



Udskrift af dombogen

DOM

Afsagt den 11. januar 2016 i sag nr. BS 150-410/2013:

A

mod

Ankenævnet for Patienterstatningen
Tidl. Patientskadeankenævnet
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg

Sagens baggrund og parternes påstande

Ved Patientforsikringens afgørelse af 7. december 2011 blev det anerkendt, at sagsøgeren, A i forbindelse med sin behandling på B var blevet påført en erstatningsberettigende skade i form af lungeemboli. Patientforsikringen anførte, at behandlingen havde afvejet fra erfaren specialiststandard, og at sagsøgeren ved optimal behandling med overvejende sandsynlighed havde undgået at få lungeemboli efter lyskebrokoperationen den 4. marts 2010, jf. klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1.

Sagen vedrører spørgsmålet om, hvorvidt nogle af sagsøgerens gener er en følge af den anerkendte patientskade. Sagsøgeren gør gældende, at patientskaden har forårsaget varige skader i form af hjerneskade, åndenød, træthed og hjertebanken, mens sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, gør gældende, at sagsøgeren ikke ved patientskaden er påført en hjerneskade, og at sagsøgerens gener i form af træthed, åndenød og hjertebanken med overvejende sandsynlighed ikke er en følge af patientskaden.

Ved Patientforsikringens afgørelse af 15. maj 2012 fik sagsøgeren tilkendt 38.119 kr. i erstatning for helbredsudgifter og tabt arbejdsfortjeneste samt godtgørelse for svie og smerte. Med begrundelsen at Patientforsikringen vurderede, at sagsøgeren ikke med overvejende sandsynlighed har fået varige følger efter patientskaden i form af lungeemboli, afviste Patientforsikringen at tilkende sagsøgeren godtgørelse for varigt mén og erstatning for tab af erhvervsevne.

Ankenævnet for Patienterstatningen har ved afgørelse af 26. november 2012

tiltrådt Patientforsikringens afgørelser af 7. december 2011 og 15. maj 2012.

Sagsøgeren har påstået sagsøgte dømt til at anerkende, at sagsøgeren ved den anerkendte erstatningsberettigede skade er berettiget til godtgørelse for varigt men, erstatning for tab af erhvervsevne, yderligere erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og yderligere godtgørelse for svie og smerte.

Sagsøgeren har subsidiært påstået sagsøgte dømt til at anerkende, at sagsøgeren er påført en patientskade i form af hjerneskade, åndenød, træthed og/eller hjertebanken, og at sagen skal hjemvises til fornyet behandling.

Sagsøgte har påstået frifindelse, subsidiært hjemvisning.

Sagsøgeren har oplyst, at sagens værdi anslås at udgøre 600.000 kr.

Oplysningerne i sagen

Denne dom indeholder ikke en fuldstændig sagsfremstilling, jf. retsplejeloovens § 218 a, stk. 2.

Den 7. december 2011 Patientforsikringen afgørelse. Af afgørelsen fremgår bl.a.:

"Afgørelse

Din skade i form af lungeemboli (lungeblodprop) er omfattet af loven. Du er berettiget til erstatning, hvis det samlede erstatningsbeløb overstiger 10.000 kr., jf. KEL § 24, stk. 2.

Afgørelsen er truffet i henhold til KEL § 20, stk. 1, nr. 1.

Du skal nu sende nogle oplysninger til os, så vi kan opgøre din erstatning. Under afsnittet "Sagens videre forløb" kan du se, hvilke oplysninger du skal indsende.

Sagsfremstilling

Du har overfor Patientforsikringen oplyst, at du efter en lyskebrokoperation fik blodpropper i begge lunger, fordi du ikke fik blodfortyndende medicin under operationen. Under den efterfølgende sygemelding er du blevet fyret fra dit arbejde. Du søger nu om erstatning for disse forhold.

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

Du blev som henholdsvis 13- og 18-årig opereret i venstre lyske som

følge af fejlplacering af testiklen, og i 2007 blev du opereret for navlebrok med indsættelse af net.

Som følge af mavesmerter ved Løft var du den 30. november 2009 til undersøgelse på B hvor en CT-skanning viste, at du havde et venstresidigt lyske brok, samt et lille navleblok. Du gennemgik på denne baggrund en kikkertgennemført operation den 4. marts 2010. Operationen forløb uden komplikationer, og du kunne udskrives med det samme. Der blev ikke givet antikoagulerende (blodpropforebyggende) medicin i tilknytning til lyskebrokoperationen.

Den 10. marts 2010 blev du indlagt på B via vagtlægen som følge af hjertebanken, åndenød og utilpashed. Du havde i de sidste dage inden haft tendens til smerter i venstre ben.

En CT-skanning den 10. marts 2010 viste, at der var lungeemboli (blodprop i lungerne), og en ultralydsundersøgelse den 11. marts 2010 viste tegn på en venebloodprop i venstre ben. Du blev herefter behandlet med Aktilyse og Heparin. Den 18. marts 2010 var du velbefindende og kunne udskrives. Du skulle herefter indtage Marevan i en periode, og du skulle gå til efterfølgende kontrol.

Ved kontrol den 10. maj 2010 kunne man konstatere, at der var et moderat forhøjet tryk i højre hjertehalvdel (pulmonal hypertension). Dette var aftagende ved kontrollen den 20. september 2010.

Da du i efterforløbet havde gener i form af åndenød og træthed efter fysisk aktivitet, blev du den 21. december 2010 henvist til videre udredning på C.

Du var til undersøgelser på C i januar og maj 2011, hvor du blandt andet gennemgik CT-lungeangiografi, ekkokardiografi, gangtest, blodprøver og lungeventilationsperfusionsundersøgelse.

På C konkluderede man den 14. juli 2011, at årsagen til dine åndenøds- og træthedsgener ikke kunne relateres til hjerte og lunger, og således ikke skyldtes en påvirkning af hjertet eller lungekredsløbet efter lungeembolien i 2010.

Du var i 2010 blevet fyret fra dit arbejde som elektriker. Som led i afklaring af din erhvervsevne blev der efter anmodning fra Jobcenter D udarbejdet en psykiatrisk speciallægeerklæring, hvor man anbefalede nærmere udredning via neuropsykolog. I henhold til neuropsykologisk erklæring af 15. august 2011 blev det vurderet, at årsagen til dine gener kunne skyldes en hjerneskade som følge af iltmangel i forbindelse med lungeembolien.

Begrundelse

Efter KEL § 20, stk. 1, nr. 1, ydes der erstatning, hvis behandlingen 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.

Patientforsikringen vurderer, at du ved optimal behandling havde fået antikoagulationsbehandling (blodpropforebyggende medicin) i tilknytning til lyskebrokoperationen den 4. marts 2010.

Patientforsikringen vurderer videre, at du ved optimal behandling med overvejende sandsynlighed havde undgået at få lungeemboli efter lyskebrokoperationen den 4. marts 2010.

Da behandlingen på $\mathcal{B}$ har afvejet fra erfaren specialiststandard, og da du med overvejende sandsynlighed har fået en skade som følge heraf, kan din sag anerkendes i henhold til KEL § 20, stk. 1, nr. 1."

Den 15. maj 2012 traf Patientforsikringen afgørelse om, at sagsøgeren var berettiget til 38.119 kr. i erstatning for helbredsudgifter og tabt arbejdsfortjente samt godtgørelse for svie og smerte. Patientforsikringen afviste at tilkende sagsøgeren godtgørelse for varigt mén og erstatning for tab af erhvervsevne. Af afgørelsen herom fremgår bl.a.:

"Varigt mén efter erstatningsansvarslovens § 4 (se vejledningens punkt 4)

Begrundelse

Patientforsikringen vurderer, at du ikke med overvejende sandsynlighed har fået varige følger efter patientskaden i form af lungeemboli efter lyskebrokoperationen den 4. marts 2010. Du er derfor ikke berettiget til godtgørelse for varigt mén.

I henhold til den neuropsykologiske erklæring af 15. august 2011 er der tegn på let reduktion af de kognitive funktioner på flydende sprogproduktion, hukommelse for historier, verbal forståelse, arbejdshukommelse og forarbejdningshastighed. Det fremgår endvidere af sagens akter, at du lider af åndenød og træthed.

Patientforsikringen vurderer, at der ikke med overvejende

sandsynlighed er årsagssammenhæng mellem disse gener og lungeembolien i marts 2010.

Vi har lagt vægt på, at der efter omfattende undersøgelser af hjerte og lungekredsløb ikke er fundet en årsag til dine gener. Vi har videre vægtet, at der ikke i din sygehistorie er tegn på, at hjernen skulle være påvirket som følge af lungeembolien. Der er herunder ikke tegn på, at der var koagulation af blodet, som kunne have forårsaget mikrotromber (blodpropper) i hjernen, og der er intet i sagens akter, som giver mistanke om, at hjernen skulle have manglet ilt i forbindelse med lungeembolien (cerebral hypoxi).

Patientforsikringen vurderer på denne baggrund, at dine gener i dag med overvejende sandsynlighed skyldes andre årsager end patientskaden.

Erhvervsevnetab efter erstatningsansvarslovens § 5, § 6, § 7, § 8 og § 9 (se vejledningens punkt 5)

Begrundelse:

Patientforsikringen vurderer, at du ikke er berettiget til erstatning for tab af erhvervsevne som følge af patientskaden.

Vi har ved denne afgørelse lagt vægt på, at du ikke med overvejende sandsynlighed har varige følger efter patientskaden. Ændringen i din erhvervsmæssige situation i dag, som er begrundet i dine nuværende gener, har således ikke årsagssammenhæng med patientskaden."

Den 26. november 2012 tiltrådte sagsøgte afgørelsen med følgende begrundelse:

"....

Afgørelse:

Patientforsikringens afgørelse af 15. maj 2012 tiltrædes.

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

Sagsfremstilling

Der henvises til sagsfremstillingen i Patientforsikringens afgørelse af 7. december 2012.

Der foreligger en speciallægeerklæring af 20. juni 2011 udarbejdet af speciallæge i psykiatri E, samt psykologerklæring og neuropsykologisk undersøgelse af 25. juli 2011 udarbejdet af F

Patientskadeankenævnet skal for så vidt A's erhvervsmæssige forhold bemærke følgende:

A er uddannet elektriker og har arbejdet inden for dette fagområde i hele sin erhvervsmæssige karriere. Han var ansat hos G i perioden fra den 27. april 2009 og frem til den 29. juni 2010, hvor han ifølge opsigelsesskrivelse af 8. juni 2010 blev opsagt på grund af manglende ordrer. I ansættelsesperioden var han sygemeldt fra den 4. marts 2010 til den 29. juni 2010. Det er oplyst, at A pr. 28. august 2011 er tilkendt ret til fleksjob. Der henvises i øvrigt til oplysningerne i Patientforsikringens afgørelse af 15. maj 2012.

Begrundelse og resultat

Det bemærkes indledningsvist, at Patientskadeankenævnet har gennemgået sagens akter og fundet sagen tilstrækkelig oplyst, bl.a. ved den psykiatriske speciallægeerklæring 20. juni 2011, psykologerklæring og neuropsykologisk undersøgelse af 25. juli 2011, journaler fra B og journaler fra C.

Nævnet har herefter ikke fundet behov for at udsætte sagen med henblik på at indhente en speciallæge erklæring.

Patientskadeankenævnet kan tiltræde, at der er grundlag for at yde erstatning efter klage- og erstatningsloven, jf. lovens § 20, stk. 1, nr. 1.

Efter klage- og erstatningstovens § 24, stk. 1, fastsættes erstatning og godtgørelse efter reglerne i erstatningsansvarsloven.

Der er klaget over Patientforsikringens afgørelse af 15. maj 2012 for så vidt angår spørgsmålet om erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og erhvervsevnetab, samt godtgørelse for svie og smerte og varigt mén, hvorfor nævnet i det følgende alene behandler disse erstatnings- og godtgørelsesposter.

Patientskadeankenævnet kan tiltræde den af Patientforsikringen tilkendte erstatning og godtgørelse. Nævnet kan til de påklagede godtgørelses- og erstatningsposter bemærke følgende:

Tabt arbejdsfortjeneste

Af de grunde, der er anført i Patientforsikringens afgørelse, kan nævnet tiltræde, at A er berettiget til 1.063 kr. i erstatning for tabt arbejdsfortjeneste, jf. erstatningsansvarslovens § 2.

Svie og smerte

Af de grunde, der er anført i Patientforsikringens afgørelse, kan nævnet tiltræde, at A er berettiget til 34.740 kr. i godtgørelse for svie og smerte, jf. erstatningsansvarslovens § 3.

Varigt mén.

Nævnet kan tiltræde, at A ved patientskaden ikke er påført et varigt mén på 5 procent eller derover, jf. erstatningsansvarslovens § 4.

Det er herunder nævnets vurdering, at A ikke er påført hjerneskade som følge af patientskaden.

Nævnet har ved afgørelsen lagt vægt på, at der ikke i forbindelse med indlæggelsen var cirkulatorisk chok som følge af blodpropperne, ligesom der ikke var egentlig iltmangel. Det fremgår således af de foretagne observationer og målinger, at der var normalt blodtryk, normalt kredsløb og normal iltmætning med ilttilskud.

Endvidere er det nævnets vurdering, at A's træthed, åndenød og hjertebanken ikke med overvejende sandsynlighed er en følge af patientskaden.

Nævnet har herved lagt vægt på, at alle blodpropper er opløst, og at der ikke er nogen følger af blodpropperne i lungekredsløbet. Således fremgår det, at man efterfølgende ved undersøgelse på C har fundet fuldstændig normalt tryk i det højresidige kredsløb og fuldstændig normale blodkar i lungerne. Endvidere er der konstateret normal gangtest.

På denne baggrund er det således nævnets vurdering, at A's nuværende gener med overvejende sandsynlighed skyldes andre forhold end patientskaden.

Erhvervsevnetab.

Af de grunde, der er anført i Patientforsikringens afgørelse, kan nævnet tiltræde, at A ved patientskaden ikke er påført et erhvervsevnetab på 15 procent eller derover, jf. erstatningsansvarslovens §§ 5-7.

Som anført ovenfor under afsnittet om varigt mén er det nævnets vurdering, at A ikke med overvejende sandsynlighed er påført et varigt mén som følge af patientskaden.

Hans funktionsnedsættende gener og deraf følgende nedsatte erhvervsevne kan således ikke tilskrives patientskaden.

Med disse bemærkninger kan Patientskadeankenævnet tiltræde resultatet og begrundelsen i Patientforsikringens afgørelse af 15. maj

2012.

..."

Sagen har tre gange været forelagt Retslægerådet, der har afgivet erklæringer af 20. marts 2014, 27. februar 2015 og 13. juli 2015.

I besvarelsen af erklæringen af 20. marts 2014 er bl.a. anført:

"Spørgsmål A:

Giver de foreliggende lægelige akter grundlag for at fastslå, at sagsøgeren i tiden efter lungeembolien den 10. marts 2010 lider af

- 1) hjerneskade,
- 2) træthed (øget trætharhed),
- 3) åndenød,
- 4) hjertebanken.

Træthed (øget trætharhed), åndenød og hjertebanken er almindelige symptomer i forbindelse med store og flere lungeembolier, som blev diagnosticeret hos sagsøger den 10.03.10. Det er usandsynligt, at sagsøger har udviklet hjerneskade i forbindelse med lungeembolierne, idet blodtrykket i den akutte fase var normalt, ligesom blodets iltbærende kapacitet var normal (saturation ca. 98% på 2 l ilt). Der er efterfølgende ikke beskrevet tegn til kredsløbsshock (længerevarende blodtryksfald), som kunne have skadet hjernens iltforsyning. Fem dage efter den akutte indlæggelse den 10.03.10 blev der foretaget en neurologisk vurdering, hvor sagsøger fandtes fuldstændig intakt. I efterforløbet har blodtrykket været normalt, ligesom iltindholdet i blodet (saturationen) har ligget inden for normalområdet).

Spørgsmål B:

I det omfang spørgsmål A, pkt. 1-4, er besvaret bekræftende, bedes Retslægerådet for hver gene/lidelse oplyse, om der kan antages at være årsagssammenhæng mellem de pågældende gener/lidelser og lungeembolien den 10. marts 2010.

Såfremt spørgsmålet om årsagssammenhæng ikke kan besvares entydigt, bedes faktorer, der taler henholdsvis for og imod årsagssammenhæng, anført. Graden af sandsynlighed for årsagssammenhæng bedes om muligt angivet.

Angående hjerneskaden henvises til besvarelsen af spørgsmål A. Hvad angår træthed, åndenød og hjertebanken, er det muligt, at der er en årsagssammenhæng mellem de pågældende symptomer og lungeembolierne, idet der i en periode over flere måneder ved ekkokardidografi blev påvist moderat forhøjet tryk i lungekredsløbet, som udtryk for be-

lastning af højre hjertehalvdel med de angivne symptomer til følge.

Omkring ni måneder efter succesfuld tromolysebehandling (opløsning af blodprop i lungerne) blev der på β den 04.01.11 og på γ den 20.01.11 foretaget en række lunge- og kredsløb-sunder- løbsfysiologiske undersøgelser, som alle beskrives normale:

2 døgns ambulant ekg-overvågning, der vurderes som normal.

Koronararteriografi (undersøgelse af hjertets kranspulsårer) normal.

Ekkokardiografi uden tegn til forhøjet tryk i lungekarrene.

6 minutters gangdistance, 500 meter, uden tegn til, at ilten i blodet faldt. Normalt.

CT-lungeangiografi (undersøgelse af lungekarrene) normal.

Digital pulmonal angiografi, speciel undersøgelse med kontrast lungekarrene, normal.

Højresidig hjertekateterisation, hvorunder der måles tryk i lungekarrene, normal.

Samtidig normal lungemodstand.

Lungefunktionsundersøgelse normal.

Lungeventilations/perfusionsundersøgelse normal.

Samtlige kliniske undersøgelser og laboratorieundersøgelser 9 måneder efter succesrig behandling af sagsøgers lungeembolier var således normale.

På den baggrund kan der herefter og senere ikke antages at være en årsagssammenhæng mellem træthed, åndenød og hjertebanken.

Spørgsmål C:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej."

I besvarelsen af erklæringen af 27. februar 2015 er bl.a. anført:

"Spørgsmål 1: (jf. spørgsmål A)

Retslægerådet bedes uddybe besvarelsen for så vidt angår blodtrykket i den akutte fase, herunder i hvilken periode den akutte fase dækker over.

Retslægerådet bedes tilkendegive, om rådet har inddraget den tilkaldte vagtlæges notater betydning. Der henvises til den nu fremlagte journal fra egen læge, (bilag G) notat af 10. marts 2010 kl. 23.24.

Herunder bedes Retslægerådet angive, om den nu fremlagte ambulancejournal (bilag 16), giver anledning til en ændret besvarelse af spørgsmål A.

Retslægerådet bedes uddybe, hvilken betydning rådet har tillagt vagtlæges notat om, at hjertet banker helt vildt med en puls på 100 mod normalt hvilepuls på 50.

Den akutte fase af en sygdom antages at være fra akut symptomdebut, inddragende den præhospitale fase i ambulancen, samt tiden til diagnose og sufficient behandling på sygehus. Hvor lang tid perioden strækker sig over, afhænger blandt andet sværhedsgraden af den akutte sygdom.

Blodtrykket hos sagsøger i den akutte fase fandtes for højt, senere normalt. Retslægerådet har inddraget vagtlægens notater og den fremlagte ambulancejournal. Det giver ikke anledning til ændret besvarelse af spørgsmål A. Vagtlægens oplysning om, at hjertet banker vildt, er en subjektiv formulering, der tyder på hurtig puls, formentlig betinget af sagsøgers akutte tilstand. Pulsen er dog ikke så hurtig, at det har givet anledning til svigt af kredsløbet.

Spørgsmål 2: (jf. spørgsmål A og B)

I forlængelse af nu fremlagt MR-undersøgelse af Cerebrum (bilag 13) samt journalnotater fra B (bilag 14 og 15) Samt ambulancejournaler (16 og 17) bedes Retslægerådet uddybe på hvilken baggrund, det med sikkerhed kan udelukkes, at den nu påviste cerebrale anoksi har årsagsforbindelse til den anerkendte fejlbehandling 4. marts 2010 med konstateret lungeemboli 10. marts 2010.

Endvidere bør rådet uddybe, om der fortsat ikke kan antages at være årsagssammenhæng mellem den anerkendte fejlbehandling 4. marts 2010 med konstateret lungeemboli 10. marts 2010 og sagsøgers træthed, åndenød og hjertebanken.

Retslægerådet bedes tilkendegive hvilken betydning oplysningerne i den nu fremlagte ambulancejournal (bilag 16) og ambulantnotat af 6. maj 2014 (bilag 18) er tillagt, samt tilkendegive, om det med sikkerhed kan udelukkes, at sagsøger i forbindelse med lungeembolien den 9./10. marts har lidt af iltmangel.

Retslægerådet bedes særligt tilkendegive, om det er tillagt betydning, at ambulancen ankommer kl. 0.39, og den første måling er foretaget 0.46, når der angives at patienten reagerer godt på ilt.

Herunder bedes rådet oplyse, om andre notater end journalnotaterne fra B 4. januar 2011 og fra C 20. januar 2011 er tillagt betydning, og med hvilken vægt, herunder særligt vægtingen i forhold til de nu fremlagte bilag 14 og 15.

*Retslægerådet bedes endvidere besvare det i spørgsmål A stillede spørgsmål, om sagsøger efter den 10. marts 2010 lider af en hjernes-
kade.*

Resultatet af MR-undersøgelsen af sagsøgers hjerne beskrives med læsioner i den hvide substans, som kan tolkes som kronisk, iskæmiske forandringer.

Da Retslægerådet ud fra det fyldige journalmateriale ikke har påvist kredsløbschok eller egentlig iltmangel i blodet under sagsøgers akutte sygdom, kan effekten af de akutte lungeembolier næppe forklare de beskrevne kroniske hjerneforandringer. Det bemærkes, at sagsøger forud for den akutte sygdom havde en kendt hypertension (forhøjet blodtryk).

Ud fra det foreliggende kan Retslægerådet ikke vurdere, hvad der er sket fra ambulancens ankomst kl. 00.39 til den første måling af iltforholdene i sagsøgers blod kl. 00.46.

Retslægerådet kan oplyse, at man ved fornyet gennemgang har vægtet alle journalnotater og bilag, uden at det ændrer besvarelsen af spørgsmål A og B.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet bedes efter gennemgang af ambulancenotat af 16. november 2012 i anledning af blodprop samme dag, udtale om den måling af sagsøgers iltning der foretages af ambulancepersonalet den pågældende dag har betydning for Rådets vurdering af spørgsmål 2. Herunder om H'S : bemærkninger i journalnotet 24. april 2014 (bilag 18) omkring følgerne af blodproppen 16. november 2012 tages i betragtning.

Ambulancenotatet 16.11.12 synes at være en overførsel mellem to hospitaler. Der beskrives normal iltmætning, blodtryk, puls og vejertrækningsværdier.

Abmulancenotat af 14.11.12, indlæggelsestransport, beskriver ligeledes normale værdier og en upåvirket patient.

Indlæggelsen 14.11. – 16.11.12 på B var til observation for ny blodprop i lungen. På en lille mistanke blev sagsøger sat i blodfortyndende behandling, men da han var fuldstændig alment upåvirket, blev han udskrevet to dage efter indlæggelsen.

Den observerede forskel mellem normal iltmætning i sagsøgers blod i ambulancen, november 2012, og lav iltmætning i blodprover på sygehuset med 30 minutters mellemrum er vanskelig at vurdere. Kunne væ-

re en fejlmåling, idet lav iltmætning i blodet ikke er i overensstemmelse med sagsøgers normale almentilstand.

Spørgsmål 4:

Retslægerådet bedes efter gennemgang af egen læges journal (bilag 19) samt journaler fra sygehuse redegøre for, om sagsøger forud for operationen den 4. marts 2010 led af hjerneskade, træthed, åndenød og hjertebanken.

Nej.

Spørgsmål 5: (jf. spørgsmål B)

Retslægerådet bedes udtale, om sagsøger lider af en psykisk belastningsreaktion jf. egen læges journalnotat af 17. februar 2012 samt speciallægeerklæringerne (sagens bilag 3 og 4)

I bekræftende fald bedes rådet udtale, om den psykiske belastningsreaktion er årsag til sagsøgers træthed, åndenød og hjertebanken.

Af journalmaterialet fremgår, at sagsøger har psykiske problemer som kan relateres til mange begivenheder indenfor et relativt kortere tidsperspektiv: blandt andet operationer for navle- og lyskebrok, lungeembolier, behandling for hudcancer, afskedigelse på arbejdspladsen, økonomi m.m.

Beskrivelsen fra egen læge af 17.02.12 er således forenelig med symptomer på en belastningsreaktion. Retslægerådet finder det dog ikke sandsynligt, at dette kan forklare sagsøgers træthed, åndenød og hjertebanken, som Retslægerådet finder med større sandsynlighed kan tilskrives sagsøgers somatiske problemstillinger, specielt lungeembolier. (jævnfør besvarelsen af spørgsmål A)

Spørgsmål 6:

Retslægerådet bedes vedrørende målingen af iltningen foretaget af ambulancepersonalet udtale med hvilken sikkerhed resultatet skal ses.

Retslægerådet bedes udtale, om et biokemisk kumuleret svar er mere retvisende end en måling foretaget af ambulancepersonalet. Retslægerådet bedes i givet fald uddybe hvorfor.

Spørgsmål 7:

I forbindelse med ny blodprop den 14. november 2012 bliver sagsøger transporteret med ambulance jf. bilag 22.

Retslægerådet bedes udtale om målingerne foretaget i ambulancen fra 14.13 til 14.18 (bilag 22) kan være korrekte når Biokemisk Kumuleret svar (bilag 21) tages i betragtning.

Ad spørgsmål 6 og 7:

Kvantitative blodanalyseresultater er behæftet med målfejl, hvorfor gentagne målinger på samme prøve ikke vil give identiske resultater. Der er således altid en analytisk variation, og derfor er det anerkendt praksis, at blodprøveresultater skal vurderes overfor patientens tilstand.

Retslægerådet anser ikke en dybdegående vurdering af blodprøveanalysekvalitet, herunder mulige fejlkilder for at være afgørende for rådets votering i denne sag.

Spørgsmål 8:

Giver sagen i øvrigt rådet anledning til bemærkninger?

Nej."

I besvarelsen af erklæringen af 13. juli 2015 er bl.a. anført:

"Spørgsmål D:

Med henvisning til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål A, B og 5 bedes Retslægerådet angive, hvorvidt rådet anser det for sandsynligt, og i givet fald med hvilken grad af sandsynlighed, at sagsøgerens gener i form af træthed, åndenød og hjertebanken er følger af den anerkendte patientskade i form af lungeemboli.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål A og B af den 20.03.14. Det fremgår heraf, at Retslægerådet finder en sandsynlig sammenhæng mellem lungeembolisygdommen og symptomerne træthed, åndenød og hjertebanken i den første del af sygdomsperioden. Det er umuligt at graduere sandsynligheden i sammenhængen mellem de enkelte symptomer og lungeembolisygdommen, idet symptomerne hver især er uspecifikke og kan ses ved andre sygdomme, som for eksempel hjertesvigt."

Som sagens bilag H har været fremlagt journalnotater udarbejdet af kommunens lægekonsulent. Af notaterne fremgår blandt andet:

"17/03/11 AF lægeskøn af I af 11.03.2011 fremgår:
Jeg er blevet bedt om at gennemgå sagsakterne og jeg er fuldstændig enig med J's lægeskøn og overvejelser vedr. mulige årsag til beskrevne ~~år~~ åndenød der beskrives som anstrengelsesudløst.

Egen læge har i en statusattest ikke set J's lægeskøn og jeg forsøger at komme i kontakt med egen læge pr. telefon for om muligt at få supplerende skøn vdr nævnte problematik..

Personligt er det min vurdering, efter at have læst sagsakterne, at det faktisk at klienten har haft 2 store blodpropper og dermed været i en særdeles livsfarig og kritisk situation, selv sagt kan medføre langvarig øget trætheds og da beskrevne åndenød utvetydigt kan skyldes nedsat kondition finder jeg det hensigtsmæssigt med en meget lang rehabiliteringsperiode. Ønsker man yderligere undersøgelse er fysiurgisk vurdering en godt forslag.

Klientens erhvervserfaring tyder på mange ressourcer. Tilstanden skønnes ikke umiddelbar stationær og om der er udsigt til tilbagevenden til ordinær beskæftigelse er jeg usikker på især da klienten selv ikke har den store tiltro til dette. Endelig ville det være hensigtsmæssigt om egen læge vil give en vurdering efter at have læst vores lægeskøn.

07103/11 Lægeskøn fra arbejdsmedicinere J af den 02.03.2011:

Lægekonsulentnotat vedr. A
54-årig elektriker, som efter lyskebrok operation for oa. 1 år siden, fik blodpropper i begge lunger.

Efterfølgende har han været generet af åndenød ved anstrengelse.

EM har gennemgået et undersøgelsesforløb på B
261010 konkluderer overlæge H, at den foretagne lungefunktionsundersøgelse viser normale forhold. Rtg.us. af brystkassen viser også normale forhold. Man har ikke fundet nogen forklaring på EM's åndedrætsproblemer.

200111 bliver EM indlagt på C mhp. højresidig hjertekateterisation. Forinden er foretaget ekkokardiografi med normalt resultat til følge. Således ingen tegn på forhøjet tryk i lungekredsløbet.

CT lungeangiografi har stort set vist normale forhold. 6-minutters gangtest viser ikke tegn på nedsat iltmætning. Ved den højresidige kateterisation findes også helt normale tryk i lungekredsløbet.

Den samlede konklusion er herefter, at der således ikke er tegn på kronisk tromboembolisk pulmonal hypertension (ikke tegn på funktionsproblemer i lungekredsløbet efter blodpropperne)"

Som sagens bilag 3 har været fremlagt en erklæring af 20. juni 2011 udarbejdet af Speciallæge i psykiatri, E hvoraf blandt andet fremgår:

"Konklusion:

Klienten er en 55-årig mand, der er uddannet elektriker, og som har

været stabilt beskæftiget i sit fag frem til marts sidste år, hvor pågældende gennemgik en lyskebrokoperation, der efter 5 dage kompliceredes med blodpropper i begge lunger.

Efterfølgende har klienten oplevet sig svært funktionshæmmet af et symptomkompleks inkluderende stærkt øget træthedsfølelse, åndenød ved fysisk anstrengelse og anfaldsvist optrædende pulsforøgelse.

Ved en januar d.å. gennemført døgnobservation af hjerterytmen fandtes det dokumenteret, at der var sammenfald mellem klientens oplevelse af hjertegener og en registreret forhøjet puls, men herudover har de i sagen involverede specialister indtil nu ikke kunnet påvise hjerte- eller lungelidelser, der kan forklare klientens symptomer.

Før den nu stedfundne psykiatriske vurdering har man ikke fokuseret på klientens centralnervesystem, men efter at have mødt pågældende er det min umiddelbare opfattelse, at pågældende er en velbegavet, arbejdsmæssigt stabil og dynamisk mand, der er kommet over både en svær el-ulykke og en frustrerende skilsmisse uden "psykiske ar", som med "til vished grænsende sandsynlighed" var udsat for iltmangel i hjernen under det akutte sygdomsforløb, og som, affødt af, denne situation, har udviklet en organisk hjernepåvirkning af overordnet art (dog stort set udelukkende asteni)

Da jeg ikke kan fremlægge "håndfaste" beviser på min teori, vil jeg anbefale forvaltningen at henvise klienten til undersøgelse hos en erfaren neuropsykolog, der med sine testninger kan vurdere, om der måtte være organisk baggrund for klientens udtrætningsfænomen.

Hvad åndenøden angår, skal det anføres, at det er min og også mange kollegers erfaring, at personer med organisk hjerneskade undertiden verbaliserer cognitive funktionsproblemerne med somatoforme formuleringer.

Skulle det vise sig, at testresultatet ikke støtter min opfattelse, således at den potentielle mulighed for psykiatrisk og/eller psykologisk indgriben skal diskuteres, må jeg i påkommende fald konkludere, at det er min absolutte overbevisning, at klienten ikke er tilgængelig for sådanne foranstaltninger, og at sagens udfald må afhænge af resultatet af den nu pågående og evt. efterfølgende iværksatte funktionsvurderinger."

Som sagens bilag 4 har været fremlagt en erklæring af 25. juli 2011 udarbejdet af psykolog  hvoraf blandt andet fremgår:

"KONKLUSION

Bedømt ud fra testprofilen findes undersøgtes præmorbid begavelsesniveau inden for middelloområdet. Undersøgte klarer sig væsentligt over middel på de handleorienterede prøver svarende til hans tekniske begavelse. Han fremstår med let reduktion af de cognitive funktioner på flydende sprogpåvirkning, hukommelse for

historier, verbal forståelse, arbejdshukommelse og forarbejdningshastighed. Profilen svarer til en let venstrehemisfære dysfunktion der kan været relateret til hypoxia forårsager af blodpropper i lungerne. Undersøgte har tendens til hurtig udtrætning der kan være en effekt af en hjernepåvirkning. Han udtrættes efter 3 timers arbejde, hvorefter han må hen og sove 2-3 timer, før han igen kan fungere. Den abnorme træthed er en væsentlig barriere i forhold til hans arbejdsmæssige funktion. Det må vurderes, at hans arbejdsevne findes reduceret set i forhold til ethvert erhverv. Han kan sandsynligvis klare et fleksjob på ca. 15 timer ugentligt, hvor han kan anvende sine gode faglige kompetencer.

Diagnose

G93.1 Anoxisk hjerneskade"

Ved fremsendelsen af erklæringen til sagsøgeren har psykolog *F* anført følgende i fremsendelsesbrevet:

"Jeg fremsender hermed kopi af erklæringen, jeg beklager at jeg var lidt hurtigt ved tilbagemeldingen, ved en nærmere analyse af materialet er der konstateret lettere kognitive vanskeligheder — det krævede ekstra analyse at afdække disse vanskeligheder da du som udgangspunkt er meget velbegavet, og derfor er i stand til at kompensere."

Af journaludskrift fra *C*, læge *K*
fremgår blandt andet følgende:

"14.06.2011

K 0/by

(-)

Der foreligger nu svar på lungeventilationsperfusionsskintigrafien, som er udført 07.06.11. Undersøgelsen viser normale forhold og er uden tegn på kronisk tromboemboliske forandringer. Samtlige blodprøver (inkl. thyreodeatal og levertal) taget i forbindelse med kontrollen 23.05.11 er normale.

Der er ingen holdepunkter for, at patientens træthed/dyspnøtendens kan relateres til den tidligere akutte lungeemboli i marts 2010.

Afsluttes herfra

Brev til patienten.

14.06.2011

K 0/by

14.07.2011

Patienten har fremsendt brev til undertegnede, hvori han fremhæver, at den nuværende tendens til træthed principielt kunne skyldes en

hjerneskade erhvervet i forbindelse med forløbet omkring den akutte lungeblodprop i marts 2010. Dette forhold er ikke undersøgt her i afdelingen og vil kræve nærmere vurdering ved neurolog.

I mit journalnotat den 14.06.2011 anfører jeg, at der ikke er holdepunkter for, at patientens træthed/dyspnø tendens kan relateres til den tidligere akutte lungeemboli i marts 2010. Patienten har fuldstændig ret i, at dette bør reformuleres. På baggrund af de gennemførte undersøgelser af hjertet og lungekredsløbet her i afdelingen kan anføres:

Der er ingen holdepunkter for, at patientens træthed/dyspnø tendens kan relateres til påvirkninger af hjertet/lungekredsløbet efter den tidligere akutte lungeemboli i marts 2010.

Kopi af dette journalnotat til patienten.

K

0/sbt"

Af journaludskrift af 10. april 2013 fra konsultation hos overlæge H
, Hjertemedicinsk Ambulatorium fremgår:

"...

Et vedvarende let øget pulmonaltryk, er grundig undersøgt på C
hvor man ikke har kunnet finde nogen sikker relation imellem disse fund og pt's symptomer.

Imidlertid er der også blevet fundet holdepunkter for en cerebral anoksi.

Det kan ikke udelukkes, at den kan have været opstået i forbindelse med

lungeembolierne.

Fortsat må det konkluderes, at der må skønnes at være meget begrænsede muligheder for at vende tilbage til arbejdsmarkedet.

Vi vil indkalde pt. til en kontrol igen om 3 måneder*

..."

Af journaludskrift af 16. september 2013 fra konsultation hos overlæge H
Hjertemedicinsk Ambulatorium fremgår:

"...

Det må konkluderes at det ikke kan udelukkes at de mange symptomer med svimmelhed, koncentrationsbesvær og udtalt træthed kan være relateret til en cerebral anoksi, hvor man ikke kan udelukke en lungeemboli som årsag.

..."

Af journaludskrift af 24. april 2014 fra konsultation hos overlæge H
; Hjertemedicinsk Ambulatorium fremgår:

"...

Forløbet kan kort resumeres op ved at konkludere, at pt. før
lyskebrokoperationen den 4.03. stort aldrig har været sygemeldt, han
er uddannet elektriker, og har altid været beskæftiget med større
projekter på boreplatforme, flere steder i verden, på L og det
sidste års tid med et større projekt på M

Efter lungeembolien den 10.03. har pt. været stort set arbejdsdygtig
pga. manglende koncentrationsevne.

I forbindelse med lungeembolien den 10.03. kom symptomerne kl.
22.30 og i mindst 1½ time var pt. uden ilt, og er bekræftet som ligbleg,
og har formentlig haft anoxi. Fik ilt af Falck-folkene, ved ankomsten
hertil var der normal ilttension.

Det skal anføres, at pt. havde en svær anoxi i mindst en halv time i
forbindelse med lungeemboli nr. to den 14.11.12, hvor diagnosen blev
stillet ved lungeskintigrafi.

Herudover bemærkes det, at pt. havde en moderat anæmi på 6,5.
Siden har pt. både ved en neurologisk og psykiatrisk vurdering fået
påvist hjerneanoxi. Ved en MR-skannirig i N 19.05.12, blev der
fundet tegn på småkarssygdom i hjernen med talrige, formentlig
iskæmiske, læsioner, som ikke var forenelige med infarkter og heller
ikke med multipel sklerose.

Alt i alt må forløbet således give mistanke om en relation imellem den
ret store lungeemboli 10.03.10 med en D-dimer stigning til 6,1, og
påvirket hjernefunktion, som er dokumenteret neurologisk og
psykiatrisk, ligesom MR-skanningen tyder på iskæmisk skader.
Ved lungeemboli nr. to var der som anført svær anoxi, dokumenteret
ved blodprøver.

..."

Forklaringer

Der er under hovedforhandlingen afgivet forklaring af sagsøgeren og O

A har forklaret, at han er førtidspensionist, hvilket han blev pr.
1. april 2015. Han har været i arbejdsprøvning, hvor han arbejdede med klar-
gøring af biler. I starten arbejdede han 15 timer, men efter nogen tid blev det
sat op til 20 timer. Det måtte imidlertid igen nedsættes til 15 timer. Han kan
ikke varetage et normalt job på grund af hans helbred.

Han har arbejdet som elektriker, men han har været ansat i stillinger, hvis indhold har været noget bredere end blot almindeligt elektrikerarbejde.

Den 9. marts 2010 sad han sammen med sin kone i stuen, hvor de så fjernsyn. Hun gik i seng, mens han stadig sad i stuen. Han gik ud på badeværelset, hvor der pludselig skete noget i hans krop. Det føltes som om, at han blev sparket vildt på brystkassen. Han kunne hurtigt mærke, at det hele ligesom trak sig sammen, og at han fik mindre og mindre luft. Han bukkede sig ned. Han tænkte, at det her ville gå galt. Han har været i Hjemmeværnet i mange år, hvor han blandt andet har undervist andre omkring forebyggelse af chok. Han formåede at gispe efter luft i kortvarige sekvenser. Han kunne intet sige eller gøre, men det lykkedes ham at kravle de 3 meter, der er ind til sengen. Han fik vippet sig op i sengen. Hans kone spurgte ham, hvorfor han lå og trykkede sig mod brystet. Han rystede over det hele. Han kunne ikke sige noget. Hun kunne høre, at hans vejrtrækning var meget belastet, og hun ringede til vagtlægen.

Der gik evigheder, inden vagtlægen kom. Han kom omkring en time efter, at hans kone havde ringet. Vagtlægen ringede efter en ambulance.

En redder kom og spurgte, om han var i stand til at stå på sine fødder, da de ikke kunne få båren ind i huset. Redderne havde fået om ham ved armene. Han kom ud af huset, men da de var på fortrappen, husker han, at han tænkte, at de skulle holde godt fast i ham, da han ikke kunne klare mere.

Da han kom ind i ambulancen, sagde en af redderne, at han skulle have maske på, da han var kridhvid i hovedet og skulle have ilt nu. Det foregik ret korporligt. Løvrigt er tiden i ambulancen uklar for ham.

Den 14. november 2012 skulle han til møde hos P . Han havde tidligere på dagen været ved lægen, hvor han havde fået taget nogle blodprøver, da han ikke havde det så godt. Mens de sad i bilen, kom der en opringing fra lægen. Han fik at vide, at han ville blive hentet af en ambulance nu. Han forstod det ikke helt. De var tæt på deres hjem, og de kørte derfor hjem igen, hvor han kort efter blev hentet af en ambulance. Han blev indlagt, og der blev konstateret en ny blodprop. Han havde ikke følt sig nær så dårlig, som han følte sidste gang, og de blodpropper, som han fik i 2010, var klart de værste.

O har forklaret, at hun er gift med A . Hun erindrer, alt hvad der skete den 9 marts 2010. A var om torsdagen blevet opereret for lyskenbrok, mens hun om fredagen var blevet opereret i det ene knæ. Hun gik i seng, men A kom ikke ind i seng. Hun syntes, at der gik lang tid, inden han kom, og A svarede ikke, da hun råbte efter ham. Hun blev irriteret. Langt om længe kom A ind i sengen. Han var ligbleg og havde koldsved i ansigtet. Han havde sine hænder ved brystet, og hun kunne se, at hans hånd røg op og ned. Hun lagde sin hånd på hans brystkasse, og

hendes hånd begyndte også at hoppe op og ned. Hun spurgte A, om han havde ondt i brystet, ondt i armene og ondt i benet. Han rystede på hovedet.

A havde haft ondt i benet de seneste to dage, og hun troede, at han havde fået en blodprop i benet.

Hun ringede til vagtlægen. Hun fortalte, at A var koldsvedene og ligbleg, og at han ikke rigtig svarede på hendes spørgsmål. Lægen sagde, at hun skulle måle A puls. A har altid en meget lav puls på omkring 50. Hun tog hans puls. Vagtlægen sagde, at han ville komme hjem til dem, men at han havde et andet besøg først.

Vagtlægen kom en time og 10 minutter senere. Inden vagtlægen kom, overvejede hun, om hun skulle ringe efter en ambulance, men da hun jo allerede havde talt med en læge, droppede hun det.

Vagtlægen undersøgte A og lavede nogle målinger. A kunne næsten ikke trække vejret, og vagtlægen tilkaldte en ambulance. Ambulancen kom ret hurtigt. Da der ikke kunne komme en bære ind i huset, tog redderne ved A ved hver af hans arme. Da A var på fortrappen, forsvandt benene under ham. Redderne sagde enten, at han "gik væk", eller at han "var ved at gå væk". Hun hørte redderne sige, at A skulle have ilt nu. Redderne slæbte A resten af vejen ud til ambulancen. Hun gik lige bagefter. A var eller var ved at være "væk". Hun måtte ikke komme ind i ambulancen. Hun skulle sætte sig passagersædet. Hun så, at der på rattet lå en seddel, hvorpå der stod: "Obs blodprop i lungerne". Hun sad længe i ambulancen, inden de kørte.

Det var først på tredjedagen af indlæggelsen, at det gik op for hende, hvor alvorligt det var. Hun spurgte lidt ind og fandt ud af, at A var i akutfasen, og at han kunne risikere at dø.

Den 12. november 2012 fik A igen en blodprop. A havde det skidt, og han havde været ved lægen om morgenen. I bilen på vej til et møde blev A ringet op af lægen, der sagde, at han skulle stille bilen, og at han ville blive hentet af en ambulance, da de var bange for, at han havde fået endnu en blodprop. A havde det ikke dårligt på samme måde som sidste gang. På denne tur fik A ikke ilt i ambulancen.

Parternes synspunkter

Sagsøgeren har procederet i overensstemmelse med sit påstandsdokument, der er sålydende:

"...

ANBRINGENDER:

Til støtte for de nedlagte påstande gøres det gældende,

at sagsøger ikke gik i chok ved lungeembolien grundet hans kendskab til førstehjælp og var derfor i stand til at forholde sig roligt,

at sagsøger har fået varigt mén efter den akutte lungeemboli, idet

at de blodpropper, som sagsøger pådrager sig som følge af den anerkendte patientskade har medført iltmangellignende tilfælde, hvor hjerneskaden, som sagsøger utvivlsomt er blevet påført, stammer fra,

at flere uafhængige speciallægeerklæringer påpeger, at sagsøger skader kan skyldes manglende tilførsel af ilt til hjernen som følge af lungeembolien, jf. bilag 3 og 4,

at sagsøger har reduceret kognitive funktioner, jf. bilag 4,

at det er kendt, at personer med organisk hjerneskade undertiden verbaliserer kognitive funktionsproblemer med somatoforme formuleringer, jf. bilag 3,

at det hermed med overvejende sandsynlighed er godtgjort, at den hjerneskade sagsøger har pådraget sig skyldes en iltmangellignende tilstand,

at det ikke kan udelukkes at sagsøgers træthed skyldes lungeembolien, da det alene fremgår af bilag 5, at der ikke er holdepunkter for at sagsøgers træthed træthed/dyspnø tendens kan relateres til påvirkninger af hjertet/lungekredsløbet efter skaden i marts 2010, og det er dermed ikke udelukket, at det kan have påvirket hjernen,

- at den skade sagsøger har været ude for har medført langvarig trætheden, hvilket har medført nedsat kondition og åndenød, jf. bilag 3,
- at sagsøger inden lungeembolien var i fysisk god form,
- at sagsøger inden lungeembolien arbejdede som elektriker og i den forbindelse var meget fysisk aktiv,
- at der herefter er direkte årsagssammenhæng mellem lungeembolien og trætheden samt åndenøden,
- at sagsøger har lidt et erhvervsevnetab, idet
 - at der henvises til ovenstående anbringender,
 - at sagsøger ikke har været i stand til at genoptage sit job efter lungeembolien,
 - at sagsøger er begrænset i sine fysiske muligheder grundet følgerne af lungeembolien,
 - at sagsøger er blevet visiteret til fleksjob,
 - at sagsøger inden lungeembolien arbejdede i en fuldtidsstilling på 37 timer.
- at sagsøger har krav på svie og smerte til max beløbet, idet
 - at der henvises til ovenstående anbringender,
 - at der skal foretages en skønsmæssig afmåling, idet sagsøger har været igennem et længere behandlingsforløb og ikke er blevet rask,
 - at hele sygeperioden skyldes lungeembolien,

at der skal afregnes tabt arbejdsfortjeneste fortløbende og indtil der er fastsat et erhvervsevnetab, idet

at det er dokumenteret, at sagsøger ville have haft en fuldtidsansættelse, hvis det ikke havde været for lungeembolien, jf. bilag 2,

at sagsøger er påført en patientskade i form af hjerneskade, åndenød, træthed og hjertebanken, idet der henvises til ovenstående anbringender.

..."

Sagsøgte har procederet i overensstemmelse med sit påstandsdokument, der er sålydende:

"...

Anbringender

Til støtte for påstanden om frifindelse gøres det gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte sagsøgtes afgørelse af 26. november 2012 (bilag 11). Afgørelsen er ikke behæftet med forvaltningsretlige mangler, og der er ikke under sagen fremkommet oplysninger, der kan føre til en ændret vurdering af spørgsmålet om udmåling af erstatning og godtgørelse for den af sagsøgeren overgåede patientskade.

Sagsøgte har med rette vurderet, at sagsøgeren ikke ved patientskaden i form af lungemboli er påført en hjerneskade, samt at sagsøgerens gener i form af træthed, åndenød og hjertebanken med overvejende sandsynlighed ikke er en følge af patientskaden.

Det gøres gældende, at der derfor ikke er grundlag for at tilkende sagsøgeren erstatning og godtgørelse i videre omfang end sket ved sagsøgtes afgørelse, der stadfæstede Patientforsikringens afgørelse af 15. maj 2012 (bilag 9).

For at opnå medhold i sine krav om yderligere erstatning må sagsøgeren påvise, at de påberåbte gener i form af hjerneskade, åndenød, træthed og hjertebanken med overvejende sandsynlighed er følger af den anerkendte patientskade, jf. klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1. Denne bevisbyrde er ikke løftet.

Det følger således af Retslægerådets udtalelse af 20. marts 2014, at det er *usandsynligt*, at sagsøgeren har udviklet hjerneskade i forbindelse med de om-

handlede lungeembolier (spørgsmål A), at det alene er *muligt*, at der er årsagssammenhæng mellem embolierne og forbigående træthed, åndenød og hjertebanken, samt at samtlige kliniske undersøgelser og laboratorieundersøgelser 9 måneder efter succesrig behandling af sagsøgers lungeembolier var normale, hvorfor der herefter og senere ikke kan antages at være en årsagssammenhæng mellem træthed, åndenød og hjertebanken (spørgsmål B).

Disse vurderinger er i det hele fastholdt i supplerende udtalelser af 27. februar og 13. juli 2015, hvor det endvidere som svar på spørgsmål D er anført, at det er *umuligt* at graduere sandsynligheden i sammenhængen mellem de enkelte symptomer og lungeembolisygdommen, idet symptomerne hver især er uspecifikke og kan ses ved andre sygdomme, som for eksempel hjertesvigt.

Det gøres gældende, at der således hverken for forbigående eller eventuelle blivende tilstande af træthed, åndenød og hjertebanken er godtgjort overvejende sandsynlighed for årsagssammenhæng med patientskaden.

Til støtte for den subsidiære påstand om hjemvisning gøres det gældende, at sagsøgte i sin afgørelse har afslået erstatning for erhvervsevnetab og godtgørelse for varigt mén samt yderligere erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og godtgørelse for svie og smerte alene på grundlag af den manglende årsagsforbindelse mellem patientskaden og sagsøgerens gener. Sagsøgte har således ikke taget stilling til, om der i øvrigt er erstatningsretligt grundlag for at imødekomme sagsøgerens krav.

Såfremt retten måtte nå til en anden vurdering af spørgsmålet om årsagssammenhæng, skal sagen derfor hjemvises til sagsøgte med henblik på stillingtagen til, om de øvrige betingelser for yderligere erstatning og godtgørelse er opfyldt samt eventuel udmåling.

..."

Rettens begrundelse og afgørelse

Reglen i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 20, stk. 1 foreskriver, at der skal være årsagsforbindelse mellem generne og det erstatningsbegrundende forhold. Patienten har ret til erstatning, hvis det er overvejende sandsynligt, at konstaterede skadevirkninger kan henføres til det erstatningsbegrundende forhold.

Det fremgår af Retslægerådets klare besvarelse af spørgsmål A, at det er usandsynligt, at sagsøgeren har udviklet hjerneskade i forbindelse med lungeembolierne. Der er herefter ikke grundlag for at anse det for overvejende sandsynligt, at sagsøgeren ved patientskaden er påført en

hjerneskade, og sagsøgerens påstand herom tages ikke til følge.

Af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål B fremgår, at det er muligt, at der er årsagssammenhæng mellem embolierne og symptomerne træthed, åndenød og hjertebanken, men at samtlige kliniske undersøgelser og laboratorieundersøgelser 9 måneder efter succesrig behandling var normale, og at der herefter og senere ikke kan antages at være en årsagssammenhæng mellem træthed, åndenød og hjertebanken. Videre fremgår det af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål D, at Retslægerådet finder en sandsynlig sammenhæng mellem lungeembolisygdommen og symptomerne træthed, åndenød og hjertebanken i den første del af sygdomsperioden, og at det er umuligt at graduere sandsynligheden i sammenhængen mellem de enkelt symptomer og lungeembolisygdommen, idet symptomerne hver især er uspecifikke og kan ses ved andre sygdomme.

Efter Retslægerådets besvarelser vedrørende generne træthed, åndenød og hjertebanken finder retten, at det med overvejende sandsynlighed er godtgjort, at sagsøgeren har haft forbigående gener i form af træthed, åndenød og hjertebanken, og at disse gener var en følge af det erstatningsbegrundende forhold. Det fremgår af Retslægerådets besvarelse, at der ved undersøgelser i januar 2011 blev fundet normale forhold, og retten finder derfor, at generne på dette tidspunkt var ophørt, og at der efter dette tidspunkt ikke længere består en årsagssammenhæng.

Da sagsøgeren efter erstatningsopgørelsen alene er tillagt erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og godtgørelse for svie og smerte til og med den 20. september 2010, hjemvises sagen med henblik på fastsættelse af yderligere erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og godtgørelse for svie og smerte.

Henset til sagens udfald og karakter, herunder den beskedne skriftsveksling og kortvarige hovedforhandling, skal hver part bære egne sagsomkostninger.

Thi kendes for ret:

Sagen hjemvises med henblik på fastsættelse af yderligere erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og godtgørelse for svie og smerte.

Ingen af parterne skal betale sagsomkostninger til modparten.

Trine Poulsen

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Retten i Horsens, den 11. januar 2016.

Regitze Holmberg, retsassistent