



Udskrift af dombogen

DOM

Afsagt den 30. maj 2018 i sag nr. BS C3-267/2014:

Boet efter A

mod
Ankenævnet for Patienterstatningen
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg

Sagens baggrund og parternes påstande

Sagen drejer sig om, hvorvidt A der den 8. juni 2011 blev henvist til lægevagten på Sygehus X, blev påført en erstatningsberettiget patientskade, som var årsag til, at hun efterfølgende afgik ved døden.

Sagsøgeren, boet efter A har nedlagt påstand om, at Patientskadeankenævnet (nu Ankenævnet for Patientforsikringen) tilpligtes at anerkende, at A afgang ved døden den 17. juni 2011 skal anerkendes som patientskade, jf. § 20, stk. 1, nr. 1, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Sagsøgte, Ankenævnet for Patientforsikringen, har nedlagt påstand om frifindelse.

Sagen er anlagt den 24. februar 2014.

Oplysingerne i sagen

Der er under sagen fremlagt en række journalnotater fra sygehuse, herunder fra Sygehus X Y og Sygehus Z samt fra A egen læge, Q

Af en udskrift fra Lægevagt Administration, E fremgår følgende:

" ...

Dato & tid

2011-06-08 21:12:47

...

...

Vagtlæge: ...

Handling: Sendt til konsultation: , aftalt tid: 21:40

...

Notat: I dag opk, mavesmerter, svimmel.
skal næste uge galdeopereres.
har diabetes, og kronisk pankreatit.

2011-06-08 22:07:40

...

Vagtlæge: ...

Notat: I dag opk, mavesmerter, svimmel
skal næste uge galdeopereres.
har diabetes, og kronisk pankreatit.
Har det på samme måde som før. Smerter bæltefor-
met over øvre abdomen men værst svt GBS. Abs
blødt. Ingen pat udfyldninger. nat tarmlyde
Aff for 2 dage siden flatus igpr
Gives inj vilan 1 ml+ 2 ml primperan. hvis ingen
bedring indenfor 1 time da tilbagemeldinf
BT 110/70

..."

Sagen blev anmeldt til Patientforsikringen den 17. november 2011. Af et in-
ternt notat, der er udarbejdet den 3. februar 2012 af B fremgår
følgende:

"...

Vurdering: Patienten kontakter 08-06-2011 vagtlægen grundet mavesmerter.
Af journalen fremgår det at det var kendte mavesmerter der sad bælteformet
henover maven. Ved gennemlæsning af egen læges jorunal fremgår det at
hun ca 3-4 gange om måneden havde disse mavesmerter og fik smertestillen-
de for det.

Vagtlægen undersøger hende og finder normale tarmlyde og abdomen blødt.
Der behandles relevant med smertestillende og kvalmestillende. Hun infor-
meres om at henvende sig hvis der ikke er effekt.

Jeg vurderer vagtlægens behandling til at være ESS. Hun har ingen mulig-
hed for at vide patientens kalium var forhøjet og de symptomer hun henven-
der sig med er kendte.

..."

Til brug for behandlingen af sagen afgav Patientforsikringens lægelige kon-
sulent C den 22. marts 2012 en udtalelse, hvoraf fremgår:
"Vedrørende vagtlægebesøg den 8.6 må denne vurderes af vores praksiskon-
sulent".

Af en speciallægeerklæring af 7. oktober 2012 fra overlæge, dr.med. D
der er sendt til Patientforsikringen, fremgår følgende:

"...

Ud fra de oplysninger som det fremgår vagtlægen var i besiddelse af mener
jeg der blev handlet sufficient. Dog burde der fremgå af vagtlægens notat
oplysninger om patientens blodsukker, da symptomerne ved truende ketoaci-
dose kan ligne dem patienten frembød.

...

Det skønnes meget sandsynligt at patientens hjertestop og senere død skyldes elektrolytforstyrrelser. Dette i umiddelbar fravær af andre konkurrerende dødsårsager (fx AMI, anden primær kardiel lidelse, cerebrovaskulær årsag, svær infektion eller ketoacidose). Hvorvidt patienten før hjertestoppet havde lav eller høj kalium kan faktisk ikke afgøres, da det vides fra bla dyrestudier at S-kalium i løbet af 15-30 minutters hjertestop ved normal temperatur kan øges med op til 5-6 mmol/l. Det samtidige fund med hyponatriæmi på 111 og høj kreatinin kunne tyde på interaktion med flere diuretika forårsagende både salt- og volumen-depletering. Det tidligere omtalte fund med patientens doseringsæske indeholdende både furosemid og thiazid kunne også pege i den retning. Patientens ultimative cerebrale ødem er også en kendt komplikation til svær hyponatriæmi.

..."

Endelig fremgår følgende af et internt notat af 1. november 2012:

"...

Det fremgår af erklæringen, at patienten er grundigt udredt i henhold til ESS. Årsagen til patientens hjertestop er ikke klar, de højre kalium værdier der er målt efter pt's hjertestop, kan ligesåvel være et resultat af hjertestoppet, som årsagen hertil.

..."

Den 28. november 2012 traf Patientforsikringen sålydende afgørelse:

"...

Afgørelse

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

Betingelserne for at yde erstatning efter lovens § 19, stk. 1. og § 20, stk. 1, er ikke opfyldt.

Sagsfremstilling

Du har på vegne af afdøde A søgt erstatning, fordi du mener, at Lægevagten E behandlede hende suboptimalt ved henvendelsen den 8. juni 2011, hvilket medførte, at A afgik ved døden den 17. juni 2011.

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

A var kendt med kronisk pancreatitis, insulinkrævende diabetes, og var opskrevet til operation for galdesten og -blære. Hun havde i 2007 et tilfælde med hjertestop, hvor hendes kaliumværdi var forhøjet.

A blev indlagt akut på Sygehus X den 27. september 2010, da hun havde fået nyopstået diabetes mellitus. Hun havde ømhed i maven og forhøjet blodsukker og lavt kalium indhold i blodet. Hun blev indlagt til yderligere udredning og blev behandlet for det

lave kalium indhold i blodet med kaleroid. Spirix (kaliumbesparende) og kalium-natriumklorid. Man fandt ved ultralyds- og CT-skanning, at der var forandringer på leveren med store pseudocyster og galdesten. Den 14. oktober 2010 blev hun overflyttet til yderligere udredning for hendes hypokaliæmi på Y

Man fandt her, at hendes kaliumindhold i blodet var velreguleret, og normaliseret, og man seponerede kaleroidtabletterne og halverede doseringen af Spirix. Hun skulle følges for sin diabetes.

A henvendte sig igen den 21. oktober 2010 hvor hendes kaliumindhold var faldet til 2,0, man fandt også at hendes aldosteron og renin, som var henholdvist voldsomt forhøjet til 3866 og 92. [Man] valgte som forsøg af seponere Spirix og følge hende. Som følge af vægtforøgelse og gener i form af ødemer valgte man at dosere Spirix igen, da det ikke havde haft nogen effekt at seponere den. Hun blev henvist til udredning for endokrinetumorer på U Man fandt ikke her tegn på tumorer og hun blev afsluttet.

A kom til prøvetagning den 21. marts 2011, og kom til svar herpå den 4. april 2011, hvor hendes kalium indhold i blodet var steget. Man valgte derfor at halvere hendes dosis fra 6 tabletter til 3 tabletter dagligt.

I perioden fra april 2011 til juni 2011 havde A stærke smerter i maveregionen i et bælte, som man tolkede som smerter af galdesten, og som hun fik morfin for, og anmodede den 17. maj 2011 om opdosering til mere end 2 tabletter dagligt.

Hun henvendte sig til lægevagten den 8. juni 2011 med kvalme, smerter i maven og opkastninger. Det er i journalen fra lægevagten anført, at man var vidende om hendes sygdomshistorie med mavesmerter og galdesten, som hun skulle opereres for. Man fandt indikation for behandling med smertestillende og kvalmenedsættende medicin. Og hun blev herefter sendt hjem igen.

A fik hjertestop den 9. juni 2011, men man fik genoplivet hende. Senere undersøgelse viste forøget kalium på 7,8 ved ankomsten til Y A afgik ved døden den 17. juni 2011.

Det fremgår af journalerne fra egen læge, at A fra den 27. oktober 2010 og frem til senest 23. maj 2011 har anmodet sin egen læge om recepter på Truxal.

Begrundelse

Efter KEL § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, ydes der erstatning, hvis patienten er blevet påført en skade.

Det er endvidere en betingelse, at skaden med overvejende sandsynlighed er en følge af den behandling eller undersøgelse, som patienten har fået, og ikke en følge af den sygdom, patienten blev behandlet for.

Behandlingen hos lægevagten

E

Vi har vurderet, at A ikke med overvejende sandsynlighed er blevet påført en skade som følge af behandlingen hos lægevagten E den 8. juni 2011.

Vi har ved afgørelsen lagt vægt på, at man ved henvendelsen den 8. juni 2011 undersøgte hende relevant og fandt normale tarmlyde og en blød mave.

Vi har også lagt vægt på, at man grundet kendskabet til hendes forestående galdestensoperation, behandlede hende med smerte- og kvalmestillende medicin, og at dette var i overensstemmelse med de gældende retningslinjer på området.

Endelig har vi lagt vægt på, at der ikke på det aktuelle tidspunkt var indikation for blodprøvetagning for hendes kalium værdier.

Behandlingen på Sygehus

X

:

Vi har endvidere vurderet, at A ikke med overvejende sandsynlighed er blevet påført en skade som følge af behandlingen på Sygehus X.

Vi har ved vurderingen lagt vægt på, at man fulgte hendes kalium værdier og behandlede hende efter de gældende retningslinjer på området, og at hun ved konsultationen den 21. marts 2011 fik halveret sin dosis af kaleroid.

Patientforsikringen har på baggrund af ovenstående vurderet, at A ikke med overvejende sandsynlighed er afgået ved døden hverken som følge af behandlingen hos lægevagten E eller Sygehus X da hendes kalium-værdi på 7,8 er taget efter hendes hjertestop i hjemmet den 9. juni 2011, og som i sig selv forårsager forhøjelse af kalium værdierne, men mere sandsynligt skyldes andre årsager. Der er derfor ikke grundlag for udbetaling af erstatning.
..."

Afgørelsen blev påklaget til Patientskadeankenævnet (nu Ankenævnet for Patientforsikringen). Til brug for ankenævnets behandling af klagen afgav overlæge F den 11. juni 2013 en udtalelse. Af udtalelsen fremgår følgende:

"...

Udtalelse

Hele denne sag drejer sig jo primært om, hvad der udløste hjertestop om natten den 9. juni, og om nogen af de behandlende læger har forsømt en behandling, der kunne have forhindret hjertestoppet.

I klagen anføres på baggrund af nogle på skadetidspunktet 3 mdr. gamle blodprøver og prøver taget efter hjertestop i 30 min., at hyperkaliæmi var årsagen til hjertestop. Med den medicin hun tilsyneladende har taget kan der være tale om både hypo- og hyperkaliæmi som udløsende årsag. Det ene er

ikke mere sandsynligt end det andet, og blodprøver taget efter 30 min. hjer-testop kan ikke bruges til at vurdere status før. At der i EKG ("hjertekardiogram"?) findes "elevationer", der kunne tyde på blodprop kan heller ikke bruges til meget, men jeg bemærker, at der ikke er beskrevet høje T-takker, der kunne være tegn på høj kalium. Men heller ikke det udelukker hverken det ene eller det andet.

Når man ser prøverne fra marts ser de ikke forskellige ud sammenlignet med hvad der tidligere er set, hverken hvad kalium eller kreatinin (nyrefunktion) angår.

Handlede lægevagten korrekt? Ja, de tog patienten ind, undersøgte hende og fandt ikke ændringer i hendes tilstand, der på nogen måde afveg fra tidligere set, og fundene indicerede ikke indlæggelse, da operation var planlagt til den følgende uge.

I den videre behandling i hospitalssystemet synes der ikke at være afvigelser fra bedste specialiststandard, bortset fra, at man skal være sin mund om årsagssammenhænge i en så alvorlig situation, der medfører døden. Egentlig er jeg i tvivl om ikke årsagen til hjer-testoppet er så usikker, at tilfældet burde have været anmeldt, og en sektion kunne muligvis have afklaret mere om årsagen.

Der er klaget over, at det i en speciallægeerklæring er nævnt at hun kunne have et overforbrug af diuretika (vanddrivende), jf. indholdet af den af familien indleverede medicindoseringsæske. Man kan vel ikke sige, at det er en rygende pistol, al den stund at vi ikke har set hende tage medicinen, men på baggrund af dette og den tidligere historie (2004), så lad os kalde det en spændt flitsbue!

Bortset fra det, mener jeg, at et stort, varierende diuretikamisbrug er det eneste, der kan forklare de over årene fundne værdier og variationer i væsketal og hormoner.

Som nævnt mener jeg ikke at den af læger foretagne/ordinerede behandling er årsag til dødsfaldet.

Egentlig kan man vel sige at hvis man mener at årsagen til hjer-testoppet er forskydninger i kalium så er dødsfaldet forårsaget af grundsygdommen (diuretikamisbrug). Det virker lidt akademisk at anskue det på den måde, men nu er spørgsmålet besvaret.

..."

Ankenævnet traf den 27. august 2013 sålydende afgørelse:

"...

Afgørelse:

Patientforsikringens afgørelse af 28. november 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 28. november 2013.

Det kan hertil supplerende bemærkes, at der ikke er foretaget obduktion, og at årsagen til hjertestoppet om natten den 9. juni 2011, som medførte dødsfaldet den 17. juni 2011, derfor ikke er fastslået.

Begrundelse og resultat

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

Dagen har været forelagt for Retslægerådet, der har afgivet udtalelser den 6. juli 2015, den 27. januar 2016, den 7. december 2016 og den 30. august 2017. Af udtalelserne fremgår følgende:

"...

Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes oplyse, hvad A fejlede forud for henvendelsen til lægevagten den 8. juni 2011.

Spørgsmålet har karakter af resume, og diagnose fremgår af A mange journaler.

Spørgsmål 2:

Havde A ved henvendelsen til lægevagten den 8. juni 2011 symptomer på diabetisk syreforgiftning?

Besvares spørgsmålet bekræftende, bedes Retslægerådet oplyse, om dette forhold må antages at have betydning for det følgende hjertestop den 9. juni 2011.

Sagsøger henvendte sig den 08.06.11 klokken 22:07 til lægevagten på grund af sædvanlige smerter bælteformet over øvre abdomen, mest udtalt på galdeblærestedet. Klagede også over opkastninger og svimmelhed. Opkastninger, mavesmerter kan være symptomer på syreforgiftning. En afklaring af, om A havde eller var ved at udvikle syreforgiftning, ville have krævet måling af blodglukose samt test af urin for ketonstoffer i forbindelse med konsultationen.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet bedes oplyse, om A henvendelse til lægevagten den 8. juni 2011 blev håndteret i overensstemmelse med anerkendte lægefaglige retningslinjer på baggrund af det anførte i journalen ... om, at lægevagten havde kendskab til, at A led af diabetes og kronisk pankreatit, samt stod for galdevejsoperation ugen efter henvendelsen.

Retslægerådet bedes i samme forbindelse oplyse, om lægevagten den 8. juni 2011 i henhold til anerkendte lægefaglige retningslinjer burde have

iværksat andre tiltag, end det skete, herunder hvorvidt henvendelsen fra A burde have ført til indlæggelse.

Måling af blodglukose, samt eventuel test af urin for ketonstoffer ville have været relevant hos aktuelle patienter, der havde insulinkrævende diabetes.

Instruktion omkring behandling af diabetes i forbindelse med opkastningerne ville have været relevant. Det gælder instruktion omkring måling af blodglukose samt instruktion i, hvornår fornyet henvendelse til lægevagt ville være relevant.

Spørgsmål 4:

Med hvilken grad af sikkerhed kan det fastslås, at A i tiden umiddelbart op til henvendelsen til lægevagten den 8. juni 2011 ikke fulgte den vanddrivende behandling efter de angivne forskrifter?

I tilknytning hertil bedes oplyst, om der er grundlag for at antage, at A havde et misbrug af diuretika?

Såfremt spørgsmålet besvares bekræftende bedes Retslægerådet om muligt oplyse graden af sandsynlighed i procent.

A har næppe fulgt den vanddrivende behandling efter de givne ordinationer i hendes journal op til hjertestoppet. Det underbygges af

- I forbindelse med indbringelse for hjertestop findes store mængder diuretika i A medicindoseringsæske i form af to typer diuretika Furix og Centyl, der ikke fremgår af hendes medicinliste.
- I forbindelse med hjertestop i 2007 fandtes også store doser af diuretika (Furix 250 miligram) på og hos A som over for psykiater ved psykiatrisk tilsyn den 22.08.07 indrømmede indtagelse.
- Allerede i 23.09.04 blev det oplyst fra professor G W hospital, at de via analyser i Tyskland havde fundet diuretika i A urin på et tidspunkt, hvor hun nægtede indtagelse af diuretika.

Retslægerådet vurderer, at der er grundlag for at antage, at A havde misbrug af diuretika gennem hele eller dele af perioden fra 2004 til juni 2011. Det kan også forklare hendes sygehistorie med de lave kaliumværdier, der er en bivirkning ved brug af for eksempel Furix. Dette underbygges af, at det trods et stort og intensivt undersøgelsesprogram, der er gentaget flere gange, aldrig lykkedes at påvise en af de kendte årsager til lav kalium i blodet.

Hvis ovenstående antagelse er korrekt, finder Retslægerådet en sammenhæng sandsynlig, men finder det ikke muligt at oplyse graden af denne i procent, fordi bevis for indtagelse af diuretika mangler.

Spørgsmål 5:

Med hvilken grad af sikkerhed kunne det på baggrund af journaloplysninger til og med den 8. juni 2011 fastslås, at A i tiden umiddelbart op til henvendelsen ikke fulgte den vanddrivende behandling efter de angivne forskrifter?

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 4.

Spørgsmål 6:

Såfremt Retslægerådet finder, at der er grundlag for at antage, at A i tiden umiddelbart op til henvendelsen til lægevagten den 8. juni 2011 havde et misbrug af diuretika, bedes Retslægerådet oplyse, om dette efter anerkendte retningslinjer er et forhold, lægevagten burde have opdaget eller undersøgt nærmere.

Besvares spørgsmålet bekræftende bedes Retslægerådet oplyse om, de eventuelle tegn på misbrug af diuretika, som lægevagten ikke måtte have taget i betragtning, i henhold til anerkendte retningslinjer burde have ført til anden behandling eller tiltag, end den A modtog i lægevagten.

Lægevagten har ingen mulighed haft for at observere eller få mistanke om et eventuelt misbrug af diuretika.

Spørgsmål 7:

I sagens bilag ... er angivet, at det er vanskeligt at dokumentere, om hjertestoppet den 9. juni 2011 er forårsaget af hyperkalcæmi. Er Retslægerådet enige heri?

Besvares spørgsmålet benægtende, bedes Retslægerådet angive med hvilken grad af sikkerhed det kan fastslås, at hjertestoppet skyldtes hyperkalcæmi.

Der menes nok ikke hyperkalcæmi men hyperkaliæmi.

Det kan ikke dokumenteres, at hjertestoppet skyldes hyperkaliæmi, og det er tvivlsomt, om det er årsagen. I perioden fra 2004 til hjertestoppet havde sagsøger ikke problemer i form af hyperkaliæmi, men det modsatte: hypokaliæmi. Den høje kaliumværdi på over 6 mmol/l i forbindelse med hjertestoppet kan ikke benyttes til at udsige noget om kaliumværdien den 8. juni, da A havde hjertestop i 20 minutter, hvilket er velkendt at være associeret med stigende kalium i blodet.

Spørgsmål 8:

Er det ikke Retslægerådets opfattelse, at det med overvejende sandsynlighed (mere end 50 %) kan fastslås, at hjertestoppet den 9. juni 2011 blev forårsaget af hyperkalcæmi, bedes Retslægerådet oplyse, hvad der i så fald må antages at være årsagen til A afgang ved døden?

Såfremt Retslægerådet ved besvarelsen af spørgsmål 4 finder, at er grundlag for at antage, at A havde et misbrug af diuretika, bedes Retslægerådet specifikt oplyse, om A afgang ved døden med overvejende sandsynlighed har nogen forbindelse til dette.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 7.

Spørgsmål 9:

Har Retslægerådet manglet materiale, som kunne have forbedret Retslægerådets grundlag for besvarelse af spørgsmålene?

Det tilsendte materiale er tilstrækkelig til at besvare de stillede spørgsmål.

Spørgsmål 10:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Spørgsmål A:

Er der lægefagligt grundlag for at konkludere, at en måling af blodglukose eller test af urin for ketonstoffer hos lægevagten den 8. juni 2011 med overvejende sandsynlighed (mere end 50 procent) ville have afsløret eventuel hyperkaliæmi?

Nej. Retslægerådet har konkluderet, jf. besvarelsen af spørgsmål 2, at måling af blodsukker og test af urin for ketonstoffer ville have kunnet afsløre, om A havde eller var ved at udvikle syreforgiftning. En afsløring af eventuelt hyperkaliæmi ville have krævet en blodprøve med måling af kaliumniveau, og dette kan ikke foretages i lægevagten.

Spørgsmål B:

Retslægerådet har ved besvarelsen af spørgsmål 3 oplyst:

"Måling af blodglukose, samt eventuel test af urin for ketonstoffer ville have været relevant hos aktuelle patienter, der havde insulinkrævende diabetes.

Instruktion omkring behandling af diabetes i forbindelse med opkastningerne ville have været relevant. Det gælder instruktion omkring måling af blodglukose samt instruktion i, hvornår fornyet henvendelse til lægevagt ville være relevant."

Retslægerådet bedes oplyse om svaret betyder, at det var i uoverensstemmelse med anerkendte retningslinjer:

- a) At lægevagten ikke foretog måling af blodglukose?*
- b) At lægevagten ikke testede for ketonstoffer i urin?*
- c) At der ikke blev instrueret omkring behandling af diabetes i forbindelse med opkastning?*

Spørgsmålet bortfalder, såfremt spørgsmål A besvares benægtende.

Bortfalder, da der er svaret benægtende på spørgsmål A, og spørgsmålet er i øvrigt besvaret under spørgsmål 4. Hos den aktuelle patient ville det være relevant og efter almindelige lægefaglige retningslinjer at have foretaget måling af blodglukose og ketonstoffer i urin.

Spørgsmål C:

Retslægerådet har i svaret på spørgsmål 7 oplyst, at det er "tvivlsomt", om hyperkaliæmi var årsagen til hjertestoppet.

Retslægerådet bedes om muligt enten i procenter eller i en prosaform beskrive hvor stor/lille sandsynlighed, der efter Retslægerådet opfattelse er for, at hjertestoppet skyldtes hyperkaliæmi.

Med henvisning til besvarelsen af spørgsmål 7 og ud fra den foreliggende

sygehistorie samt de foreliggende målinger er der lille sandsynlighed for, at hyperkaliaemi var dødsårsagen.

Spørgsmål 11:

Retslægerådet bedes med henvisning til besvarelsen af spørgsmål 3 og spørgsmål B oplyse, om der i det forelagte materiale er tegn på, at lægevagten måling af blodglukose og test af urin for ketonstoffer ville have medført en anden behandling af sagsøger, end den hun modtog? Besvarelsen bedes begrundet og såfremt spørgsmålet besvares bekræftende bedes graden af sandsynlighed angivet.

Om måling af blodglukose og test af ketonstoffer ville have medført en anden behandling, end den sagsøger modtog, er hypotetisk og kan ikke besvares.

Spørgsmål 12:

Retslægerådet bedes med henvisning til besvarelsen af spørgsmål 3 og spørgsmål B oplyse, om der i det forelagte materiale er tegn på, at instruktion omkring behandling af diabetes i forbindelse med sagsøgers opkastning den 8. juni 2011 må forventes, at ville have medført en anden behandling af sagsøger, end den hun modtog. Besvarelsen bedes begrundet og såfremt spørgsmålet besvares bekræftende bedes graden af sandsynlighed angivet.

Spørgsmålet er hypotetisk og kan ikke besvares.

Spørgsmål 13:

Retslægerådet angiver i besvarelsen af spørgsmål 3, at det havde relevant at lægevagten bl.a. havde instrueret sagsøger i, hvornår fornyet henvendelse til lægevagten ville have været relevant.

Under hvilke omstændigheder er det Retslægerådets opfattelse, at der var grundlag for fornyet henvendelse til lægevagten i sagsøgers tilfælde?

Det havde været relevant at henvende sig til lægevagten igen ved forsatte opkastninger, ved ændringer i almentilstanden, eller hvis sagsøger selv via måling af blodglukose havde fundet dem stigende eller konstant forhøjede.

Spørgsmål 14:

Retslægerådet bedes oplyse om, A hjertestop den 9. juni 2011 og efterfølgende død med overvejende sandsynlighed (mere end 50 %) kunne være undgået,

- 1) *Hvis lægevagten den 8. juni 2011 havde foretaget måling af blodglukose og test af urin for ketonstoffer.*
- 2) *Hvis lægevagten den 8. juni 2011 havde instrueret A omkring behandling af diabetes i forbindelse med opkastningerne.*

Spørgsmålet er hypotetisk og kan ikke besvares.

Spørgsmål 15:

I forlængelse af spørgsmål 3 og spørgsmål B bedes Retslægerådet oplyse, om det var i uoverensstemmelse med almindelige anerkendte lægefaglige

retningslinjer, at lægevagten ikke den 8. juni 2011 instruerede A omkring behandling af diabetes i forbindelse med opkastningerne.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 3 og B.

Spørgsmål D:

Sagsøgeren har i spørgsmål 11 og 12 anvendt begrebet "tegn på". Retslægerrådet bedes redegøre for, om "tegn på" er et lægefagligt klart defineret begreb og i bekræftende fald oplyse definitionen.

Spørgsmål 11 og 12 benytter begrebet "tegn på". Begrebet er ikke indgået i besvarelsen af spørgsmål 11 og 12, hvor besvarelsen bygger på sygehistorien samt behandling af insulinbehandlet diabetes i forbindelse med opkastninger og mavesmerter.

Spørgsmål E:

Hvis "tegn på" ikke er et klar lægefagligt defineret begreb, bedes Retslægerrådet oplyse, hvordan rådet har forstået og anvendt det ved besvarelsen af spørgsmål 11 og 12.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål D.

Spørgsmål 16:

Giver sagen i øvrigt Retslægerrådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Spørgsmål 17:

Retslægerrådet bedes oplyse, om sagsøger fra den 8. juni 2011 og frem til sin død havde symptomer på diabetisk syreforgiftning, og i givet fald hvilke symptomer.

I forbindelse med lægevagtkonsultation den 08.06.11 klagede sagsøger over opkastninger, mavesmerter og svimmelhed, hvilket er klager, som kan ses ved syreforgiftning.

Spørgsmål 18:

Retslægerrådet bedes oplyse med hvilken grad af sandsynlighed sagsøgers død er en følge af diabetisk syreforgiftning, herunder om muligt oplyse graden af sandsynlighed i procent.

Spørgsmålet er hypotetisk og kan ikke besvares.

Spørgsmål 19:

Giver sagen i øvrigt Retslægerrådet anledning til bemærkninger?

Nej.
..."

Parternes synspunkter

Boet efter A har i et påstandsdokument anført følgende anbringender, der er gentaget og uddybet under hovedforhandlingen:

"...

Overordnet gøres gældende, at der er grundlag for tilsidesættelse af Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse af 28. august 2013 ... hvor Ankenævnet afviste, at A afgang ved døden kunne anerkendes som patientskade.

Det gøres således gældende, at behandlingen A modtog i lægevagten den 8. juni 2011, ikke var i overensstemmelse med standarden for en erfaren speciallæge, jf. § 20, stk. 1, nr. 1 i lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet.

Af fremlagte journalmateriale fremgår, at lægevagten var bekendt med den komplicerede forhistorie, herunder at A var diabetespatient og led af kronisk bugspytkirtelbetændelse.

Under de omstændigheder gøres det gældende, at almindelige anerkendte retningslinjer ved de symptomer, som A udviste havde tilsagt, at der i lægevagten blev foretaget måling af blodsukker samt test af urin for kentonstoffer med henblik på nærmere afdækning af, hvorvidt der var tale om en diabetisk syreforgiftning.

Endvidere gøres gældende, at det lå under standarden for en erfaren specialist, at lægevagten ikke foretog instruktion omkring behandlingen af A diabetes i forbindelse med opkastningerne, herunder instruerede i hvornår fornyet henvendelse til lægevagten ville have været relevant.

Der henvises endvidere til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 3 og B.

Der var ikke blot tale om, at behandlingen A modtog i lægevagten ikke var i overensstemmelse med standarden for en erfaren specialist.

Det kan derimod lægges til grund, at der var tale om en klar lægefaglig fejl, og at der som følge heraf skal indrømmes A bevislempelse i relation til spørgsmålet om årsagssammenhæng.

Det følger således af forarbejderne til den oprindelige patientforsikringslov (nu klage- og erstatningsadgangsloven) at der kan lempes på bevisbyrden i de tilfælde, hvor der er tvivl om årsagssammenhængen mellem behandlingen og skaden, hvis der er begået en klar fejl.

På dette grundlag gøres gældende, at A med fornøden sandsynlighed har godtgjort, at det var den manglende undersøgelse og/eller instruktion i lægevagten, som var årsag til hendes efterfølgende afgang ved døden den 17. juni 2011.

Det bemærkes endvidere, at Ankenævnet for Patienterstatningens lægekonsulent [udtalelsen af 11. juni 2013] anførte, at der var tvivl om ikke

årsagen til A hjertestop var så usikker, at tilfældet burde have været anmeldt, og en obduktion kunne muligvis have afklaret mere om årsagen.

Samlet gøres herefter gældende, at der er grundlag for anerkendelse af A afgang ved døden den 17. juni 2011 som patientskade.
..."

Ankenævnet for Patienterstatningen har i et påstandsdokument anført følgende anbringender, der er gentaget og uddybet under hovedforhandlingen:

"...

En patient er berettiget til erstatning 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, jf. § 20, stk. 1, og skaden skal med overvejende sandsynlighed være forvoldt på en af de i § 20, stk. 1, nr. 1-4, anførte måder.

Det er kun følger af patientskaden, der ydes erstatning og godtgørelse for. Der ydes således ikke erstatning og/eller godtgørelse for følger af grundsygdommen eller for følger af andre forudbestående og efterfølgende lidelser.

Det påhviler patienten at godtgøre, at betingelserne for en anerkendelse er opfyldt.

Der er ikke grundlag for at tilsidesætte Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse af 28. august 2013 ... hvorved ankenævnet tiltrådte Patientforsikringens afgørelse af 28. november 2012 ... om, at betingelserne for at yde erstatning i henhold til § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, ikke var opfyldt.

Ankenævnet for Patienterstatningen anerkender på baggrund af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 3 og B, at det ikke var i overensstemmelse med den erfarne specialist standard, at der ikke i lægevagten blev foretaget måling af blodglukose og ketonstoffer i urin.

Det er imidlertid ikke derved i fornødent omfang sandsynligt, at A havde diabetisk syreforgiftning, at diabetisk syreforgiftning var årsagen til dødsfaldet, eller at dødsfaldet i øvrigt kunne være undgået, hvis man i lægevagten den 8. juni 2011 havde foretaget måling af blodglukose og ketonstoffer i urin.

Ankenævnet for Patienterstatningen henviser i den forbindelse til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 11, 12, 14, 17 og 18, hvorefter disse spørgsmål i det hele er lægefagligt hypotetiske og ikke kan besvares.

Der er ikke grundlag for bevislempelse, idet bevislempelse i henhold til fast højesteretspraksis forudsætter ikke kun en lægefaglig fejl, men en egentligt ansvarspådragende culpøs fejl. Det er ikke tilfældet i nærværende sag.

Selv hvis der var grundlag for bevislempelse, er der ikke fornødent belæg for at nå frem til, at A havde diabetisk syreforgiftning, at diabetisk syreforgiftning var årsagen til dødsfaldet, eller at dødsfaldet i øvrigt kunne være undgået, hvis man i lægevagten den 8. juni 2011 havde foretaget måling af blodglukose og ketonstoffer i urin.

Bevislempelse medfører således ikke omvendt bevisbyrde, og den skadelidte skal fortsat i tilstrækkeligt omfang sandsynliggøre, at skaden var en følge af den begåede fejl og ville være undgået, hvis det ikke var for fejlen, jf. f.eks. U.2010.408H og U.2011.1019H. De omstændigheder er ikke opfyldt i denne sag, jf. igen Retslægerådets erklæringer, herunder besvarelsen af spørgsmål 11, 12, 14, 17 og 18.

Ankenævnet for Patienterstatningen har noteret sig boets synspunkt om, at lægevagten ikke vejledte om henvendelse ved fortsatte symptomer. Udsagnet forudsætter for det første, at lægevagten ikke gav den vejledning og for det andet, at symptomerne fortsatte upåvirket af den medicin lægevagten gav. Endeligt forudsætter også dette udsagn, at dødsfaldet kunne være undgået, hvis A i givet fald havde rettet fornyet henvendelse til lægevagten. Udsagnene bestrides og til eksempel fremgår det eksplicit af notatet fra lægevagten ... at A skulle henvende sig igen, hvis der ikke var sket bedring inden for én time.

..."

Retsgrundlag

Af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (klage- og erstatningsloven) fremgår følgende:

"...

Erstatningsberettigende skader

§ 20. Erstatning ydes, hvis skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af følgende måder:

- 1) Hvis det må antages, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes ved undersøgelse, behandling el.lign., hvorved skaden ville være undgået,

..."

Det følger af forarbejderne til § 20, at bestemmelsen er en uændret videreførelse af patientforsikringslovens § 2 (Folketingstidende 2004-05, 2. samling, Tillæg A, side 3295).

Af forarbejderne til den dagældende bestemmelse i patientforsikringslovens § 2 fremgår følgende (Folketingstidende 1990-91, 2. samling, Tillæg A, spalte 3285-3289):

"...

Til § 2

...

Bestemmelsen fastslår indledningsvis, hvilke krav der skal stilles til beviset for årsagssammenhæng mellem behandlingen m.v. og skaden, for at den kan anerkendes som skade efter loven. Det fremgår af stk. 1, nr. 1, 2 og 4, at skaden skal være sket i forbindelse med undersøgelse, behandling m.v. ...

Kravet om, at skaden skal være forvoldt i forbindelse med undersøgelse, behandling m.v., indebærer, at loven ikke dækker skadelige følger eller anden helbredsforringelse, der skyldes den sygdom, patienten led af på forhånd. Skaden skal være forårsaget af en af de helbredelsesforanstaltninger, der omfattes af § 1. Normale følger af grundsygdommen eller komplikationer, der må henføres til selve grundsygdommens forløb, dækkes derfor ikke. En patientskade omfatter kun forskellen mellem følgerne af et normalt sygdoms- og behandlingsforløb og følgerne af det faktiske behandlingsforløb. Grundsygdommens forløb kan dog udgøre en patientskade, hvis dette forløb er blevet påvirket af, at patienten ikke har fået adækvat behandling, f.eks. fordi sygdommen ikke er blevet rigtigt diagnosticeret, jf. § 3, stk. 1. Det følger endvidere af dette princip, at der ikke foreligger en patientskade, blot fordi den givne behandling ikke lykkedes.

Ved vurderingen af, om der er den nødvendige årsagssammenhæng mellem skaden og den undersøgelse, behandling m.v., som patienten blev givet, er det tilstrækkeligt, at der tilvejebringes en overvejende sandsynlighed for, at skaden er forvoldt herved. Dette gælder både ved vurderingen af, om skaden overhovedet kan henføres til de iværksatte helbredelsesforanstaltninger fremfor til grundsygdommens normale - eller unormale - forløb, men også ved den konkrete vurdering af, om skaden ville eller kunne være undgået under de i § 2, stk. 1, nr. 1-3, nævnte omstændigheder, eller om skaden kan henføres under de i § 2, stk. 1, nr. 4, nævnte komplikationer.

Der foreligger herefter en patientskade, hvis det efter en undersøgelse af sagens konkrete omstændigheder, herunder bl.a. den tidsmæssige sammenhæng mellem behandlingen og den indtrufne skade, fremstår som mere sandsynligt, at den er forårsaget af erstatningsbegrundende helbredelsesforanstaltninger, end at den er forårsaget på anden måde, herunder ved komplikationer i forbindelse med grundsygdommens forløb, som har udviklet sig uafhængigt af behandlingen. I princippet er selv en minimal sandsynlighedsovervægt tilstrækkelig. Hvis intet sikkert om skadesårsagen kan fastslås, må den relative sandsynlighed af de mulige skadesårsager vurderes og afvejes over for hinanden. Må det herefter antages, at det er lige så sandsynligt, at skaden kan have udviklet sig uafhængigt af behandlingen, eller kan intet siges om den relative sandsynlighed af de mulige skadesårsager, foreligger der ikke en (erstatningsberettigende) patientskade. Det er imidlertid sjældent muligt at træffe afgørelsen i tvivlsomme tilfælde alene på grundlag af generelle statistiske erfaringer. Formuleringen udelukker ikke, at der i sådanne tilfælde kan inddrages andre momenter i vurderingen, hvor dette findes rimeligt. Hvis det f.eks. konstateres, at der klart er begået fejl ved behandlingen af patienten, som kan have forårsaget den konkrete skade, kan det være rimeligt at lade en eventuel tvivl om den faktiske årsagssammenhæng komme patienten til gode.

...

Afgrænsningen af de erstatningsberettigende skader i § 2 er opbygget efter en stigende grad af uundgåelighed. Udgangspunktet er, at der kun ydes erstatning ved skader, der kunne være undgået ved, at undersøgelse, behandling m.v. var blevet udført på en anden måde end den faktisk anvendte. Dette gælder i princippet ved alle skader, der omfattes af nr. 1-3. Disse bestemmelser suppleres af reglen i nr. 4, hvorefter der i visse tilfælde kan ydes erstatning for skader, selv om de ikke kunne være undgået.

Ved vurderingen af, om en patientskade berettiger til erstatning, bør derfor afgrænsningerne i bestemmelsen undersøges led for led.

Spørgsmålet er således først, jf. nr. 1, om skaden ville være undgået, såfremt patienten var blevet undersøgt, behandlet m.v. af en erfaren specialist (fagperson) og denne ville have vurderet, at der skulle iværksættes anden undersøgelse, anden behandling m.v., end der faktisk blev iværksat. Er svaret bekræftende, ydes der erstatning efter nr. 1. Den erfarne specialist repræsenterer en person med en generelt set sufficient faglig uddannelse på det pågældende område. Det forudsættes ikke nødvendigvis at være en læge med speciallægeanerkendelse på området, selv om det ofte vil være tilfældet på det lægelige område.

...

Om de enkelte led i bestemmelsen skal følgende bemærkes:

Reglen i *nr. 1* omfatter alle objektive fejl, der er begået i forbindelse med undersøgelse, behandling m.v. af patienten. Det er uden betydning, hvilken type skade fejlen har resulteret i. Omfattet er således bl.a. enhver form for fejlbehandling, uanset om fejlen skyldes en forkert diagnose, eller at der af andre grunde enten blev givet en behandling, der ikke var motiveret ud fra et medicinsk synspunkt, eller omvendt, at der ikke blev givet den behandling, der var motiveret ud fra et medicinsk synspunkt, eller der i øvrigt er blevet anvendt en forkert behandlingsmetode eller behandlingsteknik eller er begået fejl ved udførelsen af den, ved tilsynet med patienten under eller efter behandlingen osv.

Reglen indeholder træk, som også karakteriserer den hidtil gældende culparegel, men er ikke identisk med denne. Det er ikke nogen betingelse, at behandlingen m.v. kan bebrejdes den konkrete læge eller medicinalperson i øvrigt som en fejl eller forsømmelse, som denne burde have undgået ved at udvise en højere grad af agtpågivenhed. Dette følger af, at målestokken for vurderingen af, om skaden kunne være undgået ved andre undersøgelser eller anden behandling m.v., altid er de undersøgelser eller den behandling m.v., som en erfaren specialist på det pågældende område må antages at ville have iværksat. Der skal således helt ses bort fra den konkrete medicinalpersons faglige baggrund og individuelle forudsætninger i øvrigt for at erkende, at anden undersøgelse, behandling m.v. havde været indiceret. Derimod skal der tages hensyn til den konkrete undersøgelses- eller behandlingssituation, herunder de ydre faciliteter, der stod til rådighed, tidsfaktoren ved et nødvendigt akut indgreb m.v. Vurderingen skal således tage udgangspunkt i de konkrete omstændigheder, der forelå på behandlingstidspunktet, men således, at den konkrete læge m.v. tænkes udskiftet med en erfaren specialist. Ville specialisten under disse omstændigheder have handlet anderledes, end der faktisk blev behandlet, har patienten ret til erstatning i det omfang, det må antages, at skaden herved

ville være blevet undgået.

Der kan forekomme tilfælde, hvor det er tvivlsomt, om en erfaren specialist ville have handlet anderledes, f.eks. fordi afgørelsen også i så fald ville bero på et vanskeligt skøn, eller tilfælde, hvor der blandt erfarne specialister ikke er enighed om, hvad den optimale behandlingsform m.v. er. Som nævnt er det generelt en betingelse for retten til erstatning, at skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt ved et erstatningsbegrundende forhold. Dette gælder således også ved vurderingen i henhold til nr. 1 af, om skaden ville være blevet undgået. Drejer spørgsmålet sig om valget af behandlingsteknik eller af behandlingsmetode, vil det være naturligt i de nævnte tvivlsomme tilfælde at træffe afgørelsen på grundlag af reglen i nr. 3, hvor det ikke er afgørende, hvilken teknik eller metode en erfaren specialist må antages at ville have valgt.

I nogle af de tilfælde, der omfattes af reglen i nr. 1, vil der foreligge et sådant uagtsomt forhold hos den konkrete medicinalperson, at patienten efter almindelige erstatningsretlige regler (culpareglen) ville kunne kræve erstatning af denne og af dennes arbejdsgiver. Disse tilfælde vil altid udløse ret til erstatning efter nr. 1, forudsat at de almindelige betingelser for dækning i § 1 og i § 2 vedrørende årsagssammenhæng er opfyldt. Det er imidlertid uden betydning for anvendelsen af nr. 1, om der må antages at foreligge culpa eller ej. Selv om der måtte foreligge culpa, er patienten afskåret fra at rejse erstatningskrav, f.eks. ved domstolene, efter almindelige erstatningsretlige regler, så langt patientforsikringens dækning rækker, jf. § 7, stk. 1. Det følger endvidere af reglerne i § 8, at patientforsikringen kun kan rejse regreskrav mod den medicinalperson (og dennes arbejdsgiver), som efter almindelige erstatningsretlige regler måtte være ansvarlig for skaden, såfremt skaden er forvoldt forsætligt.

..."

Rettens begrundelse og afgørelse

Det er ubestridt, at det ikke er i overensstemmelse med erfaren specialiststandard, at der i forbindelse med A konsultation hos lægevagten den 8. juni 2011 ikke blev foretaget måling af blodglukose og test af urin for ketonstoffer på grund af hendes insulinkrævende diabetes.

For at A død kan anerkendes som en patientskade efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1, er det for det første en betingelse, at det ud fra sagens konkrete omstændigheder fremstår som mere sandsynligt, at den manglende måling af blodglukose og test af urin for ketonstoffer har været årsag til dødsfaldet, end at dødsfaldet havde en anden årsag, som f.eks. komplikationer opstået i forbindelse med en anden af hendes grundsygdomme. Såfremt denne betingelse er opfyldt, er det dernæst en betingelse, at det fremstår som mest sandsynligt, at A ikke ville være afgået ved døden, såfremt der i forbindelse med konsultationen hos lægevagten var blevet foretaget måling af blodglukose og test af urin for ketonstoffer.

Afgørelsen, der er til prøvelse under denne sag, er truffet af Patientskadeankenævnet (nu Ankenævnet for Patienterstatningen), som er et sagkyndigt, kollegialt organ, hvori bl.a. deltager to sagkyndige medlemmer

inden for lægevidenskab, jf. klage- og erstatningslovens § 34, og det påhviler efter retspraksis boet at godtgøre, at der er et sikkert grundlag for at tilsidesætte ankenævnets skønsmæssige vurdering.

Boet har påberåbt sig, at der skal ske en lempelse af bevisbyrden, da der er begået en klar, lægefaglig fejl i forbindelse med konsultationen hos lægevagten den 8. juni 2011, samt at det i øvrigt må føre til en lempelse, at der ikke efter sundhedslovens § 179 foretoges indberetning til politiet, således at der kunne være blevet foretaget obduktion af A med henblik på at klarlægge dødsårsagen.

Efter forarbejderne til klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1, kan kravene til bevis i tvivlsomme tilfælde lempes, hvis der klart er begået en fejl, der er erstatningspådragende efter almindelige erstatningsretlige regler, og som kunne have forårsaget skaden, jf. bl.a. tillige Højesterets domme i UfR 2009, side 2376, og UfR 2011, side 1019.

Efter bevisførelsen, herunder indholdet af det interne notat, der er udarbejdet den 3. februar 2012 af B speciallægeerklæringen af 7. oktober 2012 fra overlæge, dr.med. D det interne notat af 1. november 2012, udtalelsen af 11. juni 2013 fra overlæge F og Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 2, 3 og 13, finder retten ikke, at det kan lægges til grund, at den manglende måling af blodglukose og test af urin for ketonstoffer var en fejl af en sådan karakter, at den kan bevirke, at kravene til bevis lempes. Retten finder heller ikke, at den omstændighed, at A ikke blev obduceret, kan føre til en anden bedømmelse.

Retslægerådet har ved besvarelsen af spørgsmål 2 og 17 bl.a. udtalt, at opkastninger, mavesmerter og svimmelhed kan være symptomer på diabetisk syreforgiftning.

Efter bevisførelsen, herunder Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 11, 12, 14, 17 og 18, finder retten imidlertid hverken, at boet i fornødent omfang har sandsynliggjort, at A havde diabetisk syreforgiftning, eller at diabetisk syreforgiftning var årsagen til dødsfaldet.

Retten finder heller ikke, at boet i fornødent omfang har sandsynliggjort, at dødsfaldet i øvrigt kunne være undgået, hvis man i lægevagten havde foretaget måling af blodglukose og ketonstoffer i urin, idet der ikke kan bortses fra, at dødsfaldet skyldtes komplikationer, som var opstået i forbindelse med en anden af hendes grundsygdomme. Retten bemærker herved, at A ud over insulinkrævende diabetes, led af kronisk betændelse i bugspytkirtelen, samt at hun den 8. juni i 2011 var skrevet op til operation for galdesten. I 2007 havde hun endvidere haft hjertestop, hvor der blev konstateret en forhøjet kaliumværdi, og i besvarelsen af spørgsmål 4 vurderer Retslægerådet, at der er grundlag for at antage, at A havde et misbrug af diuretika gennem hele eller dele af perioden fra 2004 til juni 2011.

Da boet herefter ikke har godtgjort, at der er et sikkert grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets (nu Ankenævnet for Patienterstatningens) skønsmæssige vurdering, frifindes ankenævnet.

I sagsomkostninger skal boet efter A betale 80.000 kr. til Ankenævnet for Patienterstatningen. Beløbet dækker udgifter til advokatbistand og er inklusive moms, da det er oplyst, at ankenævnet ikke er momsregistreret.

Retten har lagt vægt på sagens økonomiske værdi, der skønsmæssigt er opgjort til 800.000 kr. Retten har på den ene side endvidere lagt vægt på, at sagen har verseret ved retten i ca. 4 år, på omfanget af skriftsvekslingen og på, at sagen har været forelagt for Retslægerådet 4 gange. På den anden side har retten lagt vægt på, at hovedforhandlingen havde en varighed på under 3 timer.

Thi kendes for ret:

Sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, frifindes.

I sagsomkostninger skal sagsøgeren, boet efter A inden 14 dage betale 80.000 kr. til Ankenævnet for Patienterstatningen.

Sagsomkostningerne forrentes efter rentelovens § 8 a.

Niels Deichmann
dommer

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Retten i Sønderborg, den 30. maj 2018.

Tove Enemark, kontorfuldmægtig