



RETEN I LYNGBY DOM

afsagt den 29. maj 2018

Sag BS-1219/2016-LYN

A
(advokat Jakob Fink)

mod

Ankenævnet for Patienterstatningen
(Kammeradvokaten v/ advokat Sigrid Majlund Kjærulff)

Denne afgørelse er truffet af dommer Seerup.

Sagens baggrund og parternes påstande

Sagen, der er anlagt den 25. november 2016, vedrører en tvist om, hvorvidt sagsøger, ^A er berettiget til erstatning og godtgørelse i anledning af den behandling, hun modtog henholdsvis hos egen læge, på ^B og på ^C i perioden fra december 2010 og frem.

Sagsøgeren, ^A har nedlagt følgende påstand:
Sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, tilpligtes at anerkende, at sagsøger, ^A som følge af behandlingen hos egen læge, på ^B og/eller ^C er blevet påført en patientskade i medfør af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

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

Oplysningerne i sagen

Følgende sagsfremstilling fremgår af Patienterstatningens afgørelse af 7. januar 2016:

”Det fremgår af sagen, at A i august 2011 blev henvist til hjertemedicinsk afdeling på B på grund af en episode med kortvarig uregelmæssig hjerterytme. Ved konsultationen oplyste A at hun kun havde haft et kort anfald og at det var i juli 2011. Man fandt grundlag for en TEE undersøgelse af hjertet.

Den 4. november 2011 mødte A til svar på ekkokardiografi undersøgelse. Undersøgelsen viste let forkalkning af hovedpulsåren (aortastenose) og let koncentrisk hypertrofi. Man vurderede, at A skulle få udført en arbejdstest og man anbefalede behandling med kolesterolsænkende medicin. A var dog ikke interesseret i den medicinske behandling. Den 21. november 2011 udførte A arbejdstesten. På baggrund af testen var der indikation for KAG-undersøgelse. Der blev også ordineret medicinsk behandling med Magnyl.

Den 20. december 2011 fik A udført KAG-undersøgelse af hjertet. Undersøgelsen viste ikke tegn på behandlingskrævende forsnævring i hjertet.

I marts 2012 gennemgik A holtermonitorering. Testen viste regelmæssig hjerterytme.

I november 2012 mødte A til planlagt kontrol. A oplyste, at hun var velbefindende og havde et højt fysisk funktionsniveau. A havde ikke haft episoder med arytmi. A skulle komme til ny TEE undersøgelse efter to år.

Den 5. september 2013 blev A undersøgt på hjertemedicinsk afdeling efter henvisning fra skadestuen på grund af mistanke om ny episode med paroxystisk atrieflimmer. Man kunne dog ikke genfinde tegn på herpå. Det blev aftalt, at A kunne henvende sig ved nye tegn på hjerterytmeforstyrrelser. Hun blev herefter afsluttet.

Den 22. september 2014 blev A indlagt med henblik på DC-konvertering. A havde et par dage forinden opsøgt egen læge, da hun havde haft et anfald med hjerterytmeforstyrrelse. Egen læge havde ved undersøgelse tillige fundet tegn herpå, hvorfor A blev henvist til B A hjerte blev stødt og der blev opnået sinusrytme. Man fandt indikation for opstart af AK-behandling. Det blev aftalt, at A skulle kontakte egen

læge med henblik på opstart heraf. Man tilbød også A at starte behandling med Bisoprolol, men det var hun ikke interesseret i, da hun så sjældent havde anfald. A blev herefter udskrevet og skulle komme til kontrol efter en måned. Den følgende dag kontaktede A egen læge med henblik på opstart af AK behandling. Egen læge ordinerede hjertemagnyl. På cykelturen til/fra apoteket blev A utilpas og fik hjælp af forbipasserende. A blev indbragt på C hvor man konstaterede blodprop i hjernen. Man ønskede at starte behandling, hvilket A nægtede. Man kontaktede politiet med henblik på udlevering af ægtefællens nummer. Man kontaktede A ægtefælle, som ønskede at behandlingen blev startet straks. Man kunne dog ikke starte behandling uden A tilladelse. Ved ægtefællens ankomst til hospitalet fik han overtalt A til at samtykke til behandling med trombolyse. Behandlingen blev herefter startet og A blev efterfølgende overflyttet til D med henblik på trombektomi.

På D blev der udført trombektomi (kirurgisk fjernelse af blodproppen). Behandlingen havde dog ikke den store effekt. A blev efter tre døgn overflyttet til Herlev Hospital med henblik på videre behandling. A havde ved overflytningen fortsat hemiparalyse med blikdeviation, svær neglect, venstresidig central ansigtsparese og venstresidig Babinski. A var indlagt på Herlev Hospital frem til 1. oktober 2014, hvorefter hun blev overflyttet til B

Af afgørelse af 23. maj 2016 fra Ankenævnet for Patienterstatningen fremgår bl.a. følgende:

”Ankenævnet for Patienterstatningen er enig i Patienterstatningens afgørelse af 7. januar 2016, som derfor stadfæstes.

A er ikke påført en skade ved behandlingen og har derfor ikke ret til erstatning.

Ankenævnets afgørelse uddybes i afsnittet ”Begrundelse for afgørelsen” nedenfor.

Sagens forløb

Patienterstatningen traf den 7. januar 2016 afgørelse om, at A ikke havde ret til erstatning.

Patienterstatningen vurderede, at udredning og behandling af A på henholdsvis B hos egen læge og på C blev udført, som en erfaren specialist ville have gjort. Afgørelsen blev truffet efter § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1, i klage- og erstatningsloven.

Sagsfremstilling

Ankenævnet henviser til den sagsfremstilling, der fremgår af Patienterstatningens afgørelse af 7. januar 2016.

Bemærkninger fra sagens parter

A (klager)

A har klaget over Patienterstatningens afgørelse af 7. januar 2016.

A mener, at behandlingen på henholdsvis B hos egen læge og på C ikke har været i overensstemmelse med, hvorledes en erfaren specialist ville have handlet.

For så vidt angår behandlingen på B har A navnlig anført, at man burde have iværksat behandling med blodfortyndende medicin, fordi hun havde hjertebanken, og fordi man mistænkte atrieflimren. Videre burde man have indledt behandling med hjertemagnyl. Derudover henviser hun til afgørelsen af 17. februar 2016 fra Styrelsen for Patientsikkerhed.

Hvad angår behandlingen hos egen læge har A anført, at man burde have ordineret blodfortyndende medicin, fordi hun havde haft flere episoder med hjertebanken og mistanke om atrieflimren.

For så vidt angår behandlingen på C har A anført, at man straks burde have iværksat behandling med trombolyse. Hertil er det anført, at hun var apatisk og ikke i stand til at forstå situationens alvor, da hun undlod at give samtykke til den pågældende behandling.

E

Ankenævnet for Patienterstatningen har ikke modtaget bemærkninger til sagen fra regionen.

Begrundelse for afgørelsen

Ankenævnet for Patienterstatningen er enig i, at A ikke har ret til erstatning efter klage- og erstatningsloven. Ankenævnet begrundet dog sin afgørelse på en anden måde end Patienterstatningen.

Indledningsvist skal Ankenævnet for Patienterstatning bemærke, at ankenævnet træffer afgørelse ud fra klage- og erstatningslovens regler om behandlings- og lægemiddelskader. Der ydes kun erstatning, hvis patienten er påført skade ved behandlingen. Selvom Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn/Styrelsen for Patientsikkerhed i en afgørelse har udtalt kritik af et konkret behandlingsforløb eller en konkret sundhedsperson, medfører dette ikke i sig selv, at der er grundlag for erstatning.

Behandlingen på B

Ankenævnet vurderer, at A ikke er påført en skade ved behandlingen på B i perioden fra 2011 og frem. Hun har derfor ikke ret til erstatning. Det følger af § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, i klage- og erstatningsloven.

Ankenævnet bemærker følgende til afgørelsen:

Der ydes erstatning efter klage- og erstatningsloven, hvis patienten er blevet påført en skade. Det er en betingelse, at skaden med overvejende sandsynlighed er en følge af den behandling eller undersøgelse, patienten har fået, og ikke en følge af den sygdom, patienten blev behandlet for.

A sygdomsforløb og nuværende gener skyldes med overvejende sandsynlighed sygdommen i form af periodevis atrieflimren (paroxytisk atrieflimren) og ikke den behandling, hun har gennemgået. Det er således overvejende sandsynligt, at A blodprop i hjernen den 23. september 2014, som medførte betydelige neurologiske smerter, er en følge af sygdommen atrieflimren.

Selv hvis man havde iværksat blodfortyndende behandling i forbindelse med konverteringen til normal hjerterytme den 22. september 2014, ville A ikke med overvejende sandsynlighed kunne have undgået blodproppen i hjernen.

A havde siden sommeren 2011 haft fornemmelse af urolig hjerterytme. Man mistænkte periodevis atrieflimren, men undersøgelserne af hjertets elektriske aktivitet (ekkokardiografi) viste normal hjerterytme (sinusrytme). A blev senere undersøgt med ekkokardiografi (EKG), arbejdstest, røntgenundersøgelse af hjertets kranspulsårer (KAG), længerevarende optagelse af hjertets elektrisk aktivitet (Holter monitorering), og alle disse undersøgelser viste også en normal hjerterytme (sinusrytme).

Den 22. september 2014 havde A igen fornemmelse af hjerterytmie. Egen læge påviser atrieflimren og henviser A akut til indlæggelse på B. Man mistænker, at arytmien havde været tilstede i mindre end et døgn, og man foretog herefter strømstød (DC-konvertering), hvorefter man opnår en normal hjerterytme. A udskrives samme aften med en opfordring til at opsøge egen læge vedrørende blodfortyndende behandling. Efter ankenævnets vurdering blev behandlingen den 22. september 2014 ikke udført, som en erfaren specialist på det pågældende område ville have gjort under de givne forhold. Ved indlæggelsen konstaterede man, at A havde atrieflimren, og man scorede hende til 3 ud fra scoringssystemet CHAD2DS2- VASC. På denne baggrund ville den erfarne specialist have iværksat blodloftyndende behandling (LMH lavmolekylært heparin og warfarin eller NQAC new oral anticoagulation) i forbindelse med konverteringen til normal hjerterytme.

Konvertering fra hjertereflimren til normal hjerterytme indebærer en risiko for blodprop, uanset om dette foregår spontant eller ved strømstød (DC-konvertering). For

at nedsætte risikoen for blodprop iværksættes blodfortyndende behandling (AK-behandling) i forbindelse med planlagt konvertering fra atrieflimren til normal hjerterytme hos alle patienter med en CHA2DS2-VASC score på 1 eller større.

Risiko for blodprop i hjernen (apopleksi) ved atrieflimren skyldes, at der dannes sammenklumpet blod i venstre forkammer (atrium), hvilket senere kan løsnes og medføre en blodprop, hvis det sammenklumpede blod føres med blodet til hjernen. Denne risiko skyldes grundsygdommen i form af atrieflimren, men dannelsen af nye sammenklumpninger af blod (tromber) kan nedsættes, men ikke forhindres, ved blodfortyndende behandling. Er der allerede dannet sammenklumpet blod før påbegyndelse af den blodfortyndende behandling, vil patienten have en risiko for, at disse løsrives uanset at der gives blodfortyndende behandling. På sigt vil tromber dog opløses af kroppen selv, og risiko falder derfor med tiden.

Det er ankenævnets vurdering, at blodproppen med overvejende sandsynlighed skyldes grundsygdommen i form af atrieflimren, idet det sammenklumpede blod der førte til blodproppen i hjernen med overvejende sandsynlighed var blevet dannet før konverteringen den 22. september 2014.

Selv hvis man havde iværksat blodfortyndende behandling i forbindelse med konverteringen til normal hjerterytme den 22. september 2014, ville A ikke med overvejende sandsynlighed kunne have undgået blodproppen i hjernen.

Den manglende behandling er således ikke med overvejende sandsynlighed årsag til, at A har fået en blodprop medførende neurologiske skader.

Ankenævnet vurderer på den baggrund, at A ikke har ret til erstatning efter reglerne i klage- og erstatningsloven.

Ankenævnet stadfæster derfor Patienterstatningens afgørelse at 7. januar 2016, dog med en ændret begrundelse.

Behandlingen hos egen læge

Ankenævnet vurderer, at A ikke er påført en skade ved behandlingen hos egen læge i perioden fra 2011 og frem. Hun har derfor ikke ret til erstatning. Det følger af § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, i klage- og erstatningsloven.

Ankenævnet bemærker følgende til afgørelsen:

A sygdomsforløb og nuværende gener skyldes med overvejende sandsynlighed sygdommen i form af periodevis atrieflimren (paroxysmal atrieflimren) og ikke den behandling, hun har gennemgået. Det er således overvejende sandsynligt, at A blodprop i hjernen den 23. september 2014, som medførte betydelige neurologiske smerter, er en følge af sygdommen atrieflimren.

Ankenævnet kan bemærke, at behandling med blodfortyndende medicin kan nedsætte risikoen for blodpropper i hjernen i forbindelse med atrieflimren. Behandling med blodfortyndende medicin giver også risiko for alvorlige komplikationer i form af blødninger, der kan medføre døden. Det er derfor nødvendigt at afveje fordele og ulemper inden man påbegynder blodfortyndende behandling.

Videre kan ankenævnet bemærke, at da uregelmæssig hjerteaktion ikke altid skyldes atrieflimren, er det nødvendigt, at man dokumenterer atrieflimren (EKG eller anden hjerterytmeeoptagelse der med sikkerhed påviser rytmeforstyrrelsen), før man påbegynder blodfortyndende behandling.

Ankenævnet vurderer, at behandlingen har været udført, som en erfaren specialist på det pågældende område ville have gjort under de givne forhold. Der lægges vægt på, at egen læge korrekt gennem hele forløbet henviste ^A til yderligere udredning i specialregi på sygehuset, når der var et lægeligt grundlag herfor. Da ^A henvender sig med uregelmæssig hjerteaktion den 22. september 2014, henviser egen læge akut til sygehuset.

Ankenævnet lægger videre vægt på, at der ikke var et lægeligt grundlag for at indlede med blodfortyndende behandling før den 22. september 2014, idet man ikke havde dokumenteret atrieflimren, og da blodfortyndende behandling i sig selv indebærer en risiko for alvorlige komplikationer i form af blødning.

Ankenævnet vurderer på den baggrund, at ^A ikke har ret til erstatning efter reglerne i klage- og erstatningsloven.

Ankenævnet stadfæster derfor Patienterstatningens afgørelse al 7. januar 2016, dog med en ændret begrundelse.

Behandlingen på ^C

Ankenævnet vurderer, at ^A ikke er påført en skade ved behandlingen på ^C den 23. september 2014 og frem. Hun har derfor ikke ret til erstatning. Det følger af § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, i klage- og erstatningsloven.

Ankenævnet bemærker følgende til afgørelsen:

^A sygdomsforløb og nuværende gener skyldes med overvejende sandsynlighed sygdommen i form af periodevis atrieflimren (paroxysmal atrieflimren) og ikke den behandling, hun har gennemgået. Det er således overvejende sandsynligt, at ^A blodprop i hjernen den 23. september 2014, som medførte betydelige neurologiske smerter, er en følge af sygdommen atrieflimren.

Den 23. september 2014 blev ^A indlagt på neurologisk afdeling, ^C kl. 13.50, fordi hun kl. ca. 13.20 havde symptomer forenelig med en blodprop i hjernen. Undersøgelsen ved indlæggelsen samt CT-scanning giver læ-

geligt grundlag for at mistænke blodprop i hjernen. A tilbydes blodpropsløsende behandling (trombolysebehandling), men hun ønskede ikke at få behandlingen. Politiet blev kontaktet med henblik på udlevering af oplysninger på A pårørende, hvorefter hendes mand blev kontaktet. Da hendes mand ankom, gav hun samtykke til behandlingen. Trombolysebehandlingen blev indledt kl. 14.47.

Ankenævnet lægger vægt på, at man i forbindelse med indlæggelsen hurtigt diagnosticerer sygdommen og tilbyder korrekt behandling.

Ankenævnet lægger videre vægt på, at trombolysebehandlingen blev indledt 57 minutter efter ankomsten til hospitalet og 87 minutter efter symptomerne på blodproppen begyndte (symptomdebut). Trombolysebehandling kan gives i op til 4,5 time efter symptomdebut, men behandlingen har størst virkning inden for de første 90 minutter. Behandlingen blev således påbegyndt indenfor den tidsramme, hvor den giver størst effekt, på trods af, at A ikke indledningsvist gav samtykke til behandlingen.

Ankenævnet vurderer, at det ikke med overvejende sandsynlighed ville have haft betydning for behandlingsresultatet, selv hvis trombolysebehandlingen var blevet indledt tidligere.

Ankenævnet vurderer på den baggrund, at A ikke har ret til erstatning efter reglerne i klage- og erstatningsloven.

Ankenævnet stadfæster derfor Patienterstatningens afgørelse at 7. januar 2016, dog med en ændret begrundelse."

Efter afgørelsen fra Patienterstatningen, men før afgørelsen fra Ankenævnet for Patienterstatningen har Styrelsen for Patientsikkerhed truffet afgørelse af 17.-februar 2016, hvorved B på to punkter er blevet kritiseret for sin ageren i den foreliggende sag. Kritikken er begrundet som følger:

" .. .

Begrundelse for afgørelsen af 2. klagepunkt

...

Den 11. august 2013 blev A indbragt på akutklinikken, da hun havde uregelmæssig og hurtig hjertebanken og trykkende brystmerter. Det blev konstateret, at der var mistanke om atrieflimmer med spontan konvertering til normal hjerterytme. Det blev noteret, at hun ikke havde været i blodfortyndende eller frekvensregulerende behandling, og det blev på den baggrund vurderet, at hun skulle henvises til hjertemedicinsk afdeling med henblik på videre udredning og iværksættelse af blodfortyndende behandling.

Den 5. september 2013 var A derfor til undersøgelse på hjertemedicinsk afdeling på grund af mistanke om atrieflimmer, som endnu ikke var blevet dokumenteret. Hun blev oplyst om, at hun skulle henvende sig igen, hvis hun fik hjertebanken, så atrieflimmer kunne blive dokumenteret. Det blev endvidere vurderet, at A I så fald ville være kandidat til rytmeforebyggende og blodfortyndende behandling, da hendes alder og køn alene gav en CHADS VASC-score på 2.

Styrelsen kan oplyse, at det er nødvendigt at sikre sig, at den sygdom, den blodfortyndende behandling iværksættes for, er den korrekte diagnose for ikke at udsætte patienten for mulige livstruende bivirkninger ved behandlingen. Fordele og ulemper skal oplyses patienten, som skal acceptere disse.

Styrelsen kan videre oplyse, at der er enighed om at behandle med blodfortyndende behandling ved anfald af atrieflimmer, hvis blot der er mere end én risikofaktor tilstede. Det er dag altafgørende, at der er konstateret atrieflimmer, da blodfortyndende behandling ellers er unødigt med risiko for blødningskomplikationer. Til dette formål anvendes enten EKG-optegnelser af hjerterytmen ved anfald eller langtidsmåling af hjerterytmen.

Det er styrelsens vurdering, at der på B blev gjort relevante overvejelser om behandling med blodfortyndende behandling, da der var mistanke om atrieflimmer i perioden fra den 29. juli 2011 til den 5. september 2013.

Det er hertil styrelsens vurdering, at B på relevant vis afstod fra at behandle med blodfortyndende behandling og i stedet henviste til ambulant undersøgelse på trods af en CHADS-VASC-score på 2, da det endnu ikke var dokumenteret, at A havde haft atrieflimmer.

Den 22. september 2014 blev A henvist af Lægeklinikken til hjertemedicinsk afdeling, B da hun havde atrieflimmer. Det blev noteret, at hun aftenen før havde oplevet uro i kroppen, og det blev derpå vurderet, at anfaldet kun havde stået på siden dagen før. Det blev hertil vurderet, at der var indikation for opstart af blodfortyndende behandling på grund af en CHADS-VASC-score på 3. A fik efterfølgende foretaget strømstød på hjertet, hvorefter hendes hjerterytme blev normaliseret. Hun blev udskrevet om aftenen med opfordring til at opsøge egen læge vedrørende behandling med blodfortyndende behandling.

Styrelsen kan oplyse, at strømstød på hjertet er en veletableret behandlingsmetode, hvor man kan konvertere atrieflimmer til normal hjerterytme. Strømstød er forbundet med en velkendt og øget risiko for blodpropssygdom, hvorfor grundig stilningtagen til blodfortyndende behandling er særdeles vigtig, allerede før man giver stød på hjertet. Selvom et anfald har varet under 48 timer, er der enighed om,

at der skal gives blodfortyndende medicin allerede inden eller i umiddelbar forbindelse med et strømstød hos patienter, der allerede opretholder indikationen for blodfortyndende medicin, og behandlingen skal fortsætte efter strømstødet, hvis der er fundet indikation herfor.

Styrelsen kan hertil oplyse, at det ved upåvirkede patienter, hvor varigheden af patientens atrieflimmer ikke er helt fastslået, er tilrådeligt at se efter blodpropper i hjertet med en ultralydsundersøgelse af hjertet via spiserøret, hvor det kan afgøres, om der er blodpropper i hjertekamrene, som kan løsrive sig ved strømstødet. Fraværet af en sådan blodprop ændrer ikke på, at der skal gives blodfortyndende behandling. Tilstedeværelsen af en blodprop i hjertekamrene vil betyde at strømstødet ikke umiddelbart skal gennemføres.

Det er styrelsens vurdering, at der forelå indikation for at iværksætte blodfortyndende behandling i forbindelse med strømstødet på hjertet, da atrieflimmer på dette tidspunkt var dokumenteret, og da A havde en CHADS-VASC-score på 3.

Det er hertil styrelsens vurdering, at den blodfortyndende behandling skulle ordineres på hjertemedicinsk afdeling, B da denne behandling skal iværksættes af en specialist.

Styrelsen finder på den baggrund, at den behandling, som A modtog den 22. september 2014 på hjertemedicinsk afdeling, B var under normen for almindelig anerkendt faglig standard.

Begrundelse for afgørelsen af 3. klagepunkt

Den 22. september 2014 fik A foretaget strømstød på hjertet.

Det fremgår af klagen, at A var meget nervøs forud for behandlingen, og at hun fortrød, umiddelbart før stødet skulle gives, men behandlingen blev gennemført alligevel.

Det fremgår ikke af journalen, at A blev informeret om strømstødsbehandlingen, eller at hun samtykkede til det.

Styrelsen kan oplyse, at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre andet følger af lov eller bestemmelser i henhold til lov eller af §§ 17-19. Ved informeret samtykke forstås et samtykke, der givet på grundlag af fyldestgørende information. Det følger af sundhedslovens § 15.

Styrelsen kan videre oplyse, at det fremgår af sundhedsloven § 16, stk. 1, at en patient har ret til at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulig-

hederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger. Det fremgår af § 16, stk. 4, i samme lov, at informationen skal være mere omfattende, når behandlingen medfører nærliggende risiko for alvorlige komplikationer og bivirkninger.

Ligeledes kan styrelsen oplyse, at det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning af 16. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., at det ikke entydigt kan fastsættes i hvilket omfang en sundhedsperson har pligt til informere om mulige komplikationer mv. i forbindelse med undersøgelse og behandlingen. Det fremgår, at sundhedspersonen som udgangspunkt altid skal give information om alvorlige og ofte forekommende komplikationer mv. Når der er tale om alvorlige og sjældent forekommende eller bagatelagtige og ofte forekommende komplikationer mv., skal sundhedspersonen ofte give information herom. Der kan som udgangspunkt ikke stilles krav om, at sundhedspersonen skal informere om bagatelagtige og sjældent forekommende komplikationer mv.

Vurderingen af, hvornår der herefter skal gives information, beror i første række på sundhedspersonens skøn.

Det er styrelsens vurdering, at der i forbindelse med strømstød på hjertet skal informeres om en lav risiko for blodpropper trods behandlingen, og at der kan være en meget lav risiko for stop, hvis stødgivelsen er fejlagtig, eller hvis der er apparaturfejl.

Det er på baggrund af det foreliggende hertil styrelsens vurdering, at ^A ikke blev informeret om formålet med behandlingen, og om potentielle risici for blodprop eller hjertestop.

På denne baggrund finder styrelsen, at indhentelsen af informeret samtykke fra ^A den 22. september 2014 på hjertemedicinsk afdeling, ^B var under normen for almindelig anerkendt faglig standard."

Der er under retssagens forberedelse gennemført bevisførelse i form af indhentelse af sagkyndig udtalelse fra Retslægerådet

Retslægerådet har ved erklæring af 26. april 2018 udtalt bl.a. følgende:

"Spørgsmål 1:

Behandlingen den 22. september 2014 på ^B levede ikke op til almindelig anerkendt lægefaglig standard, jf. ovenstående, idet man burde have iværksat blodfortyndende behandling i forbindelse med konverteringen til normal hjerterytme.

Retslægerådet anmodes imidlertid om at oplyse, om sagsøger med overvejende sandsynlighed (over 50 %) er blevet påført varige gener som følge heraf

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Det er Retslægerådets vurdering, at sagsøger ikke er påført varige gener som følge af behandlingen den 22.09.14 på B idet det er Retslægerådets vurdering, at den blodprop i hjernen (apoplex. cerebri), sagsøger pådrog sig den 23.09.14, sandsynligt (>50%) skyldtes grundsygdommen forkammerfilmren (atrieflimren) og ikke behandlingen, der bestod i elektrisk konvertering af atrieflimren til normal hjerterytme (sinusrytme).

Spørgsmål 2:

Retslægerådet bedes oplyse, om behandlingen på B i perioden fra den 29. juli 2011 til den 22. september 2014 efter rådets opfattelse i øvrigt var i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægelig standard.

Retslægerådet anmodes om at begrunde sit svar.

Det er Retslægerådets vurdering, at behandlingen på B i perioden fra den 29.07.14 til den 22.09.14 har været i overensstemmelse med alment anerkendt lægelige principper, fraset at der ikke blev opstartet relevant blodfortyndende behandling den 22.09.14. Sagsøger er relevant blevet undersøgt med ultralydsskanning af hjertet (ekkokardiografi), arbejds-EKG samt undersøgelse af hjertets kranspulsårer (KAG). Dertil ambulantly hjerterytmeovervågning (Holter-monitorering). Sagsøger blev ligeledes opfordret til at henvende sig i skadestue ved fornemmelse af hjertebanken med henblik på EKG-optagelse.

Spørgsmål 3:

Såfremt ovenstående spørgsmål måtte blive besvaret benægtende, anmodes Retslægerådet om at oplyse, om sagsøger med overvejende sandsynlighed (over 50 %) er blevet påført varige gener som følge heraf.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Bortfalder.

Spørgsmål 4:

Retslægerådet bedes oplyse, om behandlingen hos sagsøgers egen læge i perioden fra den 1. januar 2011 til september 2014 efter rådets opfattelse var i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægelig standard.

Det ønskes særligt oplyst, om der er holdepunkter for at antage, at sagsøgers helbredsmæssige historik burde have bevirket, at der var blevet ordineret blodfortyndende medicin.

Retslægerådet anmodes om at begrunde sit svar.

Det er Retslægerådets vurdering, at behandlingen hos egen læge i perioden fra den 01.01.11 til september 2014 har været i overensstemmelse med alment anerkendt lægelige principper, idet sagsøger har været henvist til relevante undersøgelser på mistanke om forkammerflimren uden dette dog kunne konstateres før den 22.09.14, hvor egen læge helt relevant indlægger sagsøger. Det er Retslægerådets vurdering, at der ikke i sagsøgers historik, som den foreligger Retslægerådet belyst, er holdepunkt for opstart af blodfortyndende behandling før den 22.09.14.

Det er Retslægerådets vurdering, at opstart af blodfortyndende behandling den 23.09.14 ville have været i overensstemmelse med alment anerkendte lægelige principper. Der kan på lignende vis argumenteres for, at opstart af blodfortyndende behandling kunne være startet den 22.09.14 på B efter udførelse af DC-konvertering.

Spørgsmål 5:

Såfremt Retslægerådet måtte finde, at behandlingen har været mangelfuld, anmodes Retslægerådet om at oplyse, om sagsøger med overvejende sandsynlighed (over 50 %) som følge heraf er blevet påført varige gener.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar

Bortfalder.

Spørgsmål 6:

Retslægerådet bedes oplyse, om behandlingen på C den 23. september 2014 efter rådets opfattelse var i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægelig standard.

Det ønskes særligt oplyst, om der er holdepunkter for at antage, at trombolyse-behandling straks burde have været igangsat.

Retslægerådet anmodes om at begrunde sit svar

Det er Retslægerådets opfattelse, at behandlingen på C den 23.09.14 var i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægelig standard. Trombolysebehandling blev påbegyndt 57 minutter efter ankomst til hospitalet og 87 minutter efter stroke-debut. Det vil sige, at behandlingen er givet indenfor de første 90 minutter, hvor maksimal effekt ses. Det er således Retslægerådets opfattelse, at trombolysebehandlingen ikke er unødigt forsinket.

Spørgsmål 7:

Såfremt Retslægerådet måtte finde, at behandlingen har været mangelfuld, anmodes Retslægerådet om at oplyse, om sagsøger med overvejende sandsynlighed (over 50 %) som følge heraf er blevet påført varige gener.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Bortfalder.

Spørgsmål 8:

Såfremt Retslægerådet måtte finde, at den samlede behandling har været i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægefaglig standard, og/eller at sagsøger som følge af en mangelfuld behandling eller undladelse ikke er blevet påført en skade, bedes Retslægerådet oplyse, om der efter rådets opfattelse med en sandsynlighed på mere end 50 %, er tale om en hændelig komplikation til behandlingen, herunder en hændelig komplikation til behandlingen med DC-konvertering.

Såfremt der måtte være tvivl om besvarelsen, bedes det oplyst, om det efter rådets opfattelse er mest sandsynligt, at apopleksien er en følge af DC-konverteringen, eller om det er mest sandsynligt, at apopleksien er en følge af sagsøgers grundlidelse.

Retslægerådet anmodes om at begrunde sit svar.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1.

Spørgsmål 9:

Såfremt rådet måtte finde, at der er tale om en komplikation til behandlingen, anmodes rådet om at oplyse, hvilke følger der må anses for at være en følge af behandlingen.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1.

Spørgsmål 10:

Retslægerådet anmodes om muligt at oplyse, hvorledes et "sædvanligt behandlingsforløb" med den i sagen omhandlede grundsygdom vil forløbe.

Det ønskes desuden om muligt oplyst, hvilket forløb der ville have været, såfremt grundlidelsen ikke var blevet behandlet.

Spørgsmålet er hypotetisk.

Spørgsmål 11:

Retslægerådet bedes oplyse, om der til behandling af hjerteflimren som alternativ kunne have været anvendt en anden til rådighed stående behandlingsteknik eller behandlingsmetode end DC konvertering, som udfra et medicinsk synspunkt ville have været lige så effektiv.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Retslægerådet kan oplyse, at der ud over DC-konvertering findes andre metoder til konvertering af forkammerflimren, for eksempel medicinsk konvertering. Dette indebærer samme risiko for blodprop til hjernen som DC-konvertering, idet grundsygdommen fortsat er den samme med den risiko dette indebærer.

Spørgsmål 12:

Giver sagen Retslægerådet anledning til yderligere bemærkninger, og i givet fald hvilke?

Retslægerådet har ikke yderligere bemærkninger.

Spørgsmål A:

Retslægerådet bedes oplyse, hvilken grundsygdom A lider af.

Det fremgår af sagens akter, at sagsøger lider af forkammerflimren (atrieflimren).

Spørgsmål B:

Retslægerådet bedes oplyse, om der på baggrund af det lægelige materiale var grundlag for at stille diagnosen atrieflimren forud for den 22. september 2014 (bilag 6, side 13).

På baggrund af sagens akter finder Retslægerådet, at der ikke var grundlag for at stille diagnosen atrieflimren før den 22.09.14.

Spørgsmål C:

I tilknytning til spørgsmål 1 bedes Retslægerådet oplyse, om det trombemateriale (sammenklumpede blod), der førte til A blodprop i hjernen den 23. september 2014 med overvejende sandsynlighed (mere end 50 %) er dannet forud for DC-konverteringen den 22. september 2014?

Retslægerådet bedes i den forbindelse oplyse, om dannelse af nye tromber (sammenklumpet blod) efter almindelig lægelig erfaring kunne have været forhindret ved AK-behandling (blodfortyndende behandling)?

Det er Retslægerådets vurdering, at det trombemateriale, der førte til sagsøgers blodprop den 24.09.14, kan være dannet såvel forud for DC-konverteringen den 22.09.14, som trombematerialet kan være dannet efter DC-konverteringen. Det er ikke muligt for Retslægerådet at differentiere tidsmæssigt på dette punkt.

Iværksættelse af blodfortyndende behandling har netop til formål at hindre dannelse af nyt trombemateriale.

Spørgsmål D:

Retslægerådet bedes oplyse, om det er i overensstemmelse med anerkendte retningslinjer at iværksætte AK-behandling (blodfortyndende behandling) uden diagnosen atrieflimren er stillet?

Det er ikke i overensstemmelse med alment anerkendte lægelige principper at opstarte blodfortyndende behandling, før diagnosen atrieflimren er stillet.

Spørgsmål E:

I tilknytning til spørgsmål 6 bedes Retslægerådet oplyse, hvilken betydning — om nogen følgende forhold har for Retslægerådets vurdering:

- a) Trombolysebehandlingen blev indledt 57 minutter efter A ankomst til C den 23. september 2014 og 87 minutter efter symptomerne på blodproppen begyndte
- b) A gav ikke indledningsvist samtykke til behandlingen

- a) Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 6.
- b) Der er Retslægerådets opfattelse, at forsinkelsen i forbindelse med manglende initial samtykke ikke har haft nogen afgørende betydning for behandlingen af sagsøger.

Spørgsmål F:

Retslægerådet bedes i tilknytning til spørgsmål A oplyse, hvorvidt A grundsygdom vurderes at være alvorlig.

Retslægerådet bedes ud fra almindelig lægefaglig erfaring begrunde svaret med angivelse af hvorledes helbredstilstanden hos en person med sygdommen vil udvikle sig, hvis personen ikke modtager behandling.

Spørgsmålet er af generel karakter.

Retslægerådet kan oplyse, at sygdommen atrieflimren generelt er forbundet med 4-5 gange øget årlig risiko for, at patienten udvikler blodprop. Det er endvidere velkendt, at der er store individuelle forskelle i risikoen for at udvikle blodprop. Behandling med blodfortyndende medicin (AK-behandling) reducerer denne risiko med cirka 2/3 uanset den individuelle risiko.

Spørgsmål G:

Skyldes A blodprop i hjernen den 23. september 2014 som medførte neurologiske skader med overvejende sandsynlighed (mere end 50 %):

- a) A egen helbredsmæssige forhold, herunder atrieflimren (paroxytisk atrieflimren),
- b) behandlingen på B fra 2011 og frem,
- c) behandlingen ved F (egen læge) fra 2011 og frem,
- d) behandlingen på C den 23. september 2014 og frem og/eller
- e) eventuelt andre, herunder uoplyste forhold?

Såfremt svaret er forbundet med usikkerhed, bedes Retslægerådet redegøre for-, hvad der taler for og imod en årsagssammenhæng med henholdsvis a) til e) eller en kombination heraf

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1.

Spørgsmål H:

Såfremt Retslægerådet ved besvarelsen af spørgsmål E vurderer, at årsagen til A gener er forårsaget af enten:

- a) behandlingen på B fra 2011 og frem
- b) behandlingen ved F (egen lage) fra 2011 og frem og/eller
- c) behandlingen på C den 23. september 2014 og frem bedes Retslægerådet præcisere, om generne er hændelige komplikationer, eller om generne må henføres til, at behandlingen evt, ikke har været i overensstemmelse med de alment anerkendte lægefaglige retningslinjer på området, jf. Retslægerådets svar på spørgsmålene 2, 4, 6, 8-9 samt E-F.

Bortfalder.

Spørgsmål I:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Forklaringer

Der er afgivet forklaring af A og G

A har forklaret, at hun før blodproppen var meget fit for fight og aktiv sportsudøver. Hun cyklede 30-40 km hver dag. Hun var mere end aktiv.

Da hun hos sin læge havde fået konstateret hjerteflimmer, anbefalede lægen et strømstød, men det brød hun sig ikke om. Hun vidste ikke noget om denne behandling, men tanken virkede ikke god. Det kunne ordnes med piller. Da hun skulle ind for at få behandling med stød, fik hun en A4-side, hvoraf fremgik, at behandlingen kunne medføre risiko for blodprop i hjernen. Hun rejste sig op på briksen og sagde, at hun så ikke ville have behandlingen; men lægen sagde, at det var for sent.

Lægen havde ordineret nogle tabletter. Da hun cyklede hen på apoteket for at hente tabletterne, styrtede hun på cyklen. Der kom en ambulance, og hun fik at vide, at hun havde fået en stor blodprop. Hun kunne ikke tale, selv om hun forsøgte. Det husker hun tydeligt. Hun husker ikke noget om, at hun fik tilbudt trombolysebehandling, eller at hun afslog denne.

I dag bor hun på et plejehjem. Blodproppen har givet hende angst, og hun kan ikke være alene særlig længe uden at få angstanfald. Før i tiden havde hun aldrig problemer med at være alene.

G har forklaret, at han er gift med A Hans hustru fik konstateret mistanke om hjerteflimmer første gang i forbindelse med en rejse i Tyrkiet i 2010 eller 2011. De har været på forskellige steder for at få dette undersøgt. Hans hustru er en rutineret, gammel sygeplejerske, så hun vidste, at man måtte holde øje med den slags.

I 2014 kørte de til hustruens læge, der sendte dem videre til B Han blev sendt hjem og skulle hente hende om aftenen. Han var ikke til stede, da strømstød blev givet. Hun fortalte ham bagefter, at hun havde fået en A4-side med oplysning om risikoen for blodprop i hjernen. Hustruen skulle angiveligt have sagt fra, men lægen fortsatte behandlingen. Han mener ikke, at standardproceduren ved DC konvertering er blevet fulgt.

På ulykkesdagen ringede telefonen ved 13-tiden. Det var fra C hvor hans hustru var blevet indbragt. Han kom op til skannerrummet, hvor hustruen lå, nærmest i kramper. Han spurgte, om der var blevet givet trombolyse. Der blev svaret, at hustruen havde sagt nej. Han sagde, at hustruen jo ikke var i stand til at forholde sig til spørgsmålet. Han fik hustruen til at acceptere behandlingen, der så blev givet. Efter hans mening skulle behandlingen være iværksat uden samtykke fra hustruen.

Trombolyse havde desværre ikke den store effekt, og hustruen blev overført til D Han talte med overlægen om at rejse en patienterstatningssag, fordi behandling ikke var iværksat rettidigt. Han har med overlægen drøftet, at blodfortyndende medicin burde være givet i tiden før strømstødet. Han har også talt med overlæge H på D i København, der heller ikke kunne forstå behandlingsrækkefølgen.

Hans hustru kom bagefter først på B Hun kunne hverken tale eller noget. Hun blev siden overført til I hvor hun var i 3-4 måneder. Her blev hun godt trænet, og han trænede selv tale med hende. Efter den tid kom hustruen til J Så kom hun hjem, hvor han passede hende i et års tid. Det blev dog for hårdt til sidst på grund af hustruens angst for at være alene. Han måtte derfor opgive, og A kom herefter på K hvor hun fortsat er.

Hustruens livskvalitet er i dag utrolig ringe, nærmest ikke eksisterende. Han og hun har stort set ikke noget liv i dag.

Der foregår fortsat genoptræning to gange om ugen. Han træner hende selv de øvrige dage. De kommer dog ikke meget længere.

Han synes virkelig, at lægen og de to hospitaler har udvist en mangel på rettid omhu.

Parternes anbringender

A har i sit påstandsdokument påberåbt følgende anbringender:

”Nærværende sag drejer sig om, hvorvidt sagsøger er berettiget til erstatning og godtgørelse i anledning af den behandling, hun modtog henholdsvis hos egen læge, på B og på C i perioden fra december 2010 og frem, enten i henhold til KEL § 20, stk. 1, nr. 1 eller § 20, stk. 1, nr. 4.

Sagsøger fik i juli 2011 et kort anfald af hjerteflimmer med uregelmæssig hjertebanken, der forsvandt efter cirka 2 ½ time. I august 2011 blev hun derfor henvist til hjertemedicinsk afdeling på B hvor man fandt grundlag for en såkaldt TEE-undersøgelse af hjertet. Hun blev i den efterfølgende periode frem til den 5. september 2013 set til forskellige undersøgelser.

Den 21-22. september 2014 fik sagsøger igen hjerteflimmer. Denne gang forsvandt det ikke hurtigt, hvorfor sagsøger og hendes mand, G om formiddagen den 22. september 2014, tog hen til hendes praktiserende læge. Denne sendte sagsøger videre til akutmodtagelsen på B

På B viste EKG-diagram tydelig hjerteflimmer. Sagsøger havde en CHADS-VASC-score på 3. Efter en ventetid på cirka 3 timer kom en læge og fortalte, at man på B i 95 % af alle tilfælde med hjerteflimmer behandlede med strømstød. Sagsøger var nervøs for dette strømstød og fortrød sit samtykke, inden strømstødet skulle gives. Hun lod sig dog overtale til at få foretaget strømstødet. Der var tale om DC-konvertering med 120 J.

Næste dag, den 23. september 2014, kørte sagsøger på cykel til apoteket i L for at hente hjertemagnyl. På vej hjem fra apoteket fik hun en blodprop i hjernen. Cirka kl. 13.30 blev hendes mand ringet op af C og fik oplyst, at sagsøger lå i scanner-rummet med en stor blodprop i hjernen. Hendes mand forhørte sig, om man var gået i gang med trombolysebehandling, hvilket ikke var tilfældet. Begrundelsen herfor var, at sagsøger ikke havde givet samtykke hertil. Sagsøger var ifølge hendes mand svært kontaktbar og ude af stand til at træffe en ordentlig beslutning, da han kom ind i scanner-rummet. Man kunne efter hans opfattelse få hende til at svare ja eller nej til hvad som helst. Hendes mand spurgte herefter lægen, hvad alternativet til trombolyse var. Han fik at vide, at der intet alternativ var, hvorefter hendes mand straks bad lægen om at iværksætte behandlingen. På dette tidspunkt var der forløbet 1,5-2 timer uden, at man havde foretaget nogen behandling.

Sagsøger har som følge af patientskaden i dag væsentlig forringet livskvalitet med halvsidig lammelse i venstre side og med tale- og synkebesvær, og hun bor i dag på et plejehjem.

Retsligt grundlag

I henhold til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (KEL) ydes der erstatning, hvis en skade 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,
- 2) hvis skaden skyldes fejl eller svigt i teknisk apparatur, redskaber eller andet udstyr, der anvendes ved eller i forbindelse med undersøgelse, behandling el.lign.,
- 3) hvis skaden ud fra en efterfølgende vurdering kunne være undgået ved hjælp af en anden til rådighed stående behandlingsteknik eller behandlingsmetode, som ud fra et medicinsk synspunkt ville have været lige så effektiv til behandling af patientens sygdom, eller
- 4) hvis der som følge af undersøgelse, herunder diagnostiske indgreb, eller behandling indtræder skade i form af infektioner eller andre komplikationer, der er mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed må tåle. Der skal herved tages hensyn til dels skadens alvor, dels patientens sygdom og helbredstilstand i øvrigt samt til skadens sjældenhed og mulighederne i øvrigt for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning.

Retslægerådets udtalelse

Retslægerådet er den 26. april 2018 fremkommet med en udtalelse i sagen.

Retslægerådet er i spørgsmål 1 blevet anmodet om at oplyse, om sagsøger med overvejende sandsynlighed (over 50 %) er blevet påført varige gener som følge af suboptimale behandling i form af manglende rettidig iværksættelse af blodfortyndende behandling.

Af Retslægerådets svar på spørgsmål 1 fremgår, at det er Retslægerådets vurdering, at blodproppen i hjernen med en sandsynlighed på mere end 50 % skyldes grundsygdommen. Dette er imidlertid ikke et afgørende tvistepunkt i sagen ift. hovedanbringenderne.

Retslægerådet henviser desuden i besvarelsen af spørgsmål 1 til, at blodproppen ikke skyldes behandlingen, der bestod i elektrisk konvertering af atrieflimren til normal hjerterytme.

Retslægerrådet har imidlertid ikke svaret på, hvorvidt sagsøger er blevet påført varige gener som følge af den initiale behandling den 22. september 2014 (dvs. undladelsen i ikke at give blodfortyndende behandling).

I svar på spørgsmål 4 har Retslægerrådet bl.a. anført følgende:

”Det er Retslægerrådets vurdering, at opstart af blodfortyndende behandling den 23.09.14 ville have været i overensstemmelse med alment anerkendte lægelige principper.

Der kan på lignende vis argumenteres for, at opstart af blodfortyndende behandling kunne være startet den 22.09.14 på **B** efter udførelse af DC-konvertering.”

I svar på spørgsmål F har Retslægerrådet bl.a. anført, at behandling med blodfortyndende medicin (AK-behandling) reducerer risikoen for udvikling af blodprop med cirka 2/3 uanset den individuelle risiko.

Det kan efter sagsøgers opfattelse konkluderes, at skadesfølgerne helt eller delvist kunne have været undgået ved en tidligere igangsættelse med blodfortyndende behandling.

Retslægerrådet har i svar på spørgsmål 11 oplyst følgende:

”Retslægerrådet kan oplyse, at der ud over DC-konvertering findes andre metoder til konvertering af forkammerflimren, for eksempel medicinsk konvertering. Dette indebærer samme risiko for blodprop til hjernen som DC-konvertering, idet grundsygdommen fortsat er den samme med den risiko dette indebærer.”

Det er på baggrund af dette svar sagsøgers opfattelse, at skaden ud fra en efterfølgende vurdering kunne være undgået ved hjælp af en anden til rådighed stående behandlingsteknik eller behandlingsmetode, som ud fra et medicinsk synspunkt ville have været lige så effektiv til behandling af patientens sygdom.

Parterne er enige om, at behandlingen den 22. september 2014 ikke blev udført i overensstemmelse med erfaren specialiststandard.

Ved indlæggelsen konstaterede man, at sagsøger havde atrieflimren, og man scorede hende til 3 ud fra scoringssystemet CHAD2DS2-VASC. Erfaren specialiststandard havde tilsagt, at man havde iværksat blodfortyndende behandling (LMH lavmolekylært heparin og warfarin eller NOAC new oral anticoagulation) i forbindelse med konverteringen til normal hjerterytmie.

Styrelsen for Patientsikkerhed har ligeledes behandlet sagen og har den 17. februar 2016 truffet afgørelsen i sagen.

Styrelsen fandt grundlag for at kritisere **B** for den behandling, som sagsøger havde været udsat for den 22. september 2014, ligesom man fandt grund-

lag for at kritisere hospitalet for indhentelse af informeret samtykke fra sagsøger den 22. september 2014.

Parterne er imidlertid uenige om, hvorvidt den suboptimale behandling med overvejende sandsynlighed var årsag til udviklingen af blodproppen medførende de omfattende neurologiske skader.

Det gøres som hovedanbringende gældende, at behandlingen (eller manglen på samme) på henholdsvis B og på F ikke har været udført i overensstemmelse med erfaren specialist-standard, jf. KEL § 20, stk. 1, nr. 1, og at sagsøger er blevet påført en erstatningsberettigende skade som følge heraf.

Ad. Behandlingen på B i perioden 29. juli 2011-22. september 2014

Det gøres gældende, at sagsøger flere gange blev undersøgt på grund af hjertebanken og mistanke om atrieflimmer, og at man derfor burde have iværksat behandling med blodfortyndende medicin. Herved kunne man med overvejende sandsynlighed have nedsat risikoen betydeligt for dannelse af blodpropper.

Det gøres endvidere gældende, at man burde have opstartet behandling med hjertemagnyl på hospitalet. Det gøres gældende, at sagsøger netop ikke ønskede behandlingen med DC-konvertering på grund af risikoen for blodprop, men at hun alligevel blev strømsødt, og at hun herved er blevet påført en skade.

Ad. Behandlingen på F i perioden december 2010-september 2014

Det gøres gældende, at sagsøger havde haft flere episoder med hjertebanken og mistanke om atrieflimmer, og at hun derfor burde have fået ordineret blodfortyndende medicin. Hun havde således en helbredsmæssig historik, der bevirkede, at blodfortyndende medicin havde været en særdeles relevant behandlingsform.

Ad. Behandlingen på C den 23. september 2014

Det gøres gældende, at trombolysebehandlingen straks burde have været iværksat. Det gøres gældende, at sagsøger grundet sagens omstændigheder var apatisk og ikke var i stand til at forstå situationens alvor, da hun undlod at give samtykke til den pågældende behandling. Det gøres gældende, at sagsøger er blevet påført en skade som følge af forsinkelsen af behandlingen. Subsidiært gøres det gældende, at udviklingen af apopleksi er en hændelig komplikation til behandlingen (DC-konverteringen), og at komplikationen er såvel tilstrækkelig sjælden som alvorlig til, at skaden kan anerkendes i medfør af lovens § 20, stk. 1, nr. 4. Til støtte herfor gøres det gældende, at der er en risiko for apopleksi på 1 % efter konvertering fra atrieflimren til sinusrytme, og at alvorlighedskriteriet ligeledes er opfyldt, idet sagsøger har fået en alvorlig neurologisk skade efter den invaliderende blodprop.

Det gøres gældende, at der sagens omstændigheder taget i betragtning, herunder at der er tale om en klar fejl, er tale om en lempelig bevisbyrde for sagsøger.

Mere subsidært gøres det gældende, at skaden ud fra en efterfølgende vurdering kunne være undgået ved hjælp af en anden til rådighed stående behandlingsteknik eller behandlingsmetode, som ud fra et medicinsk synspunkt ville have været lige så effektiv til behandling af sagsøgers sygdom, jf. Retslægerådets svar på spørgsmål 11.”

Styrelsen for Patientsikkerhed har i sit påstandsdokument påberåbt følgende anbringender:

”Der er ikke grundlag, endsige et sikkert grundlag, for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse af 23. maj 2016 (bilag 3), hvorved ankenævnet fandt, at A hverken var påført en erstatningsberettigende skade ved behandlingen på B ved egen læge eller på C i perioden 2011 og frem, jf. klage- og erstatningslovens § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1.

A har bevisbyrden for, at der er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse, herunder ankenævnets sagkyndige vurderinger.

Det må ved bevisbedømmelsen tages i betragtning, at ankenævnet på grund af sin sammensætning, der bl.a. omfatter medlemmer med lægevidenskabelig baggrund, brugen af speciallægekonsulenter ved afgørelserne og gennem behandling af et stort antal sager, har en særlig erfaring i at bedømme sager efter klage- og erstatningsloven, og der skal derfor være et sikkert grundlag for at tilsidesætte afgørelsen. A har ikke ført bevis herfor.

En forudsætning for erstatning eller godtgørelse efter klage- og erstatningsloven er, at patienten ved behandlingen, undersøgelsen eller lignende med overvejende sandsynlighed er påført en skade, jf. § 19, stk. 1, jf. § 20, stk. 1. Det er endvidere en forudsætning for erstatning eller godtgørelse efter loven, at skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på én af de i § 20, stk. 1, nr. 1-4, nævnte måder. Det er en betingelse, at det fremstår som mere sandsynligt, at skaden er forårsaget ved behandling, undersøgelse mv., end at skaden er forårsaget på anden måde. Følger, der må henføres til selve grundlidelsen og dennes forløb, berettiger ikke til erstatning efter loven. Er det lige så sandsynligt, at generne skyldes grundsygdommen som behandlingen, ydes der ikke erstatning.

Det bestrides i den forbindelse, at der er grundlag for bevislempelse i sagen, da der intet grundlag er for at antage, at der er begået klare lægefaglige fejl i forbindelse med behandlingerne, der efter den almindelige erstatningsret ville være ansvarspådragende.

Ankenævnet har ved afgørelsen af 23. maj 2016 (bilag 3) vurderet, at A ikke er påført en erstatningsberettigende skade efter klage- og erstatningsloven, idet hendes sygdomsforløb og nuværende gener med overvejende sandsynlighed skyldes grundsygdommen i form af periodevis atrieflimren (paroxytisk atrieflimren) og ikke den behandling, hun har gennemgået på B ved egen læge eller på C i perioden 2011 og frem.

Rigtigheden af ankenævnets afgørelse understøttes i det hele af Retslægerådets besvarelse af 26. april 2018.

Behandlingen på B
A blev den 18. august 2011 (bilag 6, side 6) henvist til hjertemedicinsk afdeling på B da hun den 29. juli 2011 havde oplevet en enkelt episode med hjerterytmeforstyrrelse. Samtlige indledende og efterfølgende undersøgelser i 2011 og 2012 på B viste normal hjerterytme (sinusrytme). Som anført i afgørelsen (side 3) havde A igen den 22. september 2014 fornemmelse af uregelmæssig hjerterytme, og hun blev derfor på ny henvist til akut indlæggelse på B (bilag 6, side 13). A indvilgede i, at der blev givet stødbehandling, hvorefter hjertet genfandt sin normale regelmæssige sinusrytme. Herefter blev A udskrevet med opfordring til at opsøge egen læge med henblik på blodfortyndende behandling.

Ankenævnet har med rette vurderet, at det er overvejende sandsynligt, at den blodprop, som A fik den 23. september 2014, skyldes grundsygdommen, og ikke behandlingen eller mangel på samme. Dette støttes af Retslægerådets svar på spørgsmål 1, hvoraf det fremgår:

"Det er Retslægerådets vurdering, at sagsøger ikke er påført varige gener som følge af behandlingen den 22.09.14 på B idet det er Retslægerådets vurdering, at den blodprop i hjernen (apoplex. cerebri), sagsøger pådrog sig den 23.09.14, sandsynligt (>50%) skyldtes grundsygdommen forkammerfilmren (atrieflimren) og ikke behandling, der bestod i elektrisk konvertering af atrieflimren til normal hjerterytme (sinusrytme)."

Selvom ankenævnet har vurderet, at en erfaren specialist ville have iværksat blodfortyndende behandling i forbindelse med, at der blev givet stødbehandling den 22. september 2014, ændrer dette forhold således ikke på, at A blodprop i hjernen den 23. september 2014 med overvejende sandsynlighed ikke er en følge af behandlingen på B fra 2011 og frem, men derimod en følge af grundsygdommen atrieflimren, jf. tillige Retslægerådets svar på spørgsmål G og H.

Det forhold, at Styrelsen for Patientsikkerhed ved afgørelse af 17. februar 2016 (bilag 5) har fundet grundlag for at kritisere den behandling, som A modtog den 22. september 2014 på B kan heller ikke føre til en ændret vurdering. Styrelsen for Patientsikkerhed træffer afgørelse på baggrund af en vurdering efter en anden retsregel, nemlig klage- og erstatningslovens § 1. Denne bestemmelse vedrører behandling af klager over den faglige virksomhed, der udøves inden for sundhedsvæsenet, og udgør ikke bevis for, at en person er blevet påført en erstatningsberettigende skade efter klage- og erstatningslovens § 19, stk. 1, jf. § 20, stk. 1.

Behandlingen ved F (egen læge)
Som anført ovenfor har ankenævnet med rette vurderet, at det er overvejende sandsynligt, at den blodprop, som A fik den 23. september 2014, skyldes grundsygdommen og ikke behandlingen eller mangel på samme, jf. Retslæge-

rådets svar på spørgsmål 5. Når der var lægeligt grundlag herfor, henviste A praktiserende læge hende til yderligere udredning på sygehuset. Den 22. september 2014, hvor A som ovenfor anført henvendte sig med fornemmelse af uregelmæssig hjerterytme, henviste hendes egen læge hende endda akut til sygehuset. Dette støttes af Retslægerådets svar på spørgsmål 4.

Som anført i ankenævnets afgørelse (side 5) kan behandling med blodfortyndende medicin nedsætte risikoen for blodpropper i hjernen i forbindelse med atrieflimren. Denne blodfortyndende behandling giver dog også risiko for alvorlige komplikationer i form af blødninger, der kan medføre døden. Det beror derfor på en afvejning af fordele og ulemper, om man skal påbegynde blodfortyndende behandling. Hertil kommer, at uregelmæssig hjerterytme ikke altid skyldes atrieflimren. Det er derfor nødvendigt, at atrieflimren dokumenteres ved EKG eller anden hjerterytmeoptagelse, før blodfortyndende behandling påbegyndes. Det blev først den 22. september 2014 dokumenteret, at A havde atrieflimren. Da blodfortyndende behandling som anført endvidere indebærer risiko for alvorlige komplikationer, var der således ikke forud for den 22. september 2014 lægeligt grundlag for at indlede behandling med blodfortyndende medicin. Dette understøttes af Retslægerådets svar på spørgsmål 4.

Behandlingen hos A egen læge har således ikke påført hende en skade omfattet af klage- og erstatningslovens § 19, stk. 1, jf. § 20, stk. 1.

Behandlingen på C
Da A den 23. september 2014 kl. 13.50 indlægges på C gav undersøgelse samt CT-scanning grundlag for at mistænke blodprop i hjernen. A blev tilbudt trombolysebehandling. Det fremgår af journalen (bilag 9, side 8), at A nægtede at modtage denne behandling, og at hospitalet derfor kontaktede politiet og fik udleveret kontakttinformation på hendes pårørende, hvorefter hendes mand blev kontaktet. Da A mand ankom til hospitalet, gav hun samtykke til trombolysebehandlingen, der blev indledt kl. 14.47, og således 57 minutter efter ankomst til hospitalet og 87 minutter efter symptomdebut. Som anført i afgørelsen (side 6) kan trombolysebehandling gives i op til 4,5 timer efter symptomdebut. Behandlingen har dog størst virkning, hvis den igangsættes inden for de første 90 minutter efter symptomerne på blodprop. Ankenævnet har med rette fundet, at man i forbindelse med indlæggelsen den 23. september 2014 på C hurtigt diagnosticerede sygdommen i form af blodprop i hjernen og herefter igangsatte korrekt behandling. Dette understøttes tillige af Retslægerådets svar på spørgsmål 6. Det ville med overvejende sandsynlighed ikke have haft betydning for behandlingsresultatet, hvis trombolysebehandlingen var indledt forud for, at A gav samtykke hertil, idet behandlingen blev indledt inden for den tidsramme på 90 minutter, hvor den giver størst effekt.

Behandlingen på C har således ikke påført A en skade omfattet af klage- og erstatningslovens § 19, stk. 1, jf. § 20, stk. 1."

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

Rettens begrundelse og resultat

Ankenævnet for Patienterstatningen har på linje med vurderingen fra Styrelsen for Patientsikkerhed ikke fundet grundlag for at udtale kritik af den behandling, som ^A har modtaget hos sin egen læge og på ^C

Ankenævnet har vurderet, at en tidligere iværksættelse af trombololysebehandling på ^C ikke med overvejende sandsynlighed ville have haft betydning for behandlingsresultatet.

Der er i sagen heller ikke i øvrigt fremkommet oplysninger, der er egnet til at underbygge et erstatningskrav, jf. § 19, stk. 1, jf. § 20 i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, som følge af den behandling, som ^A har modtaget hos egen læge og på ^C

Denne del af ^A påstand tages derfor ikke til følge

Ankenævnet for Patienterstatningen har på linje med vurderingen fra Styrelsen for Patientsikkerhed vurderet, at behandlingen på ^B den 22. september 2014 ikke er udført som en erfaren specialist på det pågældende område ville have gjort under de givne forhold, idet blodfortyndende behandling ikke blev iværksat. Ankenævnet har videre vurderet, at den manglende behandling ikke med overvejende sandsynlighed har været årsag til blodproppen i ^A hjerne.

Ankenævnet for Patienterstatningen er et sagkyndigt kollegialt rekursorgan med deltagelse af blandt andet to sagkyndige medlemmer inden for lægevidenskab, jf. lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 58a. Nævnet træffer endelig administrativ afgørelse i erstatningssager efter lov om lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet og må antages at have opbygget en særlig erfaring i vurderingen af disse sager. Der skal derfor foreligge et sikkert grundlag herfor, hvis domstolene skal tilsidesætte nævnets vurdering.

Bevisbyrden for, at et sådant sikkert grundlag foreligger, påhviler sagsøger, og bevisbyrden kan løftes ved indhentelse af sagkyndig erklæring. Retslægerådet har ved besvarelsen af spørgsmål 1 og spørgsmål 2, på linje med Ankenævnet for Patienterstatningen vurderet, at behandlingen på ^B den 22. september 2014 ikke har været i overensstemmelse med alment anerkendt lægelige principper, idet der ikke blev opstartet relevant blodfortyndende behandling, men at ^A ikke er påført varige gener som følge af behandlingen den 22. september 2014, idet Retslægerådets har på linje med ankenævnet har vurderet, at den blodprop i hjernen, ^A pådrog sig den 23. september 2014, sandsynligt (>50%) skyldtes grundsygdommen forkammerfilmren (atrieflimren) og ikke behandlingen.

Der er i sagen heller ikke i øvrigt fremkommet oplysninger, der giver det fornødne sikre grundlag for at tilsidesætte ankenævnets vurdering, hvorfor ankenævnets frifindelsespåstand tages til følge.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 60.000 kr. Det er oplyst, at Ankenævnet for Patienterstatningen ikke er momsregistreret. Retten har ved udmålingen lagt vægt på, at sagens forberedelse har været mere omfattende end sædvanligt for sager med tilsvarende værdi, bl.a. som følge af indhentelse af udtalelse fra Retslægerådet.

THI KENDES FOR RET:

Sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, frifindes.

Sagsøger, A skal til sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, inden 14 dage betale sagsomkostninger med 60.000 kr. Sagsomkostningerne forrentes efter rentelovens § 8 a.



Vejledning

Retten har afsagt dom i sagen.

Hvis De er utilfreds med afgørelsen, kan De som udgangspunkt anke dommen til landsretten. Hvis De kun er utilfreds med dommens afgørelse om sagsomkostninger, kan De kære denne del af afgørelsen til landsretten.

Ikke alle afgørelser kan ankes eller kæres

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

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

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

Frister for at anke og kære

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

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

Sådan gør De, hvis De vil anke eller kære

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

Hvis De ønsker at søge tilladelse til anke eller kære hos Procesbevillingsnævnet, skal De indlevere din ansøgning til Procesbevillingsnævnet. De kan ikke indle-

vere ansøgningen på minretssag.dk. De kan få mere vejledning om, hvordan De søger tilladelse hos Procesbevillingsnævnet på domstol.dk.

De kan få mere vejledning blandt andet om retsafgift på domstol.dk.

Publiceret til portalen d. 29-05-2018 kl. 13:00

Modtagere: Advokat (L) Sigrid Majlund Kjærulff, Retslægeråd Civilstyrelsen
, Advokat (L) Jakob Fink, Sagsøgte Styrelsen for Patientsikkerhed,
Sagsøger A