



RETTEEN I HOLBÆK DOM

afsagt den 14. februar 2023

Sag BS-47210/2019-HBK

A
(advokat Bjarne Skøtt Jensen)

mod

Ankenævnet for Patienterstatningen
(advokat Ninna Thalund)

Denne afgørelse er truffet af dommer Peter Rostgaard Ahleson.

Sagens baggrund og parternes påstande

Retten har modtaget sagen den 21. oktober 2019.

Sagen vedrører prøvelse af Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse af 28. maj 2019, hvorved det blev bestemt, at A ved en behandling på Behandlingssted 1 i december 2016 ikke blev påført en skade i den forstand, der omhandles i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

A har nedlagt følgende påstand:

"Sagsøgte dømmes til at anerkende, at A's skade i form af forlænget sygeperiode og varigt mén, som følge af forsinket diagnosticering, er omfattet af KEL § 21, stk. 1, jfr. KEL § 20, stk. 1 nr. 1, således at A er berettiget til erstatning, jfr. KEL § 24, stk. 2."

Ankenævnet for Patienterstatningen har nedlagt påstand om frifindelse, subsidiært hjemvisning.

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

Oplysningerne i sagen

A er meddelt fri proces.

Som nævnt indledningsvist angår denne sag prøvelse af Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse af 28. maj 2019. Ved afgørelsen blev det bestemt, at A ved behandling på Behandlingssted 1 den 21. december 2016 og frem ikke blev påført en skade i den forstand, der omhandles i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Af ankenævnets afgørelse fremgår bl.a. følgende:

”

AFGØRELSE

Ankenævnet for Patienterstatningen er ikke enig i Patienterstatningens afgørelse af 30. november 2017, som derfor ændres.

A er ikke påført en skade ved behandlingen på Behandlingssted 1 den 21. december 2016 og frem og har derfor ikke ret til erstatning.

Patienterstatningens afgørelse af 18. maj 2018 ophæves.

...

Sagsfremstilling

Ankenævnet henviser til den sagsfremstilling, der fremgår af Patienterstatningens afgørelse af 30. november 2017.

...

Begrundelse for afgørelsen

I denne sag har hverken A eller Region 1 klaget over Patienterstatningens afgørelse af 30. november 2017.

Ankenævnet har kun modtaget en klage over fastsættelsen af erstatningen for den anerkendte behandlingsskade.

Selvom der ikke er klaget over en tidligere delagørelse, hvor Patienterstatningen har anerkendt en behandlingsskade, kan ankenævnet efter retspraksis ændre denne afgørelse til skade for patienten.

Ankenævnet for Patienterstatningen behandlede A's sag på et møde den 30. april 2019 og sendte derefter et udkast til afgørelse.

Ankenævnet har ikke modtaget bemærkninger fra sagens parter til udkastet til afgørelse. Ankenævnet har herefter truffet endelig afgørelse.

Vurdering af ansvarsgrundlaget

Ankenævnet vurderer, at A ikke har ret til erstatning, jf. § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, i klage- og erstatningsloven.

A er ikke påført en skade ved behandlingen på Behandlingssted 1 den 21. december 2016 og frem.

Ankenævnet bemærker følgende til afgørelsen:

Der kan ydes erstatning efter klage- og erstatningsloven, hvis patienten er påført en skade ved behandling eller undersøgelse eller undladelse heraf. Der kan ikke ydes erstatning for en skade, der skyldes den sygdom, patienten blev behandlet for, eller andre forhold, der ikke har noget med behandlingen at gøre. Det følger af § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, i klage- og erstatningsloven.

A blev den 21. december 2016 indlagt på Behandlingssted 1 på grund af mistanke om en blodprop i højre arm og efter forudgående smerter i højre armhule af et kvarters varighed samt nedsat kraft og snurren i højre hånd. Da en CT-scanning af hjernen viste normale forhold, blev han udskrevet.

Den 23. december 2016 blev A genindlagt på grund af kraftnedsættelse i hele højre arm og utydelig tale. Da en CT-scanning af hjernen viste følger efter blodprop i venstre side af hjernen (venstre grænsezone mediagebet) og forsnævring/tillukning af halspulsåren på samme side (carotis stenose), blev A opstartet i behandling med heparin i lav dosis. Journalnotat af 23. december 2016 beskriver, at disse følger ligeledes var synlige på CT-scanningen foretaget den 21. december 2016.

Ankenævnet vurderer, at behandlingen på Behandlingssted 1 ikke blev udført sådan, som en erfaren specialist på det pågældende område ville have handlet under de i øvrigt givne forhold.

Ved vurderingen har ankenævnet lagt vægt på, at den erfarne specialist med overvejende sandsynlighed ville have konstateret blodproppen i hjernen, herunder forsnævringen/tillukningen af halspulsåren, allerede den 21. december 2016 på baggrund af CT-scanningen. Da blodproppen i hjernen med overvejende sandsynlighed må tilskrives svær åreforkalkning, ville den erfarne specialist have behandlet A med magnyl loadning 300 mg som éngangsdosis.

Efter klage- og erstatningsloven er det en betingelse for at få erstatning, at den erfarne specialist ville have handlet anderledes, og at skaden herved med overvejende sandsynlighed ville være undgået. Kravet om overvejende sandsynlighed betyder, at det skal være mere end 50 procent sandsynligt, at skaden kunne være undgået.

Ankenævnet vurderer, at A's blodpropslignende forandringer den 23. december 2016 ikke med overvejende sandsynlighed ville være undgået, selv om han den 21. december 2016 var blevet behandlet med magnyl.

I øvrigt bemærker ankenævnet, at skaden ikke med overvejende sandsynlighed ville være undgået ved behandling med heparin. A havde mangel på protein S, hvilket medfører en øget risiko for blodpropper i venesystemet, sådan som han også havde haft flere af. Behandling med heparin reducerer risikoen for at få blodpropper i venesystemet, men det reducerer ikke risikoen for at få blodpropper i hjernen på grund af åreforkalkning i halspulsåren.

På denne baggrund vurderer ankenævnet, at A ikke med overvejende sandsynlighed er påført en skade ved behandlingen, men at hans sygdomsforløb og nuværende gener med overvejende sandsynlighed må tilskrives følger af hans grundsygdom i form af tillukning af halspulsåren (carotis stenose).

Klage- og erstatningslovens betingelser for at yde erstatning er dermed ikke opfyldt, jf. § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1

Ankenævnet ændrer derfor Patienterstatningens afgørelse af 30. november 2017, sådan at A ikke er påført en skade, der giver ret til erstatning.

Som konsekvens heraf ophæver ankenævnet Patienterstatningens afgørelse af 18. maj 2018.

..."

Af Patienterstatningens afgørelse af 30. november 2017 fremgår bl.a. følgende:

"

Afgørelse

A's skade i form af forlænget sygeperiode og eventuelt varigt mén som følge af forsinket diagnosticering er omfattet af loven. A er berettiget til erstatning, hvis det samlede erstatningsbeløb overstiger 10.000 kr., jf. KEL § 24, stk. 2.

Vi har anerkendt sagen efter KEL § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1.

...

Sagsfremstilling

A har søgt erstatning, fordi han mener, at man på Behandlingssted 1 overså, at han havde en blodprop, og at han nu har gener i højre ben og arm samt tale- og hukommelsesbesvær som følge af den forsinkede behandling.

Nedenfor er en beskrivelse af behandlingsforløbet. Det er ikke meningen at give en fuldstændig gennemgang af alt, der er sket i sagen. Vi beskriver kun de dele af behandlingsforløbet, som er af betydning, når vi skal vurdere, om der er grundlag for at tilkende erstatning eller KEL.

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

A havde forhøjet blodtryk og havde i 1993-1995 haft 8 tilfælde af lungeembolier. I 2008 var han opereret saddelemboli, og der var konstateret protein S mangel. Han havde derudover kronisk nyreinsufficiens og bukseproteste efter DVT i lysken og var i behandling med Marevan.

A blev den 21. december 2016 indlagt på Akutmodtagelsen på Behandlingssted 1 via egen læge på mistanke om en blodprop i højre arm. Han havde 5 dage forinden fået smerter i højre armhule, men dette var gået væk efter ca. et kvarter. Dagen efter havde han nedsat kraft og summende fornemmelse i alle fingre på højre hånd, hvilket havde været tiltagende.

Man fandt ved undersøgelse lidt ømhed i højre armhule og i skudermuskulaturen samt nedsat kraft i fingrene på højre side. Man mente, at en nerve (nervus medianus) sad i klemme, men bestilte alligevel en CT-skanning af hjernen. Det blev anført, at A tidligere var opereret for karpaltunnelsyndrom i højre arm, og at han derefter havde fået atrofi i tommelmuskulaturen med nedsat kraft til følge. Der var fin blodforsyning til armen, som ikke var blegere eller koldere, end den plejede. Desuden havde INR være i niveau, da han fik målt den i Land 1, hvor han boede. Blodprøvesvar viste, at INR var 1,1. Da CT-skanning ikke viste nyttilkomne forandringer, blev A udskrevet.

Den 23. december 2016 blev A indlagt på Behandlingssted 2 med kraftnedsættelse i højre arm og snøvlende tale, hvilket var kommet dagen før ledsaget af nakkesmerter. En CT-skanning viste komplet stenose af halskar, ligesom man på CT-skanningen fra Behandlingssted 1 den 21. december 2016 kunne se et infarkt i venstre side. Videre var INR på 1,1 og således langt under intenderet niveau. Efter karkirurgisk vurdering var der ikke operationsindikation ved komplet stenose af halskar, og A blev overflyttet til Neurologisk Afd. til fortsat observation og genoptræning.

Den 27. december 2016 var der øget kraft i højre arm. A havde talebesvær, når han var træt, men der var ingen nyttilkomne symptomer. Den 30. december 2016 blev det aftalt, at A kunne gå på orlov, og den 9. januar 2017 blev han udskrevet uden aftale om ambulant kontrol og genoptræning, da han boede i Land 1.

A var i Danmark i sommeren 2017 og fik målt INR hos egen læge. Det fremgår af journalen, at A var kommet sig godt, men manglede lidt styrke i højre hånd.

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 ved afgørelsen lagt vægt på, at A havde symptomer i form af paræstesier i højre hånd, da han henvendte sig på Behandlingssted 1 den 21. december 2016. Videre var hans INR på 1,1 og således langt under terapeutisk niveau, og dette sammenholdt med, at man den 23. december 2016 på Behandlingssted 2 beskrev, at der var et infarkt i venstre hemisfære, som var uforandret fra 21. december 2017, fører efter vores vurdering til, at man burde have erkendt infarkt allerede den 21. december 2016.

Såfremt man havde erkendt og behandlet infarkt med Innohep, ville man med overvejende sandsynlighed have kunnet undgå yderligere progression og derved et forlænget sygeforløb og eventuelt et varigt mén.

Vi har fastsat skadedatoen til, 21-12-2016, hvor A havde symptomer, og man skulle have stiftet diagnosen.

..."

Til brug for Patienterstatningens afgørelse var indhentet lægelig vurdering udarbejdet af lægekonsulent Læge 1. I Læge 1's udtalelse af 29. november 2017 hedder det bl.a.:

"...

Enig i sagsfremstilling?:

Ja

Vurdering:

Pt henvender sig 21/12 - 2016 på Behandlingssted 1 med paræstesier i højre hånd. Tidl op for karpaltunnelsyndrom. Er kendt med Protein-C mangel og i livslang marevan behandling. Man foretager korrekt CT af cerebrum som tolkes af radiolog som værende uden infarkt. Man tager en INR og overser åbenbart at den er langt under terapeutisk niveau 1,1, hvorfor man skulle have behandlet med heparin tit INR var i niveau igen.

D 23/12 henvender han sig igen til Behandlingssted 2 pga lammelse i højre side. Man finder nu infarkt i venstre hemisfære og beskriver, at det er uforandret fra 21/12. Man finder stadig lav INR på 1,1. Man starter Innohep 5000 ie hvilket er for lav dosis til en pt med protein-C mangel og lav INR. Dette har dog ikke medført yderligere skade.

Det ser dog ud til, at han ikke har de store mén ved kontrol i juli 2017 hos egen læge.

Konklusion:

Det var ikke ESS, at man ved CT overså et infarkt i venstre hemisfære d 21/12. Det var heller ikke ESS, at man overså at hans livsnødvendige AK-behandling var ude af niveau og derfor undlod at starte heparin behandling til han igen var dækket af Marevan.

Hvis man den 21.12 havde startet Innohep i terapeutisk dosis, så ville man MOS have kunnet undgå yderligere progression af infarkt, som han MOS havde den 21.12, idet han havde nyopstået udfaldssymptomer.

Pt har således forlænget sygeperiode.

Ang varige mén skal vi have en PSE"

Endvidere blev der til brug for Patienterstatningen indhentet en speciallægeerklæring af 21. februar 2018 fra Læge 2 (overlæge) , hvoraf fremgår bl.a. følgende:

"...

Vurdering:

Patienten har pga. hukommelsesvanskeligheder svært ved at huske det præcise forløb af symptomerne og ligeledes præcis dato for symptomernes debut. Men patienten fastholder og det virker reelt ved gennemgang af journalnotaterne, at han debuterede med pludselig opstået kraft i højre arm og hånd, hvor han kom på sygehuset og blev sendt hjem efter at CT skanning af cerebrum var beskrevet som normal.

Dagen efter mærkede forværring af den nedsat kraft i højre OE og der tilkom snøvlede tale, højre hængende mundvig og nedsat kraft i højre ben. Der er overensstemmelse af patientens aktuelle symptomer og den objektive neurologisk undersøgelse. I højre hånd ses også udfald fra perifer nervesystem med atrofi af muskler i højre hånd, som sequellae af højresidig carpaltunel syndrom.

Det er højt sandsynligt, at de symptomer som kom til (dysartri, facialis parese, forværring af kraftnedsættelse i højre arm samt kraftnedsættelse i højre ben), dagen efter (22.12.2016) at patienten blev sendt hjem fra sygehuset, kunne have være undgået, hvis patienten fik den rigtige behandling for blodproppen ved den første indlæggelse (21.12.2016), hvor INR var på 1.1.

Patienten har kun modtaget genoptræning under indlæggelsen på Sygehuset. Kommunal genoptræning som patienten blev udskrevet til, kunne ikke tilbydes af Kommunen pga. at patienten havde bopæl i udlandet på, daværende tidspunkt.

Patienten har forsøgt selv genoptræning derhjemme uden særlig godt resultat. Ved sammenligning af de objektive neurologiske fund på indlæggelses tidspunkt med de aktuelle synes en minimal bedring af symptomerne.

Erfaringsmæssigt forventes bedst effekt af genoptræningen når denne starter så tidligt som muligt fra symptomernes debut. Fra den anden side kan man ikke udelukke en bedring af symptomerne ved at starte genoptræning på nuværende tidspunkt men resultatet må forventes at være begrænset.

Det allervigtigst hos denne multimorbid patient er at holde risikofaktorer for dannelse af nye blodpropper nede. Dvs. jævnlig kontrol af INR, medicinsk behandling af BT samt begrænsning af rygning. Der er målt meget højt BT under konsultationen, hvor det endte med en akut indlæggelse på medicinsk modtagelse. Egen læge må følge dette og sætte patienten i relevant behandling.
..."

Til brug for nærværende retssag er der stillet Retslægerådet en række spørgsmål. Af Retslægerådets udtalelse af 18. februar 2022 fremgår bl.a. følgende:

"Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet besvare de stillede spørgsmål således:

Spørgsmål 1:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om den forsinkede behandling af sagsøger på Behandlingssted 1 med overvejende sandsynlighed (mere end 50%) har haft negativ indflydelse på behandlingsresultatet af den sygdom, som sagsøger behandles imod i perioden fra den 21/12- 2016 og frem efter?

Sagsøger er en 52-årig mand i livslang antikoagulerende behandling på grund af tidligere lungeemboli og protein S mangel. Sagsøger debuterede den 20. december 2016 med symptomer på akut stroke med nedsat kraft i højre hånd. Sagsøger blev indlagt den 21 december 2016 og havde da klinisk og radiologisk subakut iskæmisk infarkt. INR (international normalized ratio) var under niveau. Den 22. december 2016 tilkom flere symptomer, som med høj sandsynlighed skyldes progression af det allerede eksisterende infarkt. Antikoagulerende behandling gives for at forebygge nyt stroke, men i den givne situation, hvor der allerede er et subakut infarkt, vil højdosis heparinbehandling samtidig give risiko for blødning i det eksisterende infarkt og dermed forværring af symptomer. Ved mindre iskæmisk stroke bør AK-behandling (antikoagulations-behandling) ifølge nationale neurologiske behandlingsretningslinjer først påbegyndes efter 3 dage ved mindre strokes og efter 7 dage ved moderate strokes. Det vurderes derfor ikke, at der er over 50% sandsynlighed for, at den forsinkede behandling har haft en negativ indflydelse på behandlingsresultatet.

Spørgsmål 2:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om behandlingen af sagsøger ville have været en anden, hvis man allerede den 21/12-2016 havde opstartet behandling af sagsøger med korrekt dosering af medicin fra den 21/12-2016 og fremefter?

Hvis man havde erkendt, at sagsøger havde et klinisk og/eller radiologisk stroke, kunne man have behandlet med trombocythæmmere indtil man igen kunne opstarte AK-behandling.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om sagsøger med overvejende sandsynlighed (mere end 50%) ville have undgået alle eller dele af de helbreds-mæssige gener (herunder med angivelse af hvilke), som omtalt i spørgsmål A, som han efterfølgende har måtte leve med, hvis der havde været iværksat korrekt behandling fra den 21/12-2016 med korrekt medicinering?

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1. Risikoen for forværring af det iskæmiske stroke eller for et nyt var blevet nedsat, hvis sagsøger havde fået trombocythæmmende behandling. Pladehæmmer/trombocythæmmer (=hjertermagnyl) reducerer risiko for nyt stroke/progression med 5 til 8%, men fjerner ikke risikoen for forværring eller nyt stroke, så Retslægerådet vurderer

ikke, at der er mere end 50% sandsynlighed for, at alle eller specifikke dele af symptomerne ville have været undgået.

Spørgsmål 4:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om behandlingen af sagsøger med overvejende sandsynlighed (mere end 50%) er blevet forlænget som følge af, at man ikke iværksætter korrekt behandling fra den 21/12-2016 - men først på et senere tidspunkt?

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1.

Spørgsmål A:

Retslægerådet bedes oplyse A's nuværende gener.

Retslægerådet påtager sig ikke at resumere sagens akter. Sagsøgers symptomer er beskrevet i speciallægeerklæringen (bilag 4).

Spørgsmål B:

Retslægerådet bedes oplyse, om udredningen og behandlingen af A den 21. december 2016 blev udført i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1.

Spørgsmål C:

Retslægerådet bedes oplyse, om A's blodprop i hjernen med overvejende sandsynlighed (mere end 50 %) skyldes

- Svær åreforkalkning
- Protein S mangel
- Andre forhold

Der er jævnfør de radiologiske beskrivelser åreforkalkning i hjernens kar. Retslægerådet vurderer at sagsøgers stroke med mere end 50% sandsynlighed skyldes åreforkalkning på baggrund af sagsøgers forhøjede blodtryk og hans store tobaksforbrug kombineret med protein S mangel, der kan give stroke grundet hyperkoagulation.

Spørgsmål D:

Retslægerådet bedes oplyse, om A's blodpropslignende forandringer den 23. december 2016 med overvejende sandsynlighed (mere end 50 %) ville være undgået, hvis han havde modtaget behandling herfor den 21. december 2016.

I besvarelsen bedes Retslægerådet oplyse, om blodproppen med overvejende sandsynlighed (mere end 50 %) ville have været undgået, selv om han den 21. december 2016 var blevet behandlet med henholdsvis magnyl eller heparin.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Blodproppen var allerede til stede den 21. december 2016, så den ville med mere end 50% sandsynlighed ikke have været undgået den 23. december 2016.

Spørgsmål E:

Retslægerådet bedes oplyse, om A's sygdomsforløb, herunder hele eller dele heraf, og nuværende gener som beskrevet i besvarelsen af spørgsmål A med overvejende sandsynlighed (mere end 50 %) er en følge af:

- Grundsygdommen i form af tillukning af halspulsåren
- Behandlingen den 21. december 2016 på Behandlingssted 1
- Andre forhold

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Retslægerådet vurderer, at sagsøgers nuværende symptomer med mere end 50% sandsynlighed er en følge af grundsygdommen (tillukning af halspulsåren) idet der er infarkt tegn på skanning allerede den 21. december 2016. Protein S mangel vurderes også at kunne være en del af årsagen.

Spørgsmål F:

Giver sagen i Øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

..."

Forklaringer

A har afgivet forklaring.

A har forklaret, at han forud for december 2016 havde haft en blodprop i det ene ben samt i lungerne. Efterfølgende tog han blodfortyndende medicin, men var ikke undergivet anden behandling. Han fik dog hver 14. dag ved egen læge tjekket sine såkaldte INR-værdier. Så længe han tog sin blodfortyndende medicin, havde han ikke forøget risiko for at få yderligere blodpropper. Hans INR-tal lå stabilt og fint. På daværende tidspunkt og frem til, at han i december 2016 fik en blodprop i hjernen, røg han 40 cigaretter om dagen. Derefter skar han forbruget ned til 10-12 cigaretter om dagen.

I december 2016 var han på ferie hos sin datter i By 1. En dag fik han ondt i armhulen og havde en sovende fornemmelse i den ene arm. Han konsulterede sin datters læge, der med det samme henviste ham til Behandlingssted 1 på en mistanke om, at han havde fået en blodprop. På sygehuset måtte hans datter insistere på, at han fik en CT-scanning. Han fik at vide, at scanningen ikke havde vist unormale forhold. Lægen sagde også, at hans INR-værdier var fine. Han blev derefter sendt hjem fra hospitalet. Dagen efter kunne han konstatere, at han var helt lam i højre arm. Han konsulterede igen sin datters læge, der denne gang sendte ham til Behandlingssted 2, hvor han fik stillet en korrekt diagnose.

Som følge af blodproppen i hjernen er hans tale i dag meget påvirket. Endvidere har han som følge af blodproppen meget nedsat brug af højre hånd og arm. Hertil kommer, at hans korttidshukommelse er meget dårlig. Endelig er hans gang også meget påvirket, hvorfor han er nødt til at bruge rollator.

Parternes synspunkter

A har i sit påstandsdokument anført: "..."

- at sagsøger har pådraget sig et mén som følge af en behandlingsskade på 18%, således som det mén er beskrevet i sagens bilag 1 og sagens bilag 2,
 - at sagsøger gør gældende, at behandlingen af sagsøger ikke har været i overensstemmelse med bedste specialiststandard,
 - at sagsøgers behandlingsresultat er forværret, således som vurderet og foretaget af Patienterstatningen den 18.5.2018 – sagens bilag 7,
 - at sagsøger ser påført et sygdomsforløb, som indebærer, at han har krav på svie- og smertegodtgørelse, ligeledes som anført i Patienterstatningens afgørelse af 18.5.2018,
 - at der med mere end 50% sandsynlighed er årsagssammenhæng mellem den behandling (mangel på samme), som sagsøger har oplevet af de efterfølgende helbredsmæssige gener, som har medført mén og erhvervsevnetab.
- ..."

Under hovedforhandlingen har A's advokat som nyt anbringende gjort gældende, at der under behandlingen af A på Behandlingssted 1 er begået klare lægelige fejl, hvilket under henvisning til U.2002.1690/2H medfører en bevislempelse til A's fordel, hvorefter der under henvisning til Retslægerådets svar på spørgsmål 3 er ført bevis for årsagssammenhæng mellem den manglende/forsinkede behandling og A's gener.

Ankenævnet for Patienterstatningen har i sit påstandsdokument anført:

"...

2. ARGUMENTATION OG ANBRINGENDER

2.1 Frifindelsespåstanden

2.1.1 Prøvelse af ankenævnets afgørelse

Til støtte for den nedlagte påstand om frifindelse gøres det gældende, at der ikke er tilvejebragt tilstrækkeligt sikkert grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse af 28. maj 2019 (bilag 8).

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

Det er A, der har bevisbyrden. Der er ikke med stævningen fremlagt sådanne oplysninger, som kan danne grundlag for en tilsidesættelse af

ankenævnets afgørelse. A har derfor ikke løftet sin bevisbyrde for, at der er et tilstrækkeligt sikkert grundlag for at tilsidesætte afgørelsen.

2.1.2 Retslægerådet

Sagen har under forberedelsen været forelagt for Retslægerådet, som har afgivet en udtalelse, der til fulde støtter ankenævnets afgørelse.

Spørgsmål om årsagssammenhæng forelægges for Retslægerådet, som er den kompetente myndighed i relation til at vurdere spørgsmål om årsagssammenhæng.

Det følger af Højesteretspraksis, at det er Retslægerådets vurdering, der skal lægges til grund ved uenighed om lægefaglige spørgsmål, jf. bl.a. U.2012.2637H.

2.1.3 Retsgrundlag

En patient er berettiget til erstatning, hvis patienten ved behandling, undersøgelse eller lignende med overvejende sandsynlighed er blevet påført en skade, jf. KEL § 19, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, og skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af de i § 20, stk. 1, nr. 1-4, anførte måder. Følger af selve grundlidelsen og dens forløb berettiger ikke til erstatning efter KEL, og det er således alene skade som følge af en (manglende) behandling, undersøgelse eller lignende, som kan danne grundlag for erstatning.

Hvis en patient er påført skade som følge af forsinket diagnosticering, ydes der kun erstatning som følge heraf i de i KEL § 20, stk. 1, nr. 1 og 2, nævnte tilfælde, jf. KEL § 21, stk. 1. Der ydes erstatning for følgerne af, at den rigtige diagnose ikke blev stillet rettidigt, når følgerne består i, at grundsygdommen blev forværret, eller at behandlingsforløbet blev forlænget eller kompliceret.

Det forhold, at den gennemførte behandling ikke har haft den ønskede effekt/det ønskede udfald for A, udgør heller ikke en behandlingsskade.

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

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

2.2 Den konkrete sag

Der er ikke et tilstrækkeligt sikkert grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse.

Ankenævnet har med rette fundet, at A ikke har ret til erstatning, jf. § KEL 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, idet A ikke er påført en skade ved behandlingen på Behandlingssted 1 den 21. december 2016 og frem.

2.2.1 Erfaren specialiststandard

Ankenævnet har lagt vægt på, at A den 21. december 2016 blev indlagt på Behandlingssted 1 på grund af mistanke om en blodprop i højre arm efter forudgående smerter i højre armhule af et kvarters varighed samt nedsat kraft og snurren i højre hånd.

Da en CT-scanning af hjernen viste normale forhold, blev han udskrevet.

Videre har ankenævnet lagt vægt på, at A den 23. december 2016 blev genindlagt på grund af kraftnedsættelse i hele højre arm og utydelig tale. Da en CT-scanning af hjernen viste følger efter blodprop i venstre side af hjernen (venstre grænsezone mediagebet) og forsnævring/tillukning af halspulsåren på samme side (carotis stenose), blev A opstartet i behandling med heparin i lav dosis. Journalnotat af 23. december 2016 beskriver, at disse følger ligeledes var synlige på CT-scanningen foretaget den 21. december 2016.

Ankenævnet har vurderet, at behandlingen på Behandlingssted 1 ikke blev udført sådan, som en erfaren specialist på det pågældende område ville have handlet under de i øvrigt givne forhold. Ved denne vurdering har ankenævnet lagt vægt på, at den erfarne specialist med overvejende sandsynlighed ville have konstateret blodproppen i hjernen, herunder forsnævringen/tillukningen af halspulsåren, allerede den 21. december 2016 på baggrund af CT-scanningen. Da blodproppen i hjernen med overvejende sandsynlighed må tilskrives svær åreforkalkning, ville den erfarne specialist have behandlet A med magnyl loadning 300 mg som engangsdosis.

På trods af, at ankenævnet har vurderet, at behandlingen ikke blev udført i overensstemmelse med erfaren specialiststandard, er der imidlertid ikke årsagssammenhæng, hvorfor A under alle omstændigheder ikke er påført en skade som følge af behandlingen på Behandlingssted 1, jf. afsnit 2.2.2 nedenfor.

2.2.2 Årsagssammenhæng

Det er en betingelse for at få erstatning efter KEL, at den erfarne specialist ville have handlet anderledes, og at skaden herved med overvejende sandsynlighed ville være undgået.

Kravet om overvejende sandsynlighed betyder, at det skal være mere end 50 % sandsynligt, at skaden kunne være undgået.

Ankenævnet har med rette vurderet, at A's blodpropslignende forandringer den 23. december 2016 ikke med overvejende sandsynlighed ville være undgået, selv om han den 21. december 2016 var blevet behandlet med magnyl.

Videre har ankenævnet vurderet, at skaden ikke med overvejende sandsynlighed ville være undgået ved behandling med heparin. I den forbindelse har ankenævnet lagt vægt på, at A havde mangel på protein S, hvilket medfører en øget risiko for blodpropper i venesystemet, sådan som han også havde haft flere af. Behandling med heparin reducerer risikoen for at få blodpropper i venesystemet, men det reducerer ikke risikoen for at få blodpropper i hjernen på grund af åreforkalkning i halspulsåren.

Det forhold, at der ikke er årsagssammenhæng, understøttes endvidere af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1, hvorefter Retslægerådet udtaler:

"Det vurderes derfor ikke, at der er over 50% sandsynlighed for, at den forsinkede behandling har haft en negativ indflydelse på behandlingsresultatet." [vores understregning]

Retslægerådet har i spørgsmål 2 og 3 fundet, at man kunne have behandlet med trombocythæmmere, men selv hvis sådan behandling var opstartet, da var risikoen for forværring af det iskæmiske stroke - eller for et nyt stroke - alene blevet nedsat med 5 til 8%, idet en sådan behandling ikke fjerner risikoen for forværring eller nyt stroke. Derfor har Retslægerådet vurderet, at der ikke er mere end 50% sandsynlighed for, at alle eller specifikke dele af symptomerne ville have været undgået, hvis sådan behandling var opstartet.

Retslægerådet har videre i spørgsmål E fundet, at A's gener med mere end 50% sandsynlighed er en følge af grundsygdommen (tillukning af halspulsåren), og således ikke behandlingen.

Ankenævnet har på denne baggrund med rette vurderet, at A ikke med overvejende sandsynlighed er påført en skade ved behandlingen, men at hans sygdomsforløb og nuværende gener med overvejende sandsynlighed må tilskrives følger af hans grundsygdom i form af tillukning af halspulsåren (carotis stenose).

Betingelserne for at yde erstatning efter KEL § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, er ikke opfyldt, idet A ikke er påført en skade, der giver ret til erstatning.

A har som bilag 2 fremlagt lægelig vurdering fra lægekonsulent Læge 1, indhentet af Patienterstatningen. Det bemærkes, at ankenævnet er overordnet instans i forhold til Patienterstatningen, og det forhold, at Patienterstatningen har vurderet sagen anderledes, giver i sagens natur ikke grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse.

Videre har A fremlagt speciallægeerklæring fra Læge 2 (bilag 4).

Det forhold, at der har været forskellige lægelige vurderinger af behandlingen, kan ikke føre til en tilsidesættelse af ankenævnets afgørelse.

Ankenævnet afgør sagen ud fra en selvstændig lægelig og juridisk vurdering af alle oplysningerne om A's behandlingsforløb. Ankenævnet har været bekendt med den som bilag 2 fremlagte lægelige vurdering fra Læge 1, samt speciallægeerklæringen fremlagt som bilag 4, og har foretaget en selvstændig vurdering af sagens lægefaglige spørgsmål.

Det bemærkes endvidere, at det forhold, at der har været forskellige lægelige vurderinger af behandlingen, ikke kan føre til en tilsidesættelse af ankenævnets afgørelse, når denne støttes af Retslægerådets udtalelse, idet det er Retslægerådets vurdering, der skal lægges til grund ved uenighed om lægefaglige spørgsmål.

2.3 Hjemvisningspåstanden

Til støtte for den subsidiære påstand om hjemvisning gør ankenævnet gældende, at hvis retten måtte give A medhold i påstanden om, at han har en erstatningsberettigende behandlingsskade, må sagen hjemvises med henblik på videre behandling.

Spørgsmålet til prøvelse for retten er begrænset til, om der er årsagssammenhæng mellem generne og behandlingsskaden og ikke, om A er berettiget til erstatning eller ej. Allerede af denne grund har ankenævnet ikke forholdt sig til, hvorvidt A har pådraget sig et varigt mén og har ret til godtgørelse for svie og smerte som anført af A i påstandsdokumentet.

..."

Ankenævnet for Patienterstatningen har i relation til A's nye anbringende om bevislempelse anført, at der ikke er grundlag for at fastslå, at der ved behandlingen af A er begået en klar fejl, der medfører lempelse af bevisbyrden. Videre er det anført, at der kun skal ske en sådan lempelse, hvis der kan rejses en vis, større tvivl om den mulige årsagssammenhæng, jf. U.2019.3916H. Endelig er det anført, at der under henvisning til Retslægerådets svar på spørgsmål 3 ikke foreligger en sådan tvivl.

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

Rettens begrundelse og resultat

Da betingelserne findes opfyldt, tillader retten A's nye anbringende om bevislempelse, jf. retsplejelovens § 363, stk. 1, nr. 2.

Der er enighed om, at det kan lægges til grund, at behandlingen af A på Behandlingssted 1 ikke blev udført sådan, som en erfaren specialist på det pågældende område ville have handlet under de i øvrigt givne forhold, jf. § 20, stk. 1, nr. 1, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Spørgsmålet er herefter, om de af A's påberåbte gener/følger med overvejende sandsynlighed er forvoldt ved den begåede fejl. Bevisbyrden herfor påhviler A.

Retslægerådet har i svaret på spørgsmål 1 vurderet, at der ikke er over 50% sandsynlighed for, at den forsinkede behandling har haft en negativ indflydelse på behandlingsresultatet. I svaret på spørgsmål E har Retslægerådet vurderet, at A's nuværende symptomer med mere end 50% sandsynlighed er en følge af grundsygdommen (tillukning af halspulsåren), og at protein S mangel, som han led af, også vurderes at kunne være en del af årsagen.

I svaret på spørgsmål 3 har Retslægerådet vurderet, at trombocythæmmende behandling reducerer risikoen for nyt stroke/progression med 5 til 8%, men ikke fjerner risikoen for forværring eller nyt stroke. Retslægerådet har på den baggrund vurderet, at der ikke er mere end 50 % sandsynlighed for, at alle eller specifikke dele af symptomerne ville have været undgået, selv om trombocythæmmende behandling var blevet iværksat.

På baggrund af Retslægerådets ovennævnte besvarelser finder retten, at det er mindre sandsynligt, at den begåede fejl er årsag til A's påberåbte gener/følger, men at det derimod med stor sandsynlighed må antages, at de er en følge af A's sygdom. Vurderingerne fra lægekonsulent Læge 1 og Læge 2 (overlæge) kan ikke føre til en anden vurdering. Det er på denne baggrund ikke godtgjort, at A er påført en patientskade omfattet af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Herefter tages Ankenævnet for Patienterstatningens frifindelsespåstand til følge.

Sagsomkostningerne er efter sagens oplyste værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 60.000 kr. Der er herved også lagt vægt på, at sagen har været forelagt for Retslægerådet. Retten lægger til grund, at Ankenæv-

net for Patienterstatningen ikke er momsregistreret. Da A er meddelt fri proces, skal sagsomkostningerne betales af statskassen.

THI KENDES FOR RET:

Ankenævnet for Patienterstatningen frifindes.

Statskassen skal til Ankenævnet for Patienterstatningen inden 14 dage betale sagsomkostninger med 60.000 kr.

Sagsomkostningerne bliver forrentet efter rentelovens § 8 a.



Vejledning

Retten har afsagt dom i sagen.

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

Ikke alle afgørelser kan ankes eller kæres

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

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

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

Frister for at anke og kære

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

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

Sådan gør du, hvis du vil anke eller kære

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

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

ansøgningen på minretssag.dk.

Du kan læse mere på domstol.dk.

Publiceret til portalen d. 14-02-2023 kl. 12:00

Modtagere: Sagsøger A, Advokat (H) Christina Steen, Sagsøgte
Ankenævnet for Patienterstatningen, Advokat (H) Bjarne Skøtt Jensen