



## **RETTE I HOLBÆK DOM**

**afsagt den 27. september 2021**

---

**Sag BS-5051/2018-HBK**

Boet efter A  
(advokat Jakob Fink)

mod

Ankenævnet for Patienterstatningen  
(advokat Signe Berg)

Denne afgørelse er truffet af dommer Niels Juhl.

### **Sagens baggrund og parternes påstande**

Sagen er anlagt den 6. februar 2018. Sagen angår, om boet efter A er berettiget til erstatning og godtgørelse i anledning af den behandling, som A modtog under sin behandling på Behandlingssted 1 og Behandlingssted 2 i perioden fra den 25. november 2015 og frem.

Sagsøgeren, boet efter A, har fremsat følgende påstand: Sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, skal anerkende, at A under sin behandling på Behandlingssted 1 og Behandlingssted 2 i perioden fra den 25. november 2015 og frem blev påført en patientskade, og at patientskaden er omfattet af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, § 20, stk. 1, nr. 1, eller § 20, stk. 1, nr. 4.

Ankenævnet for Patienterstatningen, har fremsat påstand om frifindelse, subsidiært hjemvisning.

### Oplysningerne i sagen

A blev den 25. november 2015 indlagt med henblik på operation for tarmkræft og gennemgik samme dag operation og var efterfølgende indlagt på Behandlingssted 1. Om aftenen og den efterfølgende nat fik han stærke smerter. Af sygeplejekardex kl. 23.30 fremgår således, at han havde smerter svarende til NRS 10 (numerisk rangskala 1-10), som den 26. november 2015 kl. 00.25 faldt til NRS 8. Kl. 00.36 er følgende anført i sygeplejekardex:

”Pt har voldsom smerter VAS (visuel analog skala) 10. Der var gennemsvining ved drænstedet. Stomi er ikke helt vital, der var gråbleg. Han er klamsvedende. Givet 10 mg morfin subc, men har ikke rigtigt effekt. Der var givet ibumetin og 2 panodil, som stod på bordet. Målt værdier, som var fine. Men pt havde stadigvæk smerter. Kontakter FV. Pt har fået 10 mg morfin subc igen og FV tilser pt. (...)”

I hospitalsjournalen kl. 01.05 er anført:

”01.05: Kirurgisk sengeafs. 13, Behandlingssted 1 Indlagt Notat  
Kaldes til stuen, da patienten har stærke smerter. Fik tidligere i dag foretaget rectum resektion (...). Post-operativt abdominale smerter, der er taget til over seneste time. Primært i ve. side af abdomen. Angiver det som VAS 10.

#### Objektivt:

Vågen, lidt rodende men orienteret. Kold og klamsvedende. Urolig og akut medtaget.

BT: 160/74;p 83; Temp: 37,4; SAT 98 på 2 L ilt; RF 24.

Abdomen: stomien fremstår lidt bleg, intet sekret i posen. Ingen pågående blødning fra stomi eller incisioner. Ikke opdrejet abdomen. Palpatorkisk hård og øm i hele abdomen, mest i ve. side. Ikke indirekte ømhed. Sparsomme tarmlyde. Dræn med sparsom blod. Uretralkateter med koncentreret urin, ingen hæmaturi.

#### Plan:

Der tages rp. a-gas der viser let forhøjet laktat (1,8), ellers ret upåfaldende. Der er over seneste 1½ time givet 10 mg morfin subcutant x 2, og i aftenvagten givet 5 mg x 2. Fortsat ikke sufficient smertedækket.

Der tages kontakt til kirurgisk bagvagt, og ovenstående vendes. På det foreliggende findes der ikke mistanke om blødning eller anastomose insufficiens. Det aftales, at såfremt patienten ikke smertedækkes sufficient over næste ½ time så må der tages kontakt til anæstesen mhp. anlægelse af epidural smertekateter.

Læge 1, reservelæge.”

Af sygeplejekardex fra samme nat kl. 01.57 fremgår:

"Pt har stadig stærke smerter og givet 10 mg morfin subc mgv nu. Der er skiftet pt og sengetøj. Der er også skiftet forbindelse omkring drænet. Der er anlagt subc. kanyl."

I hospitalsjournalen skrev overlæge Læge 2 om formiddagen: "9.38

#### Kirurgisk sengeafs. 13, Behandlingssted 1

##### Indlagt notat

Pt. har i løbet af første postoperative døgn haft rigtig mange smerter og fået flere doser morfin med beskeden effekt. Beskriver smerterne som intermitterende med jag tværs over øvre abdomen. Der har været enkelte opkastningsforsøg uden de store mængder. Ileostomien er med luft og til morgen let tarmsekretion. I nat tilset mhp. mulig komplikation. A-punktur stort set normal.

##### Objektivt:

Virker forpint. Er klamtsvedende. Har dog farve i kinderne. Puls og respiration en anelse påskyndet, men BOS-værdi (basal observationsskema) 1 til morgen. Abdomen er spændt/ men under afledning blødt. Ikke indtryk af peritoneal reaktion. Der høres enkelte tarmlyde. Ileostomien er vital. En smule sivning ved siden af drænet, som kun indeholder serosangvinolent væske. Således intet tarmindehold eller blod. Biokemisk ses CRP på 150, derudover kreatinin-stigning og tegn på hæmokoncentrering.

##### Konklusion

Usikkert hvad pt.'s smertebillede skyldes, udover almindelige operationsfølger. Mhp. afklaring  
rp. a-punktur  
rp. anæstesitilsyn mhp. anlæggelse af epidural/TKL-blok  
rp. 2 liter trippelvsæske mhp. at sikre væskeindgift.

Revurdering senere når svar på prøver mhp. om der skal yderligere intervention."

KL. 11.58 blev der anlagt epiduralkateter med henblik på yderligere smertelindring.

Af sygeplejekardex kl. 12.48 fremgår blandt andet:

"Fortsat mange smerter først i dv. Er klamtsvedende. BOS 0. Der skal anlægges epi. Retur lidt over kl. 12. Har lavt BT 83/42, venflon fungerer med NaCl til hurtigt indløg og er lagt i Trendelenburg. Retter sig efter 15 min til 103/45. Sover og ingen smerteklager. Hvis BT falder yderligere skal anæstesen kontaktes."

Kl. 14.46 blev A på ny tilset af overlæge Læge 2. Af journalen fremgår blandt andet:

"Pt. Har fået lagt epiduralt kateter med god effekt på smerterne, dog efterfølgende let hypotension, men fået 1 liter saltvand.

Objektivt.

Ser væsentligt bedre ud nu, ikke forpint, stadig lidt kold perifert. Urinen er meget koncentreret.

Fastholder væskeindgift med 2 liter basisvæske og supplerer med 2 liter NaCl, hvoraf den ene er givet i forbindelse med epiduralkateteranlæggelsen. Når BT er normaliseret, skal pt. søges mobiliseret. Revurderes ved vagthavende ved behov, hvis der tilkommer forværring."

Af sygeplejekardex fremgår, at drænproduktionen kl. 20.25 havde et blodigt udseende. Senere samme aften er følgende anført i sygeplejekardex:

"21.42: Interventioner i forbindelse med mobilisering

Mob pt til sengekant, hvor han selv klarede at børstetænder.

Pt meget svimmel og lavt BT, hvorfor han ikke er mob yderligere.

TED strømper taget af, da pt havde tydelige trykmærker på lårene

Obs mane om der skal sættes nye på. Pt har lavet venepumpeøvelser i sengen.

21.50: Tilsyn af forbinding/cicatrise

Bemærkning til udførelse:

Der kommer intet i drænet - det løber ved siden af. Konf med kir BV, og drænet er klippet af og der er påsat drænpose.

Drænet fung med yderst ildelugtende brunligt sekret. Obs til st gang mane.

Kan pt have anastomoselækage ?

21.53: Almen tilstand (...)

Pt er suff smertedækket, men er lavtrykket og klamtsvedende. Bundskiftet x 2 i AV. Forsøgt at tage a-pkt, men uden held. Kontaktet kir FV, da BOS er 7.

BOS igen 15 min senere, hvor BOS er 5. Pt har intet spist til aften. Fået 2 i trippel samt 1 L NaCl. Nr. 2 NaCl er opsat. Epi løb med 5 ml/t. Denne er skruet ned til 3 ml/t kl. 20. Kir FV har tilset pt - se notat. Der er bestilt koag til morgenrunden, hvis pt ikke retter sig og evt skal have CVK"

Kl. 22.10 tilså reservelæge Læge 3 A. Af journalen fremgår:

"Tilkaldes til stuen, da BOS 5 og er klamtsvedende. Pt. sover da han tilses på stuen. Kan nemt vækkes. Har god effekt af epiduralen og har ingen smerter. Ej kvalme.

Obj.:

Ikke akut påvirket, fremstår ikke smerteforpint. Huden er tør, men lidt kold helt perifert.

St p: vesikulær respiration, ingen bilyde

St c: regelmæssig aktion = PP, ingen mislyde

Abdomen er blød og tilforladelig øm. Ikke peritoneal. Der høres normale tarmlyde. Ileostomien er vital. Der ses lille tyndt output i stomien.

Værdier:

BT 90/50, P 99, Tp. 37,2, RF 16, SAT 97 på 3 L ilt.

Plan

Det lave tryk skyldes formentlig epiduralen. Der skrues ned til 3 ml/time fra 5. Uklart hvorfor pt. tidl. var klamtsvedende. Fremstår ikke peritoneal. For en sikkerheds skyld tages A-gas.

...

Laktat 3,2.

Pt. er konf. Med BV og han er ikke bekymret for stigende laktat og vi holder os til planen, jvf. ovenstående notat. "

Af sygeplejekardex fremgår for den 27. november 2015 blandt andet:

"00.59. Almen tilstand

BOS 6 kl. 23.30. SAT 93 på 3 liter ilt. Forvagt orienteret. Ingen tiltag udover at øge ilten til 4 liter. Pt er i øvrigt velbf, har ingen smerter, men er kold. Ønsker ikke dyne, men blot lagnet. Ej klamtsvedende.

02.38: Almen tilstand

BOS 7 kl. 2.30. SAT 92 på 4 liter ilt. BT 93/46, puls 99. Pt oplever ingen ubehag udover let murren i maven. Pt er nu igen klamtsvedende. Er VKO. Vi måler nye værdier igen om 30 min. Ophængt 1000 ml nacl til lettere hurtigt indløb.

04.55: Almen tilstand

Kl. 3.15 BOS 3. Sat steget til 97. Bt ligeledes steget. Ej så klamtsvedende længere. Der er sparsom diurese og et noget stort væskeoverskud. Pt har dog svedt meget. Skal der forsøges med Furix."

Læge 4 tilså A den 27. november 2015 kl.

9.16. Af journalen fremgår:

"Kl. 9.16

Patienten er akut påvirket med abdominalsmerter, især opadtil. Der har kun været luftafgang per anum/ men ileostomien producerer tyndt sekret. Har vigende diureser.

Objektivt

VKO, akut påvirket. BOS = 3, BT 125/63 P 106 T 36, 3 RF 18

Sat 100%

Abdomen: diffust ømt uden peritoneal reaktion.

Stomi: grønligt tyndt

Sugedræn: plumret brunt

Biokemi: Hb 8,9 Leu 3,2 K 5,9 Crea 293 eGFR 36 PP 0, 54

Plan

Akut påvirket postoperativt. Postoperativ komplikation skal udelukkes. Der mistænkes lækage

rp. TOM CT med indhasldning (Akut ATIN)

rp. IL NaCl til gurtig indløb

rp. yderligere 1 L NaCl

Rp. Piperacillin/Tazocin 4/0,5 \* 3

Rp. Metronidazol 500 \* 3

Rp. Stort væskeskema

Rp. sonde og svagt sug

Rp. Agas  
 Rp. PN IV morfin 5 mg \* max 6  
 Rp. Faste + Tørste  
 Læge 4  
 ..."

Af journalen fremgår følgende notat fra overlæge Læge 5:

"11. 25 ...  
 CT viser lækage med rigelig kontrastudsivning og fri luft.  
 BOS=7 og akut medtaget og smerteklagende  
 Der kommer tyndtarmslignende væske i drænet.  
 Ingen urinproduktion.  
 Obj . morfikapåvirket men orienteret, klamtsvedende.  
 Abdomen, diffus peritoneal.  
 rp. 1 L isoton glucose

#### Konklusion

Der er indikation for rp. akut laparoskopi med nedlægning af anastomose og drænage. Pt. og hustru informeret om scanningssvar og bughindebetændelse med behov for akut reoperation og stomianlæggelse. Mulighed for konvertering til åben kirurgi.  
 Accepterer."

I sygeplejekardex er der kl. 13.43 anført:

"Bos 7 til morgen og har mange sm. I abdomen på trods af epi og en del sm.still.. Kir BV er underrettet og kommer og tilser pt. Der gives AB og 1 L NaCl, der tages a-gas. Sonde ligges og fung. Straks med 1 L sort/grumset. Pt er septisk og CT vise lækage. Pt er kørt op på OP ca. kl. 12. Se også læge notat. "

Samme dag blev A overført til intensiv afdeling, og kl.

14.36 gennemgik han operation for lækagen. Af journalen fremgår blandt andet, at han var svært septisk.

Den 28. november 2015 kl. 10.17 afholdtes pårørendesamtale, hvoraf endvidere fremgår, at A havde udviklet septisk chok, at han var i kritisk tilstand med multiorgansvigt, og at familien udtrykte stor utilfredshed med den kirurgisk behandling hvad angår timing for operationen.

Samme dag om aftenen var A i tiltagende kritisk tilstand. Af journalen fremgår kl. 23.01:

"Trods 2 timers dialyse her til aften uændret s-laktat på 9,6, og kun få timer efter dialysen yderligere stigning til 13,6 i laktat og samtidig stigning i s-K til over 6. Tiltagende aidoce med faldende ph til 7,24 og BE til -13.  
 Tilstanden konf. med kir. BV. Der er ikke yderligere kirurgiske behandlings-tilbud aktuelt. Tilstanden forværres således samlet set yderst bekymringsværdigt og hastigt, trods diverse tiltag.

Nefrologisk BV, ovl. kontaktet; Det aftales at opstarte yderligere en 2 timers dialyse nu. Såfremt patienten herpå kombineret med de aktuelle max. Intensive behandlingstiltag ikke viser tegn til stabilisering, parakliniks/klinisk i løbet af natten, synes prognosen meget dystert, og patienten må da forventes at gå ad mortem inden for kortere tid.

Familien (hustru, søn, datter, svigerdatter samt 2 børnebørn) informeret om ovenstående. De ønsker sygehuspræsten, om muligt kan komme til stede.”

Det er anført i journalen, at A den 30. november 2015 fortsat var septisk med multiorgansvigt.

Boet efter A har som bilag 3 fremlagt en oversigt over udviklingen i A's BOS-værdier, der er delvist er omtalt i spørgsmål 4 til Retslægerådet, jf. senere nedenfor.

Den 1. december 2015 blev der afholdt ny pårørendesamtale. Af journalen fremgår blandt andet, at de pårørende udtrykte undren over, at der ikke blev gennemført reoperation tidligere. Lægen anerkendte, at det muligvis kunne have bedret hans tilstand, men man vurderede ham i situationen ikke septisk.

A blev på ny reopereret samme dag kl. 19.02.

Hans andre alvorlige tilstødende komplikationer er beskrevet i sagsfremstillingen i afgørelsen fra Patienterstatningen senere nedenfor, ligesom der her er en nærmere beskrivelse af det efterfølgende forløb, hvor kræften spredte sig til venstre binyre.

A afgik ved døden den 11. januar 2017.

Af DCCG (Danish Colorectal Cancer Group)s retningslinjer for diagnostik og behandling af kolorektal cancer fremgår om sepsis blandt andet:

”Tabel 1: Sepsis

| Grad        | Definition                                                                                                                           | Kriterier                                                                                                                                                                                                          |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sepsis      | Forekomst (mistænkt eller dokumenteret) af infektion sammen med systemisk manifestation af infektion (vitalparametre, infektionstal) | Mindst 2 af følgende kliniske tegn (SIRS kriterier)<br>1. Legemstemperatur > 38,3 gr. C eller < 36,0 gr. C<br>2. Hjerterefrekvens > 90 slag /min<br>3. 3 kPa<br>4. Leukocytter > 12 eller < 4 x 10 <sup>9</sup> /L |
| Svær sepsis | Sepsis med sepsis-induceret organ dysfunktion og nedsat vævsperfusion                                                                | Ledsagende hypotension, hypoperfusion eller organpåvirkning.                                                                                                                                                       |

”

### Patienterstatningen og Ankenævnet for Patienterstatningen

Den 14. juli 2016 anmeldte A's søn, B, forløbet på Behandlingssted 1 og forløbet ved den senere genindlæggelse på Behandlingssted 2 til Patienterstatningen.

Patienterstatningen indhentede til brug for behandlingen af anmeldelsen en lægelig vurdering fra Læge 6. Af hans vurdering af 5. december 2016 fremgår blandt andet:

"Operationen for endetarmskræft var ES5. Allerede i operationsdøgnet fik patienten betydelige mavesmerter, men han blev fulgt tæt med hyppige lægetilsyn og de overvejelser og notater, der blev gjort i journalen, var relevante. Da patienten ikke rettede sig på optimeret smerte- og væskebehandling, og da indholdet i sugedrånet ændrede karakter til afføringslignende, diagnosticerede og behandlede man hurtigt anastomoselækagen.

Min vurdering er, at behandling, observation og reoperation var ESS.

Anastomoselækage er en kendt og hændelig komplikation, der optræder hos ca. 15%. Det er sjældent, den manifesterer sig allerede i det første postoperative døgn, hvorfor man først udelukker andre årsager til en utilfredsstillende tilstand. Værdien af at mele laktat hos postoperative patienter er omdiskuteret, og en forhøjet værdi skal altid vurderes sammen med de andre observationer, man gør sig. Det er min vurdering, at det vil være en bakspejlsvurdering at hævde, at man skulle have gjort andet, mere og anderledes, end man gjorde, og selv om man havde diagnosticeret og behandlet lækage timer tidligere, er det ikke overvejende sandsynligt, at forløbet ville være blevet anderledes. Således er lækage den mest alvorlige komplikation til denne slags operationer, den øger den postoperative dødelighed med en faktor tre, den fører oftest til anlæggelse af permanent kolostomi, og forløbet bliver ofte langvarigt med intensivbehandling pga. bughinde betændelsen og organpåvirkning. Det er korrekt som anført i anmeldelsen, at komplikationen forhindrede behandling med adjuverende kemoterapi, men det er ikke MOS årsagen til metastasen i den fjernede binyre. Således have pt. allerede på operationstidspunktet spredning til de regionale lymfeknuder, og adj. kemoterapi nedsætter kun risikoen for recidiv af rectumcancer med 10-15% points. Mht. infektion med CD og Norovirus er det usikkert, hvor den er sket. Den kan skyldes patientens meget svækkede almentilstand, men den kan også være påført pt. under indlæggelse. I så fald er det ikke en fejl, men en kendt komplikation.

#### Konklusion:

ESS og nogle kendte komplikationer, som hverken enkeltvis eller samlet set er tilstrækkeligt alvorlige - uanset hyppigheden - til at kunne anerkendes i lyset af, at den ubehandlede grundsygdom var dødelig på kort sigt, og at operationen var omfattende."

Patienterstatningen traf den 7. december 2016 afgørelse om, at A ikke kunne få erstatning. Det hedder i afgørelsen:

### "Afgørelse

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

For så vidt angår anastomoselækagen og behandlingen heraf, er betingelserne for at yde erstatning efter lovens § 20, stk. 1, nr. 1-4, ikke opfyldt.

For så vidt angår Clostridium- og Norovirus-infektionen samt efterfølgende tilbagefald af kræft, er betingelserne for at yde erstatning efter lovens § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, ikke opfyldt.

### Sagsfremstilling

Du har på vegne af A søgt erstatning, fordi du mener, at Behandlingssted 1 var for længe om at diagnosticere utætheden på A's tarm, såkaldt anastomoselækage, efter operationen for hans endetarmskræft 25. november 2015. Du har i den forbindelse specifikt anført følgende:

- der reageres ikke på stigende Lactat og CRP niveauer som, kombineret med skridende BOS-værdier og sygeplejersken der noterer "stærkt: ildelugtende i dræn" burde have givet fagpersonale tydelige advarsler om sepsis.
- anmeldelsen går på den manglende overvågning af patienten. Jeg hentyder her til, at man 26. november om morgenen måler BOS værdier, der grænser op til alarmsignalerne for sepsis (RF>20 Puls >90) og samtidig har man målt let forhøjet lactat niveau. Det er mig uforståeligt, at dette ikke overvåges nøjere særligt, når man vælger at anlægge epidural, der netop senere bruges til at: bortforklare de fortsat: skæve værdier. Hvis der var iværksat lactat måling hver anden time (som det gøres i andre regioner), ville man jo have opdaget, at noget var galt langt tidligere, og det septiske shock kunne være undgået.

Du mener, at forsinkelsen er årsagen til, at: A udviklede infektion med organpåvirkning (septisk chok) medførende et kompliceret forløb, hvor han udviklede multiorgansvigt, CIP/CIM og bl.a. lå i respirator i 42 døgn.

Du har 30. august 2016 tilføjet til din anmeldelse, at A har fået fjernet den ene binyre, fordi han har fået: tilbagefald af kræft. Du mener, at tilbagefaldet skyldes, at man ikke kunne efterbehandle A med kemoterapi som planlagt pga. det komplicerede forløb og følgerne heraf.

Du mener også, at A blev yderligere svækket, fordi han blev påført Clostridium-infektion og Norovirus-infektion ved indlæggelsen på geriatrisk afdeling på Behandlingssted 2 fra 12. marts til 14. april 2016.

Nedenfor er en beskrivelse af behandlingsforløbet. Det er ikke meningen at give en fuldstændig gennemgang af alt, der er sket i sagen. Vi beskriver kun de dele af behandlingsforløbet, som er af betydning, når vi skal vurdere, om der er grundlag for at tilkende erstatning efter KEL.

Vi har på baggrund af din anmeldelse og bemærkninger, journalmaterialet og sagens øvrige oplysninger lagt følgende hændelsesforløb til grund for afgørelsen:

I forbindelse med tarmscreening fik A påvist endetarmskræft af typen mucinøst adenokarcinom med en nedre tumorgrense 10 cm fra analåbningen.

Forudgående skanninger viste ikke tegn på spredning til andet end nærliggende lymfekirtler.

A blev opereret på Behandlingssted 1 25. november 2015 med fjernelse af den tumorbærende del af tarmen. De raske tarmender blev syet sammen igen ([anastomose]), og der blev lagt en midlertidig dobbeltløbet stomi på tyndtarmen med henblik på aflastning af det ny-opererede område. Operationen forløb umiddelbart planmæssigt. De efterfølgende vævsprøvesvar viste tumorklassificering T3N2VO.

Efterfølgende havde A stærke smerter i venstre side af maven. Samme nat blev der målt let forhøjet lactat (1,8) og om morgenen var der stigende infektionstal og kreatinin og en BOS-værdi på 1. Ved yderligere undersøgelse blev der påvist syreforgiftning (acidose), som man vurderede var en følge af smertetilstanden.

A fik derfor anlagt en smerteblokade med epiduralkateter omkring middagstid 26. november 2015. A havde god effekt af epiduralkateteret på smerterne, men hans tryk blev målt som noget lavt, og man forsøgte at justere kateterbehandlingen. Det er noteret i journalen, at A på intet tidspunkt havde haft muskelværn (været peritoneal), og at årsagen til smerterne var uafklaret.

Om morgenen 27. november 2016 var A igen akut påvirket med øvre mavesmerter. Der var fortsat ikke muskelværn, men hans BOS-værdi blev nu målt til 3, og der var plumret, brunt afløb fra sugedrænet. Der blev rejst mistanke om utæthed på tarmforløbet (anastomoselækagen), hvilket blev bekræftet ved CT-skanning. A blev herefter opereret akut for anastomoselækagen 27. november 2015 kl. 14.36 med oprensning og anlæggelse af en permanent stomi på den s-formede del af tyktarmen.

A gennemgik herefter et langvarigt og kompliceret behandling forløb på intensivafdelingen frem til 14. januar 2016, hvor han blandt andet blev behandlet for svær infektionstilstand med påvirkning af flere organsystemer herunder vejrtrækning, lever og nyre. Under forløbet udviklede han også nekrotiske sår på tærne og såkaldt Critical Illness Myopato, som er muskelsvaghed opstået som følge af et intensivt forløb. På stamafdelingen var der fokus på genoptræning og fødeindtag, herunder med ergoterapeutisk synketræning og opnåelse af gangfunktion og øvrige almene færdigheder. Der blev også konstateret: begyndende Critical Illness Polyneuropati (manglende vibrationssans men ellers normal følesans og afsvækkede reflekser). A var indlagt på Behandlingssted 1 frem til 1. marts 2016, hvor han blev udskrevet til et genoptræningsforløb i Behandlingssted 3.

Den 12. marts 2016 blev A akut indlagt på Behandlingssted 2 pga. dehydrering. Der blev beskrevet tiltagende træthed og afkræftelse og nu et besvimelsestilfælde. Under indlæggelsen blev der konstateret: Clo-

stridium Difficileinfektion 28. marts 2016 og efterfølgende også med Norovirus (Roskildesyge). A blev sat i medicinsk behandling herfor med god effekt. Under indlæggelsen blev der også undersøgt for tilbagefald af kræft, hvilket ikke blev fundet. Den 14. april 2016 blev A udskrevet.

Det efterfølgende forløb var præget af, at A blev ved med at tabe sig, selvom han blev sondeernæret. Han var meget træt og afkræftet. Der blev i juni 2016 udført en ny PET-CT-skanning for at undersøge, om der kunne være tale om følger af, at hans kræftsygdom havde spredt sig. Der blev konstateret spredning til den venstre binyre, som A herefter fik bortopereret.

Begrundelse vedr. anastomoselækage

Efter KEL § 20, stk. 1, nr. 1, ydes der erstatning, hvis behandlingen har afvejet fra, hvad en erfaren specialist ville have gjort i den givne situation. Det er en betingelse, at patienten er påført en skade, der med overvejende sandsynlighed ville være undgået ved en bedre behandling.

Denne regel betyder, at patienten er berettiget til erstatning i de tilfælde, hvor en erfaren specialist ville have handlet anderledes, og skaden på den måde med overvejende sandsynlighed ville være undgået.

I de tilfælde hvor behandlingen på Behandlingssted 1 har været i overensstemmelse med den behandling, som en erfaren specialist ville have foretaget, og der alligevel er opstået en skade, er der ikke tale om en følge af mangelfuld behandling, men derimod en hændelig komplikation. I sådanne tilfælde kan den pågældende patient eventuelt være berettiget til erstatning efter KEL § 20, stk. 1, nr. 4.

Efter KEL § 20, stk. 1, nr. 4, ydes der erstatning, hvis der ved undersøgelse eller behandling sker en skade i form af en infektion eller en anden komplikation, der er mere omfattende end, hvad patienten med rimelighed må tåle. Der skal tages hensyn til skadens alvor, patientens sygdom og helbredstilstand samt til skadens sjældenhed og mulighederne for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning.

Denne regel betyder, at patienten er berettiget til erstatning for en skade, som skyldes behandlingen, hvis skaden er meget sjælden og meget alvorlig i forhold til den sygdom, patienten blev behandlet for. Men reglen betyder også, at patienten ved behandling af en alvorlig sygdom må acceptere større skader end ved mindre alvorlige sygdomme.

Vi vurderer, at behandlingen på Behandlingssted 1 var i overensstemmelse med den behandling, som en erfaren specialist ville have foretaget.

Vi har ved afgørelsen lagt vægt på, at operationen 25. november 2015 var velbegrundet, og at indgrebet blev udført med korrekt teknik og metode. Det er både kendt og hyppigt forekommende, at der opstår anastomoselækage efter den type operation, som A fik foretaget for sin kræftsygdom 25. november 2015. Når der opstår anastomoselækage, medfører dette

ofte bughindebetændelse og organpåvirkning, et svært og forlænget sygeforløb og anlæggelse af permanent stomi. I øvrigt blev A opereret for en overordentlig alvorlig grundsygdom i form af kræft i endetarmen, som ubehandlet var potentielt dødelig, og som selv velbehandlet medfører en ikke ubetydelig statistisk overdødelighed.

Vi har herefter lagt vægt på, at A i forløbet fra operationen 25. november 2015 og frem til sin udskrivelse fra Behandlingssted 1 l. marts 2016 blev observeret og behandlet i overensstemmelse med erfaren specialiststandard.

Vi har i den forbindelse lagt vægt på, at det er sjældent; at en anastomose-lækage manifesterer sig allerede i det første døgn efter operationen. Derfor følger del af de gældende retningslinjer og lægefaglige standarder på området, at man først udelukker andre årsager til en utilfredsstillende tilstand.

Vi har også lagt vægt på, at værdien af at måle laktat hos nyopererede patienter er omdiskuteret, og en forhøjet værdi skal altid vurderes sammen med de andre observationer, som de lægefaglige personale gør sig.

Ud fra de beskrevne observationer i A's journal, er det vores opfattelse, at det ikke var i strid med erfaren specialiststandard, at der først 27. november 2015 blev rejst mistanke og opereret akut for anastomoselækage.

Det ville derimod være en såkaldt "bakspejlsvurdering" at hævde, at man skulle have gjort andet, mere og anderledes, end man gjorde. En vurdering "i bagklogskabens klare lys" er der ikke holdepunkter for i loven, som tværtimod foreskriver, at der skal vurderes i henhold til, hvad en erfaren specialist ville have gjort i den givne situation.

Samlet vurderer vi derfor, at anastomoselækagen og det heraf følgende forløb ikke opfylder betingelserne for, at der kan ydes erstatning efter lovens § 20, stk. 1, nr. 1 og 4.

Begrundelse vedr. tilbagefald af kræft

Efter KEL § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, ydes der erstatning, hvis patienten er blevet påført en skade.

Det er også en betingelse, at skaden med overvejende sandsynlighed er en følge af den behandling eller undersøgelse, som patienten har fået, og ikke en følge af den sygdom, patienten blev behandlet for.

Vi vurderer, at udviklingen af kræft i binyren ikke med overvejende sandsynlighed er en følge af, at A ikke fik tilbagefaldsforebyggende kemoterapi efter operationen 25. november 2015.

Vi har ved afgørelsen lagt vægt på, at A allerede 25. november 2015 havde kræftspredning til de regionale lymfeknuder. Dette øger risikoen for, at kræften kan have spredt sig yderligere, evt. på et så mikroskopisk niveau, at det endnu ikke kan påvises ved skanning.

Vi har også lagt vægt på, at: den tilbagefaldsforebyggende kemoterapi, som A skulle have været givet: i forløbet efter operationen 25. november 2015, kun nedsætter risikoen for tilbagefald af endetarmskræft med 10-15 %-point-

Samlet er det derfor ikke overvejende sandsynligt, at A havde undgået udviklingen af kræft i binyren i juni 2016. Denne udvikling er derimod mere sandsynlig en følge af hans grundlidelse med endetarmskræft med spredning til regionale lymfeknuder.

Begrundelse vedr. Clostridium- og Norovirus-infektionen

Vi vurderer, at behandlingen på Behandlingssted 2 fra 12. marts 2016 til 14. april 2016 var i overensstemmelse med erfaren specialiststandard. Det er usikkert, hvornår infektionen med Clostridium Difficile og Norovirus er sket. Den kan skyldes A's meget svækkede almentilstand, men den kan også være påført under indlæggelsen. Det er alene muligt at konstatere, at infektionstilstandene brød ud og blev påvist under indlæggelsen på Behandlingssted 2, men det er ikke muligt at påvise infektionstidspunktet eller årsagen.

Det er som tidligere anført en betingelse for at yde erstatning efter klage- og erstatningsloven, at en skade med overvejende sandsynlighed kan tilskrives behandlingen.

Hvis det er lige sandsynligt, at en skade skyldes forhold hos patienten selv som behandlingen, eller hvis det ikke er muligt at sige noget om sandsynligheden for mulige skadesårsager, er betingelsen for årsagssammenhæng ikke opfyldt

Det kan derfor ikke siges at være overvejende sandsynligt, at der er tale om en infektionskomplikation opstået som følge af behandlingen på Behandlingssted 2.

Det skal dog bemærkes, at selvom vi lagde til grund, at infektion var opstået som følge af behandlingen på Behandlingssted 2, så ville der være tale om en hændelig komplikation, der hverken opfylder lovens betingelse om relativ alvorlighed eller sjældenhed. Dette skyldes, at A var indlagt til behandling på baggrund af en alvorlig anastomoselækage-komplikation opstået i relation til operation for endetarmskræft. Der kan derfor ikke ydes erstatning for de anmeldte følger af Clostridium- og Norovirusinfektion."

Den 26. februar 2017 klagede B til Ankenævnet for Patienterstatningen over Patienterstatningens afgørelse.

Overlæge 1 afgav til brug for Ankenævnets behandling en udtalelse, hvori det hedder:

” Det drejer sig om en nu afdød patient, som i forbindelse med tarmscreening fik påvist endetarmskræft. Den histologiske diagnose var mucinøst adenokarcinom. Nedre tumorgrænse var 10 cm fra analåbningen. Der var ikke på diagnosetidspunktet tegn på spredning, bedømt ud fra billeddiagnostikken. Der blev også foretaget MR-scanning, som foruden nævnte tumor viste - formentlig- nekrotiske glandler i vævet omkring rectum, såkaldt mesorectum. Ud fra dette og ud fra vurdering at såvel tumor som glandler kunne reseceres valgte man ingen former for neoadjuverende kemo-/stråleterapi, helt efter nationale retningslinjer.

Den 25. 11. 15 blev der foretaget operativt indgreb. Under operationen fandt man, at svulsten lige netop var gennemvokset, den lå 10 cm over endetarmsåbningen. Man fandt lymfekirtler omkring endetarmen, såkaldt gland[l]er i mesorectum og disse kunne fjernes ved resektionen. Man fjerner præparatet og anlægger en såkaldt end-to-end anastomose, det vil sige at de to tarmender sys sammen. Man finder ved operationen en defekt i anastomosens venstre side, denne defekt sutureres. Man efterprøver anastomosens tæthed ved hjælp af rektoskopi inden man afslutter operationen. Anastomosen ligger cirka 5 cm oppe over endetarmsåbningen. Man anlægger en såkaldt loopileostomi som en såkaldt beskyttelsesstomi for den lave rectumanastomose. Der indlægges et dræn bag anastomosen.

Selve operationen helt efter nationale retningslinjer, og der er intet at anfægte. Man fandt en lille lækage ved anastomosen, som blev opdaget momentant og sutureret på vanlig vis. Der gives antibiotika i henhold til afdelingens retningslinjer.

I det efterfølgende operationsdøgn er patienten generet af stærke smerter, der er lægetilsyn, og man finder på det tidspunkt ikke mistanke om blødning eller anastomoseinsufficiens. Man finder let forhøjede laktat.

Ved stuegang dagen efter operationen finder man patienten smerteforpint, ved vurdering af abdomen finder man det spændt, men man har ikke indtryk af akut abdominal katastrofe, peritoneal reaktion. Det er beskrevet at drænvæskens serosangvinolent ud. Man finder let nyrepåvirkning og forhøjede infektionsparametre. I det efterfølgende flere tilsyn ved speciallæger.

Ved vurdering et døgn efter operationen ved speciallæge finder man patienten mindre smerteforpint, og man anmoder om revurdering ved vagthavende ved problemer. Ved vurdering første postoperative dag kl. 22. 10 finder man patienten ikke akut påvirket, man finder abdomen fuldstændig blødt, ikke peritonealt. Der er normale tarmlyde. Der er let output fra stomien, endvidere let stigende laktat

2. dag postoperativt ved morgenstuegang finder man patienten akut påvirket med smerter, og ved vurdering af abdomen finder man det ømt, men ikke peritoneal. Der er nu tilkommet vigende diureser, hvilket er udtryk for en påvirket nyrefunktion. I sugedrånet kommer der nu noget plumret brunt væske. Man skifter antibiotika og foretager en akut CT-scanning, som viser lækage med rigelig kontrastudsivning svarende til anastomosen. Endvidere fri luft. Man foretager en akut operation, hvorunder man finder en purulent peritonit. Man nedbryder

anastomosen og anlægger en sigmoideostomi i venstre side. Der anlægges dræn og såret lukkes med tråd inderst og et VAC-system i subcutis. Man fortsætter med bred antibiotisk dækning. Udvikler efterfølgende svær septisk shock, og patienten bliver på Intensiv Afdeling substitueret på de lidende organer. Der er også et dialysebehov.

4 dage postoperativt får patienten revideret stomien og får lukket bugvægs-såret.

Den 18. 12. 15, det vil sige cirka 22 dage efter reoperationen den 27. 11. 15, må patienten reopereres pga. nekrose af såvel ileostomi, som sigmoideostomi. Man finder endvidere en absces intraabdominalt, og man må afstå fra at lukke såret, men anlægge et VAC-system igen.

Den 13. 01. 16, det vil sige over 6 uger efter reoperationen kan patienten overflyttes fra Intensiv Afdeling til stamafsnittet, samlet set har det været et langvarigt forløb præget af flere intraabdominale infektioner/abscesdannelse, dyshydrering, criticatillnesspolyneuropati, akut nyresvigt med efterfølgende dialysebehandling og generel svært præget af multiorgansvigt.

Den 01. 03. 16, det vil sige lidt over 3 måneder efter reoperationen bliver patienten udskrevet til et genoptræningsforløb. Den langvarige indlæggelse med alvorlige komplikationer forhindrede behandling med adjuverende kemoterapi og det er en generel opfattelse, at man ikke kan starte et kemoterapiforløb så længe patienten er så alment påvirket og afkræftet.

Med hensyn til infektion med *clostridium difficile* (CD) og norovirus kan man ikke klargøre hvor den er sket. Den skyldes formentlig patientens meget svækkede almentilstand, men man kan ikke udelukke, at den kan være påført under indlæggelsen, dette er en kendt komplikation.

#### Konklusion

Jeg finder at operationsindikation er oplagt og den efterfølgende observation og valg af reoperationsmetode mener jeg ligeledes er efter erfaren specialist-standard.

Anastomoselækage på en såkaldt low anterior resektion er en hændelig komplikation, og den ses hos 12-15 % af patienter. Oftest kommer anastomoselækagen på 5.-7. dag, det er sjældent at den allerede manifesterer sig på 2. dagen. Jeg finder, at patienten var underkastet en ret tæt observation i de første dage efter operationen, hvor han klagede over mange smerter. Man vurderede patienten på mange funktionsniveauer. Man fandt og erkendte en forhøjet laktat, men det i sig selv er ikke en indikation for at foretage en reoperation, idet det er patientens "hele" der er afgørende for hvornår man skal foretage en reoperation.

Når patienten har smerter som de anførte er det sædvanligt, at man udelukker andre forhold end postoperative operationskomplikationer når det allerede er inden for de første 2 døgn. Jeg finder, at man har haft talrige lægeevalueringer, og jeg finder ikke, at man på et tidligere tidspunkt skulle have foretaget billeddiagnostik. Jeg finder ikke at der er udelukket behandlingstiltag der kunne have ændret vurderingen på det tidspunkt. Det er således generelt, at man udelukker andre forhold til en smertetilstand og påvirket almentilstand

end en operationskomplikation når det allerede optræder indenfor de første døgn, det var netop tilfældet hos denne patient.

Forhøjede laktatværdier er en del af observationsparkettet, og isoleret kan man ikke tillægge det nogen værdi. Jeg finder således ikke, at man med rimelighed kan tiltænkte anastomoselækage før patienten blev tiltagende svækket, og der var brunlig farvning sekret fra drænet. På det tidspunkt satte man patienten til reoperation efter forudgående CT-scanning, som viste lækage. Den reoperation patienten fik foretaget med anlæggelse af en permanent sigmoideostomi er den operative modalitet der skal anvendes i sådan et tilfælde.

Patienten fik desværre et (klassisk) langvarigt forløb på Intensiv Afdeling med svær organpåvirkning, og lå på Intensiv Afdeling i mange uger. Jeg finder at opholdet på Intensiv Afdeling var præget af meget omhyggelig gennemgang af patientens daglige funktionsniveau og de lidende organer som blev substitueret.

Som skrevet ovenfor finder jeg ikke at infektion med *clostridium difficile* og norovirus kan rettes mod en given hændelse, men de infektioner ses ofte hos patienter som er alment svækket, dette var jo netop tilfældet hos denne patient, som havde mange ugers ophold i svær svækket almentilstand og med lidende organer på Intensiv Afdeling. Det er således ikke en fejl, men en kendt komplikation at patienten udviklede disse infektioner.

#### Samlet konklusion

Jeg synes, at patienten i hele forløbet er blevet vurderet og behandlet efter erfaren specialiststandard. Patienten udviklede desværre en kendt komplikation til anastomoseanlæggelse dybt i det lille bækken-lækage-denne ses i mere end 10% af tilfældene og er ikke erstatningsberettiget, ej heller set i sammenhæng med patientens alvorlige grundmorbus. Det lange forløb med meget kritisk almentilstand på Intensiv Afdeling ses desværre relativt hyppigt efter en anastomoselækage med efterfølgende sepsis. Man kan således ikke anerkende forløbet i lyset af, at det var en alvorlig grundsygdom. Operationen var omfattende og komplikationen som førte til den langvarige septiske tilstand ses i mere end 10% af tilfældene, det er dog ikke alle patienter med anastomoselækage som udvikler en så svær og vanskelig behandelbar sepsis. Patienten kunne pga. det langvarige indlæggelsesforløb og den svækkede almentilstand ikke modtage kemoterapi, og det er med overvejende sandsynlighed ikke den primære årsag til metastasen i den fjernede binyre, men idet der, som anført, på operationstidspunktet allerede var spredning til de regionale lymfeknuder."

Den 10. august 2017 stadfæstede Ankenævnet for Patienterstatningen afgørelsen fra Patienterstatningens. Det fremgår af afgørelsen blandt andet:

#### "Sagens forløb

Patienterstatningen traf den 7. december 2016 afgørelse om, at A ikke havde ret til erstatning.

Ved afgørelsen vurderede Patienterstatningen, at A blev behandlet som en erfaren specialist ville have gjort, og at skaden i form af

følger efter anastomoselækage ikke var tilstrækkelig sjælden og alvorlig til at give ret til erstatning. Afgørelsen blev truffet efter § 20, stk. 1, nr. 1 og 4, i klage- og erstatningsloven.

Vedrørende tilbagefald af kræft vurderede Patienterstatningen, at udviklingen af kræft i binyren ikke med overvejende sandsynlighed var en følge af behandlingen herunder den manglende tilbagefaldsforebyggende kemoterapi efter operationen den 25. november 2015. Afgørelsen blev truffet efter § 19, stk. 1 og § 20, stk. 1, i klage- og erstatningsloven.

Endelig vurderede Patienterstatningen vedrørende Clostridium- og Norovirus-infektionen, at det ikke var overvejende sandsynligt, at Infektionskomplikationen var opstået som følge af behandlingen på Behandlingssted 2.

Endelig hvis der var årsagssammenhæng, så var det ikke mere end hvad der måtte tåles.

#### Sagsfremstilling

Ankenævnet henviser til den sagsfremstilling, der fremgår af Patienterstatningens afgørelse af 7. december 2016.

#### Bemærkninger fra sagens parter

##### Boet efter A (klager)

Boet efter A har klaget over Patienterstatningens afgørelse af 7. december 2016.

Han blev behandlet for endetarmskræft (mucine adenokardinom). Boet mener, at A er påført en skade i form af tilbagefald af kræft, som følge af behandlingen og det langvarige forløb.

I klagen er det navnlig anført, at man ikke handlede hurtigt, da indholdet i drænet ændrede karakter, og at den erfarne specialist kunne og skulle have reageret anderledes på blodprøvesvarene og den forværrede almenstilstand.

Endvidere er det anført, at udviklingen af kræft i binyren skyldes, at pt. ikke i forløbet fik forebyggende kemobehandling.

#### Region 1

Ankenævnet for Patienterstatningen har ikke modtaget bemærkninger i sagen fra regionen.

##### Begrundelse for afgørelsen

Ankenævnet for Patienterstatningen er enig i, at boet efter A ikke har ret til erstatning.

Afgørelsen er truffet efter § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, samt § 20, stk. 1, nr. 1 og 4, i klage- og erstatningsloven.

Skaden i form af anastomoselækage er ikke mere omfattende, end hvad han med rimelighed måtte tale.

Tilbagefald af kræft og infektionsforløbet skyldes ikke med overvejende sandsynlighed behandlingen på henholdsvis Behandlingssted 1 og Behandlingssted 2.

Ankenævnet henviser til den begrundelse, Patienterstatningen har givet i sin afgørelse.

Ankenævnet stadfæster derfor Patienterstatningens afgørelse af 7. december 2016.”

### Kritik af forløb i afgørelse fra Styrelsen for Patientklager

C klagede til Styrelsen for Patientklager over, at A ikke modtog en korrekt behandling på Behandlingssted 1 i perioden fra den 25. til den 27. november 2015.

Styrelsen for Patientklager traf den 9. oktober 2019 afgørelse om at udtale kritik til Behandlingssted 1 for behandlingen på kirurgisk afdeling. Det er anført i afgørelsen blandt andet:

#### ”KLAGEN

Der er klaget over, at A ikke modtog en korrekt behandling på kirurgisk afdeling, Behandlingssted 1, i perioden fra den 25. til den 27. november 2015.

Styrelsen har forstået, at det centrale i klagen er:

- at han ikke blev tilstrækkelig og relevant undersøgt efter operationen den 25. november 2015, henset til symptomerne, herunder at der ikke blev reageret på tilstrækkeligt og relevant vis på hans tilstand og værdier.
- at der burde have været foretaget en CT-scanning på et tidligere tidspunkt.
- at der ikke blev ført tilstrækkeligt tilsyn den 26. og 27. november 2015, efter anlæggelse af epidural kateter.
- at han ikke modtog relevant smertestillende behandling med Morfin.

#### SAGSFREMSTILLING

Styrelsen har, medmindre andet er anført, lagt vægt på oplysningerne i journalen.

Den 25. november 2015 fik 72-årige A foretaget en operation for fjernelse af en kræftsvulst i endetarmen på kirurgisk afdeling, Behandlingssted 1.

Efter operationen fremkom blandt andet tiltagende mavesmerter, forhøjede infektionstal, nedsat almen tilstand og sepsis. Der blev blandt andet foretaget objektive undersøgelser, målinger af værdier, blodprøver, en CT-scanning samt givet smertestillende medicin. Den 26. november 2015 blev der anlagt et epidural kateter for smertebehandling. Den 27. november 2015 fik A foretaget en operation for lækage ved sammensyningen af den resterende tarm på en anden afdeling.

Det fremgår af en udtalelse til sagen fra kirurgisk afdeling, Behandlingssted 1, at de fleste lækager ved sammensyning af den resterende endetarm optræder to til fire dage efter operationen, hvorfor det er yderst sjældent, at en lækage vil blive mistænkt og fundet inden for de allerførste postoperative dage.

#### BEGRUNDELSE

Styrelsen for Patientklager træffer afgørelse om, hvorvidt den sundhedsfaglige virksomhed har været kritisabel. Det følger af klage- og erstatningslovens § 1, stk. 2.

Styrelsen tager ved sin vurdering af sagen stilling til, om en behandling har været i overensstemmelse med "normen for almindelig anerkendt faglig standard", hvilket udledes af autorisationslovens § 17 om omhu og samvittighedsfuldhed. Dette er udtryk for, hvad der må forventes af en almindelig god behandling. Styrelsen har således ved sin afgørelse ikke taget stilling til, om patienten har modtaget den bedst mulige behandling.

Styrelsen vurderer, at der ikke er grundlag for at kritisere kirurgisk afdeling, Behandlingssted 1, for den smertestillende behandling med Morfin.

Styrelsen har lagt vægt på:

- at det er individuelt, hvor meget smertestillende behandling med Morfin en patient kan have behov for.
- at der ofte kun er behov for behandling med Morfin i få dage efter en operation, hvorfor morfindosis bør forsøges øget inden anlæggelse af epidural kateter, hvilket blev forsøgt i det foreliggende tilfælde.
- at det dog er normalt forekommende, at en patient kan have smerter i det umiddelbare forløb efter en operation, som ikke kan dækkes med vanlig smertestillende medicin, hvorfor det kan være nødvendigt at anlægge epidural kateter.
- at det fremgår af sagens materiale, at As smerter omkring tidspunktet for anlæggelse af epidural kateteret blev beskrevet som 9-10 på NRS-skalaen, hvilket svarer til uudholdelige smerter.
- at det kan være nødvendigt med fortsat smertestillende behandling med Morfin hos en patient med epidural kateter, hvis kateteret ikke fungerer tilstrækkeligt.
- at det hertil fremgår af sagens materiale, at epidural kateteret fungerede med god effekt,
- og at der den 26. november 2015 efter anlæggelsen af kateteret ikke blev givet behandling med Morfin.
- 

Styrelsen vurderer dog, at der er grundlag for at kritisere kirurgisk afdeling, Behandlingssted 1, for behandlingen fra den 26. november 2015.

Styrelsen har lagt vægt på:

- at A den 25. november 2015 fik foretaget en operation med fjernelse af en kræftsvulst i endetarmen og med sammensyning af den resterende tarm samt aflastende stomi.
- at det fremgår af sagens materiale, at A blev tilset den 26. november 2015, kl. 01.05, grundet smerter, hvor det blev vurderet,

- at et epidural kateter skulle anlægges, hvis der ikke var tilstrækkelig smertedækning inden for 1/2 time,
- at det videre fremgår af sagens materiale, at der fortsat var stærke smerter kl. 01. 50, og at det endvidere fremgår, at næste lægelige tilsyn først blev foretaget senere samme dag kl. 09. 38.
  - at en patient med stærke morfinkrævende smerter bør revurderes tidligere end 8 timer efter den initiale vurdering, hvorfor der burde have været foretaget en revurdering af As tilstand på et tidligere tidspunkt.
  - at det fremgår af sagens materiale, at epidural kateter blev anlagt den 26. november 2015, kl. 11. 58, at første lægelige tilsyn herefter blev udført kl. 14. 26, og at næste lægelige tilsyn blev udført kl. 22. 10.
  - at det er individuelt hvor hyppigt en hospitalsindlagt patient har behov for lægelige tilsyn, og at hyppigheden altid vil bero på en konkret vurdering, henset til patientens generelle helbredstilstand og de aktuelle symptomer som patienten udviser.
  - at det dog ikke er i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard, at der gik cirka 8 timer mellem de lægelige tilsyn efter anlæggelsen af epidural kateter, trods effekt at den smertestillende behandling, idet smertestillende medicin og særligt smertestillende behandling ved epidural kateter kan sløre alvorlige intraabdominale komplikationer hos en patient.
  - at det efter det første lægelige tilsyn den 26 november 2015, kl. 14.26 burde have været sikret, at A blev tilset med regelmæssige intervaller fremadrettet.
  - at en stigning i infektionstal er normalt umiddelbart efter en operation, men at det den 26. november 2015 kl. 22. 10 dog blev beskrevet, at A var klamsvedende og kold perifer, at han havde et vigende blodtryk og en forceret puls, samt at der var udsving i kroppens PH-værdi.
  - at den samtidige observation om, at A var tilladeligt øm i maven og ikke smerteforpint var en klinisk observation af begrænset værdi, henset til smertedækningen.
  - at der grundet symptomerne den 26. november 2015 kl. 22. 10 burde have været mistænkt en septisk tilstand hos A og have været reageret herpå, med antibiotikabehandling, væske og udredning af tilstanden, herunder med foretagelse af en akut CT-scanning, eventuelt en akut undersøgelse af bughulen.

Styrelsen finder samlet på den baggrund, at den behandling, som A modtog fra den 26. til 27. november 2015 på kirurgisk afdeling, Behandlingssted 1, var under normen for almindelig anerkendt faglig standard.”

Styrelsen for Patientklager havde til brug for afgørelsen indhentet en sagkyndig vurdering fra overlæge 2, der også har afgivet vidneforklaring under sagen. Af den sagkyndige vurdering af 18. juni 2019 fremgår blandt andet:

”Vurdering

Den behandling om A modtog på Behandlingssted 1, kirurgisk afdeling d. 25-27/11 2015 var ikke i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.

### Begrundelse

Den 25/11-2015 fik A foretaget operation for c. recti (endetarms kræft). Operationen blev foretaget ved en, på det tidspunkt i Danmark, relativ ny operations metode; TA-TEM.

Af journalen fremgår det, at der blev lavet primær anastomose med aflastende stomi .

Det fremgår af journalen, at staplingen af anastomosen var insuffICIENT ("anale donut ikke intakt"). Det fremgår af journalen, at der blev sat ekstra suturer i anastomosen, og at "efterfølgende rektoskopi" viste "anastomosen passabel og tæt". Det fremgår af journalen, at der blev anlagt en aflastende stomi samt dræn ned ved anastomosen.

Den 26/11 kl. 01:05 tilkaldes vagthavende til stuen, da pt. klager over smerter. Pt har forceret puls og respiration. A-pkt viste kun let metabolisk acidose

Det kan oplyses, at forceret puls og respiration ses ved smerter. Pt er ikke på det tidspunkt oplagt septisk Der ordineres smertestillende og det aftales, at såfremt pt. ikke smertedækkes suffICIENT inde for 1/2 timer, skal der tages kontakt til anæstesen m.h.p. anlæggelse af epiduralt kateter. Af sygeplejenotaterne fremgår det, at pt fortsat har stærke smerter kl. 01:50. Af journalen fremgår det, at næste gang patienten bliver set af en læge er kl. 09:38 d. 26/11.

Det i var ikke i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard at en patient med stærke morfinkrævende smerter, først revurderes 8 timer senere efter den initiale vurdering

Det fremgår af journalen (26/11 kl. 09:38), at pt havde morfinkrævende smerter, hvorfor man valgte at anlægge et epidural kateter. Samtidig var der en smule serosangvinolent siven ved siden af det anlagte dræn. Der var forhøjede infektionstal. Det kan oplyses, at det er normalt forekommende, at operationspatienter (også dem der er opereret med kikkertoperation) kan have postoperative smerter der ikke kan dækkes med vanlig smertestillende medicin, hvorfor det kan være nødvendigt at anlægge epiduralkateter. Smerterne underbygges af sygepleje notaterne, hvor det fremgår, at pt. har haft ondt på til anlæggelsen af epidural kateteret: NRS 9-10 og der af flere omgange, relevant, er givet morfin subcutant 10 mg.

Det kan oplyses, at det er individuelt hvor meget morfin der er behov for og ofte vil der kun være behov for behandling med morfin i få dag postoperativt. Hvis det vurderes/ at der er brug for hyppige indgifter og eller det vurderes, at en patient har brug for langvarig morfinbehandling postoperativt, kan der med fordel anlægges epidural kateter, da man her har mulighed for en kontinuerlig indgift samtidig med at man undgå bivirkningerne ved morfin.

Da der som sagt oftest kun er brug for behandling med morfin i få dag postoperativt, vil der være relevant, som i [aktuelle] tilfælde, at forsøge øge morfindosis inde[n] der anlægges epidural kateter.

Det kan samtidig oplyses, at det er normalt at se stigning i infektionstallene umiddelbart postoperativt

Den 26/11 kl. 12:48 måles der et lavt BT hos patienten. Der sættes relevant 1 L NaCl op og patienten observeres. Det kan oplyses, at det er hyppigt forekommende, at BT falder i.f.m. epiduralblokade. [Aktuelt] mener jeg, det er relevant at sygeplejersken har sat væske op, og ligger op til at revurdere patienten.

Hos patienter der har fået epidural kateter, kan det være nødvendigt med fortsat morfinbehandling hvis ikke epidural kateteret fungerer tilstrækkeligt.

Af journalen fremgår det, at epidural kateteret er anlagt d. 26/11 11:58 og af et notat fra d. 26/11 14:46 fremgår det, at det fungerer med god effekt. Jeg kan ikke umiddelbart se, at pt har haft ondt i perioden 11:58-14:46 d. 26/11 og at der er givet morfin efter epidural kateteret er anlagt.

Af journalen fremgår det, at næste gang A bliver tilset af en læge, er 10 timer efter der er anlagt epidural kateter. Det kan oplyses at det er individuelt, hvor hyppigt en hospitalsindlagt patient skal/har behov for lægeligt tilsyn. Hyppigheden af tilsyn vil altid bero på en konkret vurdering, henset til patientens generelle helbredstilstand, og de aktuelle symptomer han/hun udviser. Det er dog ikke i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard først at tilse (læge) en patient 10 timer efter, at der er iværksat behandling (EPI) for svære smerter (NRS 9-10). Det fremgår af journalen, at A d. 26/11 kl 22:10 var klamsvedende og kold perifer. Havde desuden vigende blodtryk (90/50) og forceret puls (99), Samtidig udkom A med en A- gas der viste metabolisk acidose.

Det fremgår af journalen at A ikke var smerteforpinet og var tilladelig øm i abdomen. Dette må dog anses for at være en klinisk observation af begrænset værdi, da man netop havde givet store mængder smertestillende inkl. epiduralkateter pga. smerter.

Det kan oplyses, at man hos i patient med vigende blodtryk, stigende puls og laktatophobning skal mistænke septisks hock

Jf. journalnotatet fra d. 26/11 kl. 22:10 burde man på det tidspunkt have mistænkt, at A var i en septisk tilstand og have reageret adækvat herpå: Antibiotika, væske evt. intensiv suport og udredning af tilstanden, herunder akut CT scanning, evt. akut diagnostisk laparskopi/ laparotomi.

Behandlingen af A om aftenen d. 26/11 var derfor ikke i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard."

### Retslægerådets udtalelser

Retslægerådet har under sagen afgivet to udtalelser, hhv. den 3. maj 2019 og den 30. november 2020, hvoraf fremgår:

#### **" Spørgsmål 1:**

*Retslægerådet bedes oplyse, hvilke gener/lidelser A blev behandlet/opereret for på Behandlingssted 1 den 25. november 2015*

Cancer recti (kræft i endetarm),

**Spørgsmål 2:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om operationen den 25. november 2015 efter rådets opfattelse har levet op til almindelig anerkendt lægelig standard. Retslægerådet bedes begrunde sit. Der henvises til besvarelsen af spørgsmål.*

Ja. Den blev udført som laparoskopisk operation, hvilken var af almindelig anerkendt lægefaglig standard. Den tumorbærende del af endetarmen blev fjernet, hvorefter tarmen blev sammenføjet (anastomoseret) ved hjælp af staplerinstrument, hvilket var i henhold til almindelig anerkendt lægefaglig standard. Den efterfølgende lækagetest viste, at der var en mindre defekt i sammenføjningen (anastomosen), som blev syet i henhold til almindelig anerkendt lægefaglig standard. Ved operationens afslutning blev tætheden i sammenføjningen atter testet og fundet tæt.

**Spørgsmål 3:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om det postoperative forløb i perioden fra den 25. november 2015 - 27. november 2015 efter rådets opfattelse har levet op til almindelig anerkendt lægelig standard, herunder de på behandlingstidspunktet gældende retningslinjer på området. Retslægerådet bedes begrunde sit. Der henvises til besvarelsen af spørgsmål samtl. oplyse hvilke specifikke gældende retningslinjer, der henvises til.*

Der er i[n]gen retningslinjer for observationen af forløbet efter operationen. Det er almindelig anerkendt faglig standard, at patienten tilses ved eventuelle symptomer. Det er Retslægerådets vurdering, at den postoperative observation har været i henhold til almindelig anerkendt sundhedsfaglig standard, og at der under hele forløbet er vurderet og ageret på de symptomer, som patienten har præsenteret.

**Spørgsmål 4:**

*Retslægerådet bedes i tillæg til besvarelsen af spørgsmål 3 særligt oplyse, om man tidligere i forløbet efter endetarmsoperationen den 25. november 2015 burde have diagnosticeret anastomoselækage.*

*Retslægerådet bedes begrunde sit svar og oplyse, hvilken betydning man har tillagt det, at der i perioden mellem den 26. november 2015 og den 27. november 2015 om morgenen blev registreret BOS-værdier mellem 5 og 7, at der samtidig blev målt laktat til 3,2, oplysningerne om patientens almentilstand (herunder notater af 26. november 2015, kl. 21.50, jf. sagens bilag 1m hvoraf der bl.a. fremgår "Drænet fung med yderst ildelugtende sekret", "kan pt have anastomoselækage") samt oplysningen om, at A var klamtsvedende og var blevet bundskiftet to gange.*

*Følgende OBS-værdier er noteret i lægejournalen fra Behandlingssted 1: BOS 1: 26. november kl. 9.38 (bilag A, kontinuation nr. 9), BOS 5: 26. november, kl. 22.10 (bilag A, kontinuation nr. 10) og BOS 3: 27. november, kl. 9.16 (bilag A, kontinuation nr. 11).*

*Det bedes i tillæg hertil oplyst, om kombinationen af de samlede prøvesvar og patientens almentilstand burde have givet anledning til mistanke om anastomoselækage på et tidligere tidspunkt i forløbet.*

*Retslægerådet bedes begrunde sit svar.*

Spørgsmålet er hypotetisk og kan ikke besvares i del konkrete tilfælde. Retslægerådet kan oplyse, at BOS-værdier er en af mange algoritmer, der anvendes til observationer af patienter og er baseret på en række basale kliniske målværdier, og at værdien er en hjælp/vejledning til plejepersonalet, hvornår det er tilrådeligt med lægetilsyn (normal ved en værdi på 3 eller derover). Det bør dog i den sammenhæng også oplyses, at Bos-værdien alene ikke kan sige noget om patientens tilstand generelt. Det er kun den kliniske undersøgelse og vurdering, der er afgørende. Laktat målinger i blodet er en uspecifik prøve, der blandt andet afspejler iltomsætningen i vævet. Tolkningen af værdien må altid sammenholdes med den kliniske tilstand. Oplysningen om drænssekretet og de andre anførte kliniske oplysninger er uspecifikke og kan ikke umiddelbart tilskrives anastomoselækage. Efter den 26. november om aftenen var konstateret brunt sekret i drænet, udførtes næste dag CT-skanning, og patienten blev derefter opereret akut.

### Spørgsmål 5

*Retslægerådet anmodes i tillæg til ovenstående spørgsmål om at oplyse, om tilsynet i tidsrummet den 26. november 2015, kl. 12.00-22.00 efter anlæggelse af epidural vurderes at have været i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægelig standard, når der henses til resultatet af de løbende blodprøvemålinger, laktat-tal, morfin-medicineringen samt det samlede symptombillede.*

*Retslægerådet bedes begrunde sit svar.*

Ja, tilsynet var i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægefaglig standard.

### Spørgsmål 6:

*Retslægerådet bedes oplyse, om der var indikation for brug af kontraststoffer den 27. november 2015 henset til, at der på dette tidspunkt var tale om svær sepsis (laktat 6.4) og dårligt fungerende nyrer.*

*Retslægerådet bedes begrunde sit svar og oplyse, om behandlingen med kontraststoffer med overvejende sandsynlighed (med en sandsynlighed på mere end 50,001 %) påførte A en skade i den forstand, at hans forløb blev mere kompliceret, end det ville have været, hvis han ikke havde modtaget behandling med kontraststoffer.*

*Retslægerådet bedes begrunde sit [svar].*

Ved CT-skanningundersøgelsen blev der anvendt kontrast i tarmen. Det er kun kontrast, som gives i blodåren (iv), der kan være skadeligt for nyrerne.

### Spørgsmål 7.:

*Retslægerådet bedes oplyse, om den øvrige modtagne behandling på Behandlingssted 1 og Behandlingssted 2 frem til den 14. april 2016 efter rådets opfattelse har levet op til almindeligt anerkendt lægelig standard.*

*Retslægerådet bedes begrunde sit svar.*

Ja, der er reageret og behandlet relevant på de til enhver tid opståede symptomer og ændringer i tilstanden.

**Spørgsmål 8:**

*Såfremt Retslægerådet måtte finde, operationen den 25. november 2015 og/eller det efterfølgende postoperative behandlingsforløb, jf. særligt svar på spørgsmål 3-5, ikke har levet op til almindelig anerkendt lægelig standard, bedes Retslægerådet oplyse, om A med overvejende sandsynlighed (dvs. med en sandsynlighed på mere end 50,001%) må anses for at være blevet påført en skade som følge heraf.*

*Det ønskes med andre oplyst, om man med en sandsynlighed op mere end 50,001% helt eller delvist kunne have undgået A's efterfølgende gener.*

*Retslægerådet bedes begrunde sit svar [...] ligesom det ønskes oplyst, hvilke(n) skade(r) der kunne have været undgået.*

*Det ønskes særligt oplyst, om man efter rådets opfattelse kunne have undgået udviklingen af infektion med organpåvirkning/septisk chok medførende et kompliceret forløb med udvikling af multiorgansvigt, CIP/Cim og brug af respirator i 42 døgn og sondeernæring grundet manglende synkefunktion.*

Spørgsmålet er besvaret under spørgsmål 3-5. De øvrige spørgsmål er hypotetiske og kan ikke besvares i det konkrete tilfælde.

**Spørgsmål 9:**

*A afgik ved døden den 11. januar 2017.*

*Såfremt Retslægerådet måtte finde, at behandlingen af A ikke har levet op til almindeligt anerkendt lægelig standard, ønskes det i tillæg til spørgsmål 7 oplyst, om As dødsfald med overvejende sandsynlighed (dvs. med en sandsynlighed på mere end 50,01%) må anses for at være blevet fremrykket på grund af den mangelfulde behandling.*

*Det ønskes særligt oplyst, om der er holdepunkter for at antage, at A grundet den modtagne behandling fik forringede muligheder for overlevelse, bl.a. fordi han ikke kunne modtage behandling med kemoterapi.*

*Retslægerådet bedes begrunde [sit svar] og om muligt oplyse, om fremrykningen af dødsfaldstidspunktet i givet fald har medført en livsforkortelse på dage, uger eller år?*

Sagsøger gennemgik et svært forløb efter operation og var derfor ikke i stand til at få gavn af kemoterapi. De gennemlevede komplikationer er kendte risici ved en operation, men tilsvarende er der også risiko for svære komplikationer til kemoterapi efter operation. Det kan også medføre formindsket overlevelse for en patient. Der blev fundet spredning til lymfeknuder fra starten og hurtigt efter også til binyre. Kræftsygdommen var således i sig selv ganske aggressiv fra begyndelsen, og patienten kunne næppe have blevet langtidsoverlever, selv med et mindre kompliceret forløb efter operationen.

**Spørgsmål 10:**

*Såfremt der måtte være usikkerhed ved besvarelsen af spørgsmål 8, bedes Retslægerådet oplyse, hvad der må tale henholdsvis for og imod, at A blev påført en skade i forbindelse med operationen og/eller den efterfølgende behandling.*

Spørgsmålet bortfalder.

**Spørgsmål 11:**

*Såfremt Retslægerådet måtte finde, at det samlede behandlingsforløb, herunder det postoperative forløb, har været i overensstemmelse med almindelig lægelig standard, bedes det oplyst, om sepsistilstanden efter rådets opfattelse må betragtes som en hædelig komplikation forårsaget af lækagen af tarmanastomosen, og om A med overvejende sandsynlighed (med en sandsynlighed på mere end 50,01 %) som følge heraf blev påført varige gener.*

*Retslægerådet bedes begrunde sit [svar] og beskrive, hvilke varige gener der efter rådets opfattelse måtte være tale om.*

Sepsis er en kendt og hædelig komplikation til anastomoselækage og har ikke medført varige gener.

**Spørgsmål 12:**

*Retslægerådet anmodes om at oplyse, med hvilken hyppighed et postoperativt forløb som A (med komplikation i første postoperative døgn) optræder med alle tilhørende multiple komplikationer.*

*Der spørges således til den konkrete risiko for A's faktiske postoperative forløb på tidspunktet for behandlingens start den 25. november 2015 og ikke til en generel risikovurdering – og således ikke til, hvor ofte en anastomoselækage forekommer hos patienter, der år fjernet en del af endetarmen med efterfølgende sammensyning af endetarmen.*

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

Spørgsmålet kan ikke besvares, og en apriori konkret specifik risikovurdering for forløbet hos den enkelte patient er ikke mulig at angive. Retslægerådet kan oplyse, at anastomoselækage ved den pågældende operation forekommer med en 10-15 % hyppighed, og at omkring halvdelen kræver aktiv behandling, medens de resterende heler spontant uden aktiv behandling.

**Spørgsmål 13:**

*Retslægerådet anmodes om muligt at oplyse, hvorledes er "sædvanligt behandlingsforløb" med den i sagen omhandlede grundsygdom vil forløbe, herunder hvor længe den sædvanlige indlæggelsestid er, og hvordan prognosen vil være.*

*Det ønskes desuden om muligt oplyst, hvilket forløb der ville have været, såfremt grundlidelsen ikke var blevet behandlet.*

Spørgsmålet er af generel karakter. Retslægerådet kan oplyse, at ved ukompliceret forløb er indlæggelsesvarigheden ca. 5-7 dage med behov for efterfølgende rekreation på 1-2 måneder.

Ubehandlet tarmkræft er dødelig.

**Spørgsmål 14:**

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

Nej.

**Spørgsmål A:**

*Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvor hyppigt anastomoselækage opstår efter den type operation, som A fik foretaget den 25. november 2015.*

*Retslægerådet bedes i den forbindelse oplyse, om anastomoselækage opstod mere eller mindre hyppigt efter operation af denne rype i 2015 sammenlignet med 2018.*

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 12. Frekvensen har været stabil over de seneste 5 år.

**Spørgsmål B:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om det tilbagefald af kræft, som blev konstateret efter scanning i juni 2016, med overvejende sandsynlighed (mere end 50%) kunne være undgået, hvis A efter operationen i november 2015 havde modtaget tilbagesforebyggende kemoterapi.*

Spørgsmålet er hypotetisk. Spørgsmålet omkring postoperativ kemoterapi er besvaret i spørgsmål 9.

**Spørgsmål 15:**

*Retslægerådet bedes oplyse, hvilke kriterier der skal være opfyldt for, at der foreligger indikation for sepsis.*

*Det bedes herunder oplyst, om måling af laktat er et relevant kriterie.*

Sepsis er et syndrom uden perfekte kriterier for definitioner. Kriterierne for sepsis (systemic inflammatory response syndrome) var på daværende tidspunkt baseret på resultatet af basale kliniske målinger og resultatet af blodprøver.

Temperatur  $>38^{\circ}\text{C}$  eller  $<36^{\circ}\text{C}$

Hjertefrekvens  $>90/\text{minut}$

Respirationsfrekvens  $>20/\text{min}$  eller  $\text{PaCO}_2 < 4,3 \text{ kPa}$

Leukocytter  $>12 \times 10^9/\text{l}$  eller  $<4 \times 10^9/\text{l}$  eller  $> 10 \%$  umodne (stavformede) celler

Patienten har pr. definition sepsis såfremt to ud af fire ovennævnte kriterier er til stede, men det må altid sammenholdes med den kliniske tilstand. Måling af laktat koncentrationen i blodet indgår således ikke som et relevant kriterie.

**Spørgsmål 16:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om det ud fra de beskrevne kliniske værdier med overvejende sandsynlighed (mere end 50 %) kan lægges til grund, at indikationskriterierne for sepsis var opfyldt om morgenen den 26. november 2015. Retslægerådet bedes begrunde sit svar.*

På baggrund af redegørelsen i spørgsmål 15 var der med mere end 50 % sandsynlighed ikke kliniske tegn på sepsis om morgenen den 26. november 2015.

**Spørgsmål 17:**

*Retslægerådet bedes oplyse, hvilket tidsinterval der foreligger for mulig intervention ved konstatering af septisk shock.*

Septisk shock er en livstruende tilstand, der kræver øjeblikkelig behandling.

**Spørgsmål 18:**

*Retslægerådet bedes ikke at have begrundet besvarelsen af spørgsmål 5. Det bemærkes, at der ikke ses at være tilkaldt læge ved BOS på 7 kl. 19:58. Retslægerådet bedes begrunde sit svar samt uddybe, hvorfor et cirka 6 timers interval (kl. 14. 02-19.58) mellem sygeplejetilsyn efter rådets opfattelse må betragtes som i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægefaglig standard ift. A's konkrete helbredstilstand.*

Kl. 14:02 var BOS-værdien 1 ud fra de målte værdier og på den baggrund var det i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard ikke at foretage yderligere kontrol udover den planlagte cirka 6 timer senere, hvor der indtraf en ændring i patientens symptomer. Klokken 19:58 kunne BOSværdien ud fra de målte værdier udregnes til 6 og patienten blev tilset af læge cirka 2 timer senere, hvor man tolkede symptomerne som værende forårsaget af bivirkninger til smertedækningen med epiduralkateteret, hvilket var relevant.

**Spørgsmål 19:**

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

Nej.

**Spørgsmål 20:**

*Retslægerådet bedes oplyse, om den lægelige vurdering af 18. juni 2019 fra overlæge 2 (bilag14) og/eller afgørelsen af 9. oktober 2019 fra Styrelsen for Patientklager (bilag 15) måtte give Retslægerådet anledning til en ændring af besvarelsen af spørgsmål 3 og 4.*

*Såfremt Retslægerådet ikke måtte finde anledning til at ændre besvarelsen af spørgsmål 3 og/eller spørgsmål 4, bedes det begrundet, hvorfor det postoperative forløb efter rådets opfattelse har været i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard.*

*Det ønskes særligt begrundet, hvorfor det efter rådets var i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard, at der gik cirka 8 timer mellem de lægelige tilsyn efter anlæggelsen af epidural kateter.*

Nej. Retslægerådet baserer udtalelser på foreliggende journalmateriale. Retslægerådet har på den baggrund vurderet at det postoperative forløb har været i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard. Med hensyn til spørgsmålet om lægelig tilsyn efter anlæggelsen af epiduralkateteret fremgår det, at det blev anlagt kl. 11:58 og at nyt tilsyn ved læge blev foretaget kl. 14:46, hvor det af journalen fremgår, at der havde været god effekt af epiduralkateteret. Dette forløb er i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægefaglig standard.

**Spørgsmål 21:**

*Retslægerådet bedes i tillæg til ovenstående spørgsmål oplyse, i hvilket omfang man i besvarelsene har inddraget patientens konkrete smertedækning samt patientens konkrete score på VAS-skalaen.*

Ja, i fuldt omfang.

**Spørgsmål 22:**

*Retslægerådet bedes i tillæg til besvarelsen af spørgsmål 3 særligt oplyse, om man tidligere i forløbet efter endetarmsoperationen den 25. november 2015 burde have diagnosticeret den septiske tilstand. Retslægerådet bedes begrunde sit svar.*

Der var ingen sikre kliniske tegn på sepsis før man konstaterede plumret væske i drænet den 27. november om morgenen. Dette førte til hurtig CT-skanning og umiddelbart derefter blev det besluttet at re-operere.

**Spørgsmål 23:**

*Retslægerådet bedes i forlængelse af besvarelsen af svar på spørgsmål 4 uddybe, hvad der menes med, at laktat-målinger i blodet er en uspecifik prøve?*

Laktatniveauet i kredsløbet kan være markør for iltmangel i vævet et eller andet sted i kroppen. Årsagerne kan således være mangeartede fra lette fysiologiske stigninger som følge af det generelle postoperative stress eller svære sygdom. Laktatindholdet i blodet afhænger også af en række andre faktorer som eksempelvis nyre- og leverfunktion. På den baggrund er prøven uspecifik og må altid sammenholdes med patientens klinisk tilstand i øvrigt. ”

**Forklaringer**

Der er afgivet forklaring af **B** og **overlæge 2**.

**B** har forklaret blandt andet, at hans far skulle opereres. Han og **D** kørte ind til operationsstuen efter operationen. **A** var rørt og glad for, at operationen var overstået. De kørte hjem efter et par timer. De tænkte, at han var i gode hænder, og at de vidste, hvad de skulle gøre. Han kom igen næste dag om eftermiddagen efter at han havde været på arbejde. Det var ved 15-tiden. Hans mor havde været der det meste af den dag, hvor han i løbet af dagen havde fået anlagt epiduralkateteret. **A** var noget omtåget. Han havde fået at vide, at han havde haft stærke smerter og at han havde fået smertedækning. Han kunne godt tale med sin far. Han havde det skidt, men det hjalp med epiduralkateteret, som tog de fleste smerter. Det var svært at se sin far i den tilstand. Hans far gik på arbejde op til operationen og var fysisk stærk. Da han så sin far, tilkaldte han en sygeplejerske, fordi han var bekymret for hans tilstand. Sygeplejersken afviste, at der var behov for yderligere undersøgelse. Anastomoselækage blev drøftet, men han fik at vide, at det var for tidligt at undersøge nærmere for dette, da man ikke ville kunne konstatere det på dette tidspunkt. Han spurgte til, hvorfor hans far ikke havde været oppe at gå, men fik at vide, at der var lidt forskel på patienter, og at han nok skulle komme op at gå. Han fik at vide, at der var tale om lækage nogle dage senere. De kørte hjem om aftenen den 26., da de blev forsikret om, at alt var som forventet.

Den 27. november 2015 tidligt om morgenen kørte han ind på hospitalet, fordi han var bekymret for sin far. Han kom ind til sin far og skubbede til ham. Han

spurgte, om det gik bedre, hvortil hans far sagde, nej, det har været den mest forfærdelig nat. Hans far har siden fortalt ham, at det var det eneste, han kunne huske fra de første postoperative døgn. Hans far var som sådan ikke omtåget. B gik ud på gangen og spurgte, hvem der tilså hans far. En sygeplejerske sagde, at det nok var hende. Adspurgte, hvad der blev gjort, siden han ikke har det bedre, svarede sygeplejersken, at der nok skulle ringes efter bagvagten, som kom en time senere. Denne læge har siden forklaret, at han ikke fik den rigtige besked om, hvordan hans far havde det. Han har sagt, at havde han fået at vide, hvor alvorligt hans far havde det, ville han være kommet hurtigere og have iværksat operation med det samme uden at vente på scanning. B boede nærmest på sygehuset de efterfølgende dage.

I løbet af disse dage fik han og hans ekskone nærmere indblik i lægejournalerne og kunne se, at der var tegn på sepsis tidligere, end der blev grebet ind. De talte med overlægen om forløbet, som fortalte, at de havde oprettet en sag om "util-sigtet hændelse".

Da A kom hjem, var det et liv med rollator og med hjælp fra hjemmeplejen. Han var meget svag og fejlede alle mulige ting. Han mistede neglene på tæerne på grund af det meget intensive forløb.

**Overlæge 2** har forklaret blandt andet, at han har udarbejdet den sagkyndige vurdering af 18. juni 2019, der er fremlagt under sagen. Han havde sat sig ind i erklæringen på forhånd. Han er ledende overlæge på Behandlingssted 4 på afdelingen for mave-, tarm- og leversygdomme. Han udarbejder indimellem sagkyndige vurderinger til Styrelsen for Patientsikkerhed.

Der findes ikke nedskrevne retningslinjer for, hvor tit man skal tilse en patient. A blev tilset første gang kl. 1 om natten. Har man en patient, der har mange kraftige smerter, er det nødvendigt at følge op på, hvordan det går med patienten. Det fremgår, som han husker det, også af journalen, at patienten skal revurderes. Det var derfor ikke i orden, at der gik 8 timer, før patienten blev tilset igen. Han kan ikke sige noget om tidsintervallet. Der er mange patienter, der har smerter efter operation, og han kan derfor godt forstå, at man i første omgang ser, om det kan klares med smertestillende.

Foreholdt det i hans sagkyndige vurdering anførte på side 2, sidste afsnit, forklarede vidnet, at man efter anlæggelse af epiduralkateter skal undersøge, om det virker. Han kan ikke se ud af journalen, om der har været en sygeplejerske, som har undersøgt, om kateteret virkede efter hensigten. Noget andet er, at når man har en BAS-score på 9-10, så har patienten meget stærke smerter. Man bør derfor sikre sig, at den smertestillende behandling virker, og derfor bør man også af den grund undersøge virkningen af kateteret.

Som med alle kirurgiske patienter kan man ikke udelukke, at der er opstået en komplikation, og man bør sikre sig, at det ikke er en komplikation til kirurgien, der er årsag til, at patienten har mange smerter.

Smertescoren hedder noget forskelligt i de forskellige regioner, men er udtryk for det samme, nemlig at patienten skal angive, hvor store smerter man har på en skala fra 1-10.

Da patienten blev tilset, var han koldsvedende, havde lavt blodtryk mv. Det er tegn på, at patienten er ved at gå i chok. Det kan skyldes en blødning eller infektion. Man bør overveje, om det kan være en komplikation til en operation. Det er derfor, man trykker patienten på maven. Men når patienten har fået meget smertestillende, kan man ikke bruge et tryk på maven til at vurdere det. Man skulle i stedet have lagt vægt på lavt blodtryk mv., selvom lavt blodtryk dog konkret kan være forårsaget af epiduralen. Man skulle have udelukket, hvilke årsager der kunne være.

Man skulle have foretaget en ct-scanning for at se, om der var tilstødt en komplikation til operationen.

Han ville selv have revurderet patienten efter en halv time. Det er muligt, at han er blevet revurderet, men der er ikke noget lægenotat herom.

BOS er et udtryk for nogle centrale parametre som blodtryk m.v. Det kan sige noget om, hvorvidt patienten er stabil eller er ved at udvikle sig. Foreholdt basal observationsskema, ekstrakten side 246, forklarede vidnet, at en høj BOS-værdi er udtryk for, at der kan være noget galt. I Region 2 er der en retningslinje om, at en sygeplejerske skal kontakte lægen, hvis en patient har en BOS-værdi på 3 eller derover. Man kan kronisk have en høj BOS-værdi. Har man en operationspatient, hvor BOS-værdien stiger, skal man tænke over, om der kan være et eller andet galt. Men man kan ikke udelukkende bruge en BOS-værdi til at sige, at der er en katastrofe under opsejling.

Laktalværdi er udtryk for menneskets forbrænding. Man vil ved patienter, der ikke er iltet ordentligt, se en laktalophobning (ophobning af mælkesyre). Det kan være forårsaget af en blødning eller af en infektion. Stiger laktal-værdien skal man være opmærksom. Man kan ikke sige, at en høj laktalværdi i sig selv er akut – og omvendt.

Han kan ikke huske, om han har fået forelagt skemaet med oplysninger om blodtryk mv. på side 245 (sagens bilag 3). Foreholdt oplysningerne på samme side den 26.11.2015 kl. 06.16 forklarede han, at tallene viser en forhøjet vejrrtrækning og lidt højere puls. Tallene alene viser efter hans opfattelse ikke en

patient, der er i sepsis. Har man ondt, får man en øget puls og en let øget respiration. Det er svært at sige nærmere ud fra tallene.

Han mener, at man kl. 22.10 kunne have reageret – det vurderer han ud fra journalen. Ved anastomoselækage er det vigtigt, at man reagerer hurtigt. En lækage kan være meget lille og håndteres let, og den kan være alvorlig, hvor der er lækage ud i bughulen.

### **Parternes synspunkter**

**Boet efter A** har i sit påstandsdokument anført følgende:

” ANBRINGENDER:

Det gøres gældende, at A blev påført en behandlingsskade, og at skaden skal anerkendes efter KEL § 20, stk. 1, nr. 1, idet behandlingsforløbet ikke har været i overensstemmelse med erfaren specialiststandard.

Det gøres gældende, at A burde have været adækvat udredt efter endetarmsoperationen den 25. november 2015, og at man ikke rettidigt fik diagnosticeret anastomoselækagen. Man har ikke reageret adækvat på blodprøvesvar og på den forværrede kliniske almentilstand.

I perioden mellem den 26. november 2015 om aftenen og den 27. november 2015 om morgenen blev der registreret BOS-værdier mellem 5-7. Værdierne er således anderledes end de værdier, som Ankenævnet for Patienterstatningen ses at have lagt til grund for sin afgørelse.

Der blev samtidig målt laktat til 3,2, som Ankenævnet for Patienterstatningen heller ikke ses at have inddraget i sin afgørelse. Laktatmålingen eskalerende til 6,4 om morgenen.

Af sygeplejekardex den 26. november 2015, kl. 21.50, står anført: ”Drænet fung med yderst ildelugtende brunligt sekret. Obs til st gang mane. Kan pt have anastomoselækage?” Denne observation ses ikke at være inddraget af Retslægerådet, da rådet i sin besvarelse har anført, at der først konstateredes væske i drænen den 27. november om morgenen.

Af sygeplejekardex den 26. november 2015, kl. 21.53, var BOS-værdien (basalt observationsskema) på 7, hvilket ligeledes var tilfældet den 27. november 2015, kl. 2.30.

Af observationsskema, sagens bilag 3, for perioden fra den 24. til den 27. november 2015 ses, at kriterierne for sepsis med RF på 20 og en puls på 91 faktisk var opfyldt kl. 06:16 den 26. november 2015. 3,5 time senere, kl. 09:56, havde værdierne ikke ændret sig væsentligt, og samtidig målt for højet Leukocytniveau på  $11,4 \times 10^9/L$  og forhøjet laktat på 1,8 mmol/L.

Det gøres således gældende, at man burde have reageret hurtigere på A's kliniske tilstand (med klamsvedende og kold perifer) og de stigende laktat- og CRP-niveauer, der, kombineret med BOS-værdierne og det stærkt ildelugtende dræn, straks burde have givet sagsøgte anledning til at

mistænke udvikling af sepsis. Når der er tale om sepsis, er det altafgørende, at der handles rettidigt.

Det gøres gældende, at den forsinkede diagnosticering af sepsis har medført, at A udviklede infektion med organpåvirkning/septisk chok medførende et kompliceret forløb, hvor han udviklede multiorgansvigt, CIP/CIM og bl.a. lå i respirator i 42 døgn for i januar 2017 at gå bort.

Det gøres gældende, at Styrelsen for Patientklagers afgørelse af 9. oktober 2019 støtter sagsøgers synspunkter, idet man netop har fundet, at der burde have været foretaget en revurdering af As tilstand på et tidligere tidspunkt, hvorved man ville have mistænkt sepsis tidligere i forløbet og kunne have handlet adækvat herpå.

Det bestrides, at Retslægerådets udtalelser kan føre til, at behandlingen af A har levet op til erfaren specialiststandard.

Det gøres for det første gældende, at Retslægerådet ikke har udtalt sig som erfaren specialiststandard – men kun om almindelig anerkendt lægefaglig standard, idet rådet ikke udtaler sig om normen i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Det gøres for det andet gældende, at Retslægerådet efter sagsøgers opfattelse har lagt et forkert faktum til grund for sin vurdering – nemlig at As kliniske tilstand – ikke var så dårlig, som det faktisk var tilfældet.

Det gøres gældende, at smertestillende behandling og særligt smertestillende behandling ved epidural kateter kan sløre alvorlige intraabdominale komplikationer hos en patient, jf. herunder overlæge 2's sagkyndige vurdering.

Det gøres gældende, at Laktat-måling er særdeles relevant for diagnosticering af septisk chok og derfor også for Sepsis.

Det gøres gældende, at Ankenævnet for Patienterstatningen og Retslægerådet har ignoreret indholdet af sygeplejebog samt observationsskema.

Det gøres gældende, at der under alle omstændigheder er tale om en lempelig bevisbyrde henset til, at Styrelsen for Patientklager har udtalt kritik i sagen.

Subsidiært gøres det gældende, at skaden kan anerkendes efter lovens § 20, stk. 1, nr. 4 efter "tålereglen", idet de kumulative betingelser om sjældenhed og alvorlighed må anses for opfyldt, idet der ved vurderingen heraf skal ses på det konkrete skadesforløb."

**Ankenævnet for Patienterstatningen** har i sit påstandsdokument anført følgende:

## " 2. ANBRINGENDER

Prøvelse af ankenævnets afgørelse

Til støtte for den nedlagte påstand om frifindelse gøres det gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse af 10. august 2017 (bilag 9).

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 tilstrækkeligt sikkert grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse.

Sagsøgeren har ikke løftet bevisbyrden for, at der er det fornødne sikre grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse.

#### Retslægerådet

Sagen har under forberedelsen været forelagt for Retslægerådet, som har afgivet to udtalelser af henholdsvis 3. maj 2019 og 30. november 2020. Retslægerådets besvarelser af de stillede spørgsmål støtter ankenævnets afgørelse af 10. august 2017 (bilag 9), der er til prøvelse i nærværende sag.

Sagsøger har indkaldt overlæge 2 til at afgive forklaring under hovedforhandlingen.

Hertil bemærkes, at overlæge 2 ikke har undersøgt eller behandlet A. Overlæge 2 har endvidere ikke fungeret som lægekonsulent hos hverken Patienterstatningen eller ankenævnet ved behandlingen af denne sag.

Sagkyndige vurderinger om lægefaglige forhold og lægefaglige skøn til brug i retssager sker ved forelæggelse for Retslægerådet. Det følger af § 1 i lov om Retslægerådet, og forelæggelsen for Retslægerådet godkendes af retten. Det er i den forbindelse uden betydning, at overlæge 2 har afgivet en sagkyndig erklæring i en klagesag vedrørende behandlingsforløbet ved Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn. Denne vurdering, der er fremlagt som bilag 14, har desuden været en del af materialet, der blev forelagt for Retslægerådet, ligesom Retslægerådet har forholdt sig til vurderingen ved besvarelsen af spørgsmål 20.

Ankenævnet afgør sagen ud fra en selvstændig lægelig og juridisk vurdering af alle oplysningerne om A's behandlingsforløb. Retslægerådet har i svaret på spørgsmål 20 udtrykkeligt forholdt sig til overlæge 2's vurdering (bilag 14) og til afgørelsen fra Styrelsen for Patientklager (bilag 15), men Retslægerådet har i sagens natur foretaget en selvstændig vurdering af sagens lægefaglige spørgsmål. Retslægerådet er ikke enig i overlæge 2's og Styrelsen for Patientklagers vurdering.

Det gøres gældende, at der i en situation som denne bevismæssigt må lægges afgørende vægt på Retslægerådets vurdering.

Spørgsmål om årsagsforbindelse forelægges for Retslægerådet, som er den kompetente myndighed i relation til at vurdere spørgsmål om årsagsforbindelse. Det følger endvidere af højesteretspraksis, at det er Retslægerådets vurdering, der skal lægges til grund ved uenighed om lægefaglige spørgsmål. Der kan herved henvises til U.2011.1985H.

Det forhold, at der har været forskellige lægelige vurderinger af behandlingen, kan således ikke føre til en tilsidesættelse af ankenævnets afgørelse, når denne støttes af Retslægerådets udtalelse.

Det er sagsøger, der har bevisbyrden for, at der er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse.

Sagsøger har gjort gældende, at der i sagen er en lempelig bevisbyrde henset til, at Styrelsen for Patientklager har udtalt kritik i sagen. Dette bestrides. For at der kan blive tale om lempelse af beviskravet om, at skaden med overvejende sandsynlighed er påført ved behandlingen, skal der være tvivl om årsagssammenhængen samt begået en klar fejl ved behandlingen. Bevisbyrden bliver således kun lempet, hvis der i fornødent omfang er tvivl om, hvorvidt det er behandlingen eller andre forhold, der er den mest sandsynlige årsag til skaden, og der er begået en klar lægefaglig fejl.

Retslægerådet er enig i ankenævnets vurdering af, at behandlingen på Behandlingssted 1 i forløbet fra operationen den 25. november 2015 og frem til A's udskrivelse den 1. marts 2016 blev udført i overensstemmelse med, hvorledes en erfaren specialist på området ville have handlet under de i øvrigt givne forhold. Der henvises til afsnit 2.4.1.2 nedenfor.

Sagsøger har dermed ikke løftet bevisbyrden for, at der skulle være sket fejl ved behandlingen, hvorfor der i sagen ikke er grundlag for bevislempelse.

Det fastholdes, at sagsøger ikke har løftet bevisbyrden for, at der er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse.

#### Retsgrundlag

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. Derudover skal skaden med overvejende sandsynlighed være 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 "merskaden" som følge af en (manglende) behandling, undersøgelse eller lignende, som kan danne grundlag for erstatning.

Patienten bærer bevisbyrden for, at gener med overvejende sandsynlighed skyldes behandlingen og ikke andre forhold, herunder grundlidelsen, jf. KEL § 20, stk. 1.

Det forhold, at en gennemført behandling ikke har haft den ønskede effekt eller det ønskede resultat, udgør ikke en behandlingsskade efter KEL.

Det er efter KEL § 20, stk. 1, nr. 1, en betingelse for erstatning, at skaden med overvejende sandsynlighed (mere end 50 procent) 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.

Efter KEL § 20, stk. 1, nr. 4, kan der ydes erstatning, hvis der som følge af undersøgelse, herunder diagnostiske indgreb, eller behandling indtræder skade i form af infektioner eller andre komplikationer, der er mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed må tåle. Der skal herved tages hensyn til dels skadens alvor, dels patientens sygdom og helbredstilstand i øvrigt samt til

skadens sjældenhed og mulighederne i øvrigt for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning.

Efter fast praksis er det en betingelse for erstatningsberettigelse efter KEL § 20, stk. 1, nr. 4, at de i ordlyden udtrykte kriterier om sjældenhed og alvorlighed begge er opfyldt.

Ved vurdering af, om alvorlighedskriteriet er opfyldt, er det afgørende grundlidelens 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 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 sjældenhed, fremgår det af forarbejderne og praksis, at det kræves, at hyppigheden af komplikationen er mindre end 2 %.

#### 2.4.1.1 KEL § 20, stk. 1, nr. 1

Det gøres gældende, at ankenævnet med rette har vurderet, at behandlingen på Behandlingssted 1 i forløbet fra operationen den 25. november 2015 og frem til A's udskrivelse den 1. marts 2016 blev udført i overensstemmelse med, hvorledes en erfaren specialist på området ville have handlet under de i øvrigt givne forhold, jf. KEL § 20, stk. 1, nr. 1.

Ankenævnet har herved lagt vægt på, at den operation for kræft i endetarmen, som A gennemgik den 25. november 2015, forløb planmæssigt, og at operationen var velbegrundet og blev udført korrekt.

Derudover har ankenævnet lagt vægt på de observationer, som fremgår af As journal for den 26. og 27. november 2015, og vurderet, at det er i overensstemmelse med, hvordan en erfaren specialist på området ville have handlet under de givne forhold, at der først den 27. november 2015 blev rejst mistanke om og opereret akut for anastomoselækage.

I den forbindelse har ankenævnet lagt vægt på, at anastomoselækage sjældent manifesterer sig i det første døgn efter operationen, og at lægefaglige standarder på området tilsiger, at andre årsager til patientens utilfredsstillende tilstand derfor først udelukkes.

Vurderingen af, om behandlingen er udført, som en erfaren specialist ville have gjort under de givne omstændigheder, skal ske ud fra en konkret bedømmelse af den viden om patientens tilstand og symptomer, som forelå på behandlingstidspunktet, og ikke ud fra den viden om årsagerne, som er tilstede efterfølgende.

Det bemærkes, at Patienterstatningen og ankenævnet har lagt de BOS-værdier til grund for vurderingen, som fremgår af journalen fra Behandlingssted 1, og som er noteret til 1 26. november, kl. 9.38 (bilag A, continuation nr. 9), 5 den 26. november, kl. 22.10 (bilag A, continuation nr. 10) og 3 den 27. november, kl. 9.16 (bilag A, continuation nr. 11).

For så vidt angår de målte laktat-værdier, som fremgår af journalnotat den 26. november (bilag A, kontinuation nr. 10), har ankenævnet lagt de samme oplysninger til grund og anlagt den samme vurdering som Patienterstatningen. Det fremgår således af ankenævnets afgørelse, at der henvises til sagsfremstillingen i Patienterstatningens afgørelse, og at ankenævnet tilslutter sig Patienterstatningens vurdering, hvorefter forhøjede laktatværdier skal vurderes sammen med andre observationer af patientens tilstand.

#### 2.4.1.2 Retslægerådets udtalelser

Retslægerådet er enig i ankenævnets vurdering af, at behandlingen på Behandlingssted 1 i forløbet fra operationen den 25. november 2015 og frem til As udskrivelse den 1. marts 2016 blev udført i overensstemmelse med, hvorledes en erfaren specialist på området ville have handlet under de i øvrigt givne forhold.

Retslægerådet udtaler således følgende i svarene på spørgsmål 1 – 5:

- at operationen den 25. november 2015 med fjernelse af kræfttumor fra A's endetarm blev udført i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer,
- at en mindre defekt i anastomosen (sammenføjnngen) påvist ved lækagetest efter operationen blev syet i henhold til almindelig anerkendt faglig standard, og utætheden blev herefter atter testet og fundet tæt, og
- at den postoperative observation har været i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard, og at der under hele det postoperative forløb er vurderet og ageret på de symptomer, som A udviste.

Retslægerådet har endvidere i svaret på spørgsmål 16 vurderet, at der med mere end 50 procents sandsynlighed ikke var kliniske tegn på sepsis (blodforgiftning) om morgenen den 26. november 2015. Det fremgår videre af Retslægerådets svar på spørgsmål 22, at der ingen kliniske tegn var på sepsis, før man konstaterede plumret væske i drænet den 27. november 2015 om morgenen.

Retslægerådet har desuden forholdt sig til sagsøgerens synspunkter om, at de målte BOSværdier og laktatmålinger burde have ført til, at man i det postoperative tilsyn havde handlet anderledes eller tidligere rejst mistanke om sepsis og derved tidligere have konstateret anastomoselækage, jf. rådets svar på spørgsmål 4, 16, 18, 20 og 22 og 23.

Det må derfor lægges til grund, at både operationen den 25. november 2015 og det postoperative tilsyn og forløb i øvrigt blev udført i overensstemmelse med, hvorledes en erfaren specialist ville have handlet.

Det må derfor også lægges til grund, at det er i overensstemmelse med, hvordan en erfaren specialist på området ville have handlet under de givne forhold, at der ikke før den 27. november 2015 blev rejst mistanke om og opereret akut for anastomoselækage.

Retslægerådet har i svaret på spørgsmål 20 udtrykkeligt forholdt sig til overlæge 2's vurdering (bilag 14) og til afgørelsen fra Styrelsen for Patientklager (bilag 15). Retslægerådet er ikke enig i overlæge 2's og Styrelsen for Patientklagers vurdering. Det gøres gældende, at der i en situation som denne bevismæssigt må lægges afgørende vægt på Retslægerådets vurdering,

også da Retslægerrådet udtrykkeligt har anført, at det tidsmæssige interval for lægeligt tilsyn ud fra de kliniske observationer på tidspunktet for behandlingstidspunktet er i overensstemmelse med almindelige faglige retningslinjer.

Det er således en konkret bedømmelse af den viden om patientens tilstand og symptomer, som forelå på behandlingstidspunktet, og ikke den viden om årsagerne, som er til stede efterfølgende, som er afgørende.

På denne baggrund gør ankenævnet gældende, at betingelserne for erstatning efter KEL § 20, stk. 1, nr. 1, for følgerne af den anastomoselækage, som A pådrog sig, ikke er opfyldt.

#### 2.4.1.3 KEL § 20, stk. 1, nr. 4

Det gøres gældende, at ankenævnet med rette har vurderet, at skaden i form af anastomoselækage, ikke berettiger til erstatning efter KEL § 20, stk. 1, nr. 4, da skaden ikke er mere omfattende, end hvad A med rimelighed måtte tåle.

Ved vurderingen af skadens alvor, har ankenævnet lagt vægt på, at A blev opereret for en meget alvorlig grundsygdom (kræft i endetarmen), som ubehandlet var potentielt dødelig, og som velbehandlet medfører en ikke ubetydelig statistisk overdødelighed.

Der er endvidere ikke tale om en tilstrækkelig sjælden komplikation, da anastomoselækage er både kendt og hyppigt forekommende efter en operation som den, A gennemgik den 25. november 2015. Anastomoselækage medfører også ofte bughindebetændelse og organpåvirkning med deraf følgende svært og langt sygeforløb, som det også var tilfældet for A

#### 2.4.1.4 Retslægerådets udtalelser

Retslægerådets udtalelser støtter ankenavnets vurdering, hvorefter skaden hverken er tilstrækkelig sjælden eller alvorlig til at berettige til erstatning efter KEL § 20, stk. 1, nr. 4.

Det fremgår at Retslægerådets svar på spørgsmål 9, 11, 12, 13 og A:

- at anastomoselækage forekommer med en hyppighed på 10 – 15 procent ved en operation som den, A fik udført den 25. november 2021, og at omkring halvdelen af tilfældene kræver aktiv behandling,
- at sepsis er en kendt og hædelig komplikation til anastomoselækage,
- at A's kræftsygdom var ganske aggressiv fra begyndelsen, og
- at ubehandlet tarmkræft er dødelig.

På denne baggrund gør ankenævnet gældende, at betingelserne for erstatning efter KEL § 20, stk. 1, nr. 4, for følgerne af den anastomoselækage, som A pådrog sig, ikke er opfyldt.

#### 2.4.2 Tilbagefald af kræft

Det gøres gældende, at ankenævnet med rette har vurderet, at A's tilbagefald af kræft ikke med overvejende sandsynlighed (mere end 50 procent) er en følge af, at han ikke fik tilbagefaldsforebyggende kemoterapi efter operationen den 25. november 2015.

Ankenævnet har herved lagt vægt på, at A allerede den 25. november 2015 havde kræftspredning til de regionale lymfeknuder, som øger risikoen for, at kræften har spredt sig yderligere.

Herudover har ankenævnet lagt vægt på, at tilbagefaldsforebyggende kemoterapi alene nedsætter risikoen for tilbagefald af endetarmskræft med 10-15 %-point.

Det er derfor ikke godtgjort, at A med overvejende sandsynlighed (mere end 50 procent) havde undgået udviklingen af kræft i binyren, hvis den tilbagefaldsforebyggende kemoterapi var iværksat efter operationen. Tilbagefaldet var mere sandsynligt en følge af A's grundlidelse (endetarmskræft med spredning til regionale lymfeknuder).

#### 2.4.3 Infektion (behandlingen på Behandlingssted 2)

Det gøres gældende, at ankenævnet med rette har vurderet, at den infektionstilstand, som A pådrog sig i marts 2016, ikke med overvejende sandsynlighed (mere end 50 procent) skyldes behandlingen på Behandlingssted 2.

Ankenævnet har herved lagt vægt på, at det alene er muligt at konstatere, at infektionstilstanden blev påvist under indlæggelsen på Behandlingssted 2, men at det ikke er muligt at påvise infektionstidspunktet eller årsagen. Der er ikke større sandsynlighed for, at infektionen skyldes behandlingen, end at den skyldes forhold hos A selv.

Selvom det lægges til grund, at infektionen er opstået som følge af behandlingen på Behandlingssted 2, gøres det gældende, at betingelserne for erstatning efter KEL § 20, stk. 1, nr. 1 og 4, ikke er opfyldt. Det er således ikke godtgjort, at den behandling, som A modtog, ikke var i overensstemmelse med, hvordan en erfaren specialist ville have handlet under de foreliggende omstændigheder, jf. KEL § 20, stk. 1, nr. 1.

Infektionsforløbet opfylder heller ikke betingelserne om alvorlighed og sjældenhed, jf. KEL § 20, stk. 1, nr. 4.

#### 2.4.4 Retslægerådets udtalelser

Det gøres gældende, at Retslægerådets udtalelser heller ikke giver grundlag for at tilsidesætte ankenævnets vurdering, hvorefter A's efterfølgende tilbagefald af kræft og infektionsforløb ikke med overvejende sandsynlighed skyldes den behandling, som han modtog på Behandlingssted 1 og Behandlingssted 2.

For så vidt angår A's tilbagefald af kræft har ankenævnet som ovenfor anført vurderet, at det ikke med overvejende sandsynlighed (mere end 50 procent) er en følge af, at han ikke fik tilbagefaldsforebyggende kemoterapi efter operationen den 25. november 2015.

Ankenævnet har herved blandt andet lagt vægt på, at A allerede den 25. november 2015 havde kræftspredning til de regionale lymfeknuder, som øger risikoen for, at kræften har spredt sig yderligere.

Denne vurdering understøttes af Retslægerådets svar på spørgsmål 9, hvor Retslægerådet har udtalt, at der blev fundet spredning til lymfeknuder fra starten og hurtigt efter også til binyre, og at kræftsygdommen fra begyndelsen var ganske aggressiv, og selv med et mindre kompliceret forløb efter operationen ville A langsigtede overlevelsesprognose næppe have været god.

## 2.5 Hjemvisningspåstanden

Til støtte for den subsidiære påstand om hjemvisning gør ankenævnet gældende, at hvis retten giver sagsøgeren medhold i, at A blev påført en erstatningsberettigende behandlingsskade ved behandlingen for anastomoselækage, må sagen hjemvises med henblik på udmåling af erstatning. Det samme gælder for så vidt angår infektionen (behandlingen på Behandlingssted 2).

Giver retten sagsøgeren medhold i, at As tilbagefald af kræft var en følge af den behandling, som han modtog efter operationen den 25. november 2015, gør ankenævnet gældende, at sagen må hjemvises med henblik på stillingtagen til, om erstatningsbetingelserne i KEL § 20, stk. 1, nr. 1 eller nr. 4, er opfyldt. ”

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

## Rettens begrundelse og resultat

Sagen angår, om boet efter A har krav på erstatning efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet som følge af den operation for kræft i endetarmen og efterfølgende undersøgelser og behandlinger på hhv. Behandlingssted 1 og Behandlingssted 2, som A gennemgik i perioden november 2015 til marts 2016.

Efter lovens §§ 19 og 20 kan der ydes erstatning til patienter (eller deres efterladte), som i forbindelse med undersøgelse, behandling el. lignende på et sygehus påføres en skade, som med overvejende sandsynlighed kunne være undgået, hvis en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes. Der ydes ligeledes erstatning, hvis der som følge af undersøgelse eller behandling indtræder skade i form af infektioner eller andre komplikationer, som er mere omfattende, end hvad patienten med rimelig må tåle. Der skal herved tages hensyn til skadens alvor, patientens sygdom og helbredstilstand i øvrigt, til skadens sjældenhed og mulighederne for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning.

*Levede behandlingen på Behandlingssted 1 og Behandlingssted 2 op til erfaren specialist-standard?*

Retslægerådet har ved besvarelsen af spørgsmål 1-3, 5 og 7 vurderet, at den operation og den efterfølgende undersøgelse og behandling, som A gennemgik på hhv. Behandlingssted 1 og Behandlingssted 2

har levet op til almindelig anerkendt lægelig eller sundhedsfaglig standard. Retslægerådet har herunder ved besvarelsen af spørgsmål 16 vurderet, at der med mere end 50% sandsynlighed ikke var kliniske tegn på sepsis om morgenen den 26. november 2015. Ved besvarelsen af spørgsmål 20 har Retslægerådet anført, at Retslægerådets udtalelse er baseret på foreliggende journalmateriale, og at den vurdering, som overlæge 2 har afgivet til Styrelsen for Patientklager, og afgørelsen i forlængelse heraf fra Styrelsen for Patientklager ikke giver Retslægerådet anledning til at ændre besvarelsen af spørgsmål 3 og 4. Endelig har Retslægerådet anført – adspurgt, om man tidligere i forløbet burde have diagnosticeret den septiske tilstand – at der ingen sikre kliniske tegn var på sepsis, før man konstaterede plumret væske i drænet den 27. november 2015 om morgenen, hvilket førte til CT-skanning og umiddelbart derefter reoperation.

Overlæge 2 har i sin sagkyndige vurdering anført og under sin vidneforklaring angivet, hvilket Styrelsen for Patientklager i sin afgørelse har tilsluttet sig, at det ikke var i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard, at der gik cirka 8 timer mellem de lægelige tilsyn efter anlæggelsen af epidural kateter, og at der grundet symptomerne den 26. november 2015 kl. 22.10 burde have været mistænkt en septisk tilstand og have været reageret herpå.

Forskellen i Retslægerådets, Styrelsen for Patientklagers og overlæge 2's vurdering af, hvad der må anses for almindelig anerkendt lægefaglig standard, må anses for at angå spørgsmål af lægefaglig karakter. Retten finder af den grund, at Retslægerådets vurdering må lægges til grund.

Efter Retslægerådets svar og efter oplysningerne i sagen i øvrigt finder retten, at de undersøgelser og den behandling, som A gennemgik i forbindelse med, under og efter operationen for tarmkræft, var i overensstemmelse med, hvordan en erfaren specialist på området ville have handlet under de givne forhold. Det samme var den efterfølgende behandling på Behandlingssted 1 og ved genindlæggelsen på Behandlingssted 2.

Boet efter A har herefter ikke godtgjort, at A blev påført en erstatningsberettiget skade efter lovens § 20, stk. 1, nr. 1, ved den behandling og de undersøgelser, han modtog på Behandlingssted 1 og Behandlingssted 2.

#### *Erstatning efter § 20, stk. 1, nr. 4*

A var diagnosticeret og blev opereret for en meget alvorlig grundsygdom i form af kræft i endetarmen, som ubehandlet er dødelig. Efter Retslægerådets svar på spørgsmål 9 var kræftsygdommen ganske aggressiv

fra begyndelsen, idet der blev fundet spredning til lymfeknuder fra start og siden også til binyre.

Den komplikation, der opstod i form af lækage i sammensyningen af tarmenderne efter fjernelse af en del af tarmen (anastomoselækage), optræder efter Retslægerådets svar på spørgsmål 12 som en komplikation ved den pågældende operation med 10-15% hyppighed, hvoraf det i halvdelen af tilfældene kræver aktiv behandling. Den sepsis, der opstod i forlængelse af anastomoselækagen, var efter Retslægerådet svar på spørgsmål 11 en kendt og hændelig komplikation til anastomoselækagen, og har efter Retslægerådets vurdering ikke givet A varige gener. Retslægerådet har ved svaret på spørgsmål 12 oplyst, at det ikke er muligt konkret at oplyse, hvad den konkrete risiko var for, at A ville undergå det forløb, han konkret undergik.

Navnlig under hensyn til alvoren af den sygdom, som A blev behandlet for, sammenholdt med det af Retslægerådet anførte om hyppigheden af anastomoselækage og efterfølgende sepsis, finder retten, at Boet efter A ikke har godtgjort, at betingelserne for at yde erstatning efter lovens § 20, stk. 1, nr. 4, er opfyldt hvad angår anastomoselækagen og den tilstødende sepsis.

Ankenævnet for Patienterstatningen har i sin afgørelse fundet, om As tilbagefald af kræft og senere infektion med norovirus og clostridium-virus med overvejende sandsynlighed ikke er opstået som følge af hhv. manglende behandling med kemoterapi og behandlingen på Behandlingssted 2.

Boet efter A har ikke i påstandsdokumentet eller tidligere i skriftvekslingen anført anbringender til støtte for eller ført bevis for, at denne del af Ankenævnets afgørelse skal tilsidesættes.

På denne baggrund og efter en samlet vurdering finder retten herefter, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte afgørelsen fra Ankenævnet for Patienterstatningen om, at boet efter A ikke har ret til erstatning for den skade, der skete som følge af behandlingen af A.

Retten tager derfor Ankenævnet for Patienterstatningens påstand om frifindelse til følge.

### Sagsomkostninger

Ankenævnet for Patienterstatningen har fået medhold i sin principale påstand og har derfor vundet sagen. Efter sagens forløb, hvor der to gange har været stillet spørgsmål til Retslægerådet, og hvor Ankenævnet for Patienterstatningen

udover svarskrift har afgivet et yderligere processkrift og påstandsdokument, og efter sagens værdi, der er opgjort til 500.000 kr., er sagsomkostningerne fastsat til dækning af advokatudgift med i alt 65.000 kr. inkl. moms. Ankenævnet for Patienterstatningen er ikke momsregistreret.

**THI KENDES FOR RET:**

Ankenævnet for Patienterstatningen frifindes.

Boet efter A skal til Ankenævnet for Patienterstatningen inden 14 dage betale sagsomkostninger med 65.000 kr.

Sagsomkostningerne forrentes efter rentelovens § 8 a.



## Vejledning

---

Retten har afsagt dom i sagen.

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

### **Ikke alle afgørelser kan ankes eller kæres**

Dommen kan kun ankes, 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 omkostningsafgørelsen kun kæres, hvis du får tilladelse fra Procesbevillingsnævnet.

### **Frister for at anke og kære**

Fristen for at anke er 4 uger fra dommens afsigelse. 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 afsigelse. 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](https://minretssag.dk) ved at trykke på knappen "Opret appel" og derefter vælge "Anke" og følge vejledningen der. Hvis du vil kære omkostningsafgørelsen, skal du vælge "Kære" og følge vejledningen der.

Hvis du ønsker at søge tilladelse til anke eller kære hos Procesbevillingsnævnet, skal du indlevere din ansøgning til Procesbevillingsnævnet. Du kan ikke indle-

vere ansøgningen på [minretssag.dk](https://minretssag.dk). Du kan få mere vejledning om, hvordan du søger tilladelse hos Procesbevillingsnævnet på [domstol.dk](https://domstol.dk).

Du kan få mere vejledning blandt andet om retsafgift på [domstol.dk](https://domstol.dk).

Publiceret til portalen d. 27-09-2021 kl. 12:01

Modtagere: Sagsøgte Ankenævnet for Patienterstatning, Advokat (H) Jakob Fink, Advokat (L) Signe Berg, Sagsøger Boet efter A