



Udskrift af dombogen

DOM

Afsagt den 8. februar 2018 i sag nr. BS C-2474/2011:

A (ikke momsregistreret)

A

A A

v/ advokat Jesper Rossau Jensen

(retshjælpsdækning)

mod

Ankenævnet for Patienterstatningen (ikke momsregistreret)

Finsensvej 15

2000 Frederiksberg

v/ advokat Inge Houe

Sagens baggrund og parternes påstande

Sagen vedrører spørgsmålet om, hvorvidt A er påført en patientskade i form af en blodprop i hjernen som følge af, at hun ikke modtog AK-behandling (blodfortyndende behandling) på B i perioden fra den 15. december 2008 og frem.

Sagsøgerens påstand er, at Patientskadeankenævnet (nu Ankenævnet for Patienterstatningen) skal anerkende, at A blev påført en erstatningsberettiget patientskade som følge af et behandlingsforløb på B i perioden fra den 15. december 2008 og frem.

Sagsøgte påstand er frifindelse.

Oplysningerne i sagen

Indledningsvist bemærkes, at tekst indsat i [] er rettens tilføjelser.

Det fremgår af journalnotat af 8. december 2008 fra A egen læge: "EKG m AF frekvens 123. konf card bagvagt X X har ikke point til marevan, da hun ikke har DM [sukkersyge], tidl stroke [blodprop] el hjerteinsuf. [hjertesvigt] foreslår magnyl 75-150 mg.

Af journalnotat fra ^B

fremgår:

” ...

15 12 08. endokrinologisk daghosp. afs. 427

65 årig kvinde henvist fra e.l. under diagnosen hypertyreose.
[forhøjet stofskifte]

...

Aktuelt:

Pt. har haft symptomer på forhøjet stofskifte gn. 4 mdr. i form af rysten på hænderne og i benene, vægttab på ca. 13 kg. Adspurgt har pt. også haft let hjertebanken.

Ingen nervøsitet, indre uro, koncentrationsbesvær, rastløshed, svedtendens el. muskelsmerter/træthed.

...

E.l. har desuden konstateret uregelmæssig hjerterytme, ang. atrieflimren og lidt forhøjet BS, tager sig af videre udredning for diabetes med glukosebelastningstest.

...

Medicin:

tbl. thycapzol 10 mg x 2 dgl.

tlb. propranolol 10 mg x 3 dgl.

hjertermagnyl

...

Objektivt:

...

St.c.: uregelmæssig aktion med puls deficit. Ingen hørbare mislyde.

...

Resume:

65 årig kvinde henvist fra e.l. under diagnosen hypertyreose.
[forhøjet stofskifte]

Pt. har gn. 4 mdr. haft symptomer på hypertyreose i form af rysten på hænderne og i benene. Hjertebanken og vægttab på 13 kg.

Desuden fået konstateret uregelmæssig hjerterytme, er af e.l. opstartet beh. med thycapzol og propranolol med god effekt.

...

Plan:

...

Rp EKG

Rp thyr.sc. og UL

...

Oplæg til klin.fys.:

...

Er opstartet med thycapzol og propranolol beh.

Endv. er konstateret uregelmæssig puls og atrieflimren.

...”

Ved brev af 21. juni 2011 fra^X vedlagt EKG fra 12. januar 2009 fremgår, at^A ifølge journalnotat af 15. december 2008 fik konstateret uregelmæssig puls og atrieflimren.

Af instruks for behandling af atrieflimren og atrieflagren fra^X Hjerte- Lungemedicinske Afdeling fremgår blandt andet:

”...

Behandling

Behandlingsstrategi

...

AFLI >2 døgn eller ukendt varighed kan vælges to forskellige behandlingsstrategier:

- Frekvensregulerende behandling plus behandling med vitamin K-antagonist / ASA [Marevan]
- Konverterende behandling mhp. at opretholde sinusrytme (rytmekontrol) efter forbehandling med vitamin K-antagonist og, om nødvendig, frekvensregulerende medicin. Hvis der ønskes hurtig konvertering, kan der udføres TEE mhp. udelukkelse af tromber i venstre atrium efterfulgt af elektrisk eller medikamentel konvertering med samtidig påbegyndelse af antitrombotisk behandling.
- ...

Antikoagulation

Det skønnes at AFLI er ætiologisk ansvarlig for ca. 25 % af alle apopleksier, som er den alvorligste komplikation og hovedårsagen til en øget overdødelighed ved atrieflimren.

Indikation

Man skal overveje AK-behandling med vitamin K-antagonister [Marevan] til alle patienter med permanent, persisterende og paroksysk atrieflimren ud fra en samlet vurdering af risiko for apopleksi/perifer emboli.

Tabel 1 kan anvendes som vejledning i valg af thromboembolisk profylakse. Det er vigtigt, at man estimerer patientens individuelle blødningsrisiko, at styringen af AK-behandlingen har høj kvalitet, og at patientens præference er klarlagt. Alt dette kræver en aldeles grundig patientinformation. Ved valg af ASA (Magnyl) anbefales 75 mg magnyl dagligt.

Tabel 1:

Risikofaktor	Point
Patientens points	
Tidligere cerebralt infarkt / TCI	2
Perifer emboli	2
Mistralstenose	2
Hjerteklapprotese	2
Hypertension	1
Klinisk hjertesvigt / LVEF $\geq$ 35 %	1
Diabetes mellitus	1
Koronarsygdom	1
Alder > 75 år	1

Anbefalet blodfortynding

Ingen points	ASA eller ingen behandling
1 point	ASA eller AK-behandling
2 eller flere points	AK-behandling

Hvis patienten har 0 eller 1 point i risiko-score anbefales det at inkludere lavrisiko-faktorer i vurderingen af den bedste thromboemboliske profylakse. Som lavrisiko-faktorer regnes

alder 65-74 år, kvindeligt køn og thyreotoksikose.

En række faktorer øger blødningsrisikoen ved AKB og må opfattes som relative eller absolutte kontraindikationer. Valg af antithrombotisk behandling foretages ud fra en individuel vægtning af risiko for thrombose / emboli versus blødningsrisiko (se venligst nedenstående tabel 2).

Tabel 2:

Blødningsrisiko ved AK-behandling af AF

Hændelse	Points
Tidligere blødning	2
Tidligere apopleksi	1
Ukontrolleret hypertension	1
Alder > 75 år	1
Anæmi	1
Alkoholisme	1
Tilstedeværende malign sygdom	1
Nedsat trombocytal	1
Svær lever- og nyresygdom	1
Udtalt risiko for faldtendens	1

Antallet af adderede points prædikerer flg. blødningsrisiko:

Basisrisiko på 1,9 % (hospitaliseringskrævende) blødninger per år, herefter for 1 point 2,5 %, 2 points 5,3 %, 3 points 8,4 %, 4 points 10,4 % og ≥ 5 points 12,3 %.

A blev den 16. januar 2009 indlagt på Z med henblik på trombolysebehandling 35 minutter efter symptomdebut. A blev overflyttet til Y samme dag efter trombolysebehandling uden effekt. Af journalnotatet fra Y fremgår, at A blev overflyttet med henblik på ”endovaskulær behandling af okklusion af hø.sidig a.carotis interna”.

Af journalnotat af 30. juli 2009 fra X lægefaglige direktør B fremgår, at A var blevet orienteret om, at hun kunne søge erstatning fra Patientforsikringen på grund af manglende AK-

behandling i forbindelse med hendes atrieflimren. Anmeldelsen blev udfyldt sammen med A og indsendt til Patientforsikringens med kopi af journalen. Af anmeldelsen, som er underskrevet af B den 12. august 2009, fremgår vedrørende skaden: ”Patienten udviklede atrieflimren i forbindelse med sin thyreotoksikose. Der er startet behandling af thyreotoksikosen, som også havde til formål at revertere atrieflimren. I den forbindelse blev patienten ikke sat i AK-behandling, hvilket sandsynligvis er medvirkende årsag til patientens cerebrovaskulære katastrofe, idet patienten udviklede et arterie cerebri media infarkt [blodprop i hjernen].

Patientforsikringen traf den 24. juni 2010 afgørelse om, at sagsøgeren ikke var berettiget til erstatning efter klage- og erstatningslovens § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1.

Patientskadeankenævnet stadfæstede den 21. marts 2011 Patientforsikringens afgørelse af 24. juni 2010. Af Patientskadeankenævnets afgørelse fremgår:

”...

I tilknytning til Deres bemærkning om, at der er evidens for at foretage en risikostratificering af patienter med påvist atrieflimren, skal nævnet bemærke, at atrieflimren giver en øget risiko for blodpropper i hjernen, og at risikoen herfor stiger ved tilstedeværelsen af visse andre risikofaktorer, herunder hjertesvigt, forhøjet blodtryk, alder sukkersyge og tidligere blodprop i hjernen (CHADS2-score). Imidlertid finder nævnet, at der ved undersøgelsen ikke var nogle af disse risikofaktorer til stede, hvorfor der dermed heller ikke var indikation for AK-behandling, da risikoen for blødning overstiger den forebyggende effekt af AK-behandlingen. I øvrigt bemærkes, at der for patienter med lav risiko for blodpropper anbefales let blodfortyndende behandling med lavdosis acetylsalicylsyre, hvilket A allerede var i behandling med ved undersøgelsen.

...”

Retslægerådet har under denne retssags forberedelse afgivet en række udtalelser, hvoraf blandt andet fremgår:

Spørgsmål 1:

Når det faktiske forløb tages i betragtning herunder det forhold, at A havde hypertyreose (forhøjet stofskifte)

*samt atrieflimren, ønskes det oplyst, om behandling på^X
fra den 15. december 2008 og frem var i
overensstemmelse med almindelig anerkendt lægelig standard.*

*Retslægerådet bedes herunder svare på, om man burde have
iværksat AK-behandling?*

Sagsøger blev 15.12.08 vurderet på ^X
endokrinologiske afdeling, efter at hun som 65-årig havde haft
symptomer i få måneder på tyreotoksikose og atrieflimren og af
den årsag var opstartet medicinsk behandling med Thycapzol,
Propranolol og Hjertemagnyl via egen læge. Tidligere havde
sagsøger været rask, ikke ryger og udsponeret til blodpropper
eller blødningstendens. Ved undersøgelsen i ^X fandt man
sagsøger upåvirket med atrieflimren, men dog med let overvægt,
BMI 26 efter et vægttab på 13 kilo på grund af tyreotoksikosen.
Man aftalte senere ambulant undersøgelse af skjoldbruskkirtlen
med jodscintigrafi og ultralydsundersøgelse, men i mellemtiden
blev sagsøger indlagt 16.01.09 kl. 12.20 på ^Z
med en stor blodprop i hjernen, hvor CT-scanning viste en
okklusion af højre hjernepulsårer. Sagsøger fik straks
blodpropopløsende medicin med trombolyse uden effekt, og blev
herefter overflyttet til ^Y kl. 14.50, hvor man foretog
kateterbaseret blodpropfjernelse (trombektomi og
ballonangioplastik), men ved afslutningen var hjernepulsåret
fortsat aflukket på højre side. CT-scanning 17.01.09 viste stort
og hævet område i hjernen svarende til forsyningsgebetet. Det
trykkede på det omgivende væv, og natten til 18. januar foretog
man en aflastende operation i form af kraniotomi. Efterfølgende
har genoptræningsforløbet været svært. Der foreligger ikke
oplysninger om aktuelle helbredsmæssige status.

Retslægerådets vurdering beror, udover det fremsendte
materiale, på Dansk Cardiologisk Selskabs kliniske rapport om
antitrombotisk behandling ved kardiovaskulære sygdomme
(trombokardiologi) udgivet i 2007 og således tilgængelig på det
tidspunkt, hvor sagsøgers sygdom indtraf. I lighed med tidligere
anvendte guidelines og behandlingsinstrukser fremgår heraf, at
atrieflimren giver øget risiko for blodpropper i hjernen, og at
risikoen herfor stiger ved tilstedeværelse af visse andre
risikofaktorer, som sædvanligvis vurderes ved den såkaldt
CHADS2-score, hvor der gives point for henholdsvis congestive
heart failure (hjertesvigt), hypertension (forhøjet blodtryk), alder
> 75 år og diabetes mellitus (sukkersyge) samt 2 points for
tidligere stroke (blodprop i hjernen). Såfremt den samlede
CHADS2-score er 2 eller derover, er der generelt enighed om, at
gevinsten i form af reduceret risiko for blodprop i hjernen ved at
give blodfortyndende behandling med AK-behandling som

Marevan og Marcoumar overstiger risikoen for, at AK-behandlingen medfører livstruende blødning. Tyretoksikose [forhøjet stofskifte] indgår således ikke som betydende risikofaktor i CHADS2-scoren. I Dansk Cardiologisk Selskabs Kliniske rapport fremgår på side 30, 2. spalte midtfor, at tyretoksikose kan betragtes som risikofaktor, men at den er at betragte som en svag eller mindre valideret risikofaktor sammen med køn (kvinde), alder 64-75 år og iskæmisk hjertesygdom. Denne anbefaling er baseret på ACC/AHA/ESC 2006 guidelines, som indgår i sagsmaterialet som bilag 16.

Eftersom sagsøger ikke havde andre af de anførte risikofaktorer er besvarelsen af spørgsmålet, at behandlingen på X

15.12.08 var i overensstemmelse med almindelig anerkendte lægelig standard, og at man på baggrund af en CHADS2-score (0)-højest 1 score (på grund af alder og thyretoksikose [forhøjet stofskifte]) ikke burde have iværksat AK-behandling med Marevan, men, som det var tilfældet, bibeholdt behandling med Hjertemagnyl, som var iværksat af egen læge.

Spørgsmål 3:

Må det antages, at A kunne have undgået blodprop i hjernen, såfremt hun den 15. december 2008 havde fået AK-behandling? I så fald, med hvilken grad af sandsynlighed må dette antages?

Spørgsmålet kan ikke besvares éntydigt, idet det faktuelle forløb taler for at have iværksat AK-behandling, men i forhold til de risici, der måtte være ved blødningsrisiko ved instituering af en sådan behandling, skønnes der i henhold til almindeligt anerkendte guidelines ikke at være den fornødne balance, således at der kan opnås gevinst herved.

Spørgsmål D:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvilke risici der er forbundet med AK-behandling.

Risikoen ved AK-behandling med Marevan er øget blødningstendens, og denne skal på ethvert tidspunkt opvejes imod en eventuel gevinst ved iværksættelse af behandling. På sygdomstidspunktet er der ikke angivet øvet blødningstendens hos sagsøger, men i forhold til anerkendte behandlingsstandarder

vurderes atrieflimren med en CHADS2-score på (0) - højst 1 ikke at bidrage til væsentlig gevinst ved AK-behandling i forhold til risiko for blødning af fatal karakter, så som hjerneblødning og blødning fra mavetarmkanal.

Spørgsmål E:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om^A blodprop i hjernen og følgerne herefter mest sandsynligt er en følge af

- a) *Behandlingen på^X fra den 15. december 2008 og frem.*
- b) *Hendes grundlidelse*
- c) *Andre, evt. uoplyste forhold.*

Retslægerådet anmodes om at begrunde svaret.

Sagsøgers blodprop i hjernen og følgerne herefter er mest sandsynlig en følge af sagsøgers grundlidelse.

Det skal i den forbindelse anføres, at anbefaling om terapeutisk eller profylaktisk antitrombotisk behandling – som al anden medicinsk behandling – i videst muligt omfang må hvile på et sikkert videnskabeligt grundlag med dokumentation af effekt og bivirkninger, udtryk ved gevinst/risikoratio ved en given behandling, og at denne ratio understøttes af et evidensniveau. Ved antitrombotisk behandling er der ikke – på grund af de kliniske indikationsområders mangfoldighed – solid evidens for alle anvendelsesområder, og en pragmatisk holdning til indikationen er ofte nødvendig. I tilfældet atrieflimren og tyreotoksikose findes ingen randomiserede undersøgelser, og derfor må behandling iværksættes på baggrund af skøn. I tilfældet atrieflimren og tyreotoksikose uden andre risikofaktorer, som indgår i CHADS2-scoren, er anbefalingen i Dansk Cardiologisk Selskabs kliniske vejledning fra 2007 entydige, idet tyreotoksikose indgår som en svag risikofaktor, og selvom det faktuelle forløb har vist, at denne behandling måske har været utilstrækkelig, så kan man på baggrund af kliniske retningslinjer ikke karakterisere behandlingen som andet end i overensstemmelse med anerkendt faglig standard.

Spørgsmål 10:

Retslægerådet bedes oplyse, om der ved undersøgelsen/udredningen den 15. december 2008, jf. journalen, bilag 1,

kontinuationerne nr. 1 og nr. 2, eller senere ift. ^A forelå blødningsrisiko ved AK-behandling og i bekræftende fald oplyse, hvilke blødningsrisici der var?

Der foreligger ikke i journalnotat fra den 15.12.08 oplysninger, som kunne indikere en øget blødningsrisiko ved antikoagulationsbehandling med Marevan.

Spørgsmål 26:

Retslægerådet svarer blandt andet følgende på spørgsmål 17:

”Med nutidens viden vil en del kardiologer formentlig have iværksat AK-behandling, ...”

Og på spørgsmål 10 svarer Retslægerådet følgende:

”Der foreligger ikke i journalnotat fra den 15.12.08 oplysninger, som kunne indikere en øget blødningsrisiko ved antikoagulationsbehandling med Marevan”.

Retslægerådet bedes oplyse, om årsagen til, at en del kardiologer med nutidens viden ville have iværksat AK-behandling skyldes, at blødningsrisikoen for ^A, jf. Retslægerådets svar på Spørgsmål 10 er ens eller marginal forskellig i forhold til behandling med Magnyl, sammenholdt med AK-behandling med Marevan?

...

Blødningsrisikoen anses generelt for at være højere ved AK-behandling end ved magnylbehandling. Når man med nutidens viden oftere anvender AK-behandling, skyldes det dels, at man nu hyppigere foretager en specifik blødningsrisikovurdering, samt at der er tilkommet alternative AK-behandlingsformer med såkaldte new oral anticoagulants (NOAC), som ikke kræver blodprøvekontrol for at sikre, at AK-behandlingen er i terapeutisk niveau. Disse nye stoffer var ikke tilgængelige i 2008-2009. De nye stoffer er mere effektive end hjertemagnylbehandling med henblik på at undgå blodproppdannelse i forbindelse med atrieflimren og indebærer samtidig en lidt lavere risiko for blødningstendens end hjertemagnylbehandling.

Spørgsmål 27:

Retslægerådet bedes oplyse, om det i december 2008/januar 2009 var muligt at foretage en specifik blødningsrisikovurdering for^A

Det var muligt at foretage en generel blødningsrisikovurdering. Det var en sådan, der i praksis anvendtes, og som senere, men ikke i 2008, er blevet formaliseret ved hjælp af HAS-BLED score.

...

Spørgsmål 29:

Retslægerådet bedes oplyse, om det ved en igangsat AK-behandling med Marevan for^A i december 2008/januar 2009 var muligt at foretage blodprøvekontrol for at sikre, at AK-behandlingen var i terapeutisk niveau?

Ja.

Spørgsmål 30:

Retslægerådet bedes oplyse, om der ved en specifik blødningsrisikovurdering, foretaget for^A i december 2008/januar 2009, hvor det forudsættes ved spørgsmålets besvarelse, at den specifikke blødningsrisikovurdering ikke viste blødningsrisiko for^A, og ved en efterfølgende igangsat AK-behandling med Marevan, hvor der under AK-behandlingen blev foretaget blodprøvekontrol for at sikre, at AK-behandlingen var i terapeutisk niveau, forelå en risiko for alvorlig blødning hos^A

...

Risikoen ville i så fald være forøget, som svarende til, hvad man ser ved AK-behandling, og som på tidspunktet for sagsøgers sygdom lå på 2,0 – 2,4 % per år.

Spørgsmål 31:

Retslægerådet bedes oplyse, om en eventuel risiko for alvorlig blødning ved igangsat AK-behandling hos^A i december 2008/januar 2009 efter forudgående foretaget specifik

blødningsrisikovurdering og ved blodprøvekontrol ved igangsat AK-behandling for at sikre, at AK-behandlingen var i terapeutisk niveau, ville være højere end risikoen for alvorlig blødning ved magnylbehandling?

...

Ja, jævnfør besvarelsen af spørgsmål 30 estimeredes blødningsrisiko ved Magnylbehandling på behandlingstidspunktet ved Magnyl til 1,3 % per år.

Spørgsmål 32:

Såfremt Retslægerådet svarer bekræftende på spørgsmål 31, bedes Retslægerådet – enten ved almindelig prosa eller alternativt ved angivelse i procent – angive, hvor meget højere risikoen ville være for alvorlig blødning – AK-behandling sammenholdt med magnylbehandling?

...

AK-behandling 2,2 % versus 1,3 % per år ved Magnyl.

Spørgsmål 36:

Indledning til spørgsmål 36:

I svaret på spørgsmål 26 anfører retslægerådet blandt andet:

”Blødningsrisikoen anses generelt for at være højere ved AK-behandling end ved magnylbehandling. Når man med nutidens viden oftere anvender AK-behandling, skyldtes det dels, at man nu hyppigere foretager en specifik blødningsrisikovurdering, samt at der er tilkommet alternative AK-behandlingsformer med såkaldte new oral anticoagulents (NOAC), som ikke kræver blodprøvekontrol for at sikre, at AK-behandlingen er i terapeutisk niveau.”

Spørgsmålsaffatteren til nedennævnte spørgsmål 36 forstår ovennævnte således, at en foretagen specifik blødningsrisikovurdering og udført blodprøvekontrol ved igangsat AK-behandling for at sikre, at AK-behandlingen er i terapeutisk niveau, mindsker risikoen for alvorlig blødning ift. hvis der ikke var foretaget specifik blødningsrisikovurdering og ift. der ikke blev udført blodprøvekontrol ved igangsat AK-behandling for at sikre at AK-behandlingen er i terapeutisk niveau.

Retslægerådet bedes angive risikoen for alvorlig blødning hos ^A i tilfældet hvor der ikke var foretaget specifik blødningsrisikovurdering og ej heller udført blodprøvekontrol ved igangsat AK-behandling for at sikre AK-behandlingen er i terapeutisk niveau (forudsætning 1) og herefter bedes Retslægerådet angive risikoen for alvorlig blødning hos ^A i tilfældet hvor der blev foretaget blødningsrisikovurdering samt udført blodprøvekontrol ved igangsat AK-behandling for at sikre AK-behandlingen er i terapeutisk niveau (forudsætning 2).

Spørgsmålet er fortsat ikke relevant, eftersom der som tidligere anført ikke var indikation for at iværksætte AK-behandling.

Spørgsmål 37:

For det tilfælde at Retslægerådet besvarer at risikoen for alvorlig blødning for ^A er ens ved forudsætning 1 og 2, jf. spørgsmål 36, bedes Retslægerådet oplyse hensigten med at foretage specifik blødningsrisikovurdering og udføre blodprøvekontrol ved igangsat AK-behandling for at sikre, at AK-behandlingen er i terapeutisk niveau, hvis dette ikke mindsker risikoen for alvorlig blødning ift. at der ikke foretages specifik blødningsrisikovurdering og udføres blodprøvekontrol ved igangsat AK-behandling for at sikre at AK-behandlingen er i terapeutisk niveau?

Spørgsmålet er af begrænset relevans, eftersom der ikke var indikation for at iværksætte AK-behandling, men såfremt en sådan iværksættes, foretages blødningsrisikovurderingen ved måling af INR (blodprøvekontrol) for at sikre, at medicindosis er i relevant terapeutisk og sikkert niveau i forhold til at balancere mellem forhindring af blodproppdannelse og øget blødningsrisiko. Det er således en metode, hvormed man monitorerer terapeutisk interval, når behandling er iværksat, og forud for at behandlingen iværksættes kontrolleres INR-værdien, for at have et udgangspunkt. Det er således ikke af relevans for den pågældende patient.

Parternes synspunkter

Sagsøgeren har gjort gældende,

at der i nærværende sag foreligger en patientskade efter KEL § 20, stk. 1, nr. 3, idet sagsøgers skade ud fra en efterfølgende vurdering kunne være undgået ved hjælp af en anden til rådighed stående behandlingsteknik eller behandlingsmetode, som ud fra et medicinsk synspunkt ville have været lige så effektiv til behandling af patientens sygdom,

at såfremt sagsøgeren var blevet behandlet med AK-behandling med Marevan, ville dette have bevirket, at sagsøgeren overvejende sandsynligt ville have undgået at pådrage sig en blodprop, og at KEL § 20, stk. 1, nr. 3, således er opfyldt.

at AK-behandling med Marevan var at betragte som ligeværdig med den faktiske behandling, som sagsøgeren modtog, og i den forbindelse gøres det gældende, at blødningsrisiko konkret ikke var højere ved AK-behandling med Marevan set over for magnylbehandling i et omfang, så der ikke var tale om ligeværdig behandling,

at allerede fordi der ikke forelå oplysninger, som kunne indikere en øget blødningsrisiko ved AK-behandling med Marevan, jf. Retslægerådets svar på spørgsmål 10, var AK-behandling med Marevan at betragte som ligeværdig med den faktiske behandling, som sagsøgeren modtog,

at der herudover henvises til Retslægerådets svar på spørgsmål 17, hvor det blandt andet anføres, at en del kardiologer formentlig med nutidens viden ville have iværksat AK-behandling,

at det fremgår af Retslægerådets svar på spørgsmål 26, 29 og 37 samt svaret på spørgsmål 17, at tilgængelig behandling i december 2008/januar 2009 i form af AK-behandling med foretaget blødningsrisikovurdering og blodprøvekontrol ikke indebar større risiko for blødning end den faktiske foretagne behandling med magnyl, idet foretaget blodprøvekontrol ifølge Retslægerådet ville forhindre øget blødningsrisiko,

at nærmere præcisering af blødningsrisikoen kunne være afklaret ved en faktisk og konkret besvarelse af spørgsmål 36. Uden faktisk og konkret besvarelse af spørgsmål 36, må der nødvendigvis henvises til besvarelsen af spørgsmål 37, hvor Retslægerådet anfører, at blodprøvekontrol ville forhindre øget blødningsrisiko, og

at der endvidere henvises til ”Information om antikoagulationsbehandling ved atrieflimren”, side 4, hvor følgende anføres:

”I Danmark behandles omkring 9 % af patienter med atrieflimren med acetylsalicylsyre (Hjertemagnyl, Hjerdyll, Magnyl) som eneste profylakse mod tromboemboliske komplikationer. Imidlertid er denne anvendelse ikke længere rekommanderet i nationale og internationale vejledninger. Dette skyldes, at nyere studier samt reanalyser af ældre studier har vist, at acetylsalicylsyre ikke nedsætter risikoen for iskæmisk apopleksi væsentligt mens risikoen for alvorlig blødning øges i næsten

samme omfang som ved behandling med Warfarin (Marevan).”

Henset til ovennævnte gøres det gældende, at risikoen for blødning generelt er ens ved AK-behandling med Marevan sat over for den faktiske behandling med Magnyl, og at AK-behandling med Marevan herudover har en afgørende virkning til forhindre blodpropper sat over for behandling med Magnyl.

Sagsøgte har gjort gældende,

at bevisbyrden påhviler sagsøgeren, og at denne ikke har tilvejebragt grundlag, endsige fornødent sikkert grundlag, for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets afgørelse af 21. marts 2011.

at der efter KEL § 20, stk. 1, nr. 3, ydes erstatning, hvis en skade ud fra en efterfølgende vurdering kunne være undgået ved hjælp af en anden til rådighed stående behandlingsteknik eller behandlingsmetode, som ud fra et medicinsk synspunkt ville have været lige så effektiv til behandling af patientens sygdom,

at kravet om ligeværdighed mellem den faktisk valgte behandlingsteknik eller metode og den alternative teknik/metode skal vurderes ud fra medicinsk videnskab og erfaring på behandlingstidspunktet. I vurderingen indgår blandt andet forholdet mellem risikoen for komplikationer ved de to behandlingsformer. I forhold til at teknikken eller metoden skulle være til rådighed, er det afgørende, om lægen i behandlingssituationen stod over for et valg, idet han – bedømt ud fra specialistmålestokken i overensstemmelse med reglen i § 20, stk. 1, nr. 1 - lige så godt kunne have valgt en anden behandlingsmåde.

at sagsøgeren ikke har dokumenteret, at der er grundlag for at anerkende en patientskade i medfør af KEL § 20, stk. 1, nr. 3. AK-behandling med Marevan var ikke et ligeværdigt til rådighed stående alternativ til den iværksatte behandling med Magnyl,

at iværksættelse af AK-behandling på skadestidspunktet forudsatte en forhøjet risiko for blodpropper. Var denne forhøjede risiko, som i sagsøgeren tilfælde, ikke til stede, afstod man fra AK-behandling på grund af forhøjet blødningsrisiko, jf. Retslægerådets svar på spørgsmål 1, 3, 9, 26 og D,

at den forhøjede blødningsrisiko derfor indebærer, at behandlingen ikke ville have været ligeværdig,

at den forhøjede risiko ved iværksættelse af AK-behandling fremfor Magnyl fremgår af Retslægerådets svar på spørgsmål 32. Heraf fremgår, at den faktisk iværksatte magnylbehandling indebærer en forhøjelse af blødningsrisikoen til 1,3 % pr. år, mens iværksættelse af AK-behandling ville have indebåret en forhøjelse på 2,2 %. Risikoen ved AK-behandling var

således væsentligt højere end risikoen ved behandling med Magnyl,

at det ikke ændrer herved, om der kunne være foretaget specifik blødningsrisikovurdering. Den af Retslægerådet anførte risikoprocent er netop under forudsætning af, at der blev foretaget specifik blødningsrisikovurdering, jf. svaret på spørgsmål 30, og

at AK-behandling ikke var en til rådighed stående ligeværdig behandlingsmetode fremgår videre af Retslægerådets gentagne svar om, at AK-behandling ikke var indikeret. Retslægerådets svar på spørgsmål 27 og 34-37. Man kunne således netop ikke have valgt AK-behandling i stedet for Magnyl, da behandlingen ikke var indikeret i henhold til dagældende retningslinjer.

Rettens begrundelse og afgørelse

§ 20, stk. 1, nr. 3, i lov om klage- og erstatningsadgang for sundhedsvæsenet

Af § 20, stk. 1, nr. 3, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet fremgår, at der kan ydes erstatning, hvis en skade ud fra en efterfølgende vurdering kunne være undgået ved hjælp af en anden til rådighed stående behandlingsmetode, som ud fra et medicinsk synspunkt ville have været lige så effektiv til behandling af patientens sygdom.

Spørgsmålet i denne sag er, om ^A blodprop i hjernen kunne være undgået, hvis hun i stedet for Magnylbehandling var sat i AK-behandling med Marevan, og om en sådan behandling ud fra et medicinsk synspunkt ville have været lige så effektiv til behandlingen af hende.

Af forarbejderne til lovbestemmelsen i § 20, stk. 1, nr. 3, fremgår, at det er en betingelse for erstatning, at den anden behandlingsmetode kan betragtes som ligeværdig med den valgte metode, dvs. at den ud fra en medicinsk vurdering måtte antages at ville have været mindst lige så effektiv til behandling af ^A sygdom som den faktisk valgte metode. Vurderingen heraf baseres på den medicinske videnskab og erfaring på behandlingstidspunktet. Målestokken er den erfarne specialists vurdering. Således kan behandlingsmetoder kun anses for ligeværdige alternativer, hvis en erfaren specialist ville have fundet, at der var reel valgmulighed mellem de alternative metoder. Der kan ikke ydes erstatning i tilfælde, hvor lægen med rette afstod fra at anvende en anden metode, fordi den erfaringsmæssigt ville være mindre effektiv til behandling af patientens sygdom, selv om det – med efterfølgende kendskab til den faktisk indtrufne skade – kan siges, at valg af den anden metode ville have været bedre for patienten. Endvidere er det en betingelse, at det med den viden om behandlingsforløbet, som

foreligger nu, kan konstateres, at skaden med overvejende sandsynlighed ville være undgået, hvis man i stedet havde anvendt en anden – ligeværdig – behandlingsmetode. Bestemmelsen anvendes meget lidt i praksis, idet det er yderst sjældent, at to metoder kan siges at være ligeværdige. Metoder, der umiddelbart kan fremstå som lige gode eller effektive, viser sig ofte i det konkrete tilfælde ikke at være ligeværdige alternativer. Meget ofte må det ud fra en lægefaglig vurdering lægges til grund, at én metode for lige netop den pågældende patient er bedre end de øvrige metoder.

Retslægerådets udtalelser

Af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1, D, E og 32 fremgår, at det er Retslægerådets vurdering, at A blodprop i hjernen og følgerne herefter mest sandsynligt er en følge af hendes grundlidelse. Behandlingen af A på X den 15. december 2008 var i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægelig standard, og man burde ikke have iværksat AK-behandling med Marevan, men - som det var tilfældet - bibeholdt behandling med Hjertemagnyl, som var iværksat af egen læge. Risikoen ved AK-behandling med Marevan er en øget blødningstendens, og dette skal på ethvert tidspunkt opvejes imod en eventuel gevinst ved iværksættelse af behandling. Risikoen for alvorlig blødning pr. år er 2,2 % ved AK-behandling mod 1,3 % ved Magnylbehandling. På sygdomstidspunktet er der ikke angivet øget blødningstendens hos A, men i forhold til anerkendte behandlingsstandarder vurderedes atrieflimren med den konkret foretagne CHADS2-score ikke at ville have bidraget til væsentlig gevinst ved AK-behandling i forhold til risikoen for blødning af fatal karakter, så som hjerneblødning og blødning fra mavetarmkanal. Iværksættelse af behandling sker på baggrund af et skøn. I tilfældet med atrieflimren og tyreotoksikose uden andre risikofaktorer, som indgår i CHADS2-scoren, var Dansk Cardiologisk Selskabs kliniske vejledning fra 2007 entydig, og selvom det faktuelle forløb har vist, at denne behandling måske har været utilstrækkelig, så kan man på baggrund af de kliniske retningslinjer ikke karakterisere behandlingen som andet end i overensstemmelse med anerkendt faglig standard.

Sammenfatning

Efter det ovenfor anførte finder retten, at AK-behandling med Marevan ikke var ligeværdig i forhold til den konkret iværksatte behandling med Hjertemagnyl, idet behandlingen af A dels var i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægelige standarder på behandlingstidspunktet, dels var noget mindre risikofyldt i forhold til alvorlige blødninger af fatal karakter. Betingelserne for at yde erstatning efter § 20, stk. 1, nr. 3, i lov om klage- og erstatningsadgang

inden for sundhedsvæsenet, er derfor ikke opfyldt, hvorfor sagsøgte frifindes.

Sagsøgeren skal i sagsomkostninger til sagsøgte betale 60.000 kr. + moms. Beløbet dækker udgiften til advokatbistand. Retten har ved omkostningsfastsættelsen lagt vægt på udfaldet samt forløbet af sagen, som er anlagt i 2011, herunder de mange forelæggelser for Retslægerådet. Der henvises til retsplejelovens § 312, stk. 1.

Thi kendes for ret:

Sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen (tidligere Patientskadeankenævnet), frifindes.

Inden 14 dage skal sagsøgeren i sagsomkostninger til sagsøgte betale 75.000 kr.

Sagsomkostningerne forrentes efter rentelovens § 8 a.

Jette-Marie Sonne

Dommer

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Retten på Frederiksberg, den 8. februar 2018.

Belinda Klüver Christensen, Kontorfuldmægtig