



Udskrift af dombogen

DOM

Afsagt den 10. juli 2014 i sag nr. BS 10G-2159/2012:

A

mod
Patientskadeankenævnet
c/o Patientombuddet
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg

Sagens baggrund og parternes påstande

B var indlagt på H fra den 25. oktober 2010 indtil den 29. oktober 2010, hvor han afgik ved døden.

Patientskadeankenævnet tiltrådte den 30. januar 2012 Patientforsikringens afgørelse af 7. september 2011, hvorefter B fik afslag på erstatning efter Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (Loven), idet man vurderede, at han ikke var blevet påført nogen erstatningsberettigende skade i forbindelse med sin behandling på H den 25. oktober 2010 og frem, jf. Lovens § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1.

Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn udtalte den 17. december 2012 kritik af sygeplejerske C sygeplejerske D og sundhedsassistent E behandling af B den 26. oktober 2010, idet nævnet fandt, at de havde overtrådt autorisationslovens § 17, idet Nævnet vurderede, at de i forbindelse med deres behandling af B havde handlet under normen for almindeli anerkendt faglig standard.

Sagen drejer sig om, hvorvidt B under sin behandling på H i perioden fra den 25. - 29. oktober 2010 er blevet påført en erstatningsberettigende patientskade, jf. Lovens § 20, stk. 1.

Sagsøgeren, A, der var gift med afdøde, har nedlagt påstand om, at Patientskadeankenævnet skal anerkende, at B er blevet påført en erstatningsberettigende patientskade, jf. Lovens § 19, stk. 1, og § 20 stk. 1.

Sagsøgte, Patientskadeankenævnet, har påstået frifindelse.

Oplysningerne i sagen

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

Der er under sagen stillet spørgsmål til Retslægerådet, der den 1. august 2013 har besvaret de stillede spørgsmål således:

"Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes oplyse, hvilke lidelser B havde, da han blev indlagt på S den 18. oktober 2010 (bilag 2).

Af journalmaterialet fremgår det, at B tidligere havde haft apopleksi (slagtilfælde) i 1999 og 2000. Han havde Parkinsons sygdom, type II diabetes (ikke insulin krævende diabetes), hypertension (højt blodtryk) og kronisk atrieflimmer (uregelmæssig puls). Den aktuelle indlæggelse på S den 18.10.2010 skyldes frisk blødning fra rectum (endetarmen) og anaiprolaps (tarmfremfald).

Spørgsmål 2:

Retslægerådet bedes oplyse, om de lidelser, der er nævnt under besvarelsen af spørgsmål 1 - enten hver for sig eller tilsammen - var livstruende.

Nej, ingen af de i spørgsmål 1 nævnte lidelser var livstruende - enten hvert for sig eller til sammen.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet bedes oplyse, hvad der var årsag til B's død den 29. oktober 2010.

Den umiddelbare dødsårsag var hypoksisk hjerneskade efter hjertestop, udløst af respirationsinsufficiens/-stop 26.10.10. Det er uafklaret, hvorfor B , der i dagene forinden bliver beskrevet som vågen og klar, ikke længere kan holde frie luftveje og bliver respirationsinsufficient. Dette er en bidragende årsag til hans død.

Spørgsmål 4:

Såfremt Retslægerådet vurderer, at B's død er forårsaget af behandlingen på H i perioden fra den 25.

oktober 2010, bedes det oplyst, om B's forudbestående lidelser har haft medindflydelse på dødsfaldet.

Nej, B's død var ikke forårsaget af behandlingen på H i perioden fra den 25. oktober 2010.

Spørgsmål 5:

Retslægerådet bedes oplyse, om det vurderes at have haft nogen betydning for behandlingen af B på H den 26. oktober 2010, at nødkaldet på stuen ikke virkede?

Nej, Retslægerådet vurderer, at det ikke har haft nogen betydning for B's behandling, at nødkaldet til stuen ikke virkede.

Spørgsmål 6:

Såfremt Retslægerådet vurderer, at B's forudbestående lidelser er årsag til hans død den 29. oktober 2010, bedes det oplyst, om behandlingen på H, i perioden fra den 25. oktober 2010, har haft medindflydelse på dødsfaldet - og i givet fald hvor længe det vurderes, at B kunne have levet yderligere med sine forudbestående lidelser.

Spørgsmålet er hypotetisk og kan ikke besvares.

Spørgsmål 7:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Spørgsmål A:

Retslægerådet bedes vurdere, om behandlingen af B på H i perioden fra den 25. oktober 2010 og frem var i overensstemmelse med almindeligt anerkendte retningslinjer?

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

B udvikler respirationsstop og hjertestop på en sengeafdeling, hvor man ikke har rutine i at behandle sådanne akutte tilstande. Man tilkalder hjælp, sygeplejersker og læge fra afdelingen og samtidigt anæstesivagt og anæstesisygeplejerske, som har rutine i at behandle akutte tilstande. Man lejrer patienten i sideleje, henter sugekatetre, forsøger forgæves at sikre frie luftveje og giver patienten ilt.

Herefter overtager anæstesiolog og anæstesisygeplejerske den videre behandling med hjerte-lunge-redning.

Spørgsmål B:

Såfremt Retslægerådet finder, at behandlingen af B ikke var i overensstemmelse med almindeligt anerkendte retningslinjer, bedes Retslægerådet besvare følgende spørgsmål:

Retslægerådet bedes angive, om årsagen til B's hjertestop - og det efterfølgende dødsfald må antages at være

- a) B's grundlidelse i form af pneumoni og den opståede respirationsinsufficiens,
- b) den del af behandlingen, der ikke var i overensstemmelse med almindelig anerkendte retningslinjer,
- c) andre dele af behandlingen af B den 26. oktober 2010, eller
- d) andre forhold?

Bortfalder.

Spørgsmål C:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej."

Retslægerådet har den 1. april 2014 besvaret en række supplerende spørgsmål således:

"Spørgsmål 8:

Retslægerådet svarer på spørgsmål 2, at ingen af B's forudbestående lidelser var livstruende - hverken hver for sig eller tilsammen.

Retslægerådet svarer på spørgsmål 4, at B's død ikke var forårsaget af behandlingen på H

Retslægerådet svarer på spørgsmål 3, at B i dagene forinden sin død blev respirationsinsuffICIENT, samt at dette var bidragende til hans død.

Retslægerrådet bedes oplyse, hvad der ellers var bidragende til hans død?

Bidragende til B's død var forskellige faktorer. Han havde en række sygdomme, som forud for indlæggelsen den 18.10. 10 var velbehandlet. Disse tilstande udgør sammen med høj alder en øget risiko for sygelighed og død, når der indtræder ny sygdom. B blev indlagt akut med blødning fra endetarm og tarmfremfald. Senere den 22.10.10 får han en ny apopleksi med bevidsthedssvækkelse og kramper. Der var neurologiske symptomer i form af svækkede svælgreflekser, der medførte tendens til fejlsynkning, aspiration, aspirationspneumoni, respirationsinsufficiens og hjertestop.

Bidragende til hans død var hans forud for indlæggelse bestående sygdomme, den akutte sygdom og de neurologiske komplikationer hertil.

Spørgsmål 9:

Det fremgår af journalnotat af 22. oktober 2010, kl. 19.15, fra S (bilag 2, side 5), at der var kaldt hjertestop fra stuen, og at tilkommende læge fandt B med snorkende respiration og sekret i mundvig. B blev suget i svælget, og der blev fjernet noget, som blev betegnet som "formodentlig ventrikellindhold". Der blev samtidig noteret "obs aspiration" og anbefalet opstart med profylaktisk Cefuroxim og Metronidazol.

Det fremgår af journalnotat af 22. oktober 2010, kl. 19.45, (bilag 2, side 6), at B overflyttes til intensiv afdeling, intuberet.

Det fremgår af journalnotat af 24. oktober 2010, kl. 10.12, fra H (bilag 3, side 17), at B samme dato blev overflyttet fra S. Det fremgår desuden, at B inden overflyttelsen var sat i behandling for aspirationspneumoni med 3 slags antibiotika. Af journalnotat samme dato fremgår desuden, at B var lidt forpustet ved minimal anstrengelse, sandsynligvis pga. pneumoni.

Af sygeplejefejournal af 25. oktober 2010 fra H (bilag 5, side 6) fremgår det, at B havde let til fejlsynkning.

Det fremgår af EEG-undersøgelse foretaget den 26. oktober 2010 (bilag 6), at B var meget respirations besværet pga. pneumoni.

Retslægerådet bedes oplyse, om det i den konkrete situation vurderes at have haft betydning for B's behandling på H, at der ikke fandtes sugestyr på stuen.

Svaret bedes begrundet.

Spørgsmålet kan ikke besvares entydigt.

Hvis der havde været sugestyr på stuen, ville man ved en tidligere igangsat sugning kunne have forhindret, at B aspirerede og derefter udviklede respirationsinsufficiens og hjertestop. Dette forudsætter dog, at det var praktisk muligt at suge ham, det vil sige, at han ikke bed sammen om tuben eller kastede op, når sugekateteret førtes ind i mundhule og svælg.

Retslægerådet vurderer, at det kan have haft betydning B's behandling, at der ikke fandtes sugestyr på stuen.

Spørgsmål 10:

Det fremgår af sygeplejefjournal af 26. oktober 2010 (bilag 5, side 6-7) samt disciplincernævnets afgørelse (bilag 32, side 4), at B først blev forsøgt suget, da der ankom en læge til stuen (F). Dette lykkedes dog ikke.

Det fremgår af udtalelse fra læge G (bilag 22), at tracheal intubation skete 7-8 minutter efter hjertestop. Her blev der suget store mængder brunt sekret fra luftrøret, hvorefter det var muligt at give en tilfredsstillende ventilation.

Er det Retslægerådets vurdering, at det har en betydning for B's respirationsstop - og efterfølgende hjertestop - på H den 26. oktober 2010, at han af sygeplejerske D ikke blev suget, inden hun gav ham ilt første gang?

Såfremt der svares bekræftende, bedes denne betydning nærmere beskrevet og begrundet.

Der henvises til besvarelse af spørgsmål 9.

Spørgsmål 11:

Det fremgår af sygeplejefjournal af 26. oktober 2010 (bilag 5, side 6), at sygeplejerske D var blevet tilkaldt af en kollega, idet patienten trængte til at blive suget.

Det fremgår af sygeplejefjournal af 26. oktober 2010 (bilag 5, side 7), at den først tilkommende læge (F) ikke kunne suge B , idet han klemte tænderne sammen.

Af journalnotat af 26. oktober 2010, kl. 13.09, Neurologisk Sengeafsnit (bilag 3, side 19), fremgår følgende:

"Tilkaldes til afdelingen da pt. ved sugning desaturerer. Ved ankomst til stuen er sygepl. og læge F igang med at suge og der har været opkast. Trods sugning samt tilskud forbliver pt. desatureret, hvorfor ut. tilkalder anæstesiassistance. Mens ut. ringer informerer sygepl. om, at der nu er hjertestop og ut. alarmerer hjertestopsalarm."

Af journalnotat af 26. oktober 2010, kl. 14.24, fra Intensiv Terapi Afsnit (bilag 3, side 20), fremgår følgende:

"Intuberes ca 7-8 min efter hjertestop og kan de følgende minutter ventileres op til SAT 85. I forløbet også VF og stod x 3 til SR.

Begyndende egenrespiration.

Der suges store mængder brunt opkast op fra lungerne. Svær hypoksi i samlet 15-20 mm."

Er det Retslægerådets vurdering, at det har haft betydning for B's hjertestop og efterfølgende død, at han ikke blev suget straks, da sygeplejerske D ankom til stuen?

Svaret bedes begrundet.

Der henvises til besvarelse af spørgsmål 9 og 10.

Spørgsmål 12:

Retslægerådet har i svar på spørgsmål 5 vurderet, at det ikke har haft nogen betydning for B's behandling, at nødkaldet ikke virkede. Det fremgår af sygeplejefjournal af 26. oktober 2010 (bilag 5, side 6-7), at B allerede var cyanotisk i hovedet, da sygeplejerske D forsøgte at bruge nødkaldet.

Retslægerådet bedes oplyse, om dette faktum er indgået i Retslægerådets vurdering, og i bekræftende fald hvorledes.

Retslægerådet fastholder vurderingen af, at det ikke har haft nogen betydning, at nødkaldet til stuen ikke virkede.

Spørgsmål D:

Såfremt Retslægerådet svarer bekræftende på et eller flere af spørgsmålene 9 - 11, bedes Retslægerådet angive, om B's dødsfald med overvejende sandsynlighed (> 50 %) er forårsaget

af B's egne forhold - herunder den opståede respirationsinsufficiens/-stop, dele af behandlingen, jf. svarene på spørgsmål 9 - 11, eller andre forhold?

Svaret bedes begrundet.

Relægerådet vurderer, at B's dødsfald er forårsaget af en kombination af hans mange forudbestående lidelser og den akutte sygdom, hvoraf bevidsthedssvækkelse efter en ny apopleksi har haft afgørende betydning. Den akutte respirationsinsufficiens/hjertestop har haft afgørende betydning for dødsfaldet.

Retslægerådet finder det ikke muligt at afgøre, om dele af behandlingen har bidraget til dødsfaldet.

Spørgsmål E:

Med det forbehold, at Retslægerådet bedes forholde sig til et hypotetisk spørgsmål, bedes Retslægerådet angive, hvorvidt Retslægerådet finder det overvejende sandsynligt (> 50 %), sandsynligt (= 50 %) eller mindre sandsynligt (< 50 %), at B's hjertestop med deraf følgende dødsfald ikke ville være indtruffet, såfremt

der havde været sugeudstyr på stuen, den første sygeplejerske ikke havde forladt stuen for at hente sugeudstyr og bedt en mere erfaren kollega om at tage over, den anden sygeplejerske havde forsøgt sugning straks, da hun ankom til stuen.

Svaret bedes begrundet.

Dette spørgsmål er af hypotetisk karakter, og Retslægerådet forholder sig ikke til sådanne."

Forklaringer

Der er under sagen afgivet forklaring af K, C, D, A, F og G.

Parternes synspunkter

A har gjort gældende, at den behandling, som B var udsat for på H den 26. oktober 2010, var mangelfuld.

Den mangelfulde behandling af B var treleddet, idet

1. der ikke forefandtes sugeudstyr på B's stue,
2. personale på H var for lang tid om at foretage sugning af B's luftveje, og
3. nødkaldet på B's stue ikke virkede.

Vedrørende 1. led om det manglende sugeudstyr på stuen skal det særligt fremhæves, at det fremgår af journalnotat af 24. oktober 2010 fra H, jf. bilag 3, kontinuation nr. 19, at B blev overflyttet fra S og at han inden overflyttelsen var sat i behandling for aspirationspneumoni, ligesom det var noteret, at han blev forpustet ved minimal anstrengelse, sandsynligvis pga. pneumoni.

Af sygeplejefjournal af 25. oktober 2010 fra H, jf. bilag 5, side 6, fremgår det, at B havde let til fejlsynkning.

Endvidere fremgår det af EEG-undersøgelse foretaget den 26. oktober 2010, jf. bilag 6, at B var meget respirationsbesværet pga. pneumoni.

Det var på den baggrund kendt for personalet på H at B havde respirationsbesvær, hvorfor der burde have været sugeudstyr på stuen. Dette er også lagt til grund i Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns afgørelse af 17. december 2012, jf. bilag 32, side 5, hvoraf det fremgår, at

”Disciplinærnævnet kan oplyse, at hos patienter med tendens til fejlsynkning, skal der være sugeudstyr klar på stuen pga. risikoen for, at patienten fejlsynker enten føde eller væske.”

Vedrørende 2. led om den tid, personalet brugte på at suge B's luftveje fremgår det af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns afgørelse af 17. december 2012, jf. bilag 32, at B's datter, K, som selv er sygeplejerske, den 26. oktober 2010 var til stede på stuen for at være der ved den almindelige stuegang.

B hostede meget, og hosten var tiltagende, således at han som følge af anstrengelserne blev svedig og afkræftet.

K overvejede selv at suge sin fars luftveje, men kun-

ne ikke finde en slange i nærheden af sygelejet, hvorefter hun kaldte på en sygeplejerske med klokken.

Efter 4 minutter ankom sygeplejestuderende C, som blev gjort opmærksom på B's langvarige hosten. C konstaterede herefter, at der manglende en sugeslange, hvorefter hun forlod stuen for at finde en sådan.

Et par minutter senere ankom sygeplejerske D med en slange, men B blev fortsat ikke suget.

Kort efter blev B blå i hovedet, og sygeplejerske D forlod igen stuen, og da hun kom tilbage, medbragte hun en saturationsmåler og iltmaske.

Hun forsøgte at give B ilt via iltmasken, hvilket dog ikke havde nogen effekt pga. slim og opkast i luftvejene.

Herefter kom læge F ind på stuen og konstaterede, at B endnu ikke var blevet suget, og at der nu var hjertestop.

Hun sprang derfor op i sengen og gav B hjertemassage, og først på dette tidspunkt blev det forsøgt at suge B's luftveje, hvilket imidlertid mislykkedes, da han tyggede hårdt sammen.

Af sagens bilag 22 fremgår det, at tracheal intubation først skete 7-8 minutter efter hjertestop, og at der her blev suget store mængder brunt sekret fra luft-røret, hvorefter det var muligt at give en tilfredsstillende ventilation.

Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn har i sagens bilag 32 udtalt kritik af sygeplejestuderende C og sygeplejerske D i forbindelse med den langsomme behandling af patienten, herunder at B først blev forsøgt suget i svælget, da 1. reservelægen ankom på stuen.

Disciplinærnævnet har herved anført, at

”Sygeplejerske D burde have foretaget sugning straks, da hun havde det nødvendige sugedstyr, og hun burde have forsøgt sugning gennem næsen, da B bed tænderne sammen, hvilket vanskeliggjorde sugningen via munden.”

Vedrørende 3. led er det blevet konstateret, at nødkaldet på B's stue ikke virkede, men det har ikke været muligt at fastslå, hvad årsagen var til, at nødkaldet ikke fungerede.

Uanset årsagen hertil bevirkede det, at der gik endnu længere tid, før der

kunne tilkaldes et hjerteteam, da . B fik hjertestop.

Samlet set har disse 3 led bevirket, at B ikke kunne få ilt via sine tilstoppede luftveje i tide, og den manglende ilttilførsel førte herefter til hjertestop.

På den baggrund gøres det gældende, at B's efterfølgende død med overvejende sandsynlighed må henføres til den opståede akutte respirationsinsufficiens/hjertestop, som var en direkte følge af den mangelfulde behandling.

Retslægerådet har til brug for nærværende sag besvaret spørgsmål ad 2 omgange. I besvarelsen af spørgsmål 9 af 1. april 2014 har Retslægerådet anført, at

"Hvis der havde været sugeudstyr på stuen, ville man ved en tidligere igangsætning kunne have forhindret, at B respirerede og derefter udviklede respirationsinsufficiens og hjertestop. Det forudsætter dog, at det var praktisk muligt at suge ham, dvs., at han ikke bed sammen om tuben eller kastede op, når sugekatederet førtes ind i mundhule og svælg.

Retslægerådet vurderer, at det kan have haft betydning for B's behandling, at der ikke fandtes sugeudstyr på stuen."

Når dette sammenholdes med Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns afgørelse af 17. december 2012, jf. bilag 32, hvori Disciplinærnævnet direkte anfører, at sygeplejerske D burde have forsøgt sugning gennem næsen, da B bed tænderne sammen, kan det konstateres, at det praktisk var muligt, at suge B

Det fremgår også af sagsfremstillingen, at der var blevet anmodet om sugning af B lang tid før han begyndte at kaste op, og der er derfor stor sandsynlighed for, at man ved en umiddelbar igangsættelse af sugningen af ham kunne have foretaget denne, uden at han havde bidt tænderne sammen om tuben.

Praktisk set var det derfor muligt, at have igangsat sugningen på et tidligere tidspunkt og ifølge Retslægerådets besvarelse kunne man derfor have forhindret, at B udviklede respirationsinsufficiens og hjertestop.

På baggrund af de samlede sagsakter samt Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns afgørelse og Retslægerådets besvarelse af sagen, kan det derfor lægges til grund, at B ved en behandling i overensstemmelse med erfaren specialiststandard ville have fået suget luftvejene på et langt tidligere tidspunkt, og at han derved ikke havde udviklet respirationsinsufficiens og hjertestop.

Dermed kan det også konstateres, at $\mathcal{B}$ ved behandlingen den 26. oktober 2010 på $\mathcal{H}$ har været udsat for en erstatningsberettigende patientskade i henhold til Lov om klage og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet § 19, stk. 1 og § 20, stk. 1.

Vedrørende årsagssammenhængen mellem $\mathcal{B}$'s respirationsinsufficiens og hjertestop samt det efterfølgende dødsfald gøres det gældende, at der er overvejende sandsynlighed for en sådan årsagssammenhæng.

Retslægerådet har besvaret flere spørgsmål om denne problemstilling og i besvarelse af spørgsmål 8 er det bl.a. anført, at der var forskellige faktorer, der var bidragende til $\mathcal{B}$'s død.

Det er dog også konstateret, at *"han havde en række sygdomme, som forud for indlæggelsen den 18. oktober 2010 var velbehandlet. Disse tilstande udgør sammen med høj alder en øget risiko for sygelighed og død, når der indtræder ny sygdom."*

I den sammenhæng gøres det gældende, at det forhold, at $\mathcal{B}$ pga. de forudbestående velbehandlede tilstande sammen med høj alder havde en øget risiko for sygelighed og død ikke kan medføre nogen erstatningsretlig ændring i vurderingen af spørgsmålet om årsagssammenhæng.

Retslægerådet har i besvarelsen af spørgsmål D anført, at

"Den akutte respirationsinsufficiens/hjertestop har haft afgørende betydning for dødsfaldet."

Dermed må det lægges til grund, at respirationsinsufficiensen og hjertestopet, der var en følge af den mangelfulde behandling, var hovedårsagen til $\mathcal{B}$'s død, som indtraf den 29. oktober 2010.

På baggrund af ovenstående kan det derfor konkluderes, at $\mathcal{B}$ ikke er blevet behandlet i overensstemmelse med specialiststandarden og at hans efterfølgende død var en direkte følge af den mangelfulde behandling ikke af hans grundlidelse.

Dermed foreligger der også det fornødne grundlag for at tilsidesætte sagsøges afgørelse af 30. januar 2012, jf. bilag 15.

Patientskadeankenævnet overordnet gjort gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets afgørelse af 30. januar 2012 (bilag 15), hvorefter nævnet fandt, at sagsøgeren ikke var påført en skade omfattet af klage- og erstatningslovens (herefter benævnt KEL) § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, nr. 1.

Det må ved bevisbedømmelsen tages i betragtning, at Patientskadeankenævnet 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 at der derfor skal være et sikkert grundlag for at tilsidesætte afgørelsen. Det gøres overordnet gældende, at sagsøgeren ikke har ført bevis herfor.

En patient er berettiget til erstatning efter KEL, hvis følgende betingelser er opfyldt: Patienten skal ved behandlingen, undersøgelsen m.v. med overvejende sandsynlighed være påført en skade, jf. lovens § 19, stk. 1, jf. § 20, stk. 1. Endvidere skal skaden med overvejende sandsynlighed være forvoldt på en af de i § 20, stk. 1, nr. 1-4, anførte måder.

I medfør af lovens § 20, stk. 1, nr. 1, ydes der erstatning, hvis en patient er påført skade som følge af, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne omstændigheder ville have handlet anderledes ved undersøgelse, behandling eller lign., og skaden derved ville være undgået.

Såfremt en behandling ikke er sket i overensstemmelse med specialiststandarden, er det dermed yderligere en forudsætning for berettigelse til erstatning efter KEL, at patienten som følge af tilsidesættelsen af specialiststandarden med overvejende sandsynlighed er påført en skade.

Skader, der ikke er en følge af behandlingen, men som er en følge af patientens grundlidelse, er således ikke erstatningsberettigende efter loven.

Det er sagsøgeren, der har bevisbyrden for, at specialiststandarden er tilsidesat, ligesom det er sagsøgeren, der har bevisbyrden for, at B med overvejende sandsynlighed blev påført en skade som følge af behandlingen. Denne bevisbyrde er ikke løftet.

Patientskadeankenævnet har med rette vurderet, at behandlingen af B skete i overensstemmelse med standarden for den erfarne specialist, samt at B's dødsfald var en følge af hans grundsygdom.

Patientskadeankenævnets vurdering understøttes i det hele af Retslægerådets udtalelser.

Det kan på baggrund af Retslægerådets svar på spørgsmål A og B lægges til grund, at behandlingen af B skete i overensstemmelse med de almindeligt gældende retningslinjer, og at der dermed ikke er grundlag for at konkludere, at en erfaren specialist ville have handlet anderledes.

Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns afgørelse af 17. december 2012 (bilag 32) ændrer ikke herved. Det følger således af fast Højesterets praksis, at fo-

religger der uoverensstemmelse mellem de administrative myndigheders vurderinger og Retslægerådets vurderinger af lægefaglig karakter, lægges Retslægerådets vurdering til grund, jf. U2011.1985H og U2012.2637H.

Sagsøgeren har således ikke løftet bevisbyrden for, at specialiststandarden er tilsidesat, og allerede som følge heraf, foreligger der ikke en erstatningsberettigende skade.

Herudover må det på baggrund af Retslægerådets svar 3 og D lægges til grund, at den udløsende årsag til B's dødsfald var det forhold, at han blev respirationssufficient, samt at dødsfaldet var forårsaget af en kombination af hans mange forudbestående lidelser og den akutte sygdom.

Det kan altså lægges til grund, at B's dødsfald ikke var forårsaget af behandlingen, jf. også udtrykkeligt Retslægerådets svar 4, hvor Retslægerådet udtaler:

"Nej, B's død var ikke forårsaget af behandlingen på H perioden fra den 25. oktober 2010."

Sagsøgeren har således heller ikke løftet bevisbyrden for, at B's dødsfald med overvejende sandsynlighed er forårsaget af behandlingen.

Rettens begrundelse og afgørelse

Efter Lovens § 19, stk. 1, ydes der erstatning efter reglerne i loven til patienter eller efterladte til patienter, som her i landet påføres skade i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende foretaget på et sygehus.

Efter lovens § 20, stk. 1, nr. 1, ydes der erstatning, hvis skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af en række nærmere angivne måder, herunder 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 eller lignende, hvorved skaden ville være undgået.

Det lægges efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål A og B til grund, at behandlingen af B er foretaget i overensstemmelse med almindeligt gældende retningslinjer. Der er herefter ikke grundlag for at antage, at en erfaren specialist ville have handlet anderledes. Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns afgørelse af 17. december 2012 ændrer ikke herved. Det bemærkes i den forbindelse, at Retslægerådet ved sin besvarelse af de stillede spørgsmål har været i besiddelse af alle akter i sagen, og at afgørelsen fra Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn således er indgået i Retslægerådets vurdering af, om H's behandling af B er foretaget i overensstemmelse med almindeligt gældende retningslinjer.

Hertil kommer, at det efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 3 og D må lægges til grund, at den udløsende årsag til B's dødsfald var det forhold, at han blev respirationsinsufficient, og at dødsfaldet var forårsaget af en kombination af hans mange forudbestående lidelser og den akutte sygdom. Der er herefter ikke grundlag for at antage, at B's dødsfald var forårsaget af behandlingen på H, jf. således Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 4, hvor Retslægerådet anfører, at B's død ikke var forårsaget af behandlingen på H i perioden fra den 25. oktober 2010.

Der foreligger herefter ikke forhold, som kan begrunde, at B er påført en skade, som er omfattet af Lovens § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, nr. 1.

Patientskadeankenævnet frifindes derfor.

Efter sagens udfald skal A betale 65.000 kr. i sagsomkostninger til Patientskadeankenævnet.

Det bemærkes i den forbindelse, at sagsgenstanden er anslået til 415.400 kr., og at sagen har været forelagt Retslægerådet to gange.

Thi kendes for ret:

Patientskadeankenævnet frifindes.

Inden 14 dage skal A betale 65.000 kr. i sagsomkostninger til Patientskadeankenævnet

Annette Elmer
retsassessor

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Retten i Glostrup, den 11. juli 2014.

Julie Katrine Rasmussen, retsassistent