelse kan have effekt i forhold til varigefølger, når ballonudvideisen foretages mere end 12 timer efter symptomdebut.

Denne anbefaling i de nationale retningslinjer bygger på resultaterne af en randomiseret klinisk undersøgelse og en registerundersøgelse.

Spørgsmål G:

Med det forbehold der ligger i, at Retslægerådet bedes besvare et hypotetisk spørgsmål, bedes Retslægerådet i tilknytning til svaret på spørgsmål F oplyse, om det er sandsynligt, at A i den 13. december 2009 var blevet tilbudt en akut ballonudvidelse efter de fornødne undersøgelser, og efter overflytningen til F.

Svaret bedes begrundet.

Hvis en tilkaldt ambulance havde foranstaltet EKG-optagelse, og EKG'et

fortsat viste ST-elevation, ville de vagthavende læger på **F** sandsynligvis have accepteret at modtage sagsøger akut til ballonudvidelse i henhold til det anførte i besvarelsen af spørgsmål E og F.

Spørgsmål H:

*Med det forbehold der ligger i, at Retslægerådet bedes besvare et hypotetisk spørgsmål, bedes Retslægerådet i tilknytning til Retslægerådets svar 1, A og B, om muligt præcisere og karakterisere, på hvilken måde **A** varige tilstand kunne være bedret, såfremt han var blevet indlagt akut den 13. september 2009, og overført til **F** med henblik på ballonudvidelse.*

Undersøgelserne omtalt under besvarelsen af spørgsmål F tyder på, at det område, der omdannes til arvæv bliver mindre, og at patienterne lever længere, hvis der foretages ballonudvidelse med tilhørende medicinsk behandling.

Spørgsmål I:

Retslægerådet har i svaret på spørgsmål 1 og 2 anført, at der er betydelig usikkerhed forbundet med besvarelsen. Retslægerådet bedes angive, hvorvidt Retslægerådet finder det mest sandsynligt, at grundlidelsen ikke er blevet påvirket af den forsinkede diagnosticering, eller hvorvidt Retslægerådet finder det mest sandsynligt, at grundlidelsen er blevet påvirket af den forsinkede diagnosticering.

I henhold til ovenstående, findes det mest sandsynligt, at grundlidelsen er blevet påvirket (i ukendt omfang) af den forsinkede diagnosticering.

...."

Retslægerådet har i erklæring af 7. oktober 2014 anført følgende:

"....

Spørgsmål J:

*Retslægerådet har i svaret på spørgsmål G i udtalelsen af 12. december 2013 udtalt, at sagsøgeren sandsynligvis ville være modtaget akut eller subakut på **F**, hvor man ville have foretaget ballonudvidelse.*

I afsnit J. 3.3 i retningslinjerne for behandling af patienter med STEMI med præsentation mere end 12 timer efter smertedebut fastlagt af Dansk Cardiologisk Selskab (bilag M) fremgår, at stabile patienter ikke skal tilbydes akut revaskularisering, men behandles efter NSTEMI regime.

Skal Retslægerådets tidligere svar forstås således, at Retslægerådet er af den opfattelse, at der var forhold i sagsøgerens sag, der kunne begrunde, at disse retningslinjer fra Dansk Cardiologisk Selskab ikke skulle følges, og i givet fald, hvilke?

Afsnit 1.3.2 i Dansk Cardiologisk Selskab's nationale behandlingsvejledning

anfører, jævnfør bilag M: "Ved kardiogent shock og vedvedvarende bryst-smerter/ST elevationer/LBBB bør der konfereres med primært PCI center - også selvom der er gået mere end 12 timer efter symptomdebut. Stabile patienter skal ikke tilbydes akut revaskularisering men behandles efter NSTEMI regime, se afsnit 1.3.3. KAG bør foretages inden udskrivelsen efter samme retningslinjer som ved NSTEMI".

Sagsøger kontaktede vagtlægen på grund af vedvarende bryst smerter. I henhold til ovenstående burde en diagnose af STEMI på dette tidspunkt (13 time efter symptomdebut) have motiveret kontakt til primært PCI center. Retslægerådets udtalelse er således i overensstemmelse med anbefalingerne i den nationale behandlingsvejledning.

Spørgsmål K:

Såfremt Retslægerådets svar er begrundet i, at sagsøgeren efter Retslægerådets vurdering ikke var stabil, bedes Retslægerådet uddybe, hvorfor sagsøgeren ikke var at betragte som stabil.

Vedvarende brystsmerte var symptomet på, at sagsøgers tilstand ikke var stabil.

Spørgsmål L:

Såfremt Retslægerådets svar spørgsmål J er udtryk for, at Retslægerådet ikke er enig i retningslinjerne fastsat af Dansk Cardiologisk Selskab, bedes Retslægerådet svare på spørgsmålene I, A, B, C og I igen - dog ud fra den forudsætning, at retningslinjerne fra Dansk Cardiologisk Selskab var blevet fulgt.

Ikke relevant at besvare.

Spørgsmål M:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Spørgsmål 7:

I spørgsmål J henviser Patientskadeankenævnet til retningslinjer for behandling af patienter med STEMI fastlagt af Dansk Cardiologisk Selskab (sagens bilag N).

Retslægerådet bedes supplerende til besvarelsen af spørgsmål J oplyse, på hvilket øvrigt grundlag Retslægerådet har besvaret spørgsmål G, herunder om der udover retningslinjerne fastlagt af Dansk Cardiologisk Selskab findes andre relevante retningslinjer for behandling af patienter med **A**
symptomer på tidspunktet for hans kontakt med lægevagten den 13. december 2009?

Den nationale kardiologiske behandlingsvejledning baserer sig på en omfattende litteraturgennemgang, herunder også af amerikanske og europæiske guideline. Danske eksperter inden for området syntetiserer denne viden, adapterer til danske forhold og reviderer mindst en gang årligt. Besvarelsen af spørgsmål J baserer sig på den danske behandlingsvejledning.

Spørgsmål 8:

Supplerende til besvarelsen af spørgsmål 7 og besvarelsen af spørgsmål L bedes Retslægerådet oplyse, om Retslægerådets besvarelse i ^A sag er et udtryk for, at retningslinjerne fastsat af Dansk Cardiologisk Selskab netop alene er retningslinjer, og at ^A tilfælde fortsat forudsatte en konkret bedømmelse, som optimalt burde have ført til, at ^A var blevet akut indlagt med efterfølgende EKG-optagelse og en ballonudvidelse (jf besvarelsen af spørgsmål B og D).

Dansk Cardiologisk Selskabs nationale behandlingsvejledning angiver retningslinjer, som der i konkrete tilfælde kan være gode grunde til at afvige fra. I den konkrete sag foreligger der ikke omstændigheder, som motiverer, at retningslinjerne ikke blev fulgt. Sagsøger burde således på baggrund af vedvarende brystsmerte være akut undersøgt med EKG optagelse, selvom der var forløbet 13½ time fra symptomdebut.

Spørgsmål 9:

Giver sagen på det nu foreliggende Retslægerådet anledning til yderligere bemærkninger?

Nej.
.... "

Patientskadeankenævnet har ved afgørelser af 28. april 2014 og 28. november 2014 afslået at genoptage sagen.

I afgørelsen af 1. december 2014 vedrørende afslaget af 28. november 2014 anfører Patientskadeankenævnet:

"....

Patientskadeankenævnet fik på møde den 25. april 2014 forelagt Retslægerådets udtalelser af henholdsvis 15. april 2013 og 12. december 2013, og ved afgørelse af 28. april 2014 afslog Patientskadeankenævnet at genoptage sagen.

I forbindelse med sagens videre behandling har sagen været forelagt Retslægerådet, som har afgivet udtalelser af 15. april 2013, 12. december 2013 og 7. oktober 2014.

Patientskadeankenævnet har behandlet sagen på møde den 28. november 2014 og truffet følgende

Afgørelse

A/s sag genoptages ikke.

Patientskadeankenævnets afgørelse kan indbringes for domstolene inden 6 måneder efter, at afgørelsen er meddelt. Retten kan stadfæste, ophæve eller ændre afgørelsen.

Sagsfremstilling

Der henvises til sagsfremstillingen i Patientforsikringens afgørelse af 30. maj 2011 og Patientskadeankenævnets afgørelse af 30. januar 2012.

Under sagens forberedelse for retten er der indhentet udtalelser fra Retslægerådet af henholdsvis 15. april 2013, 12. december 2013 og 7. oktober 2014.

Af Retslægerådets udtalelse af 15. april 2013 fremgår blandt andet:

"....

(citater af spørgsmål til Retslægerådet og Retslægerådets besvarelser af spørgsmålene A, B, C, F, H, I, J og 8)

Begrundelse og resultat

Det er på det foreliggende grundlag fortsat Patientskadeankenævnets vurdering, at *A* ikke med overvejende sandsynlighed er påført en erstatningsberettigende skade, jf. klage- og erstatningslovens § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1.

For at kunne yde erstatning efter klage- og erstatningsloven er det en betingelse, at der ved behandling, undersøgelse eller undladelse heraf er påført patienten en skade, jf. lovens § 19, stk. 1. Det er i tilknytning hertil tillige en betingelse, at skaden med overvejende sandsynlighed er en følge af den foretagne behandling eller undersøgelse og ikke skyldes patientens grundsygdom eller andre forhold, jf. klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1.

Kravet om, at skaden med "overvejende sandsynlighed" kan relateres til behandlingen skal forstås bogstaveligt, således, at der kræves sandsynligheds- overvægt. Patienten har således ikke ret til erstatning, hvis det er lige så sandsynligt, at skaden kan henføres til grundlidelsen som til behandlingen, eller hvis det ikke er muligt at fastslå noget om den relative sandsynlighed for de mulige skadesårsager.

Nævnet har ved afgørelsen lagt vægt på, at det af Retslægerådets besvarelser

af 15. april og 12. december 2013 flere steder fremgår, at **A** .
 sens helbredstilstand først og fremmest er blevet påvirket af hans sene hen-
 vendelse til sundhedsvæsenet og i mindre grad af, at de nævnte undersøgel-
 ser, og eventuelle behandlingstiltag ikke blev iværksat umiddelbart. Der er
 også lagt vægt på, at Retslægerådet ikke har angivet i hvilket omfang grund-
 lidelsen er blevet påvirket.

Herudover har nævnet lagt vægt på, at beslutningen om at foretage akut
 KAG undersøgelse hos en patient, der kommer sent efter en blodprop STE-
 MI, baserer sig på et klinisk skøn. Patienter i chok eller med svære vedvaren-
 de smerter i brystet og relevante EKG forandringer vil få foretaget akut
 KAG. Det er fortsat nævnets vurdering, at **A** ikke med
 overvejende sandsynlighed ville være blevet sendt til KAG undersøgelse, da
 han efter nævnets vurdering var klinisk stabil og ikke havde svære smerter,
 men var udtalt om, når man trykkede på brystkassen.

Uanset om **A** havde vedvarende smerter og dermed var u-
 stabil ved undersøgelsen hos vagtlægen, og uanset om han var blevet henvist
 til videre udredning og PCI behandling på **F.** (som nærmeste PCI
 center), er det fortsat nævnets vurdering, at **A** med over-
 vejende sandsynlighed stadig ville have haft varige gener i form af kro- nisk
 hjertesvigt og svært nedsat pumpefunktion, som følge af sin grundlidelse
 (åreforkalkning og blodprop i hjertet).

Nævnet har ved afgørelsen lagt vægt på, at Retslægerådet i besvarelsen af
 spørgsmål H henviser til, at der foreligger en randomiseret undersøgelse, der
 tyder på, at patienter der har fået foretaget PCI behandling med tilhørende
 medicinsk behandling lever længere, idet det område der omdannes til arvæv
 bliver mindre.

Det skal hertil bemærkes, at det er korrekt, at et mindre studie (Schomig et
 al JAMA 2005) har vist, at store blodpropper behandlet med PCI mellem 12
 og 24 timer efter smertedebut medførte et infarkt (ar i hjertet) som var 1,5 %
 (10,5 versus 9,0 %) mindre end blodpropper behandlet konservativt. Forskel-
 len i dette studie er således minimal, og andre større studier (fx . TOSCA-
 NA- 2 og OAT studierne) har ikke kunnet påvise en forskel i hverken klinisk
 udkomme eller venstre hjertekammers pumpefunktion ved anvendelse af bal-
 lonudvidelse foretaget sent efter ST- elevations AMI (stor blodprop i hjertet,
 STEMI). På denne baggrund, finder nævnet at det ikke er videnskabeligt be-
 vist, at man med overvejende sandsynlighed bedrer hjertets pumpefunktion
 ved PCI behandling mere end 12 timer efter ST-elevations AMI.

På baggrund heraf er det på det foreliggende grundlag således fortsat næv-
 nets vurdering, at der ikke foreligger den fornødne overvejende sandsynlig-
 hed (over 50 procent) for, at **A** varige gener i form af
 kronisk hjertesvigt og svært nedsat pumpefunktion ville have været mindre
 udtalt, såfremt han var blevet indlagt og tilbudt PCI behandling af den formo-

dede lukkede kranspulsåre.

Med disse bemærkninger fastholder Patientskadeankenævnet sin afgørelse af 30. januar 2012, hvorved Patientforsikringens afgørelse af 30. maj 2011 blev ændret og sin afgørelse af 28. april 2014, hvorved nævnet afslog at genoptage sagen.

.... "

Forklaringer

A har forklaret, at hans symptomer startede om natten den 13. december 2009. Omkring kl. 1.00 vågnede han med voldsomme smerter i brystet. Han tog nogle smertestillende piller. Han sad et stykke tid og faldt hen. Han kom til sig selv næste formiddag. Kl. 13.00 kom hans svoger forbi og anbefalede ham at kontakte vagtlægen, da han så syg ud. Da han talte med vagtlægen havde han stadig følelsen af ikke at kunne trække vejret. Han blev henvist til at konsultere læge. Denne lyttede på hjerte og lunger. Lægen spurgte, om han havde travlt på arbejdet, hvilket han bekræftede. Han fik at vide, at han skulle tage noget smertestillende og skulle løbe eller gå en tur og tænke på noget andet. Han meddelte sin arbejdsgiver den 14. december 2009, at han var syg. Han startede på arbejde i starten af januar. Han kunne ikke præstere så meget. Efter nogle dage sendte arbejdsgiveren ham hjem, fordi han ikke så frisk ud. De aftalte, at han skulle til psykolog. Han bestilte tid til lægetjek. Her blev han henvist til at få foretaget af cykeltest. Efter lægekonsultationen den 13. december 2009 gik han først på ny til lægen i januar. Det bundede nok i en form for autoritetstro, fordi lægen havde sagt, han havde stress. Han er revisor. Der havde været et større pres på arbejdspladsen i en periode, men det vænner man sig til. Han følte sig ikke stresset over det. Han begyndte i april et behandlingsforløb. Det blev sat i værk, fordi han ikke kunne gennemføre en cykeltest i februar. Forløbet startede den 12. april. Efter første undersøgelse sagde lægen, at han havde et væsentlig forstørret hjerte. Han fik en pacemaker i september. I april havde han været indlagt en uges tid. I juli blev der på Sygehus foretaget en kikkertundersøgelse. På det tidspunkt var det ikke muligt at foretage en ballonudvidelse. Efterfølgende gik han til kontrol i hjertemedicinsk ambulatorium med henblik på vurdering af, om han skulle have en pacemaker. I dag har han det efter omstændighederne godt, men han bliver let forpustet og syrer meget let til. Der er perioder, hvor han er meget svimmel. Han er syg 4-6 uger om året på grund af sygdommen. Om natten den 13. december 2009 ringede han ikke 112, fordi han ikke tænkte på, at det kunne være noget med hjertet. Da han ringede til vagtlægen havde han stadig ondt i brystet og svært ved at trække vejret. Ved lægekonsultationen var han stadig lidt forpustet og havde stadig svært ved at trække vejret. Smerterne kom, når han trak vejret. I januar kom der et tilbagefald efter han var startet på arbejde igen. Han var startet stille og roligt. Han fandt ud af, at han ikke kunne holde til at arbejde.

Parternes synspunkter

Parterne har i det væsentlige procederet i overensstemmelse med påstands-dokumenterne.

Sagsøgeren har i påstandsdokumentet blandt andet anført følgende:

"

RETSLÆGERÅDETS ERKLÆRINGER OG ANKENÆVNETS NYE AFGØRELSE:

Sagen har under forberedelsen været forelagt for Retslægerådet, som har afgivet erklæringerne af 5. april 2013, 12. december 2013 og 7. oktober 2014.

Herfra skal navnlig fremhæves Retslægerådets besvarelser af spørgsmålene spørgsmål D (erklæringen af 15. april 2013), fulgt op af besvarelsen af spørgsmål 5 og G (erklæringen af 12. december 2013) samt også besvarelserne af spørgsmål J og K samt spørgsmål 7-8 (den seneste erklæring af 7. oktober 2015).

Heri udtaler Retslægerådet klart, at der indtrådte en lægelig fejl allerede i forbindelse med **A** telefoniske henvendelse til lægevagten, hvor han ikke – trods hans beskrivelser – blev akut indlagt – dette også selv om der gik mere end 12 timer.

Trods disse udtalelser, har Ankenævnet for Patienterstatningen i sin seneste afgørelse af 1. december 2015 (sagens bilag N) afvist at genoptage sagen.

Ankenævnet henviser bl.a. til, at Retslægerådet i besvarelserne A og C udtaler, at **A** symptomer i mindre grad er påvirket af den manglende akutte håndtering vurderet i forhold til betydningen af hans egen sene henvendelse til sundhedsmyndighederne.

Herimod fremgår det af besvarelserne i spørgsmål I, at **A** helbredsmæssige tilstand og grundlidelse sandsynligt er blevet påvirket af den udviste fejl i forbindelse med den manglende akutte håndtering – omend blot i ukendt omfang. Ydermere fremgår det som generel udtalelse i besvarelsen af spørgsmål B, at der er mulighed for symptomlindring og bedring også selvom en ballonudvidelse først sker efter 13 timer.

SUPPLERENDE ANBRINGENDER:

Til støtte for sin seneste afgørelse af 1. december 2014 (bilag N) lægger Ankenævnet for Patienterstatningen navnlig vægt på, at beslutningen om at foretage akut KAG-undersøgelse er baseret på et klinisk skøn, og at det er nævnets vurdering, at **A** ikke med overvejende sandsynlighed ville være blevet sendt til KAG-undersøgelse, da han efter nævnets vurdering var klinisk stabil.

Om netop disse forhold anfører Retslægerådet imidlertid i sin seneste erklæring af 7. oktober 2014, at det følger af Dansk Kardiologisk Selskabs behandlingsvejledning, at der bør konfereres primært med PCI-center ved kardiologisk chok og ved vedvarende brystmerter, også selvom der er gået mere end 12 timer efter symptomdebut. Ligesom Retslægerådet konkret om A sag udtaler, at hans symptomer burde have motiveret kontakt til primært PCI-center.

Der henvises her navnlig til Retslægerådets besvarelser af spørgsmål J og spørgsmål 7-8.

For så vidt angår det forhold, at A ifølge Ankenævnet for Patienterstatningen ikke ville være blevet sendt til KAG, ”fordi han var stabil”, bemærkes i øvrigt, at Retslægerådet i besvarelsen af spørgsmål K anfører, at A ; vedvarende brystmerter var symptomet på, at hans tilstand ikke var stabil.

Sagens kerne er herefter, at der er blevet foretaget en klar lægefejl, jf. Retslægerådets besvarelser af spørgsmålene D, G, K og J samt spørgsmål 5 og 8.

At der foreligger en klar fejl understreges netop i besvarelsen af spørgsmål 8, hvor Retslægerådet udtaler, at der i den konkrete sag ikke foreligger omstændigheder, der motiverede til, at retningslinjerne ikke blev fulgt.

Efter § 20, stk. 1, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, ydes der erstatning bl.a., hvis skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt ved, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt angivne forhold må antages at ville have handlet anderledes, jf. § 20, stk. 1, nr. 1.

Når der foreligger en klar lægefaglig fejl, følger det endvidere af Højesterets praksis, at enhver tvivl omkring årsagssammenhæng kommer patienten til gode, hvormed det bliver Ankenævnet for Patienterstatningens bevisbyrde, om den klare fejl ikke har haft nogen effekt på det efterfølgende forløb.

Denne bevisbyrde har Ankenævnet for Patienterstatningen ikke løftet. Der henvises her til Retslægerådets besvarelser, der klart illustrerer en usikkerhed omkring betydningen af den sene henvendelse. Under alle omstændigheder anfører Retslægerådet flere gange i sine erklæringer, at en korrekt og akut indlæggelse af A ved hans henvendelse den 13. december 2009 ikke med sikkerhed ville være uden effekt på hans efterfølgende forløb.

At Ankenævnet for Patienterstatningens lægekonsulenter på grundlag af de samme oplysninger som Retslægerådet egenhændigt vurderer forholdet anderledes – herunder selv vurderer, at man ikke med overvejende sandsynlighed ville have sendt ham til KAG-undersøgelse – er ikke tilstrækkeligt til at

løfte nævnets bevisbyrde.

Det følger således af fast Højesterets praksis, at det er Retslægerådets udtalelse, der skal lægges til grund, ved medicinske spørgsmål. Jeg henviser her navnlig til afgørelsen U2012.2637H, hvor Højesteret anfører følgende i sine præmisser:

"Da den beskrevne forskel i Retslægerådets og Ankestyrelsens vurdering om årsagssammenhæng hovedsagelig angår spørgsmål af lægefaglig karakter, finder Højesteret, at Retslægerådets vurdering må lægges til grund.

Når Retslægerådet samtidig i denne sag udtaler, at der er tvivl om årsagssammenhængen, har Ankenævnet for Patienterstatningen ikke løftet sin bevisbyrde for, at den udviste klare fejl ikke haft betydning for A sygdomsforløb.

Der bemærkes i den forbindelse, at Ankenævnet for Forsikrings udfordring af Retslægerådets besvarelse i spørgsmål H vedrørende undersøgelser som viser, at patienter, der har fået PCI-behandlinger med tilhørende medicinsk behandling lever længere, heller ikke kan tillægges en sådan betydning, at Retslægerådets vurdering må tilsidesættes, jf. U 2012.2637 H.

Sammenfattende må det herefter lægges til grund, at det umiddelbare sygdomsforløb og den efterfølgende lidelse i form af kronisk hjertesvigt med nedsat pumpefunktion i udgangspunktet må kunne henføres til skaden, hvilket som det mindste vil udløse et krav på svie og smerte. I den forbindelse bemærkes i øvrigt, at det kun forudsætter knap 2 måneders sygemelding at overstige bagatelgrænsen på 10.000 kr. i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Om patientskaden som udløsende årsag og dermed hovedansvarlig for det samlede sygeforløb henvises desuden til Højesterets dom af U 2013.508 H. Patientskadeankenævnet havde i denne truffet afgørelse om, at den skadelidte ikke var berettiget til hverken tabt arbejdsfortjeneste eller erhvervsevnetab efter en anerkendt patientskade, idet nævnet henviste til den konkurrerende betydning af en tidligere arbejdsskade.

Retslægerådet afgav under sagen en erklæring, men udtalte sig ikke klart om betydningen af patientskaden for de efterfølgende funktionshindrende gener set i lyset af arbejdsskadens funktionshindrende gener.

Højesteret udtalte herefter, at skadelidtes samlede sygdomsforløb og dermed hendes krav på tabt arbejdsfortjeneste måtte anses for at være udløst af den anerkendte patientskade, ligesom at skaden havde udløst et varigt erhvervsevnetab på 25 %. Det fulde krav skulle herefter betales.

Med henvisning til alt ovenstående fastholdes det herefter i det hele, at Anke-

nævnet for Patienterstatningen skal anerkende, at **A** i forbindelse med behandlingsforløbet den 13. december 2009 blev påført en efter klage- og erstatningsloven patientskade, som udløser en erstatning på minimum 10.000 kr.
.... "

Sagsøgte har i påstandsdokumentet blandt andet gjort følgende gældende:

"....

Til støtte for frifindelsespåstanden gøres det overordnet gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse af 30. januar 2012 (bilag 10), hvorefter nævnet fandt, at **A** ikke var påført en skade omfattet KEL § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, nr. 1.

Det må ved bevisbedømmelsen tages i betragtning, at ankenævnet på grund af sin sammensætning, der bl.a. omfatter medlemmer med lægevidenskabelig baggrund, brugen af speciallægekonsulenter ved afgørelserne, og gennem behandling af et stort antal sager har en særlig erfaring i at bedømme sager efter klage- og erstatningsloven, og at der derfor skal være et sikkert grundlag for at tilsidesætte afgørelsen. Det gøres overordnet gældende, at **A** ikke har ført bevis herfor.

Det er en forudsætning for berettigelse til erstatning efter KEL; at patienten som følge af tilsidesættelsen af specialiststandard med overvejende sandsynlighed er påført en skade. Skader, der er en følge af patientens grundlidelse, er ikke erstatningsberettigende efter loven.

Det er **A**, der har bevisbyrden for, at han med overvejende sandsynlighed blev påført en skade som følge af behandlingen ved lægevagten den 13. december 2009. Det er ikke ved Retslægerådets udtalelser dokumenteret, at **A** ved behandlingen er påført en skade, der giver grundlag for erstatning efter klage- og erstatningsloven.

Behandlingsforløbet

Ankenævnet har med rette vurderet, at sygdomsforløbet ikke med overvejende sandsynlighed var blevet ændret, såfremt man i forbindelse med vagtlægebesøget havde diagnosticeret **A** blodprop.

A rettede først henvendelse til vagtlægen over 12 timer efter symptomdebut. Det tidspunkt, hvor en eventuel behandling kunne have fundet sted ved en rettidig diagnosticering, er ikke tidspunktet for opkaldet til vagtlægen kl. 13.33. Der ville også ved en rettidig diagnosticering have været medgået tid til transport til behandlingssted, diagnosticering m.v.

Det er ankenævnets vurdering, at **A** ikke ville være blevet sendt til KAG undersøgelse på baggrund af hans symptomer ved henvendelsen til lægevagten, over 12 timer efter symptomdebut af hans gener.

Der er herunder ankenævnets vurdering, at A ved henvendelsen til vagtlægen var klinisk stabil, da det i følge de foreliggende lægelige akter er vurderet, at A var udtalt øm, når man trykkede ham på brystkassen, men at han dog ikke havde svære smerter (bilag A).

Retslægerådets udtalelser giver ikke grundlag for at tilsidesætte denne vurdering. Retslægerådets svar er forbundet med en betydelig usikkerhed, og der er ikke tilstrækkelig grundlag for at antage, at A ved rettidig diagnosticering ville være blevet modtaget på F og tilbudt ballonudvidelse.

Merskade som følge af behandlingen

Ankenævnet har med rette vurderet, at A kroniske hjertesvigt og svært nedsatte pumpefunktion samt psykiske symptomer ikke kan tilskrives behandlingen ved lægevagten den 13. december 2009, men med overvejende sandsynlighed skal tilskrives A ; grundlidelse.

Ankenævnet har nærmere vurderet, at selv for det tilfælde, at man havde henvist A til videre udredning umiddelbart i forbindelse med kontakten til lægevagten, da ville A med overvejende sandsynlighed stadig have haft varige gener i form af kronisk hjertesvigt og svært nedsat pumpefunktion, som følge af sin grundlidelse.

Dette støttes af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål A og C, hvor rådet angiver, at A kroniske hjertesvigt i høj grad må tilskrives grundsygdommen, samt at A ; helbredstilstand først og fremmest er blevet påvirket af hans sene henvendelse til sundhedsvæsenet.

Retslægerådets svar 1 - 4 og A - C, c;ler giver udtryk for, at A gener er påvirket af den forsinkede diagnosticering, er forbundet med en betydelig usikkerhed, som også fremhævet af Retslægerådet. I den sammenhæng har ankenævnet også lagt vægt på, at Retslægerådets udtalelser må være baseret på et mindre studie (Schomig et al JAMA 2005), der har vist en minimal effekt af PCI behandling mellem 12 og 24 timer efter smertedebut, samt at andre og større studier (fx TOSCANA-2 og OAT studierne) ikke har kunnet påvise en forskel ved ballonudvidelse foretaget sent efter blodprop i hjertet.

Bevislempelse

Det er efter retspraksis den skadelidte, der skal bevise, at der foreligger årsagsforbindelse. Kravene til bevis kan i tvivlsomme tilfælde lempes, hvis der klart er begået en fejl, der er erstatningspådragende efter almindelige erstatningsretlige regler, og som kan have forårsaget skaden. I sådanne tilfælde kan tvivl om årsagsforholdene således komme skadelidte til gode, jf. U2011.1019H.

Der er dog ikke tale om, at der i tilfælde, hvor der klart er begået fejl, anvendes en omvendt bevisbyrde-regel, jf. f.eks. U2007.1591H og U2008.2801H. Det bestrides på den baggrund også, at bevisbyrden i denne sag påhviler ankenævnet.

Selv med bevislempelse, er der ikke grundlag for at antage, at A er påført en patientskade, da hans gener med overvejende sandsynlighed må henføres til grundlidelsen og ikke til behandlingen."

Rettens begrundelse og afgørelse

Det kan lægges til grund, at sagsøger den 13. december 2009 kl. 13.33, da han rettede henvendelse til vagtlægen og senere tilset af en læge, havde en blodprop i hjertet. Sagsøger har udviklet kronisk hjertesvigt med nedsat pumpefunktion.

Det lægges som ubestridt til grund, at der i forbindelse med sagsøgers henvendelse til vagtlægen den 13. december 2009 og senere lægekonsultation er begået en lægelig fejl, idet sagsøgers beskrivelse af sin helbredstilstand burde have givet anledning til optagelse af EKG eller undersøgelse af, hvorvidt EKG burde foretages. Der er enighed om, at behandlingen af sagsøger ikke var i overensstemmelse med den behandling, som en erfaren specialist ville have givet.

Efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet er det en betingelse for at yde erstatning, at der ved behandling, undersøgelse eller undladelse heraf er påført patienten en skade, jf. lovens § 19, stk. 1. Det er yderligere en betingelse for at yde erstatning, at skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af følgende måder: "... Hvis det må antages, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes, hvorved skaden ville være undgået", jf. lovens § 20, stk. 1.

Retten har lagt til grund efter Retslægerådets erklæringer, at sagsøgers helbredstilstand først og fremmest er påvirket af hans sene henvendelse til sundhedsvæsenet og i mindre grad af, at der ikke blev iværksat undersøgelser og eventuelle behandlingstiltag umiddelbart. Retten finder endvidere at kunne lægge til grund efter Retslægerådets udtalelser, at sagsøger med overvejende sandsynlighed ville have haft varige gener i form af kronisk hjertesvigt og svært nedsat pumpefunktion uanset, om han umiddelbart var blevet henvist til videre udredning og behandling. Retten har blandt andet lagt vægt på Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1, hvori der alene omtales reduktion af omfanget af generne. Retten finder således ikke, at en skade ville være undgået, selv ved umiddelbar behandling.

Retslægerådet har udtalt (spørgsmål H), at noget tyder på, at det område, der

omdannes til arvæv bliver mindre, og at patienter lever længere, hvis der foretages ballonudvidelse med tilhørende medicinsk behandling, selvom ballonudvidelsen bliver foretaget mere end 12 timer fra sygdomsdebut. Retslægerådet har videre udtalt (spørgsmål G) at det findes mest sandsynligt, at grundlidelsen er blevet påvirket i ukendt omfang af den forsinkede diagnostisering. Det fremgår af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål F, at Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1 er baseret på de nationale retningslinjer, der bygger på resultatet af en mindre klinisk undersøgelse.

Det fremgår af Patientskadeankenævnets afgørelse af 1. december 2014 om sagens genoptagelse, at større studier ikke har kunnet påvise en forskel hverken i klinisk udkomme eller venstre hjertekammers pumpefunktion ved ballonudvidelse, der foretages mere end 12 timer efter smertedebut. Patientskadeankenævnet udtaler endvidere, at det mindre studie alene har påvist en forskel på et år i hjertet ved en ballonudvidelse, der foretages mellem 12 og 24 timer efter smertedebut på 1,5 % i forhold til blodpropper, der behandles konservativt.

Da der efter Retslægerådets erklæringer foreligger en stor grad af usikkerhed med hensyn til spørgsmålet, om - og i givet fald i hvilket omfang - en umiddelbar behandling af sagsøgers blodprop kunne have reduceret omfanget af sagsøgers gener, da Retslægerådets svar er baseret på et mindre studie, der alene har påvist en lille effekt, og at en større undersøgelse ikke har kunnet påvise nogen forskel på omfanget af sagsøgers gener, finder retten det ikke godtgjort af sagsøger, at hans varige gener i form af kronisk hjertesvigt og svært nedsat pumpefunktion med overvejende sandsynlighed ville have været mindre udtalt, såfremt der ikke var begået den lægefaglige fejl.

Herefter tages sagsøgtes frifindelsespåstand til følge.

Inden 14 dage betaler sagsøger 50.000,00 kr. inklusiv moms i sagsomkostninger til sagsøgte for udgifter til advokatbistand. Der er ved sagens afgørelse lagt vægt på, at sagsforberedelsen har været omfattende med indhentelse af tre udtalelser fra Retslægerådet. Omkostningerne er fastsat med udgangspunkt i en sagsgenstand på 300.000 kr. som oplyst af parterne.

Thi kendes for ret:

Sagsøgte, Patientskadeankenævnet (nu Ankenævnet for Patienterstatningen), frifindes for den af sagsøger, **A** nedlagte påstand.

Inden 14 dage betaler sagsøger 50.000,00 kr. inklusiv moms i sagsomkostninger til sagsøgte.

Kirsten Linde

Dommer

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Retten i Næstved, den 6. maj 2015.

Marianne Krogh Pedersen, overassistent