



Udskrift af dombogen

DOM

Afsagt den 15. april 2019 i sag nr. BS 10N-2379/2015:

A

mod

Ankenævnet for Patienterstatningen
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg

Sagens baggrund og parternes påstande

Den 13. november 2010 blev sagsøger A ved ambulance akutindlagt på Behandlingssted 1. Han blev senere samme dag overført til Behandlingssted 2's hjertemedicinske afdeling, hvor man diagnosticerede en blodprop i hjertet og gennemførte en ballonudvidelse. Under operationen indtraf hjertestop, og sagsøger måtte genoplives.

Sagsøger indgav i anledning af det indledende behandlingsforløb på Behandlingssted 1 anmeldelse til Patienterstatningen, der den 19. juni 2014 og 10. november 2014 traf afgørelse om, at der var grundlag for erstatning efter lov om Klage- og Erstatningsadgang inden for Sundhedsvæsenet.

Behandlingssted 1 påklagede afgørelsen til Ankenævnet for Patienterstatningen, som ved afgørelse af 23. marts 2015, berigtiget den 1. april 2015, afviste, at der var grundlag for erstatning.

Under denne sag har sagsøger, A, over for sagsøgte Ankenævnet for Patienterstatningen nedlagt principal påstand om, at sagsøgtes afgørelse af 23. marts 2015 som berigtiget den 1. april 2015 skal ophæves, således at Patienterstatningens afgørelser af 19. juni 2014 og 10. november 2014 fortsat er gældende.

Sagsøger har subsidiært nedlagt påstand om, at sagsøgte skal anerkende, at sagsøger er blevet påført en erstatningsberettiget skade på Behandlingssted 1, og sagen derfor skal hjemvises.

Sagsøgte har påstået frifindelse, subsidiært hjemvisning.

Oplysningerne i sagen

Sagsøger har forklaret, at han den 13. november 2010 skulle på jagt sammen med 8-10 andre. De mødtes omkring kl. 08, spiste morgenmad sammen og gjorde klar. Omkring kl. 09.00 kørte de ud til jagtområdet.

På et tidspunkt løb sagsøger hen for at aflive et anskudt rådyr, og da han rejste sig efter aflivningen, fik han åndenød og høj puls. Han regnede med, at det skyldtes løbeturen. Samtidig fik han voldsom trang til at komme på toilet. Han var alene og kravlede nærmest hen til sin bil. Han kørte til den gård, hvor der var startet, og kom på toilettet. Bagefter havde han det ikke bedre. En jagtdeltager, der er falckredder, og beboeren på gården, der er sygeplejerske, kom til, og der blev ringet efter en ambulance.

Ud fra sagsøgers forklaring og sagens materiale har det tidsmæssige forløb været følgende:

- kl. 9.00 Afgang til jagtområde.
- kl. 10.00 Sagsøger løb efter anskudt rådyr.
- kl. 10.15 Sagsøger kunne ikke få vejret, følte trykken i brystbenet og mistet kraft i benet.
- kl. 10.20 Sagsøger kørte bilen tilbage til gården.
- kl. 10.53 Ambulance rekvireret.
- kl. 11.05 Ankomst af ambulance.
- kl. 11.33 Ambulance kørte mod Behandlingssted 1.

 Ambulancejournal: Pludselig åndenød, utilpas, anstrengt vejtrækning, gener i højre ben. EKG viser udvikling i EKG med ST-elevation
- kl. 11.55 Ankomst Behandlingssted 1
- kl. 12.00 I første journaloptegnelse angives ”EKG med fluktuerende store elevationer i inferiøre afledninger, men også signifikante Q-takker. Ikke mistanke om AMI”
- kl. 12.40 Journal: Noteret trykken bag brystbenet - ”EKG fra ambulance initialt i.a men der udvikles ST-elevation over II, III, AVF”.
- kl. 12.46 CT rekvireredes for mistanke om aorta dissektion, type B
- kl. 13.00 Resultat af CT-skanning forelå og blev konfereret med Behandlingssted 2's Karkirurgiske afdeling. Blev tolket som blodprop i aorta abdominalis, der forsyner højre ben. Det blev besluttet at overføre sagsøger til karkirurgisk afdeling på diagnosen Aorta dissektion.
- kl. 13.45 Udskrivningsepikrise: CT-skanning af thorax og abdomen viser aorta dissektion, lavt aorta abdominalis (type B)

- kl. 14.55 Ambulance kørte fra Behandlingssted 1 mod Behandlingssted 2.
- kl. 15.40 Kort før ankomst indtraf akut blodtryksfald (kardiogent shock). Der blev givet efedrin og atropin uden virkning.
- kl. 15.50 Ankomst Behandlingssted 2. Sagsøger blev tiltagende dårlig.
- Kl. 16.45 Karkirurgisk afdeling konstaterede ud fra den fra Behandlingssted 1 fremsendte CT-scanning, at der ikke var ruptur eller dissektion af aorta. Derimod viste EKG med ST-elevationer, at der var en blodprop. Sagsøger blev akut overflyttet til foretagelse af ballonudvidelse på kardiologisk afdeling.
- kl. 17.50 Ankomst kardiologisk afd.
- kl. 18.30 Under operation indtraf hjertestop i ca. 15 minutter.
- kl. 19.10 Ballonudvidelsesoperationen blev afsluttet.

Det fremgår af Patienterstatningens afgørelse, at sagsøger søgte erstatning, fordi han mente at have udviklet en hjerneskade efter ballonudvidelsen, og at han til brug for behandlingen af klagesagen oplyste at have væsentligt nedsat arbejdsevne, nedsat hukommelse og træthed, og at disse gener havde medført, at han kun kunne passe et fleksjob 18 timer om ugen.

Ifølge en neuropsykologisk undersøgelse af 15. juli 2011 var sagsøger blevet påført kognitiv svækkelse med subjektive klager over ændret funktionsniveau og objektive gener i form af påvirket arbejdshukommelse, usikkert overblik og nedsatte eksekutive funktioner.

Vurderingen i Patienterstatningen var, at optimal behandling havde været, at man på Behandlingssted 1 havde tolket EKG og CT-skanning korrekt og konstateret, at sagsøger havde en blodprop i hjertet, hvorefter sagsøger burde have været overført akut til Behandlingssted 2 med henblik på ballonudvidelse, og at man derved med overvejende sandsynlighed kunne have undgået det efterfølgende forløb med hjertestop med funktionsnedsættelse til følge.

Sagsøger fik i første omgang tilkendt 83.039 kr. i godtgørelse for varigt mén og svie og smerte.

Den 10. november 2014 tilkendte Patienterstatningen ham yderligere 2.291.875 kr. erstatning for tabt arbejdsfortjeneste, yderligere godtgørelse for svie og smerte samt erstatning for erhvervsevnetab.

Behandlingssted 1 havde den 26. august 2014 påklaget Patienterstatningens afgørelse til sagsøgte.

Den 23. marts 2015 omgjorde sagsøgte Patienterstatningens afgørelse af 19. juni 2014 og den 1. april 2015 også afgørelsen af 10. november 2014, der

ved en fejl ikke var blevet medtaget i den første afgørelse.

I afgørelsen anførte sagsøgte, at det er vurderingen, at en erfaren specialist på det pågældende område under de givne forhold ville have handlet anderledes ved korrekt fortolkning af de foreliggende skanningsresultater, således at den relevante behandling i forhold til den rigtige diagnose kunne være begyndt tidligere. I det aktuelle forløb gik der 9 timer 20 minutter fra symptomer, til ballonudvidelsesoperationen blev indledt. Denne tid kunne være blevet forkortet med 60 til 90 minutter ved optimalt forløb på Behandlingssted 1, og den medicinske behandling med blodfortyndende medicin kunne være begyndt 3 timer 30 minutter tidligere.

Vedrørende tidsforbruget på tre timer til undersøgelser og etablering af transport vurderede sagsøgte, at det ligger inden for, hvad man almindeligvis må forvente.

Men herefter anførte sagsøgte:

" Det er dog ankenævnets vurdering, at det suboptimale forløb på Behandlingssted 1 ikke med overvejende sandsynlighed har haft betydning for det endelige udkomme, idet A's tilstand allerede under transporten (omkring kl. 15.30) forværredes, og han havde kardiogent chok. Uanset om A således var tolket rigtigt, og transporteret til den hjertemedicinske afdeling på Behandlingssted 2, ville han ved ankomsten have været i kardiogent chok, og dermed i betydelig højere risiko for komplikationer i forbindelse med behandling. Ankenævnet skal hertil bemærke, at kardiogent chok er en meget kritisk tilstand med 30 dages dødelighed på op mod 50 procent trods rette behandling.

Det er således ankenævnets vurdering, at forsinkelsen i A's behandling ikke med overvejende sandsynlighed har været årsag til det efterfølgende forløb med hjertestop og deraf følgende funktionsnedsættelse, men at sygdomsforløbet er en følge af hans grundsygdom i form af blodprop i hjertet og efterfølgende kardiogent chok".

Den 13. april 2015 krævede Region 1 herefter tilbagebetaling af de i alt 2.417.866,88 kr., som sagsøger havde fået udbetalt henhold til Patienterstatningens afgørelser.

Sagsøger anlagde denne sag den 18. september 2015.

Under sagen er tre gange stillet spørgsmål til Retslægerådet.

Af udtalelse af 3. juni 2016 fremgår det i besvarelsen af spørgsmål 1 a), at Retslægerådet vurderede, at de undersøgelser, der blev foretaget på Behandlingssted 1, var i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer; at der var foretaget de fornødne undersøgelser, som forholdene tilsagde, og med den fornødne hurtighed.

Der blev både i ambulance og ved ankomst til sygehuset relevant taget EKG. De EKG, der var tilgængelige for Retslægerådet, viser utvetydige tegn på akut blodprop i hjertet. Den derefter foretagne akutte ultralysscanning af hjertet er beskrevet med normal pumpefunktion af hjertet og uden tegn på bristning af legemspulsåren i dennes første forløb fra hjertet. Undersøgelserne er i sig selv tilstrækkelige til at bekræfte diagnosen akut blodprop i hjertet.

Da sagsøger også klagede over koldt højre ben, blev der adækvat udført akut scanning af brystkasse og mave. Undersøgelsesresultatet blev af en radiolog på Behandlingssted 2 beskrevet som blodprop i legemspulsåren i maven strækkende sig ned i pulsåren til højre ben.

På Behandlingssted 1 tolkede man på trods af klassiske symptomer og fund på akut blodprop i hjertet ikke, at sagsøger havde en akut blodprop i hjertet, men at der var tale om aorta dissektion.

Retslægerådet vurderer, at der er tale om et lægeligt fejlskøn.

I besvarelsen af spørgsmål 1 c) udtaler Retslægerådet, at da sagsøger på Behandlingssted 1 havde symptomer og EKG-mæssige tegn på blodprop i hjertet, burde sagsøger efter almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer have været konfereret med hjertecenter med henblik på akut ballonudvidelse af koronararterier, og der burde være iværksat behandling med blodpropopløsende medicin. At dette ikke fandt sted, kan tilskrives fejlskønnet. Det vurderes, at det har medført en forsinkelse på 2-3 timer i forhold til den almindeligt anerkendte medicinske behandling.

I spørgsmål 3 blev Retslægerådet anmodet om, hvis behandlingen blev konstateret ikke at leve op til de dagældende lægefaglige retningslinjer og normer, at udtale sig om, hvilken om nogen betydning det har haft for sagsøgers sygeforløb og tilstand.

Hertil svarede Retslægerådet:

"Retslægerådet vurderer, at en tilstand med smerter i hele kroppen, også i hvile, ikke kan tilskrives den behandling sagsøger modtog på Behandlingssted 1. Fortsat betydelig nedsat gangfunktion vurderes relateret til sagsøgers grundtilstand, med udbredt åreforkalkning (aterosklerose) og kan ikke tilskrives behandlingen.

Åndenød og forpustethed vurderes ligeledes ikke relateret til behandlingen, idet der foreligger ultralydsundersøgelse af hjertet fra 2013 med god pumpefunktion (EF 50 procent), men tegn på forhøjet blodtryk i lungekredsløbet og lungefunktionsundersøgelse med let reduceret lungefunktion.

De kognitive problemer, blandt andet i form af forringet hukommelse og talevanskeligheder, vurderes at være en følge af det akutte sygdomsforløb med blandt andet hjertestop og en periode med dårlig cirkulation i hjernen på grund

af lavt blodtryk. Tilstanden i det akutte forløb har medført blodprop i hjernen og iltmangel i en periode. Med hensyn til betydningen af forsinkelsen i behandlingen på udvikling af hjertestop og nedsat blodcirkulation henvises til besvarelsen af spørgsmål 1 og spørgsmål B".

I spørgsmål B blev spurgt, om hjertestoppet med efterfølgende funktionsnedsættelse var en følge af grundlidelsen, behandlingen på Behandlingssted 1 eller eventuelle andre forhold.

Hertil svarede Retslægerådet:

"Sagsøgers hjertestop i forbindelse med revaskularisering vurderes at være en følge af grundlidelsen i form af udtalt åreforkalkning (aterosklerose) .

Hjertestop i forbindelse med blodprop i hjertet er en ikke ualmindelig komplikation. Risiko for at udvikle hjertestop er afhængig af mange forhold, ikke mindst hastigheden hvormed medicinsk og revaskulariserende behandling iværksættes. Behandlingen på Behandlingssted 1 medførte forsinkelse af almindelig anerkendte behandling, hvilket vurderes at have forøget sagsøgers risiko for at udvikle hjertestop i forløbet."

Retslægerådet blev stillet yderligere spørgsmål, som blev besvaret i udtalelse af 22. november 2016

Sagsøger ønskede en uddybning af besvarelsen af spørgsmål 1 og bad herunder Retslægerådet besvare, hvordan begrebet "fejlskøn" skulle forstås i besvarelsen af spørgsmål 1 a).

Retslægerådet henviste her til det, der i Betænkning om Retslægerådet er anført om Retslægerådets ordvalg.

Sagsøgers spørgsmål 5 relaterede sig til vigtigheden af hurtig igangsættelse af adækvat behandling og om, hvorvidt risikoen for komplikationer og følgevirkninger stiger, jo længere tid der går inden relevant behandling.

Hertil bemærkede Retslægerådet, at spørgsmålet var af generel karakter, og henviste til gældende lægefaglige retningslinjer, "der netop pointerer vigtigheden af hurtig relevant diagnostik og behandling i forbindelse med blodprop i hjertet, idet det er velbeskrevet i litteraturen, at risiko for senfølger/komplikationer er relateret til tidsfaktoren".

I besvarelsen af spørgsmål 6 svarede Retslægerådet benægtende på, om der i sagen her er konkrete forhold, der viser, at rettidig diagnosticering og hurtigere behandling ville have været uden betydning for forløbet og risikoen for de indtrådte følgevirkninger og blivende gener.

Spørgsmål G drejede sig om den anslåede risiko for at udvikle hjertestop for en patient med en blodprop i hjertet som den, sagsøger indledningsvist havde, og under hensyn til hans forhold og den givne behandling.

Retslægerådet besvarede spørgsmålet i forhold til risikoen for at dø, der for en patient som sagsøger estimeredes til ca. 7 % ved behandling inden for 4 timer og til ca. 12 % ved behandling efter 4 timer.

Ved den tredje forelæggelse citerede sagsøger i sit spørgsmål 8 fra betænkningen definitionerne på henholdsvis "fejl" og "fejlskøn" og anmodede under henvisning til den tidligere besvarelse af spørgsmål 1 Retslægerådet om at oplyse, hvorvidt behandlingen af sagsøger var en fejl eller et fejlskøn.

Retslægerådet bemærkede hertil, at som anført i den tidligere besvarelse er der her tale om et fejlskøn.

I spørgsmål 9 ønskede sagsøger oplyst, om diagnosen dissektion i stedet for akut blodprop i hjertet, var begrundet i de kliniske tegn og undersøgelsesresultaterne.

Retslægerådet svarede:

"Behandlingen af sagsøger for aortadissektion på Behandlingssted 1 blev foretaget ud fra kliniske tegn og tolkningen af de undersøgelser, der blev foretaget. Lægerne i Behandlingssted 1 lagde i højere grad vægt på deres egen tolkning af CT-skanningen og de kliniske fund end på for eksempel EKG-forandringerne."

I besvarelsen af spørgsmål 12 forklarede Retslægerådet, at en blodprop ikke som forudsat af sagsøger i spørgsmålet "sætter sig fast", men udvikles på et sted i en blodåre, der fornyer hjertemusklen med blod, hvilket medfører skade på hjertemusklen. Skaden i sagen her skønnes opstået kl. 10.45.

I spørgsmål L anmodede sagsøgte Retslægerådet om at besvare de tidligere spørgsmål om risikoen for at udvikle hjertestop under henvisning til, at den tidligere besvarelse var baseret på risikoen for død.

Retslægerådet svarede:

"Risikoen for hjertestop hos en patient svarende til sagsøgers forløb er størst i de første timer efter blodproppens opståen, hvor 5-10 % udvikler hjertestop. Hjertestoprisikoen ændres ikke væsentligt ved den initialt givne medicinske behandling, og hjertestop per se, som hurtigt konverteres, ændrer ikke prognosen. Årsagen til sagsøgers langvarige hjertestop (og hjerneskade) er, at han i forbindelse med hjerterinfarkt (blodproppen) udvikler kardiogent (hjertebetinget) shock, som er forbundet med langvarigt lavt blodtryk i samtlige organers kredsløb inklusiv hjernens. Om denne shocktilstand kunne være undgået, såfremt den antitrombotiske behandling var iværksat tidligere, er ikke sandsynligt (< 50 %)."

Parternes synspunkter

Sagsøger har i overensstemmelse med sit påstandsdokument gjort gældende, at der efter § 20, stk. 1, nr. 1 i lov om Klage- og Erstatningsadgang inden for Sundhedsvæsenet skal ydes erstatning, hvis der er påført sagsøger en skade som følge af en behandling, der ikke har levet op til den behandling, som en erfaren specialist ville have udført.

Efter Retslægerådets besvarelse i sagen, herunder besvarelse af spørgsmål 8, er der begået fejl ved sagsøgers behandling på Behandlingssted 1. Behandlingssted 1 var ikke hurtig nok til at reagere på resultaterne af undersøgelserne, der viste en blodprop, og selv efter konferering med Behandlingssted 2's specialister, agerede man ikke i henhold hertil, men fortsatte ud fra den forkerte diagnose i form af dissektion, alt medførende en betydelig forsinkelse med den relevante behandling af sagsøger. Der er derfor begået faglige fejl, der må betragtes som klare faglige fejl.

Det gøres videre gældende, at fejlen har medført en skade og et tab, og at der er årsagssammenhæng. Sagsøgers symptomer startede den 13. november 2010, ca. kl. 9.00. Der blev rekvireret ambulance, og undervejs blev der bl.a. lavet hjertekardiogram, EKG. Retslægerådet anfører ved blandt andet svar på spørgsmål 1 a) ,at EKG viste ”utvetydige tegn på akut blodprop i hjertet (ST-elevationsinfarkt) .”

På Behandlingssted 1 blev der foretaget supplerende undersøgelse i form af bl.a. ultralydsskanning af hjertet, der viste, at der ikke var dissektion af legemspulsåren. Retslægerådet anfører, at ”disse undersøgelser er i sig selv tilstrækkelige til at bekræfte diagnosen akut blodprop i hjertet (Akut myokardie infarkt) .”

Undersøgelserne blev endvidere konfereret med radiolog på Behandlingssted 2, der beskrev muraltrombe (blodprop) i aorta abdominalis. Behandlingssted 1's arbejdede uanset dette fortsat ud fra opfattelsen af, at der forelå dissektion (bristning i blodåre) og ikke blodprop. Det fører Retslægerådet til at anføre, at der er tale om et lægeligt fejlskøn, jf. svar på spørgsmål 1.

Behandlingssted 1, der behandlede for dissektion, har således behandlet i direkte modstrid med de kliniske fund og undersøgelser, der forelå, og har behandlet sagsøger for den forkerte lidelse. Fejlen har medført, at der ikke er behandlet korrekt med blodpropopløsende medicin, og at der ikke blev foretaget hurtig overflytning til specialbehandling på Behandlingssted 2 med henblik på akut ballonudvidelse, jfr. svar på spørgsmål 1 c) . Først sent og med almindelig ambulance blev sagsøger overført til Behandlingssted 2, hvor han ankom ca. kl. 16.45, og først på det tidspunkt blev iværksat korrekt behandling. Sagsøger lider i dag af varige følger efter blodprop og følger efter hjertestop, som opstod på Behandlingssted 2 i forbindelse med behandlingen.

Præsumptivt har en klar fejl og så betydelig forsinkelse haft betydning for sygeforløbet.

Retslægerådet har ved svar på spørgsmål B anført, at behandlingen på Behandlingssted 1, herunder forsinkelsen af iværksættelse af almindelig anerkendt behandling for sagsøgers lidelse, foruden følger efter blodprop med vævsdød m.v. har forøget sagsøgers risiko for udvikling af hjertestop i forløbet. Ved svar på spørgsmål G har Retslægerådet anført, at risiko for blodprop i hjertet i en situation som sagsøgers forekommer ca. ved 7% af tilfældene ved behandling ifølge gældende retningslinjer inden for 4 timer, og for 12% af patienterne, hvor behandlingen iværksættes efter 4 timer, dvs. svarende til ca. 40% forøgelse. Jo længere tid behandlingen er om at blive iværksat, jo større vævsdød i det område, der forsynes af blodet, hvor blodproppen har sat sig. Derudover øges som anført risikoen for hjertestop. I forbindelse med sagsøgers hjertestop udviklede sagsøger kardiogent shock, der efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål L ikke med overvejende sandsynlighed kan siges at være blevet undgået, såfremt der var iværksat antitrombotisk behandling tidligere.

Det ændrer imidlertid ikke på, at den manglende rettidige antitrombotiske behandling har øget sagsøgers risiko for blodprop betydeligt og dermed også i forbindelse med blodprop at udvikle som faktisk sket kardiogent shock.

Sagsøger gør gældende, at der således som følge af de fejl, der er begået, og den dermed medførte betydelige forsinkede relevante behandling af sagsøger, er påført sagsøger en skade i form af såvel skade ved forsinket behandling mod blodprop som skade som følge af hjertestop med udviklet kardiogent shock.

Det gøres gældende, at den behandling, der blev foretaget på Behandlingssted 1, der ikke fulgte resultatet af de EKG-undersøgelser, der forelå, og specialistcenterets (Behandlingssted 2's) angivelse af behandling, ikke alene har været forkert, men som ovenfor anført også udtryk for en klar lægelig fejl.

Sagsøger gør på den baggrund gældende, at bevisbyrden i en sag som denne, hvor der foreligger en klar faglig fejl, er et præsumptionsansvar, og sagsøger skal derfor efter retspraksis have erstatning, medmindre der kan bortses fra muligheden for, at han ved rettidig diagnosticering og behandling havde fået et andet udfald. Der kan ikke i denne sag bortses fra muligheden for, at en tidligere behandling af sagsøger ville have medført et andet udfald, tværtimod, jfr. ovenfor.

Sagsøger skal derfor have erstatning.

Sagsøger gør under sagen således gældende, at de begåede fejl væsentligt har forøget risikoen for følger efter blodproppdannelse, herunder hjertestop, og at der er tale om en klar faglig fejl ved, at lægerne på Behandlingssted 1 har handlet imod de resultater, der forelå, og imod anvisningerne fra specialisterne på Behandlingssted 2 og derved har påført sagsøger en urimelig risiko.

Sagsøger burde have fået iværksat antitrombotisk behandling og hurtigt og akut have været overført til Behandlingssted 2 til videre behandling, uanset om han udviste tegn på blodprop eller den i princippet lige så alvorlige tilstand dissektion, der begge kræver specialistbehandling efter de dagældende retningslinjer.

Sagsøger skal derfor have erstatning, medmindre der ikke er rimelig tvivl om, at han ikke er påført skaden ved den forsinkelse, der er sket. Henset til retningslinjerne for behandling, hvor det betones, at hurtig behandling og inden for 4 timer er afgørende for helbredelse og begrænsning af skade, så er der rimelig mulighed for, at en tidligere og korrekt behandling ville have ændret forløbet for sagsøger, herunder kardiogent shock. Sagsøgtes afgørelse, der ikke giver ret til erstatning under angivelse af, at der ikke er sket en skade, og hvor bevisbyrden tilsyneladende påhviler sagsøger, skal derfor ophæves, således at Patienterstatningens afgørelse er gældende.

Sagsøgte har i overensstemmelse med sit påstandsdokument overordnet gjort gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte Ankenævnets afgørelse af 1. april 2015, hvorved Ankenævnet vurderede, at sagsøger ikke med overvejende sandsynlighed var påført en patientskade i forbindelse med behandlingen på Behandlingssted 1 den 13. november 2010, jf. § 19, stk. 1, nr. 1 og § 20, stk. 1 i lov om Klage- og Erstatningsadgang inden for Sundhedsvæsenet.

Ankenævnet er et af lovgiver udpeget kollegialt organ, hvor der blandt andet medvirker to sagkyndige medlemmer. Der skal derfor være et sikkert grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse. Bevisbyrden herfor er sagsøgers og er ikke løftet. Sagsøger har herunder ikke godtgjort, at behandlingen på Behandlingssted 1 med overvejende sandsynlighed har været årsag eller medvirkende årsag til hans skade i form af funktionsnedsættelse som følge af hjertestop på grund af en forudgående blodprop i hjertet.

Ankenævnet har vurderet, at det er mere sandsynligt, at sagsøgers sygdomsforløb med efterfølgende funktionsnedsættelse er en følge af hans grundsygdom i form af en blodprop i hjertet, og at det således ikke er overvejende sandsynligt, at sagsøgers skade skyldes behandlingen, som han modtog på Behandlingssted 1.

Ankenævnet fandt, at tidsforbruget på tre timer til undersøgelse og transport til Behandlingssted 2 ligger inden for, hvad man almindeligvis må forvente. Ankenævnet vurderede endvidere, at selvom sagsøger var blevet overflyttet til Behandlingssted 2 tidligere, har det ikke med overvejende sandsynlighed haft betydning for det endelige udkom, da sagsøgers tilstand allerede under transporten blev forværret pga. kardiogent shock. Sagsøger ville derfor under alle omstændigheder have været i kardiogent shock ved ankomst til Behandlingssted 2, selvom han var ankommet tidligere.

Retslægerådet er i spørgsmål G - J blevet bedt om at udtale sig om risikoen

for hjertestop, uden det dermed indebærer døden, herunder hvis medicinsk behandling var iværksat 2 - 3 timer tidligere. Retslægerådet har i stedet svaret på dødsrisikoen og altså ikke risikoen for hjertestop.

Selv hvis det lægges til grund, at risikoen og risikoforøgelsen for hjertestop svarer til risikoen for død, er der heller ikke på baggrund af Retslægerådets svar grundlag for at antage, at det er overvejende sandsynligt, at sagsøger er påført en helbredsforringelse. Det må således på baggrund af Retslægerådets svar konstateres, at sagsøger - den givne behandling taget i betragtning - havde en risiko på 7 procent for at afgå ved døden i efterforløbet, bl.a. på grund af risikoen for hjertestop. Denne risiko forøges efter Retslægerådets vurdering til 12 procent ved behandling efter 4 timer.

En risikoforøgelse fra 7 til 12 procent ikke tilstrækkelig til, at det kan konkluderes, at skaden, der indtræder, med overvejende sandsynlighed må tilskrives behandlingen. Derimod er den største risikofaktor fortsat grundlidelsen, og dermed er det overvejende sandsynligt, at det er grundlidelsen, der er årsagen.

I sagen er det desuden oplyst, at sagsøger havde haft symptomer siden ca. kl. 9 om morgenen, og på baggrund af Retslægerådets svar på spørgsmål 1c må det antages, at der først var anledning til at påbegynde medicinsk behandling kl. 13, hvor Behandlingssted 2's vurdering af CT-scanningen forelå. Dette er netop 4 timer efter symptomdebut, og Retslægerådets uddybende svar giver dermed heller ikke grundlag for at konkludere, at behandlingen medførte en risikoforøgelse, idet det end ikke havde været muligt at påbegynde behandling inden for 4 timer efter symptomdebuten.

Dette understøttes yderligere af, at Retslægerådet i svaret på spørgsmål L angiver, at årsagen til sagsøgers langvarige hjertestop og hjerneskade er, at han i forbindelse med blodproppen udviklede hjertebetinget shock, og at det ikke er sandsynligt, at sagsøgers shocktilstand kunne være undgået, såfremt den antitrombotiske behandling var iværksat hurtigere.

Retslægerådet er altså enig med Ankenævnet i, at shocktilstanden under alle omstændigheder ikke kunne have været undgået, heller ikke ved optimal behandling på Behandlingssted 1, samt at sagsøgers følgeskader skyldes denne shocktilstand og dermed grundlidelsen.

Retslægerådets udtalelse understøtter dermed i det hele Ankenævnets vurdering af spørgsmålet om årsagssammenhæng mellem skaden og behandlingen.

Det forhold, at Retslægerådet i svaret på spørgsmål 6 angiver, at rådet ikke kan pege på konkrete forhold, der viser, at hurtigere behandling ville være uden betydning, er ikke tilstrækkeligt til at løfte beviset for en tilsidesættelse af Ankenævnets afgørelse i denne sag, da svaret ikke giver grundlag for at konkludere, at sagsøger med overvejende sandsynlighed er påført en skade

som følge af behandlingen.

Selvom Ankenævnet i afgørelsen har anerkendt, at en erfaren specialist ville have handlet anderledes under de givne omstændigheder, bestrides det, at behandlingen udgjorde en egentlig ansvarspådragende lægefejl, der ville udgøre et selvstændigt ansvarsgrundlag, såfremt klage- og erstatningslovens bestemmelser ikke fandt anvendelse.

At der ikke foreligger en klar lægefaglig fejl, der vil være ansvarspådragende, understøttes af Retslægerådets udtalelse. I svaret på spørgsmål 1 og 8 udtaler Retslægerådet, at afvigelserne i behandlingen på Behandlingssted 1 udgør "fejlskøn". Der er ikke støtte for, at det forhold, at der foreligger et lægeligt fejlskøn, medfører, at der er grundlag for bevislempelse. Derimod vil et fejlskøn end ikke udgøre en tilsidesættelse af specialistmålestokken i lovens § 20, stk. 1, nr. 1, idet et "fejlskøn" er udtryk for, at det først efterfølgende kan konstateres, at man burde have handlet anderledes.

Et "fejlskøn" betyder nemlig, at lægen ikke har begået en faglig fejl, men blot at det efterfølgende/retrospektivt viser sig, at behandleren burde have valgt en anden behandlingsstrategi, jf. Betænkning om Retslægerådet 1990, s. 138, og Retslægerådets årsberetning fra 2006, s. 63-68. Fejlskønnet kan derfor under ingen omstændigheder begrunde bevislempelse.

Sammenfattende giver Retslægerådets svar ikke tilstrækkeligt grundlag for at tilsidesætte ankenævnets vurderinger til fordel for sagsøger, herunder for at lægge en anden vurdering til grund i forhold til spørgsmålet om årsagssammenhæng, end den vurdering, som fremgår af Ankenævnets afgørelse.

Ankenævnet har ikke taget stilling til spørgsmålet om skadens omfang allerede af den grund, at Ankenævnet har vurderet, at sagsøger ikke er påført en mérskade som følge af behandlingen. Rettens prøvelse er dermed også begrænset hertil. Måtte retten tilsidesætte Ankenævnets afgørelse, bør sagen hjemvises, således at Ankenævnet kan forholde sig til, hvilken erstatning sagsøger måtte være berettiget til.

Rettens begrundelse og afgørelse

Sagsøgte er et kollegialt rekursorgan med deltagelse fra sagkyndige på det pågældende område.

Derfor skal der som anført af sagsøgte et sikkert grundlag til for at tilsidesætte sagsøgtes afgørelse.

Sagsøgte har vurderet, at den forsinkelse, som skyldtes den indledende fejlagtige diagnosticering, ikke med overvejende sandsynlighed har været årsag til det hjertestop, der medførte den funktionsnedsættelse, som sagsøger har pådraget sig, og at sygdomsforløbet er en følge af sagsøgers grundsygdom.

Retslægerådet har udtalt og på gentagen forespørgsel fastholdt, at den forkerte diagnosticering ikke er en fejl, men et fejlskøn, således som disse termer er defineret.

Retslægerådet har endvidere bekræftet sagsøgtes vurdering af, at der ikke er årsagsforbindelse mellem dette fejlskøn og de helbredsmæssige følger, som sagsøger har fået efter forløbet. Af de gener, som sagsøger ifølge de lægelige akter har, er det alene de kognitive problemer, der efter Retslægerådets opfattelse er en følge af det i sagen her omhandlede sygdomsforløb med hjertestopet og perioden med iltmangel i hjernen, og hjertestopet vurderes et være en følge af grundlidelsen, udtalt åreforkalkning.

Retten finder herefter, at sagsøger hverken har godtgjort, at der er sket sådanne lægelige fejl, at der skulle være grundlag for bevislempelse i relation til årsagsforbindelse, eller at der skulle være overvejende sandsynlighed for, at den forsinkelse, som den forkerte diagnose ved Behandlingssted 1 gav anledning til, har været årsag til særskilt helbredsmæssig skade udover, hvad der fulgte af grundlidelsen.

Efter sagens resultat skal sagsøger betales sagsomkostninger til sagsøgte med 80.000 kr. med tillæg af moms til dækning af udgift til advokat, hvorved er taget udgangspunkt i sagens værdi, der må anses at være de ca. 2,4 million kr., som Patienterstatningens afgørelse indebar, men i øvrigt på den ene side henset til omfanget af forberedelsen, hvor der tre gange er sket forelæggelse for Retslægerådet, på den anden side den relativt korte varighed af hovedforhandlingen.

Thi kendes for ret:

Sagsøgte Ankenævnet for Patienterstatningen frifindes.

Sagsøger A skal inden 14 dage betale 100.000 kr. i sagsomkostninger til sagsøgte.

Katrine B. B. Eriksen
dommer

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Retten i Glostrup, den 15. april 2019.

Signe Ljungdahl Romme Hansen, Afdelingsleder