



Udskrift af dombogen

DOM

Afsagt den 11. februar 2016 i sag nr. BS 4-527/2011:

A

mod
Patientskadeankenævnet
Vimmelskafte 43
1161 København K

Sagens baggrund og parternes påstande

Denne sag, der er anlagt den 7. marts 2011, vedrører spørgsmålet om, hvorvidt A som følge af ECT-behandling iværksat 20. maj 2005 på B Sygehus pådrog sig patientskader i form af epilepsi og kognitive gener, der stadig bestod på tidspunktet for Ankenævnet for Patienterstatningens (tidligere Patientskadeankenævnet) afgørelse af 30. august 2010 (bilag 3).

Sagsøgerens påstand er, at Ankenævnet for Patienterstatningen tilpligtes at anerkende, at A under behandlingen på B Sygehus den 20. maj 2005 blev påført en skade omfattet af patientforsikringsloven.

Sagsørgtes påstand er frifindelse.

Sagsørgeren har fri proces.

Oplysningerne i sagen

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

Patientforsikringen traf den 13. august 2009 afgørelse om, at A's skade i form af udvikling af epilepsi efter ECT behandling den 20. maj 2005 på Psykiatrisk afdeling, B var omfattet af lov om patientforsikring. A blev tilkendt foreløbig erstatning med 164.600 kr.

Af afgørelsen fremgår bl.a.:

"...

Hændelsesforløb

...

Den 10. marts 2005 blev A indlagt på Psykiatrisk afdeling, B og behandlet under diagnosen bipolar effektiv sindslidelse og depression af svær grad. A

var på indlæggelsestidspunktet i behandling med antidepressiv medicin(citalopram). På grund af manglende effekt skiftedes til et andet præparat (nortriptylin). A blev senere sat i behandling med antipsykotisk medicin (risperidon).

På grund af manglende effekt af den medicinske behandling foretoges den 20. maj 2005 ECT behandling (elektrochokbehandling) . Det fremgår, at der blev givet 1 ECT styrke 40 i henhold til alder. A kramper herefter længe (64 sekunder), men der er ingen tilbagevenden til spontan motorisk aktivitet. A blev herefter overflyttet til intensiv afdeling.

Efterfølgende har A været præget af kognitive deficits og epilepsi.

....

A påklagede afgørelsen til Patientskadeankenævnet, der den 30. august 2010 traf afgørelse.

Af afgørelsen fremgår bl.a.:

"...

Patientforsikringens afgørelse af 13. august 2009 ændres, således at A ikke findes at være påført en erstatningsberettigende skade efter lov om patientforsikring.

...

Sagsfremstilling:

Der henvises til sagsfremstillingen i Patientforsikringens Afgørelse af 13. august 2009.

Der foreligger bl.a. en psykiatrisk erklæring af 16. august 2007 med supplement af 26. august 2008 udarbejdet af speciallæge i psykiatri C til brug for sagens behandling i Patientforsikringen.

Endvidere foreligger der en patientskadeerklæring af 6. januar 2009 udfyldt af A's ege læge samt en neuropsykologisk undersøgelse foretaget af neuropsykolog D den 11. november og den 2. december 2009.

Som led i sagsbehandlingen har Patientskadeankenævnet indhentet en udtalelse af 15. februar 2010 fra overlæge, dr. med. E. Det fremgår bl.a. heraf, at det er velkendt, at elektrokonvulsiv terapi (ECT) snarere end at frembringe epilepsisygdom, har været brugt i behandlingen af epilepsi, og at epidemiologiske studier ikke har fundet bevis for, at ECT kan forårsage epilepsi. Det er i udtalelsen vurderet, at epilepsien i A's tilfælde er en del af hendes stemningstilstand, der også manifesterer sig som stemningssygdom, og at det ikke er over 50% sandsynligt, at behandlingen har været årsag til den efterfølgende epilepsi. Udtalelsen har været sendt i høring.

Begrundelse og resultat:

....

Det er efter nævnets opfattelse velbegrundet, at der blev iværksat ECT den 20. maj 2005. Der er herved lagt vægt på, at A's tilstand var alvorlig, idet hun var indlagt med svær depression med psykotiske symptomer. Endvidere er der lagt vægt på, at der ikke var effekt af den medicinske behandling.

Endvidere finder nævnet, at selve behandlingen med ECT blev givet i overensstemmelse med standarden for erfarne specialister på det pågældende område under de givne omstændigheder. Der er herved lagt vægt på, at ECT blev givet med en styrke på 40%, hvilket er inden for det acceptable.

Det forhold, at der blev opnået krampeanfald i 64 sekunder, er ikke et udtryk for, at strømstyrken var for høj i A's tilfælde. Det kan hertil oplyses, at der i almindelighed tilstræbes krampeanfald på minimum 25 sekunder, og at et krampeanfald først bør afbrydes efter 120 sekunder.

For så vidt angår A's gener i form af epilepsi og kognitive gener kan følgende bemærkes:

Epilepsi

Nævnet finder det ikke overvejende sandsynligt, at A's epilepsi er opstået som følge af ECT-behandlingen den 20. maj 2005.

Der er ved afgørelsen lagt vægt på, at der ikke i A's efterfølgende undersøgelsesforløb, hvilket bl.a. omfattede elektroencefalografi (EEG-måling af hjemens elektriske aktivitet), CT-scanninger og MR-scanninger, er konstateret kliniske fund i form af hjerneforandringer, som kan være forårsaget af ECT-behandlingen og som kan forklare skadens opståen.

Endvidere er der lagt vægt på, at A alene modtog en enkelt ECT-behandling. Det kan dertil bemærkes, at der ikke er beskrevet tilfælde, hvor der er opstået epilepsi i tilknytning til en enkeltstående ECT-behandling, og at lægevidenskabelige studier ikke har fundet bevis for, at ECT-behandling kan forårsage epilepsi.

Efter en samlet vurdering af de foreliggende oplysninger finder nævnet det ikke overvejende sandsynligt, at A's epilepsi er opstået som følge af behandlingen med ECT den 20. maj 2005.

Kognitive gener

Nævnet finder det ikke overvejende sandsynligt, at A's kognitive gener er opstået som følge af ECT-behandlingen den 20. maj 2005.

Der er herved lagt vægt på, at A's kognitive gener er beskrevet som varierende og ofte påvirkelige af omgivelserne, og symptomerne synes således ikke alene at være baseret på et organisk grundlag (med fysisk årsag)

Nævnet har endvidere lagt vægt på, at A allerede i årene op til ECT-behandlingen den 20. maj 2005 havde betydelige kognitive funktionsforstyrrelser. Således fremgår det af sagen, at hun bl.a. havde uoverkommelighedsfølelse, isolationstendens, manglende overskud, manglende overblik over sin tilværelse samt hukommelsessvækkelse.

Desuden er det indgået i nævnets vurdering, at det er velkendt, at behandling med ECT kan give forbigående kognitive symptomer, men at det imidlertid ikke er dokumenteret, at kognitive bivirkninger kan have varighed på over ½ år. Efter en samlet vurdering af de foreliggende oplysninger finder nævnet det ikke overvejende sandsynligt, at A's kognitive symptomer er opstået som følge af behandlingen med ECT den 20. maj 2005.

...."

Denne afgørelse blev ved stævning i nærværende sag indbragt for retten.

Under sagen er der indhentet udtalelse fra Retslægerådet, der i erklæring af 16. december 2013 har besvaret spørgsmål således:

" Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet, på baggrund af de foreliggende akter ud-tale, at sagsøger blev indlagt den 10. maj 2005 under diagnosen depression. På indlæggel-sestidspunktet beskrives hun med forsænket stemningsleje, vågen, klar og orienteret men med svækket hukommelse. Det anføres endvidere i journalen, at sagsøger har haft tilbage-vendende depressive episoder gennem de sidste 3 år, og at hun har været tiltagende depri-meret gennem de sidste 4 uger. Den 18. maj er sagsøger fortsat beskrevet som deprimeret, og der besluttes ECT-behandling. Den 20. maj gives ECT-behandling , som udløste et krampeanfald med en beskrevet varighed på 64-65 sekunder. Sagsøger vågner herefter op, men har manglende spontan vejtrækning og ingen reflekser. Der gives kunstig vejtræk-ning, og sagsøger overflyttes til intensiv afdeling, hvor hun lægges i respirator. Vejtræknin-gen bedres, hun kan igen trække vejret selv og tilbageflyttes den 22. maj til psykiatrisk afde-ling, hvor hun beskrives som vågen, men konfus. Der er på intensiv afdeling taget blodprø-ver og CT-scanning uden at resultaterne af disse undersøgelser kunne forklare tilstanden. De efterfølgende dage er sagsøger fortsat konfus og beskrives den 24. maj som delirøs. Denne tilstand fortsætter de følgende uger, og først den 8. juni beskrives sagsøger som samlet og relevant. Hun fremstår dog tiltagende forpint af depressive vrangforestillinger og er endvi-dere generet af et nedsat funktionsniveau. Der foretages fornyet CT-scanning uden abnorme fund. Neuropsykologisk undersøgelse tolkes som værende forenelig med hjerneskade. Den 15. juli observeres tonisk krampe af højre ben og samme dag kommer svar på EEG, som er svært abnorm. De abnorme fund tilskrives initielt den farmakologiske behandling, men den 4. august får sagsøger generaliseret krampeanfald. Psykiatrisk afdeling finder, at sagsøger li-der af en bipolar affektiv sindslidelse, og hun sættes i behandling for dette. Afdelingen tol-ker endvidere krampeanfaldene som led i en dissociativ tilstand. Sagsøger overflyttes den 10. oktober 2005 til psykiatrisk afdeling i **F**.

Retslægerådet skal herefter besvare de stillede spørgsmål således:

Spørgsmål 1:

Skyldes **A's** kognitive gener hhv. epilepsi

- a) Grundsygdommen i form af bipolar sindslidelse og depression i svær grad,
- b) Hendes kognitive funktionsforstyrrelser i form af uoverkommelighedsfølelse, isola-tionstendens, manglende overskud, manglende overblik over sin tilværelse og hukommel-ssvækkelse,
- c) ECT-behandlingen på **B** Sygehus den 20. maj 2005, eller
- d) Andre, herunder uoplyste, forhold?

Under forudsætning af, at der med spørgsmålet menes aktuelle kognitive gener på spørge-tidspunktet, finder Retslægerådet, at punkterne a, b og d kan spille en rolle, men Retslæge-rådet finder det ikke muligt nærmere at specificere de enkelt årsagsforhold nærmere

Spørgsmål A

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvorvidt ECT-behandling på **B** Sygehus den 20. maj 2005 blev givet med korrekt styrke og varighed (bilag 4-8)

Retslægerådet finder, at styrke og varigheden af ECT-behandlingen på **B** Sygehus den 20.05.05 var i overensstemmelse med alment anerkendt lægefaglig standard.

Spørgsmål B

Med baggrund i bilag 8 og 12 anmodes Retslægerådet om at oplyse varigheden af krampeanfaldene.

Er der med baggrund i ovennævnte bilag registreret en normal hvileaktivitet på 3 sekunder som foreskrevet i bilag 7 pkt. 6.

I det omfang, spørgsmålet besvares benægtende bedes det oplyst hvorvidt det er at betragte som en fejl, at EEG-registreringen afbrydes forinden, der er registreret normal hvileaktivitet på 3 sekunder og i bekræftende fald bedes det oplyst, hvorledes lægen skulle have handlet for at gennemføre og afslutte ECT-behandlingen i overensstemmelse med bedste specialstandard.

Retslægerådet finder ikke, at det ud fra bilag 8 er muligt sikkert at oplyse varigheden af krampeanfaldet. Efter Retslægerådets opfattelse kan der ikke sikkert bestemmes et tidspunkt for krampeanfaldets afslutning registreret ved den karakteristiske EEG aktivitet, hvilket bør kunne finde sted før EEG-monitoreringen stoppes.

Slutningen af strimlen er præget af artefakter på grund af muskeluro, hvilket formentlig er årsagen til, at udskriften er stoppet, idet yderligere registrering ikke gav mening.

Spørgsmål C:

Retslægerådet anmodes om at oplyse hvorvidt de forholdsvis kraftige udsving fra 60-80 sekunder på EEG-strimlen indikerer, at krampeanfaldene har været særdeles kraftige.

Retslægerådet vurderer, at de forholdsvis kraftige udfald fra cirka 60-80 sekunder på EEG-strimlen ikke indikerer særlig kraftig krampeaktivitet, men skyldes artefakter forårsaget ved, at man giver kunstigt åndedræt til patienten eller på anden måde bevæger denne.

Spørgsmål D:

Retslægerådet anmodes om at oplyse den sandsynlige årsag til at sagsøger får krampeanfald, og at tilbagevenden til spontan motorisk aktivitet udeblev.

Årsagen til krampeanfaldet er den elektriske stimulation af hjernen, hvilket er hele grundlaget for effekten af behandlingen. Derimod finder Retslægerådet det ikke muligt ud fra det fremsendte materiale at udtale sig om årsagen til, at spontan motorisk aktivitet efterfølgende udeblev.

Spørgsmål E:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om sagsøger kan have været udsat for iltmangel under ETC-behandlingen.

Mens sagsøger er bedøvet, men før ECT-behandlingen påbegyndes, overtager anæstesiologen sagsøgers vejtrækning, og hun maskeventileres med ilttilskud. Hermed øges blodets iltindhold før ECT-behandlingen. Under ECT-behandlingen, som udløser krampen af 60-80 sekunders varighed, har sagsøger været uden vejtrækning, idet man ikke kan maskeventilere under disse forhold. Blodets iltindhold falder i dette tidsrum, men ikke i en sådan grad, at der er tale om iltmangel.

Spørgsmål F:

Retslægerådet anmodes om at oplyse ud fra de lægelige oplysninger i sagen, hvorvidt det kan udelukkes, at sagsøger har været udsat for iltmangel inden sagsøger via ambulance blev overført fra B Sygehus psykiatrisk afdeling til B Sygehus intensiv afdeling.

Der er i de fremlagte bilag ikke holdepunkter for, at sagsøger har været udsat for iltmangel inden overflytning med ambulance fra psykiatrisk afdeling til intensiv afdeling, **B** Sygehus.

Spørgsmål G:

Med baggrund i de fremlagte bilag bedes det oplyst, om sagsøgeren på intensiv afdeling var under konstant overvågning, herunder forsynet med apparatur der registrerer åndedrætsforstyrrelse/ hjertestop.

Af observationsskemaer og journalnotater fra læger og plejepersonale fremgår det, at sagsøger er under tæt overvågning. I forbindelse med respiratorbehandlingen er der på et observationsskema noteret en række parametre, som aflæses på respiratoren. Parametrene afspejler lungefunktionen. Et pulsoxymeter registrerer kontinuerligt sagsøgers ilt saturation. Åndedrætsforstyrrelser hos en ikke-intuberet patient registreres klinisk ved observation af vejtrækning, blodets ilt saturation og efter skøn måling af arterielle blodgasser. Det fremgår af de fremlagte bilag, at sagsøger var under tæt overvågning, herunder konstant monitoreret med pulsoxymeter og EKG.

Spørgsmål H:

Kan retslægerrådet på baggrund af de på intensiv afdeling foretagne arterielle gasmålinger, jfr. bilag 12, oplyse graden af sandsynlighed for, at sagsøger har været udsat for iltmangel under sit ophold på intensivafdelingen.

Ingen af de arterielle blodgasmålinger viser lave iltværdier, idet PaO₂ er målt til 11.7 og 14.7. På baggrund af disse værdier er der ingen holdepunkter for, at sagsøger har været udsat for iltmangel på intensivafdelingen.

Spørgsmål I:

Retslægerrådet anmodes om at oplyse hvorvidt Phtallet på 6,98 og PaCO₂ tallet på 21,1 indikerer, hvorvidt sagsøgers blod havde den formodede iltmængde (bilag 10 og 12)

PH værdien og PaCO₂ værdien udsiger intet om iltmængden i blodet

Spørgsmål J:

Som anført i bilag 12 afventede man i tidsrummet kl. 16.30-17.15 et laboratoriesvar fra den arterielle gasmåling forinden sagsøger på ny intuberes, anmodes Retslægerrådet om at oplyse, hvorvidt dette er i overensstemmelse med bedste specialiststandard.

Såfremt spørgsmålet besvares benægtende, anmodes Retslægerrådet om at oplyse graden af sandsynligheden for, at sagsøger har været udsat for iltmangel i perioden fra kl. 16.30 til laboratorieresultatet foreligger kl. 17.15. hvorefter det blev besluttet at intubere igen.

Det er et klinisk skøn der afgør, hvornår man tager arterielle blodgasanalyser. Da sagsøgers iltning er normal, vælger man i første omgang kl. 16.30 at understøtte vejtrækningen med en nasopharyngeal airway (slange i næse og svælget). Man observerer effekten heraf under kontinuerlig observation af ilt saturationen, indtil man beslutter at intubere igen klokken 17.30. Retslægerrådet vurderer, at behandlingen er i overensstemmelse med alment anerkendt lægefaglig standard.

Spørgsmål K:

Retslægerrådet anmodes om muligt at oplyse årsagen til, at sagsøger efter ECT-behandlin-

gen får kognitive gener i form af hukommelses- og koncentrationsproblemer (bilag I, K, O, 9, 10, 11 og 12).

Retslægerådet finder ikke dette muligt.

Spørgsmål L:

Retslægerådet anmodes om at oplyse graden af sandsynlighed for at sagsøger har pådraget sig en hjerneskade, som det ikke er muligt at registrere ved en CT- og MRskanning.

Retslægerådet finder det ikke muligt, at oplyse graden af sandsynlighed for, at sagsøger har pådraget sig en hjerneskade, uden at denne kan registreres ved MR- eller CT-scanning.

Spørgsmål M:

Retslægerådet bedes om muligt oplyse årsagen til, at sagsøger efter ECT-behandlingen får epilepsianfald.

Årsagen til, at sagsøger efter ECT-behandlingen har haft epileptiske anfald er ukendt.

Spørgsmål N:

I tilslutning til spørgsmål L og M anmodes Retslægerådet om at oplyse, hvorvidt der er en formodning for, at de kognitive gener og epilepsianfaldene må betragtes som en håndelig komplikation i forbindelse med ECT-behandlingen og den konstaterede respirationsstop hos sagsøger kl. 16.30 på intensiv afdeling på **B** Sygehus den 20. maj 2005. (bilag 12)

Det er ikke et forhold som kan gøres til genstand for en medicinsk konstatering, men det udelukker naturligvis ikke en formodning herom. Det er således en mulighed, men Retslægerådet kan ikke udtale sig om hvilken grad af sandsynlighed.

Spørgsmål O:

Retslægerådet anmodes om at oplyse den sandsynligste årsag til at sagsøger i ca. 4-5 timer efter ECT-behandlingen den 20. maj 2005 ikke selv er i stand til at trække vejret (efterfølgende må intuberes og lægges i respirator). (bilag C, R og 12)

Retslægerådet finder det ikke muligt ud fra de fremsendte sagsakter at besvare dette spørgsmål.

Spørgsmål P:

Af de lægelige akter i sagen fremgår det, at sagsøger i det første døgn efter ECT-behandlingen havde uophørlig aktivitet, herunder ustandselig "sort tale", manglende søvn og puls- og blodtrykstigning.

Med baggrund i disse oplysninger anmodes Retslægerådet om at oplyse, hvorvidt sagsøger i den forbindelse udviklede delir (delirium). (Bilag R, pagina 1, 2, 3, 13, 15 (fixering)).

I det omfang, at det nævnte spørgsmål besvares bekræftende, anmodes Retslægerådet om at oplyse, hvorvidt et på dette tidspunkt udviklet delirium er opstået på baggrund af en organisk betinget hjerneskade.

Retslægerådet finder ikke, at sagsøgers tilstand er tilstrækkeligt lægeligt velbeskrevet til, at Retslægerådet kan udtale sig om, hvorvidt sagsøger i døgnet efter ECT-behandlingen den 20.05.05 befandt sig i delirøs tilstand. Hun er beskrevet delirøs den 24.05.05.

Spørgsmål Q:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om det kan udelukkes, at den på MR-skanningen den 19.12.2005 konstaterede ændring af hjernens tindingelapper kan relatere sig til ECT-behandlingen den 20. maj 2005 (sagens bilag 11)

Det er ikke Retslægerådets opfattelse, at der ved MR-scanningen foretaget den 15.12.05 er påvist patologi i hjernens tindingelapper.

Spørgsmål R:

Såfremt det lægges til grund, at sagsøger under ECT-behandlingen har udviklet en organisk hjerneskade, anmodes Retslægerådet om at oplyse, hvorvidt den nu konstaterede mesial temporalisklerose hos sagsøger kan relatere sig til en organisk hjerneskade.

Det er ikke retslægerådets opfattelse, at der ved MR-scanningen foretaget den 17.08.10 er påvist strukturforandringer af patologisk art i relation til hjernens tindingelapper.

Spørgsmål S:

Retslægerådet bedes oplyse, om de fund, der blev konstateret ved PET-scanningen den 9. januar (bilag 10) kan være årsagen til sagsøgerens kognitive gener.

Der er ved undersøgelsen beskrevet nedsat (radio)aktivitetsoptagelse i begge tindingelapper, hvilket er et uspecifikt fund, som ikke entydigt kan kædes sammen med nogen klinisk tilstand eller symptomer, herunder kognitive gener.

Spørgsmål T:

Ifølge bilag R (pagina 2 den 20/5 kl. 13.25 ca. 3-4 timer efter ECT-beh.) får sagsøgeren egenrespiration, og i den anledning bedes retslægerådet oplyse, hvorvidt dette skyldes en lammelse af respirationscentret, eller en usædvanlig lammelse af hjernen i øvrigt som et ikketalte EEG viser, at sagsøger var uden egenrespiration de første 4-5 timer efter ECT-behandlingen. (bilag 12)

I det omfang, spørgsmålet besvares benægtende, bedes Retslægerådet oplyse den mulige årsag til, at sagsøger var uden egenrespiration de første 4-5 timer efter ECT-behandlingen.

Spørgsmålet kan ikke besvares. Retslægerådet finder det ikke sandsynligt, at den manglende egenrespiration skyldes bedøvelsen, som blev givet i forbindelse med ECT behandlingen.

Det er helt usædvanligt, at der ikke er egenrespiration 4-5 timer efter anæstesi med Propofol og Suxameton (et muskelrelakserende stof). Begge stoffer har hurtigt indsættende effekt (½-1 minut) og virkningsvarigheden efter en bolus er 5-10 minutter. Suxameton kan i sjældne tilfælde have forlænget muskelrelakserende virkning. Det forekommer hos patienter med atypisk plasmakolinesterase.

På mistanke om forlænget Suxameton virkning testede anæstesiologen for dette ved en såkaldt TOF test. Man stimulerer nervus ulnaris elektrisk og måler samtidig tommelfingerens bevægelse (adduktion)(TOF test). Hos sagsøger var der normalt TOF respons. Testen blev udført af anæstesiologen, da han forsøgte at vække sagsøgeren og fandt ud af, at hun ikke havde vejrtrækning, selv om hun var vågen.

Retslægerådet kan ikke pege på anden årsag.

Spørgsmål U:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger.

Nej."

D, cand.psych og autoriseret neuropsycholog har i erklæring efter undersøgelse den 15. december 2014 bl.a. udtalt:

"

...

Indledende samtale med A og hendes far

A, er en 46-årig kvinde, der er single. Hun har godt kontakt til sine forældre samt et par veninder. Hun bor på **G**. Hun er på dagcenter mandag, tirsdag og fredag. Onsdag har hun hjemmedag og torsdag går hun til hånd med at passe heste.

...

Sammenfatning og konklusion

A er tidligere set til neuropsychologisk udredning i december 2009 og er nu set til re-test i december 2014. Dvs. 5½ år og 10½ år efter ECT-behandling og respirationsstop. Der er generelt tale om en forbedret præstation på re-testen. Groft sagt er halvdelen af delprøverne klareret med et bedre resultat end i 2009. En fjerdedel er uforandret og en fjerdedel forringet. De forbedrede resultater kan ikke skyldes en re-testeffekt, eftersom **A** er så hukommelses-svækket, at hun ikke kan have nogen erindring om del-tests, der ligger år tilbage.

Dette være sagt, reterer der markante kognitive vanskeligheder, først og fremmest i form af svært nedsat indlæring og hukommelse, men også tydelige visuelle vanskeligheder og forringet eksekutiv funktion. Hun kan ikke klare en dagligdag uden støtte fra professionelle. **A** er blevet mere bevidst om sine kognitive begrænsninger og kompenserer rigtig fornuftigt ved bl.a. at sætte tempoet ned i flere delprøver. Det forringer hendes score i delprøver, hvor tempo spille en væsentlig rolle for pointgivning (som i kontinuerlig subtraktion, symbolsøgning, Trail A) men er en god strategi i hverdagen og i flere andre testsammenhænge.

A har i 2012 fået stillet diagnosen temporalsklerose via Hukommelsesklinikken. Mesial temporalsklerose er en fremadskridende lidelse, der medfører kognitive vanskeligheder og kan være medfødt/ tidligt erhvervet. **A**'s kognitive vanskeligheder kunne således forklares med hendes hjernelidelse. Det er imidlertid påfaldende, at **A**'s funktionsniveau blev forringet så abrupt og markant efter ECT og at hun før sin depression fungerede fuldstændig upåfaldende. Ligeledes kan man undre sig over, at der ikke er sket en forværring, men tværtimod en forbedring på flere tests."

Arbejdsskadestyrelsen har i en vejledende udtalelse om **A**'s tilstand af 31. juli 2015 fastsat det varige mén til 25% og erhvervsevnetabet til ikke under 75%

Forklaringer:

H har bl.a. forklaret, at han er far til **A**. **A**'s depressioner startede ved ex-kærestens død i 2001. Forud herfor havde **A** faglig og økonomisk succes med egen virksomhed. Da hun fik depressioner, havde de som forældre daglig kontakt med **A**. Hun fandt en ny kæreste og flyttede til **D**. Det gik imidlertid ikke, og hun fik depressioner og måtte flytte tilbage. Hun blev indlagt i marts 2005. De første 14 dage af indlæggelsen

var **A** vred og ikke til at kontakte for dem som forældre. Herefter gik det bedre, og de kunne besøge hende og have kontakt ca. hver anden dag. **A** var med ude at spise på sin fødselsdag den 13. maj 2005. Hun var da i bedring. Efter ECT behandlingen den 20 maj 2005 er der ingen bedring sket af korttidshukommelsen. Den manglende korttidshukommelse er den værste gene. Da **A** i oktober 2005 kom på **F** Sygehus, fik hun samtaler, ergoterapi og lidt medicin. Inden hun forlod **F** Sygehus i 2006, havde hun fået bevilget førtidspension. Først boede hun i **I** og senere flyttede hun til **G**, hvor der er overvågning 8-22. På grund af epileptiske anfald er hun nu visiteret til et sted med døgnovervågning. **A** kan ikke selv tage sin medicin, men får hjælp hertil. Hendes epileptiske anfald er i bedring efter at hun er blevet tilknyttet **J**. Hun får både store og små anfald. De små består i, at hun bliver hvid i ansigtet og øjnene står stille. Hvis hun kommer ned at ligge, går det over. I de store anfald går hun i krampe. **A** har ikke siden udskrivningen fra **F** Sygehus haft depressioner.

K har bl.a. forklaret, at hun har kendt **A** siden sidst i 80'erne, og hele tiden har bibeholdt kontakten. De har en fælles interesse i heste. I marts 2005 havde **A** en svær depression, men ingen hukommelsesproblemer. Hun synes ikke, der har været nogen bedring med **A** siden udskrivningen fra **F** Sygehus. **A** kan ikke koncentrere sig, har intet overblik og hukommelsen er ikke-eksisterende. Hun prøver at støtte **A** i at have struktur, fast rytme og ro i tilværelsen. Hun kan ikke orientere sig og kan derfor ikke selv tage på besøg hos vidnet, hvilket hun tidligere har kunnet.

L har bl.a. forklaret, at han gennem 23 år har været læge. Han har speciale i almen medicin, og har været læge for **A** gennem mange år, indtil han i 2014 fik orlov som praktiserende læge for at arbejde som ambulancelæge.

Det er rigtigt, at han i patienterklæring til Patientforsikringen af 6. januar 2009 har skrevet, at **A** var tidligere var rask. Det var hun også, idet hun ikke havde sygdomme, som relaterede sig til hjerneskaden. Hun havde en depression, og en svær depression kan have delssymptomer, der har indvirkning på de kognitive funktioner, så som hukommelse, evne til at fungere m.v., men det forsvinder, når man er ude af depressionen. Undersøgelser viser, at patienter med svære depressioner efterfølgende kan have problemer med nogle funktioner, men en depression kan ikke medføre en svær hjerneskade. Det er khans klare opfattelse, at **A** har pådraget sig en alvorlig hjerneskade og en epilepsi efter behandlingen i maj 2005, hvilket hun stadig var præget af, da han sidst så hende i 2014. Hans konklusion bygger på de objektive fund, der fremgår af erklæringer fra bl.a. neuropsykolog og af konsultationer før og efter at **A** pådrog sig skaden.

Parternes synspunkter

Sagsøgeren har gjort gældende, at betingelserne for at yde erstatning efter lovens § 2 stk. 1, nr. 4 er opfyldt, idet der ved behandlingen den 20.05.2005 er blevet påført sagsøgeren en skade, der er mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed må tåle.

Det gøres gældende at bestemmelserne i §§ 1 og 2 finder anvendelse i nærværende sag, idet grundsygdommen – en depression – ikke ville have medført, dels kognitive gener, og dels epilepsianfald i et sådant omfang at sagsøgeren siden behandlingen på B Sygehus, ville have opholdt sig på et hjem for hjerneskadede med døgnovervågning.

Det gøres gældende, at sagsøgeren forud for behandlingen i princippet var velfungerende og ikke havde kognitive gener og ej heller epilepsianfald. Det er almindelig kendt, at hjerneskadede ofte får epileptiske anfald.

Som anført i bilag 2 anfører speciallæge C ”at der er en tidsmæssig sammenhæng mellem ECT – behandlingen og fremkomst af behandlingskrævende epileptiske anfald, idet patienten ikke ifølge beskrivelserne har haft sådanne anfaldslæsioner forud for ECT-behandlingen”.

Retslægerådet har i sin besvarelse af spm. N ikke udelukket en formodning for at de kognitive gener og epilepsianfaldene kan relatere sig til behandlingen den 20.05.2005 på B Sygehus.

I besvarelsen af spm. T anfører Retslægerådet i andet afsnit flg.: ”det er helt usædvanligt, at der ikke er egenrespiration 4- 5 timer efter anæstesen”.

Det fremgår af sagens bilag 12, at sagsøgeren igen den 20.05.2005 kl. ca. 16 har respirationsstop og grundet lav ph . værdi 6.98 og høj PaCO2 vælger narkoselægen igen at lægge sagsøgeren i respirator.

Ifølge sagens bilag 16 anføres det at lav pH – værdi og høj PaCO2 fremkommer ved respiratoriske problemer.

Med baggrund i de nævnte bilag gøres det gældende at der er en formodning for at sagsøgeren har været udsat for en fejlbehandling på B Sygehus, hvilket i øvrigt understøttes af sagens bilag 1 og bilag O, hvoraf fremgår at begge involverede neuropsykologer er af den opfattelse at sagsøgeren ved behandlingen på B Sygehus er blevet påført en hjerneskade.

Betingelserne for at yde erstatning efter § 2, stk. 1, nr. 4 er blandt andet at der skal tages hensyn til skadens alvor og sjældenhed.

Det gøres gældende at de nævnte betingelser i nærværende sag er opfyldt, når henses til at sagsøgeren siden behandlingen på B Sygehus har opholdt sig på et hjem for hjerneskadede med døgnovervågning.

Ifølge sagens bilag 18 anfører Arbejdsskadestyrelsen at mengraden for sagsøgeren kan fastsættes til 25%, samt at erhvervsevnetabet mindst udgør 75%, hvilket klart dokumenterer at sagsøgeren har været udsat for en alvorlig skade.

For så vidt angår sjældenheden er denne betingelse også opfyldt, idet der årligt er ca. 2000 patienter der får ECT-behandling, og idet det ikke tidligere er blevet dokumenteret at de ECT-behandlede patienter er blevet påført skader som følge af behandlingen. I øvrigt anbefaler specialister i psykiatrien generelt at man anvender ECT-behandling ved depressioner.

Der er således grundlag for at tage sagsøgerens påstand til følge.

Sagsøgte har gjort gældende, at behandlingen af A fandt sted den 20. maj 2005, og at sagen derfor skal afgøres efter patientforsikringsloven, jf. dagældende lovbekendtgørelse nr. 228 af 24. marts 1997.

Efter loven ydes der dækning, hvis følgende betingelser er opfyldt erstatning: Patienten skal ved behandling, undersøgelse eller lignende være påført en skade, jf. § 1, stk. 1, nr. 1, og skaden skal være forvoldt på en af de i lovens § 2, stk. 1, nr. 1-4, anførte måder.

Efter § 2, stk. 1, nr. 1, ydes der erstatning, hvis en erfaren specialist på det pågældende område og under de i øvrigt givne omstændigheder ville have handlet anderledes, hvorved skaden ville være undgået.

Efter § 2, stk. 1, nr. 4, ydes der erstatning hvis der som følge af behandlingen indtræder skade, 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.

Det følger af §§ 1 og 2, at der ikke ydes erstatning for en skade, som skyldes grundsygdommen, almindelige følger af behandlingen herfor eller andre konkurrerende forhold hos patienten selv. Hvis intet kan siges om årsagen, eller hvis det er lige så sandsynligt at generne skyldes behandlingen som noget andet, ydes der ikke erstatning, jf. udtrykkeligt forarbejderne til loven.

Ankenævnet for Patienterstatningen (tidligere Patientskadeankenævnet) fandt ved afgørelse af 30. august 2010 (bilag 3), som nærmere begrundet i denne, at A ikke ved ECT-behandlingerne iværksat den 20. maj 2005 var blevet påført nogen skade i form af epilepsi eller kognitive gener.

Ankenævnet for Patienterstatningen lagde herved vægt på, at hverken A's epileptiske anfald eller kognitive gener var en følge af behandlingen, men derimod med overvejende sandsynlighed skyldtes A's egne forhold.

Ankenævnet for Patienterstatningen er et af lovgiver udpeget kollegialt organ, hvor blandt andet medvirker to sagkyndige inden for lægevidenskab. Det kræver derfor sikkert grundlag at tilsidesætte Ankenævnets afgørelse og bevisbyrden derfor er A's. Denne bevisbyrde har A ikke løftet.

Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse støttes således i det hele af Retslægerådets udtalelse af 16. december 2013, jf. eksempelvis besvarelsen af spørgsmål 1. Af svaret på spørgsmål 1 fremgår, at det, som spiller en rolle for A's kognitive gener henholdsvis epilepsi er A's grundsygdom i form af bipolar affektiv sindslidelse og depression af svær grad, A's kognitive funktionsforstyrrelser og endelig andre, herunder uoplyste forhold. Det eneste, som i henhold til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1 ikke spiller en rolle er ECT-behandlingen.

Retslægerådets besvarelse tilbageviser endvidere A's anbringender om, at hendes gener skyldes en hjerneskade forårsaget af iltmangel i forbindelse med behandlingen.

Af svarene på spørgsmål L, Q, R og S følger således, at der ikke efter Retslægerådets opfattelse er påvist nogen hjerneskade, medens det af svarene på spørgsmål E, F og H følger, at der ikke er holdepunkter for, at A på noget tidspunkt var udsat for iltmangel.

Idet der er tale om en udelukkende lægefaglige spørgsmål, skal Retslægerådets udtalelse lægges til grund, jf. eksempelvis U.2011.1985H.

Ankenævnet for Patienterstatningen skal dermed frifindes allerede fordi, der ikke er påvist en skade som følge af behandlingen, jf. patientforsikringslovens § 1, stk. 1.

Selv hvis retten måtte finde det påvist, at A's epilepsi og kognitive gener skyldes ECT-behandlingen, er der fortsat ikke noget grundlag for at tage hendes påstand til følge.

A har nemlig ikke påvist, at behandlingen af hende blev foretaget i uoverensstemmelse med den erfarne specialists standard, eller at hendes epilepsi og kognitive gener dermed kunne være undgået, jf. lovens § 2, stk. 1, nr. 1.

Tværtimod følger det, helt i overensstemmelse med Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse, af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål A og J, at behandlingen af A blev foretaget i overensstemmelse med almindeligt anerkendte retningslinjer.

A har heller ikke påvist, at hendes epilepsi og kognitive gener er mere omfattende, end hvad hun med rimelighed må tåle, jf. lovens § 2, stk. 1, nr. 4, hvilket hun da heller ikke selv har nogen anbringender til støtte for. Ex tuto bemærkes, at A inden ECT-behandlingen gennem en lang periode havde haft alvorlige funktionsforstyrrende gener, og at hun havde en svær depression, der nødvendiggjorde behandlingen.

Rettens begrundelse og afgørelse

Det er en forudsætning for, at A's kognitive gener og epilepsi kan anses som en skade omfattet af patientforsikringsloven, at der er påvist årsagsforbindelse mellem ECT-behandlingen den 20. maj 2005 og A's gener. A har bevisbyrden herfor. Retten finder det ikke godtgjort, at der er begået fejl under behandlingen, der kan lempe bevisbyrden. Retten lægger i den forbindelse vægt på Retslægerådets svar på spørgsmål E, F og H.

Retslægerådet, der har kompetencen til at udtale sig om lægefaglige spørgsmål, har i spørgsmål 1 svaret på, hvilke faktorer, der kan spille en rolle for A's kognitive gener henholdsvis epilepsi, og har i besvarelsen af spørgsmålet oplyst, at ECT-behandlingen ikke spiller nogen rolle. Retslægerådets svar på øvrige spørgsmål ændrer ikke på dette svar, uanset at Retslægerådet ikke kan pege på, hvad der er årsagen til A's gener. Herefter er der ikke tilvejebragt en overvejende sandsynlighed for, at A's gener er forvoldt ved ECT-behandlingen den 20. maj 2005. Betingelserne for at yde erstatning efter patientforsikringsloven er derfor ikke opfyldt jf. lovens § 1.

Som følge heraf frifindes Ankenævnet for Patienterstatningen.

Sagsøgeren har fri proces.

Omkostningerne fastsættes således, at statskassen betaler omkostninger til Ankenævnet for Patienterstatningen med 46.875 kr. Beløbet dækker omkostninger til advokat inkl. moms. Retten har lagt vægt på sagens værdi og kompleksitet samt forberedelsens omfang, herunder at sagen har været forelagt for Retslægerådet.

Thi kendes for ret:

Sagsøgte, Ankenævnet for Patientforsikringen, frifindes.

Statskassen betaler omkostninger til sagsøgte med 46.875 kr.

Mette Brock Hansen
Retsassessor

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Retten i Odense, den 11. februar 2016.

Camilla Kaastrup Kaspersen, retsassistent