



Udskrift af dombogen

DOM

Afsagt den 15. december 2014 i sag nr. BS 29-849/2013:

A

mod
Patientskadeankenævnet
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg

Sagens baggrund og parternes påstande

Under denne sag, som er anlagt den 17. juli 2013, har sagsøgeren, A påstået sagsøgte, Patientskadeankenævnet, tilpligtet at anerkende, at B's dødsfald på C den 10. november 2011 er en erstatningsberettiget patientskade i henhold til lov om patientforsikring.

Patientskadeankenævnet har påstået frifindelse, subsidiært hjemvisning.

Oplysningerne i sagen

B, A's ægtefælle, væltede den 12. oktober 2011 på knallert og kom til skade med hovedet. Han blev indbragt til D hvor CT-scanninger viste slagmærker og tiltagende blødninger i hjernen. Den 20. oktober 2011 blev han overført til C til genoptræning. Det fremgår af journalnotat af 20. oktober 2011 fra C at B efter hovedtraumet havde kognitive udfald og nedsat kraft i højre ben. Han sad i kørestol og skulle have hjælp til personlig pleje og toiletbesøg. Af journalen fremgår endvidere, at B tidligere havde haft et alkoholmisbrug, og at forbruget ifølge ægtefællen på det seneste var optrappet igen.

Af journalen fremgår endvidere, at B om natten den 25. oktober 2011 havde et krampeanfald, og at han herefter blandt andet blev behandlet med præparatet Fenemal. En CT-scanning den 25. oktober 2011 viste bedring i forhold til kranietraumet, hvor den tidligere blødning næsten var helt forsvundet. Ifølge journalnotat af 26. oktober 2011 kunne CT-scanningen således ikke forklare B's dårlige tilstand, og man mistænkte hepatisk encephalopathi (levercoma). B blev tiltagende urolig og var i følge journalnotat af 26. oktober 2011 "sortsnakkende". Den faste dosis af Fenemal blev øget i dagene 25. til 27. oktober 2011. Ifølge journalnotat af 28. oktober 2011 viste en blodprøve en svag stigning i levertallene og ifølge

notater af 30. og 31 oktober og 2. november 2011 var B meget træt og sløv.

Af journalnotat af 1. november 2011 fremgår:

"Netværk

Hustru spørger til om der er fundet en ny dato til målsamtale, hun vil gerne ringes op på mobilen ang. hvad vi regner med. Er meget bevidst om PT.s situation, dog noget nervøs for om han evt. skal overflyttes til D

Det fremgår af journalnotat af 3. november 2011, at den faste Fenemal dosis blev reduceret fra 250 mg til 200 mg, og af journalnotat af 6. november 2011 at B i to aftenvagter havde været meget tungt sovende og svær at komme i kontakt med. Om natten blev der efter aftalen med den medicinske bagvagt ikke givet Fenemal.

Af journalnotat af 7. november 2011 fremgår:

"Samtale

Samtale med pårørende omkring den aktuelle tilstand, hvor pt. ikke er rehabiliterbar, men en af årsagerne dertil er den igangværende behandling med Fenemal, som har været nødvendig på grund af begyndende delir. Behandlingen er nu under aftrapning. Vi må så se, når pt. vågner mere op, om der er mere tydelige tegn på hjerneskade, og om det er muligt at foretage rehabilitering. Hvis ikke kan løsningen blive en midlertidig aflastningsplads med mulighed for at komme tilbage hertil, hvis tilstanden bedres. Der er også bestilt en ny skanning af hjernen som forventes at blive foretaget i løbet af denne uge. Sandsynligvis vil der blive behov for en ny samtale senere".

Af journalnotater af 9. november 2011 fremgår, at B på trods af, at han ikke havde fået Fenemal, var tungt sovende og kun svagt reagerede på stimuli. CT-scanningen viste uændrede forhold sammenlignet med scanningen foretaget den 25. oktober 2011.

Af journalnotat af 9. november 2011 fremgår:

"62 årig mand indlægt til genoptræning efter trafikuheld i spirituspåvirket tilstand hvor han pådrog sig et subduralt hæmatom samt angiveligt samt kæbefraktur der behandles konservativt. Patienten er gennem 10-15 år kendt med et større alkohol misbrug har levercirrhose, og eosophagusvarricer og følges i gastrointrolgisk regi D

Bliver nu herinde tiltagende bevistheds påvirket og er d.d. nærmest comatøs kan kun kortvarig ved meget kraftig stimuli. Pt. levertal er stignende og der er nu også begyndende nyretal, desuden er der forhøjet infektionsparametre og pt. er opstartet i zinacef og metrodinazol behandling.

Patienten er ved at udvikle coma hepaticum med hepato-renalt syndrom, og skal han have en chance for at overleve skal han overføres til intensivafsnittet **D** i gastro-enerologisk regi. Dette ønsker pt og hans familie ikke og dette må accepteres hvorfor han forbliver i afdelingen og den antibiotiske behandling seponeres. Der skal ikke gøres yderligere og der skal ikke blodprøver og målinger. Skal dagligt have 1 liter NaCl til langsom indløb.

E
Overlægekonsulent, **C**

Den 10. november 2011 afgik **B** ved døden.

Retslægerådet har besvaret spørgsmål i sagen. Af rådets udtalelse af 29. juni 2014 fremgår:

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

Spørgsmål 1:

*Retslægerådet bedes beskrive de skader, man initialt konstaterede ved **B** som følge af ulykken den 12. november 2011.*

I indlæggelsesjournalen fra **D** vedrørende **B** den 12.10.11 klokken 16:21 er **B** faldet på knallert med cirka 30 km/t og har slået hovedet i asfalten. **B** bar styrthjelm af ældre model.

Da lægen ankom til skadestedet var **B** vågen, men konfus. Der blev beskrevet følgende skader ved klinisk undersøgelse og traume CT-scanning:

- Sår-læsion over højre øjenbryn samt hævelse omkring højre øje.
- Hævelse og blålig misfarvning af huden over højre knæ samt midt på højre skinneben.
- Smalt venstresidigt akut subduralt hæmatom (blødning under den yderste hjernehinde) målende 7 mm. på det tykkeste sted.
- Kontusionsblødninger i hjernen i venstre parietal og frontal region (slagmærker på hjernen i venstre pande- og isselap).
- Der er mindre mængder blod i venstre lateral ventrikel (væskefyldt hulrum i hjernen).
- Venstresidig subarachnoidal blødning (blødning mellem de to inderste hjernehinder).
- Let dislokeret fraktur af forvæggen i venstre sinus maxilaris (brud på venstre overkæbes bihule).
- **B** blev beskrevet som forvirret og mest samtalende på engelsk.
- Den 23.10.11 klokken 02:45 udviklede **B** generaliseret epileptisk anfald.

Spørgsmål 2:

Retslægerådet bedes oplyse, hvorledes B's levertilstand forud for ulykken er beskrevet i journalen fra Gastromedicinsk afdeling på F

B var kendt patient på D med alkoholinduceret levercirrose, med følgetilstand i form af oesophagus varicer (åreknuder i spiserøret), splenomegali (forstørrelse af milten), trombocytopeni (reduceret mængde af cirkulerende blodplader), ødem (hævelser på baggrund af væskeretention i kroppen). B havde tidligere under indlæggelse udviklet hepatisk encephalopati (hjernepåvirkning på grund af ophobning af giftstoffer i kroppen på grund af utilstrækkelig leverfunktion). I henhold til journal notat dateret den 12.12.11 af G som var B's kontaktlæge i D ambulatorium, var B's levertilstand stationær før ulykken den 12.10.12.

Sværhedsgraden af leversygdom kan afgøres ved Child-Pugh score (CP), der afhænger af tilstedeværelse af ascites, encefalopati, samt blodprøverne albumin, koagulationsfaktorer og bilirubin. September 2011, altså 1 måned før uheldet, var disse blodprøver indenfor normalområdet, og B var uden encefalopati. Der var ingen eller let acites på ultralydundersøgelsen.

B havde således CP 5 point, hvilket er i den bedste ende af skalaen (CP klasse A). Graden af leversygdom kan også bedømmes ved udregning af MELD score, der baseret på albumin (36), bilirubin (18) og creatinin (75) var 2,5, hvilket er som hos raske.

Så B havde på indlæggelsestidspunktet nok skrumpelever, men den var velbehandlet. Den underliggende leversygdom var imidlertid ganske alvorlig, idet der havde været svære komplikationer i form af blødning fra spiserørs åreknuder og ascites (bugvattersot) i forløbet.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet bedes oplyse, om den beskrivelse, der er af B's levertilstand samt ægtefællens journalnoteret oplysning om hans reaktion på smertestillende medicin, har eller burde have nogen betydning for den behandling man iværksætter.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Oplysninger om tidligere sygdomme, aktuelle sundhedstilstand samt mediciner skal altid tages i betragtning ved lægelig behandling.

Spørgsmål 4:

Retslægerådet bedes oplyse, om der ud fra sagens lægelige akter er indikation eller kontraindikation for at behandle B med Fenemal.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Fenemal anvendes ofte i behandling af abstinenssymptomer samt i nogle tilfælde til behandling af epilepsi. Indikationen for behandling med Fenemal i B's tilfælde var både epilepsi og uro, som kunne være betinget af alkoholabstinens. Fenemal blev valgt, da det tåles bedre ved reduceret leverfunktion end Valproat.

Behandling med Fenemal anses for at være kontraindiceret ved svært nedsat leverfunktion. Fenemal nedbrydes i leveren, hvilket er forsinket ved nedsat leverfunktion.

Fenemal behandlingen blev iværksat, fordi lægen skønnede, at B havde alkoholabstinensstilstand, og at dette kunne være medvirkende årsag til hans kramper og uro. Alkoholabstinens med kramper og uro er en akut livstruende tilstand, der kræver akut behandling. Fenemal er efter Retslægerådets vurdering et passende valg.

Da Fenemal-behandling blev startet den 25.10.11 var albumin 36, INR 1,3, bilirubin 25 µmol/L, der var ingen ascites og antagelig ingen encefalopati.

B havde således CP 6 point, og var stadig i CP klasse A, som indikerer god leverfunktion. Der var derfor ikke kontraindikation til at påbegynde Fenemal-behandling.

Spørgsmål 5:

Retslægerådet bedes oplyse, hvilket formål behandlingen med Fenemal har.

Fenemal anvendes til behandling af abstinenser og epilepsi.

Spørgsmål 6:

Retslægerådet bedes oplyse, hvorvidt levertilstanden har betydning, når man behandler med Fenemal.

I bekræftende fald bedes Retslægerådet oplyse, hvilken betydning det har.

Levertilstanden har betydning, fordi leveren nedbryder Fenemal og derved medvirker til eliminering af Fenemal fra kroppen. Ved svækket leverfunktion forsinkes eliminationen af Fenemal, som derfor vil akkumuleres i kroppen, særlig ved længere tids behandling, idet koncentrationen i blodet kan blive ved med at stige dag for dag til den når forgiftningsgrænsen.

Normal Fenemaldosis ved alkoholabstinensbehandling er ifølge "Medicin.dk": "Individuelt. Sædvanligvis 200 mg. 3 gange daglig initialt, senere (efter 3-5 dage) 100 mg. dagligt". Når det anbefales at reducere dosis efter 3-5 dage, skyldes det risiko for akkumulation af Fenemal i kroppen, selv hos raske. Hos leversyge, skal man være ekstra opmærksom på denne risiko.

I den kliniske brug af Fenemal til alkoholabstinenser vil lægen støtte sig til "Medicin.dk", hvor det angives, at Fenemal er kontraindiceret ved "svær leversygdom".

For at illustrere forskellen på raske og leversyge kan eliminationen af Fenemal beskrives ved den såkaldte halveringstid. Det er den tid, det tager at eliminere halvdelen af den stofmængde, der er i kroppen. Fenemal har lang halveringstid. I en videnskabelig artikel (The effect of Liver disease in man on the disposition of phenobarbital. Alvin J et al J. Pharm Exp Tox 1975;192(1) 224-235) fandt man en halveringstid for Fenemal hos raske på 86 ± 3 timer og hos leversyge på 130 ± 15 timer. Ved regelmæssig dosering vil koncentrationen i blodet blive ved at stige, indtil der nås et steady-state, hvor udskillelsen svarer til indtagelse, og det vil tage cirka 6 halveringstider, svarende til 22 døgn hos raske og 32 døgn hos leversyge. Under indlæggelsen må man derfor antage, at koncentrationen af Fenemal i blodet på **B** vedvarende steg.

Spørgsmål 7:

Retslægerådet bedes oplyse, om det i den konkrete sag er lægelig indikeret at måle Fenemal-indholdet i blodet samt om det er i strid med almindelige, anerkendte retningslinjer at undlade at foretage en sådan måling.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Det er ikke sædvane at måle koncentrationen af Fenemal i blodet, når stoffet anvendes til at behandle alkoholabstinenser.

Retslægerådet kan oplyse, at Fenemal på grund af langsom udskillelse har tendens til at akkumulere i kroppen, og at man derfor, selv hos raske, anbefaler reduktion af dosis til 100 mg. daglig efter 3-5 dage (Se for eksempel "Medicin.dk"). I dette tilfælde fik **B** gennemsnitlig 250 mg. daglig i 12 dage, og da han tilmed på grund af leversygdommen antagelig havde nedsat elimination af Fenemal, var der risiko for akkumulation af Fenemal til forgiftningsniveau. Det vigtigste forgiftningssymptom er tiltagende sløvhed. Da **B** i dagene 7.-8.11.11 netop blev tiltagende sløv under indlæggelsen på **C**, er det alment anerkendt lægefaglig standard at måle Fenemalkoncentrationen i blodet, om ikke andet så for at udelukke, at Fenemaloverdosering spillede en rolle.

Spørgsmål 8:

*Retslægerådet bedes oplyse, om der er foretaget målinger af Fenemal-indholdet i blodet under **B's** indlæggelse i **C**.*

På det fremsendte blodprøveskema ses der ikke at være svar på Fenemalkoncentrationen i blodet, som man derfor må antage ikke er målt.

Spørgsmål 9:

Retslægerådet bedes oplyse, hvilke andre typer medicin, **B** blev behandlet med.

Spørgsmål 10:

Retslægerådet bedes oplyse, om der var indikation eller kontraindikation for behandling af **B** med disse medikamenter, og om behandlingen var i strid med almindelige anerkendte retningslinjer.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Ad spørgsmål 9 og 10:

C har fremsendt et medicinskema, hvoraf det fremgår, at **B** fik følgende medicin:

Start	Medikament	Dosis	Indikation
20.10.11	Tabl. Spiron	25 mg. x 2	Vanddrivende
20.10.11	Dep.tabl. Selozok	100 mg. x 1	Mod hjertekrampe
20.10.11	Enttbl. Pantoprazol	40 mg.	Mod mavesyre
20.10.11	Apovit B-combin stærk	1 x 3	Vit. tilskud
20.10.11	T Apovit B1-vit.	300 mg. x 1	Vit. tilskud
20.10.11	Tabl Jern C	1 x 2	Jerntilskud
26.10.11	Opl. Medilax	20 ml. x 3	Mod træg mave og hepatisk encefalopati
07.11.11	T Ciscordinol	2 mg.	Mod uro
09.11.11	Inj. Cefuroxim	1500 mg. x 3	Mod infektion
09.11.11	Inj. Metronidazol	500 mg. x 3	Mod infektion
26.10.11	Recetal Stesolid	10 mg. ved behov, max. 50 mg/døgn	Mod kramper
27.10.11	Tabl. Fenemal	100 mg. ved behov, max 400 mg/døgn	Mod abstinenser
04.11.11	Tabl. Fenemal	50 mg. x 4	Mod abstinenser

Spørgsmålet går på om de øvrige medikamenter (det vil sige ud over Fene-mal), var indicerede eller kontraindicerede. Retslægerådet kan oplyse, at de

pågældende præparater var indicerede og ikke kontraindicerede.

Spørgsmål 11:

Retslægerådet bedes ud fra journalen fra C oplyse, hvornår B udviser symptomer på, at lever funktionen er påvirket.

Spørgsmålet kan ikke besvares, da der er flere mulige konkurrerende forklaringer på B's cerebrale tilstand, herunder efter traumet, leverpåvirkning, medicinpåvirkning og infektion.

Spørgsmål 12:

Retslægerådet bedes oplyse, om der er indikationer på, at man i C antager at symptomerne kan henføres til B's hovedtraume.

Retslægerådet bedes i bekræftende fald angive, hvilke indikationer.

B var ved ankomsten til C præget af hukommelsesbesvær, uro og forvirring. Det er ikke specifikt beskrevet, at disse symptomer tilskrives hovedtraumet, men dette ville være naturligt. Den 25.10.11 beskrives B som mere træt, og der bestilles CT-scanning af hovedet, dette indikerer, at følger efter hovedtraumet antages at være en mulig forklaring på tilstanden.

Spørgsmål 13:

Retslægerådet bedes oplyse, hvilken behandling der gives B for hans svigtende leverfunktion.

Af medicinlisten fremgår, at B fik Spiron mod ascites (bugvattersot), Medilax mod hepatisk encefalopati ("levercoma") og tilskud af vitamin B, C og jern, som er relevant hos patienter med skrumpelever og nedsat leverfunktion. Af journalnotat den 02.11.11 fremgår yderligere, at hans kostmålsætning blev indrettet efter hans leversygdom. Retslægerådet har derfor den opfattelse, at hans leversygdom blev behandlet.

Spørgsmål 14:

Den interne lægekonsulent H udtaler i forbindelse med Patient-skadeankenævnets behandling af sagen, at hvis patienten var blevet overført til D havde han muligvis overlevet.

Retslægerådet bedes oplyse, om man er enig i denne vurdering samt begrunde sit svar.

Det er Retslægerådets opfattelse, at man på D ville have haft bedre mulighed for at behandle B's tilstand, som ud over hjerneskaden kunne være betinget af (kombinationer af) alvorlig infektion, Fenemaloverdosering, og nedsat lever- og nyrefunktion. C har

som genoptræningshospital ikke forudsætningerne for at udrede og varetage denne type problemstillinger.

Der er ikke i det fremsendte journalmateriale dokumentation for, at B den 09.11.11 var uafvendeligt døende. Det kan derfor ikke udelukkes, at B kunne have overlevet, hvis han var blevet overflyttet til Intensivafdelingen på D, som foreslået. Det er imidlertid ikke muligt med sikkerhed at afgøre, om B ville have overlevet, hvis han var blevet flyttet.

Konklusionen er derfor, at Retslægerådet er enig med H.

Spørgsmål 15:

Retslægerådet bedes oplyse, om der i journalen fra C noget sted er beskrevet, at B's ægtefælle oplyses, om at årsagen til B's forringede tilstand er en svigtende lever funktion.

Retslægerådet bedes i bekræftende fald angive, hvor i journalen dette er angivet.

Retslægerådet har gennemgået de fremsendte notater og det fremgår intet steds, hvad der præcist er sagt til de pårørende.

Spørgsmål 16:

Retslægerådet bedes oplyse, om den behandling, som B modtog på C den 12. november 2011 og frem, var i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Spørgsmål 17:

Såfremt spørgsmål 16 besvares benægtende, bedes Retslægerådet oplyse, hvorledes B's behandlingsforløb på C den 12. november 2011 og frem adskilte sig fra det forløb, som man efter dagældende almindelige lægefaglige retningslinjer kunne forvente til behandlingen af helbredsmæssige forhold svarende til B

Ad spørgsmål 16 og 17:

Retslægerådet finder, at behandlingen på C var i overensstemmelse med alment anerkendt lægefaglig standard. B blev behandlet med Fenemal for såvel epilepsi som abstinenser. Det er ikke usædvanligt at udvikle epilepsi efter hovedtraumer med hjerneskader som de B havde pådraget sig med konstusionsblødninger sub-corticalt. Ud fra blodprøver var det kendt, at B var alkoholpåvirket på ulykkestidspunktet og ifølge familien var B i tiden op til ulykken ikke alkoholabstinent. B udviklede uro og konfusion under opholdet på C, dette blev relevant tolket som mulig alkoholabstinenssymptomer. Fenemal er relevant til behand-

ling af såvel epilepsi som abstinenser hos patienter med alkoholbetinget leverskade uden svær leverfunktionsnedsættelse. Behandlingen med Fenemal startes korrekt i lav dosis på grund af den kendte leverpåvirkning. Da der erkendes stigende levertal, som udtryk for påvirket leverfunktion, ophøres med behandling af Fenemal. Man mistænker en infektion som årsag til B's tilstand og opstarter antibiotika behandling.

Ved længere tids dosering af Fenemal, er der risiko for akkumulation af stoffet i kroppen. Medicin.dk indeholder en eksplicit advarsel derom. Hos patienter med nedsat leverfunktion er risikoen større. At behandle med 250 mg/døgn som gennemsnit over 12 døgn hos patient med selv beskeden leverpåvirkning indebærer risiko for forgiftning. For at vurdere risikoen for forgiftning, ville en erfaren speciallæge have målt koncentrationen i blodet. Det skal understreges, at svære alkoholabstinenser er livsfarlige og behandlingskrævende, så lægen kan være tvunget til at anvende doser, der bringer patienten tæt på eller over forgiftningsgrænsen. Det kræver imidlertid mere intensiv overvågning, end der er rådighed over på C

Retslægerådet finder, at almindeligt anerkendte retningslinjer ville tilsige, at patienten blev flyttet til et sygehus med kapacitet til at behandle den komplicerede tilstand.

Spørgsmål 18:

Retslægerådet bedes oplyse, om det var i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer, at B ikke blev overført til D da man den 9. november 2011 på C vurderede, at B var ved at udvikle leversvigt, jf. bl.a. bilag 4, side 20.

I tilknytning til besvarelsen bedes Retslægerådet oplyse, hvilken betydning det har for vurderingen, at hverken sagsøgeren selv eller hans pårørende ønskede en overflytning, jf. journalnotat af 9. november 2011 (bilag 4, side 20).

Den faglige standard ville tilsige, at B blev tilbudt overflyttelse til D hvilket skete i henhold til notat af 09.11.11 af E Det er dog også i overensstemmelse med den faglige standard at acceptere patientens vilje, hvis han efter at være gjort bekendt med konsekvenserne, afslår tilbuddet.

Patientens autonomi i forhold til en tilbudt behandling skal respekteres, ligesom familiens ønske tages med i betragtning. I situationer hvor den behandelende læge vurderer, at patienten eller dennes familie afviser en relevant behandling med fare for patientens liv til følge, kan tvangsbehandling overvejes. I så tilfælde skal der ske indlæggelse under tvang efter vurdering af en speciallæge i psykiatri. Tvangsbehandling anvendes sjældent, når der er overensstemmelse mellem patientens og familiens ønsker.

Spørgsmål 19:

Retslægerådet bedes oplyse, om der i sagens lægelige akter er dokumentation for, at A blev orienteret om, at man behandlede B for problemer relateret til leveren, jf. bl.a. journalnotater af 1. november 2011 (bilag 4, side 14), journalnotat af 2. november 2011 (bilag 4, side 15), journalnotat af 7. november 2011 (bilag 4, side 18) og journalnotat af 9. november 2011 (bilag 4, side 20).

Det fremgår af notat den 02.11.11 (side 14), at hustruen var meget bevidst om B's situation, men der er ikke nærmere redegjort for, hvad dette betyder.

Det fremgår af notat den 02.11.11 (side 15), at hustruen er informeret om, at B har været til ultralydsscanning af leveren. Der blev ikke informeret om resultatet af scanningen, da dette ikke forelå.

Det fremgår af notat den 07.11.11, at der har været gennemført samtale med B's hustru, der er ikke beskrivelse af given information vedrørende leversygdom.

Det fremgår af journalnotat den 09.11.11 ved E, at man anså B for dødeligt syg af leversvigt med hepato-renalt syndrom, og at chance for at redde B's liv afhang af overflyttelse til D. Notatet er skrevet, så man må tage for givet, at denne information er meddelt patient og hustru.

Spørgsmål 20:

I tilknytning til besvarelsen af spørgsmål 2 og 4 bedes Retslægerådet oplyse, hvilken betydning det har for vurderingen, at det fremgår af lægenotat af 12. december 2011 (bilag 5, side 5), at han havde en god leverfunktion, og at blodprøvesvaret af 12. oktober 2011 viste normale værdier af koagulationsfaktorer og albumin (bilag C og 10).

Som led i besvarelsen bedes Retslægerådet desuden oplyse, om behandling med Fenemal er kontraindiceret ved kronisk leversygdom i de tilfælde, hvor leverfunktionen ikke er svært nedsat.

Spørgsmålet er hypotetisk, som Retslægerådet generelt ikke besvarer, men Retslægerådet kan oplyse, at behandling med Fenemal ikke er kontraindiceret ved kronisk leversygdom uden svært nedsat leverfunktion.

Spørgsmål 21:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

..."

Forklaringer:

A har forklaret, at hun er efterløønner. Tidligere arbejdede hun som bioanalytiker på D og hun var gift i 39 år.

B havde i den tid, hvor han led af leversygdom, ikke kunnet tåle smertestillende medicin. Han foreslog selv at gå i antabusbehandling, idet han var bevidst om, at han var ved at drikke for meget. Da det viste sig, at han ikke tålte behandlingen, blev det ændret til, at han to gange ugentligt skulle på klinikken og puste. Hun oplevede, at B i lange perioder ikke havde et overforbrug. I perioder, for eksempel i forbindelse med rygska-den, eller hvis han var særlig presset, kunne det ændre sig. Hun oplevede ham dog aldrig fuld.

I november 2009 var B indlagt. Han havde gået til kontrol ved G og det blev opdaget, at han havde åreknuder i spiserøret. De blev i flere omgange stripset. Hun har aldrig oplevet, at han har haft abstinenser eller kramper. B blev genindlagt. Hans mavesæk begyndte at vokse. Først tænke de, at han blot tog lidt på i vægt. Da det blev forværret, henvendte de sig til G og B blev genindlagt.

Fra november 2009 og frem til ulykken oplevede hun et stabilt forløb. De havde en aftale om, at hvis B skulle noget og blev forsinket, skulle han ringe. Deres forhold var sådan, at de i alting var klar over, hvor de havde hinanden. B havde det godt. Det havde han også, da de op til ulykken var på ferie med børn og børnebørn. De havde en god ferie. B drak ikke ud over at få rødvin til maden, som de andre. Hun oplevede ikke, at han drak andet.

Forud for ulykken havde B om formiddagen været til fysioterapeut i I. Han havde hentet bilen ved sygehuset og afleveret den igen samme sted. Han kørte derfra på knallert. Hun har fået oplyst, at han var taget om på Rådhuskroen for at møde nogle kammerater. Hun blev ringet op ved 16-tiden, at han var kommet ind som traumepatient. Hun så ham ved 18-tiden. Hun var i chok. Børnene kom med ind med det samme. De kunne ikke tale med B på dette tidspunkt.

B blev overført til J næste morgen. De havde ikke spurgt hende. Hun havde ringet ved midnat og fået oplyst, at B's tilstand var stabil. Om morgenen blev hun ringet op om overflytning til J. B var i J i 1 ½ døgn. Hun og børnene kørte derover med det samme og kørte hjem senere på dagen. Næste morgen tog de derover igen. Ved middagstid bestemte lægerne sig for at tilbageføre ham til neurologisk i D. Hun kunne, da B var i J, ind imellem tale med ham. Han vidste, at de var der, men var træt.

Fra den 14. til den 20. november, hvor han var på C, besøgte hun ham flere gange om dagen. Han udviklede sig positivt og sad og løste kryds- og

tværs og så tv. Han jokede, som han plejede, og kunne spise selv. Hun opfattede det som en klar bedring.

C er et genoptræningssted. Hun havde researchet lidt, og det er et af de bedste steder i Danmark til genoptræning af hjerneskadede. selv var helt indforstået med overflytningen. B var med til samtalen den første dag i C og gav selv udtryk for, hvad han gerne ville nå. Det var K de snakkede med. Indtrykket af C var meget positivt, og de var glade. B blev taget godt imod. I de ca. 20 dage, han var indlagt i C besøgte hun ham dagligt med undtagelse af en enkelt dag. Et af børnene var med hver anden gang.

B udvikling var positiv, indtil han fik krampeanfaldet. Hun blev ringet op på arbejde. Hun vidste derfor, inden hun besøgte ham, at han havde haft anfaldet. B lå nu blot, og de kunne ikke komme i kontakt med ham. Der kom en læge ind. Han fortalte, at de gik ud fra, at det skyldtes et epileptisk anfald i forbindelse med hjerneskaden. Hun ved ikke, hvad lægen hed.

Vedrørende CT-scanningen fik hun på et tidspunkt oplyst af plejepersonalet, at der sås bedring i hjerneblødningen. Det var tilfældigt, at hun fik denne oplysning. Herfra oplevede hun imidlertid kun nedgang i B's tilstand.

Foreholdt journalnotat af 26. oktober 2011, hvori det er noteret, at man havde mistanke om levercoma, har hun forklaret, at hun på intet tidspunkt fik besked om, at tilstanden skyldtes noget med leveren. Man kan næsten sige, at der ikke var nogen dialog med personalet på afdelingen. Hun måtte spørge, hvis hun ville vide noget. Derfor bad hun også på et tidspunkt om et møde med en læge. Den første dato blev aflyst med begrundelsen, at B ikke var i stand til at deltage. En målsamtale vedrører mål for rehabiliteringen.

Foreholdt, at det af journalnotat af 1. november 2011 fremgår, at vidnet var nervøs for, at B skulle blive overflyttet til D har hun forklaret, at det kom sig af, at hun og datteren besøgte B. En fra plejepersonalet kom ind på stuen. Vidnet sagde til vedkommende, at det var dejligt, at B var pænt plejet, og at de ikke havde samme tid til sådan noget i D, hvorfor hun ikke håbede, at B skulle flyttes tilbage til neurologisk afdeling i D.

Vedrørende notatet om, at hun var meget bevidst om B's situation, vedrørte det hendes viden om B's leversygdom, som hun har haft kendskab til i mange år. Hun var også vedrørende hovedskaden bevidst om, hvad det i værste fald kunne føre til.

Omkring den 2 og 7. november talte hun og børnene meget om, at B næsten altid var sengeliggende og sov meget. Hun fik ingen forklaring på det og tolkede forholdene sådan, at han var sengeliggende mest af tiden. I begyndelsen af det sidste forløb kunne de samtale lidt med ham. Han kunne

dog blive noget aggressiv og råbe af hende. Han sagde flere gange, at de ikke var gode ved ham. De havde ikke fået information om, at sygehuset havde lagt en chip i skoene. Hun tror, at B blev aggressiv, fordi han vidste, at de gav ham for meget medicin.

K var den ledende overlæge. Begge børn var med til samtalen den 7. november. K sagde, at B skulle ud af den sidste medicin, at de pt. ikke var i stand til at genoptræne ham, og at han fortsat ville være træt efter endt udtrapning. K foreslog derfor, at B skulle på et plejecenter for at komme til kræfter, og at C kunne tage ham tilbage, hvis han blev bedre. De skulle se fremad. Hun var positiv og glad efter samtalen, som hun tolkede som om, der var fremgang. De talte ikke under samtalen om eventuel overførsel til D. Hun besøgte B den 8. november. Hun kunne ikke komme i kontakt med ham og mødte ikke noget personale.

Hun blev ringet op den 9. november af en plejeperson, som sagde, at hun syntes, hun skulle komme, men at det dog ikke hastede. Børnene og hun tog til C. Efter noget tid talte de med E. B var kommet på enestue og lå "tussegrå". E sagde, at B var gået i levercoma, at leveren var ved at stå af, og at han havde en stærk urinvejsinfektion.

Foreholdt journalnotat af 9. november om, at B, hvis han skulle have en chance for at overleve, skulle overføres til D og at B og hans familie ikke ønskede dette, har hun forklaret, at hun er sikker på, at de ikke talte om overførsel. Hun har under forløbet i C kun talt med en fra plejepersonalet om D, og det var som forklaret i forbindelse med den gode pleje i C. Omkring den 8. og 9. november var B ikke i stand til at tilkendegive, om han skulle overføres. Hun ville heller aldrig have fravalgt overførsel.

Hun var indtil samtalen med betjenten overbevist om, at det var færdselsuheldet, der var årsagen til, at B døde. B var på en genoptræningsafdeling og ikke på en leverbehandlingsafdeling. Hun ved ikke, om C havde kontakt til G.

Da betjenten ringede til hende, fik hun besked om, at K havde sagt, at B var død en naturlig død. Politiet frafaldt derfor sagen mod modparten i færdselsuheldet. Hun var i vildt chok og talte med børnene, hvorefter hun tog kontakt til en advokat.

Da hun læste journalen fra C var hun dybt chokeret. Det var det hele, herunder at de kunne putte så meget medicin på en leversyg mand. Hun havde allerede i D og i J gjort opmærksom på, at han ikke tålte smertestillende medicin og bedt dem passe på vedrørende leveren.

Vedrørende samtalen med E og journalnotatet af 9. november, tænker hun, at de ikke er blevet spurgt om overflytning. De kun-

ne have overført ham 10 dage før, hvis de havde mistanke om, at der skulle behandles. Det er ikke hende, men lægen som skulle vurdere, om B skulle overføres. Hun fastholder, at hun ikke blev spurgt.

En bioanalytiker er en laborant. Hun kender medikamentet Fenemal og vidste, at det blev brugt til behandling af epilepsi, men ikke, at det blev brugt ved alkoholafhængighed.

Foreholdt journalnotat af 2. november om samtale med hende, har hun forklaret, at hun husker telefonsamtalen, som alene gik på, at den ønskede samtale med lægen var aflyst. Hun er ikke enig i det, der i øvrigt står i notatet.

Foreholdt journalnotat af 7. november om samtale, har hun forklaret, at Fenemal aldrig blevet nævnt. Delir er heller ikke blevet nævnt i samtalen. K sagde, at de skulle se fremad.

Foreholdt journalnotat af 9. november, har hun forklaret, at hun ikke husker samtalen med E sådan som den er refereret.

Politiassistent L har som vidne forklaret, at K den 7. november oplyste, at B var ved at trappe ud af medicinen, og at han måske kunne afhøres om nogle uger.

Efterfølgende ringede B's søn og oplyste, at hans far nu var død.

Han var overrasket over, at K ikke havde sørget for at give besked til ham. Han kontaktede K, som sagde, at dødsårsagen var leversvigt, og at færdselsulykken ikke havde noget med det at gøre. Anklageren, som havde sagen, bad ham tage kontakt til G og B's egen læge. Da han fik en anmodning fra et forsikringssekskab om kopi af politirapporten, ringede han til B's ægtefælle. Han tænkte, at der måtte være noget, ægtefællen ikke havde fået oplyst. Hun blev meget stille, og det var hans opfattelse, at hun ikke vidste noget om lægernes vurdering.

Han har talt med tre læger; K, G og M. Han har ikke talt med en læge ved navn E.

N har som vidne forklaret, at han bor i O. Forældrene og han boede tæt på hinanden og så hinanden flere gange om ugen. Han vidste, at faren havde haft et alkoholmisbrug, og at han på et tidspunkt var i antabusbehandling. Han fornemmede, at der var kommet godt styr på det. Vidnet var ikke med på den sidste ferie, men i sommeren og efteråret oplevede han faren være ved godt mod.

Han blev den pågældende dag ca. kl. 16.20 telefonisk orienteret om ulykken

af sin mor. De mødtes på sygehuset. Faren så ikke så pæn ud og havde hævelser i hovedet. Moren, hans søster og han talte sammen under hele forløbet. Han var også med i J . Han husker ikke, om han da kunne tale med faren. De talte med sygeplejersker i J blandt andet om, at han ikke tålte for megen medicin. Moren sagde, at en ½ kodymagnyl var nok til at slå ham helt ud. Det var på daværende tidspunkt fortsat uvist, hvordan tilstanden ville udvikle sig.

Han besøgte faren hver dag under indlæggelsen i D . Der var god udvikling, og faren jokede, løste børnekrydsogtværs og kunne føre en samtale. Moren var der næsten hele tiden, og var den, der primært var inde over. De var tilfreds med, at man i D vurderede, at faren var klar til overflytning til C . Han besøgte faren hver anden dag. De talte meget om, at det var et godt sted med gode træningsfaciliteter og godt med personale.

Efter de første par dage var farens tilstand nedadgående. Det tog pludselig en drejning. Faren sov mere og mere. Hver gang de kom, kom sygeplejersken ind og fortalte, hvad der var sket. De fik mest at vide, at han ikke kunne klare at træne og mest havde sovet. De talte overhovedet ikke om, at han blev behandlet med Fenemal. De har kun tænkt på hjerneskaden.

Han deltog i et møde med læge K mandag den 7. november kl. 14.00. De tog hjemmefra og var triste, fordi de oplevede faren sove mere og mere. K sagde imidlertid, at tallene så gode ud, og at det gik fint fremad. Faren skulle blot vækkes af den medicin, han var i, og der kunne gå noget tid, og han kunne være svag, når han vågnede. De skulle finde et plejecenter, hvorefter han efter noget tid skulle tilbage til C . Der blev ikke, hverken på dette eller tidligere tidspunkter, talt om, at faren skulle overføres til D .

De var glade for den gode nyhed. C ringede til hans mor to dage efter. Hun fortalte ham, at de skulle komme derop, og at de ikke behøvede at skynde sig. De tog til C hvor de ventede 1 time på at komme til at snakke med en læge. Lægen, en mediciner, fortalte, at det så skidt ud. Han sagde, at de ikke havde haft kontakt med faren i et døgn, og at han havde lever- og nyresvigt og urinvejsinfektion. Det var helt andre informationer end de, der var givet to dage tidligere. De talte heller ikke på dette tidspunkt om overførsel til D . Han er helt sikker på det.

Foreholdt journalnotat af 9. november har han fastholdt, at overførsel til D ikke var på tale. De blev altså ikke spurgt om det. Da de var færdige med mødet, ville de gerne ind til faren, som imidlertid skulle tømmes for urin. De blev enige om, at moren og søsteren skulle blive. Han kørte hjem efter blot at have set faren gennem døren. Faren var, som han havde været i længere tid; grå og trist.

Han kontaktede efter dødsfaldet moren til modparten i færdselsuheldet. Poli-

tiet havde varslet, at der ville blive en sag om uagtsomt manddrab. Politibetjenten havde ringet til ham flere gange, og han viderebragte informationerne til pigens mor. Hans mor ringede og sagde, at det var helt forkert, og at læsionerne i hovedet ikke var dødsårsagen. De forstod det ikke. De var i C blevet orienteret om, at blødningerne i hjernen var aftagende og havde vedrørende trætheden fået at vide, at det var naturligt, at man var træt efter at have slået hovedet meget.

Foreholdt journalnotat af 9. november fra E ved overflytning, har han forklaret, at han aldrig har hørt om det. Faren var slet ikke i stand til at svare, og de er aldrig blevet spurgt, om de ønskede ham overført. Det eneste, de fik at vide, var, at de skulle finde et plejecenter, faren kunne blive overført til.

Parternes synspunkter

A har procederet i overensstemmelse med sit påstandsdokument af 3. november 2014, hvoraf fremgår:

"Til støtte for den nedlagte påstand gøres følgende gældende:

B er ikke behandlet efter specialiststandarden.

På C behandlede man B med en høj dosis fene-mal uden at foretage en måling af fenemal koncentrationen i blodet. Den høje dosis udgør en forgiftningsrisiko også for leverspaske patienter. Den manglende måling finder Retslægerådet var i strid med almen anerkendt lægefaglig standard specielt da B i dagene den 7. -8. november 2011 har tegn på forgiftningssymptomer med tiltagende sløvhed.

På C havde man endvidere ikke den fornødne ekspertise til at behandle en patient med de symptomer, som B havde og almindelige anerkendte lægefaglige retningslinjer tilsagde, at B skulle have været overflyttet til et hospital med kapacitet til behandling af den komplicerede tilstand.

Det bestrides, at A var orienteret om, at B forværede tilstand skyldtes andet end hovedtraumet. A havde på intet tidspunkt fået oplyst, at der var tale om en tilstand, som man ikke have den lægefaglige kapacitet til at behandle i C men at man muligvis kunne hjælpe B i D, hvor man havde den fornødne kapacitet.

A var på intet tidspunkt orienteret om konsekvenserne af et ønske om, at B skulle blive i C. Det kan derfor på ingen måde tillægges betydning, at hun har udtrykt ønske om, at B

sen skulle i blive i C

Der er med udtalelsen fra retslægerådet fornødent sikkert grundlag til at tilsidesætte afgørelsen fra Patientskadeankenævnet, da denne sag vedrører spørgsmål af lægefaglig karakter.

Det gøres således overordnet gældende, at B's patientskade skal anerkendes.

..."

Patientskadeankenævnet har procederet i overensstemmelse med sit påstandsdokument af 3. november 2014, hvoraf fremgår:

"En patient er berettiget til ydelser efter klage- og erstatningsloven, hvis følgende betingelser er opfyldt:

Patienten skal ved behandling, undersøgelse med videre med overvejende sandsynlighed være påført en skade, jf. lovens § 19, stk. 1 og § 20, stk. 1, og skaden skal med overvejende sandsynlighed være forvoldt på en af de i § 20, stk. 1, nr. 1-4, anførte måder.

Der ydes ikke dækning for følgerne af grundsygdommen, for manglende helbredelse af grundsygdommen eller for følgerne af andre konkurrerende lidelser.

Efter § 20, stk. 1, nr. 1, er det en betingelse for en anerkendelse, at 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.

Endelig ydes der kun erstatning, hvis erstatningen overstiger kr. 10.000,-, jf. § 24, stk. 2.

Patientskadeankenævnet fandt ved afgørelse af 20. februar 2013 (bilag 12) som nærmere begrundet i denne, at B ikke ved behandlingen på C i perioden 12. oktober 2011 og frem var blevet påført nogen patientskade.

For at tilsidesætte Patientskadeankenævnets afgørelse skal der foreligge et sikkert grundlag, og det er A der har bevisbyrden for dette. Denne bevisbyrde har A ikke løftet.

Det kan således på baggrund af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 18 lægges til grund, at C handlede i overensstemmelse med almindeligt anerkendte retningslinjer ved at tilbyde B og B's pårørende, at han blev overflyttet til D

Det kan endvidere ligeledes på baggrund af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 18 lægges til grund, at C handlede i overensstemmelse med almindeligt anerkendte retningslinjer ved at acceptere B og B's pårørendes ønske om, at han ikke blev overflyttet.

Der er intet grundlag for at antage, at C ikke havde informeret B og B's pårørende om, at hans overlevelseschance var at blive overflyttet til D, og dermed hvad konsekvenserne kunne være af at afslå tilbuddet om en overflytning, jf. eksempelvis journalnotat af 9. november 2011 (bilag 4).

Det er i den sammenhæng uden betydning, om A var af den opfattelse, at årsagen til B's helbredstilstand var færdselsulykkel, og hvorfor hun eventuelt var af den opfattelse.

Såfremt retten finder, at der er grundlag for at tilsidesætte Patientskadeanerkennets afgørelse, er der stadig ikke grundlag for at tage A's påstand til følge. Sagen må i stedet hjemvises til fornyet administrativ behandling af, om en eventuel erstatning og godtgørelse overstiger kr. 10.000,-, jf. klage- og erstatningslovens § 24, stk. 2, hvilket Patientskadeanerkennet ikke tidligere har truffet afgørelse om.

..."

Rettens begrundelse og afgørelse

Efter oplysningerne i journalen fra C samt Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 4, 7, 16 og 17 lægger retten til grund, at B under indlæggelsen i C fik præparatet Fenemal i 12 dage; tra den 25. oktober til den 6. november 2011, og at dosis gennemsnitlig var 250 mg. dagligt.

Det lægges endvidere til grund, at Fenemal, som anvendes til behandling af abstinenser og epilepsi, var et passende valg, men at B fik præparatet i en relativ høj dosis og i væsentlig længere tidsrum end anbefalet, hvorfor det må antages, at koncentrationen af stoffet i blodet vedvarende steg, så der var risiko for forgiftning.

Ifølge Retslægerådet ville en erfaren speciallæge - for at vurdere risikoen for forgiftning - have målt koncentrationen af Fenemal i blodet. Rådet vurderer endvidere, at B uanset om længere tid dosering måtte have været nødvendigt, burde have været flyttet til et sygehus med kapacitet til at behandle hans komplicerede tilstand.

Det må efter bevisførelsen, herunder Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 9, lægges til grund, at Fenemalkoncentrationen i blodet ikke blev målt. Det

kan endvidere efter bevisførelsen ikke lægges til grund, at afdelingen i C på noget tidspunkt forud for den 9. november 2011 anbefalede at flytte B til D

Retten finder, at der herved blev begået behandlingsfejl af en karakter, som kan sidestilles med utilstrækkelig observation af en patient og manglende tilkaldelse af specialistbistand.

Det vigtigste forgiftningssymptom er ifølge Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 7 tiltagende sløvhed.

Det fremgår af journalen, at blodprøver den 28. oktober 2011 viste en svag stigning i levertallene, og at tallene fra den 31. oktober 2011 viste en fortsat stigende tendens. Allerede den 30. oktober 2011 er det noteret i journalen, at B virkede meget træt og sløv. Den gentages i notat af 3. november 2011 og giver anledning til, at Fenemal dosis den 4. november 2011 reduceres fra 250 mg. til 200 mg, hvilket dog fortsat er dobbelt så meget som anbefalet. Af notater fra den 5. november 2011 fremgår, at B havde sovet stort set hele dagvagten og været meget træt og svær at holde kontakt med i aftenvagten. Den 6. november 2011 skulle han ruskes og nappes, før han svarede.

Det fremgår endvidere af journalen, at der allerede efter CT skanningen den 25. oktober 2011 var tegn på, at der var andet og mere galt end hovedtraumet kunne forklare. Ifølge notatet var der således allerede på dette tidspunkt mistanke om levercoma.

Retten finder herefter, at der ved den manglende kontrol af Fenemalkoncentrationen og ved den manglende overflytning er begået klare fejl.

B var ikke uafvendeligt døende. Det var derfor muligt, at han - såfremt Fenemalkoncentrationen var blevet målt, og behandlingen indrettet i forhold hertil, eller såfremt han var blevet overført - ville have overlevet.

Retten lægger i den forbindelse endvidere vægt på, at B skrumpelever på indlæggelsestidspunktet var velbehandlet, at blødningerne i hjernen ifølge CT skanningerne var aftagende, og at infektionen ifølge journalen først tiltrådte sidst i forløbet.

Retten finder, at det herefter er bevist, at B's dødsfald er en erstatningsberettiget skade, jf. lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 20.

A's påstand vedrører efter formuleringen alene betingelserne i lovens § 20 og ikke tillige spørgsmålet om udmåling af erstatning i § 24. Der er derfor ikke grundlag for at hjemvise sagen som subsidiært påstået af Patientskadeankenævnet.

A's . påstand tages herefter til følge.

Efter sagens udfald skal Patientskadeankenævnet betale sagsomkostninger til A. Efter sagens værdi, som ifølge parterne kan fastsættes til 609.000 kr., samt sagens omfang og resultat, fastsættes beløbet til 80.000 kr., hvoraf 4.000 kr. vedrører retsafgiften, 200 kr. udgift til journal fra egen læge, og det resterende beløb udgift til advokat, inkl. moms, herunder fremstilling af materialesamling.

Thi kendes for ret:

Sagsøgte, Patientskadeankenævnet, skal anerkende, at B's dødsfald på C den 10. november 2011 er en erstatningsberettiget patientskade i henhold til lov om patientforsikring.

Patientskadeankenævnet skal inden 14 dage betale 80.000 kr. i sagsomkostninger til sagsøgeren, A.

Lisbeth Christensen
dommer

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Retten i Esbjerg, den 16. december 2014.

Tine Jessing Hvass, afdelingsleder