



Udskrift af dombogen

DOM

Afsagt den 10. oktober 2011 i sag nr. BS 7C-971/2010:

mod
Patientskadeankenævnet
Vimmelskiftet 43, 2.
1161 København K

Sagens baggrund og parternes påstande.

Under denne sag, der er anlagt den 5. februar 2010, har sagsøgeren, M
, nedlagt påstand om, at sagsøgte, Patientskadeankenævnet, tilpligtes at anerkende principalt, at hendes ægtefælle, O's dødsfald den 1. oktober 2007 skal anerkendes efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 20, stk. 1, nr. 4, subsidiært efter lovens § 20, stk. 1, nr. 1.

Patientskadeankenævnet har påstået frifindelse.

M har under sagen oplyst, at erstatningskravet kan opgøres til 786.796 kr.

Oplysningerne i sagen.

M's ægtefælle, O, der var født i 1933, afgik ved døden den 1. oktober 2007, mens han var indlagt på A Hospital. Han havde forinden været under behandling på B Hospital.

M anmeldte behandlingen af hendes ægtefælle til Patientforsikringen og fremsatte krav om erstatning.

Den 3. juni 2008 traf Patientforsikringen afgørelse i sagen. I afgørelsen anføres blandt andet følgende:

"Patientforsikringen skal herved vende tilbage til Deres anmeldelse vedrørende erstatning efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (KEL) i forbindelse med O's behandling på B Hospital i perioden fra den 31. august 2007 og frem.

Afgørelse

Patientforsikringen har fundet, at de efterladte til O ikke er berettiget til erstatning efter loven.

Betingelserne for at yde erstatning efter lovens § 20, stk. 1, nr. 1-4, er ikke opfyldt.

Sagsfremstilling

Patientforsikringen har på baggrund af oplysningerne i Deres anmeldelse, anmeldelsen fra

B Hospital samt de indhentede lægelige akter lagt følgende hændelsesforløb til grund for sin afgørelse:

O blev i september 2005 opereret for tyktarmskræft på B Hospital. Ved rutinekontrol i februar 2007 fandt man metastaser i venstre lunge. O blev derfor opereret i marts 2007 på HOSPITAL C. Efterfølgende var han i behandling med kemoterapi. I forbindelse med behandlingen blev O træt, og han fik bivirkninger i form af kvalme, opkast, diarré og føleforstyrrelser.

I august 2007 vurderede man på baggrund af en PET-scanning, at der var recidiv af kræften svarende til det lille bækken. Man foretog derfor en sigmoideoskopi den 31. august 2007, og på baggrund heraf vurderede man, at der var tale om et 3 cm stort recidiv i det lille bækken. O blev derfor opereret den 13. september 2007 på B Hospital. Efter operationen havde O mange smerter. Der var ingen tegn på opkastninger eller kvalme.

Den 17. september 2007 havde O akut vejrtrækningsbesvær. Han havde aspireret (nedsugning i luftvejene af væske eller faste stoffer), og man foretog akut intubation. Herefter blev O overflyttet til intensivafdelingen, hvor man anlagde en ventrikelsonde. Som følge af aspirationen havde O udviklet lungebetændelse. Der var desuden hindret tarmpassage på grund af lammet sammentrækning af muskulaturen i mave-tarm-kanalen.

Den 20. september 2007 informerede man om, at der ikke var fundet kræftceller i forbindelse med operation den 13. september 2007.

Ved operation den 21. september 2007 foretog man operativ dannelse af en åbning ind til luftrøret. I den efterfølgende periode var der forværring af O's tilstand, og han blev den 26. september 2007 overflyttet til A Hospitals intensivafdeling.

I de følgende dage var O ukontaktbar. Der var desuden forværring af hans lungestatus. O afgik ved døden den 1. oktober 2007.

Begrundelse

Ifølge KEL § 20, stk. 1, nr. 1, ydes der erstatning, hvis undersøgelse eller behandling har afvejet fra, hvad der efter lægevidenskab og erfaring ville have været den bedst mulige i den givne situation.

Det er endvidere en betingelse, at skaden med overvejende sandsynlighed ville være undgået. Det er derimod ikke en betingelse, at der er begået fejl af lægen eller andre i forbindelse med undersøgelse eller behandling.

Patientforsikringen har vurderet, at behandlingen på B Hospital er udført i overensstemmelse med, hvad der efter lægevidenskab og erfaring har været den bedst mulige i den givne situation. O's behandling har således været i overensstemmelse med bedste specialiststandard på det pågældende område.

Patientforsikringen har ved sin afgørelse lagt vægt på, at der var indikation for at udføre operationen den 13. september 2007, idet en PET-scanning havde vist tegn på recidiv af kræft i det lille bækken. Patientforsikringen har desuden lagt vægt på, at O tidligere var opereret for kræft i tyktarmen, ligesom han var opereret for metastaser i lungerne. Der var derfor grundlag for at mistænke, at der var tale om recidiv af kræften i det lille bækken.

Endvidere er det Patientforsikringens vurdering, at selve det operative indgreb blev udført i overensstemmelse med bedste specialiststandard.

Vedrørende behandlingen efter det operative indgreb den 13. september 2007 på B Hospital er det Patientforsikringens vurdering, at denne blev udført optimalt. Der er herved lagt vægt på, at der efter operationen ikke var tegn på opkastning eller kvalme, hvorfor det ikke er vanlig rutine at anlægge sonde.

Det forhold at O 3 dage efter operationen aspirerede og herefter udviklede respirationsinsufficiens ses således at være en hændelig komplikation til behandlingen.

Ifølge KEL § 20, stk. 1, nr. 4, kan der også ydes erstatning, hvis en skade er meget sjælden og mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed må tåle set i forhold til alvorligheden af den sygdom, som behandles. Det vil sige, at patienten ved behandling af en alvorlig sygdom må acceptere større skader end ved mindre alvorlige sygdomme.

Patientforsikringen har fundet, at O is skade i form af respirationsinsufficiens efter en større operation i maveregionen medførende døden ikke er tilstrækkelig sjælden til at opfylde lovens krav om sjældenhed.

Der er i den forbindelse lagt vægt på, at det er relativt hyppigt forekommende (over 2 % af tilfældene), at patienter efter en operation som i O s tilfælde afgår ved døden. Der er herved lagt vægt på, at der var tale om en kompliceret operation, hvor man foretog venstresidig hemikolektomi og resektion ned på endetarmen, og hvor det var nødvendigt at fjerne et stykke af urinlederen, idet denne var tæt indlejret i tumorprocessen."

Til brug for Patientforsikringens afgørelse havde lægekonsulent S afgivet følgende lægelige vurdering:

"Det drejer sig om en patient, der 2 år tidligere var opereret for en colon cancer, som 7 mdr. før aktuelle blev opereret for lungemetastaser og nu blev indlagt på mistanke om et recidiv i det lille bækken, vurdereret ud fra en PET-skanning.

Det drejer sig om en relativ stor tumor, og man fandt indikation for resektion. Der fandtes ingen tegn på peritoneal carcinose men man måtte lave såvel venstresidig hemikolektomi og resektion ned på rectum, og det var nødvendigt at fjerne et stykke af ureter, da den lå tæt indlejret i tumorprocessen, som i øvrigt efterfølgende viste sig at være benign (fedt-nekrose).

De første 2 dage var patienten velbefindende, og det er anført, at han drak uden besvær. Der var ingen tegn på opkastninger eller kvalme men 3. dag aspirerede han og udviklede herefter respirationsinsufficiens. Blev indlagt på intensiv og havde et langvarigt forløb og gik ad mortem.

Der er nu søgt om erstatning for dette forløb, og det anføres, at man burde have lagt en duodenalsonde.

Vurdering

Jeg mener, at patienten er udredt og behandlet i overensstemmelse med bedste specialist standard i hele forløbet. Som det anføres i afdelingens anmeldelse er det ikke vanlig rutine at lægge en sonde, kun hvis der er meget generende kvalme/opkastninger eller hos patienter med tegn på ileus forud for indgrebet.

Det er vanskeligt at sige, hvor mange patienter, der aspirerer men selve operationen er forbundet med en dødelighed på klart over 2%. Det har været en vanskelig re-operation, hvor man ligeledes har haft urologisk assistance til at foretaget ureterresektion og rekonstruktion, og jeg mener derfor ikke, at man kan tilkende patienten erstatning efter sjældenhedskriteriet."

Sagsøgeren påklagede afgørelsen til Patientskadeankenævnet, der den 7.

september 2009 tiltrådte Patientforsikringens afgørelse. Det hedder i Patient-skadeankenævnets afgørelse blandt andet:

"Ved Patientforsikringens afgørelse af 3. juni 2008 (J.nr. 07-5269) fik boet efter O afslag på erstatning efter lov om patientforsikring. Patientforsikringen fandt, at skaden i form af aspiration og deraf følgende død ikke var en følge af manglende optimal behandling, jf. lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 20, stk. 1, nr. 1. Endvidere fandt Patientforsikringen, at skaden ikke var tilstrækkelig sjælden til at udløse erstatning efter § 20, stk. 1, nr. 4.

De har ved brev af 5. august 2008 påklaget afgørelsen til Patientskadeankenævnet. De har bl.a. anført, at O ikke havde cancer på operationstidspunktet, samt at aspirationen ikke forekom under operationen, men derimod postoperativt. Hyppigheden skal derfor vurderes for postoperativ aspiration med dødelig udgang efter en tarmoperation. De har videre anført, at der foreligger et erstatningsansvar iht. lovens § 20, stk. 1, nr. 1, idet man hen-set til, at O ikke havde normal tarmfunktion i 5 døgn, burde have afbrudt AKF (Accelereret Kolon Forløb), anlagt en ventrikelsonde eller skærpet overvågningen. Alternativt foreligger der et erstatningsgrundlag iht. § 20, stk. 1, nr. 3.

Patientforsikringen har i sin udtalelse af 4. september 2008 bl.a. anført, at § 20, stk. 1, nr. 3, ikke finder anvendelse, da anlæggelse af en ventrikelsonde efter en tarmoperation ikke kan anses for en alternativ eller ligeværdig behandlingsmetode til den behandling, som O modtog.

De har ved brev af 23. september 2008 bl.a. supplerende bemærket, at Patientforsikringens og den lægelige konsultants konklusioner må underkendes, idet den postoperative mortalitetsrisiko ikke er relevant, da den konkrete komplikation var postoperativ respirationsinsufficiens. Endvidere var O's mortalitetsrisiko i forbindelse med operationen den 13. september 2007 ikke så høj, som antaget af Patientforsikringen, idet han ikke led af koloncancer, men derimod af en benign fedtmekrose.

Patientskadeankenævnet har på møde den 3. september 2009 truffet følgende

Afgørelse:

Patientforsikringens afgørelse af 3. juni 2008 tiltrædes.

...

Sagsfremstilling

Der henvises til sagsfremstillingen i Patientforsikringens afgørelse af 3. juni 2008.

Begrundelse og resultat

Af de grunde, der er anført af Patientforsikringen, tiltræder Patientskadeankenævnet afgørelsen. Nævnet kan således tiltræde, at der var god indikation for operationen den 13. september 2007, idet såvel PET-CT-skanning og MR-skanning samstemmende gav mistanke om recidiv i det lille bækken. For at be- eller afkræfte dette recidiv kan man vælge biopsi eller operativt indgreb. Henset til, at der var tale om en enkeltstående proces, samt til, at der tidligere havde været en sådan, som var behandlet med held, var det velbegrunder, at man efter foretaget sigmoideskopi gennemførte et kirurgisk indgreb med henblik på radikal fjernelse af dette mulige lokale recidiv.

Hvad angår behandlingen postoperativt, er der kun indikation for at anlægge sonde, hvis der er meget generende kvalme/opkastninger eller hos patienter med tegn på tarmslyng. Ifølge journalnotat af 16. september 2007 var der kl. 10.20 ingen tegn til tarmfunktion, men O havde ikke kvalme. Ved undersøgelse fandt man ingen ømhed af maven og kun beskeden meteorisme (oppustethed som tegn på forstoppelse). Der var derfor ikke indikation for anlæggelse af en ventrikelsonde.

Da behandlingen således har været i overensstemmelse med, hvad der ifølge lægelig sag-

kundskab og erfaring var bedst muligt, er der ikke grundlag for erstatning iht. lovens § 20, stk. 1, nr. 1.

Da dødelighedsrisikoen i forbindelse med operationen den 13. september 2007 er højere end 2 %, kan efterfølgende komplikationer til operationen med dødelig udgang allerede af den grund heller ikke anerkendes, selv om risikoen for disse komplikationer isoleret set er på under 2 %. Hvis grunden til operationen er så tungtvejende, at patienten må risikere en ikke ubetydelig risiko for at dø i forbindelse med operationen, må patienten tillige acceptere risikoen for at dø som følge af efterfølgende komplikationer til operationen - ellers skulle man jo ikke have opereret. Det er i denne sammenhæng uden betydning, om det efterfølgende viser sig, at patienten alligevel ikke havde den sygdom, som man opererede for, da operationsindikationen på det pågældende tidspunkt var så tungtvejende, at man gennemførte operationen trods dødelighedsrisikoen. Betragtningen om, at det efterfølgende viser sig, at patienten alligevel ikke havde den sygdom, som man opererede for, er alene relevant i forbindelse med alvorlighedsvurderingen iht. lovens § 20, stk. 1, nr. 4, men da sjældenheds- og alvorlighedskriterierne er kumulative, er erstatningsgrundlaget ikke til stede allerede fordi, sjældenhedskriteriet ikke er opfyldt. Nævnet skal i øvrigt bemærke, at O's risiko for at dø under operationen var på mere end 5 %, idet der var tale om et stort inagreb, der både omfattede tarme og urinveje. For så vidt angår aspiration og deraf følgende lungeinsufficiens var risikoen ligeledes over 2 %, idet O i forvejen havde fået fjernet dele af den venstre lunge.

For så vidt angår lovens § 20, stk. 1, nr. 3, finder nævnet ikke, at betingelserne for tilkendelse af erstatning iht. til denne bestemmelse er opfyldt. Der er herved lagt vægt på, at bestemmelsen vedrører situationer, hvor skaden kunne have været undgået med en anden behandlingsteknik eller metode, som ud fra en medicinsk vurdering ville have været lige så effektiv som den valgte teknik eller metode. Som anført ovenfor var der den 16. september 2007 ikke indikation for anlæggelse af en ventrikelsonde. Anlæggelse af ventrikelsonde kan derfor ikke ses som et ligeværdigt alternativ til at undlade anlæggelse af sonde, selv om en ventrikelsonde antagelig ville have hindret aspiration og muligvis O's død. "

Retslægerådet har den 26. maj 2011 afgivet følgende udtalelse i sagen:

"Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet besvare de stillede spørgsmål således:

Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes oplyse risikoen for død ved åben operation af rectumcancer af den karakter, som O af.

Spørgsmålet kan ikke besvares entydigt. Ifølge årsrapporten for 2007-2008 fra Danish Colorectal Cancer Group (DCCG) var dødeligheden (indenfor 30 dage) ved operation for colorectal cancer 2,5 % for raske patienter (ASA gruppe 1) i alderen 70-80 år og for patienter med lettere co-morbiditet var den 4,9 %. Risikoen må derfor ligge et sted mellem disse to værdier. I årsrapporten skelnes der ikke imellem coloncancer og rectumcancer, men forskellene er næppe nævneværdig.

Spørgsmål 2:

Retslægerådet bedes oplyse, om den under besvarelsen af spørgsmål 1 oplyste risiko bliver større, såfremt indgrebet kombineres med venstresidig hemikolektomi og ureterresektion.

I bekræftende fald bedes den samlede risiko oplyst.

Risikoen for død afhænger i høj grad af de postoperative komplikationer, der er uafhængig af tarmresektionens omfang. Derfor er det ikke sandsynligt, at risikoen var større som følge af, at der i forbindelse med operationen måtte foretages venstresidig hemikolektomi. Ureterresektion i det omfang, som der blev foretaget, er forbundet med en meget lav risiko for alvorlige komplikationer, og derfor er det ikke sandsynligt, at ureterresektion har forøget risi-

køen for død.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet bedes oplyse risikoen for aspiration efter åben operation af rectumcancer af den karakter, som O led af

Ifølge årsrapporten fra 2007-2008 fra Danish Colorectal Cancer Group (DCCG) var der en indrapporteret frekvens af aspiration på 1,9 %. Der er ikke skelnet mellem laparoskopisk eller åben operation, men på daværende tidspunkt var langt hovedparten af operationerne åbne.

Spørgsmål 4:

Retslægerådet bedes oplyse, om den under besvarelsen af spørgsmål 3 oplyste risiko bliver større, såfremt indgrebet kombineres med venstresidig hemikolektomi og ureterresektion. I bekræftende fald bedes den samlede risiko oplyst.

Risikoen for aspiration er den samme.

Spørgsmål 5:

Retslægerådet bedes oplyse, hvad forudsætningerne er for, at en patient kan gennemføre et accelereret forløb, herunder særligt om det er en forudsætning, at der er tarmfunktion.

Forudsætningerne for, at en patient kan gennemføre et accelereret postoperativt forløb, er, at patienten er grundigt informeret og undervist i principperne, der inkluderer en kombination af tidlig mobilisering, tidlig fødeindtagelse og optimeret smertebehandling. Et af formålene med det accelererede forløb er at sikre tidlig tarmfunktion efter tarmoperation.

Spørgsmål 6:

Retslægerådet bedes oplyse, om O postoperativt havde tarmfunktion og i bekræftende fald, hvor længe han havde tarmfunktion.

Kan ikke besvares entydigt. Postoperativt var O i stand til at indtage væske og havde ingen nævneværdig kvalme, hvilket taler for tarmfunktion, medens den manglende luftafgang og afføring taler imod.

Spørgsmål 7:

Såfremt O ikke havde tarmfunktion, bedes det oplyst, hvilken betydning det har haft for forløbet.

Dette er et hypotetisk spørgsmål. Retslægerådet er ikke i stand til at afgive et fagligt velbegrundet svar.

Spørgsmål 8:

Retslægerådet bedes vurdere, om bedste specialiststandard havde tilsagt, at man havde skiftet regimet fra accelereret forløb til mere påpasselighed med indtagelse af væske og føde per os.

O var ikke inkluderet i et accelereret postoperativt forløb, og det er almindeligt anerkendt faglig standard efter en tarmoperation at tilbyde patienter væske og føde per os efter evne.

Spørgsmål 9:

Retslægerådet bedes vurdere, om det er sandsynligt, at aspiration kunne være undgået, såfremt man havde skiftet regime.

Dette er et hypotetisk spørgsmål. Retslægerådet er ikke i stand til at afgive et fagligt velbegrundet svar.

Spørgsmål 10:

Retslægerådet bedes vurdere, om det har haft betydning for forløbet, at der som smertebehandling er givet morfin.

I bekræftende fald bedes Retslægerådet vurdere, hvilken betydning dette har haft for forløbet, samt om en eventuel anden smertebehandling kunne have medført et andet forløb.

Den primære smertebehandling foregik som epidural analgesi med en kombination af lokalbedøvende middel (bupivacain) og morfin i mindre dosis. Morfin i større doser over længere tid kan påvirke tarmfunktionen. Den mængde, som O fik og varigheden af denne, har næppe haft den store betydning for tarmfunktionen.

Spørgsmål 11:

Retslægerådet bedes vurdere, om beslutningen om behandlingsophør på intensiv afdeling var lægefaglig korrekt.

Ja, O's tilstand forværredes med bevidsthedstab og forværret respiration, hvorfor yderligere behandling måtte anses for værende udsigtsløs. Familien blev fuldt informeret om dette og accepterede fuldt ud beslutningen om behandlingsophør.

Spørgsmål A:

Var den den 13. september 2007 iværksatte operation af O velindiceret.

Den forudgående PET-scanning og MR-scanning havde begge vist nyttilkomne tegn på karcinose/recidiv i det lille bækken. Mistanke om karcinose kan kun af- eller bekræftes ved operation.

Spørgsmål B:

Var det ud fra de foreliggende lægelige oplysninger i overensstemmelse med god lægelig praksis efter foretaget sigmoideskopi på baggrund af mistanke om recidiv af canceren at foretage det kirurgiske indgreb.

De sete forandringer ved scanningsundersøgelserne sad uden for tarm, og sigmoideskopien gav derfor ingen afgørende oplysninger om tilstedeværelse af evt. recidiv. Derfor var det i overensstemmelse med almindelig faglig standard at foretage operation på baggrund af mistanken om recidiv og peritoneal karcinose.

Spørgsmål C:

Hvor stor var dødelighedsrisikoen, hvis det lægges til grund, at der havde været tale om recidiv, såfremt operationen ikke var blevet iværksat.

Dette er et hypotetisk spørgsmål. Retslægerådet er ikke i stand til at afgive et fagligt velbegrunder svar.

Spørgsmål D:

Var det i overensstemmelse med almindelig lægelig erfaring, at hospitalet den 16. september 2007, jf. journalnotat ... på baggrund af oplysningerne fra O, om, at han ikke havde kvalme, og der ved undersøgelsen af maven ikke fandtes ømhed og kun beskeden meteorisme, ikke at anlægge sonde eller i øvrigt skifte regime.

Ja, den primære indikation for anlæggelse af sonde eller ændring i regimet med fri væske- og fødeindtagelse er kvalme, opkastninger eller et betydeligt meteoristisk abdomen. Ingen af delene var tilstede hos O.

Spørgsmål E:

Har Retslægerådet i øvrigt bemærkninger til sagen?

Nej."

M har fremlagt en udtalelse af 1. november 2009 fra professor, dr.

med., overlæge J. P. Hospital. Det er oplyst, at udtalelsen er indhentet af hende med henblik på J. P.'s vurdering af risikoen ved død efter en operation som den omhandlede, risikoen for aspiration og deraf følgende lungeinsufficiens ved en sådan operation, om der var indikation for indgrebet, og om den efterfølgende behandling i forbindelse med opvågningen var i orden. Hun har endvidere oplyst, at J. P. til brug for udtalelsen har haft adgang til de i sagen foreliggende sygehus-journaler. Patientskadeankenævnet har ikke protesteret mod, at udtalelsen indgår i sagen.

Det anføres i udtalelsen blandt andet:

"RISIKO FOR DØD EFTER OPERATIONEN:

Jeg har ledt efter risiko for død efter rectumresektion foretaget med åben operation (laparotomi). Tal for dette findes bedst i større randomiserede studier på laparoskopisk versus åben operation, hvor man så må se på tallene fra de åbne operationer.

Nedenstående er en gennemgang af den operative mortalitet efter laparoskopisk (LTME) versus åben (OTME) operation for rectumcancer (fra metaanalysen af Breukink et al.):

Data on postoperative mortality was available from 37 studies; 3 of level 1b studies, 13 of level 2b, 2 of level 3b and 19 of level 4. One of the RCT reported a mortality rate of 2 % for the LTME group and 1 % for the OTME group (Leung 2004 b). One RCT reported a 0% death rate for both the LTME and OTME group but it included only 17 patients in both treatment arms (Leung 2000 a). The last RCT reported a mortality of 0% for both groups (Zhou 2004). Of the level 2b studies perioperative death rates varied between 0 % and 2.5%. The two level 3b studies reporting on mortality, described both a 0% death rate in both groups (Breukink 2005 a; Pasupathy 2001). Level 4 studies showed a broad range of mortality, ranging from 0 to 25 %. The 25 % mortality rate reported by one case serie can be explained by the fact that this study included only 4 patients of whom one patient died after a perforated duodenal ulcer (Larach 1993).

Nedenstående er fra metaanalysen af Schwenk et al.:

Data on postoperative mortality was available from 2394 participants from 17 trials. Only 6 trials reported postoperative deaths (Braga 2002 b; COST 2004; Lacy 2002; Leung 2004; Milsom 1998; Schwenk 2002). The overall mortality was 1.0% (23 patients). There was no difference in mortality between both groups (laparoscopic: 10/1207, 0.8%; conventional: 13/1187, 1.1%; RR 0.78(95% CI -0.34 to 1.8;p =0.55)(Comparison: 11.01).

Det ses tydeligt, at risikoen for død efter OTME er klart under 2%. Man kan IKKE bare lægge mortalitetsrisici sammen for henholdsvis rectumresektion, venstresidig hemikolektomi, og ureterresektion (det var de 3 delelementer han fik foretaget under samme operation). Det er der overhovedet ikke belæg for i litteraturen. Derimod er det rimeligt at vurdere mortalitet for det "største" af de foretagne procedurer. Alt blev jo foretaget under samme laparotomi, og de enkelte delkomponenter bidrager ikke nødvendigvis til en øgning af det operative traume, når først man er derinde og gennemfører det største af indgrebene, som klart er rectum-resektionen. Min vurdering er derfor, at man må se på mortalitetsrisikoen for rectumresektion, og denne værdi må være den der skal anvendes.

RISIKO FOR ASPIRATION EFTER OPERATIONEN:

Dette forekommer yderst sjældent. I de to metaanalyser er det ikke engang nævnt, dvs. det forekommer stort set aldrig. Heller ikke i mit daglige virke er det noget som præger dagligdagen. Jeg husker ikke, at vi har haft en sådan situation i årevis. Risikoen for aspiration vurderes derfor at være betydeligt under 2%.

Man kan dog godt diskutere deres håndtering af patienten på sengeafdelingen forud for aspirationen. Han indgik i et såkaldt accelereret forløb. Dette indebærer, at han skal spise og drikke rigeligt, og mobiliseres intensivt. Sådan et forløb er vist at have store fordele, hvis det hele kører efter planen. Det er helt afgørende at understrege, at planen indebærer, at man har tarmfunktion på dag 0-2 efter operationen. Patienten havde ingen tarmfunktion, og i sådan en situation skal man være tilbageholdende med at hælde på, da tarmene og mavesækken derved vil blive overfyldt. Dette indebærer netop en overhængende risiko for aspiration. Jeg mener derfor, at der må være tale om fejlbehandling, idet man trods manglende tarmfunktion i 5 dage stadig lod ham drikke og spise frit. Som han står beskrevet i journalen var der nok ikke indikation for at anlægge sonde, men man burde have været tilbageholdende med væskeindtagelse. Hvis man havde vejlet ham dagligt kunne man have set en betydelig vægtøgning foreneligt med væskeophobning. Jeg kan ikke læse af papirerne, hvor meget smertestillende han fik. Han havde åbenbart en ikke så velfungerende epidural pumpe, så der er formentlig givet pæne doser morfin ved siden af. Dette kan medføre slørede reflekser, hvilket igen øger risikoen for aspiration markant. Han havde derfor en dødelig cocktail af ventrikelretention (pga. fejlbehandling) og måske slørede reflekser (pga. morfin). Når han så kaster op, for på et tidspunkt er der ikke plads til mere dernede, og så må det op, så er mængden dels meget stor og hans normale svælgreflekser er insufficiante medførende aspiration. Det bemærkes et sted i journalen, at aspiratet er "fækulent". Dette ses, når væsken står længe i tarmene og derved bliver invaderet af colibakterier m.m. Så lugter det som afføring, deraf ordet fækulent. Dvs. det er et tegn på, at han har haft retention i tarme og ventrikel i dagevis. Dette burde derfor have været opdaget og medført et skift af regime fra accelereret forløb til en udtalt påpasselighed med væskeindtagelse.

BESLUTNINGEN OM OPHØR AF BEHANDLING PÅ INTENSIV AFDELING:

Patienten havde ikke malign sygdom, og havde kun svigt af et enkelt organsystem (lungerne). Han havde endvidere små børn derhjemme og var supervelfungerende inden indlæggelsen. I en sådan situation må det være absolut rimeligt at fortsætte behandlingen. Det anføres, at patienten skulle have givet udtryk for et ønske om ophør af behandling nogle dage forinden. Dette er fuldstændig udokumenteret. Og i øvrigt er det da naturligt, at give udtryk for en lidt opgivende holdning efter flere ugers intensiv behandling. Jeg mener således ikke det er dokumenteret, at han udtrykkeligt har bedt om at respiratoren skulle slukkes. Dette ville endvidere kræve, at han blev udtrykkeligt informeret om, at det ville medføre døden, og det er kutyme, at en sådan besked skal gives i vidners påhør (optimalt familiemedlemmer). I dagligdagen fornemmer man, at disse beslutninger presser sig på for at skaffe plads til den næste patient (det står for min egen regning). Det er selvfølgelig helt i orden, hvis behandlingen er totalt udsigtsløs, men det synes ikke at have været tilfældet hos denne patient.

KONKLUSION:

Alt i alt kan jeg slet ikke forstå, at hans anmodning om erstatning er afvist. Risikoen for aspiration og død er langt under 2%. Der er endvidere foretaget en lægelig behandling som ikke lever op til bedste specialiststandard (fri væskeindtag trods manglende tarmfunktion i 5 døgn). Endelig forstår jeg ikke beslutningen om behandlingsophør på intensiv afdeling på A Hospital."

Parternes synspunkter.

M har i påstandsdokument af 22. august 2011 anført følgende til støtte for de nedlagte påstande:

"Vedr. den principale påstand:

Det gøres gældende, at forløbet efter operationen den 13. september 2007 skal ses uafhængig af selve operationen den 13. september 2007, hvorfor en vurdering af risikoen for død i det postoperative forløb skal vurderes separat.

Det gøres gældende, at risikoen for aspiration efter en operation, som den O gennemgik den 13. september 2007, er 1,9%, jf. Retslægerådets udtalelse af 26. maj 2011.

Patientskaden i form af aspiration med døden til følge opfylder således sjældenhedskriteriet i loven.

Det gøres desuden gældende, at også alvorlighedskriteriet i loven er opfyldt. I den forbindelse skal det bemærkes, at det efterfølgende viste sig, at O ikke have recidiv af rectumcancer.

Det gøres således gældende, at O's dødsfald den 1. oktober 2007 opfylder betingelserne i lovens § 20, stk. 1, nr. 4.

Vedr. den subsidiaire påstand:

Det gøres gældende, at behandlingsforløbet på B Hospital efter operationen den 13. september 2007 ikke har været i overensstemmelse med bedste specialiststandard, jf. KEL § 20, stk. 1, nr. 1, idet man ved optimal postoperativ behandling ville have undgået aspiration."

Patientskadeankenævnet har i påstandsdokument af 26. august 2011 anført følgende til støtte for frifindelsespåstanden:

"Til støtte for den nedlagte frifindelsespåstand gøres det gældende, at der ikke er et sikkert grundlag for at tilsidesætte sagsøgte afgørelse af 7. september 2009 ..., hvor sagsøgte fandt, at boet efter O ikke opfyldte betingelserne i § 20, stk. 1, nr. 1, og nr. 4, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet for, at der kunne ydes erstatning.

Det gøres herved gældende, at sagsøgte med rette har lagt vægt på, at reglerne i lovens § 20, stk. 1, nr. 4, ikke var opfyldt, idet der ikke var tale om, at skaden var mere sjælden og mere omfattende, end hvad der med rimelighed måtte tåles set i forhold til alvorligheden af den behandlede sygdom.

Sagsøgte har ved sin afgørelse lagt vægt, at dødelighedsrisikoen i forbindelse med operationen den 13. september 2007 var højere end 2%, hvorfor efterfølgende komplikationer til operationen med dødelig udgang allerede af denne grund heller ikke vil kunne anerkendes, selv om risikoen for komplikationerne isoleret set var på under 2%.

Det gøres således gældende, at operationen og komplikationen skal ses samlet, og herved skal der henvises til, at det fremgår af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1, at risikoen for død lå mellem 2,5% og 4,9% for henholdsvis raske patienter i alderen 70-80 og for patienter med lettere co-morbiditet.

Det bestrides således, at risikoen for aspiration og deraf følgende lungeinsufficiens skal adskilles fra den samlede vurdering. Det skal dog bemærkes, at sagsøgte ved sin afgørelse har henvist til, at komplikationen alene ligeledes oversteg 2% som følge af, at der forud for operationen var sket fjernelse af dele af den venstre lunge.

For så vidt angår spørgsmålet om, hvorvidt betingelserne i lovens § 20, stk. 1, nr. 4, var opfyldt, gøres det yderligere gældende, at det er uden betydning, at det efterfølgende ved makroskopi og mikroskopi ... viste sig, at der ikke diagnosticeredes tegn på malignitet. Det afgørende har været, at operationsindikationen den 13. september 2007 var så tungtvejende, at operationen blev gennemført trods dødelighedsrisikoen.

Vedrørende selve behandlingsforløbet efter operationen gøres det gældende, at sagsøgte med rette ud fra de oplysninger, der indgår i sagen, har kunnet lægge vægt på, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ikke ville have handlet anderledes, jf. lovens § 20, stk. 1, nr. 1.

Sagsøgte har ved sin afgørelse lagt til grund, at der var god indikation for operationen den 13. september 2007, idet de stedfundne scanninger bl.a. PET-scanningen på HOSPITAL C ... gav mistanke om recidiv svarende til det lille bækken. Af journalnotaterne fra 22. august 2007 ... fremgår det, at for at be- eller afkræfte recidiv kunne der vælges biopsi eller operativt indgreb. Sagsøgte fandt, at som følge af, at der var tale om en enkeltstående proces, samt at en sådan tidligere havde været behandlet med held, var det velbegrundet, at der efter foretagen sigmoideoskopi blev gennemført et kirurgisk indgreb med henblik på radikal fjernelse af det mulige lokale recidiv. I tilslutning hertil skal der henvises til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål A, hvorefter mistanken om karcinose kun kan af- eller bekræftes ved operation.

Det gøres, for så vidt angår den postoperative behandling, gældende, at der alene havde været indikation for at anlægge sonde, hvis der havde været meget generende kvalme/opkastninger, eller det havde været tegn på tarmslyng, jf. at Retslægerådet har besvaret bekræftende på, jf. spørgsmål D, at det var i overensstemmelse med almindelig lægelig erfaring, ikke ud fra de foreliggende oplysninger at anlægge sonde eller i øvrigt skifte regime."

Parterne har i det væsentlige procederet i overensstemmelse med det i påstandsdokumenterne anførte.

Rettens begrundelse og afgørelse.

Vedrørende den principale påstand:

Efter § 20, stk. 1, nr. 4, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet skal der ved vurderingen af, om O ...s skade er mere omfattende, end hvad han som patient med rimelighed måtte tåle, tages hensyn til dels skadens alvor, dels hans sygdom og helbredstilstand i øvrigt, samt til skadens sjældenhed og mulighederne for i øvrigt at tage risikoen for dens indtræden i betragtning.

Det fremgår af sagen, at O ..., der var født i 1933, den 13. september 2007 gennemgik en åben operation efter mistanke om rectumcancer. Det lægges efter de lægelige oplysninger i sagen til grund, at han den 17. september 2007 aspirerede, hvilket medførte respirationsinsufficiens, og at han som følge heraf afgik ved døden den 1. oktober 2007.

Det er ubestridt, at komplikationen - aspiration med deraf følgende respirationsinsufficiens - isoleret betragtet medførte alvorlige følger for O ...

Vedrørende O ...s sygdom og helbredstilstand i øvrigt fremgår det af sagen, at O ... i september 2005 blev opereret for tyktarmskræft, at han i februar 2007 blev opereret efter fund af metastaser i venstre lunge, og at han efterfølgende var i behandling med kemoterapi. Efter Retslægerå-

dets besvarelse af spørgsmål A og B lægges det til grund, at de i august 2007 foretagne undersøgelser af O gav grundlag for mistanke om recidiv og peritoneal karcinose, og at det var velindiceret herefter at foretage operationen.

Idet komplikationen - aspiration med deraf følgende respirationsinsufficiens - var en følge af og havde nær sammenhæng med den gennemførte operation, finder retten, at spørgsmålet om skadens sjældenhed skal vurderes i forhold til dødelighedsrisikoen i forbindelse med operationen den 13. september 2007. Efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1 var denne risiko 2,5 % for raske patienter i alderen 70-80 år og 4,9 % for patienter med lettere co-mortalitet, og risikoen for O's vedkommende vurderes af Retslægerådet at have ligget et sted mellem disse to værdier.

Efter en samlet vurdering af på den ene side skadens alvor samt det forhold, at det efterfølgende viste sig, at der ikke var tegn på malignitet, og på den anden side oplysningerne om O's sygdom og helbredstilstand i øvrigt, indikationen for operation samt oplysningerne om hyppigheden af skaden ved sådanne operationer, finder retten ikke grundlag for at fastslå, at skaden er omfattet af bestemmelsen i § 20, stk. 1, nr. 4, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Vedrørende den subsidiaire påstand:

Efter § 20, stk. 1, nr. 1, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet ydes der erstatning, såfremt skaden kunne være undgået, hvis en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes ved undersøgelse, behandling eller lignende.

Efter de foreliggende lægelige oplysninger samt Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 8 og spørgsmål D finder retten ikke grundlag for at fastslå, at behandlingsforløbet på B Hospital efter operationen den 13. september 2007 ikke har været i overensstemmelse med "bedste specialiststandard" efter bestemmelsen i § 20, stk. 1, nr. 1.

Retten finder herefter ikke grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets afgørelse.

Efter sagens udfald, karakter og omfang skal M betale 25.000 kr. i sagsomkostninger til Patientskadeankenævnet.

Thi kendes for ret:

Sagsøgte, Patientskadeankenævnet, frifindes.

Sagsøgeren, M, skal inden 14 dage betale 25.000 kr. i

sagsomkostninger til Patientskadeankenævnet.

Sagsomkostningerne forrentes efter rentelovens § 8 a.

Benedikte Holberg

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Københavns Byret, den 10. oktober 2011.

Eja Nielsen, kst. sagschef

