



RETTE PÅ FREDERIKSBERG DOM

afsagt den 8. februar 2022

Sag BS-494/2015-FRB

A
(advokat Jakob Fink)

mod

Ankenævnet for Patienterstatningen
(advokat Aleksander Lind)

Denne afgørelse er truffet af dommer P. G. Jensen.

Sagens baggrund og parternes påstande

Retten har modtaget sagen den 23. april 2015.

Sagen drejer sig om, hvorvidt sagsøgeren som følge af utilstrækkeligt opsyn efter en operation i hjernen er blevet påført skader, som kan anerkendes som erstatningsberettigende efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1.

A har nedlagt følgende påstand:

Ankenævnet for Patienterstatningen tilpligtes at anerkende, at A blev påført en patientskade omfattet af klage- og erstatningsansvarsloven (KEL) som følge af behandlingen på Behandlingssted 1 den 16. april 2013 og frem.

Ankenævnet for Patienterstatningen har nedlagt påstand om frifindelse.

Oplysningerne i sagen

Dommen indeholder ikke en fuldstændig sagsfremstilling, jf. retsplejelovens § 218 a.

Af Patientskadeankenævnets afgørelse af 12. december 2014 fremgår:

" ...

Ved Patienterstatningens afgørelse af 27. maj 2014 (sagsnr. 13-7283) blev det anerkendt, at A var påført en erstatningsberettigende skade i form af eventuelle følger af utilstrækkeligt opsyn efter operation i hjernen, jf. klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1.

Behandlingssted 1 har ved brev af 11. juni 2014 klaget over afgørelsen til Patientskadeankenævnet.

Det er blandt andet anført, at observationen af A i natten til den 20. april 2013 var i overensstemmelse med erfaren specialiststandard. A var således fire døgn efter operationen og derfor uden for perioden for vanlige komplikationer, ligesom der ikke i øvrigt var særlige forhold, der krævede yderligere monitorering.

Den efterfølgende udvikling i patientforløbet var således akut og uventet.

Patientskadeankenævnet har på møde den 11. december 2014 truffet følgende

Afgørelse;

Patienterstatningens afgørelse af 27. maj 2014 ændres, således at betingelserne for at yde erstatning efter klage- og erstatningslovens § 21, stk. 1, jf. 20, stk. 1, nr. 1, ikke er opfyldt.

Patientskadeankenævnets afgørelse kan indbringes for domstolene inden 6 måneder efter, at afgørelsen er meddelt. Retten kan stadfæste, opheve eller ændre afgørelsen,

Sagsfremstilling

Der henvises til sagsfremstillingen i Patienterstatningens afgørelse af 27. maj 2014.

Begrundelse og resultat

Ifølge klage- og erstatningslovens § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1, kan der ydes erstatning, hvis der opstår skade som følge af en forsinket diagnose og behandling af patientens sygdom, og denne forsinkelse skyldes, at undersøgelse og behandling har afvejet fra, hvad den erfarne specialist på det pågældende område havde gjort. Det afgørende vedrørende sager om forsinket diagnosticering er, om der blev iværksat de relevante undersøgelser m.v., som en erfaren specialist ville have iværksat ud fra den viden, som den pågældende havde på behandlingstidspunktet, herunder objektive fund og patientens subjektive klager.

Det er Patientskadeankenævnets vurdering, at opsynet på Behandlingssted 1 efter operationen den 16. april 2013, blev udført i overensstemmelse med, hvorledes en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold, ville have handlet.

Nævnet har ved afgørelsen lagt vægt på, at ^A de første dage efter operationen var vågen og klar. ^A udviklede bulbær tale (sløret tale), men i øvrigt ingen tegn på forhøjet intrakranielt tryk, herunder ingen hovedpine, kvalme eller opkastninger. I forløbet op til morgenen den 20. april 2013, hvor ^A fandtes ukontaktbar, var der således ikke symptomer på hydrocephalus (væske i hjernen), som diagnosticeret ved CT-scanning den 20. april 2013.

Nævnet har videre lagt vægt på, at ^A i det første døgn efter operationen blev observeret i semiintensivt opvågningsregi, hvorefter hun blev overflyttet til sengeafsnittet. Det er i denne forbindelse nævnets vurdering, at der i det foreliggende journalmateriale ikke er oplysninger om ^{A's} helbredstilstand, der indikerer, at hun havde behov for yderligere observation i semiintensivt regi.

Derudover har nævnet lagt vægt på, at det på neurokirurgiske sengeafsnit ikke er almindelig praksis at vække patienterne flere gange i løbet af natten med henblik på måling af GCS (Glasgow Coma Score) eller pupilforhold, med mindre særlige forhold taler herfor. På baggrund af de foreliggende oplysninger, er det nævnets vurdering, at ^A helbredstilstand ikke tilsagde tættere neurologisk observation i natten til den 20. april 2013.

På denne baggrund er det nævnets vurdering, at betingelserne for at yde erstatning efter klage- og erstatningslovens § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1, ikke er opfyldt. ^A er herefter ikke berettiget til godtgørelse og erstatning.

Med disse bemærkninger ændres Patienterstatningens afgørelse af 27. maj 2014...”

Af Retslægerådets erklæring af 22. september 2016 fremgår:

” ...

Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes oplyse, om operationen den 16. april 2013 efter Retslægerådets vurdering blev udført i overensstemmelse med almindelige anerkendte retningslinjer.

Ja, indgrebet lever op til alment anerkendte lægefaglige retningslinjer.

Der var tale om et meningeom (godartet bindevævssvulst WHO grad 1) med dokumenteret vækst placeret i basis kranii (petroklivalt) med kontakt til hjernestammen. Placeringen af meningeomet var kompliceret, hvilket var baggrunden for at se an i første omgang, idet meningeomet blev opdaget i forbindelse med en scanning for anden lidelse, og sagsøger var uden kliniske symptomer fra hjernestammen og kranienerver på tidspunktet for første MR-scanning i 2012.

Ved operationen den 16.04.13 blev der foretaget en retrosigmoid cerebello-pontin adgang med mikrokirurgisk fjernelse ved brug af mikroinstrumenter og mikroskop i fuld overensstemmelse med alment anerkendt lægefaglig standard. Overlægen er subspecialiseret indenfor basis kranii sygdomme og er trænet i at foretage den slags vanskelige operationer. Subspecialiseringen foretages på alle 4 neurokirurgiske afdelinger i Danmark herunder indenfor basis kranii sygdomme. Det fremgår af operationsobservationsskemaet, at indgrebet levede op til sikker kirurgi standarden (WHO guideline 2009). Operationsforløbet var ligeledes ukompliceret uden langvarig operationstid (cirka 4 timer) med et begrænset blodtab på 550 ml. Undervejs blev vigtige nervestrukturer identificeret (kranienerver, hjernestamme), og tumors blodforsyning ophævet, ligesom tumor ikke kunne radikal fjernes (operationsbeskrivelse side 12, bilag 1.1, 1.2, 1.3) med baggrund i indvækst i kranienerver.

Postoperativt protraheret opvågning, hvorfor der foretages en postoperativ akut CI-scanning af hjernen visende normale postoperative fund. Sagsøger vågner derefter gradvist op.

Spørgsmål 2:

Retslægerådet bedes oplyse risikoen for, at en patient med A's grundsygdom og sygeforløb samlet set udvikler de konkrete

komplikationer i form af blandt andet balance- og koordinationsproblemerne, nedsat kraft i højre side, massive sprogveskkeligheder inkontinens som følge af en blodprop med tilstødende væskedannelse i hjernen.

Risikoen bedes anført i procent.

Komplikationer er relateret til:

- Patientens alder
- Co-morbiditet
- Tumor størrelse
- Tilstedeværelse af lette eller svære neurologiske symptomer på operationstidspunktet som udtryk for tumortryk
- Tumor placering
- Kirurgens ekspertise og erfaring

Operationer af meningeom i basis kranii medfører høj risiko for læsioner af hjernennerver samt hjernestamme. Opgørelser i litteraturen er variable, og der findes ikke en national benchmarking på linje med DNOR nationale hjernekræftregister.

Sagsøgers meningeom må klassificeres som et komplekst meningeom (petroelivalt og sinus cavernosus CLASS type III med 24% risiko for neurologisk komplikation (kar/nervehjernestamme) med et dårligt outcome enten død, vegetativ tilstand eller svære blivende neurologiske skader (Glasgow outcome scale score 1-3) hos 16 % efter 6 uger.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet bedes oplyse, om det var i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægefaglig standard at overflytte ^A til en hospitalsstue uden udvidet intensiv observation efter den udførte hjerneoperation.

Ja.

Risiko for postoperativ blødning/ødem begrundet intensiv overvågning 6-24 timer postoperativt. Sagsøger blev observeret intensivt i 1 døgn postoperativt i henhold til Behandlingssted 1's retningslinje, som er i fuld overensstemmelse med national og international standard.

Udskrivning fra intensiv afdeling til en neurokirurgisk sengeafdeling på Behandlingssted 1 foretages af operatøren selv den 17.04.13, kl. 07.33, hvor sagsøgers neurologiske status beskrives.

Observationshyppigheden på en neurokirurgisk sengeafdeling er individuel og fastlægges af neurokirurgen. Sædvanligvis har sengeafdelingerne på de neurokirurgiske afdelinger en fastlagt algoritme for scoring

af patienter baseret på en regional retningslinje (TOKS eller Early Warning Score).

Spørgsmål 4:

Retslægerådet bedes oplyse, om der i perioden kl. 00.00-10.00 den 20. april 2013 burde have været foretaget målinger af A's bevidsthedsniveau (GCS) og eller værdier for pupilreaktion eller anden observation/forundersøgelse, som Retslægerådet måtte finde relevant.

Nej, medmindre dette var ordineret af en neurokirurg.

Spørgsmål 5:

Retslægerådet bedes oplyse, om der blev foretaget tilstrækkelig neurologisk observation af A i overensstemmelse med anerkendt lægefaglig standard, herunder og i overensstemmelse med Dansk Neuro Onkologisk Gruppens "Retningslinjer for behandling af meningeomer" fra 2010 i dagene efter operationen den 16. april 2013.

Ja. Observationen af sagsøger var i overensstemmelse med alment anerkendt lægefaglig standard og lever også op til ONOG retningslinje om behandling af meningeomer. Observationen foregik på en intensiv afdeling i 1 døgn og fra den 17.04.13 og frem til den 20.04.13 på en neurokirurgisk sengeafdeling.

DNOG meningeom retningslinje er ikke en national klinisk retningslinje og er derfor ikke baseret på Sundhedsstyrelsen evidenskrav.

Spørgsmål 6:

Retslægerådet bedes oplyse, om der af sagens lægelige akter kunne konstateres en forværring af A's tilstand, herunder bevidsthedsniveau, dag for dag fra operationen den 16. april 2013 og frem til den 20. april 2013.

Nej. Efter gennemgang af sagsakterne kan en klinisk forværring af sagsøgers kliniske tilstand i anførte tidsperiode ikke konstateres.

Spørgsmål 7:

Retslægerådet bedes oplyse, hvorvidt yderligere målinger, undersøgelser eller mere intens observation må antages at have kunne forhindre A's alvorlige hjerneskade med svær højresidig lammelse mv, i at ske.

Spørgsmålet er hypotetisk.

Som udgangspunkt, og baseret på sagsøgers stabile kliniske tilstand, var yderligere målinger, undersøgelser mm. under indlæggelsen og frem til den planlagte overflytning den 20.04.13 til et rehabilitationsafsnit ikke indiceret.

Spørgsmål 8:

Giver sagen Retslægerådet anledning til yderligere bemærkninger, og i givet fald hvilke?

Nej.

Spørgsmål A:

Retslægerådet bedes oplyse, om A efter operationen på Behandlingssted 1 den 16. april 2013 og indtil den 20. april 2013 tidligt om morgenen havde symptomer på intrakranielt tryk eller væske i hjernen (hydrocephalus).

Nej. Sagsøger havde ingen symptomer lydende på et forhøjet intrakranielt tryk eller hydrocephalus. De tidlige symptomer på forhøjet tryk er hovedpine, kvalme, opkastning og lysskyhed. Sene symptomer er pupildilatation, stigende blodtryk, bradykardi, sløvhed/koma og Cheyne-Stokes respiration.

Spørgsmål B:

Retslægerådet bedes vurdere, hvorvidt tilsynet med A efter operationen den 16. april 2013 var i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer.

Tilsynet af sagsøger lever op til alment anerkendt lægefaglig standard. Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 3 og 5.

Spørgsmål C:

Retslægerådet bedes oplyse, om det er almindelig praksis at vække patienter flere gange i løbet af natten med henblik på at måle GCS eller, pupilforhold på neurokirurgiske sengeafsnit. herunder om A's helbredstilstand inden den 20. april 2013 i Givet fald tilsagde dette.

Nej, dette er ikke almindelig praksis, medmindre det er lægeordineret eller opspores undervejs. I sagsakterne foreligger ingen kliniske oplysninger, som begrundet en skærpet observation af sagsøger i perioden mellem udskrivelsen fra intensiv afdeling den 17.04.13 og den 20.04.13 på en neurokirurgisk sengeafdeling på Behandlingssted 1. Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 3.

Spørgsmål D:

Retslægerades bedes vurdere, hvorvidt det efter almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer var påkrævet at føre tilsyn, herunder intensivt tilsyn med sagsøger den 20. april 2013.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Som anført under besvarelsen af spørgsmål C var det ikke påkrævet. Efter konstatering af sagsøgers svære bevidsthedspåvirkning med årsagsafdækning den 20.04.13 var en intensiv behandling og observation nødvendig.

Spørgsmål E:

Retslægerådet bedes vurdere, om den konstaterede væske i sagsøgers hjerne (hydrocephalus,) på baggrund af et venstresidigt cerebellart hæmorrhagisk infarkt konstateret ved CT-scanning af sagsøgers hjerne den 20. april 2013 (bilag 1.1., side 29 samt bilag 1.2., side 14) og det efterfølgende operative indgreb i form af ekternt ventrikeldræn var en følge af:

- 1) A's tidligere diagnose i form af bl.a. en svulst i venstre øje (bilag 1. 1., side 1),
- 2) A's grundlidelse (tumor i hjernen),
- 3) Operationen på Behandlingssted 1 den 16. april 2013,
- 4) Evt, manglende tilsyn den 20. april 2013,
- 5) Andre forhold.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Spørgsmål F:

Retslægerådet bedes vurdere, hvorvidt de oplyste gener hos A var en følge af

- 1) Sagsøgers tidligere diagnoser
- 2) Sagsøgers grundlidelse (svulst i hjernen),
- 3) Operationen på Behandlingssted 1 den 16. april 2013,
- 4) Evt, manglende tilsyn den 20. april 2013,
- 5) Andre forhold

Såfremt der er usikkerhed forbundet med besvarelsen bedes Retslægerådet redegøre for denne usikkerhed og angive, hvad der taler henholdsvis for og imod årsagssammenhæng.

Ad. Spørgsmål E og F:

Tilstanden er forklaret ud fra punkt 2 og 3 og de biologiske variationer, som er anført under besvarelsen af spørgsmål 2.

Den tidligere diagnosticerede godartede tumor i venstre øjes pigmentepitel kan ikke antages at have relation til aktuelle tilstand med udvikling af meningeom i cerebellum. Øjentumoren kan imidlertid have haft to formildende konsekvenser for forløbet af behandlingen af meningeomet:

- 1) Det var scanningen i forbindelse med efterkontrol af øjentumoren, som var årsag til, at der fandtes vækst af meningeomet.
- 2) Behandling af øjentumoren har fart til nedsat syn, som kan antages at have formildnet generne med dobbeltsyn som følge af abducensparese.

Spørgsmål G;

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

..."

Af Retslægerådets erklæring af 14. september 2017 fremgår:

"...

Spørgsmål 9:

Speciallæge i neurokirurgi, **B**, har i en intern lægelig udtalelse af 22. februar 2014, if sagens bilag 3, anført, at observation og manglende reaktion på patientens lave bevidsthedsniveau (coma) ikke fulgte erfaren specialiststandard.

Han har til støtte herfor anført, at der i journalmaterialet ikke forelå dokumentation for, hvorledes patienten var observeret og henviste til, at der var tale om en patient med infarkt i fossa posterior (cerebellum).

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvor i sagens akter der efter rådets opfattelse i det medsendte materiale foreligger fornøden dokumentation for, hvorledes **A** blev observeret. Der ønskes særligt en henvisning til dokumentation for måling i perioden af bevidsthedsniveauet eller værdier for pupilreaktion i perioden fra 00.00 til kl. 10.00 den 20-21. april 2013.

Der henvises til Retslægerådets tidligere besvarelse af spørgsmål 3. Der forelå ikke med sikkerhed et infarkt i lillehjernen eller hjernestammen.

Sagsøger blev tilset ved operatøren 19.04.13 og flere gange derefter (11.07, 11.20, 11.26, 12.25, 15.28, 21.18). Det fremgår ikke af medsendte sagsakter, om sygeplejerskerne har foretaget en EWS scoring. EWS scoring indbefatter ikke måling af pupilreaktion. Ud fra medsendte kliniske oplysninger var sagsøgers bevidsthedsniveau intakt (GCS:15).

I medsendte sagsakter er ikke medsendt, hvordan EWS scoringen udregnes. Ud fra et lægefagligt skøn lå sagsøger sikkert på 0-1 i EWS-score, hvorfor vurdering foretages med et interval på 12 timer.

Sagsøger blev derfor ikke vækket om natten, men tilset hvor hun sov. Datoen er angivet forkert i spørgsmålet- det er mellem 19.04.13 - 20.04.13, at den kliniske forværring indtræder. Forværringen opdages 20.04.13, klokken 08:19. Det vil sige inden For intervalinstruk-sen (hver 12. time).

Spørgsmål 10:

Retslægerådet bedes i tillæg til svar på spørgsmål 3 & 4 oplyse, om der foreligger holdepunkter for, at neurokirurgen burde have ordineret målinger af ^{A's} bevidsthedsniveau (GCS) og/eller værdier for pupilreaktion — eller anden observation/undersøgelse, som Retslægerådet måtte finde relevant.

Retslægerådet bedes i sin besvarelse særligt inddrage sagens bilag 7 ("Region X – Early Warning Score — systematisk observation og risikovurdering af indlagte patienter samt dertil hørende handlingsalgoritme") bilag 8 ("Behandlingssted 1 - EWS Early Warning Score — arbejdsgang i Neurokirurgisk Klinik") i sin besvarelse og herunder oplyse, om observationen i perioden fra den 16. april 2013 til den 21. april 2013 har været i overensstemmelse med den angivne instruks og vejledning.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Baseret på besvarelse af spørgsmål 3 og 4, hvor x-hospitalet formentlig har efterlevet EWS scoringen, men dokumentation er ikke medsendt til Retslægerådet. Det var ikke indiceret med en hyppigere observation end hver 12. time ud fra journaloplysningerne, men Retslægerådet kender ikke værdien af de 6 nævnte værdier fra dag til dag (respirationsfrekvens, saturation, puls, BT, bevidsthedsniveau og temperatur).

Spørgsmål 11:

Retslægerrådet anmodes om at oplyse, om de nye akter i sagen (bilag 7, 8 og 9) i øvrigt måtte give anledning til bemærkninger og/eller til en ændret besvarelse af de tidligere stillede spørgsmål.

Retslægerrådet

Nej.

..."

Af Retslægerrådets erklæring af 5. februar 2018 fremgår.

" ...

Spørgsmål F:

Retslægerrådet har på spørgsmål 4 svaret "nej, medmindre dette var ordineret af en neurokirurg" til, at der i perioden kl. 00.00 - 10.00 den 20. april 2013 burde have været foretaget målinger af A's bevidsthedsniveau (GCS) og/eller værdier for pupilreaktion - eller anden observation/undersøgelse, som Retslægerrådet måtte finde relevant.

I besvarelsen af spørgsmål 5 og B har Retslægerrådet derudover anført, at observationen og tilsynet af sagsøger var i overensstemmelse med alment anerkendt lægefaglig standard.

Giver Retslægerrådets besvarelse af spørgsmål 9 og 10 anledning til en ændring af disse eller øvrige besvarelser?

Nej.

..."

Af Retslægerrådets erklæring af 18 august 2020 fremgår:

" ...

Spørgsmål 12:

Retslægerrådet har i svar på spørgsmål 9 oplyst, at der ikke med sikkerhed forelå et infarkt i lillehjernen eller hjernestammen.

Retslægerrådet bedes oplyse, om det er overvejende sandsynligt (med en sandsynlighed på mere end 50.01 %), at der forelå et infarkt i lillehjernen.

Svaret bedes begrundet.

Baseret på sagsøgers klinik og CT-skanning den 16. april 2013 forelå der ikke et infarkt i lillehjernen.

Der forelå et infarkt i lillehjernen den 20. april 2013, da der forelå en ny CT-skanning.

Spørgsmål 13:

Uanset besvarelsen af spørgsmål 12 bedes Retslægerådet oplyse, om behandlingen har været i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægefaglig standard, hvis man måtte lægge til grund, at der rent faktisk var et infarkt i lillehjernen. (Retslægerådet bedes lægge dette til grund).

Retslægerådet bedes begrunde sit svar

Ja, forløbet med observation har været i overensstemmelse med almen anerkendt lægefaglig standard, idet sagsøger havde et normalt post operativt forløb frem til den kliniske forværring.

Spørgsmål 14:

Retslægerådet har ligeledes i svar på spørgsmål 9 oplyst, at det ikke af akterne fremgår, om sygeplejerskerne har foretaget en EWS scoring.

Retslægerådet har imidlertid konkluderet, at sagsøger ud fra et lægefagligt skøn sikkert lå på 0 -1 i EWS-score.

Retslægerådet bedes nærmere begrunde, hvad dette svar baseres på.

Retslægerådets estimering af EWS-score er baseret på journaloplysningerne og observationsskema fra sygeplejerskerne den 19. april 2013. En ilt saturation på 94 % giver 1 point. De øvrige observationer af blodtryk, puls, temperatur og bevidsthed udløser 0 point. De forudgående dage stabil og normal respirationsfrekvens udløser ligeledes 0 point. Man kan således retfærdigvis retrospektivt anslå EWS: 1.

Spørgsmål 15:

Retslægerådet bedes oplyse, om det er at betragte som en klar fejl, såfremt der ikke blev foretaget EWS-scoring i perioden fra den 18. april til den 20. april 2013.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Hospitalets og afdelingens rammeordination og observationsalgoritmer har til formål at sikre opmærksomhed og ensartede vurderinger af patienterne med henblik på tidlig opsporing af kritisk sygdom.

"Neuro-observationer" indgår ikke i EWS med undtagelse af GCS (Glasgow coma score). EWS tager altså ikke højde for neuroidfald fra hjerne-stamme og lillehjerne, eller storhjernen for den sags skyld.

I dette tilfælde er sagsøger observeret to gange i døgnet efter det første postoperative døgn, hvilket må anses for rimeligt for en stabil patient. Det kan ikke betragtes som en klar fejl, at der ikke blev foretaget fuld EWS-score alle dagene i større hyppighed. Som bemærket burde en kliniskneurologisk forværring have udløst revurdering af læge/øget observationshyppighed/ny scoring. Men man får ikke indtryk af gradvis progression, når man læser journalnotater fra læger og plejepersonale i dagene op til den 20. april 2013.

Spørgsmål 16;

Retslægerådet bedes oplyse, om det fremlagte materiale - bilag 16 og 17- i øvrigt måtte give Retslægerådet anledning til en ændring af de tidligere besvarelser i sagen.

Nej.

Spørgsmål 17:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Spørgsmål G:

I forlængelse af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 13 bedes Retslægerådet oplyse, om observationen og tilsynet af sagsøger, på baggrund af de lægelige oplysninger om sagsøgers tilstand, som var til rådighed på behandlingstidspunktet, var i overensstemmelse med alment anerkendt lægefaglig standard.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 13.

..."

Forklaringer

Der er under hovedforhandlingen afgivet forklaring af sagsøgerens ægtefælle C og af vidnet lægekonsulent, speciallæge i neurokirurgi B.

Parternes synspunkter

A har i sit påstandsdokument anført:

"...

Til støtte for den nedlagte påstand gøres gældende, at Behandlingssted 1 v^e A af under hendes indlæggelse har handlet i strid med, hvorledes en erfaren specialist på det pågældende område ville have handlet.

Det gøres gældende, at der ikke kan findes måling af A's bevidsthed (Glasgow Coma Scale -GCS) eller værdier for pupilreaktion i perioden fra kl. 00.00 til kl. 10.00 den 20. april 2013.

Det gøres gældende, at der ligeledes heller ikke kan findes EWS-scoringer (Early Warning Score) i perioden fra den 18. april til den 20. april 2013. Der henvises til sagens bilag 17.

Det gøres gældende, at såfremt der havde været foretaget fornøden observation af A, var det faldende bevidsthedsniveau blevet konstateret, hvorved fornøden behandling kunne have været iværksat straks.

Det gøres gældende, at forløbet med ubehandlet væskedannelse i hjernen i perioden fra kl. 00.00 til kl. 10.00 den 20. april 2013 har påført A en alvorlig hjerneskade.

Det bestrides, at Retslægerådets samlede udtalelser kan tages til indtægt for, at det postoperative forløb har været i overensstemmelse med erfaren specialiststandard – dels fordi Retslægerådet kun udtaler sig om "*almindelig anerkendt lægefaglig standard*" og dels fordi udtalelserne hviler på et efter sagsøgers opfattelse forkert grundlag – nemlig at der har været foretaget fornøden observation af A.

Det faktum, at der mangler helt afgørende oplysninger om, hvilken præcis observation der har fundet sted af ^A i det postoperative forløb, bevirker, at dette i sagens natur må komme sagsøgte bevismæssigt til skade.

Det gøres således gældende, at Retslægerådets samlede vurdering af sagen er behæftet med en væsentlig usikkerhed, hvilket kommer til udtryk i bl.a. svar på spørgsmål 9, 10 og 14, idet skønnet er lavet uden, at der foreligger nogen form for EWS-scoringer umiddelbart forud for ^{A's} pludselige alvorlige helbredsmæssige forværring.

Retslægerådets udtalelser er funderet i en EWS score på 1, jf. svar på spørgsmål 14, hvilket betyder et minimums observationsinterval hvert 12. time +/- 1 time. Ved eksempelvis en EWS score på 2 er der et krav om et minimums observationsinterval hvert 6. time +/- 1 time. Det er dermed helt afgørende, hvad EWSscoren lyder på.

Samlet set gøres det gældende, at skaden skal anerkendes som en patientskade efter "specialiststandarden" i KEL § 20, stk. 1, nr. 1, idet der er årsagssammenhæng mellem den suboptimale behandling og den indtrådte skade.
..."

Ankenævnet for Patienterstatningen har i sit påstandsdokument anført:

"...

Retten til erstatning efter KEL forudsætter, at følgende betingelser er opfyldte:

Patienten skal ved behandlingen, undersøgelsen m.v. med overvejende sandsynlighed være påført en skade, jf. lovens § 19, stk. 1, jf. § 20, stk. 1. Herudover følger det af lovens § 21, stk. 1, at skade som følge af, at der ikke er stillet rigtig diagnose, kun erstattes i de i § 20, stk. 1, nr. 1 og 2, nævnte tilfælde.

Uundgåelige følger af patientens grundlidelse berettiger ikke til erstatning efter loven.

Det gøres overordnet gældende, at ^A bærer bevisbyrden for, at der er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse (bilag 10).

A bærer bevisbyrden for, at der er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse (bilag 10).

Det må ved bevisbedømmelsen i denne sag tages i betragtning, at ankenævnet på grund af sin sammensætning, der bl.a. omfatter medlemmer med lægevidenskabelig baggrund, brugen af speciallægekonsulenter ved afgørelserne, og gennem behandling af et stort antal sager har en særlig erfaring i at bedømme sager efter KEL, og at der derfor skal være et sikkert grundlag for at tilsidesætte afgørelsen.

Der er ikke under nærværende sag, herunder ved Retslægerådets besvarelser af 22. september 2016, 14. september 2017, 5. februar 2018 og 18. august 2020, fremkommet nye oplysninger eller dokumentation i forhold til grundlaget for ankenævnets afgørelse, og der er herved ikke tilvejebragt grundlag for at rejse tvivl om rigtigheden af ankenævnets afgørelse.

A har ikke godtgjort, at behandlingen afveg fra den behandling, som den erfarne specialist under de givne omstændigheder ville have ydet, jf. KEL § 20, stk. 1, nr. 1.

Det er herunder ikke godtgjort, at der er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets vurdering, hvorefter en erfarne specialist på det pågældende område med overvejende sandsynlighed ikke under de i øvrigt givne omstændigheder ville have handlet anderledes ved behandlingen af

A Behandlingssted 1 den 16. april 2013 og frem.

Opsynet med A – herunder opsynet frem til den 20. april 2013 - svarede således til det opsyn, en erfarne specialist under de givne omstændigheder ville iværksætte.

Ankenævnet har ved vurderingen heraf bl.a. lagt vægt på, at A var vågen og klar de første dage efter operationen den 16. april 2013 (bilag 1.1., sygeplejenotat side 14) og ingen symptomer havde på intrakranielt tryk i form af kvalme eller hovedpine, heller ikke om morgenen den 20. april 2013 (bilag 1.1., side 20, side 26 -27). Dette kunne således først påvises ved akut CT-scanning samme dag (bilag 1.1., side 29, samt bilag 1.2., side 14).

Det fremgår derudover ikke af oplysningerne i journalerne fra Behandlingssted 1 A's helbredstilstand medførte yderligere behov for observation i semiintensivt regi. Tværtimod vurderede lægen

den 17. april 2013, at A efter et ukompliceret postoperativt forløb kunne udskrives til stamafdeling (bilag 1.1., side 15), og derudover var der ikke indikation for flere undersøgelser (bilag 1.1., side 18).

Ankenævnet har yderligere lagt vægt på, at det ikke er almindelig praksis at vække patienter flere gange i løbet af natten med henblik på at måle GCS eller pupilforhold på neurokirurgiske sengeafsnit, med mindre særlige forhold taler for. Som nævnt ovenfor tilsagde A's helbredstilstand inden den 20. april 2013 på ingen måde dette.

3.1 Retslægerådets besvarelser støtter i det hele ankenævnets afgørelse (bilag 10)

På baggrund af Retslægerådets udtalelser fastholdes det, at det ikke er godtgjort, at der er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets vurdering, hvorefter en erfaren specialist på det pågældende område med overvejende sandsynlighed ikke under de i øvrigt givne omstændigheder ville have handlet anderledes ved behandling af A på Behandlingssted 1 den 16. april 2013 og frem.

Det fremgår af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1, at den komplicerede operation den 16. april 2013 blev udført i fuld overensstemmelse med alment anerkendte lægefaglige retningslinjer.

I forhold til det postoperative forløb oplyser Retslægerådet (besvarelsen af spørgsmål 3-5 samt B, C og D), at observationen af A efter operationen den 16. april 2013 var i overensstemmelse med alment anerkendte lægefaglige retningslinjer (både nationale og internationale), og at der ikke burde være foretaget målinger af A's bevidsthedsniveau natten til den 20. april 2013, hvorfor observationen også på dette tidspunkt var tilstrækkelig.

I overensstemmelse med ankenævnets vurdering oplyser Retslægerådet ved besvarelsen af spørgsmål C og D, at det ikke er almindelig praksis at vække patienter flere gange i løbet af natten med henblik på at måle GCS eller pupilforhold på neurokirurgiske sengeafsnit, og at A's helbredstilstand heller ikke begrundede en skærpet observation.

Supplerende hertil udtaler Retslægerådet ved besvarelsen af spørgsmål 9-10, at A den 19. april 2013 ud fra et lægefagligt skøn lå sikkert på 0-1 i EWS-score, hvorfor vurderingen af hendes tilstand

skulle foretages med et interval på 12 timer. Hertil oplyser Retslægerådet, at forværringen blev opdaget den 20. april 2013, kl. 08:17, hvilket var indenfor intervalinstruksen (hver 12. time).

Ved besvarelsen af spørgsmål 14 oplyser Retslægerådet, at EWS-scoren er fastslået retrospektivt i lyset af journaloplysninger og observations-skemaer.

Det er korrekt, at det fremgår af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 9, at de medsendte sagsakter ikke indeholder oplysninger, hvorvidt sygeplejerskerne har foretaget en EWS scoring, og at det heller ikke kan konstateres, hvordan EWS scoringen er udregnet.

I tilknytning hertil oplyser Retslægerådet ved besvarelsen af spørgsmål 10, at X-hospitalet formentlig har efterlevet EWS. Besvarelsen af spørgsmål 9, herunder de manglende sagsakter, ændrer således ikke på Retslægerådets samlede vurdering om, at behandlingen på Behandlingssted 1 den 16. april 2013 og frem blev udført i fuld overensstemmelse med alment anerkendte lægefaglige retningslinjer.

Det forhold, at Retslægerådet har oplyst, at de fremsendte sagsakter ikke indeholder samtlige oplysninger, herunder oplysninger om, hvorvidt sygeplejerskerne har foretaget en EWS scoring, kan ikke tages til indtægt for som anført af A, at EWS scoringerne ikke blev foretaget.

Det skal desuden fremhæves, at Retslægerådet har besvaret de fremsatte spørgsmål. Retslægerådet har således ikke oplyst, hvilket ofte er tilfældet, hvis dokumentationsgrundlaget er utilstrækkeligt, at Retslægerådet ikke er i stand til at besvare de fremsatte spørgsmål på baggrund af det fremsendte materiale.

Det skal i den forbindelse fremhæves, at A i det hele bærer bevisbyrden for, at der er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse (bilag 10), hvorfor eventuelle manglende besvarelser eller besvarelser fra Retslægerådet, som giver anledning til fortolkningstvivl, ikke kan udgøre et grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse.

Sagen vedrører desuden heller ikke spørgsmålet om eventuel mangelfuld journalføring, idet spørgsmålet om mangelfuld journalføring ikke afgøres efter reglerne om patientskader men efter lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

Retslægerådet slår desuden fast, at der ikke kunne konstateres klinisk forværring af A's tilstand efter operationen den 16. april og frem til den 20. april 2013, som derfor var stabil og uden symptomer på forhøjet intrakranielt tryk eller væske i hjernen. Efter Retslægerådets vurdering var yderligere målinger eller undersøgelser mv. således ikke indiceret (spørgsmål 6 og 7 samt A).

Endvidere har Retslægerådet bemærket, at den senere konstaterede væske i A's hjerne samt hendes efterfølgende gener er forklaret ud fra A's grundlidelse og operationen den 16. april (spørgsmål E og F) samt de oplyste forhold i spørgsmål 2, hvor Retslægerådet har uddybet den høje risiko for læsioner af hjernenerver samt hjernestamme ved den foretagne operation.

Supplerende til de første besvarelser gentager Retslægerådet ved besvarelsen af spørgsmål 13 og G1 (der er ved en fejl to besvarelser af spørgsmål G), at det postoperative forløb med observation har været i overensstemmelse med almen anerkendt lægefaglig standard.

Endelig oplyser Retslægerådet ved besvarelsen af spørgsmål 15, at en klinisk neurologisk forværring burde have udløst revurdering af læge/øget observationshyppighed/ny scoring, men at journaloplysningerne ikke giver grundlag for at konstatere en sådan forværring.

3.2 Formulering af spørgsmål til Retslægerådet om den erfarne specialist standard

Det er korrekt, at, når det i forbindelse med forelæggelse for Retslægerådet skal belyses, om en given behandling afveg fra den behandling, som den erfarne specialist under de givne omstændigheder ville have ydet, jf. klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1., formulere spørgsmålet således, at der spørges til, om behandlingen var i overensstemmelse med "*almindelige anerkendte lægefaglige standarder/retningslinjer*". Det skyldes det forhold, at specialiststandarden er et juridisk – og ikke et lægefagligt begreb.

Det følger dog af fast retspraksis, f.eks. U.2007.477H, at hvis behandlingen har været i overensstemmelse med almindelig anerkendte lægefaglige standarder/retningslinjer, så er der handlet efter erfarene specialiststandard.

3.3 Sammenfatning

Sammenfattende kan det konstateres, at Retslægerrådet i overensstemmelse med ankenævnets afgørelse af 12. december 2014 (bilag 10) vurderer, at en erfaren specialist på det pågældende område med overvejende sandsynlighed ikke under de i øvrigt givne omstændigheder ville have handlet anderledes ved behandling^A på Behandlingssted 1 den 16. april 2013 og frem, og at opsy^A - herunder opsynet frem til den 20. april 2013 – svarede til det opsyn, en erfaren specialist under de givne omstændigheder ville iværksætte.

Det gøres på den baggrund sammenfattende gældende, at^A ikke har godtgjort, at den anmeldte patientskade opfylder betingelserne for anerkendelse i henhold til KEL § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1, og ankenævnet bør derfor frifindes.
..."

Parterne har under hovedforhandlingen i det væsentligste procederet i overensstemmelse hermed.

Rettens begrundelse og resultat

På baggrund af Retslægerådets besvarelse af spørgsmålene A og 7 må det lægges til grund, at sagsøgeren efter operationen den 16. april 2013 og indtil den 20. april 2013 tidligt om morgenen ikke havde symptomer tydende på et intrakranielt tryk eller hydrocephalus, og baseret på sagsøgerens stabile kliniske tilstand at yderligere målinger, undersøgelser m.m. under indlæggelsen og frem til den planlagte overflytning den 20. april 2013 til et rehabilitationsafsnit ikke var indiceret.

På denne baggrund, og henset til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 6, C, 14 og 15, finder retten det ikke godtgjort, at der efter operationen og indtil den 20. april 2013 om morgenen, hvor sagsøgeren blev fundet ukontaktbar, var tale om, at hendes tilstand blev gradvist forværret, eller at der i øvrigt var tale om en tilstand efter operationen, som burde have givet anledning til en anden vurdering end den, der lå til grund for beslutningen om, hvorledes der skulle forholdes med hensyn til overvågningen af sagsøgeren i tiden indtil den planlagte overflytning til et rehabilitationsafsnit. Retten har i den forbindelse lagt til grund, at Retslægerådet ved besvarelsen var bekendt med lægekonsulenten speciallæge^{B's} synspunkt om en forværring af tilstanden, herunder særligt ved besvarelsen af spørgsmål 12 og 13, hvor der specifikt i forbindelse med Retslægerådets svar på spørgsmål 12 er henvist til spørgsmål 9, som bygger på^{B's} interne lægelige udtalelse af 22. februar 2014.

Endelig fremgår det af Retslægerådets besvarelse af spørgsmålene 5, B og 13, at forløbet med observationen af sagsøger har været i overensstemmelse med almen anerkendt lægefaglig standard.

Herefter finder retten det ikke med overvejende sandsynlighed godtgjort, at observationen af sagsøgeren efter operationen den 16. april 2013 var i uoverensstemmelse med erfaren specialiststandard med den følge, at hun blev påført en patientskade omfattet af klage- og erstatningsansvarsloven, jf. § 20, stk. 1, nr. 1.

Der foreligger derfor ikke fornødent sikkert grundlag for at ændre sagsøgtes afgørelse af 12. december 2014, hvorfor sagsøgte frifindes.

Sagsomkostningerne fastsættes efter sagens værdi, forløb, hvorunder den har været forelagt 4 gange for Retslægerådet, og udfaldet til dækning af sagsøgtes advokatudgift med 75.000 kr. Ankenævnet for Patienterstatningen er ikke momsregistreret.

THI KENDES FOR RET:

Ankenævnet for Patienterstatningen frifindes.

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

Sagsomkostningerne bliver forrentet efter rentelovens § 8 a.



Vejledning

Retten har afsagt dom i sagen.

Hvis du er utilfreds med afgørelsen, kan du som udgangspunkt anke (klage over) dommen til landsretten. Hvis du kun er utilfreds med dommens afgørelse om sagsomkostninger, kan du kære (klage over) denne del af afgørelsen til landsretten.

Ikke alle afgørelser kan ankes eller kæres

Du kan kun anke dommen, hvis forskellen mellem byrettens dom og det resultat, du ønsker at opnå i landsretten, er over 20.000 kr. Hvis forskellen er mindre, skal du have tilladelse fra Procesbevillingsnævnet for at anke.

Landsretten kan afvise at behandle en ankesag, hvis landsretten vurderer, at der ikke er udsigt til, at sagen vil få et andet udfald i landsretten.

Du kan kun kære afgørelser om sagsomkostninger, hvis omkostningsbeløbet er fastsat til mere end 20.000 kr., eller hvis retten har bestemt, at ingen af parterne skal betale sagsomkostninger, og du kræver, at modparten skal betale mere end 20.000 kr. I andre situationer kan du kun kære omkostningsafgørelsen, hvis du får tilladelse fra Procesbevillingsnævnet.

Frister for at anke og kære

Fristen for at anke er **4 uger** fra dommens dato. Hvis du ikke kan anke uden en tilladelse fra Procesbevillingsnævnet, skal du indlevere en ansøgning til Procesbevillingsnævnet inden **4 uger**.

Fristen for at kære omkostningsafgørelsen er **2 uger** fra dommens dato. Hvis du ikke kan kære afgørelsen uden tilladelse fra Procesbevillingsnævnet, skal du indlevere en ansøgning til Procesbevillingsnævnet inden **2 uger**.

Sådan gør du, hvis du vil anke eller kære

Du kan anke dommen på minretssag.dk ved at trykke på knappen "Opret appel" og derefter vælge "Anke" og følge vejledningen. Hvis du vil kære omkostningsafgørelsen, skal du vælge "Kære" og følge vejledningen.

Hvis du søger om tilladelse til anke eller kære hos Procesbevillingsnævnet, skal du indlevere din ansøgning til Procesbevillingsnævnet. Du kan ikke indlevere

ansøgningen på minretssag.dk.

Du kan læse mere på domstol.dk.

Publiceret til portalen d. 08-02-2022 kl. 12:45

Modtagere: Advokat (H) Jakob Fink, Sagsøgte Ankenævnet for
Patienterstatningen, Sagsøger A , Advokat (L) Aleksander
Lind