

DOM

afsagt den 23. september 2016 af Vestre Landsrets 12. afdeling (dommerne Torben Geneser, Helle Korsgaard Lund-Andersen og Tine Bransholm Ginnerup (kst.)) i ankesag

V.L. B-0245-15

A

mod

Ankenævnet for Patienterstatningen

Retten i Esbjerg har den 14. januar 2015 afsagt dom i 1. instans (rettens nr. BS 10-1173/2012).

Påstande m.v.

For landsretten har appellanten,

A

gentaget sin påstand for

byretten.

Indstævnte, Ankenævnet for Patienterstatningen, har påstået dommen stadfæstet.

A

har for landsretten haft fri proces.

Supplerende sagsfremstilling

Patientskadeankenævnet indhentede til brug for sin afgørelse en udtalelse fra overlæge dr. med, speciallæge i kardiologi og intern medicin, **B**. Det hedder i udtalelsen, der er modtaget af Patientskadeankenævnet den 2. februar 2012, blandt andet:

"Hver femte patient med staphylococcus aureus bakteræmi har endokarditis. Jf. Dansk Cardiologisk Selskabs Klaringsrapport fra 2007 og selskabets efterfølgende Nationale Behandlingsvejledning, som revideres årligt, fremgår, at ekkokardiografi er obligatorisk ved staphylococcus aureus bakteræmi. Den kardiologiske afdeling kan derfor bebrejdes, at den telefoniske anmodning om tilsyn ikke medfører en kardiologisk vurdering af patienten, inklusiv ekkokardiografi, hverken samme aften eller næste dag, men først et par dage senere efter fornyet henvendelse. Behandlingen fra den kardiologiske afdeling er ikke udført i overensstemmelse med bedste specialiststandard."

Retslægerådet har den 4. oktober 2013 besvaret spørgsmål således:

"Spørgsmål 1:

*Sagsøger blev den 21. marts 2011 indlagt på **C** grundet bl.a. stærke mavesmerter. Det fremgår af sagens akter, at der indledningsvis var mistanke om betændelse i bugspytkirtlen.*

Retslægerådet bedes oplyse, hvilken grundlidelse sagsøger havde ved indlæggelsen, samt hvornår diagnosen blev stillet.

Diagnosen pancreatitis var en korrekt diagnose i den første fase af sagsøgers sygdomsforløb. De første to dage af sagsøgers indlæggelsesforløb på **C**, var blodprøven amylase stærkt forhøjet (516 og 392 mod den normale øvre grænse på 65), hvilket er tegn på betændelse i bugspytkirtlen. Denne diagnose blev derfor korrekt stillet på den anden indlæggelsesdag (den 22. marts 2011), da blodprøvesvaret foreligger.

Spørgsmål 2:

I forlængelse af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1 bedes Retslægerådet oplyse, om den oprindeligt stillede diagnose af grundlidelsen faktisk var rette diagnose, eller diagnosen de følgende dage ændres og i bekræftende fald til hvad.

Såfremt diagnosen ændres, bedes Retslægerådet oplyse, om man ud fra det foreliggende lægelige materiale burde have stillet rette diagnose på et tidligere tidspunkt og i bekræftende fald hvornår.

Svaret bedes venligst begrundet uddybende.

Pancreatitis var en korrekt diagnose i starten. Sagsøger blev sat i bredspektret antibiotika (Meroneim) for at bekæmpe bakteriel betændelse. Blodprover viste derefter bakterien *Stafylokokkus aureus*, således at diagnosen nu også var bakteræmi. Stafykokker kan bekæmpes med det valgte antibiotikum Meroneim samt et mere snæverspektret antibiotika Dicillin. Der blev skiftet til Dicillin og påbegyndt fokus jagt efter årsagen til betændelsen i blodet. Reservelægen rekvirerer korrekt tilsyn fra kardiologisk bagvagt, og sagsøger genundersøges klinisk for andre foci for betændelsen i hud og tænder. Da sagsøger fire dage senere får ny tilkommen forpustelse, genundersøges han med røntgen af thorax, der viser forstørrelse af hjertet, EKG (hjertekardiogram), som viser AV blok. Der rykkes for kardiologiske tilsyn med ekkokardiografi (hjertescanning=ekko), som viser betændelse i aortaklappen (hjerteklappen til legemspulsåren) med ekskresencer (betændelsesvækst), abscess (byld) og klap insufficiens (utæthed) som udtryk for, at bakterierne har været i blodet i nogle dage.

Ekkokardiografien (hjerteskanningen) ville have kunnet påvise betændelsen i hjerteklappen tidligere og måske også for sygdommen havde udviklet sig til bylde dannelse omkring hjerteklappen og ødelæggelsen af ledningssystemet i hjertet.

Spørgsmål 3:

Den 23. marts 2011 konstateres stafylokokker hos sagsøger, og der foretages den 27. marts 2011 ekkokardiografi.

Denne viser, at sagsøger har

- *Bisuspids aortaklap med vegetationer,*
- *Abscess dannelse og*
- *Svær aortainsufficiens.*

Retslægerådet bedes oplyse, om sagsøgers grundlidelse efter Retslægerådets opfattelse forværres eller ny gener tilstoder som følge af at ekkokardiografien ikke udføres den 23. marts 2011 men først den 27. marts 2011.

Svaret bedes venligst uddybes.

Fra den 23. til den 27. marts 2011 forværres sagsøgers grundlidelse, og der tilstoder nye gener i form af utæthed af hjerteklappen (forpustelsen), forstørrelse af hjertet (røntgenbillede) og ødelæggelse af nerveledningsbanerne i hjertet (AV blok påvist på EKG). Det er sandsynligt, at en tidligere ekkokardiografi med påvisning af endocardit (hjerteklaps betændelse) ville have resulteret i, at sygdommen kunne behandles på et tidspunkt, hvor de nye gener ikke var tilstodt.

Ved diagnose og operation den 24., 25. eller 26. marts 2011 kunne sagsøgers ledningssystem måske være bevaret, om end AV blok ses hos 8 % af patienter, der opereres for endocardit i aortaklappen (AJC 2006;98:1254-1260). Ved tidligere diagnostik og operation havde betændelsen måske ikke bredt sig over på det omkringliggende væv som bylde dannelse, om end dette også er spekulativt. Hjerteklappen var ikke blevet reddet ved en tidligere diagnose. Sagsøger er født med en bikuspid (to fliget) hjerteklap i modsætning til den normale tricuspide (trefligede) hjerteklap. Den bikuspide

klap har en øget tendens til at fange betændelser, og den holder ikke så godt og længe som en almindelig hjerteklap. Klappen skulle derfor under alle omstændigheder udskiftes.

Spørgsmål 4:

I det efterfølgende forløb, gennemgår sagsøger følgende operationer:

- a) Flere bypassoperationer pga. hjertesvigt*
- b) Amputation af først venstre underben, siden også amputation af venstre lårben*
- c) 2 nye hjerteklapper indsættes.*

Er det Retslægerådets opfattelse at et/ flere af disse indgreb helt eller delvist skyldes behandlingsforløbet fra den 21. marts 2011 ff. eller skyldes de efter Retslægerådets opfattelse udelukkende sagsøgers grundlidelse?

Grad af sandsynlighed bedes angivet.

Betændelsen i hjertet var meget udbredt, da sagsøger blev opereret. Der blev under den første operation fjernet aorta klappen, og da mitral klappen også så betændt ud, blev der fjernet betændelsesvæv fra mitral klappen. Hvis diagnosen var stillet tidligere, er det sandsynligt, at betændelsen ville have været mindre udbredt.

Under selve operationen blev én af kranspulsårene ved hædeligt uheld aflukket ved indsættelsen af den nye hjerteklap. Det blev korrekt opdaget, og sagsøger fik derfor også lavet en kranspulsåre bypass, til det man troede var det lukkede kar. Det viste sig senere at være et lægeligt fejlskøn, idet det var til en anden kranspulsåre, og det har derfor ikke afløst problemet med den aflukkede kranspulsåre og mangel på blodforsyning til højre del af hjertet. Hjertet kunne derfor ikke pumpe, og sagsøger måtte tilsluttes en speciel hjertelungemaskine (ECMO/CRS) til støtte af hjertet og blev overflyttet til C

ECMO systemet blev koblet til blodkarrene i lysken ved direkte indsættelse i lyskekarrene i venstre side. Det er en kendt komplikation, at blodforsyningen til benet kan aflukkes hos patienter under denne procedure, idet røret (kateteret), der indføres i blodåren, aflukker for blodforsyningen til benet. Derfor anvender man ofte hos unge mennesker en speciel teknik med en shunt eller et sidedør, så der sikres blod til benet. Denne teknik blev ikke anvendt her. ECMO systemets tilkobling var den direkte årsag til den manglende blodforsyning til benet og den efterfølgende amputation. Det kan ikke tilskrives sagsøgers grundsygdom.

Da det er en kendt komplikation er det vanlig praksis at observere blodforsyningen til benet nøje efter anlæggelse af ECMO systemet. Det er ikke muligt fra de medfølgende papirer at afgøre om benets blodforsyning blev observeret løbende i døgnet efter anlæggelsen af ECMO; hverken i D under transporten eller på E, hvor der den 28. marts 2011 klokken 16.40 laves KAG igennem den modsidige lyske pulsåre. Der er ingen notater, hvor benet nævnes. Først dagen efter ankomsten til E er der den 29. marts 2011 klokken 9.06 et notat om benet, og på det tidspunkt er der tydelige tegn på længerevarende blodmangel til benet, og der laves korrekt fasciotomi (spaltning af benet muskelloger for at skabe plads til de hævede muskler i et forsøg på at redde benet).

Spørgsmål 5:

Har sagsøger ifølge foreliggende lægeligt materiale i dag varige gener, og i bekræftende fald hvilke.

Varige gener:

Behov for pacemaker.

Amputeret ben.

Spørgsmål 6:

I forlængelse af spørgsmål 5 bedes Retslægerådet oplyse, om disse gener helt eller delvist skyldes behandlingsforløbet den 21. marts 2011 ff., eller disse udelukkende skyldes sagsogers grundlidelse.

Grad af sandsynlighed bedes angivet.

Sagsogers grundlidelse med betændelse i blodet, der breder sig til at sidde i en bikuspid (tofliget) hjerteklap, er en yderst alvorlig og dødelig grundlidelse, som udvikler sig hurtigt og af og til så voldsomt, at patienterne dør, inden de når i behandling. Det kan være svært at stille diagnosen, og behandlingen er oftest stor kirurgi, langvarig indlæggelse og sjældent fuld restitution. Ved hurtig og korrekt behandling med antibiotika og ofte kirurgi kan mange af patienternes liv dog reddes og nogle uden alvorlige mén. Men det er en yderst alvorlig sygdom, og der er mange risici undervejs. Dødeligheden i forbindelse med behandlingsforløbet er op mod 30 %.

Grundsygdommen var således særdeles alvorlig. Som anført i besvarelsen af spørgsmål 2-4 var der imidlertid også mangler i behandlingsforløbet, som kan have været medvirkende til det alvorlige forløb af hjerteklapbetændelsen. Graden af sandsynligheden herfor kan ikke angives. Amputationen af venstre ben blev nødvendiggjort af mindre hensigtsmæssig teknik i anlæggelsen af ECMO, og især af mangler i observationen af venstre ben efter anlæggelsen af ECMO kanylen i blodkarrene i venstre lår.

Ved operationen på  aflykkes den ene kransepulsåre ved indsættelsen af den nye hjerteklap. Da der forsøges kompenseret for dette, sættes omkørselsblodåren (bypass) uforvarende og på det tidspunkt uvis på det forkerte kransepulsårekar, og hjertet kan ikke pumpe ordentligt. For at kompensere den dårlige pumpefunktion kobles patienten til ECMO systemet uden anvendelse af shunt eller anden omkørsel af blodet til benet, og benets blodforsyning observeres tilsyneladende ikke førend mange timer efter ankomsten til . Benet må derfor amputeres.

Spørgsmål 7:

Giver sagen Retslægerådet anledning til yderligere bemærkninger?

Når mistanken om endocardit er rejst, bør der ikke være opsættende forhold, der forhindrer udførelsen af den diagnostiske undersøgelse, en ekkokardiografi foretaget af en kardiolog (Dansk Cardiologisk Selskabs Nationale Behandlingsvejledning).

ECMO/CPS kanylering i lår kan afbryde blodforsyningen til benet.

Yngre mennesker har i modsætning til ældre og mere forkalkede patienter som regel ikke udviklet alternativ blodforsyning. Det er derfor specielt hos yngre vigtigt at observere benet for sufficient blodforsyning. Det er uklart,

hvorvidt denne observation blev foretaget på **F**
og på **E** før end dagen efter anlæggelsen.

Spørgsmål A:

*Retslægerådet bedes oplyse, om behandlingen af sagsøgeren på **C**
i perioden fra den 21. marts 2011 og frem var i overensstemmelse
med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer.*

I henægtende fald bedes Retslægerådet begrunde svaret.

Behandlingen af sagsøger i perioden fra 21.03.11 og frem var ikke i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer. Det er almindelig anerkendt lægefaglig retningslinje at foretage en kardiologisk vurdering med ekkocardiografi (hjertescanning) af en patient med stafylokokkus aureus i blodet.

Spørgsmål B:

Retslægerådet bedes oplyse, om almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer ville have tilskrevet en anden behandling af sagsøgeren end den antibiotiske behandling, som blev påbegyndt den 23. marts 2011, såfremt den kardiologiske vurdering inklusiv EKG var foretaget tidligere end den 27. marts 2011.

Ved besvarelsen af spørgsmål B antages spørgetemaet i spørgsmål B at angå undersøgelse med ekko (hjertescanning med ultralyd, som påviser forhold omkring hjertets klapper og funktion) og ikke EKG (hjertekardiogram, der udtaler sig om hjertets rytme), som der står. Det giver ikke mening, hvis der menes EKG, og såfremt der menes EKG, må besvarelsen revideres. Behandlingen af sagsøger med antibiotika (start antibiotika Meronem og senere skift til Dicillin efter mikrobiologisk vurdering) er i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer. Antibiotika er ofte ikke tilstrækkelig behandling af hjerteklapbetændelse. Hvis hjerteklappen bliver betydende utæt, der udvikler sig bylder i vævet omkring hjerteklappen eller der dannes store bakteriehobe (ekskresencer) på hjerteklappen, er hjertekirurgisk behandling indiceret, oftest akut. Disse forhold vurderes ved ekkokardiografi. Hvis ekkokardiografien var blevet udført den 23.03.11, kunne de herved gjorte fund måske have motiveret tidligere hjerteoperation, hvor betændelsesforandringerne ikke var så fremskredne. Sagsøgers tilstand forværres efterfølgende, med udvikling af blødninger på 2 fingerspidser (23.03.), hjerteforstørrelse ved røntgenoptagelse den 26.03., åndenød 27.03 og hjerteblok (AV) 27.03, som optræder som følge af bylde dannelse omkring hjertets ledningsbunt. Dette afspejler, at hjerteklapbetændelsen forværres i perioden 23.-27.03. Tidligere udført hjerteoperation kunne måske have resulteret i en mindre omfattende hjerteoperation uden efterfølgende behov for ECMO, amputation og pacemakerbehandling. Graden af sandsynligheden herfor kan ikke angives.

Spørgsmål C:

Retslægerådet bedes oplyse, om sagsøgerens sygdomsforløb og de forskellige operative indgreb efter den 23. marts 2011 og frem må tilskrives:

a) Sagsøgerens grundlidelse, jf. besvarelsen af spørgsmål 1,

- b) behandlingsforløbet på C fra den 21. marts til den 27. marts 2011, eller
c) andre forhold, herunder nuplyste forhold.

Retslægerådet bedes besvare spørgsmålet for hvert af de operative indgreb, der udføres i perioden 27. marts 2011 til 1. april 2011.

Såfremt der måtte være usikkerhed om årsagssammenhængen, bedes Retslægerådet beskrive hvori tvivlen består, og oplyse hvilke forhold der taler henholdsvis for og imod årsagssammenhæng.

Den første hjerteoperation tilskrives sagsogers grundlidelse med betændelse i hjerteklap. Omfanget af operationen skyldes en kombination af grundlidelsen og den forsinkede diagnose. Det er ikke muligt at udtale sig om den eksakte fordeling mellem de to årsager, da det afhænger af, hvordan betændelsesforløbet i hjertet udviklede sig over de 4 dage fra den 23.-27.03, og det har Retslægerådet ingen viden om.

Kranspulsåreindsættelsen under samme operation er en komplikation til indsyningen af hjerteklappen, hvor åbningen til kranspulsåren lukkes af.

Amputationen skyldes behandlingen med ECMO for at støtte hjertet efter operationen. Amputationen er derfor en indirekte, men ikke direkte konsekvens af sagsogers grundsygdom. ECMO systemet blev omlagt på

E, så det ikke aflukkede for blodforsyningen til benet dagen efter operationen på F
Indsyningen af en ny kranspulsåre på E er en konsekvens af den aflukkede kranspulsåre under første operation på F, og at den på F indsatte kranspulsåre blev tilkøbt et forkeret kår.

Nummer 2 koronar (kranspulsåreoperation), som blev foretaget på E i forbindelse med omlægningen af ECMO systemet, er derfor en direkte konsekvens af den først foretagne hjerteoperation og dermed indirekte, men ikke direkte konsekvens af sagsogers grundsygdom.

Den anden hjerteoperation, hvor den tidligere indsatte hjerteklap fjernes og udskiftes med en homograft (hjerteklap med tilhørende blodkarstruktur fra afdød menneske) og den reparerede mitral klap udskiftes med en kunstig biologisk klap, skyldes sagsogers grundlidelse, hvor den til-overs-blivende betændelse har arbejdet sig videre ind i det resterende væv."

Den 3. juni 2014 har Retslægerådet besvaret supplerende spørgsmål således:

"Spørgsmål 8:

Retslægerådet bedes i tilknytning til besvarelsen af spørgsmål 3 og 6 oplyse, om sandsynligheden for, at en tidligere ekko-cardiografi med påvisning af endocardit ville have motiveret en tidligere hjerteoperation på et tidspunkt hvor betændelsesforandringerne ikke var så fremskredne, er over eller under 50 %.

Sandsynligheden for, at en tidligere ekko-cardiografi med påvisning af endocardit ville have motiveret en tidligere hjerteoperation på et tidspunkt, hvor betændelsesforandringerne ikke var så fremskredne, er over 50 %.

Spørgsmål 9:

Retslægerådet bedes i tilknytning til besvarelsen af spørgsmål 3 og 6 oplyse, om sandsynligheden for tidligere udført hjerteoperation kunne have resulteret i en mindre omfattende hjerteoperation uden efterfølgende behov for ECMO og/eller amputation og/eller pacemakerbehandling, er over eller under 50 %.

Det er ikke muligt sikkert at svare på, om en tidligere hjerteoperation med mere eller mindre end 50 % ville have medført efterfølgende færre komplikationer som helhed.

Spørgsmål 10:

Retslægerådet har i besvarelsen af spørgsmål 6 anført, at sagsøgers grundsygdom var særdeles alvorlig, men at der imidlertid også er mangler i behandlingsforløbet, som kan have været medvirkende til det alvorlige forløb af hjerteklapbetændelsen.

Kan Retslægerådet - til trods for, at graden af sandsynligheden herfor ifølge Retslægerådets oplysninger ikke kan angives - oplyse, om sandsynligheden for, at de omtalte mangler i forløbet har været medvirkende til det alvorlige forløb af hjerteklapbetændelsen udgør over eller under 50 %.

Spørgsmålet kan ikke besvares.

Spørgsmål 11:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej."

Der verserer sager ved Patienterstatningen om behandlingsforløbet på henholdsvis

F og E

Forklaringer

A har supplerende forklaret, at G har hjulpet ham med at udfærdige klagen til Patienteskadeankenævnet. H er socialrådgiver hos

G A's tidligere ægtefælle, der hjalp A med at udfylde den oprindelige skadesanmeldelse, læste da erhvervsøkonomi.

Procedure

Parterne har i det væsentlige gentaget deres anbringender for byretten og har procederet i overensstemmelse hermed.

Landsrettens begrundelse og resultat

Patientskadeankenævnet har i sin afgørelse kun taget stilling til behandlingsforløbet på C i perioden fra den 23. marts 2011 og frem til den 27. marts 2011. Landsretten kan derfor under denne sag alene tage stilling til, om behandlingsforløbet på C har medført en erstatningsberettigende skade.

A blev den 21. marts 2011 indlagt på C, og han fik den 22. marts 2011 stillet diagnosen pancreatitis. Blodprøver viste den 23. marts 2011 bakterien stafylokokkus aureus, hvorefter der blev indledt fokusjagt. Det fremgår af journalen for den 23. marts 2011, at kardiologisk bagvagt telefonisk blev informeret, og at "de vil måske lave EKKO i dag". Senere på dagen blev der ifølge journalen konfereret med kardiologisk bagvagt. Der blev imidlertid først den 27. marts 2011 udført ekkocardiografi (hjerteskaning), som ifølge Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 2 viser "betændelse i aortaklappen (hjerterklappen til legemspulsåren) med ekskresencer (betændelsesvækst), abscess (hyld) og klap insufficiens (utæthed) som udtryk for, at bakterierne har været i blodet i nogle dage". A blev samme dag overført til F, hvor han om aftenen gennemgik en akut hjerteroperation. Den 28. marts 2011 blev han overført til E hvor han gennemgik yderligere operationer. Han har ifølge Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 5 varige gener i form af behov for pacemaker og amputeret ben.

Sagen angår spørgsmålet, om A blev påført en erstatningsberettigende merskade i forhold til sin grundsygdom som følge af forsinket diagnosticering af betændelsen i hjertet.

Erstatning for patientskade er efter § 20, stk. 1, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet grundlæggende betinget af, at der foreligger en skade, som "med

overvejende sandsynlighed" er forvoldt på en af de måder, som nærmere er angivet i stk. 1, nr. 1-4.

Det anføres i præmisserne i Højesterets dom af 12. januar 2011, der er refereret i Ugeskrift for Retsvæsen 2011, side 1019, om den tilsvarende bestemmelse i den tidligere patientforsikringslovs § 2, stk. 1:

"Erstatning for patientskade er efter den dagældende patientforsikringslovs § 2, stk. 1, grundlæggende betinget af, at der foreligger en skade, som "med overvejende sandsynlighed" er forvoldt af en behandling som nærmere angivet i stk. 1, nr. 1-4. Kravet om "overvejende sandsynlighed" skal efter forarbejderne til bestemmelsen forstås således, at selv en "minimal sandsynlighedsovervægt" er tilstrækkelig. En sådan sandsynlighedsovervægt er imidlertid nødvendig – der foreligger efter forarbejderne kun en erstatningsberettigende patientskade, hvis det "fremstår som mere sandsynligt, at den er forvoldt ved erstatningsbegrundende helbredsforanstaltninger, end at den er forårsaget på anden måde, herunder ved komplikationer i forbindelse med grundsygdommens forløb, som har udviklet sig uafhængigt af behandlingen". Ved bevisbedømmelsen kan der blandt andet tages hensyn til, om der er en nær tidsmæssig sammenhæng mellem behandlingen og den indtrådte skade, og om der af behandleren er udvist forsømmelse med hensyn til tilvejebringelse af oplysninger om behandlingsforløbet.

Det er skadelidte, der skal bevise, at der foreligger årsagsforbindelse. Kravene til bevis kan efter forarbejderne i tvivlsomme tilfælde læmpes, hvis der klart er begået en fejl, der er erstatningspådragende efter almindelige erstatningsretlige regler, og som kan have forårsaget skaden. I sådanne tilfælde kan tvivl om årsagsforholdene således komme skadelidte til gode. Må det imidlertid efter bevisførelsen anses for usandsynligt, at behandlingen er årsag til skaden, foreligger der ikke en erstatningsberettigende patientskade."

Det fremgår af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 7 og spørgsmål A, at behandlingen af **A** i perioden fra den 21. marts 2011 og frem ikke var i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer. Det er almindelig anerkendt lægefaglig retningslinje at foretage en kardiologisk vurdering med ekkocardiografi (hjertescanning) af en patient med stafylokokkus aureus i blodet, og der bør ikke være opsettende forhold, der forhindrer udførelsen af den diagnostiske undersøgelse, når mistanken om endocardit er rejst. Dette stemmer også med den udtalelse, som overlæge

B afgav til Patientskadeankenævnet.

Landsretten finder, at den skete tilsidesættelse af retningslinjerne for, hvornår der skal udføres ekkocardiografi, også bedømt efter almindelige erstatningsretlige regler må anses for

en ansvarspådragende fejl. Da der klart er begået en fejl, som ifølge Retslægerådets besvarelser kan have forårsaget skade, kan tvivl om årsagsforbindelsen som ovenfor anført komme **A** til gode.

Det fremgår af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 2, at ekkocardiografi ville have kunnet påvise betændelsen i hjerteklappen tidligere, og måske også for sygdommen havde udviklet sig til bylledannelsen omkring hjerteklappen og ødelæggelsen af ledningssystemet i hjertet. Ifølge besvarelsen af spørgsmål 3 forværredes **A's** grundlidelse fra den 23. til den 27. marts 2011, og der tilstødte nye gener i form af utæthed af hjerteklappen, forstørrelse af hjertet og ødelæggelse af nerveledningsbanerne i hjertet. Det er ifølge Retslægerådet sandsynligt, at en tidligere ekkocardiografi med påvisning af endocardit ville have resulteret i, at sygdommen kunne behandles på et tidspunkt, hvor de nye gener ikke var tilstødt. Det fremgår endvidere af besvarelsen, at ved diagnose og operation den 24., 25. eller 26. marts 2011 kunne **A's** ledningssystem måske være bevaret. Ifølge besvarelsen af spørgsmål 4 var betændelsen i hjertet meget udbredt, da han blev opereret, og hvis diagnosen var stillet tidligere, er det sandsynligt, at betændelsen ville have været mindre udbredt. Af besvarelsen af spørgsmål 6 fremgår det, at der var mangler i behandlingsforløbet, som kan have været medvirkende til det alvorlige forløb af hjerteklapbetændelsen. Ifølge besvarelsen af spørgsmål B forværredes hjerteklapbetændelsen i perioden 23. – 27. marts 2011, og en tidligere udført hjerteoperation kunne måske have resulteret i en mindre omfattende hjerteoperation uden efterfølgende behov for ECMO, amputation og pacemakerbehandling. Ifølge besvarelsen af spørgsmål C skyldes omfanget af den første hjerteoperation en kombination af grundlidelsen og den forsinkede diagnose. Sandsynligheden for, at en tidligere ekkocardiografi med påvisning af endocardit ville have motiveret en tidligere hjerteoperation på et tidspunkt, hvor betændelsesforandringerne ikke var så fremskredne, er ifølge besvarelsen af spørgsmål 8 over 50 procent.

På denne baggrund er det tilstrækkeligt sandsynliggjort, at **A** i hvert fald i et vist omfang er blevet påført en erstatningsberettigende merskade på grund af den forsinkede diagnosticering af betændelsen i hjertet.

Landsretten tager derfor **A's** påstand til følge, dog kun for så vidt angår perioden fra den 23. marts 2011 og frem til den 27. marts 2011, hvor han blev behandlet på **C**. Landsretten har således ikke taget stilling til det efterfølgende behandlingsforløb på **F** og **E**.

Efter sagens udfald sammenholdt med parternes påstande skal Ankenævnet for Patienterstatningen i sagsomkostninger for byretten betale i alt 54.000 kr. til A

Beløbet omfatter 4.000 kr. til retsafgift og 50.000 kr. inkl. moms til udgifter til advokatbistand. I sagsomkostninger for landsretten skal Ankenævnet for Patienterstatningen betale i alt 44.000 kr. til statskassen. Beløbet omfatter 4.000 kr. svarende til retsafgift og 40.000 kr. inkl. moms til udgifter til advokatbistand. Landsretten har ved fastsættelsen af beløbene til dækning af udgifter til advokatbistand lagt vægt på sagens karakter og omfang.

Thi kendes for ret:

Ankenævnet for Patienterstatningen skal anerkende, at A pådrog sig en patientskade efter behandlingsforløbet i perioden fra den 23. marts 2011 og frem til den 27. marts 2011, jf. klage- og erstatningslovens § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, nr. 1.

Ankenævnet for Patienterstatningen skal til A betale sagens omkostninger for byretten med 54.000 kr.

Ankenævnet for Patienterstatningen skal til statskassen betale sagens omkostninger for landsretten med 44.000 kr.

De idømte sagsomkostninger skal betales inden 14 dage og forrentes efter rentelovens § 8 a.

Torben Geneser Helle Korsgaard Lund-Andersen Tine Bransholm Ginnerup
(kst.)

Udskriften udstedes uden betaling.

Udskriftens rigtighed bekræftes.

Vestre Landsret,

Viborg den 23. september 2016

Helle H. Nielsen
sektionsleder