

RET TEN I LYNGBY DOM

afsagt den 26. august 2021



Sag BS-1225/2016-LYN

A

(advokat Thomas Stigaard Hansen)

mod

Ankenævnet for Patienterstatningen

(Kammeradvokaten v/ advokat Aleksander Lind)

Denne afgørelse er truffet af dommer Seerup.

Sagens baggrund og parternes påstande

Sagen, der er anlagt den 17. juni 2016, vedrører en anfægtelse af Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse meddelt den 18. december 2015, hvorved ankenævnet afgjorde, at **B** ikke er berettiget til godtgørelse eller erstatning. Sagen er oprindelig anlagt af **B**, men er efter hans død den 1. februar 2017 videreført af hustruen, **A**, der hensidder i uskiftet bo efter **B**.

Sagsøgeren, **A**, har nedlagt følgende påstande:

Principal: Sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, tilpligtes at anerkende, at **B** er påført en erstatningsberettigende skade i 2013 på grund af forsinket diagnosticering og behandling af dissektion samt blodprop i forbindelse med behandling via vagtlæge kl. 01.37, på Behandlingssted 1 akutmodtagelse fra kl. ca. 02.00 og i forbindelse med kontakt til Behandlingssted 2, Region 1, d. 23. juni fra kl. 05.31 (ambulance) således at sagen hjemvises til Ankenævnet for Patienterstatningen med henblik på fastsættelse af den nøjagtige størrelse af erstatnings- og godtgørelseskravet.

Subsidiært: Sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, tilpligtes at anerkende, at **B** er påført en erstatningsberettigende skade på grund af forsinket diagnosticering og behandling af dissektion samt blodprop i forbindelse med behandling på Behandlingssted 1 akutmodtagelse fra kl. ca. 02.00 og i forbindelse med kontakt til Behandlingssted 2, Region 1, d. 23.

juni fra kl. 05.31 (ambulance) således at sagen hjemvises til Ankenævnet for Patienterstatningen med henblik på fastsættelse af den nøjagtige størrelse af erstatnings- og godtgørelseskravet.

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

Oplysningerne i sagen

Af Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse meddelt den 18. december 2015 fremgår bl.a.:

“Ved Patienterstatningens afgørelse af 25. februar 2015 (...) blev det anerkendt, at **B** var påført en erstatningsberettigende skade i form af følger efter forsinket diagnosticering og behandling af en blod-prop i hjernen i forbindelse med behandlingen på Behandlingssted 1, jf. klage- og erstatningslovens § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1. Patienterstatningen vurderede endvidere, at **B** ikke var påført en erstatningsberettigende skade i forbindelse med behandlingen på Behandlingssted 2 Region 1 (...), jf. lovens § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1.

Ved afgørelse af 30. marts 2015 vurderede Patienterstatningen, at **B** ikke var påført en erstatningsberettigende skade i forbindelse med behandlingen på Behandlingssted 1 (...), jf. klage- og erstatnings lovens § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1. Afgørelsen er ikke påklaget.

Ved afgørelse af 14. oktober 2013 blev **B** tilkendt 246.925 kr. i godtgørelse for varigt mén svarende til en méngrad på 35 % for følger efter forsinket diagnosticering og behandling af blodprop i hjernen på Behandlingssted 1. Der blev samtidig meddelt afslag på erstatning og godtgørelse for helbredelsesudgifter og andet tab, tabt arbejdsfortjeneste, svie og smerte og erhvervsevnetab.

Advokat Axel Grove har på vegne af **B** ved brev af 21. maj 2015 klaget over Patienterstatningens afgørelse af 25. februar 2015 for så vidt angår behandling på Behandlingssted 2 Region 1, og har ved brev af 9. november 2015 fremsendt yderligere bemærkninger til klagen. Det er blandt andet anført, at Patienterstatningens betragtning om at det ikke er muligt at fastslå tidspunktet for, hvornår symptomerne på blodprop i hjernen var opstået, er forkert, Endvidere er det anført, at **B** havde været symptomfri over 1 time, inden han gik seng med 03-tiden, og at det således er dette tidspunkt, der skal betragtes som udgangspunktet for beregning af, om “vinduet” på 4 ½ time var overskredet, Videre er det anført, at ambulancen blev

tilkaldt kl. 05.31, dvs, kun ca. 2½ time efter symptomdebut for aktuelle blodprop, og at ambulancen ankom kl. 05.44 fortsat kun 2 ¾ time efter udgangspunktet for beregning af symptomdebut. Derudover er det anført, at det er en væsentlig fejl, at der ikke blev rettet henvendelse til trombolysevagten på Behandlingssted 3, hvorfor der er tale om en klar lægefejl, som vil begrunde en væsentlig lettelse af alle bevisbyrder for

B. Der er endvidere fremsendt kopi af Falcks kørselsvejledning gældende fra den 10. juni 2014, hvorved det er anført, at **B** under alle omstændigheder skulle være kørt til By 2 trombolyseafdeling.

Advokat Axel Grove har ved brev af 9. november 2015 tillige klaget over Patienterstatningens afgørelse af 14. oktober 2015 for så vidt angår opgørelsen af godtgørelse og erstatning for den anerkendte patientskade som følge af behandlingen på Behandlingssted 1. Det er blandt andet anført, at der ikke ses at være noget grundlag for en vurdering, hvor kun 30 % af skaden skyldes den mangelfulde behandling.

Endvidere er det anført, at der er tale om klare lægefejl, som vil begrunde betydelige bevislempelser i **Bs** favør. Videre er det anført, at mindst 90 % af skaderne anses tør følger af fejlbehandlingen, og således at hele erhvervsevnetabet samt det samlede tab af arbejdsfortjeneste anses for følger af patientskaden.

Ankenævnet for Patienterstatningen har på møde den 17. december 2015 truffet følgende

Afgørelse:

Patienterstatningens afgørelse af 25. februar 2015 ændres, således at **B** ikke findes at være påført en erstatningsberettigende skade i forbindelse med behandlingen på Behandlingssted 1 og Behandlingssted 2 Region 1 den 23. juni 2013 og frem.

Patienterstatningens afgørelse af 14. oktober 2015 ophæves som følge heraf.

B er derfor ikke berettiget til godtgørelse eller erstatning.

...

Sagsfremstilling

Der henvises til sagsfremstillingen i Patienterstatningens afgørelse af 25. februar 2015. [Indsat umiddelbart nedenfor.]

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

B henvendte sig på Behandlingssted 1 23. juni 2013 Ca. kl. 2 om natten. Han var væltet ud af sengen og kunne ikke rejse sig op. Den 22. juni og eftermiddagen havde han været ude at sejle, men båden var kæntret, og han var blevet ramt i hovedet af jollens bom. **B** og hans hustru måtte svømme ind til land. Man mistænkte umiddelbart en blodprop, men da **B** ved undersøgelsen kunne gå og stå, havde normal kraft i arme og ben, havde normal følesans, og man i øvrigt fandt normale neurologiske forhold, vurderede man, at han ikke havde en blodprop og sendte ham hjem.

Bs pårørende henvendte sig til Behandlingssted 2 Region 1 23. juni 2013 kl. 5.31, da **B** var u-kontaktbar og lammet. Ambulancen ankom til **Bs** bopæl kl. 5.44. Det fremgår af ambulancejournalen, at **B** var faldet ud af sin seng og havde nedsat kraft i venstre side samt hængende mundvig og hovedpine. Han havde desuden haft ufrivillig afføring. **B** reagerede på tiltale og svarede relevant. Man mistænkte blødning i hjernen, og kørte ham til Behandlingssted 1.

Ambulancen ankom på Behandlingssted 1 kl. 6.27. Ved **Bs** undersøgelsen var tale påvirket, han kunne ikke stå, han havde hængende mundvig på venstre side, ingen følesans i og funktion af venstre arm samt dårlig motorik i venstre ben. Akut CT-skanning og CT-skanning med optegnelse af hjernens blodårer viste en stor blodprop i hjernen i cerebri media gebetet. Man kontaktede trombolyseafdelingen, som vurderede, at tidspunktet for symptomdebut var for uklart, hvorfor der ikke var grundlag for at iværksætte behandling med blodpropopløsende medicin (trombolyse). Man kontaktede også Behandlingssted 4, som vurderede, at der ikke kunne foretages kirurgisk fjernelse af blodproppen (trombektomi) pga. tidsfaktoren og blod-proppens placering. Man satte **B** i behandling med blodfortyndende medicin i form af Clopidogrel.

B blev efterfølgende flyttet til Behandlingssted 4 og senere tit Behandlingssted 5 med henblik på genoptræning.]

Begrundelse og resultat

Ankenævnet for Patienterstatningen vurderer, at **B** ikke med overvejende sandsynlighed er påført en erstatningsberettigende skade, jf. klage- og erstatningslovens 13 stk. 1, og 20, stk. 1, i forbindelse med behandlingen på Behandlingssted 1 og ^{Behandlingssted 1} Region 1

Første kontakt til Behandlingssted 1 den 23. juni 2013 kl. 02.00

Ankenævnet for Patienterstatningen finder, at behandlingen ved første henvendelse på Akut Modtageafdeling, Behandlingssted 1 den 23. juni 2013 kl. 02.00 ikke var i overensstemmelse med, hvorledes det må antages, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet. Ankenævnet finder således på baggrund af oplysningen om, at **B** var faldet ud af sengen om natten og ikke kunne rejse sig igen og oplysningerne fra Lægevagten i By 1 kl. 01.38 om, at **B** snøvlede og savlede og venstre arm føltes slap, at en erfaren specialist ville have fået mistanke om krampeanfald eller halvsidig lammelse på den side, hvor benet skulle have støttet. Videre finder ankenævnet, at den primære diagnose herved skulle have været en forbigående blodprop i hjernen (TC), idet symptomerne kun var midlertidigt til stede. **B** skulle på denne baggrund have været indlagt til observation med henblik på videre diagnostisk afklaring.

Såfremt **B** var blevet indlagt ved første henvendelse til Behandlingssted 1 ville man have opdaget de nye symptomer, der opstod senere på natten og kunne på dette tidspunkt have kaldt vagthavende læge, som derefter kunne kontakte Behandlingssted 3 med henblik på overflyttelse, såfremt der på dette tidspunkt var indikation for trombolysebehandling.

Kontakt til Behandlingssted 2, Region 1 den 23. juni 2013 kl. 05.31

Ankenævnet for Patienterstatningen har vurderet, at behandlingen ved Behandlingssted 2, Region 1, i forbindelse med kontakt til Alarm 112 den 23. juni 2013 kl. 05.31 ikke var i overensstemmelse med, hvorledes en erfaren specialist ville have handlet.

Ankenævnet finder, at ambulancepersonalet i overensstemmelse med den erfarne specialists standard skulle have taget kontakt til trombolysevagten i By 2. Der er herved lagt vægt på, at det af ambulancejournaler fremgår, at ambulancepersonalet diagnosticerede recidivsymptomer som apopleksi med krampeanfald med debut af lammelser. Imidlertid er der ikke anført, hvilket tidspunkt **B** sidst var set rask efter den første kontakt til Behandlingssted 1, men alene at

der havde været lignende symptomer tidligere på natten. Såfremt der var blevet spurgt ind til tidspunktet for, hvornår **B** sidst var set rask, ville man kunne have fundet frem til det korrekte debut-tidspunkt og herefter taget kontakt til trombolysevagten.

Det bemærkes, at B ved første kontakt og undersøgelse på Behandlingssted 1 var fundet neurologisk normal, og det må derfor antages, at cirkulationen hjernens kar på dette tidspunkt var normaliseret. Ved recidiv af symptomer senere, ville man fortsat kunne give trombolysebehandling på trods af det forudgående TCI-tilfælde. så-fremt der var indikation for trombolysebehandling.

Ankenævnet bemærker, at debuttidspunktet kan fastsættes til kl. 03.00, hvor **B** sidst var set rask og gik i seng for anden gang. Tidspunktet for symptomernes debut skal således ikke regnes fra TCI-tilfældet, men derimod fra det tidspunkt, hvor **B** sidst er set rask. Såfremt der var taget kontakt til trombolysevagten i By 2, havde det tidsmæssigt været muligt indenfor det anerkendte tidsrum at give trombolysebehandling på dette tidspunkt, såfremt der var indikation herfor.

Anden kontakt til Behandlingssted 1 den 23. juni 2013 med ankomst kl. 06.27 I forbindelse med indlæggelse på Behandlingssted 1 den 23. juni 2013 med ankomst kl. 06.27 blev der på mistanke om apopleksi/ blødning foretaget CT-skanning af hjernen kl. 06.45. Denne viste et stort infarkt i højre mellemste hjernearteries (...) forsyningsområde. Der blev ligele-des foretaget CT-angiografi af hjernen kl. 11.00, visende stort mediain-farkt på højre side samt tillukning af højre halspulsåre (...).

Det er ankenævnets vurdering, at **Bs** grundlidelse er dis-sektionen (blødning i karvæggen — karspaltning) af højre halspulsåre på traumatisk grundlag, idet der havde været slag mod hovedet af en bom i forbindelse med uheldet med den kæntrende jolle.

Det bemærkes, at fleksionstraumer svarende til halshvirvelsøjlen kan udløse dissektion med en simpel fastklemning af halspulsåren mellem kæbevinklen og tværtappene f rygsøjlen, som derved udløser en rift i karrets inderside eller alternativt fremkalder en blødning i karvæggen som derefter udvikler sig og vokser i omfang, således at den til sidst af-klemmer hele blodforsyningen gennem karret. Såfremt afklemningen fortsætter ind i hjernens kar (går igennem canalis caroticus) vil den også afklemme blodforsyningen til arteria cerebri media, som derefter lukker fuldstændigt.

Ankenævnet finder, at denne grundlidelse allerede var til stede ved første kontakt til Akut modtageafdeling, Behandlingssted 1, hvor dissektionen på dette tidspunkt var under udvikling, men at den formentlig kun på dette tidspunkt havde udviklet en mindre propdannelse over karrif-ten i højre halspulsåre, som var revet af og gået længere ind i hjernens cirkulation og dermed havde medført de forbigående symptomer. Da blodpropper i cirkulation hurtigt kan opløses af kroppens eget forsvar, kan det forklare, at symptomerne ved første TCI-tilfælde omkring mid-nat forsvandt.

Alternativt var dissektionen allerede her gået ind i hjernens kar, men karret var ikke helt lukket, og derfor kunne de initiale symptomer være svingende til stede. Dissektion af halspulsåren er akut farlig og man kan ofte ikke undgå, at blødningen udvikler sig og går helt op i hjernens kar og lukker blodforsyningen der eller danner blodproppen på karvæggen, som brækker af og fortsætter op i hjernens karsystem.

Endvidere finder ankenævnet, at såfremt en akut blodpropsskade i hjernen vurderes større end en tredjedel af arteria cerebri medias forsyningsområde, er trombolyse kontraindiceret, da risikoen for blødning i hjernen eller en forværring af blødningen i halspulsåren, er meget stor. Endvidere er det ikke forventeligt, at denne gruppe af patienter får gavnlige effekt af trombolyse, da skaden allerede er sket. Virkningen af trombolysbehandling er at genskabe blodforsyningen til det område af hjernen, som endnu ikke er dødt af selve blodproppen. Den først foretagne CT-skanning af hjernen kl. 06.45 viste stort infarkt i højre arterie cerebris forsyningsområde, hvilket betyder, at skaden var større end 1/3 af forsyningsområdet, og der ville derfor ikke kunne tilbydes trombolyse. Alle typer af blodfortyndende behandling, herunder trombolyse, vil ikke være til nogen hjælp i denne situation, og kunne endog eventuelt forstærke udviklingen med tiltagende karvægsblødning, således at karret derved hurtigere ville lukke.

Såfremt den efterfølgende CT-angiografi af hjernen kl. 11.00 havde vist en forsnævring af halspulsåren, men stadig en åben halspulsåre, kunne man have overvejet at tilbyde forsøg på trombektomi (kirurgisk fjernelse af blodprop) med stentbehandling af arteria carotis med henblik på at holde karret åbent. Imidlertid viste CT-angiografien kl. 11.00 komplet arterie cerebri media infarkt i højre hjernehalvdel, hvorfor skaden allerede var indtrådt, og trombektomi ikke ville have nogen effekt.

Det er på denne baggrund ankenævnets vurdering, at der ikke var indikation for behandling med trombolyse eller trombektomi, og uanset disse alligevel var blevet forsagt iværksat, var hjerneskadens formentlig

indtrådt allerede indenfor en time fra ambulancens ankomst i hjemmet, hvilket ses dokumenteret ved den primære -skanning af hjernen kl.

06.45. **B** havde et malignt media infarkt (hurtig og voldsom ødemudvikling i infarkt), hvor kun åben kranieoperation med trykaflastning kunne forhindre død, men ikke mindske de neurologiske følger efter en så stor blodprop i hjernen. Det var derfor ikke afgørende for forløbet om **B** var kørt direkte til *center* i By 2.

På denne baggrund ændres Patienterstatningens afgørelse f 25. februar 2015 således, at **B** ikke med overvejende sandsynlighed er påført en erstatningsberettigende skade i forbindelse med behandlingen på Behandlingssted 1 og Behandlingssted 2 Region 1 Følgelig ophæves afgørelsen af 14. oktober 2015, og **B** er derfor ikke berettiget til godtgørelse eller erstatning."

Til brug for vurderingen af, om ankenævnets afgørelse skulle indbringes for domstolene har sagsøger indhentet speciallægeerklæring af 17. juni 2016 fra overlæge dr.med. D. Af erklæringen fremgår bl.a.:

Jeg kender sagen lige siden Behandlingssted 4 blev kontaktet vedr patienten (pt) den 23.06.13 og fulgte forløbet herinde først i neurokirurgisk afd dernæst neurologisk afd. Vi, dvs først afd læge **C**, anmeldte forløbet som en utilsigtet hændelse (...) 27.06.13 og dernæst anmeldte jeg forløbet til Patienterstatningen 01 .04.14. Vi var fra 1. dag af den overbevisning, at sagen på flere punkter ikke var håndteret optimalt hhv sv.t. bedste specialist standard.

Det primære og for det endelige forløb mest afgørende var, at pt på By 1 skadestue 23.06. kl 02.00 ikke reelt blev erkendt som en TIA pt (TIA transitorisk iskæmisk attack). Pt og ægtefællen (æf) søger efter primær henvendelse til vagtlæge skadestuen pga en kl 1 opdaget, ny-opstået lammelse af venstre arm, venstre ben og snøvlende tale (dvs en ve hemiparese). Denne havde stort set fortaget sig ved ankomst til Behandlingssted 1.

Iflg skadestuenotatet afkræfter lægen en apopleksi, men han nævner ikke begrebet hemiparese og end ikke nævnes TIA diagnosen hhv de heraf afledte obligate udrednings- og behandlingsmæssige konsekvenser: CT scanning, magnylprofylakse, EKG-telemetri, halskarundersøgelse. Det er en kendsgerning at TIA, selv hvis remitteret, indebærer en relativ høj risiko for et snarligt efterfølgende slagtilfælde. Ifølge talrige studier anses risikoen for efterfølgende stroke at være 10-15% indenfor den første uge og heraf ca halvdelen indenfor 48 timer (1,2,3). Risikoen

reduceres signifikant blot ved umiddelbar iværksat magnyl-profylakse
...

Intet skete for **B**, han blev udskrevet uden plan eller behandling. Alvoren og konsekvensen af en så sikker TIA diagnose burde have været erkendt og ført til akut indlæggelse hhv overflytning til et akut apopleksiafsnit i By 2 og omfatte CT scanning af hjernen og i det mindste iværksættelse af magnylprofylakse. Ydermere burde kendsgerningen, at pt kun var 51 år have skærpet opmærksomheden på en til grund liggende særlig årsagsmekanisme og dermed behov for henvisning til specialafdeling, idet TIA/apoplexi i den aldersgruppe er uvanlig.

Havde pt efterfølgende været indlagt og observeret som TIA/apoplexi patienter bør, ville et tilbagefald med hemiparese, som det faktisk sker ca kl 04, havde været opdaget og havde entydigt kvalificeret pt til akut i.v. trombolyse behandling. Ydermere, idet der var tale om en stor apopleksi, havde der været indikation for akut CT-angio, som ville have vist den højresidige storkarsokklusion (carotis og cerebri media) og dermed tilladt akut henvisning til Behandlingssted 4 mhp trombektomi, som har et længere tidsvindue på 6-8t.

Var tilbagefaldet kl 04 sket i en apopleksiafdeling hvortil han, også set i lyset af pt's alder, burde have været overflyttet til, ville både iv trombolyse og trombektomi fx i tidsrummet fra kl 04.30 kunne have ændret forløbet og outcome væsentligt.

En akut CT angio ville have rejst mistanke om en kardissektion i hø carotis og dermed ydermere begrundet en relativ høj risiko for en ny blodprop.

Det at en direkte ambulancetransport til By 2 efter tilbagefaldet mhp trombolyse alligevel ikke ville have ændret udfaldet pga det mani-feste infarkt på CT i By 1 kl 06.45 er bagklogskab.

Faktisk blev trombolysevagten på By 2 adviseret, men afviste pt — hvilket fagligt ikke skønnes korrekt med debuttidspunkt 03-04."

Der er for retten indhentet udtalelser af 11. marts 2019 og 17. juni 2021 fra Retslægerådet. Af erklæringerne fremgår bl.a.:

"Spørgsmål 1

Retslægerådet bedes oplyse, om en normal læge på en akutafdeling med de oplysninger, der var afgivet dels overfor Lægevagten, dels må formodes at være

afgivet overfor personalet på akutafdelingen om de symptomer, sagsøgeren var vågnet med, burde have erkendt, at der kunne være tale om en blodprop, som - på det pågældende tidspunkt - var passeret. I bekræftende fald bedes det oplyst, om dette kan betragtes som en lægelig fejl.

Lægen på akutafdelingen vurderer patienten ud fra patientens sygehistorie og den lægelige undersøgelse og ikke ud fra en visitationsdiagnose fra lægevagten. Der fremgår følgende af journalmaterialet fra akutafdelingen: patienten er faldet ud af seng og kunne ikke rejse sig, henvender sig derfor selv. Retslægerådet vurderer, at mistanken om, at det kunne have drejet sig om en blodprop, der var passeret, burde være opstået hos lægen. Det drejer sig om et lægeligt fejlskøn.

Spørgsmål 2

Kan det fastslås med nogen grad af sikkerhed, på hvilket tidspunkt den anden blodprop indtrådte i perioden fra kl. 03.00 til kl. ca. 05.30?

Den første CT-skanning blev udført den 23. juni 2013 klokken 06:57. Der ses tydelige og udbredte infarktforandringer i højre side af hjerne. Der spørges til hvornår i perioden fra klokken 03:00 til klokken 05:30 blodproppen indtrådte. Det mest sandsynlige (grundet de tydelige infarktforandringer) er, at det skete tidligt i denne periode, men det kan ikke fastslås med sikkerhed.

Spørgsmål 3

*Burde ambulancepersonalet have transporteret **B** til trombolysedivisionen på Behandlingssted 3, efter at ambulancen var tilkaldt kl. 05.31? I bekræftende fald bedes det oplyst, om dette kan betragtes som en lægelig fejl. Ja, ambulancepersonalet burde have transporteret patienten til trombolysedivisionen på Behandlingssted 3. Det kan ikke betragtes som en lægelig fejl, da læge ikke ses at være adspurgt, og da ambulancepersonalet har arbejdet efter de eksisterende lægelige instruktioner.*

Spørgsmål 4

*Såfremt det ved besvarelsen lægges til grund, at blodprop er indtrådt omkring kl. 04.00, bedes det oplyst, om det på baggrund af den CT-skanning, der blev foretaget ca. 5 timer senere, kan konstateres, hvorledes sagsøgeren **Bs** tilstand var kl. 05.30, respektive kl. 06.00 til kl. 06.30, hvor trombolyse kunne have været indledt, herunder om det med nogen grad af sikkerhed kan konstateres, at trombolyse ville have været uden væsentlig effekt/var kontraindiceret.*

CT-skanning viste tegn på et stort infarkt, hvor senere skanning viste, at infarktets størrelse var så stor, at trombolysbehandling ville være kontraindiceret eller formentlig uden effekt.

Spørgsmål 5

Kan det under de samme forudsætninger med nogen grad af sikkerhed konstateres, at trombektomi ville være uden væsentlig effekt/kontraindiceret?

Der foreligger ikke tilstrækkelige videnskabelige undersøgelser vedrørende trombektomi på patienter med så udbredte infarktforandringer som i det aktuelle tilfælde. Grundet de meget udbredte infarktforandringer på CT-skanningen (23. juni 2013, klokken 06:57) vurderer Retslægerådet, at trombektomi ville være uden væsentlig effekt og må betragtes som risikabel.

Spørgsmål 6

Henhører vurderingen af, hvorvidt en patient med symptomer på blodprop i hjernen skal transporteres til en trombolyseafdeling eller blot til en akutafdeling på et sygehus uden trombolyse, under ambulancepersonalet, eller bør ambulancepersonalet med sådanne symptomer straks transportere den pågældende til et sygehus med trombolyseafdeling?

En sådan patient bør transporteres til trombolyseafdeling efter aftale med trombolysevagten

Spørgsmål 7

Ville trombolyse være indiceret ved en blodprop af den type og den placering, der var tale om, såfremt trombolyse kunne have været gennemført indenfor 4½ time?

Ja.

Spørgsmål 8

Det bedes oplyst, hvilken effekt trombolyse generelt har for personer med en blodprop placeret på det sted, hvor sagsøgerens blodprop var placeret, herunder om trombolyse givet inden for tidsvinduet generelt i væsentlig grad forøger chancerne for bevaring af særligt de kognitive funktioner.

Spørgsmålet er hypotetisk, men Retslægerådet vurderer, at intravenøs trombolysbehandling sandsynligvis har ingen effekt på en halspulsåre, som er lukket på grund af dissektion (karspaltning). Dissektionen har formentlig sendt en blodprop op i hjernens kar.

Spørgsmål 9

...

Spørgsmål A:

Retslægerådet bedes oplyse, om sagsøgerens nuværende gener/lidelser efter højresidig blødning i karvæggen (bl.a. beskrevet i speciallægeerklæring af 29. marts 2015, udarbejdet af speciallæge i neurologi, E) helt eller delvist med overvejende sandsynlighed (> 50%) skyldes:

- a) grundlidelsen i form af dissektion (blødning i karvæggen - karspaltning) af højre halspulsåre på traumatisk grundlag (bl.a. beskrevet i journalnotat af 24. juni 2013 fra Behandlingssted 4),
- b) det forhold, at sagsøgeren ikke blev indlagt til observation på Behandlingssted 1 ved henvendelsen den 23. juni 2013 kl. 02.00,
- c) det forhold, at ambulancepersonalet ikke tog kontakt til trombolysevagten på Behandlingssted 3 og kørte sagsøgeren direkte til *center* i By 2 den 23. juni 2013 i tidsrummet kl. 5.44 - 6.27,
- d) andre forhold
- e) en kombination af a) - d)

Retslægerådet bedes begrunde svaret. Såfremt der er usikkerhed om vurderingen, bedes rådet beskrive denne usikkerhed (gerne med angivelse i procent) og endvidere angive, hvad der taler for henholdsvis imod årsagssammenhæng.

Ved besvarelsen af spørgsmålet bedes Retslægerådet oplyse, hvilken betydning, om nogen, det har haft for Retslægerådets besvarelse, at:

- den første CT-skanning af hjernen den 23. juni 2013 kl. 06.45 viste stort infarkt i højre arteria

cerebris forsyningsområde og et malignt media infarkt (hurtig og voldsom ødemudvikling i infarkt) (bl.a. beskrevet i røntgenbeskrivelserne af 23. og 24. juni 2016 fra radiologisk afdeling, Behandlingssted 1),

CT-angiografien af hjernen den 23. juni 2013 kl. 11.00 viste komplet arteria cerebri media infarkt i højre hjernehalvdel (bl.a. beskrevet i røntgenbeskrivelserne af 23. og 24. juni 2016 fra radiologisk afdeling, Behandlingssted 1).

a) Sagsøgers svære følger efter apopleksien den 23. juni 2013 skyldes grundlidelsen: dissektion af højre arterie carotis interna på halsen samt blodprop i arterie cerebri media med tillukning af karrene medførende stort infarkt i højre side af storhjernen.

b) Den manglende indlæggelse og observation var hindrende for tidligt at erkende den forværring i tilstanden, der optrådte i tidsrummet fra klokken 03 til 05.

c) Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 25. Dokumentation for eventuel kontakt eller ikke-kontakt til trombolysevagten foreligger ikke. Tidspunktet for debut af symptomer er uklart, og der ville derfor, ud fra daværende retningslinjer, formentlig ikke være indikation for trombolyse.

Spørgsmål 10:

Af vagtlægenotat den 23. juni 2013 kl. 01:37 fremgår vedrørende symptomerne: "snøveler og savler, v. arm føles slap".

Er ovennævnte symptomer forenelige med apopleksi og TCI (= TIA)?

Symptomerne er forenelige med TCI (transitorisk cerebral iskæmi).

Spørgsmål 11:

I givet fald bedes rådet oplyse, om det var lægefagligt indiceret at henvise direkte til specialiseret trombolyseafdeling eller at konferere med trombolysenvagt. I bekræftende fald bedes rådet herunder oplyse, om det var en lægefaglig fejl eller et fejlskøn at henvise til almindelig akutmodtagelse?

På baggrund af de oplyste symptomer, burde der have været konfereret med trombolysenvagten. Det var et fejlskøn at henvise til almen akutmodtagelse.

Spørgsmål 12:

Hvis spørgsmål 11, 1. afsnit, besvares benægtende, bedes Retslægerådet oplyse, om det var kontraindiceret at henvise til specialiseret trombolyseafdeling eller at konferere med trombolysenvagt?

Nej, det er ikke kontraindiceret at konferere eller at henvise til specialafdeling.

Spørgsmål 13:

*Retslægerådet bedes oplyse, om der i sagens lægelige akter er grundlag for at stille diagnosen / DZ03.91 ud fra oplysningen om, at **B** var "ramt af brandmand", og at dette var mulig årsag til den forbigående halvsidige lammelse?*

Hvis diagnosen / DZ03.9 / "ramt af brandmand" ikke var sandsynlig årsag til faldeepisoden grundet halvsidig lammelse, bedes rådet oplyse, om denne differentialdiagnose udgør et fejlskøn eller er en lægefaglig fejl?

Hvis rådet vurderer, at diagnosen / DZ03.9 / "ramt af brandmand" udelukkende var et fejlskøn, da bedes rådet nærmere redegøre for grundlaget for skønnet og herunder oplyse, om en mindre forbrænding fra en "brandmand" fra de indre danske farvande normalt ville antages at være sandsynlig årsag til en forbigående hemiparese i en tilsvarende sag?

DZ03.9 betyder "observation på grund af mistanke om" og anvendes, hvor lægen er usikker. Forbrænding af en "brandmand" vil ikke være en sandsynlig årsag til en forbigående lammelse. Det fremgår ikke af skadestuejournalen, at lægen mente, at der var en sådan sammenhæng

Spørgsmål 14:

Kan Retslægerådet tiltræde den opfattelse, at der i forbindelse med den lægelige undersøgelse og journalførelse på akutafdelingen savnes en uddybende anamnese, og i givet fald om dette har betydning for dels at stille korrekt primær diagnose, dels for Retslægerådets retrospektive vurdering af samme?

Rådet bedes for så vidt angår anamnesen oplyse, om der ifølge de lægelige akter er spurgt til f-eks. hovedpine eller varigheden af de samlede forbigående symptomer?

Anamnesen, som den er dokumenteret i skadestuejournalen, er kort. Den objektive undersøgelse dokumenteres som værende uden tegn på

apopleksi. En udvidet anamnese ville formentligt kunne have afdækket de symptomer som sagsøger tidligere havde haft og dermed givet mistanke om TIA.

Det fremgår ikke af skadestuejournalen, at der er spurgt om hovedpine og om varighed af de forbigående symptomer.

Spørgsmål 15:

Retslægerådet bedes oplyse, om forbigående (TIA) symptomers varighed har nogen betydning for risikoen for en ny blodprop?

Retslægerådet bedes i den forbindelse oplyse, hvor stor risikoen er for en ny blodprop, hvis de forbigående (TIA) symptomer har været hhv. under og over 10. minutter?

Varigheden af TCI har betydning for risiko for ny blodprop, således at risikoen stiger ved længere varighed af TCI. Der skelnes mellem varighed længere end 60 minutter og kortere end 60 minutter. Risikoen er omkring 10 %. Mange andre faktorer end varigheden har betydning for denne risiko.

Spørgsmål 16:

Retslægerådet bedes oplyse, om det efter rådets opfattelse kan betragtes som en lægefaglig fejl på en akutafdeling ikke at stille diagnosen: TIA (transitorisk iskæmisk attack), hvis en tilsvarende patient (ikke beruset med tilsvarende køn, alder og gode helbred) oplyser, at være faldet ud af sengen og uden at kunne rejse sig (grundet halvsidig lammelse), og i øvrigt at vedkommende i forløbet bl.a. havde snøvet, savlet og havde hovedpine, og at de forbigående symptomer havde en varighed på mindst 15 minutter?

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1.

Spørgsmål 17:

Er der nogen lægefaglig evidens for, at **B** eller en person med tilsvarende anamnese (ikke beruset med tilsvarende køn, alder og gode helbred samt forbigående (TIA) symptomer på ca. 15 minutter) på tidspunktet for første henvendelse på Behandlingssted 1 allerede havde (ville have) et infarkt af den størrelse og omfang, som senere konstateret ved CT scanning kl. 06:57? Spørgsmålet er hypotetisk og kan vanskeligt besvares. Det er ikke sandsynligt, at en CT-skanning på det tidspunkt ville have vist et stort infarkt, men måske diskrete forandringer i området for arteria cerebri media.

Spørgsmål 18:

Er der nogen lægefaglig evidens for, at **B** eller en person med tilsvarende anamnese efter tidspunktet for første henvendelse på Behandlingssted 1

og frem til ca. kl. 04:00 allerede havde (ville have) et infarkt af den størrelse og omfang som senere konstateret ved CT scanning kl. 06:57?

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 17.

Spørgsmål 19:

Er det lægefaglig erfaring, at ydet magnylprofylakse og evt. Plavix, i en tilsvarende situation i tidsrummet kl. 02:00 til 03:00 ville have hindret eller begrænset omfanget og udviklingen af en ny blodprop henholdsvis ny aflukning af halspulsåren, svarende til det, der efterfølgende blev konstateret ved CT-scanning kl. 06:57?

Ved dissektion af halskar er der ikke undersøgelser af, om magnyl eller plavix kan begrænse den akutte skade. I det største studie, CADISS, var tiden, indtil behandling blev startet, 3 dage.

Spørgsmål 20:

Er det lægefagligt indiceret at yde profylaktisk blodfortyndende behandling og Plavix (Magnylprofylakse, trombolyse eller andet) efter TIA, når der samtidig er erkendt en karspaltning svarende til den i nærværende sag?

I bekræftende fald bedes Retslægerådet oplyse, hvordan TIA med erkendt karspaltning i pulsåre behandles efter gældende lægelige retningslinjer for at forebygge infarkt?

Hvis første afsnit besvares benægtende, bedes rådet oplyse, om det er kontraindiceret at yde profylaktisk blodfortyndende behandling og Plavix?

Ved dissektion i halskar er det indiceret at yde profylaktisk behandling med blodpladehæmmere.

Spørgsmål 21:

Hvis det antages, at akutlægen på Behandlingssted 1 havde stillet diagnosen / TIA / den 23. juni 2013 ved første henvendelse og havde henvist direkte til specialiseret trombolyseafdeling med akutkørsel med henblik på videre udredning, er det da sandsynligt (gerne angivet i procent), at skaderne ville være hindret eller mindsket for en tilsvarende situation?

TCI-patienter henvises normalt ikke til trombolyse.

Spørgsmål 22:

*Hvad var NNT (numbers needed to treat) for godt resultat svarende til MRS (Modified Ranking Scale): 2, ved trombektomi af en storkarstillukning svarende til **Bs** med og uden erkendt karspaltning på Behandlingssted 4 i 2013 (vurderet ud fra efterfølgende statistiske erfaringer)?*

Spørgsmålet lader sig ikke besvare. En patient med så stort infarkt vil normalt ikke få tilbudt trombektomi.

Spørgsmål 23:

Havde man på Behandlingssted 4 i 2013 (efter aftale med Sundhedsstyrelsen) vagtbemanding og øvrig kapacitet til at foretage akutte trombektomier?

Og herunder, hvor mange trombektomier blev der udført på Behandlingssted 4 i hhv. 2013, 2014 og 2015?

I 2013 var trombektomi på udviklingsstadiet og blev først vist som en effektiv behandling i 2016. I 2013 blev nogle patienter behandlet med trombektomi på Behandlingssted 1. Tallet er ikke opgjort i apopleksiregi-stret for 2013 og 2014. I 2015 er anført 121 patienter behandlet med EVT (endovaskulær trombektomi) på Behandlingssted 4.

Spørgsmål 24:

*I tilslutning til rådets besvarelse af spørgsmål 5 bedes rådet oplyse, hvad grundlaget (evidens) er for, at man ikke burde foretage trombektomi ved erkendt karspaltning svarende til **Bs** på Behandlingssted 4 i 2013? Rådet bedes herunder oplyse, om det er nugældende erfaring, at man ikke bør foretage trombektomi ved erkendt karspaltning?*

Grundlaget var stort infarkt, mere end 1/3 af arterie cerebri medias forsyningsområde, og usikker varighed af symptomerne. Trombektomi af dissektion af arterie karotis inden for de nævnte rammer er nu en godkendt behandling.

Spørgsmål 25:

Supplerende til rådets besvarelse af spørgsmål 3, hvorefter ambulancepersonalet har arbejdet efter de eksisterende lægelige instruktioner, bedes rådet oplyse, hvilken lægelig instruktion der henvises til, og hvad den lægelige instruks specifikt lød?

Rådet bedes herudover oplyse, om den lægelige instruks blev ydet på veloplyst og journaliseret grundlag.

Ambulancepersonalet arbejder på lægelig instruktion og delegation. Behandlingssted 2 giver retningslinjer for visitation af patienter, herunder til specialbehandling til den leverandør, der vare-tager ambulancekørslen, i dette tilfælde Falck. Falck har det konkrete ansvar for implementering af regionens instrukser. Retslægerådet har ikke konkret kendskab til den specifikke instruks, der var gældende i Region 1 i 2013, men vil formode at instruks i 2013 var, at ved mistanke om apopleksi skal ambulancepersonale telefonisk kontakte trombolysevagten på Behandlingssted 3 med henblik på vurdering af eventuel direkte kørsel til Behandlingssted 3 og dermed ikke til nærmeste sygehus. En forudsætning for dette var dog på dette tidspunkt, at der var et kendt debuttidspunkt, og at det ville være muligt at iværksætte trombolysebehandling inden for 4,5 timer efter symptomdebut. Det fremgår af kopi af ambulancejournalen (...), at der var tegn på apopleksi ("nedsat kraft i v. side + hængende mundvig. Hovedpine. Haft samme sympt. i går aften og tidl på natten, hvor patienten er tilset

på sgh. Sendes hjem uden behandling...". Det fremgår ikke om ambulancepersonalet har konfereret med trombolysevagten, og hvad denne kontakt eventuelt resulterede i. Det fremgår heller ikke af materialet om trombolysevagten på Behandlingssted 3 havde haft eller ikke havde haft en telefonisk kontakt med ambulancepersonale om denne patient. Ambulancepersonalet vurderer tilstanden som kritisk og kører med udrykning til nærmeste sygehus, Behandlingssted 1. Det fremgår af forløbet og vurderingen på Behandlingssted 1, at der efter kontakt til trombolyseafdelingen ikke var grundlag for at iværksætte behandling med blodpro-popløsende medicin (trombolyse), fordi tidspunkt for symptomdebut var for uklart. Ud fra beskrivelsen må det derfor formodes, at det af ambulancepersonalet er blevet vurderet, at symptomdebut var uklart, og at der derfor ikke var grundlag for at kontakte trombolysevagten. Dette er dog ikke dokumenteret.
..."

Forklaring

Der er afgivet forklaring af **A** .

A har forklaret, at hun og **B** var en tur i båd på _____. Båden tog vand ind og kæntrade. De svømmede ind uden at kunne få båden med. Resten af dagen gik med at få tilkaldt kystvagten for at få styr på båden. Det gik alt sammen i orden. **B** fortalte hende i for-bifarten, at han vist blev ramt af bådens bom.

Om natten opstod en reaktion hos **B** . De var gået i seng. **B** blev dårlig, og hun forstod ikke, hvad han sagde. Hun besluttede, at man måtte få set **B** efter. Hun vurderede, at hun hurtigst kunne få hjælp ved at køre ind til hospitalet i By 1. Under turen løsnede symptomerne sig lidt. Man kan ikke gå direkte ind på hospitalet. Hun ringede ind til en vagtlæge. De forklarede, hvad der var galt, hvorpå dørene til hospitalet blev åbnet for dem, og de blev mødt af en læge. Hun husker ikke, om der ved visitationen var tale om henvisning til anden afdeling.

Herefter var de på akutmodtagelsen (skadestuen). Lægen spurgte til turen på vandet og trykkede på **Bs** hænder. Lægen mente, at lammelsen måske stammede fra en brandmand, som havde ramt **B** i vandet. **B** sagde, at der måske var tale om et slagtilfælde. Det virkede ikke, som det blev taget alvorligt. Hun blev ved med at presse på, om der ikke skulle ske noget mere.

På vej hjem i bilen gav hun udtryk for sin uro, men **B** havde tillid til lægens vurdering. Da hun kom hjem, skrev hun det passerende ned som følge af sin uro. **B** var stadig rystet. Lammelserne havde fortaget sig.

Det var blevet sent, og de gik i seng. Hun vågnede ved, at **B** igen havde fået det meget dårligt. Naboparret, kom ind. De ringede straks til 112. Nabokonen sørgede for hele tiden at holde kontakt til **B**. Herefter kom der en ambulance. Der gik desværre lang tid, før den kom. Der gik herefter omkring ½ time med at få **B** ned i ambulancen. **B** var ikke kontaktbar på det tidspunkt og var ikke svær at håndtere.

På turen til By 1 sad hun ved siden af chaufføren og bad om at blive kørt videre til By 2 eller Behandlingssted 4. Ambulancen kørte dog til hospitalet i By 1.

På sygehuset blev hun ved med at presse på for at få **B** med helikopter eller lignende til Behandlingssted 4. Der var en neurolog i familien, der vurderede, at **B** skulle videre i systemet; men det nåede de ikke nogen vegne med.

Parternes synspunkter

B har i sit påstandsdokument påberåbt følgende anbringender:

"Processuelle bemærkninger:

Ankenævnet har i påstandsdokument af 30. juli 2021 protesteret mod sagsøgers principale påstand, der eksplicit favner vagtlæges telefoniske visitation til akutmodtagelse, ...

Påstanden fastholdes da vagtlægens telefoniske visitation kl. 01.38 tidsmæssigt og indholdsmæssigt er en integreret del af den initiale behandling på akutmodtagelsen på Behandlingssted 1 kl. 02.00 og den direkte årsag til at behandlingen - eller snarere manglen på samme – i første omgang sker på alm. skadestue og ikke på specialiseret trombolyse-afdeling.

Det bemærkes i sammenhængen, at vagtlægenotatet eksplicit fremgår af sagsøgtens begrundelse for afgørelse af 18. december 2015 ... og således indgår i det administrative prøvelsesgrundlag.

Hertil kommer, at sagsøgte har akkviesceret for sagsøgers mulighed for præciserende at inddrage vagtlægens ageren ved accept af sagsøgers spørgsmål 10- 12 til Retslægerådet, der udelukkende omhandler vagtlægens behandling/visitation.

Ydermere henledes rettens opmærksomhed på Patienterstatningens afgørelse af 25. februar 2015 ... hvor sagsbehandling vedrørende behandling hos Akuttelefonen ikke foretages da der på tidspunktet tilsyneladende

dende ikke kunne findes noget telefonnotat. En selvstændig prøvelse af "første kontakt" i behandlingsforløbet er således tidligt indgået i sagen og der er dermed ikke tale om noget "nyt", som sagsøgte ikke allerede har eller burde have forholdt sig til.

Det bemærkes i øvrigt, at domstolene har fuld prøvelsesadgang ift. den indbragte administrative afgørelse og f.eks. kan fastsætte størrelsen af en given erstatning eller fastlægge ansvar for en behandlingsskade efter f.eks. KEL § 20, stk.1. litra 3 eller 4 uanset ankenævnet ikke i den konkrete sag har udmålt erstatning eller eksplicit har prøvet sagen efter andre bestemmelser end litra 1 (specialistreglen. Domstolene bør således foretage en udtømmende prøvelse af ankenævnets afgørelser i stedet for blot at foretage en legalitetskontrol, jf. hertil særligt lovbemærkningerne, ad § 36 (tidligere § 15 i Lov om Patientforsikring.

Subsidiært gøres gældende, at der er tale om et præciserende anbringende, der ikke kræver rettens tilladelse, jf. Kendelse af 11. februar 2021 fra Højesteret i en anden Patientforsikringssag.

Den af sagsøgte påberåbte retspraksis kan ikke føre til et andet resultat i nærværende sag.

Den nedlagte subsidiaire påstand er ex tuto medtaget for det tilfælde, at retten uanset ovenstående måtte være enig i sagsøgtes processuelle protest.

...

Ankenævnets afgørelse ...

Ankenævnet har overordnet gjort gældende, at dissektionen (blødning i karvæggen – karspaltningen gør, at de samlede skader efter apopleksien (og dermed hjerneskaden, som konstateret ved efterfølgende CT-scanning kl. 06:45, har været uafvendelige (behandlingsresistente i hele behandlingsforløbet. Dette bestrides for sagsøger, som helt udokumenteret.

Ad) bevislempelse i sagen som følge af ansvarspådragende fejl.

Det fastholdes, at de i svarskriftet anerkendte tilsidesættelser af bedste specialiststandard ved behandlingen på Behandlingssted 1 akutafdeling ca. kl. 02:00, og i forbindelse med behandling fra ambulancepersonalet, begge har en karakter, der samtidig begrunder ansvar efter almindelige erstatningsretlige principper og dermed begrunder bevislempelse for sagsøgers beviskrav for årsagssammenhæng mellem fejl og behandlingsskade.

Med Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 10-12 gøres det videre gældende, at også vagtlægen ved forudgående telefonisk kontakt kl. 01.37 burde have konfereret med trombolysevagt og med de journaliserede oplysninger, herunder den konstaterede "alvorlige diagnose", jf. bilag 8, burde have henvist **B** direkte til specialiseret trombolyseafdeling i By 2 med akut ambulancekørsel. Uanset Retslægerådets besvarelser af spørgsmål 10, gøres det gældende, at henvisning til almen akutmodtagelse juridisk set var en klar fejl (ansvarspådragende og ikke blot et fejlskøn. Vagtlægens anamnese tyder klart på apopleksi og begrundet entydigt direkte henvisning til specialiseret trombolyseafdeling. Der er ikke tale om fejlskøn, men om fejlhenvisning.

For så vidt angår behandlingen på Behandlingssted 1 gøres det her gældende, at den helt utilstrækkelige udredning på akutmodtagelsen udgør en klar fejl og at det følgelig savner mening at kvalificere fejlen, alene som et fejlskøn i den forstand, som Retslægerådet sædvanligvis anvender ordet, jf. Betænkning om retslægerådet nr. 1196 af 1990, kap. 12, pkt. 6, side 138.

Den journalførte diagnose DZ03.9, der ifølge Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 13 anvendes når lægen er usikker, udgør ikke en relevant diagnose efter adækvat undersøgelse, men er i bedste fald udtryk for mangelfuld udredning/anamnese. Dette medfører efter Retslægerådets sædvanlige sprogbrug, at "behandlingen" eller snarere manglen på samme, udgør en fejl og ikke blot er et fejlskøn.

Ankenævnet har ikke forholdt sig til muligheden for, at korrekt anamneseoptagelse og diagnose på Behandlingssted 1 kunne og burde have medført en akutoverførsel til specialiseret trombolyseafdeling i By 2. Det gøres imidlertid gældende, at dette ville være tilfældet efter fagnormen, hvis akutlægen havde foretaget en korrekt undersøgelse (anamneseoptagelse), jf. hertil særligt Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 13 og 14.

Med hensyn til ambulancebehandlingen fastholdes det, at manglende kontakt til trombolysevagt er en ansvarspådragende fejl. Retslægerådets formodninger (besvarelsen af spørgsmål 25) om ambulancepersonalets vurderinger om uklart debuttidspunkt er som det fremgår udkommenteret, og i øvrigt ufunderet, jf. bilag 10. Der er ifølge journalen ikke spurgt ind til debuttidspunkt.

Ad) årsagssammenhæng mellem behandling/undladelse og skade.

Ankenævnet lægger fortsat til grund at dissektionen (blødning i karvæggen- karspaltningen gør at de samlede skader efter apopleksien, som konstateret ved CT-scanning kl. 06:57, har været uafvendelige i hele det mulige behandlingsvindue. Dette bestrides for sagsøger, som helt udokumenteret.

Havde vagtlægen eller Behandlingssted 1 akutmodtagelse korrekt og efter fagnormen henvist til specialiseret trombolyseafdeling med akutkørsel, ville **B** allerede fra kl. ca. 02:00 – 03:00 kunne have været i By 2 (i behandlingsvinduet for trombolyse og evt. trombektomi. På dette tidspunkt ville 2. blodprop, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 17 næppe være indtruffet endnu ligesom den følgerig ikke ville have medført betydende hjerneskade.

Ved Retslægerådets besvarelse af sagsøgtets spørgsmål A, hvor Ankenævnet spørger til om hovedårsagen til indtrådt samlet skade skyldes grundlidelsen "dissektion", oplyses, at "sagsøgers svære følger efter apopleksien d. 23. juni 2013 skyldes grundlidelsen: *dissektion af højre arterie carotis interna på halsen samt blodprop i arterie cerebri media med tillukning af karrene medførende stort infarkt i højre side af storhjern*" (min fremhævning).

Retslægerådet oplyser imidlertid ved besvarelsen af spørgsmål 17 bl.a., at det ikke er sandsynligt at tilsvarende patient på tidspunktet for første henvendelse på Behandlingssted 1 dvs. ca. kl. 02.00 ville have haft et så stort infarkt som senere konstateret ved CT-scanning kl. 06:57, men "måske diskrete forandringer i området arteria cerebri media"

Rådet svarer ikke relevant på spørgsmål 21 om muligheden for trombolysebehandling af tilstanden (måske diskret begyndende infarkt tidligere på natten kl. ca. 02:00 ved korrekt udredning. Dog oplyser rådet samtidig ved besvarelsen af spørgsmål 24 (vedrørende muligheden for trombektomi, at årsagen til at infarktet ikke kunne behandles var, at der var tale om et stort infarkt, mere end 1/3 af arterie cerebri medias forsyningsområde. Det er herefter evident, at rådets besvarelser vedrørende behandlingsmulighederne støttes på forholdene som konstateret ved efterfølgende CT-scanningsresultat fra kl. 06:45, og ikke på det signifikant mindre skadesomfang tidligere på natten, jf. besvarelsen af spørgsmål 17.

Der henvises i sammenhængen i øvrigt til bilag 7, speciallægeerklæringen fra overlæge D, Behandlingssted 4, der konklusivt oplyser: "Var tilbagefaldet kl. 04 sket i en apopleksiafdeling, hvortil han, også set i lyset af pt.'s alder, burde have været overflyttet til, ville både iv

thrombolyse og trombektomi fx i tidsrummet fra kl. 04.30 kunne have ændret forløbet og outcome væsentligt. En akut CT angio ville have rejst mistanke om kardissektion i hø carotis og dermed ydermere begrundet en relativ høj risiko for en ny blodprop.”

Det gøres sammenfattende gældende, at der bør ydes sagsøger bevislempelse for årsagssammenhæng mellem behandling og merskade da det er dokumenteret, at en eller flere bestemte lægelige handlinger eller undladelser er uagtsomme (culpøse), og at disse handlinger/undladelser klart har forøget risikoen for en bestemt alvorlig skade (særligt udvikling af stort infarkt i arterie cerebri medias forsyningsområde), og at skaden faktisk er sket (som konstateret ved CT-scanning kl. 06:45). Når sagsøger, som her, har godtgjort, at ovennævnte betingelser er til stede, da skal sagsøgte, efter Højesteretspraksis og lovforarbejder, reelt føre bevis for at skaden – i fuldt samme omfang - ville være sket uanset handlingerne/undladelserne eller med andre ord, at årsagssammenhæng mellem fejl og merskade er usandsynlig. Denne bevisbyrde har sagsøgte ikke løftet.

Der er notorisk tale om et tvivlsomt tilfælde, hvor det er rimeligt at yde bevislempelse allerede fordi usikkerhederne i sagen dokumenteret flyder af hospitalsvæsenets ansvarspådragende fejl. Havde By 1 akutmodtagelse stillet korrekt diagnose, og havde vagtlægen eller By 1 akutmodtagelse overført direkte til specialiseret thrombolyseafdeling i By 2 med akut ambulancekørsel kunne forløbet og outcome ifølge overlæge D være ændret væsentligt. Dette er grundlaget for, at sagen bør hjemvises til fornyet behandling og udmåling af erstatning jf. påstanden.

Retslægerådet afviser ikke, at behandling med blodpladehæmmere, iv. thrombolyse eller trombektomi ville kunne have mindsket merskaden i dette scenarie, kun at disse behandlingsmulighederne næppe forelå da 2. blodprop var betydelig og sikkert beskrevet ved CT-scanning senere kl. 06.45.

Ankenævnet lægger ved afgørelsen (bilag 4) til grund at hjerneskaden formentlig var indtrådt allerede indenfor en time fra ambulancens ankomst til hjemmet, hvilket ses dokumenteret ved den primære CT-scanning af hjernen kl. 06.45.

Ambulancen ankom imidlertid til hjemmet kl. 05.44 og Ankenævnet er således af den opfattelse, at den helt behandlingsresistente tilstand først sikkert indtræder fra dette tidspunkt kl. ca. 05.44. Det er minimum 1

time og 3 kvarter efter **B** kunne og burde være indlagt på Behandlingssted 3 til vurdering og behandling i tidsrummet ca. kl. 02:00 til 03:00.

At påstå, at f.eks. magnylbehandling eller iv. trombolyse kl. 04.00 ikke ville have gjort nogen forskel på hjerneskaden efter 2. blodpropdannelse kan alene støttes på den usikkerhed, der flyder af hospitalsvæsenets egne fejl og bør ikke tillades. Sagen bør derfor hjemvises.”

Ankenævnet for Patienterstatningen har i sit påstandsdokument påberåbt følgende anbringender:

”Processuelle bemærkninger

Det fremgår bl.a. af **Bs** reviderede påstand i replikken af 15. juli 2021, at han ønsker at få sagen hjemvist med henvisningen til behandlingen ved telefonisk kontakt til vagtlægen den 23. juni 2013 kl. 01.37.

Det bemærkes i den forbindelse, at Ankenævnet for Patienterstatningen (herefter ankenævnet) ved den indbragte afgørelse ... ikke har taget stilling til spørgsmålet om, hvorvidt **B** er påført en skade omfattet af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (herefter KEL) som følge af behandlingen ved telefonisk kontakt til vagtlægen den 23. juni 2013 kl. 01.37.

Ankenævnet har alene taget stilling til spørgsmålet om, hvorvidt **B** er påført en skade i forbindelse med behandlingen på Behandlingssted 1 den 23. juni 2013 kl. 02.00 og kl. 06.27 og/eller i forbindelse med behandlingen ved Behandlingssted 2, Region 1 den 23. juni 2013 kl. 05.31 (ambulancepersonalet).

Ved denne vurdering har ankenævnet inddraget journaloplysningerne fra vagtlægen ...

Der er således ikke noget prøvelsesgrundlag for **Bs** påstand vedrørende spørgsmålet om, hvorvidt han er påført en skade i forbindelse med behandlingen ved telefonisk kontakt til vagtlægen.

Rettens prøvelse bør ikke udstrække sig til behandlingen ved vagtlægen, da det følger af almindelige principper om domstolenes prøvelse af forvaltningens afgørelser, at prøvelse er begrænset til de forhold, som myndigheden forinden har taget stilling til.

Der kan i den forbindelse bl.a. henvises til U2015.2395Ø og Østre Landsrets dom af 24. juni 2008, hvor Østre Landsret i begge dommene

udtaler, at landsretten alene kan tage stilling til spørgsmål, som forinden har været forelagt de administrative myndigheder til prøvelse. Øvrige spørgsmål kan ikke danne grundlag for domstolsprøvelse.

...

B har ikke godtgjort, at der er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse af 18. december 2015 ..., hvorved ankenævnet som nærmere begrundet i afgørelsen fandt, at **B** med overvejende sandsynlighed ikke er blevet påført en skade i forbindelse med behandlingen på Behandlingssted 1 den 23. juni 2013 kl. 02.00 eller i forbindelse med behandlingen ved Behandlingssted 2, Region 1 den 23. juni 2013 kl. 05.31.

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 KEL, og at der derfor skal være et sikkert grundlag for at tilsidesætte afgørelsen.

Bevisbyrden for, at et sådant sikkert grundlag er til stede, påhviler **B**. Denne bevisbyrde har **B** ikke løftet.

Ad den erfarne specialiststandard:

Ankenævnet fandt, at behandlingen på Behandlingssted 1 den 23. juni 2013 kl. 02.00 ikke var i overensstemmelse med den erfarne specialiststandard efter KEL § 20, stk. 1, nr. 1, fordi **B** burde have været indlagt til observation som følge af hans symptomer på en forbigående blodprop i hjernen.

Ankenævnet fandt endvidere, at behandlingen ved Behandlingssted 2, Region 1 den 23. juni 2013 kl. 05.31 heller ikke var i overensstemmelse med den erfarne specialiststandard, fordi ambulancepersonalet skulle have taget kontakt til trombolysevagten på Behandlingssted 3.

Såfremt der var taget kontakt til trombolysevagten på Behandlingssted 3, havde det tidsmæssigt været muligt inden for det anerkendte tids-rum at give trombolysebehandling på dette tidspunkt, såfremt der var indikation herfor.

B er ikke påført en skade i klage- og erstatningslovens forstand

Ankenævnet lagde til grund, at **Bs** grundlidelse er dissektion (blødning i karvæggen - karspaltning) af højre halspulsåre på traumatisk grundlag, idet han var blevet påført et slag mod hovedet af en bom i forbindelse med et uheld med en kæntrende jolle den 22. juni 2013 om eftermiddagen.

Ankenævnet vurderede desuden, at grundlidelsen allerede var til stede ved første kontakt til Behandlingssted 1 den 23. juni 2013 kl. 02.00, og at dissektionen på dette tidspunkt var under udvikling, hvorfor der alene var forbigående symptomer.

Ankenævnet fandt endvidere, at den første CT skanning af hjernen den 23. juni 2013 kl. 06.45 viste stort infarkt i højre arteria cerebris forsyningsområde, hvilket betyder, at alle typer af blodfortyndende behandling, herunder trombolyse, var kontraindiceret, fordi risikoen for blødning i hjernen eller en forværring af blødningen i halspulsåren er meget stor.

CT skanningen viste også, at **B** havde et malignt media infarkt (hurtig og voldsom ødemudvikling i infarkt), hvor kun åben kranieoperation med trykaflastning kunne forhindre død, men ikke mindske de neurologiske følger efter en så stor hjerneblødning. Det er ikke forventeligt, at denne gruppe af patienter får gavnlig effekt af trombolyse, da skaden allerede er sket.

Hertil kommer, at CT-angiografien af hjernen den 23. juni 2013 kl. 11.00 viste komplet arteria cerebri media infarkt i højre hjernehalvdel, hvorfor trombektomi (kirurgisk fjernelse af blodprop) heller ikke ville have haft nogen effekt, fordi skaden allerede var indtrådt.

Uanset om **B** var blevet indlagt til observation på Behandlingssted 1, eller om ambulancepersonalet havde taget kontakt til trombolysevagten og kørt **B** direkte til *center* i By 2, fandt ankenævnet, at der ikke havde været indikation for behandling med trombolyse eller trombektomi, fordi skaden allerede var indtrådt.

Samlet fandt ankenævnet, at **B** ikke med overvejende sandsynlighed er påført en skade, jf. KEL § 19 stk. 1, og § 20, stk. 1, i forbindelse med behandlingen på Behandlingssted 1 eller Behandlingssted 2, Region 1.

Det forhold, at der ikke blev foretaget en CT-angiografi på et tidligere tidspunkt, eller at det er uafklaret, hvornår man ville have opdaget de

nye symptomer, der opstod senere på natten, hvis blevet indlagt var **B** til observation ved første kontakt til Behandlingssted 1, kan ikke føre til et ændret resultat.

B er dermed ikke påført en mérskade i forbindelse med behandlingen på Behandlingssted 1 eller Behandlingssted 2, Region 1.

Ankenævnets vurdering er understøttet af Retslægerådets besvarelse af bl.a. spørgsmål 4, 5, 8 og A.

Ved besvarelsen af spørgsmål 4 oplyser Retslægerådet, at den første CT-skanning viste tegn på et stort infarkt, og at den senere skanning viste, at infarktets størrelse var så stor, at trombolyselbehandling ville være kontraindiceret eller formentlig uden effekt.

Retslægerådet vurderer dernæst ved besvarelsen af spørgsmål 5, at også trombektomi, ville være uden væsentlig effekt og forbundet med risici. I forlængelse heraf oplyser Retslægerådet ved besvarelsen af spørgsmål 22, at en patient med en blodprop af den type og den placering, der var tale om, normalt ikke vil få tilbudt trombektomi.

Ved besvarelsen af spørgsmål 7 oplyser Retslægerådet, at trombolyselbehandling ville være indiceret ved en blodprop af den type og den placering, der var tale om, såfremt trombolysel kunne have været gennemført indenfor trombolyselvinduet. Besvarelsen af spørgsmål 7 er dog uden betydning, idet Retslægerådet ved besvarelsen af spørgsmål 8 vurderer, at trombolyselbehandling sandsynligvis ikke ville have haft nogen effekt på en blodprop af den type og den placering, der var tale om.

Ved besvarelsen af spørgsmål A, a) oplyser Retslægerådet, at **Bs**

følger efter apopleksien den 23. juni 2013 skyldes grundlidelser i form af dissektion (blødning i karvæggen - karspaltning af højre halspulsåre på traumatisk grundlag. I forlængelse heraf oplyser Retslægerådet (besvarelsen af spørgsmål A, b og c, at den manglende indlæggelse og observation på Behandlingssted 1 den 23. juni 2013 kl. 02.00 alene var hindrende for tidligt at erkende den forværring i tilstanden, der optrådte i tidsrummet fra klokken 03 til 05, og at der formentlig ikke ville være indikation for trombolyselbehandling, såfremt ambulancepersonalet efter kontakt til trombolyselvagten på Behandlingssted 3 havde kørt **B** direkte til *center* i By 2 den 23. juni 2013.

Der er desuden ingen af Retslægerådets øvrige besvarelser (1-3, 6 og 9-26), som giver grundlag for at antage, at **B** med overvejende sandsynlighed er påført en mérskade som følge af behandlingen på Behandlingssted 1 eller Behandlingssted 2, Region 1.

Der er ikke grundlag for bevislempelse

Bevislempelse i en sag som denne kræver efter praksis, eksempelvis U.2020.118H, både, at der 1) klart er begået en lægelig fejl, og at der 2) er tvivl om årsagssammenhængsvurderingen. Bevislempelse forudsætter med andre ord, at to – kumulative – betingelser er opfyldt. Det er **B**, som bærer bevisbyrden for, at betingelserne for bevislempelse er opfyldt.

Der er i denne sag – baseret på Retslægerådets svar på spørgsmål 4, 5 og A – ikke tvivl om årsagssammenhængsvurderingen, idet Retslægerådet eksplicit vurderer, at det på baggrund af sagens lægelige oplysninger ikke er sandsynligt, at man ville have iværksat trombolysebehandling eller trombektomi, hvis **B** var blevet indlagt til observation på Behandlingssted 1, eller hvis ambulancepersonalet havde kørt **B** direkte til *center* i By 2.

Ved besvarelsen af spørgsmål 8 vurderer Retslægerådet, at trombolysebehandling sandsynligvis ikke ville have haft nogen effekt på en blodprop af den type og den placering, der var tale om.

På baggrund af Retslægerådets besvarelser kan det således lægges til grund, at det må anses for usandsynligt, at behandlingen har forårsaget eller forværret de opståede skader.

Den anden betingelse, som skal være opfyldt, hvis der skal være grundlag for bevislempelse, er således ikke opfyldt.

Hertil kommer, at der heller ikke er grundlag for at fastslå, at der klart er begået en lægefaglig fejl.

Dette understøttes af Retslægerådets erklæringer.

I forhold til behandlingen på Behandlingssted 1 den 23. juni 2013 kl. 02.00 vurderer Retslægerådet ved besvarelserne af spørgsmål 1, at mistanken om, at det kunne have drejet sig om en blodprop, der var passeret, burde være opstået hos lægen, og at dette må betragtes som et lægeligt fejlskøn.

For så vidt angår behandlingen ved Behandlingssted 2, Region 1 den 23. juni 2013 kl. 05.31, er der heller ikke grundlag for at fastslå, at der klart er begået en lægefaglig fejl.

Det bemærkes for en god ordens skyld, at et fejlskøn ikke er ensbetydende med, at der er begået fejl i forbindelse med behandlingen. Tværtimod forudsættes det, at der er foretaget en adækvat undersøgelse, men at det først ud fra en senere erhvervet viden må fastslås, at man drog en konklusion, som ikke var den optimale i det konkrete tilfælde.

Selv hvis retten måtte være uenig heri og måtte finde, at der ved behandlingen af **B** klart er begået fejl, vil der ikke være grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse, idet der ikke er tvivl om årsagssammenhængsvurderingen.

B har i lyset af ovenstående bemærkninger ikke tilvejebragt et grundlag, endsige det fornødne sikre grundlag, for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse af 18. december 2015 ..."

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

Rettens begrundelse og resultat

Prøvelsesgrundlaget

Sagen angår anfægtelse af en forvaltningsakt, og rettens prøvelse er derfor begrænset til de spørgsmål, som er prøvet ved den anfægtede afgørelse. Spørgsmålet om vagtlægens telefoniske visitation kl. 01.38 blev ikke prøvet ved Patienterstatningens behandling af sagen, hvilket efter det oplyste har beroet på et mangelfuldt oplysningsgrundlag. Ved Ankenævnet for Patienterstatningens behandling af sagen indgik vagtlægens patientnotat af 23. juni 2013 i afgørelsesgrundlaget. Ankenævnet har i sin afgørelse fastslået, at **B** ikke findes at være påført en erstatningsberettigende skade i forbindelse med behandlingen på Behandlingssted 1 og Behandlingssted 2 Region 1 den 23. juni 2013 og frem. Retten må efter **As** forklaring og oplysningerne i vagtlægens patientnotat lægge til grund, at henvendelsen til vagtlægen fandt sted på Behandlingssted 1 med henblik på at få åbnet dørene til akutmodtagelsen. Retten finder på den baggrund, at visitationen tidsmæssigt og indholdsmæssigt var et nødvendigt led i behandling på akutmodtagelsen på Behandlingssted 1 den 23. juni 2013. På den baggrund finder retten efter en samlet vurdering, at også vagtlægens visitation den 23. juni 2013 indgår i rettens prøvelsesgrundlag, selv om forholdet ikke nævnes udtrykkeligt i ankenævnets begrundelse.

Bevisbyrde

Ankenævnet for Patienterstatningen har ved afgørelse meddelt den 18. december 2015 bestemt, at **B** ikke er berettiget til godtgørelse eller erstatning. Ankenævnet er sammensat således, at det besidder en særlig sagkundskab, ligesom nævnet i kraft af sin behandling af mange patientklagesager træffer sine afgørelser på et omfattende erfaringsgrundlag. For at tilsidesætte ankenævnets afgørelse i sagen, skal der derfor foreligge et sikkert grundlag, og bevisbyrden herfor påhviler **A**.

Som anført i Højesterets dom af 12. januar 2011 (U 2011.1019) kan kravene til bevis efter forarbejderne til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet i tvivlsomme tilfælde lempes, hvis der klart er begået en fejl, som er ansvarspådragende efter almindelige erstatningsretlige regler, og som kan have forårsaget skaden.

Retslægerådet er i spørgsmål 1, 3, 11, 13 og 16 spurgt om, hvorvidt der er begået lægelig fejl på Akutafdelingen på Behandlingssted 1, af ambulancepersonalet eller af vagtlægen. Retslægerådet har ikke svaret bekræftende på dette, men har i svarene på spørgsmål 1, 11 og 16 fastslået, at der er foretaget lægeligt fejlskøn i forbindelse med vurderinger foretaget af henholdsvis vagtlægen og på Akutafdelingen i Behandlingssted 1.

Retten lægger til grund, at Retslægerådet ved begrebet "lægeligt fejlskøn" mener, at lægen ud fra de foreliggende præmisser havde mulighed for at drage mere end én konklusion med deraf følgende mulighed for mere end én lægelig behandling, og hvor forløbet først senere viser, at den af lægen truffede beslutning ikke var den optimale i det konkrete tilfælde. I sådanne tilfælde har lægen ikke begået en faglig fejl, men hans handling har på den ene eller anden måde haft uheldig indflydelse på patientbehandlingens endelige resultat, jf. herved betænkning nr. 1196/1990 om Retslægerådet, side 138.

Retten finder efter en samlet vurdering af Retslægerådets udtalelser og de beviser, der i øvrigt foreligger i sagen, at der ikke er grundlag for at fastslå, at der klart er begået en fejl, som er ansvarspådragende efter almindelige erstatningsretlige regler, og som kan have forårsaget **Bs** skade. Der foreligger således ikke en fejl, som kan føre til, at kravene til bevis for årsagssammenhæng lempes. Der er heller ikke oplyst andre omstændigheder, som kan føre til en sådan bevislempelse.

Retten bevisvurdering

Retten finder, at der hverken ved Retslægerådets besvarelse af de i sagen stillede spørgsmål eller på anden måde er ført bevis for årsagssammenhæng mellem **Bs** skade på den ene side og på den anden side de handlinger, undladelser eller vurderinger, som den 23. juni 2013 fandt sted i forbindelse med

Bs behandling via vagtlæge kl. 01.37, på Behandlingssted 1's akutmodtagelse fra kl. ca. 02.00 og i forbindelse med Behandlingssted 2, Region 1, d. 23. juni fra kl. 05.31 (ambulance).

Retten tager derfor Ankenævnet for Patienterstatningens frifindelsespåstand til følge.

Sagsomkostninger

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift inklusive moms med 100.000 kr. Retten har lagt vægt på, at sagens forberedelse har været langvarig med to forelæggelser for Retslægerådet og adskillige omberømmelser af hovedforhandlingen.

THI KENDES FOR RET:

Sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, frifindes.

A skal til Ankenævnet for Patienterstatningen betale sagsomkostninger med 100.000 kr.

Beløbet skal betales inden 14 dage.

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 indlevere 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. 26-08-2021 kl. 12:00

Modtagere: Advokat (L) Aleksander Lind, Sagsøger **B** ,

Advokat (H) Thomas Stigaard Hansen, Retslægeråd Civilstyrelsen,

Sagsøgte Ankenævnet for Patienterstatningen