



Udskrift af dombogen

DOM

Afsagt den 18. november 2013 i sag nr. BS 10B-976/2012:

A

mod
Patientskadeankenævnet
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg

Sagens baggrund og parternes påstande

Sagen drejer sig om, hvorvidt l A har krav på en godtgørelse efter erstatningsansvarslovens § 26a i anledning af sin mors død den 8. oktober 2008 på H Hospital.

Patientskadeankenævnet har i afgørelse af 27. oktober 2011 fundet, at betingelserne i erstatningsansvarslovens § 26a ikke var opfyldt.

... Als påstand er, at Patientskadeankenævnet skal anerkende, at hun er berettiget til en godtgørelse på 100.000 kr. efter erstatningsansvarslovens § 26a, subsidiært et efter rettens skøn fastsat mindre beløb.

Patientskadeankenævnets påstand påstand er frifindelse.

Sagen er anlagt den 23. marts 2012.

Oplysningerne i sagen

Als mor, B, blev den 1. september 2008 indlagt på H Hospital med et brækket ben og voldsomt udspillet mave som følge af forstoppelse.

Af journalen fra H Hospital fremgår blandt andet:

1. september 2008 kl. 15.32 (...) Patienten er smerteforpint og meget oppustet, hvorfor ortopædkir. beder om medicinsk tilsyn. Patienten har ikke haft opkastninger eller kvalme. Har smerter og nedsat appetit og noget der kunne minde om tiltagende halsbrand.

(...)

Konklusion

Det drejer sig om en 75 årig kvinde, der er kendt med dissemineret scler-

rose, dermed kørestolsbundet siden ungdommen. Kommer indbragt med Falck fra egen læge, fordi hun faldt ud af kørestolen i går og pådrog sig en patellafraktur. Patienten er gipset og behandlet for denne fraktur hos ortopædkir. og er derefter overgået til medicinerne pga. obstipation af mere end 1 uges varighed. Patienten har via hjemmeplejen og egen læge forsøgt både med Laxoberaldråber, Movicol samt klyx x flere. Dette er fuldstændig uden effekt. Der var planlagt et oliekllyx dags dato, som patienten pga. frakturen i benet ikke har fået i dag. Objektivt er patienten øm i maven, der er sparsomme tarmlyde, og der er umiddelbart ingen mistanke om ileus eller nogen kirurgisk tilstand. Derfor indlægges patienten i Q53E2 mhp. udtømmning, idet dette ikke kan ske i skadestuerégi.

2. september 2008 kl. 12.00 (...) Svært obstiperet med helt normalt klingende tarmlyde. Der er kun diffus ømhed, ingen peritoneal reaktion, ingen egentlig dmp. over symfyssen.

3. september 2008 kl. 10.00 stuegang.

Pt. har været obstiperet 10 døgn. Har små opkastninger med sort slimet væske. Har svært ved at tage sin kalium mixtur. (...) Abd.: opdreuet, blødt med sparsomme tarmlyde. Pt. konf. med parenchymkir. mellemvagt $\times$ og vi bliver enige om rp. akut OOA, obs. ileus, rp. D-tilsyn. (...)

3. september 2008 kl. 13.15. Tilsyn pga. fækulent opkastning og manglende aff. og luftgang i mere end et døgn. (...) OOA viser tegn på colon ileus. (...)

3. september 2008 kl. 14.00. Radiologisk afd.

Indhældning: passagestop i midtsigmoideum, som form er udefra komprimeret og svært oklateret. Colon slynge på 15 cm. Ingen typisk "knæk" i sigm., ingen luft i transversum eller ve. flexur. Det ligner coecum volvolus.

3. september 2008 kl. 15.00 tilsyn.

Pt. er lige kommet tilbage fra rtg.afd. Colonindhældning viser obstruktion sv.t. hø. side, om colon tumor eller coecum volvolus vides ikke.

Pt. er informeret om ovenstående samt planen om oopr. Pt. er informeret om risiko for infektioner, blødning, evt. stomi og har accepteret dette.

3. september 2008 kl. 16.20 tilsyn ($\angle$).

Pt. er meldt til opr. Det er dog aftalt, at der inden laves CRT af abd. pga. pg.'s anamnese med DS, immobilisering og obstipationsproblematik og massivt laksantia forbrug.

3. september 2008 kl. 23.15 tilsyn ($\angle$)

Koloskopi. Med stort besvær pga. store slynger og store mængder skiftevis tynd og fast aff. er koloskopet ført i bund uden at nogen mekanisk stenose er lokaliseret.

Flere segmenter af colon er med betydelig dilation, andre segmenter er kun let dilaterede. Der er gennemlyst og da skopet er ført helt ind, står man i en stor transversumslynge.

Abd. fortsat meteoristisk efter desufflering. Mekanisk stop i sigmoideum synes udelukket.

Foreslår fortsat beh. rigelig med peroral laksantia og klyx på rectalsonde.

4. september 2008 kl. 10.30 stuegang (overlæge ).

Objektivt har pt. fortsat ret udtalt meteoristisk abd., stetoskopisk er der ingen tarmlyde.

I henhold til årsag fra kir.afd. D fortsætter vi med udtømning af pt. samt bestiller ny 00A som de har opfordret til. (...)

5. september 2008 kl. 10.30 tilsyn.

Fortsat ingen tarmfunktion. Svært plaget af kvalme og der kommer rigelig fækulent i sonden.

Vi har gennemset alle pt's scanninger og oversigter til morgen, og der er fortsat udtalt dilatation af hø. colonhalvdel, især coecum som udmåles til 16 cm. Der har på intet tidspunkt kunne påvises stop i tarmen, colon har været beskrevet dilateret helt ned til sigmoid. Colon indhældning har ikke vist stop. Der er foretaget koloskopi, hvor man kommer til midt-transversum og der er ikke beskrevet nogen stenoser, men pga. længden på tarmen kan man ikke komme længere med koloskopet. Det skal anføres, at pt. har været sklerose pt. i mange år, men har aldrig haft problemer med tarmsystemet af denne kaliber.

 blev herefter overført til kirurgisk gastroenterologisk afdeling, hvor hun blev opereret.

5. september 2008 kl. 20.00 Notat.

Pt. septisk præget, vigende BT trods væsketerapi. Vågen, orienteret, men træt. Lette smerter. (...)

Vurdering opfylder kriterierne for septisk chok. (...)

Pt. og pårørende (to døtre) er informeret om tilstanden (sepsis), alvoren og planen. Acceperer.

6. september 2008 kl. 10.30 Notat.

Septisk præget med lavt BT. Intensiv kandidat, idet BT kun holdes med Noradrenalin. (...)

6. september 2008 kl. 12.00 Intensiv.

(...)

Vurdering

75 år. Diss. sclerose, men højt funktionsniveau. Ugers anamnese med obstipation. Nu perforeret coecum + fækal peritonit. Hemikolektomi + ileostomi. Nu septisk chok. Tilstand kritisk.

7. september 2009 kl. 13.30 Intensiv.

(...)

Pt.s tilstand præget af sepsis og DIC. Siden i går forværring på flere parametre.

(...)

Samtale med pt.'s to døtre

De informeres om baggrunden for den aktuelle tilstand med fækal peritonit, sepsis og DIC samt at den aktuelle tilstand er meget farlig og at vi har begrænsede terapimuligheder. Jeg fortæller dem, at vi tilslutter kontinuierlig dialyse i et håb om bedre sepsistilstanden, men de er også informeret om, at der på ingen måde er garanti for, at dette virker. (...)

8. september 2008 kl. 11.30 Intensiv.

(...)

Vurdering

Tilstanden kritisk med svært septisk chok efter fækal peritonit, nyreinsuff. og DIC. Har dog generelt rettet sig det sidste døgn tid.

8. september 2008 kl. 13.30 Intensiv.

Fortsat sepsis, multiorgansvigt (...)

9. september 2008 kl. 12.00 Intensiv

(...)

Vurdering

Kritisk med septisk chok efter expl. lap., hvor man fandt fækal peritonit samt strikturerende colontumor. Betydelig fremgang på flere fronter, især cirkulatorisk og mikr. Fortsat respiratorafhængig samt påvirkede koag. tal.

(...)

B afgik ved døden den 8. oktober 2008 kl. 21.45 på intensivafdelingen.

Sagen blev rejst over for Patientforsikringen den 28. december 2009. Ved afgørelse af 28. februar 2010 fandt Patientforsikringen, at **B's**

dødsfald var omfattet af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (KEL). Af begrundelsen fremgår blandt andet:

(...)

Patientforsikringen har ved sin afgørelse lagt vægt på, at koloskopien den 3. september 2008 ikke gav nogen forklaring på de tre forudgående abnorme røntgenundersøgelser. Det er derfor Patientforsikringens vurdering, at optimal behandling havde tilsagt, at man umiddelbart efter

koloskopien den 3. september 2008 havde foretaget operation på baggrund af en stor mistanke om et mekanisk stop.

Patientforsikringen har desuden fundet, at man formentlig ville have foretaget samme operationstype, som man gjorde, men man ville med overvejende sandsynlighed have undgået, at tarmen bristede. Patientforsikringen har endvidere vurderet, at ^B derved med overvejende sandsynlighed ville have overlevet, idet hun havde undgået at få den svære peritonitis (bughindebetændelse) og dermed den sepsis, som hun døde af.

Sagen kan derfor anerkendes efter loven.

Patientskadeankenævnet tiltrådte den 12. august 2010 Patientforsikringens afgørelse.

I brev af 8. november 2010 meddelte Patientforsikringen ^A at der ville blive udbetalt 32.431 kr. i erstatning for begravelsesudgifter.

^A klagede også over de behandlende læger til Patientombudet, Disciplinærnævnet.

Patientombudet, Disciplinærnævnet traf afgørelse den 3. marts 2011 og fandt grundlag for at kritisere reservelæge ^L kirurgisk afdeling, for hans behandling af ^B den 3. september 2008 på medicinsk afdeling, ^H Hospital, da reservelægen havde overtrådt autorisationslovens § 17. Disciplinærnævnet fandt endvidere grundlag for at kritisere overlæge ^G for hendes behandling af ^B den 4. september 2008 på medicinsk afdeling, ^H Hospital, da overlægen havde overtrådt autorisationslovens § 17.

Disciplinærnævnet fandt ikke grundlag for kritik af de øvrige læger, der havde deltaget i behandlingen fra den 1. september 2008 til 5. september 2008.

I begrundelsen vedrørende ^L anførte Disciplinærnævnet:

Reservelæge ^L : noterede den 3. september 2008 kl. 16.20, at der skulle udføres en CT-scanning af ^{B's} mave på grund af hendes sygdomshistorie med dissemineret sclerose, manglende evne til at bevæge sig (immobilisering) samt forstoppelse.

CT-scanningen viste blandt andet, at den S-formede del af tyktarmen (sigmoideum) var svært udvidet (dilateret), men scanningen påviste ikke med sikkerhed årsagen til ^{B's} symptomer. Reservelæge ^L vurderede, at der i første omgang skulle foretages en kikkertundersøgelse (sigmoideoskopi/coloskopi) for om muligt at finde den egentlige årsag til stoppet i tyktarmen med formodning om

eventuelt at kunne løse problemet ved kikkertundersøgelsen.

Disciplinærnævnet kan oplyse, at en akut operation for et stop i tyktarmen er en risikabel operation, der er forbundet med høj risiko for komplikationer hos patienter med andre ledsagende og alvorlige sygdomme.

Det er Disciplinærnævnets vurdering, at det henset til ^{B'S} øvrige helbredstilstand var relevant at forsøge at finde årsagen og eventuelt løse afføringsproblemet ved en kikkertundersøgelse.

Den 3. september 2008 udførte reservelæge ^L kikkertundersøgelsen. Undersøgelsen var besværet af, at tarmen var slynget og af afføring, hvorfor scopet kun kunne føres frem til den tværgående del af tyktarmen (transversum). Reservelægen bekræftede scopets placering ved en røntgengennemlysning. Han ordinerede en kontrolrøntgenundersøgelse følgende dag, eventuelt efterfulgt af et kirurgisk tilsyn.

Disciplinærnævnet kan oplyse, at transversum ligger længere oppe i tarmen end sigmoideum.

Disciplinærnævnet kan dog videre oplyse, at det ved en røntgengennemlysning kan være vanskeligt at afgøre, hvor i tarmen scopet befinder sig, og ved en stærkt slynget tarm kan billedet "snyde".

Det er Disciplinærnævnets opfattelse, at reservelæge ^L var af den opfattelse, at scopet var ført forbi det sted i tarmen, hvor der tidligere var mistanke om et mekanisk stop.

Reservelæge ^L vurderede, at der ikke var tale om et mekanisk stop, hvorefter han tømte tarmen for luft (desufflerede). Maven forblev dog opspilet (meteoristisk). Han ordinerede fortsat behandling med afføringsmidler samt røntgenundersøgelse den følgende dag.

Disciplinærnævnet kan oplyse, at kikkertbehandling med udsugning af luft fra tyktarmen skal resultere i et tydeligt sammenfald af tarmen og dermed også maven.

Det er Disciplinærnævnets vurdering, at reservelæge ^L burde have ordineret en akut røntgenundersøgelse, eller alternativt have iværksat den tidligere planlagte operation, idet ^{B'S} mave forblev opspilet efter desufflering, og idet den forudgående røntgenundersøgelse havde vist en svær udvidelse af den opadgående højre del af tyktarmen (cökum) med en diameter på mere end 12 cm, der sædvanligvis er tegn på truende perforation og dermed er potentielt livstruende.

På den baggrund finder Disciplinærnævnet, at reservelæge ^L

handlede under normen for almindelig anerkendt faglig standard ved sin behandling af B på medicinsk afdeling, H Hospital, den 3. september 2008.

I begrundelsen vedrørende overlæge G anførte Disciplinærnævnet:

Overlæge G tilså B ved stuegang den 4. september 2008 kl. 10.30, hvor overlægen ved en objektiv undersøgelse konstaterede, at B's mave fortsat var opspilet. Hun noterede, at udtømningen skulle fortsættes som ordineret af mave-tarmkirurgisk afdeling, og ordinerede en røntgenundersøgelse af maven samt væskebehandling med glukose og saltvand.

Det er Disciplinærnævnets vurdering, at overlæge G udførte en relevant objektiv undersøgelse, og at ordinationerne var relevante.

Røntgenundersøgelsen blev udført kl. 15.30 samme dag og viste, at B's tyktarm fortsat var svært udvidet med truende perforation.

Det er Disciplinærnævnets vurdering, at mave-tarmkirurgerne havde det overordnede ansvar for udredningen af B, selvom hun var indlagt på medicinsk afdeling.

Det er dog Disciplinærnævnets vurdering, at overlæge G burde have sikret sig, at der blev fulgt op på røntgenundersøgelsen, herunder stillingtagen til om der skulle rekvireres et kirurgisk tilsyn.

Disciplinærnævnet har i den forbindelse lagt vægt på, at der dagen forinden ved et kirurgisk tilsyn var blevet anbefalet røntgenkontrol, eventuelt efterfulgt af et fornyet kirurgisk tilsyn.

Disciplinærnævnet har videre lagt vægt på, at akutte undersøgelser skal vurderes på en patients stamafdeling.

På den baggrund finder Disciplinærnævnet, at overlæge G handlede under normen for almindelig anerkendt faglig standard ved sin behandling af B den 4. september 2008 på medicinsk afdeling, H Hospital.

A anmodede den 13. maj 2011 Patientforsikringen om at genoptage sagen for så vidt angår spørgsmålet om godtgørelse efter erstatningsansvarslovens § 26a. Patientforsikringen traf afgørelse den 27. juni 2011 og fandt ikke betingelserne i erstatningsansvarslovens § 26a opfyldt.

A ankede den 12. juli 2011 afgørelsen til Patientskadeankenævnet, der den 27. oktober 2011 kom til samme resultat som Patientforsik-

ringen:

Begrundelse og resultat

Det følger af erstatningsansvarslovens § 26a, at den, der forsætligt eller ved grov uagtsomhed forvolder en andens død, kan pålægges at betale en godtgørelse til efterlevende, der stod den afdøde særlig nær. Ved vurderingen af, om der skal betales godtgørelse, og ved fastsættelsen af godtgørelsens størrelse, skal der lægges særlig vægt på karakteren af skadevolderens handling og på den lidelse og krænkelse, som må antages at være påført den eller de efterlevende. Dødsfaldet skal være sket under sådanne kvalificerende omstændigheder, at det i almindelighed må forventes at påføre de efterladte lidelse eller krænkelse ud over, hvad dødsfaldet i sig selv påfører nærtstående af sorg og savn.

Patientskadeankenævnet finder, at betingelserne for at tilkende de efterladte efter B godtgørelse efter erstatningsansvarslovens § 26a ikke er opfyldt.

Nævnet finder således, at De og Deres søster ikke er omfattet af den personkreds, der kan tilkendes godtgørelse efter erstatningsansvarslovens § 26a. Nævnet har ved vurderingen lagt vægt på, at De og Deres søster ikke kan betragtes som særlig nærstående i den forstand, bestemmelsen i § 26a anvender dette begreb.

Af forarbejderne til bestemmelsen fremgår det, at der med særligt nærtstående tænkes på ægtefæller, samlevende eller hjemmeboende, mindreårige børn og deres forældre. Hvis der er tale om voksne børn, der er flyttet hjemmefra, tilkendes der i overensstemmelse med lovens forarbejder som udgangspunkt ikke godtgørelse i anledning af barnets eller en af forældrenes død, medmindre der har været et sådan særligt forhold mellem den pågældende og afdøde, at der må antages at være tale om en tilsvarende særlig følelsesmæssig belastning som følge af dødsfaldet. Nævnet finder, at der i denne sag ikke er oplysninger om sådanne særlige forhold, der kan begrunde en fravigelse fra det anførte udgangspunkt. Det forhold, De har beskrevet i Deres seneste brev, findes således ikke på afgørende punkter at være væsentligt anderledes end det almindelige, tætte forhold mellem forældre og voksne, ikke hjemmeboende børn.

Nævnet finder endvidere, at de øvrige betingelser for at tilkende godtgørelse efter bestemmelsen ikke er opfyldt. Nævnet har herved navnlig lagt vægt på, at godtgørelse efter § 26a forudsætter, at dødsfaldet er forvoldt på en særlig brutal og/eller krænkende måde, hvilket ikke findes at være tilfældet ved Deres mors død. Det er nævnets vurdering, at Deres mor ikke var udsat for grov hensynsløshed under behandlingen på H Hospital, og der er ikke grundlag for at antage, at dødsfaldet er

sket under så kvalificerende omstændigheder, at det efter en generel vurdering må antages at have påført Dem og Deres søster en sådan følelsesmæssig belastning, der rækker ud over den sorg og det afsavn, der normalt forbindes med at miste en mor, som en godtgørelse efter § 26a forudsætter.

Det forhold, at Patientskadeankenævnet har anerkendt et ansvarsgrundlag for Deres mors død under indlæggelse på ^H Hospital, og at Sundhedsvæsenets Patientklagenævn har fundet grundlag for at kritisere to læger for forløbet, kan ikke føre til andet resultat.

(...)

Der er under sagen indhentet en erklæring fra psykolog ^P, der har haft flere samtaleforløb med ^A siden 2006 i forbindelse med krisereaktioner, således også i forbindelse med hendes mors død, fra juni 2009 - 2010. Af erklæringen fremgår blandt andet:

Ved samtalerne start er ^A krisepreget, fortæller om morens korte sygdomsforløb og død, som hun føler uvirkelig og var uforberedt på.

^A giver udtryk for at have følt sig splittet mellem morens sygeleje under hospitalsindlæggelsen og at være optaget af sit nyfødte barn, der skulle ammes.

Hun virker ængstelig og har, som jeg har set ved tidligere lejligheder, ganske svært ved at berolige sig selv, men dette kunne moren hjælpe hende med. Hun frygter ikke at kunne klare sig uden sin mor og føler sig utilstrækkelig som mor uden den støtte, hendes mor plejede at give hende.

Herudover plages hun af skyldfølelse, idet hun føler, at hun har svigtet den scleroseramte mor, som hun siden teenageårene har følt det som sin opgave at hjælpe og beskytte. Hun giver udtryk for ikke at kunne forstå sygdomsforløbet og at det kunne ende så galt.

(...)

^{A's} reaktion på morens behandlingsforløb og død skal forstås på baggrund af den voldsomme hændelse, som et uforudset sygdomsforløb og tab af en forældre kan være, men også i lyset af den særlige karakter hendes forhold til moren havde, idet moren var den primære tryghedsskabende voksne i hendes liv. Der var tale om et livslangt symbioselignende forhold af ambivalent karakter. Da forældrene blev skilt, flyttede ^A med moren og en ældre søster forblev hos faren. ^A har følt sig bundet til den scleroseramte mor, som hun har forsøgt at beskytte og hjælpe med hendes handicap. Omvendt har ^A haft tæt kontakt med sin mor med henblik på råd og vejledning i forhold til, hvordan hun kunne løse opgaver i sit eget liv, hvilket har fastholdt ^A i selvusikkerhed - ikke mindst efter fødslerne af de to børn, som hun boede alene med.

^A har, i forbindelse med at hun selv er blevet mor, erkendt sin egen afhængighed af moren og har søgt forskellig professionel hjælp hos bør-

nepsykolog og hos undertegnede i forsøget på at undgå at gentage det symbioselignende forhold. Ulykkeligtvis var det på et tidspunkt, hvor hun var optaget af sin nyfødte, at moren blev hospitalsindlagt og døde.

A er personlighedsmæssigt på mange måder præget af den angst og usikkerhed, der følger af en opvækst med en fysisk handicappet forældre, idet hun gjorde det til sin opgave at hjælpe og holde sin mor i live. Hun har svært ved at slippe tanken om, at moren ikke har fået tilstrækkelig hjælp og er død under hospitalsindlæggelsen. (...)

A har den 10. august 2012 udarbejdet en længere redegørelse om den særlige tilknytning mellem hende og hendes mor, B. Redegørelsen er fremlagt i sagen.

Forklaringer

Der er afgivet forklaring af F, A, K, S, P.

A har forklaret blandt andet, at hun havde et meget tæt forhold til sin mor. Hun var fra en ung alder sin mors lille hjælper. Hun boede efter sine forældres skilsmisse alene med sin mor, fra hun var 10 til 22 år gammel, hvor hun flyttede hjemmefra. Efter at hun var flyttet hjemmefra, fortsatte hun med at have tæt, næsten daglig kontakt til sin mor, at være der for hende og at hjælpe hende med praktiske ting. Hun kunne kun i få timer ad gangen slippe ansvaret og bekymringerne for sin mor.

Selvom moren havde sclerose, var hun en livsglad person, der var frisk i hovedet og holdt fast ved sit arbejde som lærer. Hun var især bange for, at moren skulle falde og at der ikke var nogen til at hjælpe hende op. Desuden havde moren nogle hjerteanfald, der førte til hospitalsindlæggelser. De oplevelser sad i hende i voksenlivet. Hun ringede hele tiden til sin mor for at sikre sig, at hun havde det godt. Hun og moren var gensidigt afhængige af hinanden. Hun var der for sin mor, og moren var der for hende.

Efter at hun efter endt uddannelse var blevet ansat i Socialministeriet, blev hun opmærksom på, at moren var berettiget til forskellige former for praktisk hjælp, hjælp til indretning af bolig og til hjælpemidler. Hun brugte meget tid på, at moren kunne få bevilget den hjælp, hun havde brug for.

Den 1. september 2008 fandt hun ud af, at moren var blevet indlagt, da hun ringede til hende. Hun besøgte hende samme dag på H Hospital, hvor hun lå på gangen. Hendes mave var udspilet, som om hun var i 6. måned. Hun kunne se, at moren havde det dårligt, men ingen af dem var klar over, hvor farlige tarmproblemet kunne være. Den følgende dag var moren blevet overført til medicinsk afdeling. Hun var træt og besværet og helt anderledes end ellers. Den 3. september 2008 var hun forpint. Hun var pludselig blevet

gammel og indfalden som en 90 årig og langt fra sit sædvanlige livsglade og friske jeg.

Den 5. september 2008 havde hun og hendes søster *S* en samtale med læge om den forestående operation. De fik ikke noget at vide om, at operationen kunne være livsfarlig, og at morens tilstand var livstruende. Efter operationen blev de informeret om, at moren havde fået en infektion. Hun lå på intensivafdeling, en mørk stue i kælderen fyldt med maskiner. Det var sidste gang, hun talte med sin mor. De følgende dage og frem til sin død, var moren på intensivafdeling. Hun var ikke længere i stand til at tale med dem, hun kunne ikke røre sig og ikke trække vejret af sig selv. Hun var omgivet af maskiner og kunne blot ligge og kigge.

S har forklaret blandt andet, at hun er søster til *A*. Hun er uddannet klinisk psykolog og dermed trænet i at observere, strukturere og kommunikere. Hun vurderer, at *A* efter morens død var klart traumatiseret.

Deres mor var en livsglad og livskraftig person, der var på arbejdsmarkedet i 30 år, selvom hun en del af årene var afhængig af kørestol. Hun var også en meget struktureret person, der havde styr på sin tarmfunktion. Da hun den 1. september 2008 blev indlagt på *H* Hospital, var det tydeligt at se, at hun var forstoppet og havde været det i flere dage. Hendes mave var udspilet, også når hun lå ned.

Vidnet opholdt sig meget på hospitalet under indlæggelsen, fordi *A* havde sit nyfødte barn, der skulle ammes, m.v. Vidnet holdt blandt andet øje med en slange, moren havde fået stukket ned. Man kunne se, at der kom afføring op gennem slangen. Hun hentede sygeplejersken, når hun kunne se, at hendes mor var ved at kaste op. Man kunne tydeligt se, at moren var voldsomt obstiperet. Vidnet kommunikerede også med lægerne og fortalte dem, at hendes mor altid havde haft styr på sin afføring. Det var mærkeligt at se på, hvordan man bare lod moren ligge i flere dage, uden at foretage sig noget effektivt, selvom forstoppelsen havde stået på i 3-4 uger op til indlæggelsen. Hun var meget forpint. Hun blev proppet med smertestillende medicin, der ikke virkede, fordi hun kastede op. Hun fortalte selv, at hun havde det dårligt, og det var også tydeligt for enhver.

Efter operationen og overførslen til intensiv var hun hos moren 2 gange om dagen. Hun kunne kommunikere med hende via blink med øjnene, selvom hun lå i respirator. Hun var dog kraftigt belastet af sin tilstand, desassocieret og let konfus ind imellem. I korte perioder fik hun det lidt bedre, men dagene frem til hun døde den 8. oktober 2008 var en lang voldsom lidelse, som ingen bør gå igennem.

P har vedstået sin erklæring og supplerende forklaret blandt andet, at *A* siden forældrenes skilsmisse har

forsøgt at hjælpe og beskytte sin mor. Hun har forsøgt at opnå en grundliggende indre tryghed ved at sikre sig, at hendes mor havde det godt, ikke var faldet, osv. Hun udviste en årvågenhed og hjælpsomhed ud over, hvad man sædvanligvis kan forvente af en nærstående datter. Hun så det som sin opgave, at moren overlevede, hvis hun selv skulle have det godt. Det var et meget tæt forhold, hvor **A** tilsidesatte mange af sine egne udviklingsmuligheder. Der var ikke sket den normale adskillelse mellem mor og voksent barn. Der var en gensidig afhængighed, hvor **A** også søgte sin mors råd og hjælp.

A var svært belastet af sin mors død og de omstændigheder, hvorunder det var sket. Det havde været et pinagtigt forløb at overvære. Den første tid var hun krisepræget. Hun er stadig påvirket heraf og særlig af, at hun ikke var i stand til at træde ordentlig til og hjælpe moren, som hun havde været vant til. Hun følte, at hun havde svigtet sin mor, fordi hun samtidig havde en nyfødt at tage sig af. Selvom en del af det er normale reaktioner i forbindelse med en nærståendes pludselige og voldsomme død, må **A's** reaktionsmønster ses i lyset af det særlige forhold, der havde været mellem hende og hendes mor.

F har forklaret blandt andet, at hun har kendt **B** siden 1951. De var veninder og så hinanden regelmæssigt gennem alle årene. Hun har således også kendskab til **B's** to døtre.

Forholdet mellem **A** og moren var meget tæt. Allerede fra **A** var omkring 10 år gammel påtog hun sig rollen som hjælper for sin mor. Det fortsatte gennem årene, også efter at **A** var flyttet hjemmefra. Hun hjalp med praktiske ting og med at skaffe sin mor den hjælp, hun havde krav på og behov for. **A** og hendes mor var følelsesmæssigt tæt forbundne. Vidnet ved fra sine besøg hos **B** at **A** hjalp hende meget og tog initiativer til hjælp, før andre var kommet på det.

K har forklaret blandt andet, at hun er kusine til **A og S**. De har gennem alle årene jævnligt set hinanden. Hun kan bekræfte, at forholdet mellem **A** og hendes mor var tættere end et sædvanligt mor/datter forhold. Der var en afhængighed, der gik begge veje. **B** var afhængig af **A** men **A** var så sandelig også afhængig af sin mor. Man kan godt kalde forholdet symbiotisk. **B** var en fighter hele livet, der ikke ville give op, selvom hun sad i kørestol.

Parternes synspunkter

A har gjort gældende, at erstatningsansvarslovens § 26a, stk. 1, efter sin ordlyd objektivt set er bredt favnende og blot forudsætter, at en persons død er forvoldt forsætligt eller ved grov uagtsomhed, og at den efterlevende stod den afdøde særlig nær. De uddybende kriterier i stk. 2 foretager ikke en yderligere objektiv afgrænsning af hverken personkredsen om-

fattet af bestemmelsen eller af den forudsatte uagtsomhedsgrad. I sin "Redegørelse om godtgørelse efter erstatningsansvarslovens § 26a, samt om erstatning for psykisk skade som følge af dødsfald" fra juni 2010 konkluderer Justitsministeriet, at den nærmere afgrænsning af bestemmelsens anvendelsesområde er overladt til domstolene på grundlag af de konkrete omstændigheder. Højesteret har slået fast, at bestemmelsen også finder anvendelse i patientskadesager.

Et tilfælde som nærværende må herefter i udgangspunktet anses for omfattet af bestemmelsens anvendelsesområde. Det gælder både for så vidt angår personkreds, idet den efterladte - afdøde datter A - stod sin mor meget nær, og for så vidt angår omstændighederne omkring dødsfaldet, idet A sammen med sin søster stod i første række til at overvære morens langvarige smerter uden kvalifikationer til at gribe ind og søge at forhindre det fatale udfald.

Det fremgår af Betænkning 1412/2002 om godtgørelse til efterladte og Justitsministeriets redegørelse fra juni 2010 om personkredsen, at det relevante kriterium er, om der har været "et sådant særligt forhold mellem den pågældende og den afdøde, at der må antages at være tale om en tilsvarende særlig følelsesmæssig belastning som følge af dødsfaldet". Bestemmelsen udelukker dermed ikke et tilfælde som her, hvor der er tale om et udeboende voksent barn. Forarbejderne forudsætter tværtimod, at der i disse tilfælde kan foreligge et særligt forhold. Det fremgår også af en række domme, hvor der er givet tort til efterladte, der ikke længere boede sammen med afdøde.

Psykolog P har i sin erklæring beskrevet det helt særlige og nærmest symbioselignende forhold mellem A og hendes mor, også efter at A var flyttet hjemmefra. Det tætte forhold er også beskrevet af A i hendes egen redegørelse. Der forelå dermed utvivlsomt et særligt tilknytningsforhold mellem A og hendes afdøde mor. A har fra barnsben været sin mors støtte og hjælpende hånd, idet moren led af dissemineret sclerose. Deres nære forhold og daglige kontakt til hinanden fortsatte derfor også senere i livet uanfægtet af A's fraflytning som voksen.

Netop hendes rolle som støtte og hjælpende hånd stillede hende i en urimelig barsk situation, da hun var tvunget til fra sidelinjen passivt at overvære den mangelfulde behandling af sin mor, der fik det for moren fatale udfald. Da B altid har spillet en væsentlig rolle i sin mors liv og vice versa, må hun anses for omfattet af bestemmelsens personkreds.

De konkrete omstændigheder omkring forløbet frem til B's dødsfald er endvidere af sådan særlig karakter, at en udmåling af en godtgørelse til A ikke vil være at strække bestemmelsen for vidt i forhold til lovgivers ønske. Der er ikke blot tale om et dødsfald som "ethvert dødsfald, der skyldes en ansvarspådragende handling", jf. de speci-

elle bemærkninger til bestemmelsen i L 4 af 2. oktober 2002.

Om dødsfaldets karakter fremgår det nærmere af betænkningens afsnit 5.3, samt afsnit 8.2, at dødsfaldet skal være sket under sådanne kvalificerende omstændigheder, at de efterladtes psykiske smerte og lidelse som følge af dødsfaldet må antages at blive forstærket af deres viden om omstændighederne omkring det. Kriteriet er dermed, om dødsfaldet må forventes at påføre de efterladte en ekstraordinær psykisk belastning. Herved skal man foretage en generel vurdering af dødsfaldets egnethed til at medføre en sådan særlig belastning af de efterladte. I betænkningen nævnes som eksempel, at dødsfaldet er indtruffet på en særlig pinefuld måde, eller de efterladte har været til stede eller er kommet til stede umiddelbart efter, at døden indtraf. Praksis viser, at der foretages en samlet vurdering. Skadevolders handling kan i sig selv tale for en godtgørelse, fx. ved manddrab. Omstændighederne kan i de mindre grove tilfælde alligevel samlet set tale for en godtgørelse til de efterladte. Ved udmålingen af godtgørelsen tages der i praksis hensyn til de mere eller mindre barske omstændigheder.

I B's tilfælde indtrådte døden efter 32 dages lidelser som følge af, at reservelæge L den 3. september 2008 i første omgang afbrød en akut operation indstillet af læge X og at L reagerede for sent på de undersøgelser, han derpå foretog af sin patient. Altså som følge af, at reservelægen ikke på baggrund af de foretagne reutgenundersøgelser og kikkertundersøgelser indstillede til akut operation, selvom undersøgelserne tilsagde, at der forelå et muligt mekanisk stop, og selvom B's krop ikke reagerede som forventet ved desufflering. På trods af den alvorlige tilstand, B var hensat i, og som han ud fra hendes abnorme fysiske udspilning kunne og burde have konstateret, besluttede han, at B kunne vente til dagen efter.

Situationen blev yderligere forværret af, at overlæge 6 ikke fulgte op på røntgenundersøgelserne med henblik på at sikre, at B, som på daværende tidspunkt var væsentligt livstruet, blev opereret akut.

B's langvarige lidelser med døden til følge indtrådte dermed som følge af lægelige fejl, som Disciplinærnævnet også har udtalt kritik af, jf. autorisationslovens § 17. Den udviste adfærd, herunder beslutningen om, at B kunne vente og den manglende opfølgning på hendes akutte situation, må antages at udgøre skødesløshed fra reservelægens og overlægens side. Fejlene kan være et udslag af manglende anerkendelse af situationens alvor. Alternativt kan de være et udslag af grundlæggende uvidenhed og manglende erkendelse af egen begrænsede kompetence. Uanset hvad indebar forløbet en adfærd af grov uagtsom karakter, der førte til en langvarig og særligt pinefuld død for B.

Den omstændighed, at autorisationslovens § 17 ikke er strafsanktioneret kan ikke i sig selv udelukke, at de pågældende lægers handlinger ikke skulle være omfattet af erstatningsansvarslovens § 26a. Det samme gælder det forhold, at de pågældende læger ikke efterfølgende måtte have været mødt med regreskrav efter KEL § 27.

Den adfærd, der er udvist af de skadeforvoldende læger, sammenholdt med omstændighederne omkring ^B langvarige lidelser inden sin død, som ^A overværede på første række, tilsiger, at der bør udbetales en godtgørelse efter erstatningsansvarslovens § 26a på ikke under 100.000 kr.

Subsidiært tilsiger de samlede omstændigheder, at der udbetales en mindre godtgørelse fastsat efter rettens skøn.

Patientskadeankenævnet har gjort gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets afgørelse, hvorefter ^A ikke er berettiget til godtgørelse efter erstatningsansvarslovens § 26a i anledning af sin 75-årige mors død.

Med bestemmelsen i erstatningsansvarslovens § 26a blev der indført en begrænset adgang til at yde en godtgørelse til andre end den direkte skadelidte. Godtgørelsesreglen er begrænset til at gælde ved dødsfald, og nogle nærmere betingelser skal være opfyldt, jf. betænkningen og Justitsministeriets redegørelse fra juni 2010.

Bestemmelsen omfatter nære pårørende, så som ægtefælle, samlever, børn og forældre. Efter omstændighederne kan også andre være omfattet, hvis der har været et sådan særligt forhold mellem den pågældende og afdøde, at der må antages at være tale om en tilsvarende særlig følelsesmæssig belastning som følge af dødsfaldet. Det kan fx. være en søster eller bror, der som voksen i mange år har haft fælles bolig og husholdning med den afdøde.

Godtgørelsesreglen omfatter ikke ethvert dødsfald, der skyldes en ansvarspådragende handling, men er begrænset til kun at omfatte dødsfald, der er forvoldt forsætligt eller ved grov uagtsomhed. Det er navnlig i de tilfælde, at dødsfaldet betyder, at de efterladte normalt vil være udsat for en ekstraordinær psykisk belastning. Endvidere har karakteren af skadevolderens handling betydning navnlig ved dødsfald, der er forvoldt ved grov uagtsomhed. Det er forudsat, at der ud over den grove uagtsomhed konkret er tale om omstændigheder, der antages at indebære en særlig belastning og/eller krænkelse af de efterladte. Det kan være, at dødsfaldet er forvoldt på en særlig brutal eller krænkende måde, at døden er sket på en særlig pinefuld måde, eller at den efterladte var til stede eller kom til stede umiddelbart efter. Ved vurderingen af, om der bør gives en godtgørelse, skal der tages udgangspunkt i, om dødsfaldet er forvoldt under sådanne omstændigheder, at det i almindelighed må forventes at påføre de efterladte en ekstraordinær psykisk belast-

ning. Der er dermed tale om en generel vurdering af dødsfaldets egnethed til at medføre en sådan særlig belastning af de efterladte, og ikke en konkret medicinsk vurdering af, om det rent faktisk har været tilfældet.

A, der er en voksen datter, der var flyttet hjemmefra flere år før, er som udgangspunkt ikke omfattet af bestemmelsen i erstatningsansvarslovens § 26a. I følge retspraksis skal der noget ganske særligt til, som ikke har foreligget her. Hun var 42 år gammel, da hendes mor døde. Hun havde boet for sig selv i ca. 20 år. Hun havde et tæt forhold til og hjalp sin mor, men det adskilte sig ikke væsentligt fra, hvad en voksen datter gør i forhold til en syg mor.

Selv hvis A anses omfattet af bestemmelsen, er de øvrige betingelser for yde godtgørelse ikke opfyldt. Der er intet grundlag i de lægefaglige udtalelser for at fastslå, at der er handlet groft uagtsomt. De to læger, der kritiseres, har ikke handlet i overensstemmelse med faglig standard og har dermed overtrådt autorisationslovens § 17, der bestemmer, at fx. en læge skal udvise omhu og samvittighedsfuldhed og således handle i overensstemmelse med den til enhver tid værende almindelige anerkendte faglige standard på området. De har skønnet forkert, men der har ikke været tale om sjuusk, grov skødesløshed eller grovere forsømmelighed.

Dødsfaldet er heller ikke forvoldt på en særlig brutal eller krænkende måde.

B var en ældre dame på 75 år, der blev alvorligt syg og døde efter en svær sygeperiode, der varede godt en måned. Det er ikke så belastende eller usædvanligt, at de nærmest pårørende har været udsat for en særlig og ekstraordinær psykisk belastning ud over den sorg, det altid vil være at miste en af sine forældre. Dødsfaldet har efter en generel vurdering ikke været egnet til at medføre en sådan særlig lidelse eller belastning af de efterladte, at der er grundlag for at yde godtgørelse efter erstatningsansvarslovens § 26a.

Hvis retten måtte nå frem til, at betingelserne i erstatningsansvarslovens § 26a foreligger, er der efter retspraksis ikke grundlag for at fastsætte godtgørelsen til 100.000 kr., men maksimalt til 50.000 kr. eller mindre.

Rettens begrundelse og afgørelse

Efter erstatningsansvarslovens § 26a kan der pålægges den, der forsætligt eller ved grov uagtsomhed forvolder en andens død, at betale en godtgørelse til efterlevende, der stod den afdøde særlig nær. Ved vurderingen af, om der skal betales godtgørelse og ved fastsættelse af godtgørelsens størrelse, skal der lægges særlig vægt på karakteren af skadevolderens handling og på den lidelse eller krænkelse, som må antages at være påført de efterladte.

Bestemmelsen omfatter nære pårørende så som ægtefælle eller samlever, hjemmeboende og/eller mindreårige børn og forældre til hjemmeboende og/

eller mindreårige børn. Voksne børn, der er flyttet hjemmefra, er som udgangspunkt ikke omfattet, med mindre de har bevaret en helt særlig tæt tilknytning til den afdøde far eller mor, eller de først lige er flyttet hjemmefra.

A var, da hendes mor B døde, 42 år gammel og havde været flyttet hjemmefra i ca. 20 år. Selvom der var et nært forhold mellem mor og datter og en tæt kontakt som følge af B's handicap, finder retten ikke, at der har været et sådan særligt forhold mellem B og A der adskiller sig fra hvad der er sædvanligt mellem en mor og hendes voksne datter, at A kan anses omfattet af den personkreds, der kan tilkendes godtgørelse efter erstatningsansvarslovens § 26a.

Retten bemærker endvidere, at det heller ikke er godtgjort, at dødsfaldet er forvoldt ved grov uagtsomhed eller under sådanne omstændigheder, at det har indebåret en særlig belastning eller krænkelse af de efterladte.

Som følge heraf frifindes Patientskadeankenævnet.

A skal betale 31.250 kr. i sagsomkostninger til Patientskadeankenævnet. Beløbet dækker udgiften til advokat inkl. moms. Retten har lagt vægt på sagens betydning, arbejdets omfang og sagens udfald.

Thi kendes for ret:

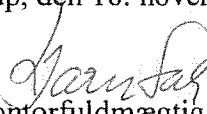
Patientskadeankenævnet frifindes.

A betaler inden 14 dage 31.250 kr. i sagsomkostninger til Patientskadeankenævnet.

Omkostningsbeløbet forrentes efter rentelovens § 8a.

Anne Ersbøll
dommer

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Retten i Glostrup, den 18. november 2013.


Karen Salby, kontorfuldmægtig