



Udskrift af dombogen

DOM

Afsagt den 23. februar 2017 i sag nr. BS 15-1912/2013:

A

mod
Ankenævnet for Patienterstatningen
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg

Sagens baggrund og parternes påstande

Sagen, der er anlagt den 10. december 2013, vedrører spørgsmålet om, hvorvidt sagsøgerens skade, nedsat syn på venstre øje, er en erstatningsberettiget skade i henhold til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 20, stk. 1, nr. 1, som følge af den behandling, der blev foretaget af sygehuset de første dage af sagsøgerens sygdom.

Sagsøgte, A har nedlagt påstand om, at sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, tilpligtes at anerkende, at A ved behandlingen på B fra indlæggelsen den 21. januar 2011 og frem er blevet påført en erstatningsberettiget skade omfattet af Lov om klage- og erstatningsadgang m.v., jf. § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1.

Ankenævnet for Patienterstatningen har påstået frifindelse.

Oplysningerne i sagen

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

Patientforsikringen traf den 26. september 2012 afgørelse om, at A's skade i form af væsentligt nedsat syn på venstre øje som følge af forsinket behandling af arteritis temporalis var en skade omfattet af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 20, stk. 1, nr. 1, fastsatte en méngrad på 80 % og udmålte godtgørelsen for varigt mén til 524.892 kr. Godtgørelsen blev efterfølgende udbetalt til A.

Patientforsikringens afgørelse blev af en læge på B indbragt for Patientskadeankenævnet (nu Ankenævnet for Patienterstatningen).

Det fremgår af Patientskadeankenævnets afgørelse af 13. juni 2013 blandt andet:

"

Afgørelse:

Patientforsikringens afgørelse af 26. september 2012 ændres, således at **A** ikke findes, at være påført en efter klage- og erstatningslovens erstatningsberettigende skade.

...

Begrundelse og resultat

Det er Patientskadeankenævnets vurdering, at **A** ikke med overvejende sandsynlighed er påført en erstatningsberettigende skade ved behandlingen på **B** den 21. januar 2011 og frem, jf. klage- og erstatningslovens § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1.

Det er en betingelse for at yde erstatning efter lov om patientforsikring, at en skade med overvejende sandsynlighed kan tilskrives behandlingen.

Det er Patientskadeankenævnet vurdering, at behandlingen på **B** den 21. januar 2011 og frem ikke har været i overensstemmelse med erfaren specialiststandard. Nævnet har lagt vægt på, at man ifølge den erfarne specialists standard burde have iværksat behandling med Prednisolon den 21. januar 2011, på grund af mistanke om arteritis temporalis, idet **A** havde synsnedsættelse samt forhøjet sænkingsreaktion. Dette gælder uanset om der kunne være en anden årsag til sænkingsforhøjelsen.

Nævnet finder imidlertid, at en eventuel tidligere iværksat behandling med Prednisolon med overvejende sandsynlighed ikke ville have ændret forløbets udfald. Nævnet har lagt vægt på, at Prednisolonbehandling ved multipel sclerose gives, fordi den afkorter perioden med symptomer, men at en sådan behandling ikke ændrer på langtidsdiagnosen.

Nævnet finder, at **A** nedsatte syn med overvejende sandsynlighed skyldes synsnervebetændelse i begge synsnerver. Nævnet finder videre, at **A** har multipel sclerose (MS), og at synsnervebetændelse var symptomdebut herpå.

På denne baggrund er det nævnets vurdering, at udfaldet ikke med overvejende sandsynlighed ville have været anderledes med nogen anden tilgængelig behandling inklusiv Prednisolonbehandling eller anden binyrebarkhormonbehandling fra første symptomdebut, idet **A's** synsnedsættelse, findes at være en følge af hans grundlidelse i form af synsnervebetændelse som følge af sygdommen multipel sclerose (MS).

Patientforsikringens afgørelse af 26. september 2012 ændres derfor således,

at **A** ikke kan anses for påført en erstatningsberettigende patient-skade. Han er derfor ikke berettiget til godtgørelse eller erstatning."

Der er i sagen indhentet to udtalelser fra Retslægerådet.

Af udtalelse af den 3. juni 2015 fra Retslægerådet fremgår blandt andet:

"Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes oplyse, hvilke varige og/eller forbigående lidelser/gener, der kan konstateres hos sagsøger fra den 21. januar 2011 og frem.

Såfremt det er muligt, bedes Retslægerådet angive en diagnose/diagnoser.

Fra omkring 05.01.11 havde sagsøger haft feber og diaré og var blevet behandlet med antibiotika i to omgange.

Sagsøger vågnede den 21.01.11 med ophævet syn på højre øje. På skadestuen i **B** blev han henvist til øjenambulatoriet, hvor en øjenlæge konstaterede det stærkt nedsatte syn på højre øje. Der blev ikke fundet indikation for behandling med prednisolon. 22.01.11 begyndte synet på venstre øje at aftage, og sagsøger henvendte sig klokken 21.00 til øjenambulatoriet, hvor han blev undersøgt, men man fandt ikke grundlag for at starte behandling. Seks timer senere, 23.01.11, klokken 03.00, henvendte sagsøger sig igen på øjenambulatoriet, hvor der fandtes manglende lyssans på højre øje og stærkt nedsat syn på venstre. Der blev ordineret tablet prednisolon 100 mg. Behandlingen ændredes til methylprednisolon 1.000 mg intravenøst den 24.01.11. Røntgenundersøgelse af lunger 24.01.11 viste et lille infiltrat i pulm.sin (lungebetændelse). 27.01.11 blev sagsøger overflyttet til neurologisk afdeling, **C** Der skete en beskeden bedring af synet under behandling med blandt andet plasmaudskiftning. Synet er dog forblevet stærkt nedsat, var således 1/60 på højre øje og 3/60 på venstre i 2014.

Initialt var der forhøjet sænkning og CRP. I spinalvæsken var der 19 hvide blodlegemer (let forhøjet). IgG index var forhøjet, men der var ikke oligoklonale bånd. En prøve for neuromyelitis optica var ikke positiv.

Visuel evokerede potentialer (VEP) viste svær læsion af synsbaner retrobulært (bag øjnene).

MR-scanning af hjerne og rygmarv 24.01.11 viste små spredte hvide substans læsioner. MR-scanning af orbitae (øjnehuler) 29.01.11 viste ødem af øjennerverne og opladning efter kontrast (bilag 18, side 124).

Biopsi af arteria temporalis var normal.

Undersøgelse for mycoplasma pneumoniae antistof 27.01.11 var positiv

(bilag 18, side 154).

På C's skleroseklinik blev sagsøger behandlet på mistanke om multiple sclerose lignende sygdom. Imidlertid blev det 24.10.13 konkluderet, at sagsøgers sygdomsbillede ikke opfyldte McDonald-kriterierne for multiple sclerose. Alligevel fastholdt man på en fælles konference 12.11.14 multiple sclerose diagnosen multipel sklerose. Klinisk har der ikke været spredning af symptomer i tid og sted, hvorfor Retslægerådet ikke vurderer multiple sclerose diagnosen fastlagt.

Bilateral opticus neuritis i forbindelse med mycoplasma pneumoniae infektion er beskrevet i flere videnskabelige publikationer. Da sagsøgers blodprøve for antistof mod mycoplasma pneumoniae var positiv (bilag 18, side 154), og han havde et lungeinfiltrat, er det muligt at mycoplasma pneumoniae infektion var årsagen til synsnedsettelsen. Sagsøgers varige lidelse er følger efter dobbeltsidig synsnervebeskadigelse.

Spørgsmål 2:

Retslægerådet bedes oplyse, om der er retningslinjer for behandling af de i spørgsmål 1 nævnte lidelser/gener/symptomer.

Såfremt der er særlige retningslinjer for behandlingen af de pågældende lidelser/gener/symptomer bedes Retslægerådet redegøre nærmere herfor.

Der findes ikke retningslinjer for behandling af opticus neuritis af ukendt årsag.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet bedes oplyse, om A's nuværende lidelser/gener helt eller delvist er forårsaget af manglende rettidig behandling/indgreb/medicinering mv.

Herunder bedes Retslægerådet oplyse, om tidligere iværksat behandling med f.eks. Prednisolon eller andet medicament med overvejende sandsynlighed ville have ændret sagsøgers forløb og helt eller delvist og om en tidligere iværksat behandling ville have helt eller delvist begrænset omfanget af sagsøgers nuværende gener/lidelser.

Spørgsmål 4:

Retslægerådet bedes redegøre nærmere for, hvorledes man kunne/burde have sikret, at sagsøgers sygdom ikke udvikle sig/blev forværret.

Ad spørgsmål 3 og 4:

Med antagelsen af, at sygdommen skyldtes en autoimmun reaktion sekundær til en infektion, er der en mulighed for, at tidligere prednisolonbehandling kunne have forbedret forløbet på venstre øje. Der foreligger ikke nogen evidens for gavnlig effekt af prednisolonbehandling.

Spørgsmål 5:

*Skønner Retslægerådet, at **A** med rettidig og optimal behandling med overvejende sandsynlighed at ville have kunnet bevare synet helt eller delvis på venstre øje.*

Retslægerådet bedes oplyse, hvad der taler for henholdsvis imod.

Spørgsmålet er hypotetisk og kan ikke besvares af Retslægerådet. Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 3 og 4.

Spørgsmål 6:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om sagsøgeren lider af multiple sklerose.

Sagsøger opfylder ikke McDonald-kriterierne for multiple sklerose. Observationstiden er ikke lang nok til at afvise multiple sklerose, men sagsøger har aktuelt ikke multiple sklerose.

Spørgsmål 7:

Såfremt spørgsmål A besvares bekræftende, bedes Retslægerådet redegøre for, hvordan denne diagnose med sikkerhed kan fastslås.

Bortfalder.

Spørgsmål 8:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om sagsøgerens nedsatte syn skyldes synsnervebetændelse i begge synsnerver.

Årsagen til den pludselige udvikling af synsnedsættelse på begge øjne er ikke klarlagt. Det beskrevne forløb kan ses i forbindelse med en infektionssygdom, som også var til stede og derfor må antages at være den mest sandsynlige årsag til den udtalte synsreduktion. Mekanismen knyttes til udvikling af antistoffer med krydsreaktion mod synsnerven, men dette er hypotetisk.

Spørgsmål 9:

Såfremt Retslægerådet svarer bekræftende på begge ovenstående spørgsmål, anmodes Retslægerådet om at oplyse, om synsnervebetændelsen var/er

symptom på multipel sklerose.

Der blev i forbindelse med udredningen foretaget MR-scanning, som ikke bekræftede tilstanden, "opticus neuritis". Samtidig kræver diagnosen multipel sklerose, at sygdommen er udbredt i tid og sted, hvilket ikke er bekræftet.

Spørgsmål 10:

Såfremt Retslægerådet har besvaret bekræftende på spørgsmål A anmodes Retslægerådet om at oplyse, om Predisolonbehandling ændrer langtidsprognosen ved multipel sklerose.

I den videnskabelige litteratur er der ingen evidens for gavnlig langtidseffekt af intravenøs eller tabletbehandling med kortikosterioder (prednisolon) ved opticus neuritis.

Spørgsmål 11:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om det forhold, at der ikke blev iværksat Predisolonbehandling den 21. januar 2011 er årsag til sagsøgerens nuværende synsnedsættelse eller en del heraf.

Spørgsmålet er hypotetisk. Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 3 og 4.

Spørgsmål 12:

Retslægerådet bedes oplyse om indhentelse af yderligere oplysninger i form af feks. en speciallægeerklæring, vil kunne belyse sagen yderligere for Retslægerådet

Spørgsmål 13:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til spørgsmål?

Ad spørgsmål 12 og 13:

Nej."

Af udtalelse af den 22. september 2015 fra Retslægerådet fremgår blandt andet:

"Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet besvare de supplerende stillede spørgsmål således:

Spørgsmål 14:

Retslægerådet bedes oplyse, om det er almindeligt lægeligt kendt, at opticus

neuritis ('synsnervebetændelse,) i et øje kan spredes til det andet øje.

Nej. Opticus neuritis spreder sig ikke typisk fra det ene øje til det andet. Der er typisk en bagvedliggende årsag, som rammer begge synsnerver, men med en tidsforskydning mellem højre og venstre side.

Spørgsmål 15:

Retslægerådet bedes oplyse, om det er almindeligt lægeligt kendt, at opticus neuritis (synsnervebetændelse,) kan føre til permanent synsnedsættelse.

Ja.

Spørgsmål 16:

Såfremt spørgsmål 14 og/eller spørgsmål 15 besvares bekræftende, bedes Retslægerådet oplyse, hvilke tiltag der normalvis bør iværksættes for at forebygge denne risiko for spredning til det andet øje og/eller permanent synsnedsættelse.

Man forsøger at finde årsagen for om muligt at iværksætte specifik behandling. Såfremt man ikke finder en årsag kan forsøges behandling med binyrebarkhormon.

Spørgsmål 17:

Retslægerådet bedes oplyse, om det er almindeligt lægeligt kendt, at prognosen omkring opticus neuritis (synsnervebetændelse,) kan forbedres ved brug af systemisk binyrebarkhormon behandling eller prednisonolone behandling eller anden lignende behandling.

Ja, i mange tilfælde.

Spørgsmål 18:

Retslægerådet bedes oplyse, hvornår og i hvilke tilfælde, at man fra lægelig side vælger at anvende systemisk binyrebarkhormon behandling og/eller prednisonolone behandling eller anden lignende behandling.

Ved verificeret inflammatorisk årsag. Endvidere når der ikke er identificeret en specifik årsag.

Spørgsmål 19:

Retslægerådet bedes i øvrigt redegøre for forskellen på brug af tablet og intravenøs prednisonolone behandling, herunder bedes Retslægerådet oplyse, om der er forskel på effekten af behandlingen ved henholdsvis den ene eller den

anden form.

Retslægerådet bedes tillige oplyse, hvornår man som udgangspunkt anvender hvilken behandling.

Virkningen af binyrebarkhormon er den samme, når den gives som tabletter og intravenøst, men ved sidstnævnte indtræder virkningen hurtigere.

Spørgsmål 20:

Retslægerådet bedes oplyse, om man burde have iværksat systemisk binyrebarkhormon behandling og/eller prednison behandling eller andre lignende behandlinger den 21. oktober 2011, da man konstaterede stærkt nedsat syn på højre øje.

Retslægerådet bedes begrunde besvarelsen.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 2. Der findes ingen retningslinjer, som man ville have kunnet følge. Der har derfor været tale om et skøn ud fra de givne forudsætninger.

Spørgsmål 21:

Retslægerådet bedes oplyse, om man ud fra et lægefagligt skøn burde have iværksat systemisk binyrebarkhormon behandling og/eller prednison behandling eller andre lignende behandlinger den 22. oktober 2011, hvor sagøger henvendte sig med nedsat syn også på venstre øje.

Retslægerådet bedes begrunde besvarelsen.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 20.

Spørgsmål 22:

Giver de supplerende spørgsmål Retslægerådet anledning til yderligere bemærkninger.

Nej."

A har forklaret, at han vågnede fredag den 21. januar 2011 om morgenen med et underligt syn på højre øje, som når man ser på en radarskærm. Vagtlægen henviste ham til egen læge. Egen læge henviste ham til skadestuen på B. På skadestuen blev taget nogle prøver. Personalet på skadestuen oplyste, at der var mistanke om en blodprop. Han fik nogle piller med hjem. Senere på dagen kontaktede han telefonisk skadestuen for at rykke for svar på prøverne og fik den besked, at han ikke skulle tage pillerne. Næste dag var hans tilstand blev forværret, og han kom på ny på

skadestuen aften og ud på natten. Lægen gjorde ikke noget og meddelte, at han da godt kunne blive indlagt, hvis han gerne ville det. Han blev herefter indlagt. Da han vågnede søndag morgen, var han totalt blind. Der blev ikke foretaget egentlige undersøgelser eller behandlinger på **B** om søndagen. Da han blev indlagt den følgende onsdag på **C**, blev han undersøgt af en erfaren øjenlæge, der oplyste, at såfremt han var kommet på **C** den 21. januar, ville man straks have pumpet ham med medicin. På **C** gav de ham meget medicin, og efter en uge begyndte han at opleve en mindre forbedring af synet. I dag har han tågesyn, det vil sige, at han ser alt som i en tåge uden farver. Han kan se kontraster. Da han var blevet udredt på **C**, blev diagnosen multipel sclerose meddelt. Det var hans oplevelse, at diagnosen blev stillet, fordi der jo skulle stilles en diagnose. Undersøgelserne havde ikke peget på multipel sclerose. Han tog multipel sclerose medicin i 1 år efter behandlingen på **C** og stoppede herefter med medicinen. Han har ikke multipel sclerose. Han anmeldte skaden til Patientforsikringen på grundlag af tilkendegivelserne fra lægerne på **C**.

Parternes synspunkter

A har i påstandsdokument af 28. april 2016 anført følgende:

Det gøres gældende, at **A** er berettiget til erstatning iht. Lov om Klage og erstatningsadgang (KEL), jf. § 20, stk. 1, nr. 1.

Til støtte herfor gøres det gældende:

- at behandlingen på **B** ikke levede op til erfaren specialiststandard, hvilket også er anerkendt af Ankenævnet for Patienterstatningen i afgørelsen af 13. juni 2013 (bilag 1, side 3 og sagsøgt svarskrift side 2,
- at **A** med rettidig iværksat højdosis prednisolon behandling med overvejende sandsynlighed kunne have opnået bedre syn på højre øje end **A** har i dag, og tillige med overvejende sandsynlighed kunne have bevaret normalt syn på venstre øje, jf. § 20, stk. 1, nr. 1, hvilket Retslægerådet bekræfter i sin besvarelse af spørgsmål 3, 4, 15, 16, 17, 18 og 19,
- at der er årsagssammenhæng mellem den for sent iværksatte prednisolonbehandling og **A's** synsnedsættelse,
- at **A** ikke har en grundlidelse i form af sclerose, der berettiger til afvisning af erstatning i sagen, som lagt til grund af Ankenævnet, og
- at Ankenævnet for Patienterstatningen har bevisbyrden for, at **A's**

grundlidelse skulle være multiple sklerose, og at det ikke ville have gjort en forskel for A/S synsnervebetændelse, hvis man havde iværksat rettidig højdosis prednisolonbehandling eller anden binyrebarkhormonbehandling ved første symptomdebut. Denne bevisbyrde har Ankenævnet for Patienterstatningen ikke løftet.

Endelig gøres det gældende, at A' med Retslægerådets besvarelse har tilvejebragt det fornødne sikre grundlag for at tilsidesætte Patient-skadeankenævnets afgørelse af 13. juni 2013.

Ankenævnet for Patienterstatningen har i påstandsdokument af 28. april 2016 anført følgende:

Til støtte for påstanden om frifindelse gøres det gældende, at sagsøgeren ikke har godtgjort, at han opfylder betingelserne for ret til erstatning efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1.

Efter § 20, stk. 1, nr. 1, ydes der erstatning, hvis det må antages, at en erfarne specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes ved undersøgelse, behandling eller lignende, hvorved skaden ville være undgået. Følger af grundlidelsen erstattes ikke.

Bevisbyrden for at lovens betingelser er opfyldt, påhviler sagsøgeren. Den bevisbyrde har han ikke løftet.

Sagsøgerens grundlidelse

Retslægerådet anfører i svaret på spørgsmål 6, at sagsøgeren på det foreliggende ikke opfylder kriterierne for multipel sklerose.

Af svaret på spørgsmål 1 fremgår, at bilateral opticus neuritis [synsnervebetændelse] i forbindelse med mycoplasma pneumoniae infektion [kold lungebetændelse] er beskrevet i flere videnskabelige publikationer.

Retslægerådet har i svaret på spørgsmål 8 anført, at årsagen til den pludselige udvikling af synsnervebetændelse på begge øjne ikke er klarlagt. Det beskrevne forløb kan ses i forbindelse med en infektionssygdom, som også var til stede, og Retslægerådet antager derfor, at denne er den mest sandsynlige årsag til den udtalte synsreduktion.

Specialiststandarden

Af Retslægerådets svar på spørgsmål 20, jf. svaret på spørgsmål 2, fremgår, at der ikke fandtes retningslinjer, herunder retningslinjer omhandlende behandlingen med binyrebarkhormon/prednisolon i tilfælde af opticus neuritis. Retslægerådet anfører derfor, at der har været tale om et skøn ud fra de givne forudsætninger.

...

Skaden

Uanset om specialiststandarden måtte anses for overtrådt, er der ikke grundlag for at anerkende, at sagsøgeren er påført en patientskade, da sagsøgeren ikke har dokumenteret, at betingelsen i § 20, stk. 1, nr. 1, 2. led om, at skaden med overvejende sandsynlighed ville have været undgået, hvis specialisten havde handlet anderledes, er opfyldt.

Retslægerådets erklæringer viser, at det ikke kan lægges til grund, at forløbet med *overvejende sandsynlighed* ville have været anderledes. Retslægerådet anfører således i svaret på spørgsmål 3 og 4, at der er en "*mulighed for*" at prednisolonbehandling kunne have forbedret forløbet, idet der dog ikke foreligger nogen evidens for effekten af prednisolonbehandling. Tilsvarende anføres det i svaret på spørgsmål 10, at der i litteraturen ingen evidens er for langtidseffekten af hverken intravenøs eller tabletbehandling med prednisolon.

Rettens begrundelse og afgørelse

Efter bevisførelsen, herunder Retslægerådets udtalelse, lægges det til grund, at **A** i 2011 ikke led af multiple sclerose således, som Patient-skadeankenævnet har lagt til grund i sin afgørelse af 13. juni 2013.

Efter Retslægerådets besvarelser lægges det til grund, at **A's** synsnedsettelse skyldtes opticus neuritis, og at årsagen hertil er ukendt men muligvis skyldes en mycoplasma pneumoniae infektion. Rådet har endvidere udtalt, at der er ikke retningslinjer for behandling af opticus neuritis af ukendt årsag, hvorfor der ved behandlingen foretages et skøn ud fra de givne forudsætninger. Det er muligt, at tidligere behandling med prednisolon kunne have forbedret forløbet på venstre øje, men der er ifølge Retslægerådet ikke evidens for gavnlig effekt af prednisolonbehandling.

På denne baggrund kan det ikke med overvejende sandsynlighed lægges til grund, at **A's** synsnedsettelse kunne være undgået ved tidligere iværksat prednisolonbehandling eller anden binyrebarkhormonbehandling. Det er herefter ikke godtgjort, at der foreligger en skade, der er omfattet af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Ankenævnet for Patienterstatningens påstand om frifindelse tages derfor til følge.

Med hensyn til sagens omkostninger bestemmes det henset til sagens resultat, sagens karakter og omfang, at **A** skal betale sagsomkostninger til Ankenævnet for Patienterstatningen med 75.000 kr.

Thi kendes for ret:

Ankenævnet for Patienterstatningen frifindes.

A skal inden 14 dage betale sagsomkostninger til Ankenævnet for Patienterstatningen med 75.000 kr.

Ulla Tange Christensen
dommer

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Retten i Næstved, den 23. februar 2017.

Charlotte Pultz, kontorfuldmægtig