



Udskrift af dombogen

DOM

afsagt den 31. maj 2018 i sag nr. BS 150-1211/2015:

A

mod

Ankenævnet for Patienterstatningen
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg

Sagens baggrund og parternes påstande

Sagen vedrører spørgsmålet om, hvorvidt sagsøgeren, A er påført en patientskade i forbindelse med manglende ambulancekørsel til trombolyseafdeling for udredning og behandling af blodprop grundet manglende visitation af neurolog.

A har nedlagt påstand om, at sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, skal anerkende, at A er blevet påført en erstatningsberettigende patientskade efter Lov om Klage- og Erstatningsadgang inden for Sundhedsvæsenet i forbindelse med behandling af blodpropper i perioden 10. juli – 1. december 2011.

Ankenævnet for Patienterstatningen har nedlagt påstand om frifindelse.

A har oplyst, at sagens værdi anslås at udgøre 1. mio. kr.

Oplysningerne i sagen

Den 10. juli 2011 tidligt om morgenen fik A det dårligt. A hustru, B kontaktede vagtlægen:

Af vagtlægenotatet af 10. juli 2011 fremgår blandt andet:

”10-07-2011 07:00 Hypertension men ikke behandling. Tidl.
Behandlet. Kolesterolmedicin.
(06:37) Ikke sovet fra kl. 04- Sveder. Ingen smerter. Fra
0600. Kvalme. Svimmel. Ved ikke om feber.
Føler sig forkert i hovedet. Let hvp. Hø arm og
hø ben sover. Synes nedsat kraft. Ingen synsfortr.

Synes ikke ordfindingsbesvær. 27641113/
20281113. Konf tromboluse vagt. Vi aftaler KA
obs apopleksi. Reddere ringer til neurol bv og
aftaler nærmere.”

Vagtlægen rekvirerede ambulance med akutkørsel. Der er enighed om, at
ambulancen kørte fra A adresse klokken 07.20. Af
ambulancejournalen fremgår, at ambulancen ankom til C
klokken 07.40. Ambulancepersonalet noterede endvidere iagttagelser
vedrørende øjen, sprog og bevægelighed.

Af redegørelsen fra D E af 20. marts 2014
fremgår:

Vedr. A CPR-nr. deres sagsnummer
14-0543 7.

D har som efterspurgt indhentet en kopi af lægejournaler
fra juli måned 2011 og frem.

Der er tale om én lægejournal fra d. 5. august 2011, som er vedlagt

Vi kan endvidere oplyse, at A har været kørt med ambulance:

- D. 10. juli 2011;
o Fra hjemmet til C
o Fra C til F
- D. 28. juli 2011;
o Fra hjemmet til F
- D. 5. august 2011;
o Fra hjemmet til G
- D. 1. december 2011;
o Fra H til G

I forbindelse med ambulanceturen d. 10. juli 2011 fra hjemmet til C
er der følgende bemærkninger fra Falcks
korpslæge:

På ambulancens dataskærm står følgende: "Apopleksi Ring Neo
Bagvagt 50240543".

Den ansvarlige ambulancebehandler og ambulanceassistenten kan
efter næsten tre år desværre ikke længere huske den pågældende
opgave. I notatfeltet i den præhospitale patientjournal står der: "Pt.
er meget sund og rask. Stod op her til morgen, følte sig meget
utilpas, bleg, svedig, opkast. Ingen følelsesforstyrrelser, følte tungen
forstørret, begyndende hovedpine. ABC stabil."

Patientens blodtryk ligger mellem 164/100 mmHg og 149/96 mmHg
 Puls regelmæssig, frekvens mellem 50-61. Respirationsfrekvens 12.
 Blodsukker 9,3 mmol/l. Patienten behandles med ilt 3 L/min Via
 næsekateter. Dermed er ilt saturationen målt perifert 100 %. Der
 anlægges intravenøs kanyler, overvågnings EKG, og der skrives 12
 punkts EKG. Der er noteret telefonkontakt / telemedicinsk kontakt,
 men ikke hvilken institution ambulancemandskabet har taget kontakt
 til.

Grundlæggende lader forløbet tænke på to muligheder:

- A) På baggrund af at der på dataskærmen stod, at den neurolo
 giske bagvagt skulle ringes op under det angivne nummer, er
 det muligt, at telefonkontakten, som er noteret i journalen, gjaldt
 det pågældende nummer. Som sagt kan ambulancebehandleren
 desværre ikke huske turen. Hvorvidt den efterfølgende visitation
 af patienten til ^C er besluttet af en
 neurologisk speciallæge, kan derfor ikke verificeres.
- B) Da der er blevet optaget et 12 punkt EKG for at udelukke en
 kardial årsag for symptomerne, kan det også have været tilfæl
 det, at ambulancemandskabet har sendt EKG`et til kardiologisk
 afdeling og fået svar derfra.

Visitationsstandard for patienter med apopleksi, som var gældende
 i ^E på daværende tidspunkt visiterer patienter med
 følgende kriterier til thrombolyse på ^G eller
^F ^I

"Patienter med akut apopleksi skal vurderes med henblik på evt. trom
 bolyse. Patienterne vurderes efter følgende punkter:

1. alder over 18 år
2. nyopstået halv-siddet lammelse af ben og/eller arme, og/eller
 afasi.
3. ved bevidsthed
4. uden alvorlige vejrtrækningsproblemer
5. uden tegn til kredsløbs shock.
6. har været selvhjulpne før de nuværende symptomer
7. symptomerne er kommet for mindre end 4 1/2 time siden
8. patienterne kan komme til det nærmeste sygehus med
 trombolyse behandling (i ^I eller ^G senest 4 1/2
 time efter symptom-debut...

I tilfælde, hvor alle 8 punkter er opfyldt, ringes der til thrombolysevag
 ten...

Det skal understreges, at ambulancepersonalet ikke har mulighed for
 at visitere patienter. I tilfælde af at der ikke foreligger en lægelig

visitation, skal ambulancepersonalet kører til nærmeste akuthospital
...."

Af journal fra C fra den 10. juli 2011 fremgår:

”10.07.11 09:51

...

Kontaktårsag

Da A vågner her til morgen kl. 5.00 meget utilpas, svedende og slet ikke i stand til at komme ud og løbe som han ellers havde planlagt.

Er for kvalmet, kan ikke rigtig holde cherry tomater og vand i sig som de prøver derhjemme.

Har også fornemmelsen af at være hævet i halsen.

Er ved ankomsten hertil meget svimmel og har svært ved at støtte på benene. Oplever at dobbeltsynet tager til og Bt er noget højt til 182/111 p 53 Sat 100% med 2 l 02,

Under opholdet her synes han dobbeltsynet tiltager.

Har spist lidt morgenmad, umiddelbart ikke tendens til fejlsynkning.

Vurderes som neurologisk patient, hvorfor der aftales overflytning til N09 er ikke CT-scannet her.

10.07.11 09:50

...

Journaloptagelse

Kontaktårsag

Pt. indlagt grundet snøvlet tale.

Pt. har dobbeltsyn, påvirket tale i form i at kunne formulere ordene, inden synkeproblemer, inden synsproblemer. Forbigående nedsat kraft i hø. Side samt sensibilitets forstyrrelse i hø. Side. Positiv romba og usikker gang.

Persistende nu er dobbeltsyn og svimmelhed samt usikker gang, men kraften er normaliseret, normal sensibilitet. Ler snøvlet tale fortsat, ingen synkeproblemer.

Kontakt til neurologisk vagthavende m.h.p. overflytning for apopleksi, Aftaler at gøre dette d.d.

Pt. vågnede kl. 5 med symptomer og er derfor udenfor trombolyse vinduet.”

Af journal fra neurologisk ambulatorium fremgår:

”7601/0711 Indl.: 10.07.2011 12.00 Udskr.: 15.07.2011 15:16

10.07.11 Akut N09 Neurologisk indlæggelse: .
16:53 Indlæggelsesårsag

...

Aktuelle

Patienten vågner op ved cirka 4-tiden, hvor han var meget utilpas. Patienten skulle tidligt om morgenen ud at løbe, som han ellers havde planlagt. Havde været i sengen frem til kl. 5. Han har mærket, at han har styringsbesvær af højresidige ekstremiteter, og initielt snurrende fornemmelse i højre ben. Utilpas. Svimmel. Hovedpine over kalvariet og havde svært ved at holde balancen, skulle lige støtte sig til noget for at komme gå. Han har haft kvalme og opkastning x 3, har haft dobbeltsyn, som måske er lidt tiltagende, snøvlende tale, som er lidt aftagende. Overflyttes hertil. Hvor han klager over lidt sovende fornemmelse i højre hånd/fingre.

...

Ordination Rp. Akut CT skanning af cerebrum
 Obs. apopleksi fra bageste
 Kredsløb, hjernestamme, cerebellar.
 Rp. Apopleksiblodprøver.
 Cont. Vanlig medicin.
 Der er foretaget medicinafstemning i journalen.

...

15.07.11 Neurologisk udskrivelse.**15:00 Forløb**

...

Resultater

Telemetri med sinusrytme, normofrekvent.
 CT af cerebrum beskriver normale forhold.
 MR af cerebrum inkl. Angio af halskar og intracerebrale kar
 påviser friske, multiple småinfarkter i hø. cerebellare
 hemisfære, på ve. side af pons og i vermis cerebelli."

J fra csr-konsulent.dk anmeldte den 16. januar 2014 A
 patientskade til patientforsikringen. Af anmeldelsen fremgår blandt
 andet:

" ...

1)10. juli 2011 tidligt om morgenen vågner A ved, at der sker
 et eller andet i hans nakke/hoved.

..."

Den 13. november 2014 traf Patienterstatningen afgørelse. Af afgørelsen
 fremgår blandt andet:

" ...

Afgørelse

A er ikke berettiget til erstatning efter lov om klage- og

erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Betingelserne for at yde erstatning efter lovens § 19, stk. 1 og § 20, stk. 1, er ikke opfyldt.

....

Sagsfremstilling

...

A vågnede med talebesvær 10. juli 2011, og hans kone kontaktede vagtlægen.

Det fremgår af journalen, at A havde kvalme, var svimmel og følte sig forkert i hovedet med let hovedpine. Hans højre arm og ben sov, og han følte, at der var nedsat kraft i dem. Man kunne ikke konstatere ordfindingsbesvær eller synsforstyrrelser.

A blev kørt til C på mistanke om blødning/blodprop i hjernen. Han blev overflyttet til F

På F konstaterede man, at A havde snøvlende tale, ryk ved øjnene (nystagmus), lammelse ved venstre øje (abduzensparese) og højresidig ansigtspåvirkning. Der blev foretaget akut CT-skanning, som ikke viste tegn på blødning efter blodprop. Der blev bestilt MR-skanning, lumbalpunktur og ultralydsundersøgelse af halskarrene.

A blev bedre under indlæggelsen, men havde stadig dobbeltsyn og var svimmel. Han blev sat i medicinsk behandling til forebyggelse af blodpropper.

MR-skanningen viste 15. juli 2011 blodpropper, og ultralydsundersøgelsen af karrene viste forkalkninger. Man mistænkte karbetændelse (vaskulit) og satte undersøgelser i gang for dette. A blev udskrevet samme dag.

Den 28. juli 2011 vågnede A kl. 02.00 med talebesvær og tunghedsfølelse i venstre halvdel af kroppen. Han blev indlagt på F. Man konstaterede, at han stadig havde dobbeltsyn (siden sidste indlæggelse), lidt venstresidig ansigtslammelse og noget snøvlende tale. Man foretog akut CT-skanning for at udelukke blødning og pauserede behandling med blodproppforebyggende medicin. Dagen efter var A bedre.

MR-skanning 29. juli 2011 viste de gamle blodpropper og en ny, men ikke tegn på vaskulit. A blev udskrevet 2. august 2011 med henvisning til G Sygehus til nærmere udredning. Man opstartede ikke AK-behandling, fordi man ville afvente vurderingen i G

A blev indlagt akut på G Sygehus 5. august 2011 pga. pludselig opstået højresidig lammelse og talebesvær (afasi). Man foretog MR-skanning, som viste en blodprop og en lille skade i hjernebroen (dissektion - pons). Der blev udført indgreb med fjernelse af proppen (trombektomi).

...

Begrundelse

...

Behandlingen 10. juli 2011:

Det er vores vurdering, at det var i overensstemmelse med erfaren specialiststandard ikke at behandle med trombolyse.

Der er ved vurderingen lagt vægt på, at A var vågnet med symptomer i form af kvalme, svimmelhed, forkert følelse i hovedet og sovende fornemmelse og nedsat kraft i højre arm og ben.

Da A vågnede med symptomerne var han under alle omstændigheder ikke kandidat til trombolysebehandling. En betingelse for at få denne behandling er, at man maksimalt har haft symptomerne i 4-5 timer. Vågner man med symptomerne, er det ikke muligt at afgøre, hvornår symptomer er startet, og man kan derfor ikke blive kandidat til denne behandling.

Derudover var hans symptomer for svage til, at de efter erfaren specialiststandard skulle give anledning til anden behandling.

Man opstartede i overensstemmelse med behandling efter erfaren specialiststandard medicinsk behandling til forebyggelse af blodpropper.

...

Der er ved vurderingen lagt vægt på, at A havde haft en blodprop i hjernen for mindre end tre måneder siden. I 2011 fulgte det af retningslinjerne for trombolysebehandling, at behandlingen i sådanne tilfælde under alle omstændigheder ikke måtte gives.

Der er stor risiko for blødninger, når man behandler med trombolyse, og risikoen er endnu højere, når man for nyligt haft en skade i hjernen form af f.eks. en blodprop.

A er ikke berettiget til erstatning eller godtgørelse for

forløbet.

...

Det er vores vurdering, at A gener er en følge af hans forud bestående sygdom med tendens til blodpropper og ikke skyldes behandlingen heraf.

..."

Den 27. maj 2015 tiltrådte Ankenævnet for Patienterstatningen afgørelsen. Af afgørelsen fremgår:

"...

Der henvises til sagsfremstillingen i Patienterstatningens afgørelse af 13. november 2014.

Ankenævnet for Patienterstatningen skal hertil supplerende bemærke, at følgende blandt andet fremgår af vagtlægenotat af 10. juli 2011 kl. 7.00 (06.37): Ikke sovet far kl. 04. Sveder. Ingen smerter. Fra 0600. Kvalme Svimmel. Ved ikke om feber. Føler sig forkeert i hovedet. Let hyp. Hø arm og hø ben sover. Synes ingen kraft. Ingen synsforstr. Synes ikke ordfindingsbesvær.

Af anmeldelse af 3. april 2014 fremgår det, at Deres klient har oplyst, at han den 10. juli 2011 fik den første blodprop i hjernestammen. Det skete en søndag morgen, hvor han skulle ud at løbe med sine hunde, som han ofte gjorde i weekenden. Han havde været vågen ved 04-tiden, men syntes det var for tidligt at stå op. Han sov videre til kl. 06.30 strakte sig og kunne i det samme mærke, at der skete et eller andet i nakke/hoved. Han kunne mærke, at der var noget galt, så han vækkede sin kone. Deres klients kone ringede herefter til vagtlægen.

Af journal notat af 10. juli 2011 (kl. 09.50) fra C fremgår det, at der var dobbeltsyn, formuleringsproblemer, men ingen synkeproblemer. Forbigående nedsat kraft sat sensibeltsforstyrrelse i højre side. Positiv romberg og usikker gang. Ved undersøgelsen var der dobbeltsyn og svimmelhed samt usikker gang, men kraften var normaliseret, og der var normal sensibilitet. Der var fortsat snøvlet talle og ingen synkeproblemer.

Ankenævnet er desuden opmærksom på Deres bemærkninger til Patienterstatningens sagsfremstilling, herunder at Deres klient blev indlagt på H fra 15. august 2011 til 12. januar 2012, afbrudt af indlæggelse på G 1- 7. december 2011.

...

Det er Ankenævnet for Patienterstatningens vurdering, at Deres klient ikke med overvejende sandsynlighed er påført en erstatningsberettigende skade i forbindelse med behandlingen hos Vagtcentral E på Regionshospital og Regionshospital C samt H jf. klage- og erstatningslovens g 19, stk. 1, og g 20, stk. 1.

For så vidt angår behandlingen den 10. juli 2011 er det ankenævnets vurdering, at det på baggrund af oplysningerne i sagen må lægges til grund, at Deres klients neurologiske symptomer er opstået i tidsrummet fra kl. 4 til kl. 6.30. Det sidste sikre normale tidspunkt er således kl. 4, og det er fra dette tidspunkt trombolysevinduet på 4 1/2 time skal beregnes,

Ankenævnet har endvidere lagt til grund, at såfremt Falck, som kørte fra Deres klients adresse kl. 7.20, havde kørt Deres klient direkte til G ville han have været fremme ca. kl. 8.00.

Ankenævnet skal hertil bemærke, at der i 2008 gik gennemsnitlig 53 minutter fra ankomst til sygehus til de undersøgelser, der skulle til for at starte behandling, var lavet. Man ville således have overskredet tidsrammen på 4 1/2 time, selvom Deres klient var kørt direkte til G af Falck.

Videre har ankenævnet lagt vægt på, at man forud for eventuel trombolysebehandling vurderes på en såkaldt NIHSS skala, der vurderer sværhedsgraden af symptomerne. Årsagen hertil er at risikoen for betydelige bivirkninger i form af blødning i hjerne eller andetsteds skal opvejes af den bedring, der kan opnås ved behandlingen. For at få behandling skal man score mere end 5 point. Det er ankenævnets vurdering, at Deres klient var blevet vurderet til ca. 5-6 point.

På den baggrund finder ankenævnet, at Deres klient henset til såvel tidsmæssige og pointmæssige forhold med overvejende sandsynlighed ikke var blevet behandlet med trombolyse, selvom han var blevet kørt direkte til G. Det er endvidere ankenævnets vurdering, at trombolysebehandling i dette tilfælde med overvejende sandsynlighed ikke ville have medført en forbedring af Deres klients tilstand. Ankenævnet finder således, at Deres klient med overvejende sandsynlighed ikke er påført en skade som følge af, at Deres klient blev kørt til C i stedet for G.

Afslutningsvis skal ankenævnet bemærke, at forsnævring/tillukning af specielt nakkekarene til hjernen er kendt for at være vanskelig at behandle og have stor risiko for tilbagevendende blodpropper. Med disse bemærkninger kan Ankenævnet for Patienterstatningen tiltræde resultatet i Patienterstatningens afgørelse af 13. november 2014.

..."

Af de dagældende Nationale retningslinier for intravenøs trombolyse-behandling ved akut iskæmisk apopleksi, december 2008 fremgår blandt andet:

"...

7.1.2 Visitationsaftaler

Visitation og præhospital logistik er fastsat i samarbejde mellem trombolysecentre og ansvarlige for præhospitalfasen i Regionerne samt praksiskonsulenteme.

De præhospitalt henvisningskriterier anbefales at være så enkle som muligt, og forslag er udarbejdet efter internationale erfaringer. Kriterierne skal indeholde:

- Kendt debut tidspunkt - og trombolyse behandling kan påbegyndes indenfor 4 1/2 time.
- Halvsidig lammelse, føleforstyrrelser eller talebesvær.
- Patientens vanlige helbredstilstand god og funktionsniveauet højt (< 3 mRS) dvs. pt.klarer selv ADL-funktioner.

7.1.3 Ændringer af tidligere kontraindikationer.

De indtil nu anvendte kontraindikationer for iv trombolyse med tPA, har været anvendt siden de tidlige kliniske studier der var grundlag for registrering i både USA og Europa. Senere studier har vist at nogle af kontraindikationerne ikke er biologisk relevante. Det foreslås derfor at ændre nedennævnte absolutte kontraindikationer til relative kontraindikationer, hvor der skal vurderes individuelt forud for beslutning om trombolysebehandling.

Tidsvindue: Behandling i tidsrummet op til 4 1/2 time anbefales af de faglige selskaber, men en officiel udmelding må afvente godkendelse fra Lægemiddelstyrelsen. Indtil da kan der i tidsintervallet 3 - 4 1/2 time, i lighed med den officielle strategi i det øvrige Europa, behandles off-label, og indikation, dokumentation for information og accept skal detaljeret fremgå af journalen (oplyst af sundhedsstyrelsen).

Sværhedsgrad: I de amerikanske randomiserede kliniske undersøgelser var der ingen nedre grænse (2), men i de europæiske studier (3, 4, 11) krævedes at apopleksiens sværhedsgrad var minimum 5 i NIHSS. I Danmark valgtes samrne nedre grænse, dog ved afasi, som kun svarer til NIHSS 2 eller 3 har man tilbudt trombolysebehandling. Ved CT eller MR perfusionsundersøgelser, afsløres ofte en større perfusions

defekt trods få symptomer, i disse tilfælde gives trombolysesebehandling, selvom NIHSS er under 5, idet der er høj risiko for at patienten senere progredierer. Det anbefales derfor at indikationen stilles ud fra det samlede kliniske billede og ikke kun ud fra sværhedsgraden bedømt ved NIHSS.

...

7.1.4 Præ-hospital logistik

Patienter mistænkt for akut opstået apopleksi meldes telefonisk (af ambulancereddere, akutlæger/sygeplejersker, vagtlæger, praktiserende læger, læger fra andre afdelinger/sygehuse, sygeplejersker fra skadestuer/modtagelser) til vagthavende læge ved nærmeste trombolysesecenter, såfremt screeningskriterierne er opfyldt.

- Det indskræpes at der skal vurderes og arbejdes så hurtigt som muligt ude hos patienten ved første kontakt.
- Den praktiserende læge og lægevagten visiterer på baggrund af telefoniske oplysninger direkte til trombolyse med "kørsel 1".
- Den vagthavende læge ved trombolysesecenteret beslutter, om patienten skal indbringes til vurdering med henblik på trombolysesebehandling eller skal køres til nærmeste akutmodtagende hospital.
- Ifald patienten køres til trombolysesevurdering, køres kørsel 1, evt politiekskorte. Fra K er der helikoptertjeneste, og lignende foranstaltninger er under udbygning i de forskellige regioner.
- Ambulancereddere tager under transporten blodtryk, puls, blodsukker, EKG samt anlægger to i.v adgange, en i albuebøjning og en på håndryg. Disse procedurer må ikke forsinke transporten.

7.2 Hospitalsfasen

7.2.1 Præ - modtagelse

Alle henvendelser sker direkte til trombolyseneurologen.

Den vagthavende trombolyseneurolog beslutter, om patienten skal indbringes til vurdering med henblik på trombolysesebehandling eller skal køres til nærmeste akutmodtagende hospital.

Beslutning samt grundlag for denne bør dokumenteres på standardiseret skema (bilag 5). Visitationen bør være til patientens

fordel i tvivlstilfælde, hvorefter den endelige beslutning bør tages efter endt modtagelse og undersøgelse. Man bør tilstræbe at gå så langt som muligt, for at kunne tilbyde behandlingen, og ikke afvise en patient på usikre primære telefoniske oplysninger. Yderligere oplysninger kan opsøges mens patienten køres til trombolysecenteret via familien eller egen læge, laboratoriedata eller grønt system.

Straks trombolyseneurologen har visiteret en patient til vurdering, adviseres resten af teamet, CT/MR enheden og afdelingen hvor behandlingen foregår, således at alle er parate, og kan præ-registrere patientens navn og CPR nummer, samt fremskaffe tilgængelige dokumenter. Dette tilpasses selvfølgelig lokale forhold..."

Der har ikke i forbindelse med behandlingen af A været udfyldt et trombolyse visitations- og teleskema, jf. Nationale retningslinier for intravenøs trombolysebehandling ved akut iskæmisk apopleksi, december 2008 bilag 6.

Sagen har været forelagt retslægerådet, der i erklæringer af 24. november 2016, 28. april 2017 og 24. november 2017 har besvaret et antal stillede spørgsmål således:

” ...

Spørgsmål 1:

Afvagtlægenotat den 10. juli 2011 kl. 07.00 (bilag I) fremgår vedrørende symptomerne "Kvalme. Svimmel. Ved ikke om feber. Føler sig forkert i hovedet. Let hyp. Hø arm og hø ben sover. Synes nedsat kraft. Ingen synsforstr. Synes ikke ordfindingsbesvær.....".

Er ovennævnte symptombeskrivelse efter almindelig lægefaglig standard forenelig med symptomer på blodprop?

Ja. Kvalme, svimmelhed, let hovedpine, føler at højre arm og ben sover. Synes nedsat kraft er symptomer, der er forenelige med blodprop i hjernestammen.

Spørgsmål 2:

I givet fald bedes Rådet oplyse, om det var lægefagligt indiceret, at vagtlægen, jf. sagens bilag I, "konf. trombolyse vagt. Vi aftaler KA obs apopleksi. Reddere ringer til neurol bv og aftaler nærmere"?

Ja, det var indiceret at konferere med trombolysevagt.

Spørgsmål 3:

Hvis spørgsmål 2 besvares benægtende, bedes Retslægerådet oplyse, om det var kontraindiceret at konferere med trombolyse vagt og bede reddere ringe til neurologisk bagvagt for at aftale nærmere?

Bortfalder

Spørgsmål 4:

Det fremgår af den præhospital patientjournal, som gengivet i redegørelsen fra ^D af 20. marts 2014 (bilag 2), at den neurologiske bagvagt skulle ringes op. Ankenævnet oplyser, at det endvidere fremgår, at der blev foretaget telefonkontakt/telemedicinsk kontakt.

Retslægerådet bedes oplyse, om der i sagens øvrige lægelige akter er dokumentation for, at ^A blev visiteret til ^C på baggrund af en lægelig vurdering foretaget af en neurologisk bagvagt og i givet fald på hvilket hospital.

Retslægerådet kan ikke på baggrund af akterne se, om en neurologisk bagvagt var konsulteret før overførsel til ^C

Spørgsmål 5:

Det fremgår ydermere af redegørelsen (bilag 2, at ambulancemandskabet optog et såkaldt 12 punkt EKG for at udelukke en kardial årsag til symptomerne og tilsyneladende fremsendte EKG'et til kardiologisk afdeling. Ifølge redegørelsen kan visitationen til ^C derfor også være sket på baggrund af et elektronisk svar fra kardiologisk afdeling på baggrund af det fremsendte EKG.

Er der i sagens lægelige akter grundlag for at antage, at ^A blev visiteret til ^C på baggrund af et elektronisk svar fra kardiologisk afdeling?

Det er rutine at optage EKG i ambulancer. Der er ikke grundlag for at antage, at visitationen til ^C beroede på et svar fra kardiologisk afdeling.

Spørgsmål 6:

Hvad er den statistiske sandsynlighed for, at relevant trombolysebehandling iværksat senest kl. 09.00 (maksimalt ca. 3 timer efter symptomdebut) ville have haft en væsentlig effekt på ^A konstaterede gener efter blodprop?

I bekræftende fald bedes Rådet i muligt omfang oplyse, hvilken effekt rettidig trombolyselbehandling kunne formodes at have?

Eftersom sagsøger vågnede med utilpashed kan man ikke sige, at klokken 9 svarede til 3 timer efter symptomdebut.
Opvågningstidspunktet er i bilag 4 og 5 beskrevet som klokken 4, hvor han følte sig utilpas.

Spørgsmål A:

Hvilke af ^A gener/lidelser må henføres til blodproppen den 10. juli 2011?

Ved besvarelsen af spørgsmålet bedes Retslægerådet være opmærksom på, at ^A efterfølgende fik blodpropper den 28. juli 2011, 5. august 2011 og 29. november 2011.

Sagsøgers gener efter den 10.07.11 var styringsbesvær af højre side, svimmelhed dobbeltsyn, dårlig balance, træthed og føleforstyrrelser i højre arm og ben.

Spørgsmål B:

Det fremgår af ^A egen beskrivelse af hændelsesforløbet den 10. juli 2011, at han havde været vågen ved 4-tiden, men sov videre til kl. 06.30, og idet han strakte sig, kunne han med det samme mærke, at der skete et eller andet i nakke/hoved (Bilag B, s. 2).

Retslægerådet bedes oplyse, om symptomer ved blodprop efter almindelig lægelig erfaring opstår i forbindelse med, at man strækker sig.

Retslægerådet bedes endvidere oplyse, om der ved blodprop efter almindelig lægelig erfaring er nogen undergrænse for fysisk aktivitet, der kan udløse en given blodprop.

En blodprop i hjernen optræder almindeligvis ikke i forbindelse med at man strækker sig eller udfører andre bevægelser.

Spørgsmål C:

Parterne er uenige om, hvorvidt det skal lægges til grund, at ^A vågnede med symptomer på en blodprop, eller hvorvidt symptomerne med sikkerhed først opstod efter kl. 06.00, den 10. juli 2011.

Såfremt det lægges til grund, at ^A vågnede med symptomer

på en blodprop i hjernen den 10. juli 2011, bedes Retslægerådet oplyse, om *handlede i* overensstemmelse med almindeligt anerkendte retningslinjer ved ikke at køre sagsøgeren direkte til *G*

Ved besvarelsen af spørgsmålet bedes Retslægerådet lægge til grund, at *A* symptomer er opstået i tidsrummet fra kl. 04.00 til 06.30, at trombolysevinduet er på 4 1/2 timer, at *A* blev kørt fra sin adresse kl. 07.20, at han tidligst ville være fremme på *G* kl. 08.00, og at der ville gå 53 minutter fra ankomsten til *G* før det var muligt at påbegynde trombolysebehandling.

Spørgsmål D:

Såfremt det lægges til grund, at *A* ikke vågnede med symptomer på en blodprop i hjernen den 10. juli 2011 - men først fik symptomer efter han vågnede igen kl. 06.00, bedes Retslægerådet oplyse, om Vagtcentral *E* *handlede i* overensstemmelse med almindeligt anerkendte retningslinjer ved ikke at køre *A* direkte til *G*

Ved besvarelsen af spørgsmålet bedes Retslægerådet lægge til grund, at *A* neurologiske symptomer er opstået kl. 06.00, at trombolysevinduet er på 4 1/2 timer, at *A* blev kørt fra sin adresse kl. 07.20, at han tidligst ville være fremme på *G* kl. 08.00, og at der ville gå 53 minutter fra ankomsten til *G* før det var muligt at påbegynde trombolysebehandling.

Ad spørgsmål C og D:

Ja, retningslinjerne for trombolysebehandling kræver, at debuttidspunktet er kendt. Vagtcentralen *handlede i* overensstemmelse med retningslinjerne ved ikke at køre til *G*

Såfremt sagsøger havde været rask klokken 4, og først fik symptomer klokken 6, kunne det teoretisk være nået at give trombolysebehandling indenfor 4 1/2 time. Imidlertid er utilpashed (kvalme) symptomer på blodprop i hjernestammen, hvorfor det må konkluderes, at debuttidspunktet ligger før klokken 4..."

...

Spørgsmål 7:

Retslægerådet bedes besvare spørgsmålet under den forudsætning, at

sagsøger var velbefindende indtil kl. ca. 06:00, hvor han vågen og velbefindende strakte sig og herefter oplevede akutte symptomer.

Hvad er den statistiske sandsynlighed for, at relevant trombolysebehandling iværksat senest kl. 09:00 (maksimalt ca. 3 timer efter symptomdebut) ville have haft en væsentlig effekt på sagsøgers konstaterede gener efter blodprop?

I bekræftende fald bedes Rådet i muligt omfang oplyse, hvilken effekt rettidig trombolysebehandling kunne formodes at have?

Uanset resultatet af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 7, bedes Retslægerådet yderligere besvare følgende spørgsmål :

Forud for en trombolysebehandling skal der foretages en vurdering af de neurologiske udfald, en National Institute of Health Stroke Score (NIHSS). En sådan er ikke foretaget i C eller i Ud fra de anførte neurologiske udfald ville en sådan score have givet 5 point. Den 11.07.11 var der indtrådt en lille bedring, idet der ikke længere var snøflen, men dobbeltsynet, svimmelheden og den let nedsatte kraft i højre arm og ben bestod. Disse udfald bestod de følgende 4 dage frem til udskrivelsen.

Da det formentlig fra starten drejede sig om tillukning af venstre arteria vertebralis med infarkt i hjernestamme og lillehjerne, som vist ved MR-scanning den 15.07.11, er sandsynligheden for, at intravenøs trombolysebehandling ville have bedret symptomerne meget lille. De neurologiske udfald var for lette til, at man på dette tidspunkt ville være gået videre til trombektomi, idet der i retningslinjerne herfor kræves en National Institute of Health Stroke Score (NIHSS) på over 10.

Baseret på internationale opgørelser ville en intravenøs trombolysebehandling inden for 3 timer hos en patient med National Institute of Health Stroke Score (NIHSS) på 5 resultere i, at 48 procent ville blive helt eller næsten helt raske mod 43 procent af de ubehandlede. I disse opgørelser indgår fortrinsvis patienter med blodprop i hjernens forreste del, og ikke i bageste/nederste del, som hos sagsøger.

Spørgsmål 8:

Hvilket "opvågningstidspunkt" oplyses i bilag 4?

Ifølge bilag 4 vågnede sagsøger klokken 5.00.

Spørgsmål 9:

Retslægerådet oplyser ved besvarelse Ad spørgsmål C og D, at retningslinjerne for trombolysebehandling kræver, at debuttidspunktet er kendt. Rådet oplyser herefter, at Vagtcentralen handlede i overensstemmelse med retningslinjerne ved ikke at køre til G

Retslægerådet bedes oplyse, hvor i de lægelige akter Vagtcentralens lægelige vurdering eller konstatering af "opvågningstidspunktet" dokumenteres.

Retslægerådet bedes endvidere oplyse, om Vagtcentralen handlede i overensstemmelse med retningslinjerne for trombolysebehandling, såfremt det lægges til grund, at sagsøger var vågen og velbefindende fra kl. ca. 04:00 og indtil kl. ca. 06:00, hvor han oplevede de første symptomer.

I bilag 1 angives opvågningstidspunktet til klokken 4.00. Ved symptomdebut klokken 6.00 villet have været i overensstemmelse med retningslinjerne at køre sagsøger til en afdeling med trombolyseberedskab.

Spørgsmål 10:

Retslægerådet oplyser videre ved besvarelse Ad spørgsmål C og D, bl.a.: "Imidlertid er utilpashed (kvalme) symptomer på blodprop i hjernestammen, hvorfor det må konkluderes, at debuttidspunktet ligger før klokken 4".

Retslægerådet bedes præcisere til besvarelsen nærmere beskrive den ventilerede tidsmæssige sammenhæng mellem en blodprop i hjernestammen og symptomer i form af utilpashed (kvalme).

Rådet bedes herunder oplyse, om der lægefagligt er evidens for, at en blodprop i hjernestammen først bliver symptomgivende - i form af utilpashed (kvalme) – f.eks. efter 1, 2, 3 eller 4 timer efter blodproppen?

Der er ikke nogen evidens for, hvornår en blodprop i arteria vertebralis giver symptomer. Hvis den kollaterale blodforsyning er sufficient, behøver der ikke komme symptomer. Hvis blodproppen rammer en mindre arterie til hjernestammen vil symptomerne opstå inden for minutter

Spørgsmål E:

Ved besvarelsen af spørgsmål 4 har Retslægerådet oplyst, at

Retslægerådet ikke på baggrund af akterne kan se, om en neurologisk bagvagt var konsulteret før overførsel til ^C

Retslægerådet bedes oplyse, om det giver anledning til en supplerende besvarelse, at det fremgår af den præhospitale patientjournal, som er gengivet i redegørelsen fra ^D af 20. marts 2014 (bilag 2), at:

” Der er noteret telefonkontakt/telemedicinsk kontakt”.

Retslægerådet kan fortsat ikke se, om trombolysevagt eller neurologisk bagvagt blev konsulteret, eller hvad et eventuelt svar var.

Spørgsmål F.

Ved besvarelse af spørgsmål C og D har Retslægerådet oplyst, at utilpashed (kvalme) er symptomer på blodprop i hjernestammen, hvorfor det må konkluderes, at debuttidspunktet ligger før klokken 4.

Afhændelsesbeskrivelsen i vagtlægenotatet (bilag 1) fremgår det:

”Ikke sovet fra kl. 04. Sveder. Ingen smerter. Fra 0600. Kvalme. Svimmel. Ved ikke om feber”.

Retslægerådet bedes oplyse, om Retslægerådet fortolker hændelsesbeskrivelsen i vagtlægenotatet således, at det må lægges til grund, at debuttidspunktet senest er kl. 04.00?

Svaret bedes begrundet.

Spørgsmål F:

På baggrund af en samlet vurdering af sagens lægelige akter, herunder navnlig bilag 1, 2, 4, 5, A og B, hvori debuttidspunktet for ^A neurologiske symptomer differerer, bedes Retslægerådet oplyse, hvornår debuttidspunktet for ^A neurologiske symptomer, efter Retslægerådets opfattelse, indtrådte den 10. juli 2011.

Da oplysninger om debuttidspunkt er forskellige i bilag 1, 2, 3 og 5, kan Retslægerådet ikke fastlægge debuttidspunktet. Vagtlægenotatet er det mest tidstro, hvorfor Retslægerådet må tillægge det størst værdi, således at debuttidspunktet antages at være den 10.07.11, klokken 6.00.

”

o o o O O O o o o

”

Spørgsmål 11:

Retslægerådet oplyser ved besvarelse af spørgsmål F med nærmere begrundelse, at ”debuttidspunktet antages at være den 10.07.11. kl. 6.00”.

Retslægerådet oplyser ved besvarelse af spørgsmål 9 bl.a., at ”ved symptomdebut kl. 6.00 ville det have været i overensstemmelse med retningslinjerne at køre sagsøger til en afdeling med trombolyseberedskab”.

Supplerende til disse besvarelser bedes Retslægerådet oplyse, om det var en fejl eller et lægefagligt fejlskøn, at A ikke blev kørt direkte til en afdeling med trombolyseberedskab?

Hvis Retslægerådet finder, at der var tale om et lægefagligt fejlskøn, bedes Retslægerådet oplyse, hvor i de lægelige akter fejlskønnet måtte være beskrevet.

Retslægerådet kan ikke se i sagens akter, at en læge var involveret i beslutningen om, hvilken afdeling sagsøger blev kørt til.

Spørgsmål 12:

Retslægerådet bedes oplyse, om der i de lægelige akter er nogen evidens for A score efter NIHSS på det tidspunkt, hvor A kunne være ankommet til trombolyseafdelingen på G dvs. ca. kl. 08:00?

Journal fra C af 10.07.11 kl. 09:50: ”Dobbeltsyn, påvirket snøvlet tale, forbigående nedsat kraft højre side og sensib forstyrrelse”. Der er ikke beskrevet nogen egentlig objektiv undersøgelse.

Der refereres til undersøgelsen på neurologisk afdeling 10.07.11 kl. 12.00. Objektiv undersøgelse: Venstresidig partiel abducensparese samt nystagmus. Højresidig central facialisparese. Nedsynkning af højre arm ved strakt arm test. Fodklonus højresidig. Dysartrien (taleforstyrrelsen) er ikke nævnt her, men må formodes at have været til stede.

Spørgsmål 13:

Retslægerådet oplyser ved besvarelsen af spørgsmål 7, at man forud for en trombolysebehandling skal foretage en vurdering af de neurologiske udfald efter NIHSS-skalaen, og at en sådan vurdering ikke blev foretaget i C eller i

Retslægerådet oplyser dog samtidig ud fra de anførte neurologiske udfald, at en score ville have givet 5 point.

Retslægerådet bedes oplyse, hvilke neurologiske udfald der refereres til, og herunder oplyse om de neurologiske udfald er beskrevet identisk i det lægelige materiale således at forstå, at ^A ifølge det lægefaglige materiale fra vagtlægens notat og frem til bedring den 11.07.11 i hele perioden må antages at ville have scoret 5 point på NIHSS.

Retslægerådet bedes supplerende oplyse, om neurologiske udfald grundet en blodprop, som i nærværende sag, erfaringsmæssigt kan fluktuere i det første døgn regnet fra debuttidspunktet?

Erfaringsmæssigt kan de neurologiske udfald variere i de første døgn.

Spørgsmål G:

*Ved besvarelsen af spørgsmål F har Retslægerådet oplyst, at:
"Da oplysninger om debuttidspunkt er forskellige i bilag 1, 2, 3 og 5, kan Retslægerådet ikke fastlægge debuttidspunktet. Vagtlægenotatet*

er

det mest tidstro, hvorfor Retslægerådet må lægge det størst værdi, således at debuttidspunktet antages at være den 10.07.11 klokken 6.00".

Ved besvarelsen af spørgsmål C og D har Retslægerådet bl.a. oplyst, at:

"retningslinjerne for trombolysebehandling kræver, at debuttidspunktet er kendt".

Retslægerådet bedes oplyse, om Vagtcentral ^E på baggrund af de oplysninger som var tilgængelige den 10. juli 2011 kl. 7.20, da man kørte fra sagsøgerens bopæl, var/eller burde have været i stand til at fastlægge debuttidspunktet med den fornødne sikkerhed, der kræves, hvis trombolysebehandling skal iværksættes?

Bilag 3, som er ambulancejournal, anfører ikke noget om tidspunkt for symptomdebut.

Spørgsmål H:

I forlængelse af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål F bedes Retslægerådet oplyse, om Vagtcentral ^E handlede i overensstemmelse med almindelig anerkendte retningslinjer ved ikke at køre ^A direkte til ^G

Da vagtlægen anfører: "Konf trombolysevag", må der være foregået en telefonkonsultation, som ikke er beskrevet i de lægelige akter, som forklaring på, at sagsøger bliver kørt til C (jævnfør besvarelsen af spørgsmål 4)..."

Forklaringer

A har forklaret, at han natten til den 10. juli 2011 vågnede ved 4-tiden. Han løb altid med sine hunde om morgenen, men det var for tidligt klokken 4 om morgenen. Det var lummert den pågældende nat. Han gik tilbage i sin seng, men kunne ikke få ro, så han faldt ikke i søvn igen. Han havde det egentlig fint på dette tidspunkt. Ved 6-tiden strakte han sig. Han fik en underlig følelse i hovedet. Han rejste sig op fra sengen og blev dårlig på vej på toilettet. Han fik det rigtig dårligt på vej tilbage fra toilettet. Han vækkede sin hustru, og de fik ringet i vagtlægen. B talte med vagtlægen, og han talte også efterfølgende selv med vagtlægen. Han fortalte, at han havde det lidt mærkeligt og var svimmel. B talte afslutningsvis med vagtlægen. Han havde opkast 3-4 gange inden Falck kom frem. Han erindrer ikke, at han spiste cherrytomater, men han drak kaffe. Han havde igen opkast i ambulancen. Han fik foretaget EKG måling på brystet. Falckredderne talte sammen og fortalte, at han ville blive kørt til C

Han oplyste falckredderne om, at vagtlægen havde sagt, at han skulle køres til G Sygehus. Ambulancefolkene oplyste herefter, at de godt kunne klare det i C. Han blev i ambulancen undersøgt ved, at redderne trykkede ham i hænderne, hvilket formentlig har været en test af hans håndkrafttryk. Ambulancen kørte ikke med udrykning til C

Han blev på C placeret på en akutstue. Han havde på dette tidspunkt en alvorlig hovedpine og dobbeltsyn på venstre øje. Så blev han tilset af sygeplejerske, og herefter "røg" han til Sygehus. I

blev der foretaget undersøgelser. Scanningen blev imidlertid udskudt tre gange.

B har forklaret, at A den 10. juli 2011 klokken cirka 4 om morgenen kom ind i soveværelset og bemærkede, at det vist var for tidligt at løbe en tur med hundene. Dette bekræftede hun ham i og nussede ham herefter lidt i håret og faldt herefter i søvn igen. Klokken 6 havde A været på gæstetoilettet i den anden ende af huset. Da han kom tilbage til soveværelset, var han grå i hovedet, havde stive ben og bevægelser og havde et snøvende sprog. Det lod underligt, når han snakkede. Hun erindrer ikke om det var hende, der selv ringede til vagtlægen, eller om A bad hende ringe til vagtlægen. Hun beskrev telefonisk overfor vagtlægen, hvordan A så ud. A er tidligere sportsmand, så han var meget forandret. A havde det underligt i hovedet og svedte unaturligt meget. A var ved bevidsthed, og han ville gerne selv tale med vagtlægen. Da hun synes, at der var noget meget galt med A mund, talte hun igen med vagtlægen. A fortalte hende bagefter samtalen, at der ville komme en ambulance med kørsel 1. A rejste

sig op igen, og hun støttede ham, mens han gik til toilettet. Han havde en mærkelig stiv gang. Han havde ingen kræfter. Hun var ikke til stede i ambulancen, da A blev undersøgt. Den ene ambulancefører fortalte hende, at de ville køre A til C. Hun tænkte derfor, at det ikke kunne være så slemt. A havde ikke på dette tidspunkt fortalt hende, at vagtlægen havde sagt, at han skulle til G.

Professor L har forklaret, at der i sagens bilag er forskellige versioner af morgenen den 10. juli 2011. Vedrørende vagtlægens notat "Konf trombolysevagt" må det være vagtlægen, der har konfereret med trombolysevagten. "Konf trombolyse vagt" betyder, at vagtlægen har haft kontakt til trombolysevagten. Vagtlægen og trombolysevagten aftalte herefter "KA obs apopleksi", dvs. der bliver aftalt, at der skal foretages akutkørsel til observation for apopleksi. Redderen skal ringe til neurologisk bagvagt. Ud fra materialet i sagen, må der, som beskrevet i Retslægerådets besvarelse af spørgsmål H, have været en telefonsamtale.

Vidnet er ikke klar over, om redderpersonalet selv kan bestemme andet end, hvad trombolysevagten har bestemt. Det er ikke et spørgsmål Retslægerådet kan svare på. Hun er ikke klar over, hvordan redderne reagerer. De nationale retningslinjer skriver intet om, hvad en redder kan foretage sig. Hun vil ikke tro, at en redder vil modsætte sig, hvad trombolysevagten har bestemt. Den eneste dokumentation, der findes i sagen, er, at vagtlægen skriver "konf trombolysevagt".

Retslægerådet kan heller ikke svare på, hvorvidt redderne skal køre patienten til trombolyseafdelingen eller den nærmeste akutafdeling, hvis telefonen på neurologisk afdeling er optaget.

Vedrørende Retslægerådet besvarelse af spørgsmål 7 forklarede vidnet, at det er korrekt, at der ikke foreligger en NIHSS score fra hverken C eller . Der foreligger heller ikke nogen NIHSS score fra ambulancen, hvilket der heller ikke skal være. Personalet i ambulancen skal alene beskrive patientens tilstand. Der skal ikke laves en NIHSS vurdering. Hun er ikke bekendt med retningslinjerne vedrørende reddernes arbejde. Det ser ikke ud til, at redderne forholder sig til debuttidspunktet.

Vedrørende spørgsmål F forklarede vidnet, at der fremgår forskellige debuttidspunkter i fire forskellige papirer. Det er imidlertid vagtlægen, der er tættest på at have viden om debuttidspunktet. Vagtlægen skriver, at debuttidspunktet er klokken 06.00. Hun kan godt forestille sig, at man kunne have givet trombolyse i det pågældende tilfælde, men ikke trombektomi, da NIHSS scoren ikke var så høj. På en CT-scanning kan man ikke se en blodprop. Det følger af retningslinjerne vedrørende trombektomi, at der skal være en højere score.

Den 15. juli blev der foretaget en MR scanning. Man kunne godt have

behandlet med trombolyse eller trombektomi, men A havde imidlertid ikke så alvorlige neurologiske udfald, som det kræves. Ved beskedne fund risikerer man at gøre situationen værre ved at foretage trombolyse eller trombektomi. Når NIHSS scoren er lav, vil man være tilbageholden med trombolyse og trombektomi. NIHSS scoren er ikke absolut, der skal på baggrund af scanningen foretages en selvstændig klinisk vurdering. Trombolyse har en større effekt, hvis det er på den forreste del af hjernen.

Der er ikke foretaget en NIHSS score. Retslægerådet har i spørgsmål 7 og 12, på baggrund af det vagtlægen skrev, vurderet, at A ville have en score på 5. En NIHSS score kan godt ændre sig på to timer så meget, at en patient kan blive normal eller svært lammet.

Foreholdt udtalelse af 20. marts 2014 fra E D side 1, nederst afsnit forklarede vidnet, at det ikke er muligt på baggrund af oplysninger om A tilstand at fastsætte et debuttidspunkt. På baggrund af beskrivelsen er A på dette tidspunkt påvirket af sin blodprop.

Der er en risiko for blødning ved trombolyse i stedet for den gavnlige effekt. 5-6 % af patienter med en NIHSS score på 5, der bliver trombolysebehandlet vil have en gavnlige effekt. Dette skal ses op imod risikoen ved trombolysebehandling. Det er derfor, at man ikke behandler folk med lette symptomer med en score under 7.

Vedrørende spørgsmål 7 forklarede vidnet, at internationale undersøgelser har vist, at 48 % af patienterne med en score på 5 bliver raske og 43 % af alle de ubehandlede ville blive raske. Hun tror, det er ved blodpropper i den forreste del af hjernen, at man opnår de bedste resultater.

A blodprop sad i den bageste del af hjernen. Hun kan ikke sige om, det er mere eller mindre besværligt at behandle en blodprop i den bageste del af hjernen.

I journalen fra fra den 15. juli 2011 fremgår resultaterne en CT-scanningen og MR-scanningen. En CT scanning er ikke god til at påpege blodpropper i den baggeset del. På en MR scanning kan man med det samme se, at man har fået en blodprop. En CT-scanning afslører blødningerne. Man skal foretage en CT scanning inden en trombolyse, da trombolyse er udelukket ved blødning.

Da var i 2011 ikke foretaget undersøgelser vedrørende trombektomi. Undersøgelser vedrørende trombektomi er først blevet udarbejdet sidste år.

Ifølge de Nationale retningslinjer i 2011 skulle debuttidspunktet være kendt før en trombolysebehandling.

Parternes synspunkter

A har i et påstandsdokument anført følgende hovedanbringender, der er gentaget og uddybet under hovedforhandlingen:

"ANBRINGENDER:

Retsgrundlaget – Lov om Klage- og Erstatningsadgang inden for Sundhedsvæsenet (KEL) § 20, stk. 1, nr. 1 (specialistreglen).

Det følger af bestemmelsen, at erstatning ydes, hvis skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt., (nr. 1) hvis det antages, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes ved undersøgelse, behandling eller lign., hvorved skaden ville have været undgået.

Sagsøger skal i behandlingsskadesager som udgangspunkt løfte bevisbyrden for, at skaden med korrekt behandling med overvejende sandsynlighed (mere end 50%) ville have været undgået (eller mindsket).

Efter forarbejderne til § 2 i den nu ophævede Lov om Patientforsikring § 2, der svarer til § 20 i den nugældende Lov om Klage- og Erstatningsadgang inden for Sundhedsvæsenet, anføres uddybende følgende:

”Det er imidlertid sjældent muligt at træffe afgørelsen i tvivlsomme tilfælde alene på grundlag af generelle statistiske erfaringer. Formuleringen udelukker ikke, at der i sådanne tilfælde kan inddrages andre momenter i vurderingen, hvor det findes rimeligt. Hvis det f.eks. konstateres, at der klart er begået fejl ved behandlingen af patienten, som kan have forårsaget den konkrete skade, kan det være rimeligt at lade en eventuel tvivl om den faktiske årsagssammenhæng komme patienten til gode.”

En lempet bevisbyrde som følge af ”andre momenter” kan således ikke begrænses til dokumenterede ansvarspådragende behandlingsfejl, men kan ligeledes støttes på bevisretlige principper, der f.eks. følger af manglende journalførelse og manglende overholdelse af regulativer og anbefalinger etc.

Ankenævnets afgørelse – bilag 17.

Ankenævnet har overordnet gjort gældende, (1) at A ikke har godtgjort, at der er grundlag for at tilsidesætte Ankenævnets afgørelse af 27. maj 2015, hvorefter ambulancemandskabet ikke handlede i strid med gældende retningslinjer ved ikke at køre til trombolyseafdeling, da A var opvågningspatient.

Herudover har Ankenævnet (2) retrospektivt afvist, der ville være ydet trombolyselbehandling, hvis A var blevet overført til trombolysel afdeling, og at eventuel trombolysel med overvejende sandsynlighed ville have medført en forbedring af generne.

Ad (1) Burde A være kørt til trombolyselafdeling:

Da Ankenævnet har afvist at opfylde de processuelle opfordringer fremsat ved sagsøgers skrivelse af 7. december 2017, jf. Kammeradvokatens e-mail af 8. december 2017 (**bilag 22**), gøres det gældende, at Ankenævnet i strid med grundlæggende forvaltningsretlige og særlige bevisretlige principper støtter ret på hospitalsvæsenets (inkl. ambulancens) manglende journalførelse og manglende overholdelse af anbefalingerne i de Nationale Retningslinier (bilag 19).

Der er i den forbindelse enighed mellem parterne om, at bestemmelse af debuttidspunktet for symptomerne er en juridisk bevisvurdering.

Den juridiske bevisvurdering af det lægelige materiale bør imidlertid være identisk med Retslægerådets besvarelse af spørgsmål F, hvorefter vagtlægenotatet er det mest tidstro og dermed må tillægges størst bevisværdi og i øvrigt forstås således, at debuttidspunktet var den 10. juli 2011 kl. 06:00.

Hertil kommer at A er den nærmeste til at vide, hvornår og hvordan han oplevede symptomdebuten, og det er i sammenhængen underordnet, hvorledes diverse afdelingspersonale, f.eks. i C eller i efterfølgende og indbyrdes modstridende refererede symptomerne og debuttidspunktet for disse. At A som pstt af Ankenævnet, skulle være opvågningspatient er en retrospektiv og helt udokumenteret antagelse i strid med A egen forklaring og vagtlægenotatet.

Retslægerådets besvarelser af spørgsmålene 6, C og D er korrigeret ved Rådets besvarelse af spørgsmål F og kan forkastes.

Det er herefter ufunderet, at Ankenævnet i pstandsdocumentet fastholder, at ambulancemandskabet handlede i overensstemmelse med retningslinjerne ved ikke at køre til G nr årsagen til, at mandskabet ikke kørte til G er ubelyst og helt udokumenteret på grund af manglende journalisering og manglende hukommelse. Ambulancemandskabet kan ikke selv visitere til trombolyselafdeling, og Ankenævnets bemærkninger om, at debuttidspunktet formentligt var ukendt for mandskabet, er allerede derfor uden betydning for sagens afgørelse. Det afgørende er, om der blev taget kontakt til

neurologisk speciallæge for en vurdering af debuttidspunkt og foreløbig ”måling” efter NIHSS mhp. visitation. Som det fremgår af de Nationale Retningslinier (bilag 19), bør alle henvendelser ske direkte til trombolyseneurologen, og beslutningsgrundlaget bør dokumenteres på standardiseret skema. Visitationen bør være til patientens fordel i tvivlstilfælde, hvorefter den endelige beslutning bør ske efter endt modtagelse og undersøgelse etc.

I nærværende sag kan det end ikke dokumenteres, at der er opnået kontakt til neurolog, endsige hvad vedkommende har resolveret.

Det dokumenteres med Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 4, at man ikke på baggrund af akterne kan se, om en neurologisk bagvagt var konsulteret før overførsel til C og det fremgår endvidere ved Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 5, at det er rutine at optage EKG i ambulancer. Herudover er det Retslægerådets opfattelse, at der ikke er grundlag for at antage, at visitationen til C beroede på et svar fra Kardiologisk Afdeling. Herefter forkastes også denne mulige forklaring som ventileret af D E (bilag 2, side 2, pkt. B).

Uanset hvad professor L måtte forklare indenretligt, gøres det gældende, at Retslægerådet ved besvarelse af Ankenævnets spørgsmål H har foretaget en ren juridisk bevisvurdering, som bør tilsidesættes af retten. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål H er i øvrigt i strid med Retslægerådets hidtidige besvarelse af spørgsmål 4 og E og savner grundlag.

Det gøres gældende, at Ankenævnets manglende opfyldelse af de processuelle opfordringer i sagsøgers skrivelse af 7. december 2017 skal tillægges processuel skadevirkning, og sagsøger gør således gældende, at det ville udgøre en klar culpøs (erstatningspådragende) lægelig fejl, hvis det bevismæssigt af retten lægges til grund, at neurologisk læge eller anden lægelig person de facto blev konsulteret af ambulancepersonalet, og at pågældende lægefaglige person på det pågældende tidspunkt uden supplerende undersøgelser eller på andet udokumenteret grundlag fravalgte at sende A til specialiseret trombolyseafdeling mhp. udredning.

Det gøres videre gældende, at det udgør en klar culpøs fejl, hvis det lægges til grund, at ambulancepersonalet ikke konsulterede neurologisk bagvagt og af egen drift eller på andet udokumenteret grundlag valgte ikke at køre sagsøger til specialiseret trombolyseafdeling.

Ad 2) ville der have været mulighed for behandling og patientskadesbegrænsning ved kørsel til trombolysecenter?

Sagsøger gør gældende, at der ikke i sagens lægelige akter er nogen tidstro sikre lægelige oplysninger, der kan danne grundlag for at bestemme sagsøgers score efter NIHSS på det tidspunkt, hvor A kunne (og ifølge vagtlægens begrundede mistanke ”obs apopleksi” burde) være ankommet til trombolyseafdelingen på G dvs. ca. kl. 8:00.

Som sagen ligger oplyst, bør der ydes sagsøger bevislempelse enten som følge af erstatningspådragende fejl/fejlskøn eller ud fra en rimelighedsbetragtning, hvorefter der bør anlægges en lempelig bevisvurdering. Da der hverken i ambulancen, i C eller i blev foretaget en vurdering af de neurologiske udfald efter NIHSS, er Retslægerådets retrospektive betragtning, jf. besvarelsen af spørgsmål 7 og 12, ikke af en sådan karakter, at retten bør bortse fra muligheden for, at rettidig trombolyse enten ville have helbredt eller bedret A tilstand væsentligt, eller at A ville være fundet egnet til trombektomi og derved i det væsentlige ville være helbredt eller skadens omfang mindsket.

Bevisvægten af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 7 (og 12) er stærkt begrænset, allerede fordi den retrospektive vurdering efter NIHSS sker på grundlag af symptomer den 11. juli 2011, og uanset Retslægerådet ved samme besvarelse konstaterer, at der ikke blev foretaget en regelret vurdering efter NIHSS hverken i C eller i Hertil kommer at Retslægerådet ved besvarelse af spørgsmål 13 bekræfter, at de neurologiske udfald erfaringsmæssigt kan variere i de første døgn.

Det bemærkes, at Retslægerådet alene retrospektivt antager, at man næppe ville have iværksat trombektomi, idet der i retningslinjerne herfor kræves en NIHSS score på over 10! Allerede fordi der ikke foreligger nogen NIHSS score på relevant tidspunkt på grund af hospitalsvæsenets (inklusive præhospital) forhold i form af manglende journalførelse etc., bør det være Ankenævnet, der fører bevis for, at trombektomi ikke på tidspunktet kunne og ville være udført. Det er samtidigt Ankenævnets byrde at bevise, at trombektomi ikke ville have mindsket generne efter blodproppen væsentligt. Denne bevisbyrde er ikke løftet.

Det bestrides, som helt udokumenteret, at NIHSS score på 5 desuden dokumenteres af bilag 3 (Ankenævnets påstandsdokument side 6, 6. afsnit).

Retten bør således bevismæssigt lægge til grund, at sagsøger ved indlæggelse på trombolyseafdeling i overensstemmelse med de Nationale Retningslinier (bilag 19) ville være blevet neuroradiologisk

undersøgt med henblik på bestemmelse af infarktets størrelse og efterfølgende behandlet. Hvis det bevismæssigt lægges til grund, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 7, at det formentlig fra starten drejede sig om tillukning af venstre arteria vertebralis med infarkt i hjernestamme og lillehjerne, da må det enten bevismæssigt lægges til grund, at trombolysbehandlingen ville have mindsket skaderne, eller at man var gået videre til trombektomi.

A bør samlet set ydes bevislempelse. Bevislempelsen omfatter alle led i kausalitetsvurderingen, når visitation til trombolysseafdeling burde være foretaget og på klart ansvarspådragende grundlag ikke er sket. Hertil kommer at manglende visitation klart har forøget risikoen for varige følger efter blodprop og det faktum, at skade faktisk skete, og efterfølgende blodpropper ikke kunne behandles med trombolyse, da de tidsmæssigt lå for tæt på blodprop opstået den 10. juli 2011.

Det gøres herunder gældende, at retten udelukkende bør bortse fra muligheden for A helbredelse, hvis det af indstævnte bevissikkert godtgøres, at blodpropperne under alle omstændigheder og uanset visitation med rettidig diagnose og behandling var uhelbredelige. Dette bestrides som helt udokumenteret.

Ad bevislettelse – generelt:

Selv om kriteriet ”overvejende sandsynlighed” lader sandsynlighedsberegningen få en mere fremskudt plads ved kausalitetsvurderingen end i den almindelige erstatningsret, udelukker dette ikke, at der også kan tages hensyn til sådanne *andre forhold, som efter almindelige bevisretlige principper kan medføre en lempelse af kravet til bevis for årsagssammenhæng*, jf. von Eyben, Patientforsikring, side 89, og det kursiverede fra forarbejderne.

Før Patientforsikringsloven var det, vedrørende fejl, Højesteretsretspraksis, at patientens bevisbyrde for årsagssammenhæng mellem den behandlende læges dokumenterede fejl/uagtsomhed og patientens skade var lempelig. Efter U65.680H og U67.828H gik Højesteret et skridt videre og vendte de facto bevisbyrden. Det krævedes imidlertid, at patienten i overensstemmelse med det normale bevistemata for uagtsomhed bevise, at en eller flere bestemte lægelige handlinger eller undladelser er uagtsomme, at disse handlinger eller undladelser forøger risikoen for en bestemt alvorlig skade, og at en sådan skade faktisk indtræder. Er disse krav opfyldt, skal indstævnte bevise, at årsagen til patientens skade ikke er den behandlende læges uagtsomhed. Kan indstævnte ikke løfte denne bevisbyrde, har patienten krav på fuld erstatning, jf. Talevskis, Juristen nr. 1, 2009, ”bevisbyrden i sager om lægers erstatningsansvar”.

At tidligere Højesteretspraksis om bevislempelse for årsagssammenhæng ved (ansvarspådragende) fejl, der har forøget risikoen for efterfølgende indtrådt skade, er videreført under Patientforsikringsloven (og KEL), fremgår endvidere af nyere Højesteretspraksis, f.eks. U2002.1690/2, U2009.1835H, U2009.2376H, og U2010.408H. De 2 sidstnævnte afgørelser følger linjen og er udtryk for, at Højesteret uanset bevislempelsen kunne bortse fra muligheden for årsagssammenhæng, idet indstævnte konkret havde *godtgjort*, at der ikke var årsagssammenhæng mellem fejl og skade. Kravet til Ankenævnets bevisbyrde i situationen er betydeligt, idet retten ”skal kunne bortse fra muligheden” for årsagssammenhæng mellem fejl og skade. Beviskravet er således tæt på 1:1.”

Ankenævnet for Patienterstatning har i et påstandsdokument anført følgende hovedanbringender, der er gentaget og uddybet under hovedforhandlingen:

"Anbringender

RETSGRUNDLAGET

En patient er berettiget til erstatning efter klage- og erstatningsloven, hvis patienten ved behandlingen, undersøgelsen eller lignende med overvejende sandsynlighed er blevet påført en skade, og skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af de i § 20, stk. 1, nr. 1-4, anførte måder.

Det følger af klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1, at erstatning ydes, hvis en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes ved undersøgelse, behandling eller lignende, hvorved skaden ville have været undgået.

Det er en betingelse for at anerkende en skade, at skaden med overvejende sandsynlighed er en følge af den foretagne behandling eller undersøgelse og ikke skyldes patientens grundsygdom eller andre forhold. Normale følger af grundsygdommen eller komplikationer, som må henføres til selve grundsygdommen, udgør ikke en skade i lovens forstand.

I henhold til motiverne til klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1, kan det dog i tvivlstilfælde være rimeligt at lade tvivlen komme skadelidte til gode, f.eks. hvis der klart er begået fejl, jf. de særlige bemærkninger til bestemmelsen i lovforslag nr. 144 af 8. februar 1991.

Bevisbyrden for, at der er begået sådanne klare fejl, og at der er grundlag for bevislempelse, påhviler imidlertid skadelidte, og hvis der er grundlag for bevislempelse, indtræder der ikke præsumptionsansvar

eller anden form for omvendt bevisbyrde.

En lempet bevisbyrde som følge af klare fejl forudsætter derudover i henhold til fast højesteretspraksis, jf. U.2009.2376H, forhold, der efter den almindelige erstatningsret ville være ansvarspådragende. Det vil sige culpøse.

Ankenævnet har på grund af sin sammensætning, der bl.a. omfatter medlemmer med lægevidenskabelig baggrund, brugen af lægekonsulenter og gennem behandlingen af et stort antal sager en særlig erfaring i at bedømme sager efter klage- og erstatningsloven, og der skal derfor være et sikkert grundlag for at tilsidesætte sådanne afgørelser.

DEN KONKRETE AFGØRELSE

Det gøres overordnet gældende, at A ikke har godtgjort, at der er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse af 27. maj 2015 (bilag 17), hvorved ankenævnet som nærmere begrundet i afgørelsen fandt, at ambulancemandskabet ikke handlede i strid med gældende retningslinjer ved at køre A til C i stedet for G og at A med overvejende sandsynlighed ikke er påført en skade i forbindelse med behandlingen.

Ambulancemandskabet handlede ikke i strid med gældende retningslinjer ved at køre A til C. Det fremgår af 4 ud af de i alt 6 hændelsesbeskrivelser i sagen (bilag 2, 4, 5 og A), at A den 10. juli 2011 vågnede med symptomer på en blodprop i hjernen. Lægges disse 4 hændelsesforløb til grund, var A under alle omstændigheder ikke kandidat til trombolysebehandling den 10. juli 2011, da han i så fald skal betegnes som en ”opvågningspatient”, hvor tidspunktet for symptomdebut kategorisk er ukendt.

Det fremgår af hændelsesbeskrivelsen i vagtlægenotatet (bilag 1), at ”Ikke sovet fra kl. 04. Sveder. Ingen smerter. Fra 0600. Kvalme. Svimmel. Ved ikke om feber”.

Ankenævnet bestrider, at det på baggrund af hændelsesbeskrivelsen i vagtlægenotatet (bilag 1) kan lægges til grund, at A symptomer med sikkerhed først debuterede kl. 6.00. Det fremgår af vagtlægenotat, at han havde været oppe fra kl. 4.00, og at han svedte. Det har formodningen imod sig, at A uopfordret ville oplyse til vagtlægen, at han havde svedt og været vågen fra kl. 4.00, hvis det alene skyldtes temperaturen den pågældende nat.

Det fremgår af A egen beskrivelse af hændelsesforløbet

(bilag B), at symptomerne indtrådte kl. 6:30, idet han strakte sig.

Ved besvarelsen af spørgsmål B har Retslægerådet dog oplyst, at en blodprop i hjernen almindeligvis ikke optræder i forbindelse med, at man strækker sig eller udfører andre bevægelser.

Ved besvarelsen af spørgsmål 6, C og D konstaterer Retslægerådet, at debuttidspunktet kan fastsættes til kl. 04.00.

Ved besvarelsen af spørgsmål F oplyser Retslægerådet imidlertid, at debuttidspunktet i vagtlægenotatet (bilag 1) er fastsat til kl. 6.00, og at Retslægerådet på baggrund af de divergerende hændelsesbeskrivelser ikke kan fastlægge debuttidspunktet. Retslægerådet oplyser i forlængelse heraf, at vagtlægenotatet (bilag 1) er det mest tidstro, hvorfor notatet må tillægges størst værdi.

Det skal i den forbindelse fremhæves, at der i forhold til fastlæggelsen af debuttidspunktet er tale om en bevismæssig- og ikke en lægelig vurdering, som det i sidste ende må være op til retten at foretage.

I forhold til rettens fastsættelse af debuttidspunktet gøres det gældende, at A egen beskrivelse af hændelsesforløbet (bilag B) ikke er plausibel, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål B, at oplysningerne i vagtlægenotatet (bilag 1) taler for, at symptomerne debuterede kl. 4:00, og at debuttidspunktet derfor på baggrund af en samlet vurdering af hændelsesbeskrivelserne i sagen (bilag 1, 2, 4, 5, A og B) må fastsættes til kl. 04.00.

Uanset om retten efter en konkret bevisvurdering finder det mest nærliggende at fastsætte debuttidspunktet til kl. 6.00, er det som anført ovenfor afgørende, om ambulancemandskabet på afhentningstidspunktet kunne fastslå A symptomdebut med den fornødne sikkerhed, der kræves, hvis trombolysebehandling skal iværksættes.

I den forbindelse skal det fremhæves, at det fremgår af den præhospital patientjournal, som er gengivet i redegørelsen fra D af 20. marts 2014 (bilag 2), at A den 10. juli 2011 oplyste, at han ”*Stod op her til morgen, følte sig meget utilpas, bleg svedig, opkast*”.

Det kan således konstateres, at A og/eller hans hustru over for ambulancepersonalet oplyste, at han var en opvågningspatient.

På denne baggrund gøres det gældende, at ambulancemandskabet handlede i overensstemmelse med gældende retningslinjerne ved at

køre A til C i stedet for G fordi der ikke var grundlag for trombolysebehandling, idet debuttidspunktet ikke kunne fastsættes med den fornødne sikkerhed, der kræves, hvis behandlingen skal iværksættes.

Dette understøttes af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål C og D, hvor Retslægerådet oplyser, at trombolysebehandling kræver, at debuttidspunktet er kendt, og at ambulancemandskabet, uanset om debuttidspunktet var kl. 04.00 eller kl. 06.00, handlede i overensstemmelse med gældende retningslinjer ved at køre A til C

Hertil kommer, at Retslægerådet ved besvarelsen af spørgsmål G, hvor der eksplicit spørges til, om ambulancemandskabet var/eller burde være i stand til at fastlægge debuttidspunktet, oplyser, at der ikke på baggrund af det anførte i den præhospital patientjournal (bilag 3) er grundlag for at antage, at debuttidspunktet var kendt af ambulancemandskabet.

Endelig skal det fremhæves, at det fremgår af de Nationale retningslinjer for trombolysebehandling (bilag 19, s. 13), at 1 af de i alt 3 screeningskriterier for at visitere en patient til trombolysebehandling er, at ambulancemandskabet er bekendt med debuttidspunktet.

A er med overvejende sandsynlighed ikke påført en skade i forbindelse med behandlingen

For det tilfælde at retten vurderer, at ambulancemandskabet ikke handlede i overensstemmelse med gældende retningslinjerne ved at køre A til C skal retten tage stilling til spørgsmålet om, hvorvidt A med overvejende sandsynlighed er påført en skade som følge af behandlingen.

Ankenævnet vurderede i den forbindelse, at selv hvis A var blevet kørt direkte til G ville han med overvejende sandsynlighed ikke være blevet trombolysebehandlet, fordi hans neurologiske symptomer ikke var tilstrækkelig svære i forhold til risikoen for betydelige bivirkninger i form af blødning i hjerne eller andetsteds.

Ankenævnets vurdering støttes i det hele af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 7.

Ved besvarelsen oplyser Retslægerådet, at det på baggrund af MR-scanning af 15. juli 2011 (ej fremlagt i retssagen) kan konstateres, at der er en meget lille sandsynlighed for, at en eventuel

trombolysebehandling ville have forbedret A symptomer.

Retslægerådet oplyser desuden, at undersøgelser viser, at hvis patienter har en NIHSS score på 5, hvilket ifølge Retslægerådet var tilfældet i denne sag, vil 48 procent blive helt eller næsten helt raske mod 43 procent af de ubehandlede.

Ved besvarelsen af spørgsmål 12 oplyser Retslægerådet, at Retslægerådet har fastsat NIHSS scoren til 5 på baggrund af journalnotater og undersøgelser fra den 10. juli 2011.

Det forhold, at A havde en NIHSS score på 5 den 10. juli 2011, fremgår desuden af den præhospitale patientjournal af 10. juli 2011 (bilag 3).

Undersøgelserne, som Retslægerådet henviser til, vedrører imidlertid patienter med blodprop i hjernens forreste del, mens A blodprop opstod i hjernens bageste/nederste del. Undersøgelserne/procentsatserne i Retslægerådets besvarelse er således ikke helt retvisende i A tilfælde.

På baggrund af Retslægerådets indledende besvarelse af spørgsmål 7, hvor Retslægerådet på grund af MR-scanning af 15. juli 2011 oplyser, at der er en meget lille sandsynlighed for forbedring ved trombolysebehandling i A tilfælde, må den samlede besvarelse af spørgsmål 7 forstås således, at chancen/muligheden for helt eller delvist at blive rask ved trombolysebehandling er dårligere i A tilfælde end ved de undersøgelser, som Retslægerådet henviser til.

På baggrund af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 7 kan det således konstateres, at uanset om A var blevet trombolysebehandlet eller ej, var der ikke en overvejende sandsynlighed (mere end 50 %) for, at han ville være blevet helt eller næsten helt rask ved en eventuel trombolysebehandling.

På baggrund af Retslægerådets besvarelse må det desuden lægges til grund, at de behandlende læger med overvejende sandsynlighed ikke ville have iværksat trombolysebehandling, fordi den potentielle gavnlige effekt alene var minimalt bedre ved trombolysebehandling.

A chance/mulighed for helt eller delvist at blive rask ved trombolysebehandling stod således ikke mål med risikoen for betydelige bivirkninger i form af blødning i hjerne eller andetsteds.

Endelig oplyser Retslægerådet ved besvarelsen af spørgsmål 7, at A

neurologiske udfald var for lette til, at man den 10. juli 2011 ville være gået videre til trombektomi (kirurgisk indgreb gennem en arterie), idet retningslinjerne herfor kræver en NIHSS score på over 10.

På denne baggrund gøres det sammenfattende gældende, at A med overvejende sandsynlighed ikke er påført en skade som følge af behandlingen.

Spørgsmålet om bevislempelse

A har gjort gældende, at ambulancemandskabet ikke konfererede med trombolysevagt eller neurologisk bagvagt for nærmere aftale omkring visitation af A og at der på denne baggrund bør ske bevislempelse.

Det fremgår af den præhospitale patientjournal, som er gengivet i redegørelsen fra D af 20. marts 2014 (bilag 2), at den neurologiske bagvagt skulle ringes op. Det fremgår endvidere af patientjournalen, at der blev foretaget telefonkontakt/telemedicinsk kontakt. Det fremgår dog ikke, hvem der blev taget kontakt til.

Det bestrides på den baggrund, at ambulancemandskabet ikke har taget relevant kontakt til lægeligt personale for at undersøge henvisningsmulighederne.

Ved besvarelsen af spørgsmål 4, 11 og E oplyser Retslægerådet, at der ikke er dokumentation for, at en trombolysevagt blev konsulteret i forbindelse med visitationen til C

Besvarelsen af spørgsmål 4, 11 og E er dog ikke i overensstemmelse med Retslægerådets besvarelse af spørgsmål H, hvor Retslægerådet oplyser, at der må være foretaget en telefonkonsultation med en trombolysevagt, som ikke er beskrevet nærmere i de lægelige akter.

Det skal også i denne forbindelse fremhæves, at det i forhold til spørgsmålet om, hvorvidt ambulancemandskabet tog relevant kontakt til lægeligt personale eller ej, er tale om en bevismæssig- og ikke en lægelig vurdering, som det i sidste ende må være op til retten at foretage.

Det gøres gældende, at det på baggrund af det anførte i redegørelsen fra D af 20. marts 2014 (bilag 2) om, at: *”Der er noteret telefonkontakt / telemedicinsk kontakt, men ikke hvilken institution ambulancemandskabet har taget kontakt til”*, må anses for bevist, at ambulancemandskabet de facto kontaktede en trombolysevagt/bagvagt, forinden visitationen til C

Det skal desuden fremhæves, at det har formodningen imod sig, at ambulancemandskabet ikke kontaktede en trombolysevagt/bagvagt, når det fremgik af ambulancens dataskærm (bilag 2) og af vagtlægenotatet af 10. juli 2011 (bilag 1), at visitationen skulle ske efter aftale med bagvagten.

Såfremt retten lægger til grund, at ambulancemandskabet ikke tog kontakt til trombolysevagt/ bagvagt for at undersøge henvisningsmulighederne, gøres det gældende, at dette ikke udgør en klar ansvarspådragende fejl, da det fremgår af de Nationale retningslinjer for trombolysebehandling (bilag 19, s. 14), at ambulancemandskabet alene skal tage kontakt til trombolysevagt/ bagvagt, såfremt screeningskriterierne er opfyldt. Som anført ovenfor var screeningskriterierne ikke opfyldt i denne sag, idet A debuttidspunkt var ukendt.

Hvis retten lægger til grund, at ambulancemandskabet ikke tog kontakt til trombolysevagt/bagvagt for at undersøge henvisningsmulighederne, og at ambulancemandskabet under alle omstændigheder skulle have taget kontakt til trombolysevagt/bagvagt, selv om A debuttidspunkt var ukendt, gøres det gældende, at dette ikke udgør en klar ansvarspådragende fejl, idet A under alle omstændigheder ikke var trombolysekandidat, jf. nærmere ovenfor.

Det bestrides i øvrigt, at det fremgår af vagtlægenotatet af 10. juli 2011 (bilag 1), at vagtlægen havde instrueret bagvagten om at visitere A til G Af vagtlægenotatet fremgår det blot, at bagvagten skulle aftale nærmere med ambulancemandskabet.

Samlet bestrides det, at det forhold, at A blev kørt til C i stedet for G udgør en klar ansvarspådragende fejl, der kan føre til en bevislempelse i forhold til spørgsmålet om årsagssammenhæng.

Det skal i den sammenhæng fremhæves, at selv for det tilfælde at A var blevet bragt til G og dette af retten vurderes at være en ansvarspådragende fejl, er det ikke sandsynligt, at man ville have iværksat trombolysebehandling, jf. ovenfor. En eventuel bevislempelse vil dermed ikke være af betydning, da det er usandsynligt, at fejlen har forårsaget de opståede skader."

Rettens begrundelse og afgørelse

Det fremgår af lovbekendtgørelse om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenets § 19, at der ydes erstatning efter reglerne i dette kapitel til

patienter eller efterladte til patienter, som her i landet påføres skade i forbindelse med undersøgelse, behandling el. lignende. Efter § 20 ydes der erstatning, hvis skaden med overvejende sandsynlighed er blevet påført, hvis det må antages at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes ved undersøgelse, behandling el. lign., hvorved skaden ville være undgået.

Af betænkning om revision af lov om patientforsikring (betænkning 1997 nr. 1346), side 6, fremgår vedrørende specialistreglen i den dagældende § 2, stk. 1, nr. 1 i lov om patientforsikring:

”I alle disse faser af behandlingen må det vurderes, om den erfarne specialist med overvejende sandsynlighed ville have handlet anderledes. Der må ikke indgå noget facitræsonnement (bagklogskab) i vurderingen af, om specialismålestokken er opfyldt. Om undersøgelse eller behandling er korrekt ud fra specialismålestokken, skal således vurderes på grundlag af den viden om patientens tilstand mv., som kunne opnås af den erfarne specialist på det pågældende tidspunkt, og ikke ud fra viden, som senere erhverves, når skaden er sket. Særligt i forbindelse med forkert diagnosticering er det fristende at anvende et facitræsonnement. Det vil imidlertid være forkert, idet det afgørende er, om der blev iværksat de undersøgelser, som en erfaren specialist ville have iværksat på baggrund af patientens klager, objektive symptomer m.v., og om en korrekt tolkning på grundlag af medicinsk videnskab og erfaring af sådanne undersøgelsesresultater ville have resulteret i, at den rigtige diagnose blev stillet”.

Der er enighed om, at det følger af de nationale retningslinjer for intravenøs trombolysbehandling ved akut iskæmisk apopleksi, at iværksættelse af trombolysbehandling kræver, at debuttidspunktet er kendt på behandlingstidspunktet.

Retslægerådet har ved besvarelsen af spørgsmål F oplyst, at oplysningerne om debuttidspunktet er forskellige i bilag 1, 2, 3 og 5. Retslægerådet kan derfor ikke fastlægge debuttidspunktet. Endvidere oplyser Retslægerådet, at vagtlægenotat er det mest tidstro, hvorfor Retslægerådet må tillægge det størst værdi således, at debuttidspunktet antages at være den 10.07.11 kl. 6.00.

Endvidere fremgår det af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål G, at ambulancejournalen ikke anfører noget om tidspunktet for symptomdebut. I ambulancejournalen er noteret ”Pt. er meget sund og rask. Stod op her til morgen, følte sig meget utilpas, bleg, svedig, opkast. Ingen følelsesforstyrrelser, følte tungen forstørret, begyndende hovedpine. ABC stabil”. Professor ^L har forklaret, at det ikke på baggrund af oplysninger i ambulancejournalen er muligt at fastsætte et debuttidspunkt. ^L har endvidere oplyst, at ^A på baggrund af

beskrivelsen i ambulancejournalen på dette tidspunkt var påvirket af sin blodprop.

På baggrund af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål G samt forklaringen fra professor L finder retten, at ambulancepersonalet handlede i overensstemmelse med de nationale retningslinjer, da debuttidspunktet på baggrund af tilgængelige oplysninger den 10. juli 2011 om morgenen ikke kunne fastlægges.

I skriftlig redegørelse af 20. marts 2014 fra D fremgår det, at der på ambulancens dataskærm den 10. juli 2011 stod ”Apopleksi Ring Neo Bagvagt 50240543.” Det fremgår endvidere af redegørelsen, at ambulancepersonalet ikke længere kan huske den pågældende opgave, samt at der er noteret telefonkontakt/telemedicinsk kontakt, men ikke til hvilken institution ambulancemandskabet har taget kontakt. Endvidere fremgår det, at det ikke kan verificeres, hvorvidt den efterfølgende visitation af patienten til C blev besluttet af en neurologisk speciallæge. Retslægerådet har i besvarelsen af spørgsmål 4, 11 og E oplyst, at det ikke på baggrund af sagens akter kan ses, hvorvidt en neurologisk bagvagt var konsulteret før overførslen til C Professor L har forklaret, at den eneste dokumentation, der findes i sagen, er, at vagtlægen skriver ”Konf. Trombolysevagts”. Retten finder på denne baggrund ikke, at det kan lægges til grund, at ambulancepersonalet inden visitationen til C tog kontakt til neurologisk bagvagt som anført af vagtlægen.

Retten finder imidlertid ikke, at der foreligger en ansvarspådragende fejl, da det fremgår af de nationale retningslinjer for trombolysebehandling, at ambulancemandskabet skal tage kontakt til vagthavende læge ved nærmeste trombolysecenter, såfremt screeningskriterierne er opfyldt. Det fremgår endvidere af den skriftlige redegørelse af 20. marts 2014 fra D at ambulancepersonalet i tilfælde, hvor alle 8 punkter vedrørende vurderingen med henblik på trombolyse er opfyldt, skal ringe til trombolysevagten. Da debuttidspunktet på baggrund af de tilgængelige oplysninger den 10. juli 2011 om morgenen ikke kunne fastlægges af ambulancepersonalet, finder retten ikke at det forhold, at det ikke kan lægges til grund, at ambulancepersonalet inden visitationen til C tog kontakt til neurologisk bagvagt, udgør en fejl, der er erstatningspådragende efter de almindelige erstatningsretslige regler. Der er derfor ikke grundlag for at fravige lovens udgangspunkt om, at det er sagsøgeren, der skal bevise, at skaden med overvejende sandsynlighed ville være undgået, hvis den nævnte behandling var blevet iværksat.

Retslægerådet har ved besvarelsen af spørgsmål 7 oplyst, at der ikke er foretaget en National Institute of Health Stroke Score(NIHSS) i C eller Retslægerådet har ud fra de neurologiske udfald fastsat NIHSS scoren til 5. Det fremgår af besvarelsen af spørgsmål 12, at NIHSS score er

fastsat på baggrund af journalnoter og undersøgelse af A den 10. juli 2011. Retslægerådet har oplyst, at der den 11. juli 2011 var indtrådt en lille bedring, idet der ikke længere var snøvlen, men dobbeltsynet, svimmelhed, og den let nedsatte kraft i højre arm og ben bestod. Professor L har forklaret, at A på baggrund af vagtlægens notater ville have en NIHSS score på 5. Ifølge Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 7 drejede det sig fra starten formentlig om tillukning af ventre arteria vertebralis med infarkt i hjernestamme og lillehjernen som vist ved MR-scanning den 15. juli 2011 og sandsynligheden for, at intravenøs trombolysbehandling ville have forbedret symptomerne er meget lille. De neurologiske udfald var for små til, at man på dette tidspunkt ville være gået videre til trombektomi, idet retningslinjerne herfor kræver en NIHSS på over 10.

Retslægerådet har endvidere oplyst, at baseret på internationale opgørelser ville en intrasnos trombolysbehandling inden for 3 timer hos en patient med en NIHSS score på 5 resulterer i, at 48 procent ville blive helt eller næste helt raske mod 43 procent af de ubehandlede. I opgørelserne indgår fortrinsvis patienter med blodprop hjernens forreste del og ikke i bageste/nederste del, som hos A Professor L har forklaret, at der er risiko for blødning med trombolysbehandling i stedet for den gavnlige effekt. Af patienter med en NIHSS score på 5 vil 5-6 % have en gavnlig effekt af behandlingen, hvilket skal ses op imod risikoen ved trombolysbehandling. Endvidere har L forklaret, at det er derfor, at man men ikke behandler patienter med lette symptomer med en score på under 7. Det er endvidere ved blodpropper i den forreste del af hjernen, at man opnår de bedste resultater.

Såfremt A af ambulancepersonalet var blevet kørt til trombolyscentret i G finder retten på baggrund af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 7 samt forklaringen fra professor L ikke, at de behandlende læger med overvejende sandsynlighed ville have iværksat trombolysbehandling, da der var tale om lette symptomer med NIHSS score vurderet til 5, og den potentielle gavnlige effekt derfor var minimal bedre ved trombolysbehandling, og muligheden for at blive rask ved trombolysbehandling derfor ikke ville stå mål med risikoen for bivirkningerne i form af blødninger i hjernen. Retten finder det heller ikke overvejende sandsynligt, at de behandlende læger ville være gået videre med trombektomi, idet de nationale retningslinjer for trombektomi kræver en NIHSS score på over 10. Retten finder det derfor ikke overvejende sandsynligt, at A ville være blevet helt eller delvist rask ved en trombolysbehandling, og retten finder derfor ikke, at A som følge af behandlingen med overvejende sandsynlighed er påført en skade som følge af behandlingen. Ankenævnet for Patienterstatningen frifindes derfor.

Efter sagens udfald skal A betale sagsomkostninger til Ankenævnet for Patienterstatningen. Beløbet fastsættes til 70.000 kr. og vedrører

Ankenævnet for Patienterstatningens udgift til advokat. Beløbet er inklusive moms. Retten har ved fastsættelsen lagt vægt på sagens karakter og omfang herunder, at der tre gange er sket forelæggelse for Retslægerådet. Retten har lagt vægt på den skønnede sagsværdi, som A har anført i påstandsdokumentet.

Thi kendes for ret:

Sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, frifindes.

Sagsøgeren, A skal inden 14 dage betale 70.000 kr. i sagsomkostninger til Ankenævnet for Patienterstatningen. Sagsomkostningerne forrentes efter rentelovens § 8a.

Sine Nascou
dommer

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Retten i Horsens, den 31. maj 2018.

Ditte Nørgaard, Retsassistent