



Udskrift af dombogen

DOM

afsagt den 25. juni 2015
i sag nr. BS 2-1286/2012:

A

mod
Patientskadeankenævnet
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg

Denne dom indeholder ikke en fuldstændig sagsfremstilling, jf. retspleje-lovens § 218 a, stk. 2.

Parterne og deres påstande

Sagen er anlagt den 28. november 2012 af sagsøgeren, **A**
mod sagsogte, Patientskadeankenævnet, der efterfølgende har ændret
navn til Ankenævnet for Patienterstatningen.

A har nedlagt endelig påstand om, at Ankenævnet for
Patienterstatningen tilpligtes at anerkende, at sagsogers følger efter hjerneb-
lødningen, diagnosticeret den 16. februar 2010, samt følgerne efter de mul-
tiple blodpropper i hjernen, diagnosticeret den 3. marts 2010, er følger af pa-
tientskade påført sagsøgeren hos **B** som følge af ikke optimal
behandling og manglende henvisning til specialist og/eller er en følge af en
patientskade påført sagsøger hos lægevagten den 13. februar 2010 og/eller
på **C** opstået på grund af en ikke optimal behandling.

Ankenævnet for Patienterstatningen har påstået frifindelse.

Oplysningerne i sagen

Den 31. oktober 2011 traf Patientforsikringen afgørelse om, at **A**
ikke var berettiget til erstatning efter lov om klage- og er-
statningsadgang inden for sundhedsvæsenet. Der er henvist til, at betingelser-
ne for at yde erstatning efter lovens § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, ikke var op-
fyldt.

Afgørelsen blev truffet efter **A** anmeldelse om er-
statning i forbindelse med behandling ved **B** og **C**

Sygehus i perioden fra den 18. december 2009 og herefter.

Afslaget på erstatning blev påklaget til Patientskadeankenævnet, der traf afgørelse i sagen den 22. juni 2012. Afgørelsen er fremsendt til A5, advokat ved et brev af 28. juni 2012, der blandt andet har følgende indhold:

"De har ved brev af 22. november 2011 klaget over afgørelsen til Patientskadeankenævnet, og De har ved brev af 20. januar 2012 fremsendt yderligere bemærkninger til klagen. De har blandt andet anført, at A.

siden november og december 2009 henvendte sig gentagne gange hos egen læge grundet voldsom vedvarende hovedpine, og at hun den 31. december 2009 var så smerteforpint og invalideret af sin tilstand, at hun ikke klarede at stå på sine ben, hvorfor vagtlægen blev tilkaldt. De har oplyst, at

A først har udviklet diabetes i sommeren 2011, og at hun ikke har eller har haft nekrotiserende facit, ligesom hun aldrig har fået medicin eller haft symptomer på iskæmisk hjertesygdom. Sidstnævnte er blevet nævnt som en obs. pro. diagnose i 2006 og må ved en fejl have indgået i

A5 journal. De har anført, at A var i risikogruppen for både hjerneblødninger og blodpropper i hjernen og derfor skulle have været indlagt og/eller CT-skannet på et langt tidligere tidspunkt end den 13. februar 2011 for at af- eller bekræfte en komplikation i hjernen. De har anført, at A i to måneder har været lyssky, forkvalmet og sengeliggende det meste af tiden grundet en meget kraftig hovedpine, og at man burde have reageret på det, idet hun havde et af de mest karakteristiske symptomer for trombose og hæmatom i hjernen. De har anført, at hæmatomet er opstået sekundært til den ikke opdagede sinustrombose, som med overvejende sandsynlighed har været medvirkende til den to måneder varende konstante hovedpine. De har hertil anført, at en hurtigere indgriben fra lægehusets side med høj sandsynlighed kunne have mindsket de fatale følger tilstanden medførte. De har endvidere anført, at CT-fundet af 17. februar 2010 kombineret med sygdomsanamnesen og den kendte trombosedisposition burde have givet mistanke om sinustrombose, hvilket ville have medført, at antikoagulationsbehandlingen (i det følgende AK-behandlingen) ikke blev afbrudt. Den afbrudte AK-behandling var således i strid med den erfarne specialists standard. De har anført, at oplysningen om, at A skulle være blevet udskrevet den 22. februar 2010 og genindlagt den 2. marts 2010 grundet ny blødning er ukorrekt. A

var den 22. februar 2010 yderst medtaget af sin tilstand og blev under sit sygeforløb på D et flyttet mellem forskellige afdelinger, men blev ikke udskrevet. De har sammenfattende anført, at der er tale om forsinket behandling fra B Lægehus side samt fejlbehandling og forsinket diagnose fra C Sygehus side. De har fremsendt breve fra D af 14. marts 2011 og 18. oktober 2011, Deres brev af 7. august 2011, kopi af CT-skanning fra C Sygehus af 17. februar 2010 og journalkopi fra D samt kopi af lægejournal fra Lægehuset B. De har henvist til A5 s version af sagsforløbet

frem til den 13. februar 2010. I denne forbindelse har De anført, at hun langt før den 13. februar 2010 havde været konstant gene ret af en invaliderende hovedpine, som medførte neurologiske symptomer i form af lysskyhed og opkast. De henviser således til notat af 30. december 2009, hvoraf det fremgår, at **A** kastede op og var dårlig med hovedpine.

De har ved brev af 23. april 2012 fremsendt kopi af speciallægeerklæring af 16. oktober 2011. De har ved telefonisk henvendelse den 27. juni 2012 og ved brev af samme dato oplyst, at Patientforsikringen er i gang med at indhente en udtalelse fra professor, overlæge dr. med. **E** om årsagssammenhængen mellem den forsinkede diagnosticering af venøse tromber, den forlængede Marevan-behandling og hjerneblødningen i januar 2010. Ved brev af 26. juni 2012 har De fremsendt Deres endelige bemærkninger til sagen.

Patientskadeankenævnet har på møde den 22. maj 2012 truffet følgende

Afgørelse

Patientsforsikringens afgørelse af 31. oktober 2011 tiltrædes. Sagen for så vidt angår behandlingsforløbet på **D** hjemvises til Patientforsikringen til en vurdering heraf.

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

Sagsfremstilling

Patientskadeankenævnet har lagt følgende hændelsesforløb til grund for sin afgørelse:

A havde forud for indlæggelsen i 2010 haft en mindre blodprop i 2006 og havde forhøjet blodtryk og PCO samt en kendt tromboedisposition. For at mindske risikoen for komplikationer i form af hjerneblødning og tromboser fik **A** medicin både for at forebygge blødning og tromboser.

De har oplyst, at **A** siden november 2009 gentagne gange henvendte sig i Lægehuset **B** angiveligt grundet voldsom vedvarende hovedpine. Ifølge journalmaterialet var **A** i kontakt med lægehuset den 28. december 2009, hvor det anførtes i journalen, at der havde været kraftig hovedpine i 10 dage. Hovedpinen blev tolket som en følge af en sinuit. Der var ingen bedring i tilstanden, da **A** henvendte sig til lægehuset igen den 30. december 2009. De har anført, at **A** den 31. de-

cember 2009 var så smerteforpint og invalideret af sin tilstand, at hun ikke klarede at stå på sine ben og vagtlægen blev tilkaldt.

Det fremgår, at **A** den 19. december 2010 fik målt effekten af den blodfortyndende medicin (INR) til 2,5. AV journalnotat fra **A**; læge den 19. december 2009 fremgår det endvidere, at INR var blevet målt en måned tidligere, men værdien er ikke oplyst.

A kontaktede læge den 21. januar 2010, den 27. januar 2010 og igen den 3. februar 2010. Man tolkede symptomerne som forårsaget af en infektionssygdom, medicinbivirkning og igen infektion. Hovedpinen var monosymptomatisk, og der blev ikke fundet neurologiske udfald

Den 16. februar 2010 kl. 17.07 blev **A** indlagt på medicinsk afdeling ved **C** Sygehus efter besøg hos lægen, idet hun siden den 13. februar 2010 havde oplevet en forværring af hovedpinen samt opkastninger. Det fremgår, at INR blev målt til 1,5.

En CT-skanning af hjernen udført den 17. februar 2010 viste en overfladisk beliggende blødning i højre hjernehalvdel med let ødem (hævelse) omkring blødningen. Man konfererede ifølge journalen med neurokirurgisk afdeling på **D** hvortil **A** blev overflyttet dagen efter. Man fik mistanke om, at **A** havde en blodkarmisdannelse i hjernen, og at det var denne, der var årsag til blødningen, hvorfor man afbrød AK-behandlingen (Marevan). Der blev foretaget CT-skanning af hjernen med angiografi (undersøgelse af hjernens blodkar), som afkræftede karmisdannelsen. Man fik herefter mistanke om, at blødningen skulle være forårsaget af en svulst i hjernen, men en MR skanning den 19. februar 2010 afkræftede også denne mistanke.

Den 20. februar 2010 konstateredes det, at **A** havde en dyb venetrombose i højre ben. Der fandtes desuden en trombose i vena jugularis dxt. (central vene på halsen, førende blod fra hjernen).

Den 2. marts 2010 forværredes **A** tilstand med faldende bevidsthedsniveau og venstresidig lammelse, og en CT-skanning af hjernen viste, at hun havde fået en ny blødning i højre hjernehalvdel.

Herefter fik man mistanke om, at **A** havde en sinustrombose (blodprop i et af de store fraførende kar i hjernen) og foretog den 3. marts 2010 en MR-angiografi af hjernens blodkar, som bekræftede dette forhold. Man iværksatte behandling med den blodfortyndende medicin Heparin.

Begrundelse og resultat

Det skal indledningsvis bemærkes, at nævnet ikke har fundet det nødvendigt at afvente udtalelse fra professor, overlæge dr. med. **E**

, idet nævnet har fundet sagen tilstrækkelig oplyst

Behandlingen ved Lægehuset B

Af de grunde, der er anført af Patientforsikringen, kan Patientskadeankenævnet tiltræde afgørelsen.

Nævnet bemærker, at en sinustrombose er en meget sjælden tilstand, og at det derfor var i overensstemmelse med den erfarne specialists standard, at Lægehuset B ikke var opmærksom på, at denne lidelse kan optræde med hovedpine som eneste symptom.

Behandlingen på C Sygehus

Ifølge klage- og erstatningslovens § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1 kan der ydes erstatning, hvis der opstår skade som følge af, at der ikke blev stillet en rigtig diagnose og hvis det må antages, at en erfarne specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes ved undersøgelse, behandling el. lign., hvorved skaden med overvejende sandsynlighed ville være undgået.

Patientskadeankenævnet vurderer, at behandlingen på C Sygehus den 15 - 18. februar 2010 blev udført i overensstemmelse med, hvorledes en erfarne specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet.

Nævnet skal bemærke, at det afgørende vedrørende sager om forsinket diagnosticering er, om det blev iværksat de relevante undersøgelser m.v., som en erfarne specialist ville have iværksat ud fra den viden, som den pågældende havde på behandlingstidspunktet, herunder objektive fund og patientens subjektive klaget, samt om den erfarne specialist ud fra en korrekt tolkning kunne eller burde have stillet den korrekte diagnose. I denne vurdering indgår efter lovens ordlyd og praksis ikke en vurdering ud fra den efterfølgende erhvervede viden, heller ikke selv om det senere ud fra en sådan efterfølgende erhvervet viden må lægges til grund, at diagnosen var forkert eller forsinket.

Nævnet har ved afgørelsen lagt vægt på, at A på indlæggelsestidspunktet havde en monosymptomatisk hovedpine. Der er herved lagt vægt på, at der blev fundet normale neurologiske forhold, og at hun var vågen, klar og orienteret, og at hun hverken havde feber eller nakkestivhed. Der var efter nævnets vurdering ikke på dette tidspunkt grundlag for at få mistanke til en akut behandlingskrævende tilstand hos A - . Det var derfor i overensstemmelse med den erfarne specialists standard, at CT-skanning af hjernen først blev udført dagen efter.

Nævnet har ved afgørelsen lagt vægt på journalnotatet af 17. februar 2010 kl. 9.00, hvoraf det fremgår, at A samme dag skulle kø-

res til **D**. Der er endvidere lagt vægt på at man flere gange konfererede med Neurokirurgisk afdeling ved **D** som dog først dagen efter kunne modtage **A**.

Det fremgår, at CT-skanningen af hjernen, udført den 17. februar kl. 14.35, viste en overfladisk beliggende blødning i højre hjernehalvdel med let ødem (hævelse) omkring blødningen. Nævnet skønner, at blødningen var nogle dage gammel, således at den med overvejende sandsynlighed var opstået den 13. februar 2010, hvor hovedpinen blev forværret, og at blødningen med overvejende sandsynlighed var årsagen til denne forværring.

Uanset at der således er tale om forsinket diagnosticering af sinustrombosen, er det nævnets vurdering, at en erfaren specialist på det pågældende område ikke ville have handlet anderledes end man gjorde ved behandlingen på **C** - Sygehus den 16.-18. februar 2009, og betingelserne for at yde erstatning efter klage- og erstatningsloven er således ikke opfyldt, jf. lovens § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1.

De har anført, at man ikke burde have afbrudt AK-behandlingen. Nævnet skal hertil bemærke, at afbrydelse af Marevan-behandlingen ikke haft betydning for behandlingsresultatet, da effekten af behandlingen med Marevan ikke forsvinder straks ved behandlingens ophør."

I et brev af 14. marts 2011 fra overlæge **F**, til **A's** advokat er det anført:

"Efter Deres henvendelse af 10. februar 2011 vedrørende ovenstående patient har jeg haft journalen til gennemsyn og rekapituleret forløbet. Jeg har ikke anmeldt patientforløbet til Patientforsikringen.

Til grund for mine overvejelser, jf. journalnotatet af 22.03.10, lå, at denne patient på baggrund af en kendt trombose disposition som tidligere havde medført venetromboser, AMI og derfor begrundede antikoagulationsbehandling, var differentialdiagnosen sinustrombose med en hovedpineanamnese på godt 2 måneder og derefter neurologiske symptomer og en CT-skanning 17.02.10 på **C** Sygehus, som i kombination hermed burde have givet mistanke om en venøs staseblødning og dermed en cerebral sinustrombose. Blødningerne i højre hjernehalvdel ligger højt og typisk herfor og burde derfor have været en differentialdiagnose før antikoagulationsbehandlingen, jf. journalen 16.02. på **C**, seponeres.

Af **D's** journal fremgår kun, at dette er sket på **C** Sygehus, og ikke hvem eller efter hvis råd dette er sket. Kopi af **C** journalen ligger ikke i **D** journal.

I mine øjne er forhistorien den tiltagende hovedpineanamnese og dernæst CT-fundet fra 17.02. ganske suggestiv for en venøs staseblødning som led i en sinustrombose. En erfaren specialist indenfor neurofag, inklusiv neurora-

diologi, ville efter min overbevisning have fået denne mistanke, hvilket ville have ført til, at AK-behandling ikke var blevet afbrudt, og hvilket i så fald kunne have ændret forløbet.

Det er således ikke min afdeling, der direkte har været involveret i den fase af patientforløbet."

Sagen har været forelagt for Retslægerådet, der i en udtalelse af 17. juni 2014 har besvaret parternes spørgsmål således:

"Spørgsmål 1:

Retslægerådet anmodes om at beskrive sagsøgers samlede heibredsmæssige tilstand hos sagsøger forud for henvendelse hos egen læge i oktober/ november 2009 jf. bilag 13.

Retslægerådets opgave er at besvare konkret formulerede spørgsmål, og det er således ikke Retslægerådets opgave at resumere sagen, hvorfor Retslægerådet ikke kan indestå for en udtømmende besvarelse. Men ud fra bilag 8 fremgår det, at sagsøger forud for henvendelse til egen læge i oktober/november 2009 havde haft en blodprop i hjertet (2006), hypertension siden 2003, depression i forløbet af blodprop i hjertet (2007), konsultationer i forbindelse med øvre luftvejsinfektioner og pneumoni i henholdsvis 2006, 2007 og 2008. Sagsøger havde desuden polycystisk ovariesyndrom (PCO), som blev behandlet med metformin, var overvægtig og var også i blodfortyndende behandling med Marevan på grund af tidligere dyb venetrombose.

Spørgsmål 2:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvorvidt sagsøgers samlede helbredsmæssige tilstand gav anledning til forøget risiko for tromboser.

Af de medsendte sagsakter fremgår det, at sagsøger har følgende risikofaktorer for trombose; tidligere blodprop i hjertet (AMI) kan være en mulig risikofaktor for trombose afhængig af årsagen til AMI, hypertension og svær overvægt (BMI 39,7 anført i bilag 8, journalnotat 14.02.08), tidligere dyb venetrombose med efterfølgende behandling med blodfortyndende medicin samt trombocytopeni (nedsat mængde af blodplader), som kan være en risikofaktor for både trombose og blødning.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om den samlede heibredsmæssige tilstand i øvrigt gav anledning til forøget risiko for andre sygdomstilstande.

Retslægerådets opgave er at afgive lægevidenskabelige skøn ved at besvare konkrete formulerede spørgsmål. Retslægerådet finder det aktuelle spørgsmål upræcist formuleret, hvorfor spørgsmålet ikke kan besvares.

Spørgsmål 4:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om sagsøgers samlede helbredstils-

tand forud for oktober 2009 burde have givet anledning til skærpet opmærksomhed hos egen læge ved sagsøgers efterfølgende henvendelser vedrørende symptomer, der kunne være forenelige med eventuelle blodnings- eller blodstørkningsproblemer relaterede til hjernen, jf. bilag 8, side 26-27, journalnotat af 17. februar 2009, epikrise fra D karkirurgisk klinik.

Svaret bedes begrundet:

Spørgsmål 5:

Såfremt Retslægerådet besvarer spørgsmål 4 bekræftende, anmodes Retslægerådet om at oplyse, om denne skærpede opmærksomhed burde have medført henvisning til speciallæge eller hospital for videre undersøgelse og i givet tilfælde på hvilket tidspunkt.

Svaret bedes begrundet:

Ad spørgsmål 4 og 5:

Idet Retslægerådet henviser til besvarelse af spørgsmål 2 har sagsøger flere risikofaktorer for både trombosetendens (svær overvægt, hypertension, trombocytopeni, tidligere dyb ven blodprop, tidligere AMI) og blødning (trombocytopeni og blodfortyndende behandling).

Hovedpine er et almindeligt og hyppigt symptom i befolkningen. Sagsøger har symptomer i form af en monosymptomatisk hovedpine, hvor der påvises objektive fund forenelig med bihulebetændelse. Retslægerådet finder ikke, at sagsøgers forudbestående risikofaktorer burde have givet anledning til skærpet opmærksomhed ved primær henvendelse, men ved vedvarende hovedpine uden forklaring trods behandling for formodet årsag, finder Retslægerådet, at der burde have været overvejelser om anden årsag til hovedpinen.

Retslægerådet er ikke bekendt med retningslinjer for praksis på daværende tidspunkt (2009/2010). Dansk Hovedpineselskab er siden da i 2010 kommet med "Referenceprogram for hovedpine og ansigtssmerter", hvor der anbefales henvisning og udredning ved tordenskraldshovedpine, atypisk aura, nyopstået hovedpine hos en patient med kendt cancer eller HIV, hovedpine med feber eller neurologiske udfald, hovedpine progredierende over uger eller nyopstået hovedpine hos personer < 10 eller > 40 år.

Aktuelt finder Retslægerådet, at sagsøger burde være henvist til yderligere vurdering ved besøget den 13.02.10, hvor der beskrives voldsom forværring trods behandling med morfin, og hvor der tilkommer opkastning.

Spørgsmål 6:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om det var i overensstemmelse med de på tidspunktet almindeligt anerkendte retningslinjer for privatpraktiserende læger at undlade at henvise sagsøger til sygehus eller speciallæge ved konsultationen den 28. december 2009.

Svaret bedes begrundet:

Almindelig anerkendte retningslinjer for praksis på daværende tidspunkt er ikke Retslægerådet bekendt, idet det ikke har været muligt at finde en udgave af det daværende referenceprogram for behandling af hovedpinesygdomme fra 1994. Retslægerådets vurdering af de øvrige spørgsmål er foretaget ud fra et almindeligt lægefagligt skøn.

Sagsøger konsulterer læge den 28.12.09 på grund af snigende kraftig hovedpine gennem 10 dage og muskel-led-smerter. Ingen oplysning om feber, men sagsøger er trykømt over bihuler. Sagsøger får ordineret smertestillende og antibiotika. Der er INR niveau fra 19.12.09 på 2,5 (i niveau).

Hovedpine er hyppig forekommende i befolkningen og kan have mange årsager.

Sagsøger havde også muskel-ledsmerter. Sagsøger frembyder ved henvendelse til læge den 28.12.09 ikke faresignaler (for eksempel tordenskraldshovedpine, feber, neurologisk udfald, nakkestivhed, tryksymptomer med kvalme eller opkastning). Retslægerådet finder at vurderingen den 28.12.09 er i overensstemmelse med almindeligt anerkendte retningslinjer for praktiserende læger på daværende tidspunkt.

Spørgsmål 7:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om det var i overensstemmelse med de på tidspunktet almindeligt anerkendte retningslinjer for privatpraktiserende læger at undlade at henvise sagsøger til sygehus eller speciallæge ved konsultationen den 30. december 2009.

Svaret bedes begrundet:

Sagsøger henvender sig igen til praktiserende læge den 30.12.09 på grund af uændret hovedpine, fortsat feber 38-39 grader (dog ikke oplysning om febers debuttidspunkt), kvalme og opkastning. Sagsøger har således i 12 dage haft en nyopstået hovedpine, symptomer er skønnet at være på grund af bihulebetændelse og infektion. Lægen skønner, at det drejer sig om influenza eller viral infektion. Hovedpine, kvalme, opkastning og feber er hyppige symptomer ved infektioner, herunder virale infektioner eller influenza, men kan også være tegn på anden alvorligere intrakraniell lidelse. Der er ikke andre symptomer, som tyder på anden årsag, sagsøger er ikke nakke-ryg stiv, der er ikke beskrevet neurologiske symptomer. Der er i notatet anført "ny kontakt ved behov"..

Ud fra det aktuelle lægeskøn om influenza/viral infektion og sinusitis finder Retslægerådet at det er i overensstemmelse med almindeligt anerkendte retningslinjer for privatpraktiserende læger på daværende tidspunkt at undlade

at henvise til sygehus eller speciallæge.

Spørgsmål 8:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om det var i overensstemmelse med de på tidspunktet almindeligt anerkendte retningslinjer for privatpraktiserende læger at undlade at henvise sagsøger til sygehus eller speciallæge ved sagsøgers henvendelser den 21. januar 2010?

Svaret bedes begrundet:

Der er få oplysninger om henvendelsen den 21.01.10, hvor der alene er anført hovedpine som diagnose og overvejelser om årsagen hertil, men der er ikke yderligere oplysninger om tilstanden i øvrigt, herunder eventuelle andre symptomer, ændring, forværring et cetera. På baggrund heraf kan Retslægerådet ikke udtale sig om, om det var i overensstemmelse med de på tidspunktet daværende almindeligt anerkendte retningslinjer for privatpraktiserende læger at undlade at henvise sagsøger til sygehus eller speciallæge.

Spørgsmål 9:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om det var i overensstemmelse med de på tidspunktet almindeligt anerkendte retningslinjer for privatpraktiserende læger at undlade at henvise sagsøger til sygehus eller speciallæge ved sagsøgers henvendelser den 27. januar 2010?

Ved sagsøgers henvendelse den 27.01.10 beskrives aftagende hovedpine og stigning i trombocytter. Således bedring i forhold til oplysninger i tidligere journal noter. Hovedpinen har persisteret siden 18.12.09 (10 dage forud for første henvendelse den 28.12.09), men er i bedring. Ud fra disse oplysninger skønner Retslægerådet, at det var i overensstemmelse med de på tidspunktet daværende almindeligt anerkendte retningslinjer for privatpraktiserende læger at undlade at henvise sagsøger til sygehus eller speciallæge.

Spørgsmål 10:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om det var i overensstemmelse med de på tidspunktet almindeligt anerkendte retningslinjer for privatpraktiserende læger at undlade at henvise sagsøger til sygehus eller speciallæge ved sagsøgers henvendelser den 3. februar 2010?

Retslægerådet skønner, at oplysningerne i journalen den 03.02.10 er utilstrækkelige til, at Retslægerådet kan vurdere om det var i overensstemmelse med de på tidspunktet daværende almindeligt anerkendte retningslinjer for privatpraktiserende læger at undlade at henvise sagsøger til sygehus eller speciallæge.

Spørgsmål 11:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om det var i overensstemmelse med de på tidspunktet almindeligt anerkendte retningslinjer for privatpraktiserende

læger at undlade at henvise sagsøger til sygehus eller speciallæge ved sagsøgers henvendelser den 11. februar 2010?

Vurdering igen hos egen læge 11.02.2010, hvor der beskrives en måske lille bedring i hovedpine efter ophør med Simvastatin. Egen læge vælger at genoptage behandlingen med simvastatin. Hovedpinen har nu været til stede i over seks uger, og der er i notatet overvejelser over genesen. Af notaterne fremgår det, at der måske er en mindre bedring. Der er ikke tilkommet faresignaler, der er ingen oplysning om øvrige symptomer, men ud fra referenceprogrammet, som kom i 2010, ville man i dag have skærpet opmærksomheden ud fra dels nyopstået hovedpine hos en person, opstået hos en person > 40 år, samt en vedvarende hovedpine gennem uger. Hvorvidt dette også fremgik af tidligere referenceprogram fra 1994 er ikke Retslægerådet bekendt.

Retslægerådet finder, at det er et lægefagligt skøn om tidspunkt for henvendelse til speciallæge eller sygehus på grund af monosymptomatisk hovedpine, som er en hyppig tilstand i befolkningen. Men jævnfør såvel aktuelle "Referenceprogram for hovedpine og ansigtssmerter" udgivet af Dansk Hovedpineselskab i 2010 og Sundhedsstyrelsens kriterier for henvisning til kræftpakkeprogram ved hovedpinesymptomer (mistanke om primær kræft i hjernen), ville retningslinjerne i dag føre til en vurdering tidligere hos speciallæge end tilfældet i aktuelle sag. Sagsøger beskrives neurologisk intakt, der er ikke oplysning om feber, og der er ikke neurologiske udfald eller tegn på øget tryk, som ville have været faresignaler.

Spørgsmål 12:

Parterne er uenige om, hvorvidt der har været flere konsultationer, herunder telefoniske konsultationer, end dem, der er oplysninger om i egen læges journal (bilag 1). Retslægerådet skal ikke afgøre denne tvist, men bedes besvare følgende:

Har det nogen betydning for svaret på spørgsmål 5, hvis der i perioden 5. oktober 2009- 11. februar 2010 var op mod 15 yderligere konsultationer, herunder telefoniske konsultationer om hovedpine end dem, der fremgår af egen læges journal, og det lægges til grund at derpå tidspunktet for disse henvendelser ikke var andre symptomer end hovedpine, herunder heller ikke neurologiske symptomer.

Svaret bedes begrundet:

Nej, der henvises til besvarelsen af spørgsmål 4 og 5.

Spørgsmål 13:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvorvidt en tidligere henvisning til speciallæge eller sygehus kunne have begrænset følgerne efter blodningen konstateret den 17. februar 2010 på C Sygehus, jf. journal fra C

Sygehus, bilag B eller følgerne efter sagsogers sinustrombose konstateret den 3. marts 2010 på D, jf. bilag 4.

Det er muligt, at følgerne efter blødningen kunne være begrænset, såfremt blødningen og sinustrombosen var diagnosticeret tidligere ved henvisning til sygehus eller speciallæge. Sagsøger har imidlertid monosymptomatisk hovedpine, hvor der i starten også er influenzalignende symptomer og feber. Feberen ophører, og hovedpinen bedres ligeledes før forværring igen den 13.02.10. I forløbet skønnes det lægeligt, at der er tale om bihulebetændelse og infektion, og der er ikke andre nytilkomne symptomer forud for konsultation den 13.02.09 med kraftig forværring af hovedpinen og opkastning, som fører til indlæggelse den 16.02.10.

Der foreligger en CT angio af venekar (18.02.10) og en MR. venøs angio (19.02.10), som viser åbentstående kar og ingen tegn på sinustrombose. Forværring i hovedpinen 13.02.10 skønner Retslægerådet kan tilskrives den cortikale/subeortikale blødning i isselappen. Årsagen kan være en spontan blødning som følge af de lave blodplader, alternativt en begyndende sinustrombose, som det ikke var muligt at verificere trods relevant gennemført undersøgelse (billeddiagnostisk undersøgelse af venekar i hjernen).

Spørgsmål 14:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvorvidt sagsogers gener efter den konstaterede hjerneblødning med overvejende sandsynlighed ville have været mindre, herunder kunne have været begrænset, såfremt C Sygehus havde foretaget en CT-scanning allerede den 16. februar 2010?

Retslægerådet skønner ikke, at en scanning den 16.02.10 ville have ændret følgerne efter hjerneblødningen.

Der beskrives, at der ikke ses tromber i vener eller arterier på scanningen, og angiosekvensen fra CT og MR-skanning fra henholdsvis den 18.02.10 og 19.02.10 var normale.

Spørgsmål 15:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvorvidt sagsogers symptomer den 16. februar 2010 burde have medført mistanke om differentialdiagnosen sinus trombose?

Sagsøger har trykkende hovedpine gennem uger, som er forværret kraftigt igennem tre dage og i forbindelse med forværringen ledsagende opkastning. Sagsøger er ikke nakke-ryg stiv, har ikke feber men har en sovende fornemmelse i højre arm. Sagsøger er i blodfortyndende behandling med marevan (INR 1.5 - ikke i niveau, trombocytter 23). Har desuden tidligere trombose-ring af dybe vener i ben og bækken vener, trombocytopeni, tidligere AMI og er svær overvægtig. Symptomerne på sinustrombose er gradvis progredierende hovedpine, ledsagende neurologiske udfald med parese eller anden fokal

neurologi, stasepapl, meningismus, bevidsthedssvækkelse eller epilepsianfald. Retslægerrådet skønner, at en erfaren specialist i et neurofag burde have fået mistanke om anden årsag til hovedpinen, herunder mulig sinustrombose, selv om sinustrombose kan være en vanskelig diagnose at stille. Jævnfør besvarelsen af spørgsmål 14 kan diagnosen på de foreliggende skanninger først stilles 02.03.10 og 03.03.10.

Spørgsmål 16.

Retslægerrådet anmodes om at oplyse, hvorvidt seponeringen af Marevanbehandling den 17. februar 2010 med overvejende sandsynlighed (mere end 50%) var en medvirkende årsag til de senere opdagede multiple tromboser.

Retslægerrådet vurderer, at seponeringen af Marevan med stor sandsynlighed har været medvirkende årsag til de senere opdagede tromboser.

Spørgsmål 17.

Giver sagen, herunder sagsogers forudgående samlede sygdomsanamnese og den deraf følgende medicinering i øvrigt Retslægerrådet anledning til yderligere bemærkninger.

Nej.

Spørgsmål A:

Retslægerrådet bedes oplyse, hvornår sagsogerens sinustrombose, konstateret den 3. marts 2010 på ☐ jf. det under datoen 3. marts 2010 i journalen fra ☐ (bilag 4) anførte, må anses for opstået?

Mistanke om sinustrombose fås ved CTC den 02.03.10 og sinustrombose verificeres ved MR-skanning den 03.03.10. Retslægerrådet kan ikke udtale sig om, hvornår sinustrombosen er opstået, men der var ikke ved relevant gennemført scanning 18.02.10 og 19.02.10 tegn på sinustrombose. Først ved scanningen 02.03.10 rejses mistanken, hvor Retslægerrådet skønner, at sinustrombosen sandsynligt er opstået mellem 19.02.10 og 02.03.10, jævnfør besvarelsen af spørgsmål 14. MR-skanning af intrakranielle vener er foretaget den 03.03.10, men skanningen allerede den 02.03.10 giver mistanke herom. Blødningen højt parietalt, som beskrives ved CTC den 17.02.10, skønner Retslægerrådet kan være en venøs stase blødning som følge af en begyndende sinustrombose, som ikke kunne påvises ved relevant scanning af intracerebrale venekar den 12.02.10 og 19.02.10 eller en spontan blødning som følge af lav trombocytal på 20.

Sagsøger har haft hovedpine med første lægekontakt den 28.12.09. Tolkes initialt som bihulebetændelse. En eventuel infektion (bihulebetændelse) kan have været en yderligere risikofaktor for sinustrombose. Da symptomerne (hovedpine) både kan være en følge af bihulebetændelse og sinustrombosen, kan Retslægerrådet ikke udtale sig om præcist tidspunkt for hvornår sinustrombosen er opstået. Der foreligger i de medsendte sagsakter oplysning om

INR den 19.12.09 som er 2,5 (i niveau) og fra 17.02.10 på 1,5 (ikke i niveau). Retslægerådet kan ikke besvare spørgsmålet mere præcist

Spørgsmål B:

Retslægerådet bedes oplyse, hvornår sagsøgerens blødning, konstateret ved scanning den 17. februar 2010 på C sygehus, jf. journalen fra C - Sygehus (bilag B), må anses for opstået?

Sagsøger indlægges på grund af kraftig forværring af hovedpinen fra 13.02.10. Der konstateres en parietalblødning på højre side ved CT af hjernen den 17.02.10, hvor sagsøger for første gang får gennemført en CTC. Retslægerådet skønner, at blødningen med stor sandsynlighed (>50%) er opstået den 13.02.10, hvor hovedpinen forværres kraftigt, og der tilkommer opkastning.

Spørgsmål C:

Retslægerådet bedes oplyse, om egen læge ved sagsøgerens henvendelse den 28. december 2009 handlede i overensstemmelse med de på tidspunktet almindeligt anerkendte retningslinjer for en privatpraktiserede læge, eller om egen læge på baggrund af sagsøgerens symptomer, jf oplysningerne herom i egen læges journal (bilag 1) skulle have henvist hende til sygehus eller speciallæge?

Svaret bedes begrundet.

Spørgsmål B:

Retslægerådet bedes oplyse, om egen læge ved sagsøgerens henvendelse den 30. december 2009 handlede i overensstemmelse med de på tidspunktet almindeligt anerkendte retningslinjer for en privatpraktiserede læge, eller om egen læge på baggrund af sagsøgerens symptomer, jf oplysningerne herom i egen læges journal (bilag 1), skulle have henvist hende til sygehus eller speciallæge?

Svaret bedes begrundet.

Spørgsmål E:

Retslægerådet bedes oplyse, om egen læge ved sagsøgerens henvendelse den 21. januar 2010 handlede i overensstemmelse med de på tidspunktet almindeligt anerkendte retningslinjer for en privat praktiserede læge, eller om egen læge på baggrund af sagsøgerens symptomer, jf oplysningerne herom i egen læges journal (bilag 1), skulle have henvist hende til sygehus eller speciallæge?

Svaret bedes begrundet.

Spørgsmål F:

Retslægerådet bedes oplyse, om egen læge ved sagsøgerens henvendelse den

27. januar 2010 handlede i overensstemmelse med de på tidspunktet almindeligt anerkendte retningslinjer for en privatpraktiserende læge, eller om egen læge på baggrund af sagsøgerens symptomer, jf. oplysningerne herom i egen læges journal (bilag 1), skulle have henvist hende til sygehus eller speciallæge?

Svaret bedes begrundet.

Spørgsmål G:

Retslægerådet bedes oplyse, om egen læge ved sagsøgerens henvendelse den 3. februar 2010 handlede i overensstemmelse med de på tidspunktet almindeligt anerkendte retningslinjer for en privatpraktiserende læge, eller om egen læge på baggrund af sagsøgerens symptomer, jf. oplysningerne herom i egen læges journal (bilag 1), skulle have henvist hende til sygehus eller speciallæge?

Svaret bedes begrundet.

Spørgsmål H:

Retslægerådet bedes oplyse, om egen læge ved sagsøgerens henvendelse den 11. februar 2010 handlede i overensstemmelse med de på tidspunktet almindeligt anerkendte retningslinjer for en privatpraktiserende læge eller om disse tilskrev, at egen læge på baggrund af sagsøgerens symptomer, jf. oplysningerne herom i egen læges journal (bilag 1), skulle have henvist hende til sygehus eller speciallæge?

Svaret bedes begrundet.

Ad spørgsmål C-H:

Der henvises til besvarelsen af spørgsmålene 6-11.

Spørgsmål J:

Retslægerådet bedes oplyse, om der var indikation for sygehusindlæggelse af sagsøgeren tidligere end den 16. februar 2010?

Svaret bedes begrundet.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 4 og 5.

Spørgsmål K:

Såfremt der i henhold til besvarelsen af spørgsmål J var indikation for indlæggelse tidligere end den 16. februar 2010 bedes Retslægerådet oplyse, om der er grundlag for at antage, at blodningen konstateret den 17. februar 2010 skyldes, at indlæggelsen først skete den 16. februar 2010?

Svaret bedes begrundet

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål B.

Spørgsmål L:

Sagsøgeren blev indlagt den 16. februar 2010 om eftermiddagen, og første notat er fra kl. 16:36, jf. journalen fra C Sygehus (bilag B).

Retslægerådet bedes oplyse, om det var i overensstemmelse med de på tidspunktet almindeligt anerkendte retningslinjer, at C Sygehus, på baggrund af sagsøgerens symptomer samt de journaler og oplysninger, som var i sygehusets besiddelse, foretog CT-scanning af sagsøgeren den 17. februar 2010 om eftermiddagen, eller om scanning burde være foretaget den 16. februar 2010?

Svaret bedes begrundet.

Sagsøger har ved indlæggelsen forværring i hovedpinen med ledsagende opkastning, desuden trombocytopeni med trombocytter på 23. Sagsøger findes lyssky. Retslægerådet finder, at disse faresignaler burde have medført en akut CT skanning på mistanke om intrakraniell årsag til forværring i symptomer på indlæggelsesdagen.

Spørgsmål M:

Retslægerådet bedes oplyse, om sagsøgerens blodpropper og blødninger konstateret efter den 17. februar, jf. det under datoerne 20. februar 2010, 2. marts 2010 og 3. marts 2010 i journalen fra D (bilag 4) anførte, skyldes at den første blødning først blev konstateret den ved CT-scanning den 17. februar 2010 i stedet for den 16. februar 2010?

Svaret bedes begrundet.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 14.

Spørgsmål N:

Retslægerådet bedes oplyse, om det var i overensstemmelse med de på tidspunktet almindeligt anerkendte retningslinjer, at C Sygehus den 17. februar 2010, på baggrund af resultatet af CT-scanningen foretaget samme dag, sagsøgerens symptomer, de journaler og oplysninger, som var i sygehusets besiddelse samt konferencen med neurokirurgisk vagthavende på D stoppede sagsøgerens behandling med Marevan?

Svaret bedes begrundet.

Det fremgår ikke af journalnotat fra C Sygehus, hvem som anbefaler pause med Marevan eller hvis råd, der ligger til grund herfor. Der er ikke ved scanningerne 18.02.10 og 19.02.10 forandringer, som tyder på sinustrombose. Først ved scanningen 02.03.10 rejses mistanken. Blødningen ved scanningen 17.02.10 kan være forårsaget af de lave blodplader, idet værdier på

omkring 20 kan give spontane blødninger. Alternativt kan det have været som følge af en begyndende sinustrombose, i et så tidligt stadie, at det endnu ikke var muligt at se forandringer i venesystemet ved scanninger.

På daværende tidspunkt var diagnosen hæmorrhagia cerebri hemisphere dxt., hvorfor det ikke kan anses som en fejl at seponere Marevan.

Spørgsmål O:

Retslægerådet bedes oplyse, om der er grundlag for at antage, at sagsøgerens efterfølgende konstaterede blodpropper og blødninger, jf. det under datoerne 20. februar 2010, 2. marts 2010 og 3. marts 2010 i journalen fra (bilag 4) anførte, skyldes, at hun ikke blev behandlet med Marevan i perioden fra behandlingen blev stoppet den 17. februar 2010 og indtil den 18. februar 2010, hvor hun blev overført til 'D'.

Svaret bedes begrundet.

Ja, de venose staseblødninger er led i sinustrombosen, hvor behandlingen er blodfortyndende medicin, som blev pauseret fra 17.02.10.

Spørgsmål P:

Retslægerådet bedes oplyse, om C Sygehus i henhold til de på tidspunktet almindeligt anerkendte retningslinjer, på baggrund af resultatet af CT-scanningen foretaget den 17. februar 2010, sagsøgerens symptomer, de journaler og oplysninger, som var i sygehusets besiddelse samt konferencen med neurokirurgisk vagthavende på D burde have stillet diagnosen sinustrombose?

Svaret bedes begrundet.

Retslægerådet vurderer, at en specialist i et neurofag eller neuroradiolog ud fra symptomer, risikofaktorer og blødningens lokalisation burde have fået mistanke om sinustrombose som differentialdiagnostisk overvejelse. Men på de foreliggende undersøgelser kan diagnosen sinustrombose først stilles med CT scanning 02.03.10 og MR-skanning 03.03.10.

Spørgsmål Q:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej."

I Retslægerådets supplerende udtalelse af 2. februar 2015 er det anført:

"Spørgsmål 18:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om referenceprogrammet for hovedpinesygdomme fra august 1994 ører til en ændret besvarelse af spørgsmål 4 til 17, såfremt de i sagen fremlagte lægelige oplysninger lægges til grund

for besvarelsen.

Svaret bedes begrundet:

Det fremgår af det medsendte referenceprogram udgivet af Dansk Neurologisk Selskab i august 1994, at:

“Livstidsprævalens for hovedpine er 96 %, samt “tilfælde med svær og hyppige hovedpiner er dog også meget almindelige og udgør den største patientgruppe indenfor neurologien.” (side 5).

Desuden:

“Hvis der er tale om monosymptomatisk hovedpine eventuel med perikraniel muskelømhed som eneste kliniske fund er der næppe tale om alvorlig tilgrundliggende sygdom og henvisning til speciallæge og/eller parakliniske undersøgelser kan som regel undlades” efterfulgt af “Der findes ingen standardundersøgelse for hovedpinepatienten men i enkelte tilfælde er parakliniske undersøgelser indiceret” (side 10).

I tabel 8 (side 12) angives “Forhold, der giver mistanke om tilgrundliggende alvorlig lidelse” - herunder tiltagende hovedpine af uger til måneders varighed”, hyperakut indsættende voldsom hovedpine (mistanke om subaraknoidal blødning) og “enhver nyopstået hovedpine hos personer over 40 år”

Det fremgår ikke af referenceprogrammet, hvornår i forløbet af en nyopstået hovedpine hos en person > 40 år det bør give anledning til mistanke om tilgrundliggende alvorlig lidelse og videre henvisning til speciallæge eller hospital, såfremt der er tale om en monosymptomatisk hovedpine, hvilket var tilfældet hos sagsøger.

Retslægerådet finder ikke ud fra det medsendte referenceprogram baggrund for at ændre besvarelsene af spørgsmål 4- 17.

Spørgsmål 19:

Det fremgår af de lægelige akter, at sagsøgeren henvendte sig hos egen læge den 28. december 2009. Det fremgår af journalen:

“Kraftig hovedpine i 10 dage. Er kommet snigende. Tillige muskelsmerter, men ikke febril. Obj. Virker forpint. Vågen og klar. Ikke NRS. Øjne ia. BT 175/105. Er trykkom svarende til sinus maxillaris”

Det er sagsøgers opfattelse, at hun ved konsultationen til lægen fremførte klager om, at hun havde kraftig hovedpine og at hendes hovedpine havde kommet snigende over en periode på 2 måneder og at hovedpinen ved konsultationen var kraftig og konstant til stede. Hun var endvidere lyssky, støjfølsom og forkvalmet.

Parterne er ikke enige om, hvilket faktum der skal lægges til grund. Retslægerådet skal ikke afgøre dette spørgsmål om faktum, men bedes besvare følgende spørgsmål under den forudsætning, at sagsøgers opfattelse lægges til grund.

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvorvidt det var i overensstemmelse med de på tidspunktet almindeligt anerkendte retningslinjer for privatpraktiserende læger, at undlade at henvise sagsøger til sygehus eller speciallæge ved konsultationen den 28. december 2009 såfremt det kan lægges til grund at sagsøger ved konsultationen fremførte klager i form af kraftig hovedpine, som havde kommet snigende over en periode på 2 måneder og at hovedpinen nu var kraftig og konstant til stede samt at sagsøger endvidere var lys-sky, støjfølsom og forkvalmet.

Svaret bedes begrundet.

Retslægerådets opgave er at besvare lægelige faglige spørgsmål ud fra sagens akter, og Retslægerådet kan ikke påtage sig at besvare spørgsmålene ud fra oplysninger, som ikke fremgår af sagens akter.

Spørgsmål 20.

Det fremgår af de lægelige akter, at sagsøgeren henvendte sig hos egen læge den 30. december 2009. Det fremgår af journalen:

"Diagnose: Hovedpine ex N02 N89 R09

Ingen bedring i symptomer. Fortsat febril 38-39. Har kvalme og kaster op. Svært at holde medicin i sig. Sparsonime diureser. Fortsat hovedpine. Objektivi: Pæne farver. Øjne:ia. Fauces:ia. Collum. ikke NRS, Stp etc: la."

Det er sagsøgers opfattelse, at hun ved konsultationen til lægen fremførte klager om, at hun i flere dage havde haft feber og fortsat kraftig hovedpine, kvalme og opkastning og at hun tillige var lys- og støjoverfølsom.

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvorvidt det var i overensstemmelse med de på tidspunktet almindeligt anerkendte retningslinjer for privatpraktiserende læger, at undlade at henvise sagsøger til sygehus eller speciallæge ved konsultationen den 30. december 2009, såfremt det kan lægges til grund at sagsøger i flere dage havde haft feber, fortsat kraftig hovedpine, kvalme og opkastning og at hun tillige var lys- og støjoverfølsom.

Svaret bedes begrundet.

Spørgsmål 21.:

Det fremgår af de lægelige akter, at sagsøgeren henvendte sig hos egen læge den 21. januar 2010. Det fremgår af journalen:

"Diagnose NO1 Hovedpine ex N02 N89 R09

KT BT pænt 140-145/85-90, sinusitis næppe? (CPR 10,9,) årsag Simvastin?, Cipralex? Sep Simvastin"

Det er sagsøgers opfattelse, at hun ved konsultationen til lægen fremførte klager om, at hun havde fortsat kraftig hovedpine, kvalme og opkastning og at hun tillige var lys- og støjoverfølsom.

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvorvidt det var i overensstemmelse med de på tidspunktet almindeligt anerkendte retningslinjer for privatpraktiserende læger, at undlade at henvise sagsøger til sygehus eller speciallæge ved sagsøgers henvendelser den 21. januar 2010 såfremt det kan lægges til grund, at lægen blev oplyst om, at hovedpinen var til stede konstant og at denne var ledsaget af kvalme og opkastning og at sagsøger tillige var lys- og støjoverfølsom.

Svaret bedes begrundet:

Spørgsmål 22:

Det fremgår af de lægelige akter, at sagsøgeren henvendte sig hos egen læge den 27. januar 2010. Det fremgår af journalen:

"Diagnoser

NO1 Hovedpine ex N02 N89 R09

Thrombopenia essentialis (d693a)

KT aftagende hovedpine, trombocytal steget til 84, fortsat obs "

Det er sagsøgers opfattelse, at hun ved konsultationen til lægen fremførte klager om, at hun havde fortsat kraftig hovedpine, kvalme og opkastning og at generne var de samme som ved henvendelsen den 21. januar 2010.

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvorvidt det var i overensstemmelse med de på tidspunktet almindeligt anerkendte retningslinjer for privatpraktiserende læger, at undlade at henvise sagsøger til sygehus eller speciallæge ved sagsøgers henvendelser den 27. januar 2010, når det kan lægges til grund, at sagsøger fortsat fremførte klager om de samme symptomer som ved henvendelsen den 21. januar 2010.

Svaret bedes begrundet

Spørgsmål 23:

Det fremgår af de lægelige akter, at sagsøgeren henvendte sig hos egen læge den 3. februar 2010. Det fremgår af journalen:

"Diagnoser

R75 Bihulebetændelse akut/kronisk

*TK stigning i CRP, stadig hovedpine og trykken i bihuler vælger
TABfilm Imadrax 750 mg
1 tablet 3 gange daglig mod infektion"*

Det er sagsogers opfattelse, at hun ved konsultationen til lægen fremførte klager om, at hun havde fortsat kraftig hovedpine, kvalme samt fortsat lys- og støjoverfølsomhed og at der ikke var nogen bedring i symptomer.

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvorvidt det var i overensstemmelse med de på tidspunktet almindeligt anerkendte retningslinjer for privatpraktiserende læger, at undlade at henvise sagsøger til sygehus eller speciallæge ved sagsogers henvendelser den 3. februar 2010 såfremt det kan lægges til grund, at sagsøger fortsat fremførte klager i form af kraftig hovedpine, kvalme og ledsagende lys- og støj overfølsomhed og at der ikke var nogen bedring i symptomer.

Svaret bedes begrundet

Spørgsmål 24:

Det fremgår af de lægelige akter, at sagsøgeren henvendte sig hos egen læge den 11. februar 2010. Det fremgår af journalen:

*"Diagnose
N01 Hovedpine ex N02 N89 R09.*

*KT måske lille bedring efter sep Simvastatin, ingen neurologiske udfald overhovedet, genese? Vælger atter at give
TABFILM Simvastatin "Actavis" 40 mg 98,00
1 tablet om aftenen, mod forhøjet kolesterol
TAB Finex Camp 30 + 500 mg 40,00
1 tablet 3 gange daglig, mod smerter"*

Det er sagsogers opfattelse, at hun ved konsultationen til lægen fremførte klager om, at hun havde fortsat kraftig hovedpine med ledsagende kvalme og at der fortsat var tale om lys- og støj overfølsomhed.

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvorvidt det var i overensstemmelse med de på tidspunktet almindeligt anerkendte retningslinjer for privatpraktiserende læger, at undlade at henvise sagsøger til sygehus eller speciallæge ved sagsogers henvendelser den 11. februar 2010, såfremt det kan lægges til grund, at sagsøger fortsat havde svær hovedpine og kvalme med ledsaget lys- og støjoverfølsomhed?

Svaret bedes begrundet:

Ad spørgsmål 20. 21. 22. 23 og 24:

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 18 og 19.

Spørgsmål 25:

Såfremt Retslægerådet lægger til grund, at sagsogers gener havde det omgang og den varighed som beskrives i spørgsmål 19- 24 anmodes Retslægerådet at oplyse, hvorvidt en tidligere henvisning til yderligere udredning hos speciallæge eller sygehus med overvejende sandsynlighed (mere end 50%) ville have medført en tidligere diagnosticering og derved med overvejende sandsynlighed en begrænsning af skaderne som i dag består af følger efter hjerneblodning, sinus trombose og øvrige tromboser.

Svaret bedes begrundet:

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 18, hvor der henvises til referenceprogrammets anbefalinger.

Retslægerådet finder ikke det giver anledning til ændring af tidligere besvarelse af spørgsmålene.

Spørgsmål 26.:

Parterne er uenige om, hvorvidt der har været flere konsultationer, herunder telefoniske konsultationer, end dem der er oplysninger om i egen læges journal (bilag 1).

Retslægerådet skal ikke afgøre denne tvist, men bedes besvare følgende:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvorvidt det var i overensstemmelse med de på tidspunktet almindeligt anerkendte retningslinjer for privatpraktiserende læger at inkludere at henvise sagsøger til sygehus eller speciallæge på noget tidspunkt forud for den 13. februar 2010, hvis der i perioden 5. oktober 2009 -11. februar 2010 var op mod 15 yderligere konsultationer, herunder telefoniske konsultationer, om hovedpine, kvalme samt lys- og støjoverfølsomhed end dem, der fremgår af egen læges journal.

Svaret bedes begrundet:

Retslægerådet finder ud fra sagens akter, at der angives hovedpine i en 10 dages periode forud for første konsultation den 28.12., det vil sige siden 18.12.

Der henvises i øvrigt til besvarelsen af spørgsmålene 18-25.

Spørgsmål 27:

Med henvisning til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål A - B, anmodes Retslægerådet om at oplyse, hvorvidt den indlagte forudsætning giver anledning til en ændret besvarelse.

Svaret bedes begrundet:

Spørgsmålet er uklart formuleret og kan ikke besvares.

Spørgsmål 28:

Retslægerådet bedes oplyse hvorvidt sagen i øvrigt herunder besvarelsen af de supplerende spørgsmål sammenholdt med sagsogers forudgående sygdomsanamnese og den deraf følgende medicinering, giver anledning til yderligere bemærkninger.

Nej.

Spørgsmål R:

Fører referenceprogrammet for hovedpinesygdomme august 1991, til en ændret besvarelse af spørgsmål 4 og 5, eller skulle A også i henhold til disse retningslinjer have været henvist den 13. februar 2010?

Jævnfør besvarelsen af spørgsmål 18, finder Retslægerådet ikke, at referenceprogrammet giver anledning til ændring af besvarelsen af spørgsmål 4 og 5.

Spørgsmål S:

Den 13. februar 2010 var en fredag. A blev indlagt mandag den 16. februar 2010.

Retslægerådet bedes i tilknytning til besvarelsen af spørgsmål 4 og 5 oplyse, om A på baggrund af sine gener den 13. februar 2010 skulle have været indlagt eller henvist til sygehus akut, eller om det ville have været i overensstemmelse med almindeligt anerkendte retningslinjer, at henvise hende til yderligere udredning hurtigst muligt efter weekenden hos en speciallæge eller på et sygehus?

Som Retslægerådet tidligere har besvaret i spørgsmål 4 og 5, skønner Retslægerådet, også ud fra det medsendte referenceprogram, at forværringen den 13.02.10 burde have givet anledning til yderligere vurdering. Retslægerådet skønner, at denne vurdering burde have været akut.

Spørgsmål T:

Såfremt A skulle have været indlagt den 13. februar 2010 bedes det i tilknytning til besvarelsen af spørgsmål 13 og 14 oplyst, om en indlæggelse og yderligere udredning den 13. februar 2010 antageligt kunne have begrænset følgerne af blødningen konstateret den 17. februar 2010?

Spørgsmålet er hypotetisk og kan ikke besvares.

Spørgsmål U:

*Såfremt referenceprogrammet for hovedpinesygdomme, august 1994, fører til, at **A** skulle have været henvist til yderligere udredning på et tidligere tidspunkt end den 13. februar 2010, jf. besvarelsen af spørgsmål R, bedes spørgsmål S og T besvaret alternativt med udgangspunkt i denne tidligere dato.*

Spørgsmålet er hypotetisk og kan ikke besvares.

Spørgsmål V:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej"

Under sagen er der også fremlagt udskrifter af journal fra **A** egen læge og journaler fra **C** Sygehus og **D**. Der er endvidere fremlagt et referenceprogram for hovedpinesygdomme, udarbejdet af Dansk Neurologisk Selskab i august 1994.

*Forklaringer*Sagsøgers forklaring

A har forklaret blandt andet, at hun aldrig har været reguleret i behandlingen med Marevan hos egen læge. Under konsultationer blev der taget blodprøver ved stik i hendes finger. Behandlingen hos egen læge var ikke systematisk. Sidst i november 2009 havde hun hovedpine og henvendte sig til sin læge herom. Lægen kunne være vanskelig at kontakte telefonisk om morgenen, og hun lagde flere gange besked, hvorefter han ringede tilbage. Hovedpinen udviklede sig stille og roligt og blev mere og mere kraftig. Hun måtte ofte ligge i sengen på grund af hovedpinen.

I slutningen af december 2009 kunne hun ikke klare julegaveindkøbene, og juleaften blev hun skidt tilpas. Den 31. december 2009 var hun meget dårlig. Hun kastede op og kunne næsten ikke stå på benene. Hun kunne ikke deltage om aftenen i selskabet hos sin bror, da hun ikke kunne stå på benene. I starten af januar 2010 var der en lille bedring, og så begyndte det forfra igen. Lægen sagde, at hun ikke skulle være bange, da hun ikke kunne få flere blodpropper, da hun var i behandling med Marevan. Hendes blodtryk blev målt, og hun talte med lægen under konsultationer. Hun spurgte blandt andet, om han var sikker på, at hun ikke kunne få eller havde en hjerneblødning. Lægen sagde, at det ikke var en hjerneblødning.

Om lørdagen den 13. februar 2010 kom hun til en vagtlæge. Hun var meget oprevet, og hun havde vanvittig ondt i hovedet. Hun blev rådet til at tage smertestillende piller og kontakte sin egen læge den følgende mandag. Den 16. februar 2010 var hun hos lægen. Hun sad i venterummet og græd. Hun

talte med en anden læge end hendes egen læge, og hun kom ind at ligge på lægens briks. Lægen sagde, at det skulle undersøges, hvad årsagen var til hendes hovedpine. Hun kom på C Sygehus, hvor hun blev skannet med en CT-skanner. En sygeplejerske sagde, at hendes mand ikke måtte tage hjem, og at han skulle blive på sygehuset. En læge fortalte, at man kunne se noget på skanningen. På C Sygehus fandt der en meget grundig udredning sted den 16. februar 2010. Tidligt næste morgen blev hun overført til

D

Hun er påført flere varige skader på grund af den ukorrekte behandling. Hun er halvsidigt lammet og bruger kørestol. Hun kan kun gå 20 - 30 meter. Der kommer en hjemmeplejer om morgenen og ved middagstid, i øvrigt hjælper hendes mand. Hun kan ikke tåle ret mange ting, og hun glemmer ofte. Tidligere var hun meget socialt udadvendt. Hun modtager nu førtidspension.

Vidneforklaring

G har forklaret blandt andet, at han er A mand. A's hovedpinegener startede omkring november 2009. Tidligere havde hun ubehag i kroppen, og det begyndte så med kvalme og hovedpine. Hun havde tidligere haft skader, der havde bundet hende til sengen. I 2009 var julen meget anderledes, end den plejede at være. A kunne ikke klare juleindkøbene, og hun havde slet ikke det sædvanlige overskud og energi som sædvanlig. Meget af tiden måtte hun lægge sig for at og hvile.

A's egen læge blev kontaktet før jul. Vidnet og A havde en fornemmelse af, at lægen ikke forstod betydningen af Marevan-behandlingen. Lægen var svær at få fat i, og han havde meget travlt, og havde svært ved at skrive journal. Derfor var der tit kontakt til en uddannelseslæge. A refererede ofte til konsultationer, der tidligere havde fundet sted, og så stod der ikke noget i lægens journal herom. Op til A's indlæggelse var hovedpinen værre. A var forvirret, da der ikke var nogen, der gjorde noget ved hendes voldsomme hovedpinesmerter. Lægen sagde, at når man var i behandling med Marevan, så kunne man ikke få blodpropper igen.

Da A blev indlagt på C Sygehus, blev sygeforløbet og den længerevarende hovedpine drøftet. Hun blev CT-skannet, og så blev hun overflyttet til D i Marevan-behandlingen ophørte efter indlæggelsen nå D Vidnet havde en samtale med overlæge F på D sidst i forløbet. F fortalte, at familien ikke kunne regne med at få A hjem, så hun kunne klare sig selv. Hun ville være for behandlingskrævende, og der var sket en fejl i behandlingen af hende.

Parternes synspunkter

Sagsøgerens advokat har i et påstandsdokument anført følgende:

"ANBRINGENDER:

Til støtte for den nedlagte påstand gøres det gældende:

at sagsøger, ¹ **A**, forud for sin debut at hovedpinegenerne i efteråret 2009, havde en kompleks helbredstilstand, idet sagsøger var disponeret for såvel hjerneblødninger som for blodpropper, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 2.

Sagsøger havde haft en mindre blodprop i hjertet i 2006 og efterfølgende fået konstateret for højt blodtryk. Hun havde endvidere polycystisk ovariesyndrom (PCO), alene at denne årsag var sagsøger allerede disponeret for en øget risiko for blodpropper. Hun havde også et BMI, som indikerede alvorlig fedme.

I februar 2009 havde **A** et kompliceret sygeforløb med multiple tromboser i hele venstre ben, bækken og lunger, hvilket også medførte, at hun fik ordineret det blodfortyndende præparat, Marevan, for at mindske muligheden for dannelse af blod propper,

at journal fra egen læge bekræfter, at lægen var velinformeret omkring sagsøgers komplekse helbredstilstand, og at egen læge derfor skulle have haft en skærpet opmærksomhed vedrørende eventuelle symptomer på enten blodprop- eller blødning, og derfor på et langt tidligere tidspunkt burde have overvejet henvisning af sagsøger til videre undersøgelser, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 4 og 5,

at omfanget af både de midlertidige følger samt de varige skadefølger derved kunne have været begrænset eller helt undgået, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 13,

at egen læge derfor må vurderes som ansvarlig for den forsinkede diagnostisering og den formodede merskade, som sagsøger pådrog sig som følge af det meget lange hovedpineforløb, som kulminerede i en hjerneblødning og sinustrombose samt efterfølgende multiple tromboser.

Sagsøger henvendte sig hos sin læge, ifølge journaloplysningerne, allerede den 28. december 2009, hvor lægen oplyses om en 10 dages hovedpineanamnese. Ifølge telefonudskrifter henvendte sagsøger sig både før og efter den 28. december gentagne gange til egen læge, Udskrifter fra telefonlister og egen læges indberetning til Region ¹ **H** bekræfter, at sagsøger i en periode på flere måneder oplyste sin læge om sin tilstand med voldsom hovedpine med forskellige ledsagesymptomer.

Hovedpine er et af de kardinale symptomer på komplikationer i form af hjerneblødning eller blodprop i hjernen, og en vedvarende hovedpine over mere end 2 uger samt gentagne henvendelser til læge burde have medført mistanke

om andet end bihulebetændelse, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 13,

at den afgørende målestok for reglen om bedste specialiststandard for alment praktiserende læger er, hvorvidt der er handlet optimalt ud fra videnskab og erfaring på dette område, herunder i form af henvisning til sygehus eller speciallæge,

at hurtigere henvisning til specialist/sygehus kunne have begrænset det videre forløb med hjerneblødninger samt flere blodpropper i hjernen,

at egen læge, herunder lægehuset B herved ikke har levet op til bedste specialiststandard og herved påførte sagsøger en patientskade, hvilket tillige fremgår af INR-niveauet, som egen læge skulle holde i niveau, ikke var i niveau ved undersøgelse den 17. februar 2010, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål A,

at hjerneblødningen, som blev bekræftet ved CT-scanningen den 17. februar 2010, burde have medført mistanke om en bagvedliggende sinustrombose,

at fundet ved CT-scanningen medførte, at C Sygehus traf en beslutning om, at det antikoagulerende præparat i form af Marevan blev stoppet, hvilket med overvejende sandsynlighed er årsag til de hos sagsøger opståede efterfølgende livstruende multiple tromboser, jf. Retslægerådets svar på spørgsmål 16,

at de efterfølgende blodpropper, som blev konstateret ved MR-angiografien den 3. marts 2010, og de efterfølgende undersøgelser kunne være undgået, såfremt man på C Sygehus havde overvejet differentialdiagnosen i direkte relation til CT-scanningen den 17. februar 2010,

at C Sygehus har ikke levet op til bedste specialiststandard,

at sagsøger grundet manglende korrekt diagnose ikke fik den behandling, som kunne have forhindret de senere skader i form af hjerneblødning og blodpropper,

at sagsøger har pådraget sig en patientskade grundet forsinket diagnosticering på C Sygehus,

at C Sygehus ved indlæggelsen også havde kendskab til sagsøgers komplekse sygdomsbillede forud for indlæggelsen,

at sagsøgers symptomer på hovedpine forud for den i journalen oplyste akutte forværring den 13. februar 2010 var forenelig med en hjerneblødning, men også en sinustrombose,

at C Sygehus som behandlende instans er ansvarlig for, at behandlingen er i overensstemmelse med bedste specialiststandard,

at C Sygehus derfor skal vurderes som ansvarlig for at have overset en differentialdiagnose i form af sinustrombose,

at seponeringen af Marevan-behandlingen medførte en øget risiko for dannelse af blodpropper over tid,

at C Sygehus derfor ikke burde have seponeret Marevan-behandlingen uden overvejelser omkring en differentialdiagnose i form af sinustrombose, og

at behandlingen af sagsøger på C Sygehus derfor i sin helhed har medført merskader hos sagsøger, som kan begrundes både i en forsinket diagnosticering og en ikke optimal medicinering af sagsøger, hvorfor sagsøger skal tilpligtes at anerkende, at sagsøger har pådraget sig en patientskade."

Sagsøgtes advokat har i et påstandsdokument anført følgende:

"Sagens tema

Sagsøgeren blev i perioden 28. december 2009 - 11. februar 2010 undersøgt af egen læge.

Den 13. februar 2010 blev sagsøgeren undersøgt ved lægevagten Region H og den 16. februar 2010 blev sagsøgeren indlagt på C Sygehus.

Den 17. februar 2010 blev der foretaget en scanning, der viste en blødning i hjernen og den 3. marts 2010 blev der på D stillet diagnose sinustrombose.

Ved afgørelse af 28. juni 2012 fandt sagsøger, at sagsøgeren ikke var blevet påført nogen erstatningsberettigende patientskade, jf. klage- og erstatningsansvarslovens § 19, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 4, og § 21, stk. 1.

Sagen angår i henhold til de nævnte bestemmelser, om en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes ved sagsøgerens henvendelser til egen læge i perioden 28. december 2009 til den 11. februar 2010, ved lægevagten Region H den 13. februar 2010 eller ved sagsøgerens behandling på C Sygehus i perioden 16. - 18. februar 2010, og om sagsøgerens gener fra blødningen konstateret den 17. februar 2010 og sinustrombosen diagnosticeret den 3. marts 2010 derved med overvejende sandsynlighed kunne have været undgået eller formindsket

Retten skat herved tage stilling til 1) om der blev handlet i overensstemmelse med almindeligt anerkendte retningslinjer og i benægtende fald, 2) om sagsøgerens gener kunne have været undgået eller formindsket, hvis der var blevet handlet i overensstemmelse med almindeligt anerkendte retningslinjer.

Anbringender

Efter klage- og erstatningslovens § 19, stk. 1 og § 21, stk. 1, ydes der erstatning for skader, som er en følge af, at der ikke er blevet stillet en korrekt diagnose. Der ydes imidlertid kun erstatning, såfremt det må antages, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes ved undersøgelse, behandling eller lignende, hvorved skaden ville være undgået, jf. § 20, stk. 1, nr. 1 jf. § 21, stk. 1.

Der gælder efter § 20, stk. 1, nr. 1, ikke noget krav om, at behandlingen skal have været "optimal". Der gælder heller ikke noget krav om, at behandlingen skal have været udført i overensstemmelse med "den bedste specialiststandard"

Der ydes endvidere kun erstatning, hvis det er overvejende sandsynligt, at skaden skyldes behandlingen. Der ydes således ikke erstatning, hvis skaden skyldes grundlidelsen og ikke med sandsynlighed kunne have været undgået.

Det er sagsøgeren, som har bevisbyrden for, at betingelserne for anerkendelse af en patientskade er opfyldt. Denne bevisbyrde har sagsøgeren ikke løftet.

Behandlingen ved Lægehuset B 28. december 2009 - 11. februar 2010

Det kan på baggrund af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 4 og 5, jf. besvarelsen af spørgsmål 18 og R, lægges til grund, at egen læge handlede i overensstemmelse med almindeligt anerkendte retningslinjer, og at behandlingen derfor var i overensstemmelse med klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1.

Retslægerådet har således ved besvarelsen af spørgsmål 4 og 5 oplyst, at sagsøgerens symptomer først den 13. februar 2010 burde have givet anledning til henvisning med henblik på yderligere udredning. Behandlingen den 13. februar 2010 fandt imidlertid ikke sted ved egen læge, men ved lægevagten Region: H

Det kan ikke føre til et andet resultat, at sagsøgeren er af den opfattelse, at der i perioden 28. december 2009 - 11. februar 2010 var flere henvendelser til egen læge end dem, som fremgår af journalen, hvilket bestrides.

Selv hvis det måtte kunne lægges til grund, at der var flere henvendelser end dem, som fremgår af journalen, er det afgørende nemlig ikke antallet af hen-

vendelser, men de symptomer som sagsøgeren angiveligt havde. Som anført af Retslægerådet i svaret på spørgsmål 4 og 5 var sagsøgerens symptomer monosymptomatisk hovedpine, som først den 13. februar 2010 burde have givet anledning til henvisning med henblik på yderligere udredning.

Retslægerådet har i svaret på spørgsmål 12 udtrykkeligt oplyst, at det er uden betydning, om der i perioden 28. december 2009 - 11. februar 2010 var flere henvendelser til egen læge end dem, som fremgår af egen læges journal.

Der er allerede derfor ikke noget grundlag for at tage sagsøgerens påstand om anerkendelse af en patientskade som følge af undersøgelserne ved egen læge til følge.

Hertil kommer, at sagsøgeren under alle omstændigheder ikke med overvejende sandsynlighed er blevet påført nogen skade, jf. nedfor om behandlingen ved lægevagten og på C Sygehus.

Behandlingen ved lægevagten Region H den 13. februar 2010

Det kan på baggrund af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 4 og 5, jf. besvarelsen af spørgsmål 18 og R lægges til grund, at sagsøgeren den 13. februar 2010 i henhold til almindeligt anerkendte retningslinjer burde have været henvist akut til yderligere udredning.

Sagsøgeren blev ikke henvist den 13. februar 2010, men blev i stedet indlagt 3 dage senere den 16. februar 2010.

Sagsøgeren har inidtlertid ikke som følge af den manglende henvisning den 13. februar 2010 godtgjort, at hun er blevet påført nogen patientskade.

Det bestrides herved som udokumenteret, at en akut henvisning til yderligere udredning den 13. februar 2010 med overvejende sandsynlighed — endsige nogen sandsynlighed overhovedet — ville have formindsket følgerne af blødningen konstateret den 17. februar 2010 eller sinustrombosen diagnosticeret den 3. marts 2010.

Det fremgår således af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 14, at en scanning den 16. februar 2010 ikke ville have ændret forløbet. Retslægerådet henviser til, at det er beskrevet, at der ikke ses tromber i vener eller arterier på scanningen, og at angiosekvensen fra CT- og MR-scanningerne den 18. februar og 19. februar 2010 var normale.

Hertil kommer, at det af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 13 fremgår, at årsagen til forværringen i tilstanden den 13. februar 2010 kunne være en spontan blødning alternativt en begyndende sinustrombose, som det trods relevante undersøgelser ikke ville have været mulig at verificere. Af svaret på spørgsmål P fremgår, at sinustrombosen først kunne diagnosticeres efter CT-

scanning den 2. marts 2010 og MR-scanning den 3. marts 2010.

Sagsøgeren har ikke heroverfor redegjort for de lægefaglige omstændigheder, der med overvejende sandsynlighed godtgør, at akut henvisning til yderligere udredning den 13. februar ville have formindsket hendes gener.

Det skal ikke komme sagsøgte til skade, at sagsøgeren ikke selv har stillet det spørgsmål til Retslægerådet, om svaret på spørgsmål 14 ville have været et andet, hvis spørgsmålet havde angået den 13. februar 2010 i stedet for den 16. februar 2010. Jeg bemærker, at sagsøgte som det seneste har stillet spørgsmålet på vegne sagens parter, men at der endnu ikke foreligger noget svar.

Der er derfor ikke noget grundlag for at tage sagsøgerens påstand om anerkendelse af en patientskade som følge af undersøgelsen ved lægevagten Region H til følge.

Behandlingen på C Sygehus den 16.-17. februar 2010

Det kan på baggrund af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål L lægges til grund, at C Sygehus i henhold til almindeligt anerkendte retningslinjer burde have foretaget en CT-scanning allerede på indlæggelsesdagen den 16. februar 2010 i stedet for først den 17. februar.

Det kan dog ligeledes lægges til grund, at sagsøgeren ikke blev påført nogen skade ved, at det ikke skete.

Det fremgår således som ovenfor anført af Retslægerådets svar på spørgsmål 14 og P, at en scanning foretaget den 16. februar 2010 ikke ville have formindsket følgerne af blødningen konstateret den 17. februar, og at diagnosen sinustrombose først kunne stilles efter CT-scanning den 2. marts 2010 og MR-scanning den 3. marts 2010, jf. besvarelsen af spørgsmål P.

For så vidt angår, at behandlingen med den blodfortyndende medicin Marevan blev stoppet den 17. februar 2010, fremgår det af Retslægerådets svar på spørgsmål N, at det ikke var en fejl, da det var i overensstemmelse med diagnosen på det tidspunkt. Behandlingsstoppet var derfor heller ikke i uoverensstemmelse med klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1.

Der er derfor ikke noget grundlag for at tage sagsøgerens påstand om anerkendelse af en patientskade som følge af behandlingen på I C Sygehus til følge."

Parternes advokater har under hovedforhandlingen gentaget og uddybet deres synspunkter.

Rettens begrundelse og afgørelse

Ved bedømmelsen lægger retten blandt andet vægt på Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 2, 4 og 5, sammenholdt med svaret på spørgsmål 12. Det anses herefter for godtgjort, at der ikke fra egen læge burde have været udvist højere grad af opmærksomhed ved behandlingen af **A**

end den opmærksomhed, der blev udvist frem til den 11. februar 2010. Det tillægges i øvrigt ikke betydning, om der i perioden fra den 5. oktober 2009 til den 11. februar 2010 var et større antal yderligere konsultationer, herunder telefoniske konsultationer, end de konsultationer, der fremgår af egen læges journal.

I besvarelsen af spørgsmålene er det udtalt, at **A** ved konsultationen hos vagtlægen den 13. februar 2010 burde være henvist til yderligere vurdering, og det fremgår af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål L, at CT-scanning af **A** på grund af hendes symptomer burde have været foretaget, da hun blev indlagt på **C** Sygehus den 16. februar 2010.

Retslægerådet har imidlertid som svar på spørgsmål 14 og 15 sammenholdt med besvarelsen af spørgsmål P udtalt, at en scanning på **C** Sygehus den 16. februar 2010 ikke ville have ændret følgerne efter **A** hjerneblødning. Der er henvist til, at der ikke ses trombose i vener eller arterier på scanningen, og at angiosekvensen for CT-scanning og MR-scanning fra henholdsvis den 18. februar 2010 og den 19. februar 2010 var normal. Det er i øvrigt udtalt, at diagnosen sinustrombose først kunne stilles med CT-scanning den 2. marts 2010 og MR-scanning den 3. marts 2010.

Retten finder herefter ikke, at det med overvejende sandsynlighed er godtgjort, at en erfaren specialist inden for området ville have handlet anderledes end **A** egen læge, og der er således ikke i medfør af klage- og erstatningsansvarslovens § 20, stk. 1, nr. 1, grundlag for et erstatningsansvar vedrørende egen læges behandling. Det findes endvidere ikke med overvejende sandsynlighed godtgjort, at betingelserne for et erstatningsansvar for så vidt angår behandlingen på **C** Sygehus er opfyldt efter bestemmelsen.

Med henvisning til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål N, finder retten i øvrigt ikke, at der er grundlag for et erstatningsansvar i forbindelse med seponeringen af Marevan.

Efter en samlet vurdering og med fremhævelse af Retslægerådets udtalelser sammenholdt med de i øvrigt foreliggende oplysninger finder retten, at sagsøgtes påstand om frifindelse bør tages til følge.

Sagens omkostninger fastsættes til 45.000 kr., der udgør et passende beløb til dækning af udgifter til advokatbistand for sagsøgte. Der henvises til sagens karakter og værdi samt omfanget og resultatet. For så vidt angår værdis-

en er der henset til, at sagsøgerens advokat har oplyst, at sagens værdi udgør minimum 154.000 kr. Der er vedrørende omfanget især taget hensyn til, at sagen flere gange har været forelagt for Retslægerådet.

Thi kendes for ret:

Sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, frifindes.

Sagsøgeren, ^A , skal inden 14 dage til sagsøgte betale sagens omkostninger med 45.000 kr.

Peder Johs. Christensen

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Retten i Holbæk, den 25. juni 2015.

Gitte Stadsbjerg, Kontorfuldmægtig