



Udskrift af dombogen

DOM

Afsagt den 27. marts 2019 i sag nr. BS 2G-1310/2013:

A

mod
Ankenævnet for Patienterstatningen.

Sagens baggrund

A fik i 2011 påvist et aneurisme på en blodåre i hjernen. Hun blev informeret om, at et aneurisme kan observeres og vurderes ved periodiske kontroller eller fjernes ved et operativt indgreb. Den 5. december 2011 blev hun opereret med henblik på fjernelse af aneurismet. Under operationen bristede aneurismet med blødning til følge. Blødningen blev standset, men der blev efter operationen påvist lammelser hos A

Der er enighed om, at lammelserne var en følge af blødningen, der opstod under operationen. Der er samtidig enighed om, at operationen som sådan blev udført i overensstemmelse med specialistreglen.

Sagen angår herefter, om det var i overensstemmelse med lov om klage- og erstatningsadgang i sundhedsvæsenet § 20, stk. 1, nr. 1, specialistreglen, at A blev opereret i stedet for at blive observeret over tid.

Sagen angår i anden række, om skaden i medfør af KEL § 20, stk. 1, nr. 3, kan anerkendes som en behandlingsskade på grundlag af et facitræsonnement.

Påstande

A har nedlagt påstand om, at Ankenævnet for Patienterstatningen tilpligtes at anerkende, at A ved operation den 5. december 2011 blev påført en patientskade, der berettiger til erstatning, jf. lov om klage og patientansvar, således at sagen hjemvises til fornyet behandling ved Ankenævnet for Patienterstatningen med henblik på fastsættelse af den nøjagtige størrelse af erstatnings- og godtgørelseskravet.

Ankenævnet for Patienterstatningen har nedlagt påstand om frifindelse.

Oplysningerne i sagen

Journaloplysninger

"05.09.2011 09:15 Indledende vurdering Læge ...

Udredning via neurologisk afd. i Sygehus 1 Man fandt der forandringer ved MR forenelig med apopleksi, men svimmelheden forværredes og det viste sig senere at denne var otogen betinget. Beh. med god effekt hos ørelæge.

MR med angiografi 20.06.11 er der påvist et mindre ve. media aneurisme sv.t. første delingssted. Aneurismet er 4-5 mm i diameter og peger opad lateralt.

Man har fra Sygehus 1 neurologiske afdeling sagt til pt. at hun ikke må blive vred eller dyrke sport på baggrund af aneurismet, men heruover er der ingen forholdsregler. Hun er i antitrombotisk behandling.

...

Gennemgår aneurismesygdom for pt., og omtaler forebyggende beh. metoder mod blødning, men understreger overfor pt. at det påviste aneurisme er så lille, at man som udgangspunkt ikke nødvendigvis behøver at have dette behandlet. Herfra anbefales i første omgang en CT-angiografi for at få lidt mere præcise oplysninger om aneurismets form og derved bedre at kan vælge evt. forebyggende beh. metode. Dette er pt. fuldt ud indstillet på. Hun anbefales i øvr. fuldstændig normal livsførelse uden hensyn til det påviste aneurisme.

...."

"15.11.2011 12:45 B Notat Læge ...

Pt. orienteres om det lille medianeurisme, der ikke er egnet til coilbehandling, men kan behandles kirurgisk, hvis man vælger forebyggende behandling. Aneurismet har imidlertid en størrelse, hvor vi normalt anbefaler konservativ strategi og kontrollerer det ved ny arteriografi, fx efter et år, for at se om det er noget, der vokser. Pt. giver udtryk for at, at hun er meget nervøs ved tanken om, at der er et aneurisme, der kan bryde. Hun har tidligere af neurolog fået at vide, at hun ikke må anstrenge sig eller hidse sig op og hun tænker hver eneste dag på forekomsten af dette aneurisme. På denne baggrund findes det bestemt rimeligt at foretage forebyggende operation, så pt. kan få fred i sindet, hvad dette angår.

Hun orienteres om operationen samt risici i form af infektion, blødning og skade på hjernens kar med deraf lammelse i højre side, samt evt. talebesvær, men er også informeret om at risikoen for disse komplikationer er lille.

Booket til operation snarest muligt."

Operationen fandt sted den 5. december 2011, og der blev i dagene herefter påvist lammelser hos ^A Hun ansøgte om erstatning i Patientforsikringen og der blev i den anledning afgivet udtalelse af 7. februar 2012 fra en behandlende afdeling:

" ...

Aneurismets størrelse gjorde, at man umiddelbart godt kunne se det an konservativt og blot følg aneurismet. Imidlertid var patienten meget nervøs ved tanke om denne udposning på pulsåren og havde et stort behandlingsønske. Aneurismet blev vurderet ved neurovaskulær konference og der var enighed om, at aneurismet ikke var velegnet til endovaskulær behandling. Kirurgisk behandling var imidlertid en mulighed. Denne behandlingsstrategi blev derfor valgt."

Afdelingen afgav endvidere den 7. marts 2012 følgende udtalelse:

"Patientforsikringen har anmodet om sygehusets bemærkninger til hændelsesforløbet. I den forbindelse bemærkes det, at komplikationen i form af ruptur af et i øvrigt koldt, dvs. ikke-rumperet aneurisme, er velkendt i forbindelse med kirurgisk behandling under fridissktion af dette. Der tilkom imidlertid ikke nogen større blødning og det var nemt at stoppe blødningen ved at sætte temporære clips på arteria cerebri medias hovedstamme i ganske kort tid. 3 minutter i den forbindelse regnes som normalt værende inden for den tålelige grænse.

Det er ligeledes velkendt, at der ved kirurgi på hjernens blodkar kan komme skade på disse. Risikoen er imidlertid lille, af størrelsesordenen 2%-5%. Patienten var forud for indgrebet orienteret om denne risiko, se venligst journalnotat fra 15. november 2011."

Patientforsikringens afgørelse

Patientforsikringen traf den 24. maj 2012 afgørelse om, at ^A ikke var berettiget til erstatning. Patientforsikringen henviste til, at betingelserne i KEL § 20, stk. 1, nr. 1-4, ikke var opfyldte.

Lægefaglig udtalelse

^A indbragte sagen for Patientskadeankenævnet. Til brug for behandlingen af sagen indhentede ankenævnet en udtalelse fra en lægekonsulent, der er overlæge, dr.med. og speciallæge i neurokirurgi. Af udtalelsen af 13. februar 2013 fremgår bl.a.:

"

^A fik påvist en 4-5 mm stort aneurisme (udposning) på et af hjernens blodkar i foråret 2011 og fik senere foretaget operativ behandling med

aflukning af aneursimet. Som følge af indgrebet kom der infarkt i hjernen medførende lammelse i højre side af kroppen.

Det væsentligste punkt i vurderingen er om det var efter bedste standard at tilbyde behandlingen og blev den udført efter bedste standard, og var den indtrådte komplikation sjælden og alvorlig.

...

Lægelig vurdering

Den operative behandling af non-rumperede aneurismer er en kendt og udbredt behandlingsmetode, der ikke kan betegnes som lille indgreb. Det drejer sig om åbning af kraniet med frilægning, ved dissektion under mikroskop, af blodkar på hjernens underside, samt frilægning af en udposning på hjernens blodkar. En sådan udposning har som udgangspunkt en tynd væg, hvilket netop er baggrunden for at der spontant kan gå hul på udposningen, medførende hjernehindeblødning.

I den danske Klaringsrapport (reference program) nr 6, fra 1999, udgivet af Dansk Neurokirurgisk Selskab angives, at den årlige blødning af aneurismer er omkring 2%, og dødeligheden efter blødning er høj. Da risikoen for komplikationer ved operativ behandling er lav (0-6%) anbefales behandling.

Talrige studier har forsøgt at vurdere blødningsrisikoen og der er alment accepteret enighed om, at risikoen kan relateres til aneurismets størrelse, form og lokalisation. De mindre aneurismer, primært fra 7 mm og nedefter har en lille risiko for at bløde. I et større japansk studie offentliggjort i 2012 har aneurismer på 5-6 mm en årlig blødningsrisiko på 0,5% og 3-4 mm på 0,36%. Selvom risikoen er lille er det kun meget små aneurismer hvor risikoen nærmer sig nul. Man kan således ikke sige at ^A havde et aneurisme der ikke ville bløde, kun at risikoen ikke var stor. Ud fra dette forhold er det forståeligt at ^A var utryk ved at gå rundt med et ubehandlet aneurisme, og forståeligt at hun valgte behandling da hun opfattede risikoen ved behandlingen som beskeden.

Da det er en profylaktisk behandling - nemlig forebyggelse af en blødning med alvorlige følger - at operere mod et aneurisme der ikke har blødt, er det afgørende for patienten at lægen giver en grundig information om behandlingsrisiko overfor risikoen ved at gå med et ikke behandlet aneurisme. Det er også vigtigt i den endelige beslutning at acceptere at der kan være psykiske faktorer der spiller ind, nemlig om patienten accepterer at gå rundt med en lille risiko. Der kan således ikke opstilles absolutte grænser for hvornår behandling kan tilbydes.

...

Det må således ud fra litteraturen samt anbefalinger i danske neurologiske kredse anses for efter bedste standard at tilbyde operativ behandling af erkendte non-rumperede aneurismer af en vis størrelse. Det aktuelle aneurisme

havde en vis størrelse som gjorde at der var en reel risiko for blødning. Det havde dog også været efter bedste standard at tilbyde løbende kontroller mhp om det voksede, og hvis dette var tilfældet da at tilbyde behandling. Den sidste strategi kan dog være psykisk belastende da patienterne går og spekulerer på om aneurismen vokser, og om man nu kan være sikker på at det ikke springer.

Det forhold gør at det er efter bedste standard at tilbyde behandling såfremt patienten efter relevant information ønsker behandling.

Informationen i aktuelle tilfælde lever op til bedste standard, og det var således efter bedste standard at tilbyde operationen.

Operationen er ligeledes udført efter bedste standard. ...

Som de fremgår er der risikoen for at udvikle infarkter, med symptomer, efterfølgende en kendt komplikation med en hyppighed på over 2%. En sådan risiko må opfattes som beskeden i forhold til den årlige risiko for blødning fra et ubehandlet aneurisme, og specielt når der tages højde for en dødelighed på omkring 30-35% efter blødning fra aneurisme (subarachnoidal blødning - hjernehindeblødning). Denne alvorlige tilstand er gennemgået i "Nationale tværfaglige kliniske retningslinier for patienter med subarachnoidal blødning (2007)", udarbejdet på foranledning af de danske neurokirurgiske afdelingsledelser.

Uanset at ^A har oplevet en alvorlig komplikation skal dette ses i forhold til grundsygdommens alvor, og den til denne grundsygdom knyttede nødvendige behandling med kendte komplikationer. Det skal også bemærkes at omfanget af de gener ^A har ikke er udover hvad der normalt ses når der kommer komplikationer.

Konklusion

Da behandlingen i form af operation d. 05. december 2011 har levet op til bedste standard, og da den indtrådte komplikation ikke er sjælden i løbet af livet, kan jeg tilslutte mig Patientforsikringens afgørelse af 24. maj 2012. "

Patienteskadeankenævnets afgørelse

Patienteskadeankenævnet tiltrådte den 21. marts 2013 afgørelsen fra Patientforsikringen. De hed bl.a. i ankenævnets afgørelse:

"....

Begrundelse og resultat:

...

Det er således nævnets vurdering, at der var grundlag for operationen, idet de havde fået konstateret en ca. 4-5 mm stor udposning (aneurisme) på et af

hjernens blodkar, som medførte blødningsrisiko med risiko for betydelig hjerne-skade eller død. Nævnet finder endvidere, at operationen blev udført med korrekt teknik og metode. Nævnet skal hertil bemærke, at man ved en operation af denne type åbner kraniet og frilægger blodkar på hjernens underside samt frilægger udposningen på hjernens blodkar, med deraf følgende risiko for lammelse og afasi.

Det er på denne baggrund nævnets vurdering, at den opståede skade i form af højresidig lammelse og afasi efter operation med aflukning af aneurisme er en hændelig komplikation, der kan indtræde selv ved behandling med erfaren specialiststandard.

...

For så vidt angår deres bemærkning om, at De på intet tidspunkt er blevet informeret om, at der var risiko for lammelse og afasi ved det pågældende indgreb, kan det generelt oplyses, at Patientskadeankenævnet kun tager stilling til, om et givet behandlingsforløb berettiger til erstatning. Det betyder, at klager over sundhedspersonalets faglige virksomhed, herunder klager over manglende indformation forud for et behandlingsforløb, skal indgives til Patientombuddets klagecenter.

...

...."

Udtalelser fra Retslægerådet

Af udtalelse fra Retslægerådet den 7. september 2015 fremgår :

"Spørgsmål 1:

Det fremgår af sagen, at sagsøgeren havde et aneurisme i størrelsen 4-5 mm. placeret således, at det vanskeliggjorde coilbehandling.

Det bedes oplyst, hvor hyppigt aneurismer af denne størrelse kan antages at ville bryde. Frekvensen bedes så vidt muligt oplyst i procent pr. år.

Et intrakranielt sakkulat aneurisme i størrelsesorden 4-5 mm har generelt en lav, årlig blødningsrisiko på mindre end ½ % per år. Flere forhold kan dog påvirke denne blødningsrisiko, og i det aktuelle tilfælde er det Retslægerådets skøn, at specielt aneurismets morfologi gør dette aneurisme lidt mere ustabilt.

Spørgsmål 2:

Det bedes oplyst, hvor hyppigt aneurismer af den anførte størrelse kan forventes at bryde i forbindelse med operativt indgreb for fjernelse af aneurismet.

Ved intrakranielle aneurismer, der ikke tidligere har blødt, er bristning af aneurismet ved operativ behandling en relativt sjælden komplikation, der indtræder hos mindre end 10 % af de opererede patienter.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet bedes oplyse, hvor hyppigt bristning af et aneurisme af den anførte størrelse i forbindelse med et operativt indgreb medfører halvsidige lammelser svarende til de skader, der er påført sagsøgeren.

Ved operation for aneurismer, der ikke tidligere har blødt, må man regne med varige følger i form af neurologiske skader hos 5-10 % af de opererede, og dødeligheden 1-2 %.

Det forhold, at aneurismet brister i forbindelse med den operative procedure øger risikoen for neurologiske skader i en mindre grad.

Spørgsmål 4:

Retslægerådet bedes oplyse, om operationen den 5. december 2011, på baggrund af risikoen for svær skade sammenholdt med risikoen for spontan bristning, kunne anses for velindiceret.

Hvis man alene forholder sig til risikoen for svær skade ved operativt indgreb kontra risikoen for en spontan bristning af et aneurisme på 4-5 mm, vil operationsindikationen være relativ. Sagsøgers behandlingsønske, efter hun var informeret om de risici, der var ved indgrebet, gør at operativ behandling i dette tilfælde findes velindiceret.

Spørgsmål 5:

Det bedes oplyst, om operationen i øvrigt er foretaget i overensstemmelse med anerkendt lægefaglig standard.

Operationen er foretaget med den teknik, der sædvanligvis anvendes ved et aneurisme med denne lokalisation. Der er yderligere draget omsorg for, at de afgående kar fra aneurismet var åbne, efter at clippen blev påsat. Operationen er således foretaget i overensstemmelse med alment anerkendt lægefaglig standard.

Spørgsmål 6:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Spørgsmål A:

I forlængelse af spørgsmål 4 bedes Retslægerådet oplyse, om Retslægerådet tillægger det betydning, og i givet fald hvilken, at ^A var meget påvirket af bevissheden om aneurismet og muligheden for, at det kunne briste, jf. bl.a. journalnotat af 15. november 2011 (bilag 4a).

Det styrker indikationen for operation, at sagsøger er meget påvirket af bevidstheden om aneurismets blødningstendens.

Spørgsmål B:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej."

Af udtalelse fra Retslægerådet den 9. november 2016 fremgår :

"Spørgsmål 7:

Ved rådets besvarelse af spørgsmål 4 oplyser rådet, at operationsindikationen vil være "relativ".

Rådet bedes nærmere uddybe, hvad rådet mener med, at operationsindikationen er "relativ".

Retslægerådet finder, at alle operationsindikationerne i princippet er "relative", idet de forholder sig relativt til fordel(e) kontra risici ved indgrebet (eller sygdomsudviklingen, såfremt det kirurgiske indgreb ikke bliver udført).

I denne sag menes der, at operationsindikationen var relativt svag rent statistisk, idet man sammenlignede en lille sandsynlighed for svær skade ved indgrebet med en lille risiko for spontan bristning af aneurysmet (det vil sige aneurysmets naturlige udvikling ubehandlet).

Spørgsmål 8:

Retslægerådet bedes oplyse, om det i en sag som denne (med tilsvarende risiko for svær skade sammenholdt med risikoen for spontan bristning) vil være i overensstemmelse med anerkendt lægefaglig standard at anbefale konservativ behandling frem for kirurgisk indgreb?

Retslægerådet finder, at det er i overensstemmelse med alment anerkendt lægefaglig standard at anbefale konservativ behandling i en sag som denne. Under henvisning til besvarelsen af spørgsmål 7 finder Retslægerådet ligeledes, at det er i overensstemmelse med alment anerkendt lægefaglig standard at behandle operativt, idet operationsindikationen er relativ.

Spørgsmål 9:

Rådet bedes i øvrigt ved en alternativ besvarelse af spørgsmål 4 (jf. tidligere spørgetema) helt undlade at tillægge det vægt, at sagsøger af hospitalet oplyses at have haft et stærkt behandlingsønske (i form af operation) tilsyneladende også efter hun skulle være informeret om de risici, der var ved indgrebet. Det bemærkes herunder, at parterne, som det fremgår af stævning og svarskrift, er ganske uenige om hospitalets orientering og vejledning om risici, herunder i særdeleshed risici ved operation set i forhold til risici ved konservativ behandling.

Efter Retslægerådets opfattelse fremgår det af journalmaterialet i notat af 15.11.11 fra Neurokirurgisk Klinik ved ^{Læge 1} at der blev givet balanceret information, hvad angår indikationen for operation af aneurysmet, idet man anså "konservativ" behandling (det vil sige ingen operation) for at være en acceptabel løsning. Sagsøger var imidlertid nervøs ved tanken om bristning, hvorfor operationen fandtes indiceret.

Retslægerådet finder derfor, i henhold til journalmaterialet, at Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 4 er dækkende for hvilke præmisser, der lå til grund for operationsindikationen.

Spørgsmål 10:

Retslægerådet oplyser ved besvarelse af tidligere stillet spørgsmål 4, at operation grundet sagsøgers behandlingsønske var velindiceret. Retslægerådet bedes dog oplyse, om konservativ behandling af et aneurisme, svarende til aneurismet i nærværende sag, ud fra et medicinsk synspunkt er mindst lige så effektiv behandling af tilstanden/sygdommen, som det valgte kirurgiske indgreb?

Retslægerådet finder, jævnfør besvarelsen af spørgsmål 8, at "konservativ" behandling af aneurysmet er en acceptabel strategi for aneurysmer, som i den aktuelle sag.

Spørgsmål 11:

Retslægerådet bedes oplyse, om der i det lægelige materiale er noget tegn på vækst af aneurismet i perioden fra første diagnosticering til operationen?

Der er ifølge det foreliggende journalmateriale, herunder røntgenbegrivelser, ikke tegn på, at aneurysmet voksede i perioden indtil operationen.

Spørgsmål C:

Fører besvarelsen af spørgsmål 11 til en ændret besvarelse af spørgsmål 4?

Besvarelsen af spørgsmål 11 fører ikke til en ændret besvarelse af spørgsmål 4, idet vækst af aneurysmet ikke indgik i præmisserne for operationsindikationen.

Spørgsmål 12:

Retslægerådet bedes oplyse, om der er i det lægelige materiale er nogen oplysninger om gener fra aneurismet før operation?

I givet fald bedes generne beskrevet.

Retslægerådet finder ikke, at der er oplysninger i journalmaterialet, der tyder på (fysiske) gener fra aneurysmet."

Af udtalelse fra Retslægerådet den 3. september 2018 fremgår :

Spørgsmål 13:

Retslægerådet bedes oplyse, om det i en sag som denne (med tilsvarende risiko for spontan bristning) var i overensstemmelse med anerkendt lægefaglig viden og erfaring i 2011 at fraråde fysisk anstrengelse og/eller ophidselse for at modvirke risikoen for spontan bristning i forbindelse med et konservativt behandlingsforløb?

Retslægerådet kan oplyse, at det også i 2011 var alment lægefagligt anerkendt, at fysisk anstrengelse og/eller ophidselse medfører blodtryksforhøjelse, som i en given situation kan medføre bristning af et intrakranielt aneurisme, idet en svag aneurismevæg kan give efter for trykforhøjelsen, hvorfor det er i overensstemmelse med alment anerkendt faglig viden og erfaring at fraråde aktiviteter, som medfører anstrengelse og/eller ophidselse.

Spørgsmål 14:

Retslægerådet bedes oplyse, om det i en sag som denne (med tilsvarende risiko for spontan bristning) er statistisk overvejende sandsynligt (dvs. mere end 50% sandsynlighed), at et lignende aneurisme – under konservativ behandling – ikke brister spontant inden for hhv. 5 år, 10 år og 20 år?

Retslægerådet kan oplyse, at den statistiske sandsynlighed for bristning af et aneurisme afhænger af mange forskellige faktorer, blandt andet dets form og størrelse samt hvilken intrakraniell pulsåre, som det udgår fra. Forhold som alder, køn, etnicitet og visse øvrige sygdomme er også væsentlige faktorer. Statistiske vurderinger af enkeltindivider er derfor forbundet med usikkerheder. Retslægerådet henviser endvidere til tidligere besvarelse af spørgsmål 1 af 07.09.2015, hvor det oplyses, at et intrakranielt sakkulat aneurisme i størrelsesorden 4 til 5 mm har en generel lav årlig blødningsrisiko på mindre end en ½ % per år.

Ud fra de opstillede kriterier, hvor der spørges til sandsynligheden for, at et sådant aneurisme ikke brister spontant indenfor henholdsvis 5, 10 og 20 år, kan Retslægerådet med baggrund i en eksponentiel sandsynlighedsberegning oplyse, at sandsynligheden for en aneurisme-bristning i den givne tidsperiode er mindre end 50 %."

Forklaring

^A har forklaret, at hun havde et dejligt liv før operationen. Hun havde et godt arbejde, to dejlige børn og et fint hus. En morgen oplevede

hun et kraftigt svimmelhedsanfald. Hun måtte tage fat i faste holdepunkter for at undgå at falde. Hun ringede til sin læge, der fik hende indlagt på mistanke om blodprop. Under indlæggelsen fik hun det bedre. Hun blev scannet, og det blev udelukket, at der var tale om en blodprop. Der blev ved scanningen fundet en øresten, som ansås at udgjorde årsagen til svimmelheden. Der blev endvidere fundet en aneurisme, Hun var til samtale hos en overlæge på Sygehus 1 der rådede hende til at undgå fysisk aktivitet og ophidselse, og at opføre med zumbadans, som hun dyrkede to gange om ugen. Han sagde, at der kunne være risiko for, at aneurismet bristede, men nævnte ikke noget om sandsynligheden herfor. Han henviste hende til Sygehus 2 så hun kunne blive set af specialister. På Sygehus 2 blev hun scannet igen. Hun talte med en overlæge, der sagde, at hun kunne føre et normalt liv. Han sagde også, at aneurismen kunne opereres væk, da det sad meget yderligt. Det ville være med en teknik, hvor der blev sat en clip på aneurisemet, som derefter tørrede væk. Han sagde endvidere, at de også kunne lade være med at operere og i stedet observere forholdene f.x. én gang årligt, og hvis aneurismet voksede kunne de overveje operation igen. Han oplyste, at operation udgjorde et forholdsvis enkelt forløb med operation mandag, udskrivning fredag, en mnånedes sygemeleding og derefter genoptagelse af arbejde. Hun sagde, at hun var nervøs for operation, men overlægen pegede på en sygeplejerske, der gik forbi ude på gangen, og sagde at hun havde fået lavet det samme indgreb. Overlægen sagde dog også, at indgrebet ville ske i totalbedøvelse, og der altid var en risiko ved en operation. Hun blev derefter indstillet til opration. Hun kom ind en søndag aften og fik egen stue. Ved spisetid gik hun ud i opholdsrummet for at hente aftensmad. Der sad en række patienter med slanger og andet udstyr koblet på sig. Patienterne sad i kørestole. Hun gik straks tilbage til sin stue. En sygeplejerske kom ind og spurgte hvad der var galt. Hun sagde, at hun ikke ville ende som de andre patienter. Sygeplejersken beroligede hende, og hun blev på hospitalet til næste morgen, hvor hun talte med den overlæge, som hun tidligere havde talt med om operation. Hun sagde, at hun var bange for operationen. Han tog hendes hånd og sagde, at hun ikke skulle være nervøs, og at det ikke var sandsynligt, at der ville ske en skade. Derefter sagde hun desværre ja til operationen. Hun vidste ikke, hvad der blev skrevet i journalen. Hvis hun havde hørt de oplysninger, der fremgår af journalen, havde hun ikke sagt ja til operation.

Parternes synspunkter

Sagsøgeren

A har i påstandsdokument af 13. februar 2019 gjort følgende gældende:

"Ad KEL § 20, stk. 1, nr. 1:

Til støtte for påstanden gøres det principalt gældende, at skaden i form af he-

miparese og ansigtslammelser med overvejende sandsynlighed er forvoldt som følge af suboptimal behandling i strid med specialistreglen i KEL, § 20, stk. 1, nr. 1.

Standpunktet støttes på, at kirurgisk intervention burde være fravalgt, og at man i stedet burde have ydet konservativ behandling. Der er i øvrigt enighed om, at selve operationen isoleret set blev foretaget i overensstemmelse med anerkendt lægefaglig standard, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 5.

Det fastholdes imidlertid, at man udtrykkeligt burde have frarådet kirurgi og anbefalet konservativ behandling på grund af den signifikant bedre risikoprofil.

Sagsøger fastholder, at hun ikke i forbindelse med det kirurgiske indgreb blev præsenteret for de nu tilvejebragte helt afgørende oplysninger om den relative risiko (hvor risikoen for spontan bristning sammenholdes med risikoen for alvorlige operationsfølger), og at disse oplysninger naturligt ville have haft afgørende indflydelse på hendes stillingtagen, således at hun på relevant og oplyst grundlag naturligt ville have foretrukket og valgt konservativ behandling fremfor kirurgisk indgreb.

Det bemærkes i øvrigt, at sagsøger ikke kunne forlange kirurgisk indgreb og heller ikke ”forlangte” kirurgisk indgreb, men at hun på baggrund af helt utilstrækkelige risikooplysninger accepterede kirurgisk indgreb som den bedste tilbudte behandlingsmulighed.

Det bestrides, at operativt indgreb var ”velindiceret” med henvisning til sagsøgers ventilerede bekymring for spontan bristning (under konservativ behandling), jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 9, når der, jf. journalmaterialet, ikke samtidig blev ydet relevante og konkretiserede oplysninger om risikoen ved konservativ behandling set i forhold til risikoen ved kirurgisk indgreb.

Det fastholdes modsat, at foretagelse af kirurgisk indgreb konkret var i strid med bedste specialiststandard, når operationsindikationen – jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 9 – fejlagtigt støttes på sagsøgers bekymring for spontan bristning.

Sagsøgers bekymring for spontan bristning havde ikke været til stede i relevant (eller relativt) omfang, hvis sagsøger havde fået rådgivning om, at operationsrisikoen var langt mere manifest end risikoen for spontan bristning, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 2, 3 og 14.

Ad KEL § 20, stk. 1, nr. 3:

Det gøres subsidiært gældende, at patientskaden med overvejende sandsynlighed kunne være undgået ud fra en efterfølgende vurdering ved konservativ

behandling, hvilket ud fra et medicinsk synspunkt ville have været lige så effektivt til behandling af patientens sygdom som det valgte mere indgribende kirurgiske indgreb, jf. KEL § 20, stk. 1, nr. 3.

Betingelserne for erstatning er følgende:

- (1) patienten kunne være blevet behandlet med en anden teknik eller metode, som faktisk stod til rådighed i den givne situation;
- (2) denne teknik eller metode ville ud fra en medicinsk (forhånds)-vurdering have været lige så effektiv til behandling af sygdom som den faktisk valgte teknik eller metode;
- (3) hvis den anden teknik eller metode var blevet valgt, ville skaden – med overvejende sandsynlighed (51%) – være blevet undgået.

Med Retslægerådets besvarelser er det dokumenteret, at skaden med overvejende sandsynlighed ville være undgået ud fra en efterfølgende vurdering ved hjælp af ligeværdig (konservativ) behandling, der ville have været mindst lige så effektiv til behandling af patientens aneurisme som det valgte kirurgiske indgreb.

Samtlige betingelser for anerkendelse efter KEL § 20, stk. 1, nr. 3, er derfor opfyldt.

Sagsøger bestrider, som anført i skrivelse af 6. januar 2017, Patientskadeankenævnets opfattelse, hvorefter vurderingen af, om to forskellige behandlingsformer er ligeværdige, skulle være afgørende påvirket af, om patienten var ”bekymret” ved alternativet konservativ behandling. Det gøres gældende, at sagsøger var ligeligt bekymret også for at skulle opereres, og at hun som anført i stævningen i tiden op til operationen oplevede, at hendes bekymring om risici blev negligeret af det sundhedspersonale, som var tilgængeligt for rådgivning. Ingen oplyste hende om den relative risiko, blot at risikoen ved operation var lav. Operationen fjernede således heller ikke hendes bekymring, men påførte hende derimod den skade, som hun var bekymret for.

Sagsøger bestrider endvidere Patientskadeankenævnets tilsyneladende opfattelse, hvorefter sagsøgers ”valg” eller accept af kirurgisk indgreb, når operatøren oplyste, at operation var indiceret, skulle udelukke anerkendelse af skade, jf. KEL § 20, stk. 1, nr. 3.

Det gøres videre gældende, at det med Retslægerådets besvarelser er dokumenteret, at konservativ behandling var mere effektiv med en langt sikrere risikoprofil for spontan bristning svarende til 0,5% pr. år mod konkret operationsrisiko på op til 10%.

Retslægerådets besvarelser af spørgsmål 7-10 og 14 bekræfter efter sagsøgers opfattelse, at konservativ behandling ud fra en retrospektiv betragtning var fuldt ud ligeværdig med operativt indgreb i bestemmelsens forstand og relativt set mere effektiv.

Anerkendelse efter bestemmelsen (KEL § 20, stk. 1, nr. 3) er udtryk for et efterfølgende facitræsonnement. Skaden, der bør anerkendes, er således udslag af et *valg*, der er truffet ved iværksættelse af det kirurgiske indgreb, og så selv om valget ikke isoleret set kan kritiseres, *kunne* der være truffet et andet valg, som – viser det sig efterfølgende – ville have været bedre for denne patient, jf. hertil v. Patientforsikring, s. 136 nederst."

Sagsøgte

Ankenævnet for Patientforsikringen har i påstandsdokument af 13. februar 2019 gjort følgende gældende:

"Overordnede anbringender

Der gøres overordnet gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte Ankenævnets afgørelse af 21. marts 2013 (bilag 2), hvorved Ankenævnet fandt, at ^A ikke var blevet påført en patientskade omfattet af klage- og erstatningsloven. Ankenævnet stadfæstede således Patienterstatningens afgørelse af 24. maj 2012 (bilag 1), hvis begrundelse Ankenævnet, suppleret med en række bemærkninger, tiltrådte.

Det må ved bevisbedømmelsen tages i betragtning, at Ankenævnet grundet sin sammensætning, der bl.a. omfatter medlemmer med lægevidenskabelig baggrund, brugen af specialkonsulenter ved afgørelserne og gennem behandling af et stort antal sager, besidder en særlig erfaring i at bedømme sager efter klage- og erstatningsansvarsloven, og at der derfor skal være et sikkert grundlag for at tilsidesætte afgørelsen.

Bevisbyrden for at der grundlag for at tilsidesætte Ankenævnets afgørelse, og at betingelserne i klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1-4 er opfyldt, påhviler ^A. Denne bevisbyrde har ^A ikke løftet. Retslægerådets udtalelser af 7. september 2015 (bilag A), 29. november 2016 (bilag B) samt 3. september 2018 støtter i det hele Ankenævnets vurdering.

Ad klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1

Ankenævnet har med rette vurderet, at en erfaren specialist på det pågældende område med overvejende sandsynlighed, under de i øvrigt givne omstændigheder, ikke ville have handlet anderledes ved behandlingen på Sygehus 2 den 5. december 2011, jf. KEL § 20, stk. 1, nr. 1.

^A havde fået påvist et aneurisme på ca. 4-5 mm på et blodkar i hjernen, og der forelå derfor en risiko for, at aneurismet kunne briste og medføre en hjernehindeblødning, hvilket er forbundet med betydelig dødelighed og stor risiko for følgeskader.

Retslægerådet har i svaret på spørgsmål 4 oplyst, at operationsindikationen

ved et aneurisme på ca. 4-5 mm er relativ, men at operationen i det konkrete tilfælde, som følge af A's eget behandlingsønske, var velindiceret. Retslægerådet har i svarene på spørgsmål 7 og 8 uddybet, at "relativ operationsindikation" hverken indebærer, at der blev begået fejl eller fejl-skøn ved at foretage operation frem for konservativ behandling. Retslægerådet har i svaret på spørgsmål 9 bekræftet svaret på spørgsmål 4.

Indgrebet blev derudover udført i overensstemmelse med almindelige anerkendte retningslinjer, jf. også Retslægerådets svar på spørgsmål 5, hvilket der i øvrigt er enighed om.

At A 3½ år efter sagens anlæg i februar 2017, har anført at hun ikke modtog information om henholdsvis risiciene ved at se tiden an kontra operation, kan ikke føre til en tilsidesættelse af Ankenævnets afgørelse, og det bestrides, at hun ikke var bekendt med aneurismets blødningstendens eller risici ved behandlingen.

Det fremgår ordret af journalnotatet fra Sygehus 1 af 15. november 2011 (bilag 4, side 4), at A var meget påvirket af aneurismets blødningstendens, hvorfor det ikke kan lægges til grund, at hun var ubekendt hermed. Af samme journalnotat fremgår videre eksplicit, at hun blev orienteret om, at aneurismet havde en størrelse, hvor neurokirurgisk klinik normalt anbefalede konservativ behandling, jf. også notat af 5. september 2011 (bilag 4, side 5). Af førstnævnte journalnotat fremgår også, at hun blev orienteret om risiciene ved et eventuelt operativt indgreb.

Retslægerådet har i svaret på spørgsmål 9 da også udtrykkeligt anført, at der efter Retslægerådets opfattelse blev givet balanceret information vedrørende risici m.v., under henvisning til netop journalnotatet af 15. november 2011, hvori oplyses, at man anså "konservativ" behandling (dvs. ingen operation) for en acceptabel løsning m.v. Retslægerådet henviser videre til, at A imidlertid var nervøs ved tanken om bristning, hvorfor operationen fandtes velindiceret.

Ad klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 3

Det bestrides, at klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 3, finder anvendelse på en sag som den nærværende, hvor der ikke er tale om valget mellem to behandlingsmuligheder, men valget om at gøre noget (operere) henholdsvis ikke at gøre noget (se tiden an).

Parterne er enige om, at det at se tiden an i A's tilfælde er omtalt "konservativ behandling", men der er ikke af denne årsag tale om nogen behandlingsform eller teknik i lovens § 20, stk. 1, nr. 3's forstand, jf. også Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 9, hvoraf det fremgår, at "konservativ behandling" vil sige ingen operation.

Lovens § 20, stk. 1, nr. 3, er ikke en objektiv forsikringsdækning, der sætter

ind, når en patient selv har fravalgt en anbefaling om at se tiden an, og i stedet har valgt en operation, netop med henblik på at eliminere risikoen for det, der kunne indtræde, hvis man i stedet så tiden an.

Måtte retten finde, at valget mellem ikke at gøre noget og operation i den konkrete sag er et forhold omfattet af lovens § 20, stk. 1, nr. 3, gælder som anført af Retslægerådet, at operationen var velindiceret, idet den – i modsætning til ikke at gøre noget – kunne afhjælpe ^{A's} bekymring for en bristning af anurismet. De to ”metoder” var i den henseende notorisk ikke ligeværdige, hvilket netop begrundede ^{A's} valg.”

Rettens begrundelse og afgørelse

Var valget af operation i overensstemmelse med specialistreglen?

Efter KEL § 20, stk. 1, nr. 1, ydes erstatning, hvis skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt ved, at det må antages, at en erfaren specialist på området under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes, hvorved skaden ville have været undgået. Der er under sagen enighed om, at operationen som sådan blev udført i overensstemmelse med den krævede specialiststandard. Spørgsmålet er herefter om valget af operation levede op til specialiststandard.

Det fremgår af journalnotat af 15. november 2011, at ^A blev orienteret om, at man i et tilfælde, hvor der forelå et aneurisme af den i sagen foreliggende størrelse, normalt anbefaler konservativ strategi med årlige kontroller og vurdering af om aneurismet er vokset. Det fremgår endvidere, at ^A blev orienteret om de risici som en operation indebar, herunder infektion, blødning og skade på hjernens kar med deraf følgende lammelser i højre side samt muligt talebesvær. Det fremgår endelig, at hun blev orienteret om, at risikoen for de angivne komplikationer var lille.

Retslægerådet har i udtalelse af 7. september 2015 som svar på spørgsmål 1 oplyst, at blødningsrisikoen for et aneurisme af størrelsen 4-5 mm er mindre end ½ % pr. år. Rådet har samtidig skønnet, at det foreliggende aneurisme efter sit morfologi gør det lidt mere ustabilt. Som svar på spørgsmål 3 har rådet oplyst, at man ved operation for aneurismer af den omhandlede størrelse, der ikke tidligere har blødt må regne med varige følger i form af neurologiske skader hos 5-10 % af de opererede. Som svar på spørgsmål 4 har rådet svaret, at operation var velindiceret, idet rådet har sammenholdt de angivne risici med den omstændighed, at ^A havde et ønske om operation efter, at hun havde modtaget information om risici.

I udtalelse af 29. november 2016 har Retslægerådet som svar på spørgsmål 8 oplyst, at det er i overensstemmelse med alment anerkendt lægefaglig standard at anbefale konservativ behandling, og at det tillige er i overensstemmel-

se med alment anerkendt lægeligfaglig standard at behandle operativt.

Efter det anførte finder retten ikke, at der er være grundlag for at tilsidesætte Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse om, at der var grundlag for operation. Det følger heraf, at retten ikke finder det godtgjort, at en erfaren specialist på området under de givne omstændigheder ville have handlet anderledes end sket ved valget mellem operation og konservativ strategi.

Kunne skaden være undgået ved valg af en anden behandling?

Efter KEL § 20, stk. 1, nr. 3, ydes erstatning, hvis skaden ud fra en efterfølgende vurdering kunne være undgået ved hjælp af en anden til rådighed stående behandlingsteknik eller behandlingsmetode, som ville have været ligeså effektiv til behandling af patientens sygdom.

Bestemmelsens ordlyd stiller således krav om, at der skal være tale om en anden "behandlingsteknik" eller "behandlingsmetode". Et valg, der går ud på af at se tilstanden an, findes derfor ikke, at være omfattet af bestemmelsen.

Herefter frifindes Ankenævnet for Patientskadeerstatningen.

Sagsomkostninger

Efter sagens resultat skal ^A betale sagsomkostninger til Ankenævnet for Patienterstatningen, jf. retsplejens § 312, stk. 1. Det er oplyst, at sagens værdi kan anslås til omkring 650.000 kr. Der er under sagen indhentet tre udtalelser fra Retslægerådet. Efter disse omstændigheder og i øvrigt under hensyn til sagens omfang og karakter fastsættes sagsomkostninger til 50.000 kr., der udgør et passende beløb til dækning af ankenævnets udgift til advokatbistand, jf. retsplejelovens § 316, stk. 1. Beløbet er ikke tillagt moms.

Thi kendes for ret:

Ankenævnet for Patientforsikringen frifindes.

^A skal inden 14 dage betale 50.000 kr. i sagsomkostninger til Ankenævnet for Patientforsikringen.

Sagsomkostninger forrentes efter rentelovens § 8 a.

Morten Larsen
Dommer

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Retten i Helsingør, den 27. marts 2019.

Eva Holfelt, Kontorfuldmægtig