



RETTEEN I HERNING DOM

afsagt den 3. marts 2021

Sag BS-307/2015-HER

A
(advokat Annette Bendixen)

mod

Ankenævnet for Patienterstatningen
(advokat Tanja Brunstedt Tidemand Gantzhorn)

Denne afgørelse er truffet af retsassessor Karin Haisler Jessen.

Sagens baggrund og parternes påstande

Sagen er anlagt den 7. august 2015. Sagen drejer sig om, hvorvidt en vagtlæge, der blev tilkaldt til akut opståede smerter, i forbindelse med sin undersøgelse af patienten har handlet i overensstemmelse med normen "erfaren specialiststandard", eller, hvis det ikke er tilfældet, om patienten har krav på erstatning.

Sagsøgeren, A, har fremsat følgende påstand:

Principal:

Sagsøgte tilpligtes at anerkende, at sagsøger er berettiget til erstatning efter Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Subsidiært:

Hjemvisning.

Sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, har fremsat påstand om frifindelse.

Oplysningerne i sagen

Patienterstatningen har den 27. november 2013 truffet følgende afgørelse:

"...

A er ikke berettiget til erstatning efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Betingelserne for at yde erstatning efter lovens § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1 og 2, er ikke opfyldt.

Sagsfremstilling

Du har på vegne af A søgt erstatning, fordi vagtlægen ikke behandlede A korrekt 22. maj 2011, da han pludselig havde fået voldsomme smerter mellem skulderbladene, var forpint og lå på gulvet. Lægen behandlede ham med smertestillende medicin. Dagen efter blev A indlagt og behandlet for en blodprop i hjertet.

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

A var førtidspensionist på grund af gener i ryggen. Den 22. maj 2011 fik A pludselig smerter mellem skulderbladene efter en gåtur. Han havde dagene op til dette haft ondt i ryggen. En vagtlæge undersøgte ham i hjemmet og konstaterede, at han lå på gulvet og var forpint. Lægen undersøgte ryggen og konstaterede, at der var ømhed over et led mellem to ryghvirvler (facetled) på niveau ud for midten af brystkassen især på venstre side. Vagttagen behandlede med stærk smertestillende medicin, hvorefter A rejste sig. Lægen forsøgte derefter at manipulere ryggen på plads uden held. Lægen rådede derefter A til at tage smertestillende medicin. I løbet af aftenen fik A tiltagende smerter og åndenød, og han konsulterede derfor sin praktiserende læge 23. maj 2011. En undersøgelse af hjertets elektriske impulser (EKG) viste tegn på blodprop i hjertet, og A blev derefter indlagt på sygehuset og fik akut foretaget ballonbehandling med indsættelse af stent ved hjertet.

Hjertets forvæg var dog præget af manglende blodforsyning gennem 1½ døgn, og hjertet havde nedsat pumpefunktion. A hostede desuden blod (hæmoptyse)

Den 24. maj 2011 blev A overflyttet til Behandlingssted 1. I det efterfølgende indlæggelsesforløb var A fortsat præget af nedsat pumpefunktion, og der opstod desuden en blodprop dannet på væggen i hjertet (muraltrombe). Han blev behandlet medicinsk og blev udskrevet 7. juni 2011. Efterfølgende fulgte A hjertegenoptræningen og blev behandlet i hjertesvigtsklinikken. Ved afslutningen af hjerterehabilitering var EF steget til 50 % og tromben var svundet.

Begrundelse

Efter KEL § 21, stk. 1, erstattes skade som følge af, at der ikke er blevet stillet en rigtig diagnose af patientens sygdom, kun i de tilfælde, der er nævnt i lovens § 20, stk. 1, nr. 1 og 2. Efter praksis gælder denne regel også, hvis diagnosen er blevet stillet for sent.

Efter KEL § 20, stk. 1, nr. 1, ydes der erstatning, hvis undersøgelse eller behandling har afvejet fra, hvad en erfaren specialist ville have gjort i den givne situation. Det er en betingelse, at patienten er påført en skade, der med overvejende sandsynlighed ville være undgået ved en bedre behandling.

Denne regel betyder, at patienten er berettiget til erstatning i de tilfælde, hvor en erfaren specialist ville have handlet anderledes, og skaden på den måde med overvejende sandsynlighed ville være undgået.

Vi har vurderet, at behandlingen på Lægevagten Region 1 var i overensstemmelse med den behandling, som en erfaren specialist ville have foretaget. Vi skal hertil bemærke, at der ved vurderingen af, om behandlingen er foregået i overensstemmelse med erfaren specialiststandard skal anlægges en konkret vurdering af forløbet på baggrund af den viden om patientens tilstand, der forelå på tidspunktet for behandlingens udførelse. Det afgørende ved vurderingen er herefter, om den erfarne specialist under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes i den pågældende situation og ikke hvad der ud fra en efterfølgende vurdering havde været bedre at gøre. Det forhold, at patienten får stillet en diagnose, som det senere viser sig er forkert, berettiger ikke i sig selv til erstatning.

Vi har ved afgørelsen lagt vægt på, at A gennem nogle dage havde haft ondt i ryggen, og at vagtlægen i forbindelse med undersøgelse af ham fandt ømhed svarende til leddene i rygsøjlen, da A pludselig fik stærke smerter i ryggen under en gåtur.

Vi har også lagt vægt på, at forskydninger i facetleddene er en meget hyppig årsag til smerter i ryggen og gener af den karakter, som A havde. Det var derfor ikke i strid med den erfarne specialists standard at tolke symptomerne som forskydning i facetleddene, give smertestillende medicin og henvise til kiropraktor eller egen læge ved fortsatte gener.

Det viste sig den efterfølgende dag, at der var tale om en blodprop i hjertet, og der er således sket en forsinket diagnosticering af blodproppen på ca. 12 timer.

Da en erfaren specialist imidlertid ikke ville have handlet anderledes ved vagtlægens besøg 22. marts 2011, opfylder A ikke betingelserne for at få erstatning,

..."

Patienterstatningen har den 19. maj 2014, på ny truffet afgørelse om, at sagsøger ikke var berettiget til patienterstatning.

Af afgørelsen fremgår følgende:

"...

A er fortsat ikke berettiget til erstatning efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Betingelserne for at yde erstatning efter g 20, stk. 1, nr. 1-4, er ikke opfyldt.

Sagsfremstilling

Vi henviser til sagsfremstillingen i vores afgørelse af 29. november 2013.

Derudover fremgår det af udtalelse fra lægevagten, at det lydfilet fra den telefoniske henvendelse 22. maj 2011 ikke længere findes.

Begrundelse

Vi henviser til begrundelsen i vores afgørelse af 29. november 2013.

Det har ikke været muligt at fremskaffe lydfilet af samtalen med lægevagten forud for besøget 22. maj 2011. Vi har dog lagt vægt på, at det fremgår af notatet fra den telefoniske kontakt til lægevagten forud for lægebesøget, at A havde fået voldsomme smerter i ryggen, og at smerterne opstod pludseligt. Der er således hverken i notatet fra den telefoniske henvendelse eller ved det efterfølgende kontaktbesøg beskrevet forhold, der gør, at det kan lægges til grund, at lægevagtens vurdering var i strid med den erfarne specialists standard.

A havde kendte rygproblemer og havde tidligere haft diskusprolaps, og lægevagten fandt ømhed over facetleddet, da hun undersøgte A

Vi har også lagt vægt på, at selv en erfaren specialist inden for almen medicin ikke ved en lytteundersøgelse af hjertet ville kunne konstatere en blodprop. Dette kræver yderligere undersøgelser i form af EKG og blodprøver, hvis man mistænker, at der kunne være tale om en blodprop i hjertet. Dette var dog ikke tilfældet lægevagtens ved undersøgelse af A.

..."

Den 27. februar 2015, traf Ankenævnet for Patienterstatningen afgørelse i sagen og stadfæstede Patienterstatningens afgørelse under henvisning til de grunde, der er anført af Patienterstatningen.

Ankenævnet har derudover tilføjet:

"...

Det er ankenævnets vurdering ud fra notaterne fra vagtlægen, at den behandling, A modtog den 22. maj 2011, levede op til, hvorledes en erfaren vagtlæge ville have handlet under lignende omstændigheder. Nævnet har herved lagt vægt på, at A havde haft rygsmerter i en periode og præsenterede sig med forværrede rygsmerter mellem skulderbladene.

Det var på den baggrund relevant, at lægen skønnede, at der ikke var behov for indlæggelse, idet der var tale om fysiurgiske problemer, hvorfor en mere omfattende undersøgelse af hjerte og lunger heller ikke var indiceret. Det skal i den forbindelse bemærkes, at en blodprop i hjertet ikke alene kan diagnosticeres ved hjerte- og lungestetoskopi.

..."

Af Retslægerådets besvarelse af 5. oktober 2016 fremgår blandt andet:

"...

Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes oplyse, om den undersøgelse som vagtlæge B

foretog af sagsøger ved besøget den 22. maj 2011 var tilstrækkelig og grundig nok, såfremt det ved besvarelsen lægges til grund, at sagsøgers almene tilstand, på tidspunktet for vagtlægens besøg, var som beskrevet i anmeldelsen til Patientforsikringen, sagens bilag 5.

Samme spørgsmål bedes besvaret, såfremt det ved besvarelsen lægges til grund, at sagsøgers almene tilstand var som beskrevet i vagtlægens journalnotat, sagens bilag 2.

Ud fra oplysningerne i bilag 5 var vagtlægens undersøgelse insuffICIENT.

Ud fra oplysningerne i bilag 2 var vagtlægens sufficient, men i lægens uddybning (bilag 22) fremkommer oplysning om vejtrækningsproblemer, hvilket burde have medført stetoskopi af hjerte og lunger.

Spørgsmål 2:

Retslægerådet bedes oplyse, om sagsøgers symptomer, som beskrevet i sagens bilag 5, i form af voldsomme smerter i ryggen mellem skulderbladene, grå i hovedet, blålig om læberne, klamtsvedende, vejtrækningsproblemer mv. er typiske symptomer på et facetledssyndrom.

Retslægerådet bedes samtidig oplyse, om sagsøgers symptomer, som beskrevet i sagens bilag 2, er typiske symptomer på et facetledssyndrom.

Symptomerne beskrevet i bilag 5 er ikke typiske for et facetledssyndrom.

Symptomerne beskrevet i bilag 2 kan være udtryk for et facetledssyndrom. I lægens uddybning i bilag 22 anføres symptomerne bleghed og vejrtrækningsbesvær, der er mindre almindelige ved facetledssyndrom, men kan forekomme.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet bedes oplyse, om det er Rådets opfattelse, at vagtlægen burde have iværksat yderligere og/eller andre undersøgelser af sagsøger ved besøget den 22. maj 2011.

Symptomerne beskrevet i bilag 22 burde have ført til yderligere undersøgelser. Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1.

Spørgsmål 4:

Retslægerådet bedes oplyse, om sagsøgers symptomer ved vagtlægebesøget den 22. maj 2011 viste tegn til blodprop/gjorde at blodprop burde mistænkes.

Symptomerne beskrevet i bilag 2 og 22 er ikke typiske for blodprop i hjertet, men sygdommen kan vise sig ved disse symptomer. Der var imidlertid tale om en kronisk rygpatient og objektive fund, der tydede på facetledssyndrom. Lægens handlemåde må derefter betegnes som et fejlskøn. Det vil sige, at lægen ud fra de foreliggende præmisser kunne drage flere konklusioner, og hvor først forløbet senere viser, at den trufne beslutning ikke var den optimale.

Spørgsmål 5:

Det fremgår af visitationsnotatet, sagens bilag 2, at sagsøger allerede inden kontakt til vagtlægen havde forsøgt sig med indtagelse af 2 x Ipren, uden effekt.

Retslægerådet bedes i den forbindelse oplyse, om denne oplysning tilsagde at vagtlægen foretog en grundigere undersøgelse af sagsøger, og at andre årsager end facetledssyndrom burde have været mistænkt.

Nej. Ipren har ofte en ringe effekt på facetledssyndrom.

Spørgsmål 6:

Retslægerådet bedes oplyse, om det havde tilsagt en skærpet/grundigere undersøgelse af sagsøger fra vagtlægens side, såfremt det lægges til grund, at vagtlægen var bekendt med, at sagsøger var kendt med rygsmerter og tilkendt førtidspension som følge heraf.

Retslægerådet bedes oplyse, om det havde tilsagt en skærpet/grundigere undersøgelse af sagsøger fra vagtlægens side, såfremt det lægges til grund, at vagtlægen af sagsøgers familie, var blevet gjort bekendt med, at sagsøgers symptomer/smerter var unormale.

Nej.

Det fremgår af bilag 5, at lægen af de pårørende blev gjort opmærksom på nogle symptomer. Tages udgangspunkt heri er spørgsmålet uforståeligt.

Spørgsmål 7:

Retslægerådet bedes oplyse, hvorvidt og i bekræftende fald hvilken betydning forsinkelsen af diagnosen på mellem 1-1 ½ døgn har haft for sagsøgers helbredsmæssige situation.

Retslægerådet finder på det foreliggende grundlag sandsynligt (mere end 50 %), at diagnosen akut blodprop i hjertet (STEMI) har været forsinket i cirka 24 timer. Forsinkelsen af diagnosen i 24 timer, hvor sagsøger ikke har været indlagt på hjerteafdelingen, har disse 24 timer betydet en ikke ubetydelig risiko for alvorlige hjerterytmeforstyrrelser, der potentielt kunne have været fatale (livsfarlig).

Hvorvidt det akutte fald i hjertets pumpefunktion (LVEF < 35 %) kunne være undgået ved rettidig diagnose og behandling er spekulativt. Det bemærkes, at efter afsluttet behandling er slutresultatet for hjertets pumpefunktion LVEF 50 % (normal LVEF > 55 %), det vil sige en meget beskedne hjertepumpenedsættelse.

Spørgsmål 8:

Det fremgår af sagens akter, at sagsøger i efterforløbet under indlæggelsen får endnu en blodprop.

Retslægerådet bedes oplyse, om del må antages, at denne anden blodprop kunne være undgået, såfremt der var blevet iværksat hurtigere behandling i form af hurtigere indlæggelse allerede ved vagtlægens besøg den 22. maj 2011.

Der er ikke oplysninger om endnu en blodprop i sagens akter.

Spørgsmål 9:

Retslægerådet bedes oplyse, om det er Rådets opfattelse, at vagtlægen ved besøget den 22. maj 2011 burde have mistænkt, at sagsøger havde en blodprop.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 4.

Spørgsmål 10:

Retslægerådet bedes oplyse, om det er Rådets opfattelse, at sagsøger burde have været indlagt allerede ved vagtlægens besøg den 22. maj 2011.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 4.

Spørgsmål 11 :

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger.

Nej.

Spørgsmål A:

Retslægerådet bedes oplyse, hvilke symptomer det af de lægelige akter fremgår, at sagsøger havde på undersøgelsestidspunktet ved vagtlægen den 22. maj 2011?

Der anføres i bilag 2 og 22, at sagsøger havde voldsomme smerter mellem skulderbladene, var bleg og havde vejrtrækningsproblemer.

Spørgsmål B:

I forlængelse af spørgsmål 1 bedes Retslægerådet oplyse, om den undersøgelse som vagtlæge B foretog af sagsøger ved besøget den 22. maj 2011 var tilstrækkelig og grundig nok i forhold til sagsøgers almene tilstand som beskrevet i de lægelige akter (bilag 2)?

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål I.

Spørgsmål C:

Sagsøger var tidligere tilkendt førtidspension på grund af kroniske ryggener, og han var i øvrigt kendt med tidligere diskusprolaps. Vagtlægen mistænkte ved undersøgelsen den 22. maj 2011 facetledssyndrom (bilag 2).

Retslægerådet bedes oplyse, hvilke symptomer der er kendetegnede for facetledssyndrom?

Symptomerne på facetledssyndrom i brystryggen er akut smerte og kraftige muskelspændinger imellem skulderbladene, forværret ved bevægelse og ofte også ved vejrtrækning.

Spørgsmål D:

I forlængelse af spørgsmål C bedes Retslægerådet oplyse, om sagsøgers symptomer, som ifølge sagens lægelige akter (bilag 2) var voldsomme smerter i ryggen mellem skulderbladene, er typiske symptomer på facetledssyndrom.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 2.

Spørgsmål E:

Retslægerådet bedes oplyse, hvilke symptomer der er kendetegnende for blodprop i hjertet?

Typiske symptomer på blodprop i hjertet er stærke smerter bag brystbenet med udstråling til venstre arm, kæbe, tænder og hals, åndenød, svedtendens og svimmelhed. Udstråling til ryg kan forekomme. Patienter med blodprop i hjertet kan dog også være mere symptomfattige.

Spørgsmål G:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.”

Af Retslægerådets besvarelse af 26. februar 2020 fremgår følgende:

” ...

Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet besvare de stillede spørgsmål således:

Spørgsmål 12:

Med henvisning til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 7 bedes Retslægerådet oplyse, om speciallægeerklæringen af 4. december 2018 (bilag 24) giver anledning til en ændret besvarelse heraf.

Det er Retslægerådets vurdering, at det forhold, at der i 2018 konstateres en LVEF på 40 % ved speciallægeundersøgelse, hvor undersøgelsen tidligere har vist LVEF 50 %, ikke giver anledning til ændret besvarelse af spørgsmål 7.

Spørgsmål 13:

Retslægerådet bedes oplyse, om det i henhold til speciallægeerklæringen af 4. december 2018 (bilag 24) kan konstateres, at der er følger efter blodproppen i hjertet. I bekræftende fald bedes det oplyst, om og hvilken betydning den forsinkede diagnosticering og behandling af blodproppen har haft.

Der kan ved undersøgelsen i 2018, altså 7 år efter blodproppen, konstateres moderat nedsat hjertepumpefunktion med LVEF 40 %. Hvorvidt den forsinkede diagnostik og behandling i 2011 har haft betydning herfor er spekulativt. Der har tidligere i januar 2012 været konstateret en bedre hjertepumpefunktion med LVEF 50 %.

Spørgsmål 14:

Retslægerådet bedes oplyse, om hjertets pumpefunktion (LVEF) i henhold til speciallægeerklæringen af 4. december 2018 (bilag 24) vurderes nedsat.

I bekræftende fald bedes Retslægerrådet vurdere, om denne nedsættelse er af mindre grad, moderat grad, middelsvær grad eller svær grad.

Samtidig bedes det angivet i hvor stort et omfang denne nedsættelse skyldes den forsinkede diagnosticering og behandling af blodproppen.

Hjertepumpefunktionen ved undersøgelsen i 2018 vurderes nedsat i moderat grad. Der henvises i øvrigt til besvarelsen af spørgsmål 13.

Spørgsmål 15:

Med henvisning til speciallægeerklæringen af 4. december 2018 (bilag 24) bedes Retslægerrådet oplyse, om de forskellige målinger af hjertets funktion og ydeevne, der blev foretaget i forbindelse med undersøgelsen, viser skader i og omkring hjertet.

I bekræftende fald bedes det nærmere angivet, i hvor stort et omfang disse skader skyldes den forsinkede diagnosticering og behandling af blodproppen.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 13 og 14.

Spørgsmål 16:

Retslægerrådet bedes oplyse, om der i henhold til speciallægeerklæringen af 4. december 2018 (bilag 24) efter Retslægerådets opfattelse kan konstateres en påvirkning af hjertet med tab af muskelmasse.

I bekræftende fald bedes det nærmere angivet, i hvor stort et omfang disse skader skyldes den forsinkede diagnosticering og behandling af blodproppen.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 13 og 14, og Retslægerrådet kan endvidere oplyse, at MRskanning af hjertet viser normal hjertemuskelmasse.

Spørgsmål 17:

Retslægerrådet bedes oplyse, om det efter Rådets opfattelse på baggrund af speciallægeerklæringen af 4. december 2018 (bilag 24) kan konstateres, at den globale hjertefunktion er reduceret.

I bekræftende fald bedes omfanget heraf nærmere angivet.

I bekræftende fald bedes det endvidere nærmere angivet, i hvor stort et omfang disse skader skyldes den forsinkede diagnosticering og behandling af blodproppen.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 13 og 14.

Spørgsmål 18:

Retslægerrådet bedes med henvisning til den i forbindelse med speciallægeerklæringens udarbejdelse udførte MR-scanning oplyse, om denne scanning viser forhold som udtryk for varige skader.

I bekræftende fald bedes det nærmere angivet, i hvor stort et omfang disse skader skyldes den forsinkede diagnosticering og behandling af blodproppen.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 13, 14 og 16.

Spørgsmål 19:

Retslægerådet bedes med afsæt i speciallægeerklæringen af 4. december 2018 (bilag 24) oplyse, om tidligere diagnosticering og behandling ville have været af afgørende betydning i forhold til at redde hjertevæv og hjertepumpefunktionen.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 7, 13 og 14.

Spørgsmål 20:

Retslægerådet bedes med afsæt i speciallægeerklæringen af 4. december 2018 (bilag 24) oplyse, om skadelidtes prognose er blevet forringet som følge af den forsinkede diagnosticering og behandling.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 7, 13 og 14.

Spørgsmål 21:

Retslægerådet bedes oplyse, hvilke skader den forsinkede diagnosticering og behandling af skadelidte har medført.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 7, 13 og 14.

Spørgsmål 22:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger.

Nej.

Spørgsmål H

Ved besvarelsen af spørgsmål 7 har Retslægerådet bl.a. oplyst: "Hvorvidt det akutte fald i hjertets pumpefunktion (LVEF<35%) kunne være undgået ved rettidig diagnose og behandling er spekulativ.

Det bemærkes, at efter afsluttet behandling er slutresultatet for hjertets pumpefunktion LVEF 50% (normal LVEF>55%), det vil sige en meget beskedent hjertepumpenedsættelse."

Retslægerådet bedes oplyse, om speciallægeerklæringen af 4. december 2018 (bilag 24) giver anledning til en ændret besvarelse heraf.

Nej. Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 7, 13 og 14.

Spørgsmål I:

Som anført i spørgsmål H fremgår det bl.a. af besvarelsen af spørgsmål 7: "Det bemærkes, at efter afsluttet behandling er slutresultatet for hjertets pumpefunktion LVEF 50% (normal LVEF>55%), det vil sige en meget beskedent hjertepumpenedsættelse."

Retslægerådet bedes oplyse, om der er sket en udvikling i sagsøgers hjertepumpefunktion fra tidspunktet "afsluttet behandling" og frem til udarbejdelsen af speciallægeerklæringen af 4. december 2018 (bilag 24). Såfremt der er sket en udvikling, bedes Retslægerådet beskrive denne udvikling nærmere.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 13.

Af speciallægeerklæring af 4. december 2018 fra speciallæge C
fremgår blandt andet:

" ...

OBJEKTIVT

Blodtryk 125/80.

Puls 76, regelmæssig.

Der er ingen halsvenestase eller mislyde over præcerebrale kar.

Stc.: Regelmæssig aktion. Ingen mislyde. Ictus let lateraliseret som tegn på hjerteektasi. ingen galop.

Stp.: Frie lungefelter. Vesikulære respiration. ingen dæmpning.

Abdomen: Ingen organmegali.

Ekstremiteter: Normale trofiske forhold. Ingen ødemer. God puls

Ekg: Sinusrytme, udbredt transmural infarcering over hjertets forreste væg.

Højde 170 cm.

Vægt 72 kg.

Ekkokardiografi: Fremragende indblik. Venstre hjertekammer fremtræder let dilateret, når patientens højde tages i betragtning og normaliseret for standardmål på 30 mm/m kropshøjde, hvilket giver

standardreference på 5,1 cm i tværmål af venstre hjertekammer mod aktuelt målt 5,5 cm. Strukturen i det venstre hjertekammer er i øvrigt præget af infarkt-sequelae med udtynding i hjertets forreste væg

medinddragende hele apex (hjertespiden), hvor der ligeledes er aneurisme (udposning/vindkedel). Den globale uddrivningsfraktion (LVEF) er vurderet som et gennemsnit af tre målinger med reel kvantitering,

alle målinger ligger mellem 40 og 45% og gennemsnittet på 42% og således moderat reduceret systolisk LVfunktion

(nedre normalgrænse 60%). Imidlertid er længegående strain i venstre ventrikel betydeligt mere nedsat end svarende til den målte LVEF og strain er principielt set et mere akkurat mål for den absolutte skade på myokardiet i forbindelse med myokardieinfarkt.

Venstre atrium er marginalt dilateret men andre mål indikerer ikke øgning af venstre ventrikels preload.

Der er normale klapforhold.

Højre hjertekammerfunktion er normal. Der er ikke trykforhøjelse i lungekredsløbet.

SAMLET

Aktuelle undersøgelse af A afslører såvel elektrokardiografisk som ekkokardiografiske betydende påvirkning af hjertet med tab af muskelmasse og global hjertefunktion reduceret til 2/3 af det

normale. Visse af de ekkokardiografiske mål antyder, at tabet af hjertemuskel er mere omfattende end svarende til den absolut udmålte LVEF. Det findes derfor relevant for fuldstændig kvantitering af skade på hjertet at supplere med MR-skanning if orhold til evaluering af arvæv og da der desuden er vedvarende ukarakteristiske brystmerter, suppleres MR-skanningen med perfusions undersøgelse for at afklare evt. nytilkommen kranspulsåresygdom som naturligvis kan bidrage til påvirkningen af venstre hjertekammer.

Resultat af MR-scanning, udført mindre end 1 uge fra den initiale vurdering, viser udbredt infarkt i hjertets forreste væg medinddragende apex. Venstre hjertekammer er let forstørret. Uddrivningsfraktionen (LVEF) er 40-41 %. Der er ikke tegn på reversibel iskæmi (yderligere kranspulsåre forkalkning).

Begge undersøgelser bekræfter således en betydende funktions forringelsen af venstre ventrikel uden reversibel komponent som udtryk for en varig skade. Disse fund er fuldt foreneligt med patientens funktionsbegrænsning svarende til NYHA-II.

Vurdering af initialt behandlingsforløb i forhold til evaluering af behandlingsforløbet er der relativt begrænsede notater fra vagtlægeinstitutionen! Det er i visitationsnotatet af 22.5.2011 kl. 11.01 noteret: "voldsomme smerter i ryggen, opstod pludseligt i dag", det er ligeledes noteret, at der tidligere har været problemer med ryggen men overraskende nok, har man ikke forholdt sig til pludseligt opstået voldsomme smerter. Der er ingen øvrige notater som kunne belyse patientens tilstand.

Besøgsnotatet af 22.5.2011 kl. 11.51 forholder sig på ingen måde til akut debuterende voldsomme smerter fra bryst strålende mod ryg, eneste objektive notater er, at patienten ligger forpint på gulvet og at der er mistanke om facetledssyndrom, som forsøges manipuleret. Patienten behandles med morfika injektion. Af notatet fremgår det ikke, hvorvidt den besøgende vagtlæge har overvejet de differential diagnostiske muligheder og i forhold til patientprognose langt alvorligere tilstande i form af lungeemboli (blodprop i lungerne) aortadissektion (bristning af legemspulsåre i brysthulen) eller som i dette tilfælde akut myokardieinfarkt, alle tre klassiske eksempler på akut debuterende tilstande med voldsomme smerter i selv samme region og som typisk vil manifestere sig som akut sygdomsdebut med alment påvirket patient hvilket de sparsomme notater trods alt giver indtryk af.

I forhold til optimal behandling af patienter med blodprop i hjertet er tidlig diagnostik og dermed tidligt indsættende optimal behandling med revascularisering (etablering af gennemblødning i kranspulsårerne) af afgø-

rende betydning for at redde hjertevæv og dermed påvirke hjertepumpefunktionen og patientprognose optimalt.

Ud fra beskrivelsen i visitationsnotatet burde denne patient umiddelbart have været visiteret til ambulancekørsel 1 og den besøgende vagtlæge har ikke forholdt sig relevant til en akut syg yngre disponeret patient med relevante symptomer på potentiel hjertekarsygdoms debut. Samlet vurderes det at behandlingen via vagtlægeinstitutionen har været væsentlig under almindelig accepteret faglig standard.

Konsekvensen af ovenstående er således, at denne patient har pådraget sig en betydelig og blivende skade på det venstre hjertekammer og grundet skadens lokalisation samt udviklet aneurisme i det venstre hjertekammer med begyndende udvidelse af hjertekammeret globalt en øget risiko for på sigt at udvikle manifest hjertesvigt med en samlet dårlig prognose.

...”

Forklaringer

Der er afgivet forklaring af A og speciallæge C.

A har forklaret, at han var ude at gå tur med sine hunde om morgenen og så kom han forbi nogle naboer, som han snakkede med. Han begyndte at få det dårligt, mens han stod der. Han fik ondt i ryggen og blev utilpas. Han gik videre med hundene men fik det dårligere og dårligere og kortede ruten af. Han kom i tvivl, om han kunne nå at komme hjem med dem. Han fik det meget dårligt. Han husker ikke, at han havde haft ondt, da han tog afsted, bortset fra sine kroniske smerter. Dette var meget anderledes. Det var meget voldsomme og virkede ikke som en nerve, der trak i ham. Han havde mere ondt over det hele. Det var noget andet end hans normale rygsmerter.

Da han kom hjem, gik han direkte ind og smed sig på gulvet. Hans datter og kone var der. Han bad sin datter om at massere ham, men det hjalp ikke. Han lå midt på gulvet. Han ved ikke, hvorfor han lagde sig der, men smerterne var meget voldsomme.

Hans familie ringede efter vagtlægen. Han lå stadig på gulvet, da lægen kom. Han husker, at hun kom derind og tog sin taske. Det var en ret lille taske. Hun spurgte ikke om så meget. Han sagde, at han havde ondt omme i ryggen. Hun prøvede med to bløde fingre at trykke det på plads. Hun brugte ikke et stetoskop. Han husker, at han sagde til sin datter, at man kunne høre, at det rallede i lungerne, mens han lå på gulvet. Han sagde, at det lød underligt. Han havde svært ved at få vejret.

Han husker ikke, om han sagde, at han havde svært ved at trække vejret. Han syntes, at lægen var mere fokuseret på hans datter og kone. Indsprøjtningen, som hun gav ham, hjalp ikke. Han rejste sig ikke op, før hun var gået. Han gik ovenpå og lagde sig, efter at hun var gået. Han husker ikke, at hun sagde noget til ham, før hun gik. Hun virkede chokeret over situationen, som om hun ikke kunne tackle det.

Han lå på værelset og lukkede væske ud af lungerne. Når han lå på den ene side kunne han hoste det op. Han vendte sig om efter 5 minutter og så kunne han hoste noget op igen. Sådan fortsatte det.

Han undrede sig over det, men han vidste ikke noget om det. Han havde så ondt, at det var noget af det værste, han har været ude for. De burde måske selv have ringet 112.

Han tror, at det ikke skete, fordi lægevagten kom. De stolede på, hvad hun sagde, og de skulle kontakte egen læge dagen efter. Hans kone ringede og fik en tid hos lægen. Næste morgen var han nødt til at ændre tiden til tidligere på dagen, da han tænkte, at han ikke ville overleve så længe som til eftermiddagen.

Han sagde, at han ikke mente, at han kunne klare den, og så fik han en tidligere tid.

Han kom ind i ventelokalet, hvor han sad og ventede i 20 minutter. Da han kom ind til lægen, tog hun et stetoskop frem, og så sagde hun, at han havde en blodprop i hjertet. Hun må have set, hvordan han alment havde det.

Det var en meget kort konsultation. Han blev sendt ind i et lokale, hvor han fik målt EKG. Han kom så med ambulance til ^{Behandlingssted 2}. Der kom de noget kontrastvæske i ham, så de kunne se blodproppen og så kom de en stent ind. Han husker ikke, om han fik medicin til at opløse blodproppen.

De fandt ud af, at der var en blodansamling i hjertet. Den kunne bevæge sig op og sætte sig i klapperne, så han tror, at de har givet ham blodfortyndende medicin.

Han var derefter indlagt på ^{Behandlingssted 1}. Han tror, at han var der 1-2 uger. Da han blev udskrevet, havde han ingen kræfter til noget som helst. Det var virkelig skidt. Han kunne ikke gå tur med hundene. Han kunne ikke gå 200 meter.

Han har gået til kontrol efterfølgende, hvor de har tjekket hans tal. Hans hjertepumpefunktion er blevet tjekket. Han har fået at vide, at det ikke kunne lade sig gøre at, den kom op på 50%. Han fik den herefter målt på et privathospital, hvor den blev målt til 45 %. Hvis den havde været på 50% ville der ikke være noget galt, men den er på 40%, og så er der noget galt.

På ^{Behandlingssted 2} sagde de, at han skulle klage over det. Det var derfor, at de holdt fast i at klage over lægevagten. C sagde, at hjertefunktionen var endnu

mere nedsat, og at der måske var mere skade, fordi hjertet er forstørret en smule. Det er værre, end den første undersøgelse viste. Det var en langt mere omfattende undersøgelse, C lavede.

C har forklaret, at han er speciallæge i kardiologi på Behandlingssted 3. Han har arbejdet med kardiologi i 30 år, [REDACTED]

Han husker, at han har undersøgt A.
Han kendte ikke A på forhånd. Han ville aldrig udfærdige en speciallægeerklæring på en person, som han kendte på forhånd på grund af risikoen for bias.

Foreholdt sin erklæring, forklarede vidnet, at ekkokardiografi er ultralydsscanning. Man sender lydbølger ind, der reflekteres efter elementets struktur i forhold til den måde, som organet bevæger sig på. Det giver forskellige signaler, der indgår i vurderingen af hjertefunktionen.

Man ser hjertets bevægelsesstruktur og -funktion, herunder om der er fortyndede eller fortykkede områder. Det giver information om kredsløbsforholdene og output for hjertet.

Han har noteret, at der var et fremragende indblik. Det betyder, at han fik indblik til hele hjertet. Det er ikke altid så nemt. I denne sag kunne han se alt. Der er udarbejdet en standard for, hvor stort et hjerte må være i forhold til patientens højde. Man måler hjertets tværmål. Der er lavet standardiserede studier, hvor der arbejdes med, at hjertet ikke må være mere end 30 mm i tværmål i forhold til patientens højde pr. meter. I denne sag måtte hjertet højst være omkring 5,1 cm, og det blev målt til 5,5 cm.

Der er tale om en forstørrelse af tværmålet med ca. 10 %, hvilket har en betydelig indflydelse på rumfanget af hjertet, der dermed var væsentligt forstørret. Han konstaterede, at hjertemusklens normale tykkelse var tabt. Noget af vævet i spidsen og forsiden af hjertet er erstattet med bindevæv. Bindevævet holder sammen på tingene, men det har ingen funktion, og gør ikke

noget godt. Der er sket så kraftig udtynding af hjerteområdets væv, at det er blevet eftergiveligt. Når hjertet pumper, bliver dette område derfor pustet op. Det er derfor vanskeligt at vurdere hjertepumpefunktionen, da noget af det går tabt ved udposningen. Når hjertet taber pumpekraft, begynder det at vokse, hvilket indikerer en dårlig prognose. Hjertervæggen er udtyndet, fordi vævet er gået til grunde. Nedbrydningen af vævet starter med det samme, når man får en blodprop. Al behandling er sigtet på at minimere tiden, fra blodproppen starter, til behandling påbegyndes. Jo længere tid der går, jo dårligere bliver hjertet.

LVEF står for uddrivningsfunktionen i den venstre ventrikel.

Man måler en relation mellem det største og det mindste rumfang, når hjertet er fyldt henholdsvis ikke fyldt med blod. 55-60% er det normale niveau.

Han udførte tre målinger, der viste et gennemsnit på 42%. Det er udtryk for, at uddrivningsfunktionen som minimum er moderat reduceret. Procenten er faldet fra omkring 60 til tæt på 40. Han gjorde sig umage med at kvantitere det, da han havde set, at EF var estimeret i forløbet. Der er væsentlig forskel på en estimeret og en absolut beregning.

Han kunne se, at der tidligere var en vurdering af EF på 50%. For at være sikker valgte han at supplere med en MR-scanning, der viste, at EF var 40%. Han supplerede med en MR-perfusion, hvorved man kan vurdere, om der er andre skader eller nyttilkomne skader. Det var der ikke tegn på.

Hans undersøgelse var fuldstændig forenelig med det, der var sket dengang. Hans opgave var at sikre, at der ikke lå et nyt problem i kranspulsåren, da patienten kom og sagde, at han var forpustet.

Den længdegående strain er en beregning af hjertets elasticitet, hvor man kan se, hvor meget det kan forkorte sig. Det måles i procent. I denne sag kan man konstatere en strain på 12,2 %, som er en væsentlig forringelse i forhold til normalt. Resultatet svarer mere til en EF omkring 35%. Det harmonerer med, hvor skaden er sket. Det kan ikke lade sig gøre at få højere pumpefunktion efter en sådan skade i forreste væg og spidsen.

Den globale strain er en stærkere predictor for den generelle diagnose, end EF ved vurderingen af patientens risiko for kroniske rytmeproblemer og blodpropper. Arvævet indikerer i sig selv, at der er større risiko for blodpropper.

Angående tab af muskelmasse og tab af hjertefunktion med to tredjedele, forklarede vidnet, at hjerteslag er positive, når man har muskelmasse. Når der ses tegn på udbredt skade, er der negative takker i stedet for positive takker. Der er tale om en almindelig standardvurdering af, hvordan hjertet er påvirket. Det sker, når man har haft en blodprop.

Jo længere tid der går, fra man får en blodprop, til man kommer under behandling, jo større er risikoen for, at hjertemusklen går til grunde.

Man taber muskelmasse, når man får en blodprop. Det giver en ændring af spændingen i hjertevæggen. Hjertet forsøger at kompensere for det ved at muskulaturen i et ikke-skadet område bliver tykkere samtidig med, at hjertet vokser.

I princippet vil det herefter fremtræde som normal muskelmasse, men det siger ikke noget om funktionen. Der er alene tale om arvæv, der er opstået som compensation. Ved MR scanning kan man udmåle hjertets muskelmasse. Han husker ikke, om han beregnede denne, men det er i princippet ligegyldigt, da der har været tab af muskelmasse, hvor blodproppen har siddet, og der er arvæv.

Hjertefunktionen er målt i 2018. Da han så papirerne, kunne ikke forstå, at A skulle have haft en funktion på 50%. Det ville ikke være fysisk muligt. Det har ikke haft betydning, at der er gået nogle år efter blodproppen, at det er målt til 40 %.

NYHA-II er en klassifikation af hjertesvigt i forhold til, hvornår symptomerne viser sig. Klasse II betyder, at man har påvirkninger i sin dagligdag. Indeks i denne sag ligger under medianstandard for aldersgruppen.

De differentialdiagnostiske muligheder var tegn på blodprop i hjerte eller lunger eller en bristet legemspulsåre. Der er tale om virkelige faresymptomer.

Patienten har fået symptomer om aftenen og først modtaget relevant behandling næste dag. Først senere er der suget størket blod mv. Patienten har været heldig, da en blodprop i hjertets forreste væg normalt er dødelig. Det stemmer overens med, at han var rigtigt dårlig og i høj risiko.

Hvis en legemspulsåre var bristet, ville det have været meget farligt. Når blodforsyningen stopper til en del af hjertet, begynder vævet at gå til grunde inden for 20 minutter. Derfor er det vigtigt med hurtig behandling. Når der gives blodfortyndende medicin, sikrer man, at der kommer blod igennem, så man kan foretage håndteringen af selve karproblemet. Jo længere tid der går, hvor man taber hjertevæv, jo dårligere bliver funktionen.

En dårlig prognose betyder, at hvis blodproppen havde været fjernet umiddelbart, ville der ikke nødvendigvis have været større risiko. Jo større blodprop, jo værre, men det er ikke så meget selve proppen, som hvad konsekvensen er for hjertets struktur og arvæv. Han mener, at den initiale behandling var under standard.

Han er ikke enig med Retslægerådet i deres konklusioner, da rådet ikke har været i stand til at vurdere, i hvilket omfang hjertets funktion har været forringet. Han er forbavset over, at det fastholdes, at der ikke er en væsentlig mennggrad, hvilket vidner om lav faglighed. En af lægerne er reumatolog og den anden alment praktiserende læge. Han er forundret over udtalelsen vedrørende vagtlægen, da han mener, at kvaliteten af den behandling, der blev ydet, var til dumpekarakter og under almindelig faglig standard.

Vagtlægen havde ikke andre muligheder, end at tage ud til patienten. Vagtlægen skulle have vurderet, at der var tale om en akut syg patient, og i stedet blev han behandlet efter laveste fællesnævner. Man har herved berøvet patienten muligheden for at slippe fra det uden men.

Det akutte fald i pumpefunktion kunne have været forhindret, da det er en følge af, at det havde stået på måske et helt døgn, før han kom under behandling. Det er en uforståelig konklusion. Alle ved, at det handler om hurtig behandling for at sikre, at man ikke mister muskelvæv og ikke får dårligere funktion efterfølgende. Det er noget vrøvl, at det ikke kunne have været undgået. Han er ikke enig i, at EF kan have været 50%. Det var ikke muligt, når proppen sad i hjertespiden, der ligger ud mod brystkassen.

Parternes synspunkter

A har i sit påstandsdokument anført følgende:

" ...

ANBRINGENDER:

Til støtte for den principale påstand gøres det gældende, at sagsøger er blevet påført en skade omfattet af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, idet sagsøger ved henvendelse og besøg af vagtlæge den 22. maj 2011 ikke blev behandlet i overensstemmelse med erfaren specialiststandard.

Det gøres gældende, at sagsøger på tidspunktet for vagtlægens besøg var liggende på gulvet og var meget forpint med voldsomme smerter.

Sagsøgers smerter var centreret omkring ryggen mellem skulderbladene, og da sagsøger tidligere havde haft rygproblemer, centrerede vagtlægens undersøgelse af sagsøger sig udelukkende om ryggen.

Der var her tale om en alt for snæver og begrænset undersøgelse fra vagtlægens side i og med, at hun alene foretog en overfladisk undersøgelse af selve ryggen samt gav sagsøger smertestillende medicin.

Det gøres således gældende, at vagtlægen skulle have foretaget en bredere undersøgelse af sagsøger, idet hun med stor sandsynlighed herved havde kunnet konstatere, at sagsøger havde en blodprop i hjertet.

Det gøres gældende, at det i relation hertil er helt afgørende, at sagsøger ved vagtlægens besøg var alment dårlig, idet hans kropstemperatur var meget lav, og han havde en unormal kropsfarve.

Således var han særligt grå i hovedet og blå om læberne.

Endvidere havde han vejrtrækningsproblemer og var stærkt forpint.

Alle disse symptomer tilsiger en langt grundigere undersøgelse end, hvad vagtlægen foretog.

Til støtte herfor gøres det yderligere gældende, at det netop fremgår af lægeudtalelse af 1. maj 2014, bilag 14, udarbejdet af speciallæge i almen medicin, D , at det er væsentligt for sagen, om patienten på tidspunktet for vagtlægens besøg var bleg, klamtsvedende, havde blålig misfarvning omkring læberne, var dyspnøisk samt alment dårlig.

Det afgørende er således, at sagsøger på tidspunktet for vagtlægens besøg ikke kun havde symptomer fra ryggen, men en lang række andre symptomer.

Vagtlægen tilskrev dette rygsmerterne og behandlede med smertestillende medicin.

Såfremt tilstanden alene havde været forårsaget af rygsmerterne, burde min klients tilstand have bedret sig efter at have fået smertestillende medicin. Dette var dog ikke tilfældet, og vagtlægen efterlod således sagsøger i en situation, hvor han var ekstremt dårlig og ikke havde responderet på den iværksatte behandling.

Ydermere gøres det gældende, at det fremgår af lægevurdering af 5. november 2014 udarbejdet af speciallægekonsulent i almen medicin, E , at det er hans opfattelse, at sagsøger skulle have været indlagt allerede ved vagtlægebesøget.

Det fremgår endvidere, at det er lægens vurdering, at pludseligt opståede smerter mellem skulderbladene hos forpint patient bør vække mistanke om blodprop, også hos en kendt rygpatient.

Faktisk går speciallægekonsulenten så langt, at han mener, at man allerede ved den telefoniske kontakt til vagtlægen burde have mistænkt en blodprop og således ikke iværksat hjemmebesøg på grund af vanskeligheder med at diagnosticere blodpropper ved hjemmebesøg.

Speciallægekonsulenten konkluderer således, at forløbet er blevet forsinket ca. 24 timer og ikke har levet op til erfaren specialiststandard.

Det afgørende i denne sag er netop, hvad vagtlægen burde have gjort i forbindelse med undersøgelsen den 22. maj 2011.

Derfor er vurderingen af vagtlægens arbejde, herunder hvad hun burde have gjort, naturligvis bedst foretaget af en læge med speciale i almen medicin, idet det netop er det specialeområde, som vagtlægens arbejde/undersøgelse hører under.

Det gøres gældende, at sagsøger, som følge af at vagtlægen overså blodproppen i hjertet, er blevet påført alvorlige følger, og at sagsøger først kom under den rette behandling ca. 1 døgn senere, da blodproppen blev konstateret af egen læge.

Der er således tale om en forsinket diagnosticering af blodproppen i hjertet på næsten 24 timer.

Den manglende konstatering af blodproppen, som utvivlsomt allerede var til stede på tidspunktet for vagtlægebesøget, har medført, at der i mere end 1 døgn ikke var tilstrækkelig blodforsyning, og at hjertet havde nedsat pumpefunktion.

Sagsøgers hjertefunktion er i dag betydeligt nedsat, jf. speciallægeerklæringen (bilag 24).

På baggrund heraf gøres det gældende, at der utvivlsomt er blevet begået fejl af vagtlægen, som har medført betydelige helbredsmæssige konsekvenser for sagsøger.

På baggrund heraf gøres det gældende, at der foreligger det fornødne sikre grundlag for at tilsidesætte sagsøgtes afgørelse.

Retslægerådet:

Retslægerådet har besvaret spørgsmål i sagen ad 2 omgange. den første besvarelse fra Retslægerådet forelå den 5. oktober 2016.

Ved besvarelsen af spørgsmål 1 har Retslægerådet konkluderet, at vagtlægens undersøgelse den 22. maj 2011 var insufficient.

Ved besvarelsen af spørgsmål 2 har Retslægerådet oplyst, at sagsøgers symptomer i forbindelse med vagtlægebesøget den 22. maj 2011 ikke var typiske for facitledningssyndrom, som var det vagtlægen gik ud fra, der var tale om.

Ved spørgsmål 3 har Retslægerådet besvaret, at de symptomer sagsøger udviste ved vagtlægebesøget burde have ført til yderligere undersøgelser.

Ved spørgsmål 4 har Retslægerådet besvaret, at der er tale om et lægefagligt fejlskøn fra vagtlægens side, idet hun tolkede sagsøgers symptomer som et facitledningssyndrom uden at foretage yderligere undersøgelser.

På baggrund af disse besvarelser må det konstateres, at der er tale om en fejl begået af den pågældende vagtlæge i forbindelse med besøget hos sagsøger den 22. maj 2011.

Af besvarelsen af spørgsmål 7 fremgår det, at den rette diagnose (blodprop i hjertet) har været forsinket i ca. 24 timer, hvilket har medført en ikke ubetydelig risiko for alvorlige hjerterytmeforstyrrelser, der potentielt kunne være fatale (livsfarlige).

Det fremgår endvidere, at Retslægerådets finder, at der alene er tale om en meget beskeden hjertepumpenedsættelse.

Speciallægeerklæring:

Der er indhentet en speciallægeerklæring af 4. december 2018, bilag 24, af professor, overlæge, dr. med. C , specialist i hjertesygdomme (kardiologi).

Følgende fremgår heraf:

1:

"I forhold til optimal behandling af patienter med blodprop i hjertet er tidlig diagnostik og dermed tidligt indsættende optimal behandling med revaskularisering (etablering af gennemblødning i kranspulsårerne) af afgørende betydning for at redde hjertevæv og dermed påvirke hjertepumpefunktionen og patientprognose optimalt"

2:

"Ud fra beskrivelsen i visitationsnotatet burde denne patient umiddelbart have været visiteret til ambulancekørsel 1 og den besøgende vagtlæge har ikke forholdt sig relevant til en akut syg yngre disponeret patient med relevante symptomer på potentiel hjertekarsygdoms debut."

3:

"Samlet vurderes det, at behandlingen via vagtlægeinstitutionen har været væsentligt under almindelig accepteret faglig standard."

4:

"Konsekvensen af ovenstående er således, at denne patient har pådraget sig en betydende og blivende skade på det venstre hjertekammer og grundet skadens lokalisation samt udviklet aneurisme i det venstre hjertekammer med begyndende udvidelse af hjertekammeret globalt en øget risiko for på sigt at udvikle manifest hjertesvigt med en samlet dårlig prognose."

Retslægerådets supplerende besvarelse:

Retslægerådet har herved angivet ved besvarelsen af spørgsmål 16, at MR-scanning af hjertet har vist normal muskelmasse, hvilket er direkte i modstrid med speciallægeerklæringen, bilag 24.

I øvrigt har speciallægeerklæringen ikke givet Retslægerådet anledning til at ændre på sine tidligere besvarelser.

Sammenfattende gøres det i forhold til Retslægerådet gældende, at Retslægerådets besvarelse er i direkte modstrid med den indhentede speciallægeerklæring, bilag 24,

at speciallægeerklæringen er udført af professor, overlæge, dr. med. C med speciale i hjertesygdomme (kardiologi)

at speciallægen har foretaget en grundig undersøgelse af sagsøger

at der ikke forekommer nogen nærmere begrundelse for Retslægerådets uenighed med C ,

at der i lyset af ovenstående ikke kan lægges vægt på Retslægerådets vurdering af følgerne af den forsinkede diagnosticering af sagsøgers blodprop i hjertet.

Den subsidiære påstand:

Vedrørende den subsidiære påstand gør sagsøger gældende, at såfremt Retten måtte finde, at sagsøger er blevet påført en patientskade omfattet af Lov om Klage- og erstatningsadgang inden for Sundhedsvæsenet, bør sagen hjemvises til sagsøgte med henblik på udmåling af erstatning/godtgørelse.

..."

Ankenævnet for Patienterstatningen har i sit påstandsdokument anført følgende:

"...

A har ikke tilvejebragt det fornødne grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse af 27. februar 2015 (bilag 16) som uddybet ved afgørelse af 28. november 2016 (bilag A), hvorved ankenævnet fandt, at A ikke var påført en patientskade omfattet af klage- og erstatningslovens (KEL) § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1.

Ankenævnet er et, ved lov oprettet, kollegialt organ, hvor der blandt andet medvirker to sagkyndige medlemmer inden for lægevidenskaben. Det kræver derfor et sikkert grundlag at tilsidesætte ankenævnets afgørelser.

Det er A, der bærer bevisbyrden for, at et sådant sikkert grundlag er til stede.

Denne bevisbyrde har A ikke løftet.

A har med andre ord ikke ført bevis for, at hans nuværende gener i form af moderat nedsat hjertepumpefunktion med overvejende sandsynlighed skyldes en forsinket diagnosticering af hans grundlidelse i form af blodprop i hjertet, og ikke følger af selve grundlidelsen.

Ankenævnet foretager en selvstændig vurdering af sagens lægefaglige forhold. Dette sker som nævnt under medvirken af sagkyndige medlemmer inden for lægevidenskaben, og ankenævnet er således ikke bundet af andre lægers udtalelser og vurderinger.

Selv hvis retten måtte komme frem til, at vagtlægens behandling den 22. maj 2011 ikke var i overensstemmelse med den erfarne specialiststandard, berettiger dette ikke i sig selv A til erstatning.

A er ikke påført en skade i klage- og erstatningslovens forstand

A er ikke blevet påført en patientskade i klage- og erstatningslovens forstand, da en tidligere diagnosticering af A blodprop i hjertet ikke med overvejende sandsynlighed ville have medført et bedre behandlingsresultat.

Denne vurdering støttes af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 7, hvor rådet udtaler, at der var en meget beskedne reduktion af hjertepumpefunktionen ved afslutningen af behandlingen, og at det er *spekulativt*,

hvorvidt det akutte fald kunne have været undgået ved rettidig diagnose og behandling.

Rådet tilkendegiver desuden i besvarelsen af spørgsmål 13 og 14, at det er *spekulativt*, om diagnoseforsinkelsen har haft betydning for den i 2018 (7 år senere) konstaterede moderate nedsatte hjertepumpefunktion (40%).

Hertil har Retslægerådet ved besvarelsen af spørgsmål 16 anført, at skanningen af hjertet viser normal hjertemuskelmasse.

Retslægerådets udtalelser understøtter således rigtigheden af ankenævnets afgørelse om, at A gener med overvejende sandsynlighed skyldes hans grundlidelse i form af blodprop i hjertet, og ikke behandlingen, jf. Retslægerådets svar på spørgsmål 7, 13, 14 og 16.

I det omfang der ikke er overensstemmelse mellem vurderinger fra andre læger og Retslægerådet, følger det af fast højesteretspraksis, at Retslægerådets vurdering skal lægges til grund, jf. for eksempel U2011.1985H.

Retslægerådet var i besiddelse af dr. med. C speciallægeerklæring (bilag 24) ved den anden forelæggelse, der førte til besvarelsen af 26. februar 2020. Retslægerådet har således udtalt sig på baggrund af de samlede akter, og med afsæt i spørgsmål 13-20, forholdt sig konkret til speciallægeerklæringen.

Desuagtet fandt Retslægerådet ikke anledning til en ændret besvarelse i forhold til Retslægerådets besvarelse af 5. oktober 2016, jf. herved spørgsmål 12-20.

Eksempelvis blev Retslægerådet i spørgsmål 12 spurgt om, hvorvidt speciallægeerklæringen af 4. december 2018 (bilag 24) gav anledning til en ændret besvarelse af spørgsmål 7, hvilket Retslægerådet afkræftede.

Retslægerådet tilkendegav også i besvarelsen af spørgsmål 13, at det forhold, at der i 2018 konstateres en LVEF på 40 % ved en speciallægeundersøgelse, hvor undersøgelsen tidligere har vist LVEF 50 %, heller ikke giver anledning til ændret besvarelse af spørgsmål 7.

Specialistreglen i klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1

A har ikke løftet bevisbyrden for, at der er grundlag for at antage, at en erfaren specialist under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes, end man gjorde ved vagtlægens behandling af A den 22. maj 2011.

Det er således ikke godtgjort, at der var indikation for en mere omfattende undersøgelse af A hjerte og lunger under vagtlægens behandling den 22. maj 2011, hvorved A moderate nedsatte hjertepumpefunktion ville være undgået.

Det fremgår af vagtlægens notat (bilag 2), at A havde haft rygsmærter i en periode forud for behandlingen den 22. maj 2011, og at han ved henvendelsen til vagtlægen den 22. maj 2011 kl. 11.01 oplyste, at han havde fået pludseligt opståede voldsomme smerter i ryggen og tidligere havde haft diskusprolaps.

Ankenævnet har derfor med rette lagt vægt på, at det som følge heraf ikke var kritisabelt, at vagtlægen skønnede, at der ikke var behov for indlæggelse, men foranstaltede et hjemmebesøg.

Det fremgår endvidere af vagtlægens konsultationsnotat af 22. maj 2011 kl. 11.52, at A, efter indsprøjtning af smertestillende medicin (75 mg pethidin), rejste sig op fra gulvet, hvorefter vagtlægen forsøgte manipulation af ryggen uden held. Vagtlægens notat (bilag 2) beskriver A som "forpint", og lægen har foretaget en undersøgelse af overkroppen for at kunne karakterisere ømheden nærmere.

Vagtlægen har efterfølgende uddybet, at A også var bleg, og havde vejrtrækningsproblemer (bilag 22).

Der foreligger ikke dokumentation for, at A ved behandlingen den 22. maj 2011 fremstod anderledes og i meget dårligere forfatning end anført i notaterne (bilag 2 og 22).

Retslægerådet har ved besvarelsen af spørgsmål C og E anført, at symptomer på facetledssyndrom i brystryggen er akut smerte og kraftige muskelspændinger imellem skulderbladene, forværret ved bevægelse og ofte også ved vejrtrækning, hvorimod typiske symptomer på blodprop i hjertet er stærke smerter bag brystbenet med udstråling til venstre arm, købe, tænder, hals, åndenød, svedtendens og svimmelhed, og hvor udstråling til ryg kan forekomme, ligesom patienter med blodprop i hjertet også kan være mere symptomfattige.

Endvidere har Retslægerådet ved besvarelsen af spørgsmål 2 anført, at symptomer i form af bleghed og vejrtrækningsbesvær er mindre almindelige ved facetledssyndrom, men kan forekomme.

I forhold til vurderingen af vagtlægens behandling af A har Retslægerådet ved besvarelse af spørgsmål 1-3 anført, at vagtlægens behandling var sufficient, men at oplysningerne om vejrtrækningsproblemer burde have medført stetoskopi af hjerte og lunger.

Det bemærkes, at undersøgelse med stetoskop ikke er tilstrækkelig til at diagnosticere en blodprop i hjertet (bilag 14), og sagsøgers egen læge traf beslutning om indlæggelse på grundlag af en EKG (bilag 1).

I overensstemmelse hermed har Retslægerådet ved besvarelsen af spørgsmål 4 anført, at symptomerne som beskrevet i lægevagtens notater (bilag 2 og 22) ikke er typiske for en blodprop i hjertet, men sygdommen kan vise sig ved disse symptomer, og der var tale om en kronisk rygpatient og objektive fund, der tydede på facetledssyndrom.

Videre anfører Retslægerådet i svaret på spørgsmål 4 (og 9 og 10), at lægens handlemåde må betegnes som et fejlskøn, det vil sige, at lægen *ud fra de foreliggende præmisser kunne drage flere konklusioner, og hvor det først er det senere forløb som viser, at den trufne beslutning ikke var den optimale.*

Hvad der forstås ved et fejlskøn, er endvidere beskrevet i afsnit 6 om Retslægerådets ordvalg i betænkning nr. 1196 om Retslægerådet, side 137-138, hvoraf fremgår:

"Et lægeligt fejlskøn" foreligger, når lægen ud fra de foreliggende præmisser og en adækvat undersøgelse har mulighed for at drage mere end én konklusion med deraf følgende mulighed for mere end én lægelig behandling, og hvor først forløbet senere viser, at den af lægen truffe beslutning ikke var den optimale i det konkrete tilfælde. I sådanne tilfælde har lægen ikke begået en faglig fejl, men hans handling har på den ene eller anden måde haft uheldig indflydelse på patientbehandlings endelige resultat."

Et fejlskøn er således ikke ensbetydende med, at der er begået fejl i forbindelse med behandlingen.

Tværtimod forudsættes det, at der er foretaget en adækvat undersøgelse, men at det først ud fra en senere erhvervet viden må fastslås, at man drog en konklusion, som ikke var den optimale i det konkrete tilfælde.

A udlægning af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 4 bestrides således i sin helhed.

Retslægerådets udtalelser understøtter derimod, som redegjort nærmere for ovenfor, rigtigheden af ankenævnets afgørelse om, at A gener med overvejende sandsynlighed skyldes hans grundlidelse i form af blodprop i hjertet, og ikke behandlingen, jf. Retslægerådets svar på spørgsmål 7, 13 og 14.

Efter klage- og erstatningslovens § 24, stk. 2, er det en betingelse for tilkendelse af erstatning og godtgørelse, at det samlede erstatningsbeløb som følge af patientskaden overstiger 10.000 kr.

Selv hvis retten finder, at Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1 skal forstås sådan, at A behandling den 22. maj 2011 var i strid med, hvorledes en erfaren specialist ville have handlet, og at dette har medført en skade i form af reduktion af hjertepumpefunktionen, medfører dette som uddybet i ankenævnets afgørelse af 28. november 2016 (bilag A) ikke, at der er tale om en skade af et omfang, der opfylder betingelsen om, at det samlede krav på godtgørelse og erstatning vil overstige 10.000 kr., jf. også Retslægerådets svar på spørgsmål 7.

..."

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

Rettens begrundelse og resultat

Retten lægger efter speciallæge C forklaring til grund, at A som følge af forsinket behandling for en blodprop i hjertet, har været udsat for større skade og mere forringet hjertefunktion, end hvis han af vagtlægen straks var blevet sendt til behandling og ikke først dagen efter i forbindelse

med konsultation hos egen læge. I følge speciallægens redegørelse for undersøgelsen af A hjertefunktion er den skade, der er dermed opstået på hjertets muskelmasse og pumpefunktion, væsentligst sket i tidsrummet forud for behandlingen af blodproppen. Retten lægger efter forklaringen videre til grund, at A med denne skade, hvor muskelmasse er erstattet med arvæv, ikke kan have haft en LVEF på 50% på noget tidspunkt i forløbet. Retten finder det på denne baggrund godtgjort, at vagtlægens forkerte tolkning af A symptomer har betydet, at A hjertefunktion er mere forringet, end den ville have været, hvis A havde fået relevant behandling, og at denne forskel ikke har været uvæsentlig.

Ved vurderingen af om A har krav på erstatning efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, er det afgørende, som beskrevet i den indbragte afgørelse fra Ankenævnet for Patienterstatning, om den vagtlæge, der tilså A den 22. maj 2011 ikke handlede i overensstemmelse med erfaren specialiststandard, jf. lovens § 20, stk. 1, nr. 1.

Det er heller ikke for retten godtgjort, at A havde andre symptomer ved vagtlægebesøget, end beskrevet af vagtlægen i notat af 22. maj 2011. Det kan således ikke lægges til grund, at vagtlægen har overset symptomer, som hun burde have relateret til en blodprop. Det lægges efter Retslægerådets besvarelse endvidere til grund, at en hjerte-lunge stetoskopi ikke ville have afsløret, at A havde en blodprop i hjertet.

Herefter og af de grunde, der er anført af Patienterstatningen og Ankenævnet for Patienterstatningen, frifindes Ankenævnet for Patienterstatningen for A påstand.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 60.000 kr. med tillæg af moms, i alt 75.000 kr.

Ankenævnet for Patientforsikringen er ikke momsregistreret.

THI KENDES FOR RET:

Ankenævnet for Patienterstatningen frifindes.

A skal til Ankenævnet for Patienterstatningen betale sagsomkostninger med 75.000 kr.

Beløbet skal betales inden 14 dage.

Sagsomkostningerne forrentes efter rentelovens § 8 a.



Vejledning

Retten har afsagt dom i sagen.

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

Ikke alle afgørelser kan ankes eller kæres

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

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

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

Frister for at anke og kære

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

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

Sådan gør du, hvis du vil anke eller kære

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

Hvis du ønsker at søge tilladelse til anke eller kære hos Procesbevillingsnævnet, skal du indlevere din ansøgning til Procesbevillingsnævnet. Du kan ikke indle-

vere ansøgningen på minretssag.dk. Du kan få mere vejledning om, hvordan du søger tilladelse hos Procesbevillingsnævnet på domstol.dk.

Du kan få mere vejledning blandt andet om retsafgift på domstol.dk.

Publiceret til portalen d. 03-03-2021 kl. 10:01

Modtagere: Advokat (L) Annette Bendixen, Retslægeråd Civilstyrelsen,
Sagsøger A , Sagsøgte Ankenævnet for Patienterstatningen ,
Advokat Tanja Brunstedt Tidemand Gantzhorn