

UDSKRIFT
AF
ØSTRE LANDSRETS DOMBOG

D O M

Afsagt den 10. august 2009 af Østre Landsrets 11. afdeling (landsdommerne Karsten Bo Knudsen, Taber Rasmussen og Jesper Perregaard (kst.)).

11. afd. nr. B-648-06:

[REDACTED]

(advokat [REDACTED])

mod

Patientskadeankenævnet

(Kammeradvokaten v/advokat [REDACTED])

Under denne sag, der er anlagt den 23. februar 2006, har sagsøgeren, [REDACTED], nedlagt påstand om, at sagsøgte, Patientskadeankenævnet, skal anerkende, at boet efter hans moder [REDACTED] er berettiget til erstatning efter Lov om Patientforsikring som følge af de komplikationer, som tiltrådte i forbindelse med indlæggelsen den 24. december 2002 på Københavns Amts Sygehus i Gentofte.

Patientskadeankenævnet har påstået frifindelse.

Sagsfremstilling

[REDACTED] født den 27. juli 1922, blev akut via vagtlæge den 24. december 2002 indlagt under diagnoserne Parkinson, causa socialis, dolores variae, på Københavns Amts sygehus i [REDACTED] i det følgende [REDACTED] Afdeling F, efter at hun den 23. december 2002 om aftenen havde slået eller forvredet højre ankel med smerter til følge. Hun havde den 25. oktober 2002 været indlagt på samme hospital på grund af respirationsbesvær.

Det anførtes i [redacted] journal vedrørende [redacted] indlæggelse den 24. december 2002 og frem blandt andet, at [redacted] ved indlæggelsen, hvor hun på grund af smerter ikke kunne støtte på højre ben, var "vågen og klar, men præget af sin Parkinsonisme".

[redacted], der havde dårligt hjerte og modtog vanddrivende medicin, fik den 26. december 2002 anlagt et kateter a demeure med notering i journalen om "tungtliggende pt., tryksårstruet" og "genitalsvamp".

Sygeplejerske [redacted] foretog den 27. december 2002 et geriatrisk tilsyn af [redacted], hvorom det i journalen blandt andet anførtes, at patienten fremtrådte "klar og relevant, redegør godt for egen situation", at patienten "har transportabel ilt i hjemmet", og "aktuelt vil pt. ikke kunne passes i eget hjem pga. den manglende gangfunktion. Det vurderes, at pt. har behov for genoptræning og det anbefales derfor, at pt. indstilles til et sådan ophold på [redacted] Pt. er indforstået med dette".

Da [redacted] den 31. december 2002 fik konstateret "Pos. nitrit" blev der samme dag givet injektioner af Pentrexyl 1g x 3 og Gentamycin 240 mg (som éngangsdosis).

[redacted] fik ifølge journalen den 1. januar 2003 et tiltagende behov for ilt, og hendes temperatur blev målt til 38,3 grader. Ved medicinsk tilsyn den 1. januar 2003 kl. 23.50 blev det konstateret, at hun nu var afebril, varm og tør. Det blev endvidere beskrevet i journalpåtegningerne i perioden, at [redacted] var præget af kardiell inkomensation, og det fremgik, at hun både den 1. og 2. januar 2003 blev vurderet til ikke at være kandidat til respirator og intensiv terapi. Den 2. januar 2003 blev hendes søn informeret om, at hendes tilstand var "stabilt dårlig".

[redacted] afgik efter at have været ukontaktbar siden den 1. januar 2003 ved døden den 4. januar 2003 kl. 13.20.

[redacted] indgav anmeldelse til Patientforsikringen om erstatning efter patientforsikringsloven i anledning af behandlingsforløbet. Patientforsikringen traf den 26. august 2004 afgørelse herom. I afgørelsen anførtes blandt andet følgende:

"Afgørelse

Patientforsikringen har fundet, at boet efter [REDACTED] ikke er berettiget til erstatning efter lov om patientforsikring.

Betingelserne for at yde erstatning efter lovens § 2, stk. 1, nr. 1 - 4, er ikke opfyldt.

Sagsfremstilling

...

[REDACTED] blev igen indlagt den 24. december 2002. Hun havde dagen forinden slået sin højre ankel og kunne ikke støtte på benet på grund af smerter. Røntgen viste ingen tegn på brud. [REDACTED] var stærkt svækket og blev behandlet med vanddrivende medicin. I den forbindelse opsatte man et urinkateter.

Da hun havde vanskeligt ved at gå, blev det aftalt, at hun skulle overflyttes til Tranehaven til genoptræning. På grund af generel forværring i hendes almentilstand, forblev hun indlagt.

[REDACTED] afgik stille ved døden den 4. januar 2003.

Begrundelse

Ifølge PFL § 2, stk. 1, nr. 1, ydes der erstatning, hvis undersøgelse eller behandling har afvejet fra, hvad der efter lægevidenskab og erfaring ville have været den bedst mulige i den givne situation.

Det er endvidere en betingelse, at skaden med overvejende sandsynlighed ville være undgået. Det er derimod ikke en betingelse, at der er begået fejl af lægen eller andre i forbindelse med undersøgelse eller behandling.

Patientforsikringen har vurderet, at behandlingen på Københavns Amtssygehus i [REDACTED] er udført i overensstemmelse med, hvad der efter lægevidenskab og erfaring har været det bedst mulige i den givne situation. [REDACTED] behandling har således været i overensstemmelse med bedste specialiststandard på det pågældende område.

Patientforsikringen har ved sin afgørelse lagt vægt på, at [REDACTED] var stærkt svækket ved indlæggelsen. Det var nødvendigt, at opsætte kateteret for at holde øje med urinproduktionen. Patientforsikringen finder således, at der var god grund til at opsætte kateteret. Patientforsikringen finder endvidere, at behandlingsforløbet i øvrigt har levet op til bedste specialiststandard.

Ifølge PFL § 2, stk. 1, nr. 4, kan der også ydes erstatning, hvis en skade er meget sjælden og mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed må tåle set i forhold til alvorligheden af den sygdom, som behandles. Det vil sige, at patienten ved behandling af en alvorlig sygdom må acceptere større skader end ved mindre alvorlige sygdomme.

I forbindelse med opsætningen af kateteret opstod der infektion, der medvirkede til dødens indtræden. Det skal imidlertid bemærkes, at [redacted] tilstand allerede før indsættelsen af kateteret var meget dårlig, og at der var meget stor risiko for dødens indtræden. På den baggrund er det vurderet, at infektionen efter den nødvendige kateteranlæggelse ikke er omfattet af lov om Patientforsikring.

...

Denne afgørelse indbragte [redacted] for Patientskadeankenævnet, der i afgørelse af 9. september 2005 blandt andet anførte følgende:

"AFGØRELSE:

Patientforsikringens afgørelse af 26. august 2004 tiltrædes.

Denne afgørelse kan indbringes for landsretten inden seks måneder efter, at afgørelsen er meddelt. Landsretten kan stadfæste, ophæve eller ændre afgørelsen.

Begrundelse for afgørelsen:

I henhold til lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 1, kan erstatning ydes, hvis en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes, hvorved skaden med overvejende sandsynlighed ville være undgået.

Patientskadeankenævnet finder, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ikke ville have handlet anderledes, end man gjorde ved behandlingen på Københavns Amtssygehus i [redacted] den 24. december 2004 (må rettelig være 2002, tilføjet her) og frem.

Nævnet har ved vurderingen lagt til grund, at [redacted] ved indlæggelsen den 24. december 2002 havde en del væskeansamlinger i kroppen, hvorfor man øgede den vanddrivende behandling og anlagde et blærekateter for, at der ikke skulle opstå unødigt fugtighed omkring de nedre regioner, hvilket kunne medføre invaliderende tryksår. Nævnet har endvidere lagt til grund, at [redacted] havde en meget dårlig lungefunktion, led af parkinsonisme, var svært overvægtig og havde urinsyreigt. Endelig har nævnet lagt til grund, at man øjeblikkeligt påbegyndte antibiotisk behandling med injektionsmedicin, da man konstaterede nitrit i urinen som udtryk for urinvejsinfektion. Nævnet finder således, at der gennem hele forløbet blev foretaget de relevante undersøgelser og iværksat den korrekte behandling.

I henhold til patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4, kan der ydes erstatning, hvis der som følge af undersøgelse eller behandling indtræder skade i form af komplikationer, der er mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed må tåle. Der skal herved tages hensyn til dels skadens alvor, dels patientens sygdom og helbredstilstand i øvrigt, samt til skadens sjældenhed og mulighederne for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning. Det drejer sig især om sjældne og meget belastende komplikationer i forhold til sygdommen og dens behandling.

Nævnet finder, at [redacted] komplikation i form af alvorlig urinvejsinfektion ved anlæggelse af blærekateter ikke er en tilstrækkelig sjælden komplikation i forhold til, at hendes helbredstilstand i forvejen var svækket. Nævnet anser hende således ikke for erstatningsberettiget efter lovens § 2, stk. 1, nr. 4. Nævnet har herved lagt vægt på, at risikoen for en urinvejsinfektion ved anlæggelse af blærekateter er mellem 10-30 %, og at risikoen for en alvorlig urinvejsinfektion ved anlæggelse af blærekateter hos en svækket patient er mellem 2-5 %.

Betingelserne for at yde erstatning efter patientforsikringsloven er således ikke opfyldt, jf. lovens § 2, stk. 1, nr. 1 og 4.

...”

[redacted] har herefter indbragt Patientskadeankenævnets afgørelse af 9. september 2005 for domstolene.

Der er under forberedelsen i landsretten afgivet to erklæringer af Retslægerådet henholdsvis af 14. december 2007 og af 28. august 2008.

Retslægerådet har i erklæringen af 14. december 2007 anført følgende:

”Spørgsmål 1:

Kunne kar-kirurgisk afdeling med de lidelser patienten havde, varetage patientens helbred på samme måde som en medicinsk afdeling?

Ja. Der er dog et vist hypotetisk element i spørgsmålet. [redacted] blev under indlæggelsen tilset af både geriatrisk team, neurolog, anæstesilæge fra intensivafdeling og flere gange af læge fra medicinsk afdeling F. Overordnet var behandlingen i overensstemmelse med alment anerkendt lægefaglig standard.

Spørgsmål 2:

Under hensyntagen til patientens tilstand, hvad ville det optimale være af hjælpemidler vedrørende afvanding?

1. kateter a demeure eller
2. eengangskaterisation

██████████ havde tegn på nedsat hjertefunktion (incompenseret morbus cordis) og havde derfor behov for afvanding. Det er anført i journalen, at man tilstræber en urinemængde per time (time diurese) på 50 ml og helst 100 ml.

Anlæggelse af kateter a demeure i denne situation var i overensstemmelse med alment anerkendt lægefaglig standard. Eengangskaterisation var ikke praktiseret i lyset af stor urinproduktion og ██████████ almentilstand med Parkinson og svær overvægt. I journalen er 26.12.02 præcist angivet baggrunden for valg af kateter a demeure: "Tungtliggende, tryksårstruet, genital-svamp".

Spørgsmål 3:

Ville det under hensyntagen til patientens tilstand have været en god løsning såfremt hospitalet havde benyttet ble i stedet for kateter?

Nej, ble- og urinbind ville være en dårlig og måske risikofyldt løsning. Det ville i løbet af kort tid resultere i tryksår på huden omkring bækkenbunden. Dette igen i betragtning af ██████████ andre lidelser – herunder alder, Parkinsons sygdom og overvægt (se journalen 26.12.02).

Spørgsmål 4:

Hvornår ville et demeure kateter efter normale omstændigheder være seponeret?

Kateter i blæren til brug for afvanding fjernes, når afvandingen er afsluttet.

Spørgsmål 5:

Hvor stor er risikoen for urinvejsinfektion efter få dage såfremt der er benyttet kateter a demeure?

Med kateter a demeure stiger risikoen for bakterier i blæren med tiden. Risiko for bakteriuri (bakterier i urinen) kan anslås som (antal dage med kateter x 3-5) %. Bakteriuri betyder dog ikke nødvendigvis sygdomsvoldende og symptomatisk urinvejsinfektion. Antallet af nyopståede symptomgivende urinvejsinfektioner efter anlæggelse af kateter a demeure er i et nyligt europæisk multicenterstudie opgjort til 3,55/1000 patient-dage.

Spørgsmål 6:

Såfremt hospitalet havde benyttet eengangskateter hvor stor ville sandsynligheden være for urinvejsinfektion?

Spørgsmålet er hypotetisk, da eengangskateterisation ikke kan betragtes som acceptabelt alternativ til kateter a demeure hos denne patient.

Spørgsmål 7:

I forbindelse med patienten bliver sløj burde mistanken om urinvejsinfektion og eventuel sepsis (urosepsis) så ikke være rejst, og urinen undersøgt for bakterier og leucocytter og eventuel bloddyrkning?

Ifølge journalnotat 31.12.02 blev [redacted] sat i behandling med ampicillin (Pentresyl) 1 g x 3 suppleret med gentamicin 240 mg givet som éngangsdosis (= en døgndosis). Dette er i overensstemmelse med god klinisk praksis som indledende empirisk behandling af formodet svær urinvejsinfektion (inklusive urosepsis). Det laboratoriemæssige grundlag for behandlingen var en positiv nitrit stiks-undersøgelse af urinen. En positiv nitrit-reaktion viser, at der er nitratreducerende bakterier i urinen, men siger herudover intet om bakteriens art og resistensmønster. Ved behandling af en svær urinvejsinfektion vil det være god klinisk praksis at foretage urindyrkning og ved mistanke om urosepsis endvidere bloddyrkning for at etablere et mere præcist grundlag for den videre antibiotikabehandling. Dette skete tilsyneladende ikke og må anses som en fejl i givet fald. Efter første behandlingsdøgn blev der kun givet ampicillin. 30-40 % af alle colibakterier er ampicillinresistente og for andre gram-negative tarmbakterier er tallene for ampicillinresistens endnu højere. Der er således en betragtelig risiko for, at patienten efter første behandlingsdøgn ikke var i relevant antibiotikabehandling. Ifølge journalnotat 01.01.03 vesp. havde patienten feber (38,3 gr. C), hypotension (ned til 80/60) og påskyndet puls (104). Dette er foreneligt med SIRS (systematisk inflammatorisk respons syndrom). Se i øvrigt besvarelsen af spørgsmål 17.

Spørgsmål 8:

Er der forskel på, om ældre og unge får feber, og er der i øvrigt andre tegn på infektion hos ældre set i relation til unge?

Nej.

Spørgsmål 9:

Burde patienten ikke, da hun bliver rigtig dårlig, have været på intensiv afdeling eller have fået fast vagt og i øvrigt være blevet behandlet for mistænkt sepsis (urosepsis) og straks være startet med imperisk bredspektret antibiotica?

[redacted] blev 01.01.03 tilset af læge fra medicinsk afdeling F samt af anæstesilæge fra intensivafdelingen 01.01.03. Begge fandt, at patienten ikke var kandidat til respiratorbehandling og intensiv terapi. Samme vurdering gentages af medicinsk afdeling 02.01.03.

Retslægerådet finder på grundlag af det foreliggende journalmateriale ingen anledning til at betvivle denne vurdering. Bredspektret antibiotisk behandling blev påbegyndt 31.12.02. Se i øvrigt besvarelsen af spørgsmål 7.

Spørgsmål 10:

Patienten afgik ved døden af nosocomiel infektion – kunne det ikke være undgået, og kunne det ikke være effektivt behandlet på et tidligt tidspunkt?

Dødsårsagen fremgår ikke klart af den fremsendte journal. Kan være kronisk sygdom, Parkinsons sygdom, overvægt, sengeleje, behov for afvanding og urinvejsinfektion; eller en kombination af ovennævnte tilstande.

Spørgsmålet indeholder et postulat om, at patienten døde af en nosokomial infektion. Om end det ikke kan udelukkes, at en urinvejsinfektion forårsaget af kateteranlæggelse kan have været en medvirkende årsag til forløbet, er det ingenlunde bevist eller bare sandsynliggjort ud fra det foreliggende materiale.

Under indlæggelsen, hvor [redacted] sløjer af, beskrives hun ved de medicinske tilsyn 01.01.03 kl. 23.50 og igen 02.01.03 som afebril, varm og tør. Samtidig beskrives patienten præget af svær kardiell inkompensation (hjertesvigt) med svær stase, dårlig iltmætning til trods for ilttilskud, dårlig respons på diuretika, respiratorisk acidose (syreforgiftning), stigende azotæmiparametre (nyresvigt) og lavt blodtryk.

En kardiopulmonal komponent som hovedårsag til forløbet er nærliggende. Man afstod dog fra videre udredning af dette, da man ikke anså, at yderligere undersøgelser ville have konsekvens for den videre behandling af patienten.

Spørgsmål 11:

Kunne døden være undgået, såfremt hospitalet havde behandlet patienten med rettidig omhu?

Der henvises til besvarelsen af spørgsmålene 7 og 10.

Spørgsmål 12:

Retslægerådet bedes beskrive afdødes helbredsmæssige tilstand på tidspunktet for anlæggelsen af blærekateteret og i fortsættelse heraf, om anlæggelsen af blærekateter var lægeligt velindiceret og udført i overensstemmelse med almindeligt anerkendte retningslinjer?

Journalen beskriver en 80-årig kronisk syg kvinde med mangeårig Parkinsons sygdom, inkompenseret morbus cordis (nedsat hjertefunktion), forhøjet blodtryk og dårlig lungefunktion med nedsat iltmætning af blodet. [redacted] havde således transportabelt iltanlæg i hjemmet. Hun havde desuden urinsur gigt og beskrives som svært overvægtig med minimalt funktionsniveau. Var tilbudt plejehjemsplads, men afslog. Blev indlagt, da hun ikke kunne klare sig i hjemmet efter vridtraume af ankel.

Anlæggelse af kateter a demeure var lægeligt velindikeret – jævnfør svar på spørgsmål 2.

Spørgsmål 13:

Retslægerådet bedes oplyse, hvor ofte anlæggelse af blærekateter medfører urinvejsinfektion i situationer som den foreliggende. Hyppighed bedes om muligt angivet i procent.

Se besvarelsen af spørgsmål 5.

Spørgsmål 14:

Retslægerådet bedes endvidere oplyse, under hensyntagen til afdødes tilstand på tidspunktet for anlæggelsen af blærekateteret jf. spørgsmål 12, hvor ofte anlæggelse af blærekateter medfører en så alvorlig urinvejsinfektion, som den afdøde pådrog sig i den foreliggende sag. Hyppighed bedes om muligt angivet i procent.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 5. Svære, konkurrerende lidelser øger risiko for symptomgivende urinvejsinfektion. Spørgsmålet kan ikke besvares nærmere, fordi Retslægerådet på grund af manglende diagnostik eller journal-

materiale ikke ved, hvilke bakterier, der var årsag til, urinvejsinfektionen, og om bakterierne var gået over i blodbanen.

Spørgsmål 15:

Var behandlingen af urinvejsinfektionen lægeligt velindiceret og udført i overensstemmelse med almindeligt anerkendte retningslinjer?

Ja. Det fremgår dog ikke af journalen, om der ved behandlingsstart blev sikret urin (og eventuelt blod) til dyrkning og resistensbestemmelse med henblik på eventuel senere justering af den antibiotiske terapi. Se også besvarelsen af spørgsmålene 7, 14 og 17.

Spørgsmål 16:

Hvilken betydning må afdødes alder og generelle helbredsmæssige forhold på tidspunktet for anlæggelsen af blærekateteret antages at have haft for det dødelige forløb?

██████████ havde flere alvorlige lidelser, der må antages at have været stærkt medvirkende, og muligvis årsagen, til det dødelige forløb, jævnfør svar på spørgsmålene 10 og 12.

Spørgsmål 17:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Der savnes journalmateriale, blandt andet blodprøvesvar (infektionsparametre, svar på urinstiks, som angiveligt er taget ved indlæggelsen, og eventuelle eksisterende dyrkningssvar (se også svar på spørgsmål 15), der eventuelt ville forbedre Retslægerådets mulighed for at svare."

Retslægerådet har i erklæringen af 28. august 2008 supplerende anført følgende:

"Spørgsmål 18a:

Må moderens død med overvejende sandsynlighed være forvoldt på en måde, således at en erfaren specialist på det pågældende område (betændelse i urinvejene) under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes ved undersøgelse eller behandling af patienten? Ville en sådan anderledes undersøgelse og behandling have ført til, at dødens indtræden ville være undgået? Vil det gøre en forskel, om der spørges om "almindeligt anerkendte lægelige principper" frem for "en erfaren specialist"?

Det fremgår af mail fra ██████████ 31.03.08, som er vedhæftet det nye spørgetema, at der ikke findes yderligere oplysninger om urin- og bloddyrking i journalen. Det må forstås sådan, at der ikke er foretaget urin- eller bloddyrkning den 31.12.02 eller umiddelbart derefter. Man har således ikke tilvejebragt et bedst muligt bakteorologisk grundlag for antibiotikabehandling af patienten, hvilket må anses for en fejl, jævnfør besvarelsen af spørgsmål 7. Det er dog tvivlsomt, om det har haft afgørende indflydelse på forløbet: For det første kan det ikke ud fra sagens akter afgøres, om patientens død rent faktisk skyldes betændelse i urinvejene, jævnfør besvarelsen af spørgsmål 10. For det

andet, selv hvis det var tilfældet, ville en rettidigt iværksat antibiotikabehandling baseret på det bedst mulige bakterieologiske grundlag stadig være forbundet med en meget betydelig dødsrisiko hos en ældre kronisk svækket patient.

At der er foretaget undersøgelse og behandling "i overensstemmelse med alment anerkendt lægefaglig standard", indebærer også at "en erfaren specialist" på omtalte område ville have handlet på samme måde, idet erfarne specialister også skal følge anerkendte retningslinier. Den erfarne specialist er en juridisk – politisk konstruktion som ikke kan defineres nøje videnskabeligt.

Spørgsmål 18b:

Må det antages, at patienten som følge af det samlede forud bestående sygdomsbillede ved indlæggelsen på Gentofte Amtssygehus havde en kortere levetid?

Ja, de ved indlæggelsen eksisterende lidelser har øget risikoen for dødelig udgang af forløbet. I øvrigt jævnfør svar på spørgsmål 10, 12 og 16."

Forklaringer

Der er i landsretten afgivet partsforklaring af [REDACTED] og vidneforklaring af [REDACTED]

[REDACTED] har forklaret blandt andet, at han er søn af afdøde [REDACTED]. Ved moderens indlæggelse den 24. december 2002 var hendes tilstand, som den havde været de foregående ca. 10 år. Han havde ikke indtryk af, at moderen var døende. Hun fungerede normalt fint med den hjælp, som hun modtog dagligt. Hun var tit uden for sit hjem, herunder på besøg hos familie på [REDACTED]. Moderen malede mv., og hun var i det hele taget en aktiv 80-årig dame. Fordi hun den 23. december 2002 om aftenen, havde forstuvet højre ankel, blev hun den følgende dag tilset på skadestuen. Hospitalet tilbød hende en seng, hvorfor hun blev indlagt. Familien holdt juleaften på hospitalet. Han besøgte de følgende dage moderen dagligt på hospitalet. Hun havde det fint ind til den 31. december 2002. Ved hans besøg den 31. december 2002 om eftermiddagen kunne hun mod sædvane ikke vækkes. Da han kom igen om aftenen, var hun vågen og klar. Da han kom den følgende dag, den 1. januar 2003 om eftermiddagen, virkede det som om, at "alt var galt". Moderen snappede efter vejret og var meget dårlig. Han bad flere gange personalet om at undersøge hende. Han bad også om, at hun blev overflyttet til intensivafdelingen. Moderen blev tilset af mindst 2-3 forskellige sygeplejersker og læger, og en af lægerne sagde, at de ikke ville overflytte hende til intensivafdelingen på grund af pladmangel.

Moderen var fra den 1. januar 2003 stort set ukontaktbar, indtil hun døde. Han fik af de involverede læger indtryk af, at moderens liv ikke stod til at redde, og at de heller ikke ønskede at gøre et forsøg herpå.

██████████ har forklaret blandt andet, at hun er afdelingssygeplejerske på afdeling C på ██████████, tidligere kaldet ██████████. Hun indgik omkring årsskiftet 2002-2003 i et geriatrik team på hospitalet, der bestod af en læge, en sygeplejerske, en fysioterapeut og en sekretær. Hun husker ikke den pågældende patient, ██████████, men kan ud fra journalen se, at hun den 27. december 2002 var på tilsyn hos patienten. Det var forinden vurderet, at hun kunne foretage tilsynet uden teamets læge. Hvis hun i forbindelse med et tilsyn fandt, at der var behov for en lægelig vurdering, kunne hun blandt andre kontakte teamets læge og lægerne på den pågældende afdeling.

Procedure

██████████ har indgivet påstandsdokument af 28. maj 2009 og i det væsentlige procederet i overensstemmelse hermed. Det anføres i påstandsdokumentet blandt andet:

”Til støtte for den nedlagte påstand gøres følgende anbringender gældende:

at boet efter ██████████ er berettiget til erstatning efter Patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1,

at behandlingen af urinvejsinfektionen har været i strid med god klinisk praksis, ligesom der er mangler ved journalmateriale og diagnostik jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 7, 14 og 18 a,

at boet efter ██████████ er berettiget til erstatning efter Patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4,

at behandlingen, der medførte, at ██████████ afgik ved døden, har haft komplikationer, der er mere omfattende end, hvad hun som patient med rimelighed måtte tåle i forbindelse med indlæggelse for en forstuvet ankel.

UDDYBENDE REDEGØRELSE FOR DE ANFØRTE ANBRINGENDER:

Den 24. december 2002 blev ██████████ indlagt med en forstuvet ankel. Den 4. januar 2003 afgik hun ved døden.

Indtil indlæggelsen har ██████████ været velfungerende i eget hjem. Udover klager fra den forstuvede ankel var der ikke ved indlæg-

gelsen aktuelle klager, og [REDACTED] var ifølge journalmaterialet vågen og klar (...).

I journalen den 27. december 2002 har fysioterapien anført, at [REDACTED] var under mobilisering uden smerteklager. Samme dag foretages et geriatrisk tilsyn, hvoraf fremgår, at [REDACTED] fremtræder klar og relevant (...). Det geriatriske team konkluderer, at der er behov for genoptræning og anbefaler ifølge journalen ikke andre behandlingstiltag.

Ud fra en samlet vurdering må det lægges til grund, at [REDACTED] var velbehandlet for hendes grundlidelser på tidspunktet for hendes indlæggelse den 24. december 2002, og fortsat var velbehandlet indtil urinvejsinfektionen opstod.

... ”

Patientskadeankenævnet har indgivet påstandsdokument af 25. maj 2009 og i det væsentlige procederet i overensstemmelse hermed. Det anføres i påstandsdokumentet blandt andet:

”Til støtte for den nedlagte påstand om frifindelse gøres det overordnet gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte sagsøgte's afgørelse af 9. september 2005 (...).

1. Årsagssammenhæng

En skade skal, for at være omfattet af patientforsikringsloven, *med overvejende sandsynlighed* være forvoldt på en af de i § 2, stk. 1, nr. 1 – 4, anførte måder. Sagsøgte fandt ved sin afgørelse af 9. september 2005 (...) ikke, at dette var tilfældet.

Sagen har været forelagt Retslægerådet, der har afgivet to udtalelser i sagen. I relation til spørgsmålet om årsagssammenhæng anføres følgende i Retslægerådets udtalelse af 14. december 2007 (spørgsmål 10):

”Om end det ikke kan udelukkes, at en urinvejsinfektion forårsaget af kateteranlæggelse kan have været en medvirkende årsag til forløbet, er det ingenlunde bevist eller bare sandsynliggjort ud fra det foreliggende materiale.”

Sagsøgte har endvidere med rette lagt vægt på [REDACTED] dårlige grundtilstand med blandt andet svær overvægt, respirationsbesvær, parkinsonisme og urinsyreigt. Retslægerådet angiver da også følgende ved besvarelse af spørgsmål 16:

”[REDACTED] havde flere alvorlige lidelser, der må antages at have været stærkt medvirkende, og muligvis årsagen, til det dødelige forløb, jævnfør svar på spørgsmålene 10 og 12.”

Det gøres på den baggrund gældende, at sagsøger ikke har løftet sin bevisbyrde for, at skaden med overvejende sandsynlighed kan henføres til forhold omfattet af den dagældende patientforsikringslovs § 2, stk. 1, nr. 1-4.

Allerede derfor må sagsøgte således frifindes.

2. Patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1

Vedrørende patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1, gøres det gældende, at sagsøgte med rette har vurderet, at en erfaren specialist på det pågældende område med overvejende sandsynlighed ikke under de givne omstændigheder ville have handlet anderledes ved behandlingen af sagsøgers mor, [REDACTED], i forbindelse med indlæggelsen 24. december 2002. Den vurdering er af Retslægerådet bekræftet ved besvarelsen af spørgsmål 1, spørgsmål 2, spørgsmål 9, spørgsmål 12 samt spørgsmål 15.

Retslægerådet har dog ved sin besvarelse af spørgsmål 7 og spørgsmål 15 anført, at det ville have været i overensstemmelse med god, klinisk praksis at foretage urin- og bloddyrkning, og at dette ikke ud fra det foreliggende materiale ses at være sket. Som anført ovenfor er det imidlertid ikke sandsynliggjort, at patienten døde af en nosokomial infektion, og der er således ikke grundlag for at tilsidesætte sagsøgte vurdering af, den dødelige udgang på indlæggelsen af [REDACTED] ikke kan subsumeres under § 2, stk. 1, nr. 1.

Det gøres derfor sammenfattende gældende, at sagsøgeren ikke opfylder betingelserne for anerkendelse i henhold til patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1.

3. Patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4

Det gøres vedrørende patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4, gældende, at sagsøgte med rette har vurderet, at skaden ikke med overvejende sandsynlighed er mere omfattende end, hvad patienten med rimelighed måtte tåle, når der tages hensyn til dels skadens alvor, dels patientens sygdom og helbredstilstand i øvrigt samt skadens sjældenhed og mulighederne for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning.

Sagsøgte lagde ved sin afgørelse her vægt på, at alvorlig urinvejsinfektion ikke er en tilstrækkeligt sjælden komplikation ved anlæggelse af et blærekateder, når der henses til [REDACTED] ovenfor beskrevne svækkede grundtilstand.

Det gøres derfor sammenfattende gældende, at sagsøgeren ikke opfylder betingelserne for anerkendelse i henhold til patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4.”

Landsrettens begrundelse og resultat

Det lægges som ubestridt til grund, at hospitalet ikke foretog urin- eller bloddyrkning den 31. december 2002 eller umiddelbart derefter, og at man derved i overensstemmelse med

Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 7 og 18a begik en fejl ved ikke at få tilvejebragt et bedst muligt bakteriologisk grundlag for den fortsatte antibiotikabehandling af [REDACTED] urinvejsinfektion.

Efter bevisførelsen, herunder navnlig Retslægerådets bevarelse af spørgsmål 10 og 18a, kan det ikke med overvejende sandsynlighed lægges til grund, at denne fejl medførte, at den 80-årige og i forvejen sygdomssvækkede [REDACTED] afgik ved døden den 4. januar 2003.

Herefter, og da det ikke er godtgjort, at der i øvrigt skete fejl eller afvigelser fra specialiststandard under behandlingen af [REDACTED], er betingelserne for at tilkende boet erstatning efter den dagældende patientforsikringslovs § 2, stk. 1, nr. 1, ikke opfyldt.

Efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 10 må det lægges til grund, at dødsårsagen ikke kan fastslås, og at dødens indtræden både kan skyldes hendes sygdom og tilstand før indlæggelsen og tilstande opstået under indlæggelsen eller en kombination heraf. Det kan derfor ikke lægges til grund, at døden med overvejende sandsynlighed er forvoldt som følge af "undersøgelse, herunder diagnostiske indgreb, eller behandling". Betingelserne for at yde erstatning efter den dagældende bestemmelse i § 2, stk. 1, nr. 4, er således heller ikke opfyldt.

Som følge heraf tager landsretten Patientskadeankenævnets frifindelsespåstand til følge.

Under hensyn til sagens udfald og sagens værdi, der er oplyst til ca. 100.000 kr., fastsættes de sagsomkostninger, som [REDACTED] skal betale Patientskadeankenævnet til dækning af udgifter til advokatbistand, som nedenfor bestemt.

Th i k e n d e s f o r r e t :

Patientskadeankenævnet frifindes.

I sagsomkostninger skal sagsøgeren, [REDACTED], inden 14 dage betale 25.000 kr. til sagsøgte, Patientskadeankenævnet.

Sagsomkostningerne forrentes efter rentelovens § 8a.

(Sign.)

Udskriftens rigtighed bekræftes. Østre Landsrets kontor, den 19/8-09


Susanne Fabricius
sektionsleder