



RET TEN I HOLBÆK DOM

afsagt den 19. december 2022

Sag BS-17023/2018-HBK

Boet efter A v/B (advokat Jakob Fink)

mod

Ankenævnet for Patienterstatningen
(advokat Signe Rydahl Werming)

Denne afgørelse er truffet af dommer Marianne T. Øllgaard.

Parternes påstande

Retten har modtaget sagen den 16. maj 2018.

Boet efter A v/B har fremsat følgende påstande: Påstand 1.

Ankenævnet for Patienterstatningen tilpligtes at anerkende, at A under sin behandling på Behandlingssted 1 i perioden fra den 16. november 2013 og frem blev påført en erstatningsberettigende patientskade omfattet af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Påstand 2.

Ankenævnet for Patienterstatningen tilpligtes at anerkende, at boet efter A har ret til erstatning for den påførte lægemiddelskade, jf. lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 43.

Påstand 3.

Ankenævnet for Patienterstatningen tilpligtes at anerkende, at boet efter A har ret til dødsfaldserstatning.

Ankenævnet for Patienterstatningen har fremsat følgende påstande:

Principalt:

Frifindelse

Subsidiært:

Hjemvisning.

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

Oplysningerne i sagen

A var diagnosticeret med hepatitis C og blev i den forbindelse fulgt på Behandlingssted 1.

Egen læges journal indeholder bl.a. følgende epikriser fra Behandlingssted 1:

"09.05.2012 ...

...

EPIKRIS:

...

Nu ønskes vurdering dels med baggrund i leverpåvirkning, dels med baggrund i biokemi, der viser vedvarende trombocytopeni, forhøjet ferritin samt ALAT-stigning stationært omkring 115. Bilirubin 40.

...

Netop gået på efterløn efter mangeårigt fuldtidsarbejde som slagteriarbejder, stammer fra Land 1. Møder med ægtefælle og søn som tolker.

...

06.06.2012 ...

...

EPIKRIS:

Møder med 2 børn, som tolker. Har været til UL abdomen. Der er ingen fokal patologi i leveren, ...

Siden sidst fået helicobacter infektion. Gennemgået eradikationskur og faktisk fået det betydeligt bedre i maven og føler sig i dag veltilpas.

Ingen tvivl om, at pt. har kronisk hepatitis C. ..., bilirubin 40. Særdeles motiveret for behandling. Er informeret om, at evt. beh.tilbud skal tilrettelægges efter grad af leversygdom vurderet ved leverbiopsi. Står for at skulle rejse 3

mdr. på sommerferie til hjemlandet. Vi planlægger at se ham, når han vender tilbage. ...

...

18.10.2012 ...

...

EPIKRISE:

Kommer til svar på leverbiopsi, som viser kronisk inflammation, svær aktivitet og fibrosegrad 4 foreneligt med cirrose.

...

Der er ingen tegn på dekomensation, ... Således Child A cirrose.

Pt. og søn, der fungerer som tolk, grundigt informeret om rationalet bag antiviral behandling, bivirkninger og risici samt kontrolforanstaltninger. Er indstillet på at gøre et behandlingsforsøg og er klar over at det bliver hårdt, formentlig behandlingsvarighed 48 uger, hvis han responderer.

Pt og sygehistorien videre konf. med Læge 1, som er enig i ovenstående strategi.

..."

Af A's journal fra Behandlingssted 1 fremgår bl.a. følgende:

"16.01.2013 ...

...

Var linet op til behandlingsstart for hepatitis C, har makronodulær cirrose og fortsat velkompenseret leversygdom.

Skal indkaldes snarest mhp. information om ovenstående og planlægning af behandlingsstart.

...

18.11.2013 ...

Samtale i dag hvor pt's datter og svigersøn deltager samt en tolk: Har fortsat en del uspecifikke symptomer med rumlen i maven, diffuse smerter i maven og træthed. Har stort behandlingsønske i forhold til at forsøge eradikation af hepatitis C-virus.

Har ridset behandlingsprincipperne op, har biopsiverificeret cirrose og har nedsat leverfunktion som konsekvens af dette, men har ingen tegn på lever-svigt, således at der hverken er væske i bughulen, åreknuder i spiserøret eller andre tegn på avanceret leversygdom.

Alligevel vil et behandlingsforsøg med antiviral behandling øge risikoen både for infektion og forværring i leversygdommen, og såfremt dette sker, er vi nødt til at afbryde behandlingen.

Ligeledes vil evt. mangelfuld respons på behandling eller uacceptable bivirkninger ligeledes medføre at vi må indstille behandlingen.

Pt er trods disse risici meget indstillet på et behandlingsforsøg, angiver at han ikke kan forestille sig at han kan få det værre end han har det nu og håber på at leverfunktionen vil bedres efter behandlingen.

Konf. med Læge 1 og vi er enige om at tilbyde behandling initielt med 2 stoffer, langsomt optrapning til fuld dosis i PegIntron og Ribavirin, og så fremt pt's leverfunktion klarer dette, da evt. tillæg af 3. stof efter 6-8 uger.

...

26.11.2013 ...

Pt. møder med hustru og søn som tolker, til opstart på Hep C-behandling. Behandlingsplanen gennemgås, der orienteres om bivirkninger, samt penens funktion. Hustruen giver udtryk for at være meget nervøs omkring penen og vi aftaler at vi giver pt. injektionen indtil videre, evt. senere via hjemmesygeplejerske.

...

06.01.2014 ...

Undersøgelsesstuen

Patient møder til kontrol Hep-C, uge 6.

...

Patient oplyser ikke at have det så godt. Er bleg, forpustet og træt. Er desuden generet af hæmorider. Er sat i behandling med supp. Proctosedyl via egen læge.

Blodprøvesvar set at Læge 2.

...

Der gives injektion PegIntron 100 gr i højre lår uden gener.

...

Blodprøver fra i dag: ... bili 194; ...

...

07.01.2014 08:35 ...

Så pt. i går i forbindelse med sygeplejekonsultation i ved hepatitis C kontrol. Har fået svar på blodprøver fra i går, det viser sig, at pt. har tiltagende hæmolyse bilirubin 194, fortsat acceptabelt trombocytniveau, men har svækket almen tilstand. Er dyspnøisk, og sandsynligheden for, at han ville kunne gennemføre 48 ugers antiviral behandling, synes noget pessimistisk.

Jeg synes situationen er så ustabil, at vi skal se ham under indlæggelse 1 eller 2 døgn, og vurdere hvorvidt vi kan fortsætte behandling. ...

...

07.01.2014 12:45 ...

Indlæggelsesjournal

...

Har i forløbet haft stigende bilirubin og let faldende hæmoglobin med bilirubin i går på 194, således tegn på hæmolyse.

Er vurderet ved overlæge Læge 2, og der er arrangeret indlæggelse mph. vurdering af tilstanden og stillingtagen til, om pt. skal helt ud af antiviral behandling.

...

08.01.2014 ...

...

Prognosen i forhold til at kunne gennemføre antiviral behandling meget pessimistisk. Jeg synes, at vi skal evaluere med ovenstående us. Og såfremt der er tegn på dekomensation og biokemien er stationær må vi indstille behandlingen.

I dag ved stuegang deltager pt.s ægtefælle og søn, som tolker, de er orienteret om ovenstående strategi, og de er fuldstændig enige. De er også bekymret for at deres mand og far har fået det så skidt, og de er helt trygge ved at følge vores beslutning.

...

09.01.2014 15:27 ...

Samtale og stuegang med søn og ægtefælle som tolker:

UL-skanning i går har vist, at der er tilkommet ascitesvæske det betyder, at pt. er dekompenseret under antiviral behandling og det vil være for farligt at fortsætte dette. Har en del spørgsmål til hvad vi så gør for at bedre på leverfunktionen og umiddelbart har jeg sagt, at i første omgang skal vi vente på at leveren kommer sig i takt med at komme på afstand med den antivirale behandling.

Fremadrettet behandling vil være at passe på at ---- og overvågning af om der opstår komplikationer. Jeg har nævnt celleforandringerne i leveren der kan føre til leverkræft.

...

Familien er meget tilfreds med beslutningen, hvorfor

sep. Peg-Intron og Ribavarin

For ascites

rp. Spiron

...

13.01.2014 ...

Datter og ægtefælle til stede ved stuegang.

Pt. svært elendig. Forkvalmet. Let smerteforpint. Betydeligt ikterisk. Dyshydreret med betydelig UE-ødemer. Opspilet abdomen. Betydelig ømhed, protruderende navle og tydelig ascites.

Datter frustreret og meget spørgende: Hun er ikke selv i tvivl om, at det er den antivirale medicin, der har forårsaget alle ulykkerne. Spørger til prognosen, som jeg ikke har malet alt for lys.

...

14.01.2014 ...

Stuegang med sønnen tilstede. ...

Har overfor sønnen understreget det alvorlige i tilstanden men også at vi har tiltro til at tilstanden kan vende og at han over tid kan genvinde sin tidligere almentilstand.

...

17.01.2014 ...

Stuegang uden pårørende til stede, hvilket hæmmer kommunikationen. Som jeg forstår det, har han sovet godt og føler sig bedre tilpas i dag.

Paraklinisk er der let forværring levermæssigt, stigende bilirubin.

Ernæringsmæssigt: Spiser stort set intet. Forventes at have behov for parenteral ernæring igennem en længere periode, hvorfor

Rp. CVK

Har forklaret ham rationalet bag dette, og han accepterer indgrebet.

...

21.01.2014 09:10 ...

62-årig mand kendt med hepatitis C, er blevet dekom. efter opstart af antiviral behandling. Denne er sep.

...

Pt. dekom. på basis af den antivirale behandling.

Man har håb om bedring.

..."

A blev den 22. januar 2014 overflyttet til Behandlingssted 2. I journalen herfra hedder det bl.a.:

"...

22.01.2014 16:21 ...

Overflyttet fra Behandlingssted 1 med leversvigt.

...

Bilirubin er steget fra 200 til 402.

...

Konklusion og plan: leversvigt efter forsøg på antiviral behandling og af kronisk HCV. Stigende bilirubin. ...

...

22.01.2014 20:15 ...

...

Vi har i øvrigt efter noget besvær via Klinisk Biokemisk Afdeling fået en kreatininværdi på 472. Initielt fik vi pr. udskrift at vide, at værdien ikke var til ud-

levering grundet ikterus. Det bemærkes at man ligeledes i dagevis ikke har kunnet monitorere pts nyrefunktion i Behandlingssted 1 af samme grund. På den led kunne vi i fællesskab have misset at pt nu har hepatorenalt syndrom.

...

23.01.2014 09:36 ...

...

Bilirubin har været stigende de seneste uger og det drøftes til konference i dag hvorvidt vi skal foretaget MARS-behandling allerede nu.

...

23.01.2014 15:27 ...

...

Samtale med pt. og hans datter: forklarer datteren at pt. har leversvigt og ledsagende nyrepåvirkning, og at tilstanden er alvorlig. Pt. har skrumpelever; årsagen til den akutte forværring er muligvis en kombination af den antivirale behandling og peritonitis/bakteriæmi (forklaret). Pt.s datter er udtalt frustreret over forløbet; hendes far var aktiv og uden nævneværdige symptomer for 3 mdr. siden, og siden start af antiviral behandling er almentilstanden markant forringet. Spørger til chancen for at pt. kommer igennem dette; jeg har sagt at de kommende uger vil vise om vi kan vende tilstanden, og at vi vil behandle med hvad vi finder nødvendigt, herunder muligvis dialyse indenfor 1-2 døgn, evt. også leverdialyse. Ifølge datteren er pt. ikke konsekvent relevant, svarer indimellem lidt "omtåget".

Pt. og datter er interesseret i fuld aktiv behandling, hvilket naturligvis også er det vi tilbyder aktuelt.

...

24.01.2014 ...

Middagskonference:

Det besluttet at gennemføre de to plasmaferesebehandlinger mandag og tirsdag.

Efter konference er der samtale med patientens familie. Informeres om at vi planlægger hæmodialyse og vi herefter vil forsøge med leverdialyse i form af plasmaudskiftning. Familien er noget forbitret over behandlingsforsøget med den antivirale medicin lokalt.

...

De informeres også om at vi løbende vil vurdere tilstanden men at situationen er alvorlig og det er ikke sikkert at patienten overlever.

...

27.01.2014 ...

...

Hep. Der er stigende bilirubin til 755, også stigning i creatinin på trods af dialyse i 3 dage i træk. ...

29.01.2014 ...

...

Samlet indtryk

En 62-årig mand med HCV, cirrose og en mulig AIH i tillæg er dekompen-
seret efter forsøg på antiviral behandling. Har nærmest anuri. Svært kompromit-
teret leverfunktion med bilirubin på over 800 ...

Prognosen er dårlig. Pt. skal dog forsøges resuciteret i tilfælde af respiration-
eller hjertestop. Der er derfor indikation for fuld aktiv terapi.

...

05.02.2014 ...

...

Har således haft underliggende stigende PP, men er fortsat præget af svær hy-
perbilirubinæmi.

...

08.02.2014 ...

...

Vurdering. Der er tale om en patient med HEP C der voldsomt dekompen-
serer efter opstart på antiviral behandling. Måske var patienten allerede på vej i
terminalstadiet af sin sygdom idet der i sommeren 2013 var Alb 27-23, INR
1,2-1,3, Bili 50, tromb 68-62 og en miltstørrelse på 15,5 cm på CT fra hvidovre
allerede i januar 2012. Nu en lille lever, en del ascites og biokemi med nyrepå-
virkning der giver lidt håb om at tilstanden kan revertere. Har fået 3 x PF
uden tegn til at tilstanden vender.

...

09.02.2014 11:03...

...

Vurdering. Hvis man ser på biokemien over den sidste uge så er bili steget fra
600 til 700, PP er på udgangsniveauet fra før PF. Har hentet CT skanningen fra
2012. Hvis man sammenligner billederne er det evident at pt har udviklet
fremskreden og formentlig terminal skrumpelever over de to år der er gået.
Mandag må niveauet for intensiv terapi drøftes.

...

09.02.2014 13:23 ...

Har haft lang samtale med datter (C) omkring patienten. Da han før antiviral
terapi gik rundt og var frisk med kun småproblemer, og da tilfældet med så
massiv dekomensation efter antiviral terapi er usædvanligt har hun (og fa-
milien) svært ved at acceptere tilstanden og ønsker selvfølgelig at der skal gø-

res alt hvad vi kan også respirator terapi. Har forklaret at tilstanden er kritisk med stor sandsynlighed for fatalt udkomme men at så længe vi kan se der er mulighed for delvis reversibilitet så længe vil vi aktivt behandle. Indtil videre er der fuld aktivitet.

...

10.02.2014 ...

Har drøftet pt. på konference. Da pt.s dekompenaseret leverlidelse er udløst af antiviral behandling og således er iatrogen finder vi indikation for fuldt behandlingsniveau inkl. genoplivning og respiratorbehandling.

...

13.02.2014 09:50 ...

...

Samlet

En 62-årig mand med kronisk hepatitis C og akut dekomensation efter forsøg på antiviral behandling. Pt. synes initialt i behandlingsforsøget er responderet på givende behandling men bliver nu tiltagende multiorganpåvirket med anuri, svær leverinsuff. med hyperbilirubinæmi og lav syntesefunktion, recidiverende infektioner og tiltagende kardiovaskulært ustabil. ...

Der vil være samtale med pt. senere i dag, ...

13.02.2014 11:50 ...

Der er samtale med hele pt.s familie. De orienteres om den alvorlige situation der synes at tilspidse time for time. ...

De orienteres om at der er tiltagende iltbehov samt at leverfunktionen nærmest helt er forsvundet og at der fortsat er nyresvigt. Tilstanden betegnes som værende uden hensigt til helbredelse.

Pt. betragtes som døende og vi ønsker at stoppe med videre aktiv behandling.

...

14.02.2014 ...

Pt døde kl. 11.50.

..."

I sagen indgår beskrivelser af foretagne røntgenundersøgelser, CT-skanninger og ultralydsskanninger; såvel for perioden under indlæggelsen som forud herfor.

Der indgår også en række "Midlertidigt Klinisk Biokemisk WEB-svar" vedrørende blodprøver. Det fremgår heraf bl.a., at bilirubintallet den 13. november 2013 var 65, den 6. januar 2014 var tallet 194, og den 12. februar 2014 var tallet 786.

Boet efter A foretog den 28. september 2015 anmeldelse til Patientforsikringen. I anmeldelsen har familien beskrevet deres oplevelse af hændelsesforløbet.

Til brug for patienterstatningens behandling af sagen udarbejdede Lægekonsulent 1 lægelig vurdering af 30. marts 2016, der indeholder følgende konklusion:

”Patienten udvikler i forbindelse med kombinationsbehandling for hepatitis C en almindelig komplikation, nemlig forværring i leverinsufficiens, som medfører spontan bakteriel peritonit.

Man har under hele forløbet informeret og handlet ESS”

Patienterstatningen traf den 31. marts 2016 afgørelse om, at

” ...

Boet efter A er ikke berettiget til erstatning efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Betingelserne for at yde erstatning efter KEL § 20, stk. 1, nr. 1, og § 43 er ikke opfyldt

...”

Boet efter A påklagede Patienterstatningens afgørelse til Ankenævnet for Patienterstatningen, hvis Lægekonsulent, 1, til brug for behandlingen af sagen i ankenævnet den 28. februar 2017 fremkom med følgende vurdering:

” ...

Lægelig vurdering:

Det var lægefagligt korrekt at forsøge behandling med pegyleret interferon og ribavarin som på det tidspunkt var standardbehandling. Patienten opfyldte internationalt anerkendte kriterier for behandling (skrumpelever og svær aktiv inflammation (betændelse). Der var ikke kontraindikationer mod behandling idet der ud fra det oplyste ikke var tegn på lever-inkompensation (ascites væske i bughulen), esophagusvaricer (åreknuder på spiserøret) på det tidspunkt, hvor behandlingen blev iværksat. Grundet patientens skrumpelever påbegyndtes medicinsk behandling i reduceret dosis. Dette ligeledes relevant. Behandlingen er således i overensstemmelse med ESS.

...

For så vidt angår de konkrete klagepunkter bemærkes flg

- d) *at behandlingen ikke blev stoppet, før bivirkningerne blev for udtalte, hvilket understreges af, at man den 6/1-2014 gav injektion med Pegintron, der efter anbefalinger ikke bør anvendes ved meget dårligt fungerende lever og meget dårligt fungerende nyrer, og at man fra sygehusets side efterfølgende selv måtte revurdere situationen på baggrund af de selvsamme blodprøver*

Se ovenfor. Det bemærkes at nyrefunktionen ikke var påvirket på det tidspunkt, hvor man ophørte behandlingen. Leverfunktionen var nedsat med forhøjet bilirubin. Vejledninger foreskriver dog at man først efter 4 ugers vedvarende forhøjelse alene af den grund bør ophøre med behandlingen. Dette afviger ikke væsentligt fra hvad man faktisk gjorde.

..."

Ankenævnet for Patienterstatningen traf den 18. december 2017 følgende afgørelse:

"...

Ankenævnet for Patienterstatningen er enig i Patienterstatningens afgørelse af 31. marts 2016, som derfor stadfæstes.

A er ikke påført en skade som følge af behandlingen på Behandlingssted 1 16. november 2013 og frem.

Boet efter A har ikke ret til erstatning for den påførte lægemiddelskade.

...

Begrundelse for afgørelsen

Ankenævnet for Patienterstatningen er enig i, at boet efter A ikke har ret til erstatning efter § 20, stk. 1, nr. 1, og efter § 43 i klage- og erstatningsloven.

Ankenævnet vurderer, at skaden i form af en hurtigere forværring af leverfunktionen med væske i bughulen og infektion med lever- og nyresvigt som følge af bivirkningerne af Pegintron og Ribavarin ikke går ud over, hvad A med rimelighed må acceptere.

Ankenævnet bemærker følgende til afgørelsen:

Behandlingen på Behandlingssted 1

Ankenævnet vurderer, at den indledende behandling på Behandlingssted 1 var i overensstemmelse med, hvorledes en erfaren specialist på det pågældende område ville have handlet.

Der er lagt vægt på, at der var lægeligt grundlag for at iværksætte behandling med Pegintron og Ribavarin i de aktuelle doser. A opfyldte betingel-

serne for behandlingen, idet han led af kronisk hepatitis C (kronisk infektiøs leverbetændelse af typen C). Sygdommen var aktiv og havde ved behandlingens begyndelse skadet leveren i en sådan grad, at det havde medført skrumpelever (cirrose).

Der var ingen kontraindikationer for behandlingen, idet A efter det oplyste ikke havde symptomer på leverinkompensation i form af væske i bughulen (ascites) eller åreknuder på spiserøret (esophagusvaricer).

På Behandlingssted 1 iværksatte man ligeledes i overensstemmelse med erfaren specialiststandard behandlingen i reduceret dosis, da A havde skrumpelever. Hans tilstand blev løbende kontrolleret med relevante blodprøver.

A's leverfunktion var i forløbet påvirket med forhøjet bilirubin, Der var dog ikke grundlag for på et tidligere tidspunkt at ophøre med den antivirale behandling, idet man først efter fire ugers vedvarende forhøjelse bør ophøre hermed.

Ankenævnet vurderer også, at der ikke var grundlag for at overflytte A til Behandlingssted 2 i forløbet frem til 16. januar 2014. Der er lagt vægt på, at hans tilstand på dette tidspunkt ikke var så fremskreden, at den nødvendiggjorde mere specialiseret behandling, end der kunne tilbydes på Behandlingssted 1

A's tilstand var den 17. januar 2014 forværret i en grad, som efter ankenævnets vurdering nødvendiggjorde, at Behandlingssted 1 havde rådført sig med den mere specialiserede afdeling på Behandlingssted 2. Der er lagt vægt på, at han på dette tidspunkt havde stigende carbamid, hvilket er et udtryk for nyresvigt sekundært til hans leversygdom (hepatorenalt syndrom).

Den manglende rådføring og eventuelle forsinkede overflytning til Behandlingssted 2 har imidlertid ikke medført en skade i lovens forstand, jf. § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, i klage- og erstatningsloven.

A's tilstand var på dette tidspunkt så fremskreden, at den manglende overflytning ikke med overvejende sandsynlighed påvirkede forløbet, herunder forårsagede A's dødsfald. Dødsfaldet skyldes med overvejende sandsynlighed udviklingen af hans kroniske leversygdom og den nødvendige behandling heraf. Boet efter ham er derfor ikke berettiget til erstatning som følge af behandlingen på Behandlingssted 1.

Behandlingen med lægemidlerne Pegintron og Ribavarin

A er med overvejende sandsynlighed påført fysisk skade i form af en hurtigere forværring af hans kroniske leversygdom som følge af bivirkninger

til lægemidlerne Pegintron og Ribavarin i perioden fra den 26. november 2013 til den 9. januar 2014.

Der er herved lagt vægt på, at det er velkendt, at man hos patienter med fremskreden hepatitis C kan opleve forværring af leverfunktionen i forbindelse med påbegyndelse af antiviral behandling.

Efter § 43 i klage- og erstatningsloven kan der ydes erstatning for lægemiddelskader, der er mere omfattende, end hvad skadelidte med rimelighed bør acceptere. Ved vurderingen skal der tages hensyn til arten og sværhedsgraden af den sygdom, som behandlingen rettede sig imod. Der skal også tages hensyn til skadens omfang og til mulighederne for at tage risikoen for skadens indtræden i betragtning.

Ved behandling af en alvorlig sygdom må patienten acceptere mere omfattende skader end ved behandling af en mindre alvorlig sygdom. Hvis sygdommen uden behandling indebærer nærliggende risiko for, at patienten dør, må der også accepteres en betydelig risiko for alvorlige komplikationer i forbindelse med behandlingen.

Efter ankenævnets vurdering er den hurtigere forværring af A kroniske leversygdom ikke tilstrækkelig sjælden og alvorlig til, at der kan ydes erstatning.

Risikoen for, at der indtræder en forværring af grundsygdommen, er over 2 procent.

Som anført led A af kronisk infektiøs leverbetændelse type C. Sygdommen var aktiv og havde skadet leveren i en sådan grad, at det havde medført skrumpelever.

A modtog den antivirale behandling med Pegintron og Ribavarin i perioden fra den 26. november 2013 til den 9. januar 2014 for at forsøge at bremse udviklingen af grundsygdommen. Behandlingen med Pegintron og Ribavarin kunne dog ikke helbrede den kroniske leversygdom, som med overvejende sandsynlighed ville være progredieret med dødelig udgang både med og uden behandling. Grundsygdommen var således særdeles alvorlig.

Som følge af behandlingen med lægemidlerne indtrådte der med overvejende sandsynlighed en hurtigere forværring af A's grundsygdom, end hvis behandlingen ikke havde været iværksat. A fik således et forkortet men forværret sygeforløb i perioden frem til sin død. Dette er efter ankenævnets opfattelse ikke mere omfattende end det, som han med rimelighed måtte acceptere i forsøget på at bremse udviklingen af den alvorlige grundsygdom.

Boet efter A er dermed ikke berettiget til erstatning efter § 43 i klage- og erstatningsloven.

Ankenævnet bemærker, at det ikke udgør en lægemiddelskade i klage- og erstatningslovens forstand, at behandlingen ikke havde den ønskede effekt. Det fremgår af § 42, nr. 1. Følgerne af lægemiddelbivirkningen skal således ikke ses i forhold til det forventelige forløb ved vellykket behandling, men derimod i forhold til grundsygdommens forløb uden behandling.

Desuden bemærker ankenævnet, at A's fremrykkede dødsfald ikke med overvejende sandsynlighed udgør en skade i klage- og erstatningslovens forstand. Ankenævnet har herved lagt vægt på, at A med overvejende sandsynlighed ville dø af sin grundsygdom, selv om han ikke var blevet behandlet med Pegitron og Ribavarin.

Østre Landsret har i dom af 19. maj 2017 anerkendt, at et fremrykket dødsfald i sig selv udgør en skade i klage- og erstatningslovens forstand. Ankenævnet har indbragt sagen for Højesteret, der formentlig vil afsige dom i løbet af 2018. Hvis Højesterets dom får betydning for nærværendes ags afgørelse, genoptager vi lægemiddelskadesagen (sagnr. 16/13706) og træfferen ny afgørelse.

Ankenævnet stadfæster derfor Patienterstatningens afgørelse af 31. marts 2016.
..."

Sagen har været forelagt Retslægerådet, der har afgivet erklæring af 28. juli 2021 med følgende indhold:

"...

Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes oplyse, hvilke gener/lidelser A blev udredt og behandlet for på Behandlingssted 1 i perioden fra den 16. november 2013 frem til den 22. januar 2014, hvor han blev overført til Behandlingssted 2.

Afdøde blev fra den 26. november 2013 behandlet for fremskreden kronisk leverbetændelse forårsaget af hepatitis C virus. Infektionen havde, på det tidspunkt behandlingen blev startet, forårsaget alvorlig skade på leveren i form af så udtalt arvævs/bindevævsdannelse, at der var tale om skrumpelever (cirrose). Under indlæggelsen på Behandlingssted 1 den 7. til 22. januar 2014 blev afdøde behandlet for tiltagende leversvigt og betændelse i bughulen.

Retslægerådet kan oplyse, at ubehandlet vil der i sådanne tilfælde være stor risiko for udvikling af enten fuldstændigt leversvigt (dekompensation) eller kræft i leveren (hepatocellulært carcinom, (HCC)).

Retslægerådet bemærker endvidere, at der i journalnotat af 18. november 2013 angives, at:

".. har nedsat leverfunktion som konsekvens af dette, men har ingen tegn på leversvigt, således at der hverken er væske i bughulen, åreknuder i spiserøret eller andre tegn på avanceret leversygdom.

Alligevel vil et behandlingsforsøg med antiviral behandling øge risikoen både for infektion og forværring i leversygdommen, og såfremt dette sker, er vi nød til at afbryde behandlingen.

Ligeledes vil evt. mangelfuld respons på behandling eller uacceptable bivirkninger ligeledes medføre at vi må indstille behandlingen. Pt er trods disse risici meget indstillet på et behandlingsforsøg, angiver at han ikke kan forestille sig at han kan få det værre end han har det nu og håber på at leverfunktionen vil bedres efter behandlingen."

Spørgsmål 2:

Retslægerådet bedes oplyse, om det er at betragte som en klar fejl, at man fra Behandlingssted 1' side ikke tidligere i forløbet rådførte sig med Behandlingssted 2.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar samt oplyse, hvilken betydning - om nogen - man har tillagt udviklingen af Bilirubin-tallene ved den sidste og forhøjede dosis/indsprøjtning af Pegitron.

Nej, dette vurderes at være i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægefaglig standard og gældende retningslinjer på daværende tidspunkt.

Afdøde blev tilset ambulant ved 6 ugers behandlingskontrol den 6. januar 2014, hvor man så snart man så dagens blodprøveresultater med stigende bilirubin på 194, reducerede dosis af ribavirin, som grundet kendt bivirkning i form af hæmolyse korrekt formodedes at være den udløsende årsag til det stigende bilirubintal. Man indkaldte patienten til indlæggelse den 8. januar 2014, hvor der blev foretaget ultralydsskanning af maven, som viste øget mængde væske i bughulen. På baggrund af patientens alment dårlige tilstand og resultatet af blodprøver og ultralydsskanning ophørtes behandlingen fuldstændigt den 9. januar 2014.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet bedes oplyse, om det er at betragte som en klar fejl, at man fra Behandlingssted 1 side ikke før den 22. januar 2014 fik overflyttet A til Behandlingssted 2.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar samt oplyse, hvilken betydning - om nogen - man har tillagt udviklingen af Bilirubin-tallene.

Nej, dette vurderes at være i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægefaglig standard og gældende retningslinjer på daværende tidspunkt.

Fra afdøde blev indlagt den 9. januar 2014 til og med den 19. januar 2014, vidner alle journalnotater om, at afdøde behandledes med god effekt af antibiotika og tømning af væske mod infektion i bughulen. Først den 20. januar nævntes forhøjet bilirubin. Fra den 21. januar 2014 til den 22. januar 2014 blev afdøde overflyttet til kardiologisk afdeling, Behandlingssted 1, hvor man ved undersøgelser afkræftede bekymring for blodprop i hjertet.

Afdøde var i let klinisk fremgang (indtil tilstødende mistanke om blodprop i hjertet) på trods af hurtig gendannelse af større mængde væske i bughulen. Den 22. januar konfereredes afdøde med Behandlingssted 2 og blev overflyttet samme dag. Man ønskede en vurdering af mulighed for højt specialiseret behandling, idet afdøde blev beskrevet med "tiltagende leversvigt og almen svækkelse". Man havde under indlæggelsen behandlet infektion og forstopning (begge tilstande, som kan udløse/forværre et leversvigt), uden at dette bedre patientens leverfunktion. Retslægerådet finder kontakten til Behandlingssted 2 relevant – både fagligt og tidsmæssigt.

...

Spørgsmål 5:

Retslægerådet bedes oplyse, om A som følge af udredningen/behandlingen på Behandlingssted 1 med overvejende sandsynlighed (dvs. med en sandsynlighed på over 50%) må anses for at være blevet påført en skade.

Opmærksomheden henledes særligt på behandlingsforløbet den 6.-7. januar 2014, jf. bilag 1, side 19-20, og den sene rådføring/overflytning til Behandlingssted 2.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar og i bekræftende fald beskrive, hvilke gener/lidelser A med overvejende sandsynlighed kunne have undgået.

Afdøde vurderes med mindre end 50 % sandsynlighed at være påført en skade i forbindelse med behandlingen på Behandlingssted 1. Det er en kendt risiko, som afdøde blev grundigt informeret om førend han startede behandling med pegyleret interferon, at afdødes tilstand desværre kunne udvikle sig til det værre fremfor at afdøde, som tilsigtet ved behandling, blev helbredt ved behandling af kronisk hepatitis C med skrumpelever på behandlingstidspunktet. Man blev nødt til at forsøge at behandle, fordi afdøde i modsat fald med sikkerhed vil udvikle dødeligt leversvigt og eller leverkræft. Retslægerådet skønner, at Behandlingssted 1 reagerede prompte og adækvat ved at indkalde afdøde til indlæggelse, så snart man så blodprøvesvarene fra den ambulante kontrol den 6. januar 2014.

Spørgsmål 6:

Retslægerådet bedes selvstændigt oplyse, om det var i overensstemmelse med almindelige anerkendte lægefaglige retningslinjer, herunder gældende retningslinjer på området, at man på Behandlingssted 1 fortsatte den antivirale behandling i så lang en periode, som det var tilfældet trods den gradvise forværring af A's helbredsmæssige tilstand.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar samt oplyse, om A med overvejende sandsynlighed (dvs. med en sandsynlighed på over 50%) må anses for at være blevet påført en skade som følge af en eventuel forkert/mangelfuld behandling, og hvori skaden i givet fald måtte bestå.

Retslægerådet skønner, at afdøde både blev startet og afsluttet i behandling med pegyleret interferon og ribavirin i overensstemmelse med gældende retningslinjer. Det vurderes, at afdøde ikke er blevet udsat for skade, men at der desværre udviklede sig komplikationer, som i nogle tilfælde kan ses, når man starter patienter med kronisk hepatitis C og cirrose i denne behandling. Afdøde havde cirrose Child-Pugh A, som ikke kontraindicerer start af behandling. Tværtimod er det vigtigt at behandle på dette tidspunkt, fremfor at vente til afdødes cirrose er yderligere fremskreden og behandling derfor er kontraindiceret.

Spørgsmål 7:

Retslægerådet bedes oplyse, om As overlevelsesprognose i henhold til Child Pugh A Score som følge af en udredningen/behandlingen på Behandlingssted 1 med overvejende sandsynlighed (dvs. med en sandsynlighed på over 50 %) blev forringet.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Nej, Retslægerådet vurderer ikke, at afdødes overlevelsesprognose blev forringet. Prognosen for overlevelse må vurderes på det tidspunkt, hvor behandlingen påbegyndes. Ud fra journalnotater fra november 2013 vurderes det ikke, at afdødes overlevelsesprognose med mere end 50 % sandsynlighed blev forringet ved behandlingen udført på Behandlingssted 1. Tværtimod var det korrekt at indlede behandlingen på det tidspunkt som den blev, se venligst svar på spørgsmål 6.

...

Spørgsmål 9:

Såfremt Retslægerådet måtte finde, at udviklingen af det samlede forløb ikke skyldes en udredning/behandling, der ikke var i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægefaglig standard, bedes Retslægerådet om muligt oplyse, hvad den procentuelle risiko for et sådant forløb - med forværring af levercirrose med akut nyresvigt og dødsfald til følge - udgjorde.

Der spørges til den konkrete risiko for A's faktiske forløb, på tidspunktet for behandlingens start - og ikke til en generel risikovurdering.

Retslægerådet bedes oplyse, om risikoen for et sådant forløb, på tidspunktet for behandlingens start, var over eller under 2 %?

Retslægerådet bedes i besvarelsen inddrage konklusionerne fra studiet J Hepatology 2013;59: 434-41.

Det vurderes, at udviklingen af det samlede forløb ikke skyldes hverken forkert udredning eller behandling. Begge dele vurderes at være i fuld overensstemmelse med almindelig anerkendt lægefaglig standard på tidspunktet for udredning og behandlingens start. Retslægerådet skønner, at risikoen for det konkrete forløb ved behandlingens start var på cirka 1 %.

Spørgsmål 10:

Retslægerådet anmodes om muligt at oplyse, hvorledes et "sædvanligt behandlingsforløb" med den i sagen omhandlede grundsygdom i form af kronisk hepatitis C (kronisk infektiøs leverbetændelse af type C) vil forløbe.

Det ønskes desuden om muligt oplyst, hvilket forløb der ville have været, såfremt grundlidelsen ikke var blevet behandlet, herunder en vurdering af den 1-, 3- og 5-årige overlevelsesprognose i henhold til Child Pugh A Score (mild grad af Hepatitis C).

Et "sædvanligt behandlingsforløb" med PegIntron og Copegus for en patient med kronisk hepatitis C og udviklet skrumpelever (Child Pugh A) er bivirkningsfyldt samt ofte med hyppige blodprøve-kontroller og dosisjusteringer. Derudover er spørgsmålet hypotetisk, men Retslægerådet kan henvise til svar på tidligere spørgsmål vedrørende start af behandling. Retslægerådet kan endvidere oplyse, at afdødes tilstand, med cirrose Child-Pugh A, på ethvert tidspunkt kunne forværres i en sådan grad, at det ville blive kontraindiceret at starte behandling.

Spørgsmål 11:

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

Nej.

Spørgsmål A:

Retslægerådet bedes vurdere, om A med overvejende sandsynlighed (med mere end 50%) blev påført en skade i form af en hurtigere forværring af hans kronisk infektiøs leverbetændelse type C som følge af bivirkninger af lægemidlerne Pegintron og Ribavarin i perioden fra den 26. november 2013 til den 9. januar 2014.

Retslægerådet bedes begrunde svaret.

Nej, afdøde blev med mindre end 50 % sandsynlighed påført en skade i form af hurtigere forværring af hans kroniske hepatitis C med cirrose Child-Pugh A, men oplevede en forværring i tilstanden, som desværre ses i meget få tilfælde (som ovenfor nævnt i cirka 1% af tilfældene). Samme billede med leversvigt, betændelse i væske i bughulen og nyresvigt vil også kunne ses uden behandling og det er umuligt at sige præcis hvornår det ubehandlet ville være opstået.

...

Spørgsmål E:

Retslægerådet bedes efter et lægeligt skøn vurdere hvilken overlevelsesprognose - udtrykt i% - som A ville have haft i forhold til et 5-årigt forløb som følge af sin grundlidelse (kronisk infektiøs leverbetændelse type C), såfremt han ikke var blevet behandlet med Pegintron og Ribavarin.

Retslægerådet bedes begrunde svaret.

Spørgsmålet er hypotetisk og Retslægerådet kan ikke udtale sig om individuelle prognoser i et hypotetisk scenarie. Retslægerådet kan dog oplyse, at afdøde ubehandlet højst sandsynligt ville have udviklet et tilsvarende billede med infektion i væske i bughulen, lever – og nyresvigt, men det er ikke muligt at sige hvor hurtigt dette ville være sket uden behandling.

Spørgsmål F:

Såfremt Retslægerådet som svar på sagsøgers spørgsmål 4 finder, at overflytning af A burde være sket på et "tidligere tidspunkt", bedes Retslægerådet vurdere, om en tidligere overflytning med overvejende sandsynlighed (med mere end 50%) ville have påvirket forløbet, herunder særligt i relation til A's dødsfald.

Der ønskes særligt en vurdering af, hvorvidt As tilstand på dette "tidligere tidspunkt" var så fremskreden, at A's dødsfald med overvejende sandsynlighed (med mere end 50%) skyldes udviklingen af hans kroniske leversygdom og den nødvendige behandling heraf.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Spørgsmålet bortfalder. Retslægerådet kan dog oplyse, at afdødes prognose formentlig ikke havde været anderledes, hvis han var blevet overflyttet tidligere til Behandlingssted 2.

Spørgsmål G:

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

Nej.
..."

Forklaringer

A's datter og A's svigersøn har afgivet forklaring.

A's datter har forklaret, at hun er afdødes datter. Hun havde et tæt forhold til sin far. Hun kendte ham godt og kendte til hans helbred og liv som sådan. Inden alt det her var hendes far meget aktiv af sin alder. Han var en aktiv mand. Han kunne lide at rejse og komme ud blandt folk. Han var et socialt menneske. Han tog tit på rejse til hjemlandet og rejste rundt der. De nød weekenderne

sammen. Han havde et godt helbred. Der var nogle småting, der gjorde ondt og drillede i perioder - men ikke noget alvorligt. Hun så sin far som en sund person med et aktivt liv. Han havde i mange år arbejdet som bl.a. slagteriarbejder og møbelsnedker. Han kunne fikse alt muligt og vidste meget om forskellige erhverv.

Forløbet begyndte i november 2013. Hendes far havde været til undersøgelse, og Behandlingssted 1 nævnte muligheden for behandling, som blev forklaret dem som en god og dyr behandling, og det blev anbefalet, at han tog imod den. De ville følge anbefalingen. Konsekvenserne var ikke store. Ifølge overlægen Læge 2 var det værste, der kunne ske, at han blev på status quo. Der blev sagt, at der også kunne være bivirkninger - ligesom der kan være ved at tage Panodil. Hun tænker ikke selv normalt på, at der kan ske noget ved at tage Panodil. Hendes far var lidt bange for det med sprøjter og spurgte familien, hvad de syntes. Familien tænkte, at det værste, der kunne ske, var, at han ville blive ved med at have det som før, og at det ville være uden effekt. Det var den bedste mulighed, han havde. De så det som helt almindelige bivirkninger, som de fik forklaret såsom madlede, depression og diarre osv. I november 2013 var hans helbred godt. Han havde nogle skavanker med noget, han gerne ville helbredes for. Han ville bare gerne kunne leve sit liv. Det med, at han ifølge journalen havde sagt, at han ikke kunne forestille sig at få det værre end nu, er taget ud af en kontekst. Overlæge Læge 2 spurgte, hvordan han havde det, når han havde det allerværst. Han svarede, at når han havde det allerværst, kunne han ikke forestille sig at have det værre. Det var en samtale, hvor de talte om, hvordan det var, når han havde det dårligt. Det anførte var ikke udtryk for, at han havde det dårligt.

Behandlingen blev sat i gang. Hun var i løbende kontakt med ham hver dag. Hun besøgte ham tit, og hun ringede meget tit til Behandlingssted 1 for at følge op. Det gjorde hun, fordi de er tætte i familien og er der for hinanden, når der er brug for det. Hun følte også lidt, at det, der skete, gik den forkerte vej. Hver gang de ringede til sygehuset, var tallene steget, og derfor blev de ved at ringe og følge op – også selvom der flere gange blev sagt, at de ikke skulle være bekymrede for det. Hun kunne ikke få det til at passe med tallene. Familien fulgte bilirubin-tallene og nogle andre tal af betydning for hans tilstand; om der var forbedring og forværring. Familien blev forsikret om, at alt var, som det skulle være, og at der ikke var noget at være bekymrede for. Sådan var det indtil omkring den 7. januar 2014. Familien havde tiltro til det, der blev sagt. De blev forsikret om, at alt gik fint, og at der var intet at være bekymret for, ligesom der hele tiden blev sagt, at hvis ikke det gik, som det skulle, kunne sygehuset altid stoppe behandlingen.

Hun var i telefonisk dialog med Behandlingssted 1 forud for indlæggelsen den 7. januar 2014. Hun fik at vide, at overlæge Læge 2 havde set blodprøverne

fra den 6. januar 2014, og at hendes far derefter fik en indsprøjtning. Hendes far havde det ikke godt. Han kunne næsten ikke trække vejret. Hun fik oplyst nogle tal, som hun slog op på google. Hun er ikke lægeuddannet, men hun kunne forstå, at det ikke var gode tal, og at tallene krævede akut indlæggelse. Hun blev bekymret over det, hun fandt ud af. Hun ringede til Behandlingssted 1 og sagde, at han havde det dårligt, og at hun var bekymret over tallene. Det var den 6. januar 2014 om aftenen, efter at hendes far havde været på sygehuset.

Han gav udtryk for, at han fik det rigtig skidt. Behandlingssted 1 ringede til hende formentlig samme aften og sagde, at han ville blive hentet af en flexbil dagen efter og skulle til Behandlingssted 1 til undersøgelse. Hendes far sagde til hendes mor, at han havde en rigtig dårlig fornemmelse med det.

Behandlingssted 1 stoppede behandlingen. Familien søgte rigtig mange svar. De havde set ham før behandlingen og oplevede på nærmeste hold, hvordan han udviklede sig. De blev frustrerede. De havde ikke forestillet sig et dødeligt udfald. Behandlingssted 1 havde jo sagt, at de ville overvåge udviklingen. I samtalerne med overlæge Læge 2 troede Læge 2 ikke på noget tidspunkt, at det ville gå så galt. Læge 2 sagde, at de nok skule få styr på det, og at han nok skulle få det rigtig godt. Da han blev overflyttet til Behandlingssted 2, ville hendes far have hende til at spørge, hvornår han ville være på benene igen, og Læge 2 sagde da, at han om to uger ville komme forbi hende, og at han så ville være på benene igen. Det gav hende en god følelse at kunne gå videre med det, og at de ikke skulle betragte det som værre end det.

Hun har haft samtaler med overlæge 1 på Behandlingssted 2; både før og efter dødsfaldet. Overlæge 1 var den primært tilknyttede læge - sammen med overlæge 2. De var begge ledende inden for området. I familien havde de stadig ikke en alvorsfølelse, men hun insisterede på at vide, hvorfor de var endt på Behandlingssted 2, og hvorfor hendes far ikke kunne gå, tale og blødte og ikke kunne noget. 1 sagde, at hendes far aldrig skulle have haft den sidste indsprøjtning den 6. januar 2014. Hun besøgte sin far næsten dagligt og talte med lægerne, når de gik stuegang. Hun sagde til Overlæge 2, at hun gerne ville forstå, hvad der var sket. 2 hentede papirer og billeder med organer, som før så friske og fine ud og var skrumpet efter behandlingen. 2 sagde til hende, at det var en rigtig kedelig sag. Han kaldte det en tragisk sag og sagde, at man derfor valgte at bruge alle muligheder. Fordi det havde været et så tragisk forløb, ville man benytte alle behandlingsmuligheder og i videre omfang end sædvanligt. Det gjorde man ikke normalt med en patient i sådan en forfatning.

Familien havde en samtale med Overlæge 1 nogle dage efter dødsfaldet, hvor familien var blevet mere fattet. Der var blevet meget tomt efter dødsfaldet, og familien forstod ikke, hvad der var sket – at man havde kørt behandlingen så langt ud, når man så, at tallene steg. Og familien var i chok. På mødet forklare-

de 1, at behandlingen skulle være stoppet. Og 1 bemærkede, at familien skulle gå videre med sagen, for hendes far skulle ikke have haft den sidste sprøjte. Overlæge 1 sagde, at det var en tragisk sag, og at de på Behandlingssted 2 havde gjort mere end sædvanligt, fordi han var i den forfatning, da han blev overført.

Familien fik hele tiden at vide, at han havde en mild grad af hepatitis C, og at man kan have det i 30-40 år, før man dør, og at man kan nå at dø af noget andet. Hendes far har aldrig været alkoholiker, og han har heller ikke fået det seksuelt overført. Man ved ikke, hvorfra det kom. De havde altid fået at vide, at han havde det i mild grad, og at de ikke skulle være bekymrede - men også at der var denne behandlingsmulighed, som man i øvrigt ikke bruger længere.

Sagen er ikke rejst, fordi de er en frustreret familie med hævnthørst. Det er mere det, at de ved, hvordan han havde det, og så deres far før behandlingen og efter behandlingen. Efter 5-6 ugers forløb var det så nedadgående, at de næsten ikke kunne følge med. Før behandlingen havde han ikke en nedadgående kurve men bare nogle ting, han døjede med og gik til læge med for at få behandling. Hans tilstand skred markant under behandlingen. Det var ikke de bivirkninger, familien havde fået nævnt, og som de tænkte, at han godt kunne klare. De spurgte flere gange overlæge Læge 2 til bivirkningerne, og om hvad det værste var, de kunne forvente. De fik på intet tidspunkt indikationer af, at det kunne ende med et dødsfald.

A's svigersøn har forklaret, at han er afdødes svigersøn. Han er kæreste med A's datter. Han kendte A i ca. 10-15 år. Han kendte A meget godt. Som A's datter forklarede, er familien meget tæt, og da hans egen familie bor i Landsdel 1, brugte de mest tiden sammen med A's datters familie. De havde et tæt bånd. De holdt ferie sammen hvert år og sås ellers hver eller hver anden uge. Han og A's datter bor i By 1, og A boede i By 2. Han har gået A til hånd ved praktisk arbejde i familien. De havde gode stunder sammen og opbyggede en god relation.

Han havde et godt kendskab til A's helbred før behandlingen blev iværksat i november 2013. Der blev ikke lagt fingre imellem, når A forklarede om sine afføringsproblemer og andet. A holdt det ikke for sig selv. Han vidste, hver gang A havde været ved læge – enten havde han selv været med, eller også havde han fået det forklaret efterfølgende. Han husker tydeligt den sommer, hvor der i foråret var talt om opstart af behandling og blev sagt, at det sagtens kunne afvente sommerferien. Han var selv med i 2-3 uger af sommerferien 2013, og A var meget ivrig efter at vise sit hjemland frem. De var på ture til bjerge og drypstedshuler den sommer. Der skulle også arbejdes på familiens sommerhus; sættes hegn om osv. A havde mere energi, end han selv havde.

A skulle ikke ind og ligge eller hvile på anden måde undervejs. A var meget aktiv – især når han var på ferie i hjemlandet.

Han deltog i samtalen på Behandlingssted 1, hvor der blev talt om bivirkningerne ved behandlingen. A havde bedt ham om at komme med. Det var pga. deres tillidsforhold, og A så ham som fornuftig og som en, der kunne deltage i at træffe beslutningen på familiens vegne. Det var på det møde, hvor det blev besluttet at igangsætte behandlingen. Overlæge 2 gennemgik på mødet bivirkningerne ved behandlingen – feber, madlede, depression og influenzalignende symptomer. Der blev ikke nævnt noget om, at A kunne risikere at dø. Det var slet ikke på tale, at sygdommen kunne blive forværret af behandlingen. Der blev blot sagt, at det kunne blive hårdt med influenzalignende symptomer, hvis han ville få det hver uge efter injektion i et 48 ugers forløb. Der blev også talt om, at hvis behandlingen blev for slem, kunne den stoppes, og så ville bivirkningerne også forsvinde. De fik også en brochure med hjem med beskrivelse af forløbet og bivirkningerne. Den var gul. Han har ledt efter den, men den kan ikke findes. Der stod 100% sikkert ikke noget om, at behandlingen kunne forværre processen og slet ikke, at den kunne resultere i døden. Han havde ikke forestillet sig, at A med behandling fra den 26. november 2013 ville dø den 14. februar 2014. Det var slet ikke i deres vildeste fantasi en mulig udgang.

Han var med på mødet for at deltage i beslutningen af, om man skulle igangsætte behandlingen. De spurgte A, om han var klar til at gennemgå et hårdt forløb for at komme over på den anden side. Det var A. Derfor var hans anbefaling, at A skulle tage imod behandlingen. Set i bagklogskabens klare lys skulle A ikke være startet på behandlingen. Men på baggrund af de tilgængelige informationer var det utvivlsomt en god ide at starte behandlingen i overensstemmelse med lægernes anbefaling. Han er arbejdsmæssigt vant til at arbejde med risikovurderinger.

Der er ikke på noget tidspunkt blevet talt om, at død eller forværring kunne indtræffe. På daværende tidspunkt og før behandlingen blev iværksat og i forbindelse med det forudgående generelle forløb talte man ikke om dage, uger eller år. Der blev kun talt om, at A muligt har haft hepatitis C fra barn, hvor de fik indsprøjtninger på række eller fra en operation for en diskusprolaps. De opfattede ham ikke som dødeligt syg på det tidspunkt.

Journalnotatet af 18. november 2013 omhandler det møde, han har forklaret om, hvor Læge 2 gennemgik bivirkninger, og hvor der blev aftalt behandlingsopstart. Han kan ikke erindre, at de som angivet i notatet fik forklaret risikoen for forværring. Han erindrer tydeligt, at der blev sagt, at man kunne blive nødt til at afbryde behandlingen. Måske har Læge 2 sagt, at det kunne gå mere skævt, og at man så måtte afbryde behandlingen. Familiens forståelse var,

at han så ville komme tilbage til status quo. Læge 2 nævnte tydeligt, at det var det værste, der kunne ske. Det var en dyr behandling, og Behandlingssted 1 var ikke interesseret i at begynde noget, man måtte afbryde undervejs. Samtalen gik mest på at afdække, om A var klar på behandlingen og klar på bivirkninger, der måtte komme, i form af feber, madlede og andet af det tidligere omtalte.

Parternes synspunkter

Boet efter A v/B har i sit påstandsdokument anført følgende: "Sagsøgers

anbringender:

Vedrørende KEL § 20, stk.1, nr. 1:

Det gøres gældende, at behandlingen på Behandlingssted 1 ikke har været i overensstemmelse med erfaren specialiststandard, jf. lovens § 20, stk. 1, nr.1.

Det gøres gældende, at A langt tidligere i behandlingsforløbet burde have været overflyttet til Behandlingssted 2, da det viste sig, at hans helbredstilstand ikke blev forbedret, men tværtimod udviklede sig i en særdeles kritisk retning, hvilket krævede den højeste ekspertise og de bedste ressourcer inden for sundhedsvæsenet. Overflytning fandt først sted den 22. januar 2014 efter, at Bilirubin-tallet havde været stigende i flere uger.

Det gøres gældende, at den manglende rådføring og forsinkede overflytning er at betragte som en klar fejl.

Det bestrides, at den manglende rådføring og forsinkede overflytning til Behandlingssted 2 ikke har medført en skade.

Det gøres gældende, at det var en suboptimal behandling at fortsætte injektionerne, da løbende kontroller viste, at tallene generelt var alt for høje. Erfaren specialiststandard havde tilsagt, at man havde stoppet behandlingen første gang, man gennemgik blodprøveprøverne og have indlagt A i stedet for at give den dødbringende sprøjte.

Behandlingen blev ikke stoppet, før bivirkningerne blev for udtalte. Dette understreges af, at man den 6. januar 2014 gav injektion med PegIntron, der efter anbefalinger ikke bør anvendes ved meget dårligt fungerende lever og meget dårligt fungerende nyrer, og at man fra sygehusets side efterfølgende selv måtte revurdere situationen på baggrund af de selvsamme blodprøver.

Det gøres gældende i relation til påstand 3 gældende, at A's overlevelsesprognose grundet patientskaden med overvejende sandsynlighed blev forringet i en sådan grad, at A ikke overlevede sygdommen.

Vedrørende KEL § 43:

Det gøres gældende, at der er tale om en lægemiddelskade, der berettiger til erstatning i medfør af § 43, idet såvel alvorlighedskriteriet som sjældenhedskriteriet må anses for opfyldt.

Behandlingen med Pegintron og Ribavarin medførte, at A blev påført en lægemiddelskade med forværring af levercirrose med akut nyresvigt og dødsfald til følge. Dette er der enighed om mellem parterne.

Det gøres gældende, at der kun var tale om "en relativt alvorlig sygdom med nedsat leverfunktion til følge".

Det fremgår af journalnotat fra den 18. november 2013, at der ingen tegn var på leversvigt (ingen væske i bughulen, ingen åreknuder i spiserøret eller andre tegn på avanceret leversygdom).

Retslægerådet har i svar på spørgsmål A bl.a. anført, at "*afdøde ubehandlet højst sandsynligt ville have udviklet et tilsvarende billede med infektion i væske i bughulen, lever – og nyresvigt, men det er ikke muligt at sige hvor hurtigt dette ville være sket uden behandling.*"

Denne usikkerhed bør bevismæssigt ikke komme boet til skade, særligt ikke henset til Child-Pugh score, hvorved sværhedsgraden af leversygdomme inddeles.

Afdøde var omfattet af klasse A, hvor der var en statistisk 1-års overlevelsesprognose på 100 % og en statistisk 2-års overlevelsesprognose på 85 %, men døde allerede efter cirka 3 måneder pga. den iværksatte behandling med Pegintron og Ribavirin. Der er tilmed ifølge studier overvejende sandsynlighed for mere end 7 års overlevelse.

Ifølge instruks fra Region 1, jf. bilag 11, er der endda en gennemsnitlig overlevelsestid på 15-20 år.

A blev dermed uden tvivl dårligere stillet med den igangsatte behandling, end han ville have været uden behandlingen, idet han endte med at afgå ved døden som følge af behandlingen allerede den 14. februar 2014.

Kerneområdet for KEL § 43 er bivirkninger, som medfører mere alvorlige skadesfølger, end grundsygdommen ville have medført, hvis behandlingen ikke var blevet iværksat. [udgået]

Det gøres herudover gældende, at A med overvejende sandsynlighed kunne have levet væsentlig længere, såfremt han havde været velbehandlet med lægemidlerne.

Samlet set gøres det således gældende, at betingelserne i § 43 er opfyldt.”

Ankenævnet for Patienterstatningen har i sit påstandsdokument anført følgende:

”4. ARGUMENTATION OG ANBRINGENDER

4.1 Retslægerådets forrang

Det gøres gældende, at ved lægelig uenighed har Retslægerådets svar forrang, hvilket også følger af fast praksis. Det gøres derfor også gældende, at Retslægerådets lægelige vurderinger skal lægges til grund i denne sag ved uenighed med øvrige læger eller ankenævnets vurderinger.

4.2 Frifindelsespåstanden over for B's påstand 1

4.2.1 Prøvelse af ankenævnets afgørelse – behandlingen på Behandlingssted 1

Til støtte for den nedlagte påstand om frifindelse gøres det gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse af 18. december 2017 (bilag 8).

Ankenævnet er et kollegialt organ med en særlig sagkundskab og erfaring i at bedømme sager efter KEL, da ankenævnet blandt andet har medlemmer med lægevidenskabelig baggrund, og da ankenævnet behandler et stort antal sager. Dette må tages i betragtning ved bevisbedømmelsen, og der skal derfor foreligge et sikkert grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse.

Det er B, som har bevisbyrden.

Der er ikke med stævningen fremlagt sådanne oplysninger, som kan danne grundlag for en tilsidesættelse af ankenævnets afgørelse.

B har således ikke løftet sin bevisbyrde for, at der er et tilstrækkeligt sikkert grundlag for at tilsidesætte afgørelsen.

4.2.2 Retsgrundlag – behandlingen på Behandlingssted 1

En patient er berettiget til erstatning, hvis patienten ved behandling, undersøgelse eller lignende med overvejende sandsynlighed er blevet påført en skade, jf. § KEL 19, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, og at skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af de i § 20, stk. 1, nr. 1-4, anførte måder. Følger af selve grundlidelsen og dens forløb berettiger ikke til erstatning efter KEL, og det er således alene skade som følge af en (manglende) behandling, undersøgelse eller lignende, der kan danne grundlag for erstatning.

Det er efter KEL § 20, stk. 1, nr. 1, en betingelse for erstatning, at skaden med overvejende sandsynlighed skyldes, at behandlingen ikke er udført i overensstemmelse med, hvordan en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet.

4.2.3 Den konkrete sag – behandlingen på Behandlingssted 1

Til støtte for den nedlagte frifindelsespåstand over for B's påstand 1, gøres det overordnet set gældende, at der ikke er sket en skade i lovens forstand, og at det samlede behandlingsforløb på Behandlingssted 1 var i overensstemmelse med erfaren specialiststandard, hvorfor B dermed ikke er berettiget til erstatning.

4.2.3.1 KEL § 20, stk. 1, nr. 1 – erfaren specialiststandard

Ankenævnet har fundet, at den indledende behandling på Behandlingssted 1 var i overensstemmelse med, hvordan en erfaren specialist på det pågældende område ville have handlet. Retslægerådet har vurderet, at det samlede behandlingsforløb på Behandlingssted 1 var i overensstemmelse med almindelige anerkendte retningslinjer, og det gøres derfor gældende, at det samlede behandlingsforløb var i overensstemmelse med, hvordan en erfaren specialist på det pågældende område ville have handlet.

Ankenævnet har i forbindelse med vurderingen af den indledende behandling på Behandlingssted 1 lagt vægt på, at der var lægeligt grundlag for at iværksætte behandling med Pegintron og Ribavarin i de aktuelle doser. A opfyldte betingelserne for behandlingen, idet han led af kronisk hepatitis C (kronisk infektiøs leverbetændelse af typen C). Sygdommen var aktiv og havde ved behandlingsstart skadet leveren i en sådan grad, at det havde medført skrumpelever (cirrose).

Ankenævnet har desuden lagt vægt på, at der ingen kontraindikationer var for behandlingen, idet A efter det oplyste ikke havde symptomer på leverinkompensation i form af væske i bughulen (ascites) eller åreknuder på spiserør-

ret (esophagusvaricer). Denne vurdering støttes til fulde af Retslægerådet, der i svaret på spørgsmål 5 anfører, at man blev nødt til at forsøge at behandle, fordi A ellers med sikkerhed ville udvikle dødeligt leversvigt eller leverkræft. Retslægerådet anfører endvidere i svaret på spørgsmål 6, at A's grundsygdom ikke kontraindicerede start af behandling, men at det tværtimod var vigtigt at behandle på dette tidspunkt, fremfor at vente til hans grundsygdom var yderligere fremskreden, og at behandling derfor ville være kontraindiceret.

Ankenævnet har endvidere lagt vægt på, at Behandlingssted 1 i overensstemmelse med erfaren specialiststandard iværksatte behandlingen i reduceret dosis, da A havde skrumpelever. Hans tilstand blev løbende kontrolleret med relevante blodprøver.

A's leverfunktion var i forløbet påvirket med forhøjet bilirubin. Ankenævnet har dog med rette vurderet, at der ikke var grundlag for på et tidligere tidspunkt at ophøre med den antivirale behandling, idet man først efter fire ugers vedvarende forhøjelse bør ophøre hermed. Denne vurdering støttes ligeledes af Retslægerådet, der i svaret på spørgsmål 6 anfører, at A både blev startet og afsluttet i behandling med pegyleret interferon og Ribavarin i overensstemmelse med gældende retningslinjer.

Ankenævnet har ligeledes med rette vurderet, at der ikke var grundlag for at overflytte A til Behandlingssted 2 i forløbet frem til 16. januar 2014. Der er lagt vægt på, at hans tilstand på dette tidspunkt ikke var så fremskreden, at den nødvendiggjorde mere specialiseret behandling end den, der kunne tilbydes på Behandlingssted 1.

Retslægerådet har som anført under afsnit 2.1 vurderet, at det både var i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægefaglig standard, at Behandlingssted 1 ikke på et tidligere tidspunkt rådførte sig med Behandlingssted 2, og at Behandlingssted 1 først 22. januar 2014 overflyttede A til Behandlingssted 2. Retslægerådet vurderer samlet, at kontakten til Behandlingssted 2 var relevant – både fagligt og tidsmæssigt, jf. svarene på spørgsmål 2 og 3.

B har bevisbyrden for, at en erfaren specialist under de foreliggende omstændigheder ville have handlet anderledes ved behandlingen af A. Denne bevisbyrde er ikke blevet løftet.

På denne baggrund gør ankenævnet gældende, at den samlede behandling på Behandlingssted 1 var i overensstemmelse med, hvordan en erfaren specialist på det pågældende område ville have handlet, jf. KEL § 20, stk. 1, nr. 1.

Endelig gøres det gældende, at idet behandlingen på Behandlingssted 1 – ifølge Retslægerådets svar på spørgsmålene 2 og 3 – samlet set har været i overens-

stemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer, så er der naturligvis heller ikke klart begået fejl, og der kan derfor heller ikke ske bevislem-pelse.

4.2.3.2 KEL § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1 - Ingen skade

Ankenævnet har i den indbragte afgørelse med rette fundet, at der ikke ved be-handlingen på Behandlingssted 1 er påført A en skade i lovens forstand jf. KEL § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1. Dette bekræftes af Retslægerådets svar på spørgsmål 5, 6 og F, hvor Retslægerådet blandt andet anfører, at der er mindre end 50 % sandsynlighed for, at A er påført en skade i forbindelse med behandlingen på Behandlingssted 1. Side 8

Ankenævnet har i den forbindelse lagt vægt på, at A's tilstand på dette tidspunkt var så fremskreden, at den manglende overflytning ikke med overve-jende sandsynlighed påvirkede forløbet, herunder forårsagede A's dødsfald, hvilket igen bekræftes af Retslægerådet i svaret på spørgsmål F. Dødsfaldet skyldes således med overvejende sandsynlighed udviklingen af hans kroniske leversygdom og den nødvendige behandling heraf.

B har bevisbyrden for, at A's gener med overvejende sandsynlighed skyldes behandlingen og ikke andre forhold, herunder grundlidelsen, jf. KEL § 20, stk. 1. Denne bevisbyrde er ikke blevet løftet.

Det gøres gældende, at ankenævnet med rette har vurderet, at B ikke har ret til erstatning efter KEL § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, idet A ikke med overvejende sandsynlighed er påført en skade ved behandlingen på Behandlingssted 1.

4.3 Frifindelsespåstanden over for B's påstand 2

4.3.1 Prøvelse af ankenævnets afgørelse – behandlingen med lægemidlerne Pegintron og Ribavarin

Til støtte for den nedlagte påstand om frifindelse gøres det gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse af 18. december 2017 (bilag 8).

Ankenævnet er et kollegialt organ med en særlig sagkundskab og erfaring i at bedømme sager efter KEL, da ankenævnet blandt andet har medlemmer med lægevidenskabelig baggrund, og da ankenævnet behandler et stort antal sager. Dette må tages i betragtning ved bevisbedømmelsen, og der skal derfor fore-ligge et sikkert grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse.

4.3.2 Retsgrundlag – behandlingen med lægemidlerne Pegintron og Ribavarin

Der kan ydes erstatning for lægemiddelskader, hvis bivirkningerne er mere omfattende, end hvad skadelidte med rimelighed bør acceptere, jf. KEL § 43, stk. 1. Ved vurderingen skal der tages hensyn til arten og sværhedsgraden af den sygdom, som behandlingen rettede sig mod. Der skal også tages hensyn til skadens omfang og til mulighederne for at tage risikoen for skadens indtræden i betragtning, jf. KEL § 43, stk. 2.

Retten til erstatning er således betinget af, at der er tale om bivirkninger, som er forholdsvis sjældent forekommende, og som også i det konkrete tilfælde indtræder uventet, og som medfører mere alvorlige skadevirkninger, end grundsygdommen må antages at ville have fået, hvis behandlingen ikke var blevet sat i værk.

Det er således en betingelse for erstatningsberettigelse efter KEL § 43, at kriterierne om sjældenhed og alvorlighed begge er opfyldt.

Ved vurdering af, om alvorlighedskriteriet er opfyldt, er det afgørende grundlæggelsens relative alvorlighed og sagsøgerens helbredstilstand i øvrigt set i forhold til den indtrufne skade. Ved behandling af en alvorlig sygdom må patienten acceptere mere omfattende skader end ved behandling af en mindre alvorlig sygdom. Hvis sygdommen uden behandling indebærer en nærliggende risiko for, at patienten dør, må der også accepteres en betydelig risiko for alvorlige komplikationer i forbindelse med behandlingen.

For så vidt angår kriteriet om sjældenheden, fremgår det af forarbejderne og praksis, at betingelsen kun er opfyldt, hvis hyppigheden er mindre end 2 %.

4.3.3 Den konkrete sag – behandlingen med lægemidlerne Pegintron og Ribavarin

Ankenævnet har i den indbragte afgørelse fundet, at A med overvejende sandsynlighed er påført fysisk skade i form af en hurtigere forværring af hans kroniske leversygdom som følge af bivirkninger til lægemidlerne Pegintron og Ribavarin i perioden fra 26. november 2013 til 9. januar 2014.

Ankenævnet har i den forbindelse lagt vægt på, at det er velkendt, at man hos patienter med fremskreden hepatitis C kan opleve forværring af leverfunktionen i forbindelse med påbegyndelse af antiviral behandling.

Ankenævnet har imidlertid fundet, at den hurtigere forværring af A's kroniske leversygdom ikke er tilstrækkelig sjælden til, at der kan ydes erstatning.

Denne vurdering er Retslægerådet ikke enig i, idet det følger af svaret på spørgsmål 9, at risikoen for det konkrete forløb ved behandlingens start var ca. 1 %. Det kan derfor lægges til grund, at den hurtigere forværring af A's kroniske leversygdom opfylder lovens betingelse om sjældenhed.

Imidlertid kræves det også, at den hurtigere forværring af A's kroniske leversygdom er tilstrækkelig alvorlig til, at der kan ydes erstatning, og ankenævnet har med rette vurderet, at denne betingelse ikke er opfyldt.

Ankenævnet har i den forbindelse lagt vægt på, at A som anført led af kronisk infektiøs leverbetændelse type C. Sygdommen var aktiv og havde skadet leveren i en sådan grad, at det havde medført skrumpelever.

A modtog den antivirale behandling med Pegintron og Ribavarin i perioden fra 26. november 2013 til 9. januar 2014 for at forsøge at bremse udviklingen af grundsygdommen eller helbrede grundsygdommen.

Ankenævnet har vurderet, at behandlingen med Pegintron og Ribavarin ikke kunne helbrede den kroniske leversygdom, som med overvejende sandsynlighed ville være progredieret med dødelig udgang både med og uden behandling. Dette støtter Retslægerådet, idet Retslægerådet i svaret på spørgsmål A udtaler, at samme billede med leversvigt, betændelse i væske i bughulen og nyresvigt også vil kunne ses uden behandling, og det er umuligt at sige præcis, hvornår det ubehandlet ville have opstået. Dog oplyser Retslægerådet i svaret på spørgsmål 10, at tilstanden på ethvert tidspunkt kunne forværres i en sådan grad, at det ville blive kontraindiceret at starte behandling. Herudover anfører Retslægerådet blandt andet i svaret på spørgsmål 5, at:

"...Man blev nødt til at forsøge at behandle, fordi afdøde i modsat fald med sikkerhed vil udvikle dødeligt leversvigt og eller leverkræft..."

Herudover har Retslægerådet i svaret på spørgsmål 7 anført, at Retslægerådet vurderer, at A's overlevelsesprognose *ikke* blev forringet ved behandlingen.

Både ankenævnet og Retslægerådet er således enige i vurderingen af, at der er tale om en særdeles alvorlig grundsygdom, som ville have medført døden, uanset behandlingen. På denne baggrund gøres det gældende, at betingelsen om alvorlighed ikke er opfyldt.

Ankenævnet har vurderet, at der som følge af behandlingen med lægemidlerne med overvejende sandsynlighed indtrådte en hurtigere forværring af A's grundsygdom, end hvis behandlingen ikke var blevet iværksat. A fik således et forkortet, men forværret sygeforløb i perioden frem til sin død.

Ankenævnet har dog med rette fundet, at dette ikke var mere omfattende end det, som A med rimelighed måtte acceptere i forsøget på at bremse udviklingen af/helbrede den alvorlige grundsygdom.

B har bevisbyrden for, at den hurtigere forværring af A's kroniske leversygdom var tilstrækkelig alvorlig til, at der kan ydes erstatning. Denne bevisbyrde er ikke blevet løftet.

Det gøres dermed gældende, at ankenævnet med rette har vurderet, at B ikke er berettiget til erstatning, jf. KEL § 43.

4.4 Frifindelsespåstanden over for B's påstand 3

4.4.1 Fremrykket dødsfald – dødsfaldserstatning

Til støtte for den nedlagte påstand om frifindelse gøres det gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse af 18. december 2017 (bilag 8).

Det er med Højesterets dom af 12. juni 2018 (H.2018.222-2017) nu fastslået, at det ikke vil udgøre en patientskade, der berettiger til forsørgertabserstatning og overgangsbetrag, at en forsinket diagnose alene har ført til fremrykning af patientens død på grund af grundsygdommen.

I replikken ændrede B sin påstand, så det nu gøres gældende, at det er patientskaden, der har forårsaget A's dødsfald, og at B således ikke længere mener, at det er patientskaden, der har fremrykket A's dødsfald.

Heroverfor gør ankenævnet gældende, at behandlingen med Pegintron og Ribavirin ikke havde kunnet helbrede den kroniske leversygdom, som med overvejende sandsynlighed ville være endt med dødelig udgang både med og uden behandling, hvilket også støttes af Retslægerådets udtalelse i svarene på spørgsmål 5, 7, 10 og A. Det gøres endvidere gældende, at følgerne af lægemiddelbivirkningen ikke skal ses i forhold til det forventelige forløb ved vellykket behandling, men derimod i forhold til grundsygdommens forløb uden behandling.

Det gøres i den forbindelse gældende, at ankenævnet med rette har fundet, at A med overvejende sandsynlighed ville være død af sin grundsygdom, selvom han ikke var blevet behandlet med Pegintron og Ribavirin.

Samlet set gøres det således gældende, at behandlingsskaden ikke har forårsaget A's død, men alene har fremrykket dødsfaldet, hvorfor B således ikke er berettiget til erstatning.

4.5 Hjemvisningspåstanden over for B's påstande 1-3

Til støtte for den subsidiaire påstand om hjemvisning gør ankenævnet gældende, at hvis retten giver B medhold i nogen af sine påstande, må sagen hjemvises med henblik på vurdering af, om B er berettiget til erstatning og i givet fald til udmåling af erstatningen.

4.6 Særligt om bilagene 10-18

B har i sammenfattende processkrift af 27. oktober 2022 fremlagt bilagene 10-18.

4.6.1 Bilagene 10-12

Bilagene 10-12 vedrører den såkaldte "Child-Pugh Score" samt B's opfordringer og ankenævnets svar herpå. I bilagene 10 og 11 fremgår det, hvor lang den statistiske overlevelsesprognose for patienter i Child-Pugh A klassen er.

Som anført i ankenævnets svar på opfordring 2 har ankenævnet i sin afgørelse ikke lagt vægt på den Child-Pugh Score, som bruges til at inddele sværhedsgraden af leversygdommen.

Retslægerådet har imidlertid forholdt sig til Child-Pugh Scoren i svarene på spørgsmål 6, 7 og 10. Retslægerådet oplyser i svaret på spørgsmål 6, at A havde cirrose Child-Pugh A. I spørgsmål 7 bliver Retslægerådet bedt om at forholde sig til, om overlevelsesprognosen i henhold til Child-Pugh A Score som følge af udredningen/behandlingen på Behandlingssted 1 blev forringet. Hertil svarer Retslægerådet meget klart, at:

"Nej, Retslægerådet vurderer ikke, at afdødes overlevelsesprognose blev forringet..."

Dette udsagn supplerer Retslægerådet i svaret på spørgsmål 10, hvor det fremgår, at afdødes tilstand, med cirrose Child-Pugh A, på ethvert tidspunkt kunne forværres i en sådan grad, at det ville blive kontraindiceret at starte behandling.

På denne baggrund gøres det gældende, at Retslægerådet har forholdt sig konkret til A og hans sygdomsforløb samt overlevelsesprognose i relation

til Child-Pugh A og har alligevel fundet, at overlevelsesprognosen *ikke* blev forringet.

4.6.2 Bilagene 13 – 16

Bilagene 13-16 er yderligere lægeligt materiale, som også er indgået i ankenævnets behandling af sagen. Det gøres derfor gældende, at disse bilag ikke tilfører sagen noget nyt.

4.6.3 Bilagene 17-18

Bilagene 17 og 18 er indlægssedler for lægemidlerne Pegintron og Ribavirin, som ankenævnet ikke har bemærkninger til.”

Parterne har under hovedforhandlingen nærmere redegjort for deres opfattelse af sagen.

Rettens begrundelse og resultat

A fik med opstart den 26. november 2013 på Behandlingssted 1 antiviral behandling mod hepatitis C med lægemidlerne Pegintron og Ribavirin. Han blev indlagt den 7. januar 2014. Behandlingen med Pegintron og Ribavirin blev bragt til ophør den 9. januar 2014. A blev den 22. januar 2014 overflyttet til Behandlingssted 2, hvor han afgik ved døden den 14. februar 2014.

Det fremgår af Retslægerådets svar på spørgsmål 1, at A ved behandlingsstart havde fremskreden hepatitis C, og at infektionen på det tidspunkt havde forårsaget alvorlig skade på leveren i form af så udtalt arvævs/bindevævsdannelse, at der var tale om skrumpelever. Det fremgår videre, at der ubehandlet ville være stor risiko for udvikling af fuldstændigt leversvigt eller kræft i leveren.

Retslægerådets har i sin besvarelse af spørgsmål 2, 3 og 6 vurderet, at der i forløbet på Behandlingssted 1 er ageret i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægefaglig standard og gældende retningslinjer på daværende tidspunkt; både i forhold til behandlingen og til kontakten med samt overflytningen til Behandlingssted 2. I svaret på spørgsmål F er det anført, at A's prognose formentlig ikke havde været anderledes, såfremt han var blevet overflyttet til Behandlingssted 2 tidligere end sket. Det fremgår af svaret på spørgsmål 9, at udviklingen af det samlede forløb efter Retslægerådets vurdering hverken skyldes forkert udredning eller behandling, som begge er vurderet at være i fuld overensstemmelse med almindelig anerkendt lægefaglig standard. Retslægerådet har endvidere i besvarelsen af spørgsmål 5 vurderet, at A med mindre end 50% sand-

synlighed i forbindelse med behandlingen på Behandlingssted 1 blev påført en skade.

Det er herefter ikke godtgjort, at A under behandlingen på Behandlingssted 1 med overvejende sandsynlighed blev påført en erstatningsberettigende patientskade, idet det ikke er godtgjort, at betingelserne herfor i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 20, stk. 1, nr. 1, jf. § 19, er opfyldt. Sagsøgerens påstand 1 kan derfor ikke tages til følge.

Det lægges som ubestridt til grund, at A som følge af bivirkninger til lægemidlerne Pegintron og Ribavirin blev påført en lægemiddelskade i form af hurtigere forværring af hans kroniske leversygdom. Der er endvidere mellem parterne enighed om, at A's forløb opfylder kravene til sjældenhed i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 43.

Retslægerådet har i besvarelsen af spørgsmål A vurderet, at A med mindre end 50 % sandsynlighed ved behandlingen med Pegintron og Ribavirin blev påført en skade i form af hurtigere forværring af hans kroniske hepatitis C, men at han oplevede en forværring i tilstanden, som ses i meget få tilfælde. Det er endvidere anført, at samme billede også ville kunne ses uden behandling, uden at det er muligt at sige præcis, hvornår det ubehandlet ville være opstået. I svaret på spørgsmål E er det oplyst, at A ubehandlet højst sandsynligt ville have udviklet et tilsvarende billede med infektion i væske i bughulen samt lever- og nyresvigt, og at det ikke er muligt at sige noget om, hvor hurtigt dette ville være sket uden behandling, ligesom det i svaret på spørgsmål 5 er anført, at man var nødt til at forsøge at behandle, fordi A i modsat fald med sikkerhed ville udvikle dødeligt leversvigt eller leverkræft. Endvidere har Retslægerådet i svaret på spørgsmål 7 vurderet, at As overlevelsesh prognose ikke med mere end 50% sandsynlighed blev forringet ved behandlingen på Behandlingssted 1.

Det må på den baggrund lægges til grund, at A's grundsygdom var af en sådan alvorlighed, at den ubehandlet ville have medført døden. Det er ikke godtgjort, at skaden i form af hurtigere forværring af hans kroniske leversygdom kan anses for at være mere alvorlig, end han set i forhold til den alvorlige grundsygdom med rimelighed måtte tåle i forsøget på at behandle den. Som følge heraf er betingelserne for erstatning i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 43 ikke opfyldt. Sagsøgerens påstand 2 kan således ikke tages til følge.

Som ovenfor anført lægges det til grund, at A's grundsygdom ubehandlet ville have medført døden. Det fremgår af Retslægerådets svar på spørgsmål A og E, at det ikke er muligt at sige noget om, hvor hurtigt dette ville være sket. I besvarelsen af spørgsmål 7 har Retslægerådet som ovenfor anført vurderet, at

A's overlevelsesprognose ikke med mere end 50% sandsynlighed blev forringet ved behandlingen på Behandlingssted 1.

Det er på den baggrund ikke godtgjort, at behandlingen med overvejende sandsynlighed har forårsaget A's død. Herefter kan sagsøgerens påstand 3 ikke tages til følge.

Som følge heraf frifindes sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen.

Sagsomkostningerne er efter det oplyste om sagens værdi, sagens forløb og udfald fastsat til dækning af Ankenævnet for Patienterstatningens advokatudgift med 125.000 kr. Ankenævnet for Patienterstatningen er ikke momsregistreret.

THI KENDES FOR RET:

Ankenævnet for Patienterstatningen frifindes.

Boet efter A v/B skal til Ankenævnet for Patienterstatningen inden 14 dage betale sagsomkostninger med 125.000 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. 19-12-2022 kl. 12:00

Modtagere: Advokat (H) Jakob Fink, Advokat Signe Rydahl Werming,
Sagsøgte Ankenævnet for Patienterstatningen, Sagsøger Boet efter A v/B