



Udskrift af dombogen

DOM

Afsagt den 19. august 2013 i sag nr. BS 10A-1870/2011:

A

mod
Patientskadeankenævnet
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg

Sagens baggrund og parternes påstande

Under denne sag, der er anlagt den 6. juli 2011, har sagsøgeren, **A**, nedlagt endelig påstand om, at sagsøgte, Patientskadeankenævnet, skal anerkende, at skaden i form af multiorgansvigt med døden til følge er en mere omfattende følge, end hvad sagsøgerens ægtefælle, **B**, med rimelighed måtte påregne/tåle, når der tages hensyn til skadens alvor, **B's** sygdom og helbredstilstand i øvrigt samt skadens sjældenhed og mulighederne i øvrigt for at tage denne risiko i betragtning, jf. klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4.

Sagsøgte har påstået frifindelse.

Det er under sagen ubestridt, at den opståede skade var en hændelig komplikation til **B's** behandling. Der er endvidere enighed om, at skaden var tilstrækkelig sjælden, jf. klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4. Sagen drejer sig herefter om, hvorvidt skaden var tilstrækkelig alvorlig til at udløse erstatning efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4.

Sagens omstændigheder

Den 14. juni 2010 tilkendte Patientforsikringen sagsøgeren erstatning for forsørgertab med 253.350,00 kr. og overgangsbetrag med 141.500,00 kr. i medfør af klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1 og § 24, stk. 1. I afgørelsen anførte Patientforsikringen blandt andet følgende:

"Hændelsesforløb

Patientforsikringen har på baggrund af oplysningerne i Deres anmeldelse, anmeldelsen fra Gentofte Hospital samt de indhentede lægelige akter lagt følgende hændelsesforløb til grund for sin afgørelse:

B henvendte sig hos læge **C** den 27. august 2008 med gener fra højre lægmuskel. Læge **C** følte puls i venstre fod men ikke i højre. Man udleverede Kinin mod lægkramper.

Den efterfølgende dag oplyste han pr. telefon, at foden var kold, og at han havde lette smerter.

Ved konsultation den 2. september 2008 hos læge **C** havde **B** fortsat meget uro i højre underben samt en kold fod. Klinisk fandtes højre ben omfangsforøget og spændt. Der var fortsat ikke følelig puls. Han blev derfor indlagt under diagnosen dyb venetrombose. Diagnosen blev afkræftet, men det konstateredes under indlæggelsen, at han havde arterieflimmer, hvorfor han blev sat i digoxinbehandling.

Den 9. september 2008 henviste læge **C** til distal blodtryksmåling. Denne viste moderat okklusiv arterielidelse i højre ben og normalt tryk i venstre.

Han havde fortsat ondt i højre hæl og læg den 15. september 2008, men der havde været en bedring efter behandling med Digoxin.

Han fik foretaget venstresidig kataraktoperation hos øjenlæge **D** den 22. september 2008, hvorved der opstod hul på bagre kapsel.

B blev henvist til **Hospital E** til vitrektomi. Vitrektomien blev gennemført den 26. september 2008. Efter operationen oplevede han forhøjet tryk, som man behandlede med Glycerol mikstur suppleret med Primperan.

Den 30. september 2008 havde han ingen smerter og trykket var normaliseret, hvorfor han blev udskrevet.

B blev henvist fra læge **C** til **Hospital F** den 25. november 2008 med henblik på distal trykmåling grundet gener fra venstre ben.

Ultralydsscanning foretaget den 4. december 2008 viste et 4 x 5 cm stort abdominalt aortaaneurisme samt bilateralt popliteaaneurismer på venstre side på 1,9 cm og 1,2 cm på højre side med muraltromber.

B havde oplevet væsentlig forværring af smerterne i højre underben, og man forsøgte derfor med akupunktur i december 2008.

Den 2. og 14. januar 2009 kontaktedes læge C telefonisk på grund af tiltagende smerter i højreben.

Den 24. februar 2009 blev han henvist til karkirurgerne med henblik på ny vurdering.

B fik på Hospital E den 13. marts 2009 foretaget silikonefjernelse i venstre øje.

Den 21. marts 2009 oplevede han en fremmedlegemefornemmelse, som formentlig skyldtes reaktion omkring vinyltråd. Man behandlede herefter med Tobradex.

Den 16. april 2009 havde han ingen gener fra venstre øje og han så 3/24.

Man foretog højresidig kataraktoperation den 19. maj 2009.

B blev indlagt på Hospital G den 14. december 2009 med henblik på AAA-operation med indsættelse af bukseprotese. Operationen forløb den 15. december 2009, hvor der blev indopereret en "skæv buks". Der fandtes ringe afløb perifert på højre side, hvor der intraoperativt blev ophentet en del gamle trombemasser fra arterie profunda femoris. Umiddelbart efter operationen fandtes beskrivelsen: "venstre fod hænger en anelse, men der fandtes puls i lyske og poplitea, hvorfor man valgte at se tiden an".

Man foretog embolektomi, bilateral krural fasciotomi og tromektomi den 16. december 2009.

På grund af arteriosclerosis foretog man bilateral femuramputation den 17. december 2009. Efter 15 minutters operation fik B hjertestop på lejet og blev genoplivet.

I efterforløbet blev han dialyseret.

B afgik ved døden den 27. december 2009 efter multiorgansvigt.

Begrundelse

Ifølge KEL § 20, stk. 1, nr. I, er man berettiget til erstatning, hvis behandlingen har afvejet fra, hvad der ville have været det bedste i den givne situation. Det er dog en betingelse, at man derved er påført en skade, der med overvejende sandsynlighed ville være undgået ved en bedre behandling.

Det er vigtigt at understrege, at Patientforsikringen hverken udtrykker kritik eller tager stilling til, om der er begået fejl i forbindelse med behandlingen.

Patientforsikringen har vurderet, at **B** med overvejende sandsynlighed blev påført en skade som følge af suboptimal behandling på **Hospital G**.

Der er ved ovenstående vurdering lagt vægt på, at optimal lægelig standard havde tilsagt, at man efter den primære operation havde sikret sig, at der var en tilfredsstillende perifer perfusion i højre ben, specielt i lyset af den præoperative beskrivelse af det ringe afløbsforhold i benet. Hermed havde man forsøgt at indsætte en by-pass til den infragenikulære arterie poplitea. Herved ville man efter Patientforsikringens vurdering med overvejende sandsynlighed have kunnet undgå tilstanden, der førte til amputationerne og dermed kunne multiorgansvigt være undgået."

Ved brev af 14. juli 2010 påklagede **Hospital H** afgørelsen til patientskadeankenævnet, der den 21. februar 2011 ændrede patientforsikringens afgørelse, således at **B** ikke fandtes at være påført en erstatningsberettiget skade. I afgørelsen er anført følgende:

"...

Ved Patientforsikringens afgørelse af 14. juni 2010 ... blev det anerkendt, at **B** blev påført en erstatningsberettigende skade i form af suboptimal behandling medførende multiorgansvigt med døden til følge, jf. klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1. Patientforsikringen har ved samme afgørelse tilkendt **B** 394.850 kr., heraf 253.350 kr. i erstatning for forsørgertab, samt 141.500 kr. i overgangsbeløb.

Hospital H har ved skrivelse af 14. juli 2010 påklaget afgørelsen til Patientskadeankenævnet. Det er anført bl.a., at behandlingen var i overensstemmelse med erfaren specialiststandard. Der er i den forbindelse vedlagt vurderinger fra to karkirurger fra henholdsvis **Hospital G** og **Hospital H**. Det fremgår bl.a., at det slet ikke var muligt at foretage bypass, som foreslået af Patientforsikringen, og selv hvis det havde været muligt, ville dette ikke have ændret på overlevelseschancen. Endvidere er det anført, at sepsis blev udløst af, at man under operationen var nødt til at underbinde begge de indre bækkenpulsårer, og at komplikationen er meget sjælden (under 1%). Herudover er det anført, at patienten døde af en sjælden hændelig komplikation, og altså ikke som følge af suboptimal behandling, at det ikke ville være relevant med bypass i venstre side, samt at der heller ikke fandtes indikation for højresidig bypass. Endelig er det anført, at det synes usandsynligt, at eventuel revaskulering på højre side kunne have hindret

multiorgansvigt.

B's enke, A, har ved skrivelse af 27. juli 2010 meddelt, at hun ikke kan forholde sig til de lægefaglige vurderinger, men at hun har redegjort for sin oplevelse af behandlingsforløbet. Ved skrivelse af 24. august 2010 har hun meddelt, at der ikke er nogen bemærkninger til udtalelsen eller den lægelige vurdering fra Patientforsikringen.

Ved skrivelse af 23. december 2010 har A meddelt, at hun ikke har yderligere bemærkninger, og hun har i den forbindelse anført bl.a., at det undrer, at man i anken har anført, at underbinding af de indre bækkenpulsårer førte til vævsdød i balleregioner og bækken. Hun har ligeledes anført, at der heller ikke i anken er nævnt noget om de 9 timer, der gik fra operationen, og til man fandt ud af, at der ikke var blodtryk i benene. Endvidere har hun anført, at hun ikke har kunnet få at vide, hvilken infektion det drejede sig om.

...

Sagsfremstilling

Der henvises til sagsfremstillingen i Patientforsikringens afgørelse af 14. juni 2010.

Patientskadeankenævnet skal til sagsfremstillingen tilføje følgende:

Ved operationens afslutning den 15. december 2009 kl. ca. 14:30 var der puls i begge lysker og i venstre knæpulsåre. Det fremgår af journalen kl. 22:00 at begge fødder fortsat var kølige med temperatur på 27 grader. Det er anført, at dette var forventeligt, da der var en kendt aflukning af pulsårerne bestående fra før operationen. Man undersøgte med doppler-teknik og fandt puls i venstre lyske og normalt signal i knæhasen, men intet perifert signal.

På den baggrund konkluderede man, at der formentlig var sket en tillukning af venstre underbens pulsårer. Man spaltede samtidigt muskelhinderne for at give mest mulig plads til musklerne, og muskulaturen skønnedes at være levende og fungerende, men i to af fire muskelgrupper gjaldt dette kun med sikkerhed for en del af muskulaturen, som var nærmest knæet. Operationen indledtes kl. 22:56 og afsluttedes umiddelbart efter midnat.

Den følgende morgen den 16. december 2009 var der smerter i venstre balle. Muskulaturen var blød. Der var pæne farver i venstre fod og temperatur på over 29 grader samt dopplersignal i begge fodens pulsårer. Højre underbensmuskulatur sås spændt uden dopplersignal i foden, men der var dopplersignal ved knæet. Ved middagstid bemærke-

des blåfarvning af ballemuskulaturen og urinen er beskrevet "nærmest helt mørkfarvet". Der var stærkt forhøjede værdier af andre markører for muskelhenfald.

Der blev foretaget operation med spaltning af muskelhinderne på højre ben den 16. december 2009. Operationen indledtes kl. 13:45. Ved operationen fandtes yderst sparsomt fremløb i både den overfladiske og den dybe pulsårer på højre side. I løbet af eftermiddagen samme dag beskrives "sort urin".

I forløbet efter operationen med låramputation er der beskrevet hudnekroser samt mistanke om underliggende muskelhenfald på begge baller.

Begrundelse og resultat

Det er Patientskadeankenævnets vurdering, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ikke ville have handlet anderledes, end man gjorde ved behandlingen den 14. december 2009 og frem på Hospital G, jf. klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1.

Herved er der lagt vægt på, at der grundet aneurisme på bækkenpulsåren på 4,3 cm og aneurisme på legemspulsåren af tilsvarende størrelse var god indikation for operationen den 15. december 2009. Endvidere har nævnet lagt vægt på, at der var tale om en teknisk vanskelig operation, og at det på dette tidspunkt er anført, at begge fødder fortsat var kølige med temperatur på 27 grader, samt at der var puls i venstre lysken og normalt signal i knæhasen, men intet perifert signal. Nævnet har lagt vægt på, at der den efterfølgende morgen blev beskrevet pæne farver i venstre fod og temperatur på over 29 grader samt dopplersignal i begge fodens pulsårer.

Herudover er der lagt vægt på, at der i det efterfølgende forløb ikke kunne opereres længere nede end fra lyskenniveau som følge af omfattende vævsdød, hvilket også sås i det andet ben, samt at der ligeledes var omfattende vævsdød i ballerne som følge af, at man var nødt til at underbinde begge de dybe bækkenpulsårer. Der er endvidere lagt vægt på, at der efterfølgende opstod tiltagende betændelsestilstand og tiltagende multiorgansvigt med døden til følge.

På denne baggrund er det nævnets vurdering, at behandlingen den 14. december 2009 og frem er udført i overensstemmelse med gældende retningslinjer på det pågældende område. Det er dog nævnets vurdering, at man efter den primære operation den 15. december 2009 burde have tilset venstre fod efter nogle timer med henblik på at tage en beslutning om, at der skulle opereres senere. Det er imidlertid

nævnets vurdering, at sygdomsforløbet ikke med overvejende sandsynlighed er blevet ændret som følge af, at der først blev opereret igen samme dag, ca. kl. 23:00.

Nævnet finder herefter, at den opstående skade i form af omfattende vævsdød i begge ben og baller medførende nyresvigt med døden til følge er en hændelig komplikation, der kan indtræde selv ved optimal behandling.

Patientskadeankenævnet finder, at skaden er tilstrækkelig sjælden, jf. klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4. Herved er lagt vægt på, at der sjældent opstår så omfattende vævsdød i begge ben og baller ved denne type operation (under 1 %).

Imidlertid er det nævnets vurdering, at skaden ikke er tilstrækkelig alvorlig til at udløse erstatning efter bestemmelsen i klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4. Der er ved afgørelsen lagt vægt på, at **B** havde en meget alvorlig grundlidelse, som ubehandlet ville være dødelig. Ud fra en konkret vurdering af de foreliggende omstændigheder finder nævnet således, at skaden ikke var tilstrækkelig alvorlig set i forhold til **B's** grundlidelse.

..."

I journaltilførsler fra **Hospital G** er vedr. behandlingen af **B** anført blandt andet følgende:

"27.03.09

10:30

...

En lidt kompliceret historie.

Der er tale om en 69-årig velfung. mand, som indtil i sommer havde endelig gangdistance. Blev udredt på **Hospital I** for claudicatio, hvor man finder aortaaneurisme, samt på den symptomgivende side tromboaseret højresidigt popliteaaneurisme. Pt. behandles konservativt.

Pt. har symptomer, der tenderer natlige hvilem. med sm. i tæer og forfod. form. også et element af bilat. polyneuropati med sovende prikkende gener sv.t. begge UE.

Pt. har desuden atrieflimmer men er i AK beh.

Frekvens reguleret med digoxin.

Objektivt:

ET over middel, doppler tryk vanskeligt på højre side, men nok istørrelsesorden 50 mm Hg mod et armtryk på 150 sv.t. ABI på omkring 33%. usikkert.

Ultralydsscanning

viser aortaaneurisme på omkring 3½ cm, højresidigt iliaca interna

aneurisme på 5 cm og externa aneurisme på 4.

I højre lyske er der 4 cm stort femoralis comm. aneurisme, SFA er ekstatisk målende et par cm, tromboserer midtfemoralt. Der er et ca 3 cm stort tromboseret poplitea aneurisme. På den ikke symptomatiske ve. side er der et 2½ cm fem.comm. aneurisme, også mega kar her og et mindre poplitea aneurisme målende mindre end 2 cm. det er åbentstående.

Konklusion og plan:

Pt. konf. med ovl. ☺ Vi må have udredt hans abdominale aneurismer med en CT scanning af thorax, abd. og bækken ambulant i løbet af et par uger.

Efterfølgende aortobifem. a-grafi, samt hø.sidig UE arteriografi under indl. m.h.p. perifer by pass.

Pt. skal idag have taget blodprøver.

Henviser i øvrigt til a-grafi jrn.

...

27.10.09

09:00

Ambulant

Karkirurgisk amb.

Pt.s hvilesmerter er væk.

Pt. har været i Rom og har gået rigtig mange km, hvilket er tilfredsstillende.

Det største problem er pt.s aneurismesygdom, hvor vi ser aneurisme både i aorta samt i iliacasystemet.

Man scanner på ny og finder øgning af diameteren i det abd. aneurisme, måler nu 4,2 cm (vokset) og desuden ses fortsat det store iliaca interna-aneurisme og så vidt jeg kan se aneurisme på iliaca comm. på 4,3 cm.

Desuden er der aneurismer i begge lyskere regioner, men bemærkelsesværdigt er det, at proksimale aorta infrarenalt er normal i diameter.

...

07.12.09

11:00

Fys.terapi

Karkirurgisk Amb.

Henvisning modtaget den 07-12-09

Henvisningsdiagnose/-årsag: Pt. er henvist til præoperativ information og vejledning i forbindelse med planlagt aortaaneurismeoperation.

Indsat og plan

Pt. og pårørende er d.d. informeret præoperativt om forebyggelse af

post-operative komplikationer. Informationen indeholder rådgivning og vejledning om forflytningsteknik og mobilisering. Desuden får pt. udleveret PEP-fløjte og instrueres i brug af denne.

Skriftlig information udleveres.

Pustoperativt henvises pt. til fysioterapi ved behov.

...

14.12.09

10:45

Journaløpt

Karkirurgisk sengeafsnit

70-årig mand indlægges mhp. AAA-operation evt. som bukseprotese pga. bilat. fem.-aneurismer.

Pt. angiver at kunne gå ca. 300 m med stop på et par minutter, kan i alt gå ca. 5-7 km på en gang.

Der er hvilesmerter også om natten. Føles som om, at benet er skoldet på medialsiden og dette forstyrrer pt.s søvn.

Der er ingen ødemer. Føles i øvrigt koldt, men er varmt.

Allergier

Ingen kendte, tåler penicillin, jod og plaster.

Dispositioner

Bror opereret for AAA.

Ingen diabetes eller hjertekredsløbssygdomme (pt. er i øvrigt glukose-testet og testen var neg.).

...

Øvrigt organsystemer

Efter systematisk adspørgen i.a. dog uro i hjertet pga. flimmer (pt. er kendt med dette).

Alkohol

Intet overforbrug.

Tobak

Har været røgfri de sidste 11 år, før det røget ca. 20 stk. dagl. sv.t. i alt 40 pakkeår.

...

Socialt

Bor med hustru i lejlighed på 2. sal uden elevator. De er begge selv-hjulpne.

Objektivt

AT: god. pt. aldersvarende. Rødmosset, tør, varm. vågen, orienteret i

egen data.

ET: Ler over middel.

St.p.: Vosikulær respiration uden bilyde.

St.c.: Uregelmæssig rytme = p.p

Abd.: Let opdrejet og adipøst uden synlige processer. Der ses cikatrice sv.t. horisontallinie over navlen.

Abd. er i øvrigt blødt og uømt. Der findes ubehag ved palpation af AAA, men ingen smerte.

Sparsomme tarmlyde.

Extr.: Der findes palp. udfyldning sv.t. højre a. fem. (sv.t. pt.s kendte aneurisme). Bilat. fine lyskepulse.

Der måles ankeltryk højre/venstre 50/180 mmHg sv.t. ABI 30/111%.

Resumé

70-årig mand indlægges til operation for AAA samt evt. fem.-aneurisme bilat.

27.10.09 måler AAA 4,7 cm.

Pt. har claudicatio og ønsker operation.

rp. Vanlige blodprøver anæsthesitilsyn ekg vanlig medicin dog Marevan siden i går.

rp. Faste fra kl 24 Gabapentin 1200 mg 2 timer før operation samt Gabapentin 300 mg postop.

Pt. er informeret om risici per- og postop. såsom infektion, blødning, transfusion. Pt. accepterer dette.

Jr. superviseret af Reservelæge K

14.12.09

14:00

Notat

Karkirurgisk sengeafsnit

Pt. informeres om operationen. er informeret om, at vi vil indsætte en bukseprotese evt. en skæv protese. Såfremt det bliver en regelret bukseprotese, vil det være nødvendigt at lukke intera, dette kan give bal-lecladatio.

Endvidere informeret pt. om risiko for blødning, infektion og nervelæsion i form af impotens og retrograd ejakulation. Pt. oplyser, at der i forvejen er nogen problemer med potensen.

Informeres endvidere om risiko for alvorlige kardiopulmonale komplikationer på 4 til 5 % samt risiko for perifer embolisering. Pt. forstår informationen og accepterer indgrebet.

..."

Der er under sagens behandling indhentet en udtalelse fra Retslægerådet, som i erklæring af 22. november 2012 blandt andet anfører:

"Spørgsmål 5:

Retslægerådet bedes oplyse, hvad mortalitetsrisikoen er, ubehandlet, for, som i aktuelle tilfælde, en 70-årig mand med aneurismer i et omfang som konstateret i B's tilfælde.

Retslægerådet finder det vanskeligt at oplyse om en nøjagtig mortalitetsrisiko, ubehandlet, som i afdødes tilfælde, idet der foreligger en kombination af flere forhold. Vurderes den væsentligste risiko hos afdøde som værende risiko for ruptur af hans aneurysmer i bækkenkarrene og dermed død, skønnes mortalitet at være cirka 25 %.

Spørgsmål 6:

Retslægerådet bedes oplyse, hvad mortalitetsrisikoen generelt er for en 70-årig mand, december 2009, uden en aneurisme som overfor beskrevet.

Retslægerådet kan oplyse, at mortalitetsrisikoen for en 70-årig mand i Danmark i 2009, uden kendt aneurysmedannelse, som overfor beskrevet, var cirka 3 %.

Spørgsmål 7:

Retslægerådet bedes oplyse, om det beskrevne patientforløb med bilateral femur-amputation efterfulgt af MOF(multiorgansvigt) afsluttende med døden er en kendt, men sjælden komplikation.

I givet fald bedes Retslægerådet beskrive risikoen målt i procent.

Retslægerådet kan oplyse, at det beskrevne tilfælde med bilateral femuramputation, efterfulgt af MOF, afsluttende med døden er en kendt, men sjælden komplikation, som skønnes at forekomme i <2%, men mortaliteten i sådanne tilfælde skønnes at være høj, > 75 %.

...

Spørgsmål A:

Retslægerådet bedes vurdere, hvorvidt der var indikation for at foretage operation af B den 15. december 2009?

Svaret bedes begrundet.

Det tilkommer ikke Retslægerådet at forholde sig til, hvorvidt der er behandlingsindikationer, men i den aktuelle sag finder Retslægerådet, at aneurysmedannelsen i iliackarrene, (s. bækkenkarrene) alene vil give indikation for behandling som forebyggende behandling mod ruptur af aneurysmerne.

Spørgsmål B:

Er behandlingsforløbet af B på Hospital G fra den 14. december 2009 og frem efter Retslægerådets vurdering ud-

ført i overensstemmelse med de daværende almindeligt anerkendte retningslinier?

Svaret bedes begrundet.

Ja- Retslægerådet finder, at behandlingsforløbet af afdøde på *Hospital* G 14.12.09 og frem er udført i overensstemmelse med de daværende anerkendte lægefaglige retningslinier. I det skrevne materiale findes der ikke informationer om det modsatte.

...

Spørgsmål H:

I tilfælde af at Retslægerådet besvarer spørgsmål B benægtende, bedes Retslægerådet vurdere, hvorvidt det er mest sandsynligt, at den omfattende vævsdød, var en hændelig komplikation til behandlingen af B eller en følge af, at behandlingen ikke blev udført i overensstemmelse med almindeligt anerkendte retningslinier?

Retslægerådet har bevaret spørgsmålet B bekræftende, hvorfor bevarelse af spørgsmål H falder bort. Det vurderes imidlertid, at den omfattende vævsdød med overvejende sandsynlighed (>50 %), skyldtes en hændelig komplikation."

Forklaringer

Der er under sagen afgivet forklaring af A

A har forklaret blandt andet, at hun er uddannet socialpædagog og har arbejdet i 35 år med familier og børn, herunder 10 år med stofmisbrugere. Hun er i dag pensioneret. Hun lærte B at kende i 1987, og de blev gift i 2000. B havde tidligere været i militæret og blandt andet været udstationeret i USA og var efterfølgende ansat i L som lydtekniker i 42 år. Han blev førtidspensioneret som 63-årige i forbindelse med omstruktureringer i L.

B var en aktiv person, der havde mange daglige gøremål og altid deltog i sociale arrangementer. Han cyklede normalt 10 km eller gik en længere tur dagligt og var i god fysisk form. Han havde en stor venskabskreds, og de havde sammen en båd som de i sejlsæsonen benyttede i weekenderne. De arbejdede endvidere begge frivilligt som natteravn på fredage og lørdage. De var meget berejste og var i 2009 i Rom og i Prag, hvor de til fods besøgte byernes seværdigheder. Sidste rejse var få uger inden, B afgik ved døden.

B var i stand til at gå lange ture og var ikke påvirket i det daglige af sit hjerteflimmer. Han var en smule overvægtig, men generelt ved godt helbred. Grunden til, at B blev undersøgt for aneurismer var, at hans bror netop

havde gennemgået en operation herfor og i den forbindelse havde fået oplyst, at aneurismer kunne være arveligt betinget. B havde haft smerter i sin højre fod og havde fået alternativ behandling blandt andet i form af akupunktur og zoneterapi, men smerterne var ikke forsvundet helt. Det viste sig, at han havde to aneurismer, en i foden og en i lysken. Oprindeligt troede

B, at smerterne i foden var opstået efter en scooterulykke. I 2008 havde

B dog så mange smerter, at han troede, at der var tale om en blodprop i benet, men da han blev undersøgt på hospitalet, var der ikke indikation herfor.

B blev først behandlet på Hospital F, men senere blev han henvist til Hospital G i foråret 2009. Aneurismerne blev holdt under observation i en periode, og i august 2009 blev det konstateret, at aneurismen voksede, hvorfor B blev anbefalet en operation. I den forbindelse fik han oplyst, at hvis aneurismen bristede, var der stor risiko for, at han ville dø.

I december 2009 var B og hun til et orienteringsmøde, hvor de blev vejledt om operationen samt om risici og komplikationer forbundet hermed. De fik ikke at vide, at B's operation var mere alvorlig end lignende patienters operationer, ligesom de ikke blev vejledt om, at der kunne opstå multiorgansvigt. De var begge klar over, at det var en farlig operation, da lægerne skulle rode med B's blodårer.

B skulle opereres om morgenen og blev kørt ned fra operation omkring kl. 16.00. Hun kunne ikke få oplyst, hvornår B var blevet opereret, men da han kom fra operationsstuen, var han vågen. Hun var glad for, at operationen var gået godt. B kunne imidlertid ikke mærke sine ben, hvorfor han blev undersøgt, men herefter skete der ikke yderligere.

Parternes synspunkter

Sagsøgeren har under hovedforhandlingen uddybet anbringenderne i påstandsdokument af 18. juni 2013, hvori blandt andet anføres:

"at B's grundsygdom, aneurisme, ikke var af en sådan alvor, jf. at disse var målt til maksimalt 4,3 cm forud for operationen, at dødsrisikoen - ubehandlet - var signifikant stor, således at dette medfører bortfald af erstatning efter klage- og erstatningsansvarslovens § 20, stk. 1, nr. 4,

at der ved vurderingen skal lægges vægt på B's alder og i øvrigt gode funktionsniveau på tidspunktet for forundersøgelser og på operationstidspunktet,

at Retslægerådet udtaler, at den generelle mortalitetsrisiko for en 70-årig mand i 2009 i Danmark er ca. 3%,

- at mortalitetsrisikoen, ubehandlet, er 25%, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 5,
- at forløbet, afsluttet med MOF, er en sjælden komplikation (mindre end 2%), men at mortaliteten i sådanne tilfælde skønnes høj (> 75%). "

Sagsøgte har under hovedforhandlingen uddybet anbringenderne i påstandsdokument af 18. juni 2013, hvori blandt andet anføres:

"Det gøres overordnet gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets afgørelse af 21. februar 2011 ...

Det må ved bevisbedømmelsen tages i betragtning, at Patientskadeankenævnet på grund af sin sammensætning, der bl.a. omfatter medlemmer med lægevidenskabelig baggrund, brugen af speciallægekonsulenter ved afgørelserne, og gennem behandling af et stort antal sager har en særlig erfaring i at bedømme sager efter klage- og erstatningsloven, og at der derfor skal være et sikkert grundlag for at tilsidesætte afgørelsen. Det gøres overordnet gældende, at **A** ikke har ført bevis herfor.

Der er ikke under forberedelsen fremkommet nye oplysninger eller dokumentation i forhold til grundlaget for Patientskadeankenævnets afgørelse, der giver grundlag for at rejse tvivl om rigtigheden af afgørelsen.

En patient er berettiget til erstatning efter patientforsikringsloven, hvis følgende betingelser er opfyldt:

For det første skal patienten med overvejende sandsynlighed være påført en skade som følger af behandlingen, undersøgelsen m.v., jf. klage- og erstatningslovens § 19, stk. 1, jf. § 20, stk. 1.

Hvis denne betingelse er opfyldt, er det tillige en betingelse, at skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af de i klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1-4, anførte måder.

Erstatningsberettigelse efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, forudsætter, at der som følge af behandlingen er indtruffet en komplikation, der er mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed må tåle. Ved vurderingen heraf skal der tages hensyn til dels skadens alvor, dels patientens sygdom og helbredstilstand i øvrigt samt 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

bestemmelsen, at såvel det i ordlyden udtrykte sjældenhedskriterie som alvorlighedskriteriet er opfyldte. Hvis alvorlighedskriteriet *ikke* er opfyldt, er det uden betydning, at sjældenhedskriteriet *er* opfyldt.

Patientskadeankenævnet har med rette vurderet, at den opståede skade er en hændelig komplikation til behandlingen.

Ved afgørelsen af 21. februar 2011 har Patientskadeankenævnet vurderet, at skaden ikke var tilstrækkelig alvorlig til at udløse erstatning efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, idet **B** havde en meget alvorlig grundlidelse.

I overensstemmelse hermed må det på baggrund af Retslægerådets erklæring lægges til grund, at **B** grundlidelse var meget alvorlig. Grundlidelsen var så alvorlig, at der var en meget høj risiko for, at **B** ville afgå ved døden, såfremt han ikke modtog den iværksatte forebyggende behandling. Retslægerådet oplyser, at mortalitetsrisikoen var på 25 procent - alene henset til den væsentligste risiko hos **B**, idet Retslægerådet samtidig har fundet anledning til at bemærke, at der hos **B** forelå en kombination af flere forhold (svar 5).

Ved vurderingen af erstatningsberettigelsen skal det tillige tillægges vægt, at der var indikation for at gennemføre den foretagne behandling, hvilket understøttes af Retslægerådets svar A.

Herudover skal det tillægges vægt, at den indtrådte komplikation er en kendt komplikation, jf. også Retslægerådets svar 7.

Efter en samlet vurdering af de foreliggende omstændigheder er **B's** skade ikke tilstrækkelig alvorlig *set i forhold til* den grundlidelse, som han blev behandlet for.

Det gøres derfor gældende, at **B** ikke opfylder betingelserne for anerkendelse i henhold til klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4."

Rettens begrundelse og afgørelse

Den 27. december 2009 afgik **B** ved døden efter operation grundet aneurismer på bækkenpulsåren og legempulsåren som følge af omfattende vævsdød i begge ben og baller medførende nyresvigt.

Det lægges efter Retslægerådets besvarelsen af spørgsmål A og B til grund, at behandlingsforløbet af **B** på Hospital G var udført i overensstemmelse med de daværende anerkendte lægefaglige retningslinjer, og at aneurismedannelsen i bækkenkarrene gav indikation for behand-

ling som forebyggende behandling mod ruptur af aneurismerne.

Efter Retslægerådets svar på spørgsmål 5 lægges det videre til grund, at risikoen for **B's** død uden behandling var 25 %, set i forhold til ruptur af hans aneurismer i bækkenkarrene og dermed død, og uden hensyn til at der forelå en kombination af flere forhold.

På denne baggrund findes den indtrufne skade i forbindelse med aneurismeoperationen ikke mere omfattende, end hvad **B** med rimelighed måtte tåle, henset til alvoren af hans grundsygdom, og retten tiltræder derfor, at betingelserne for erstatning efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, ikke er opfyldt.

Den omstændighed, at den opståede komplikation på baggrund af Retslægerådets svar på spørgsmål 7 må anses for sjælden, men med en høj mortalitet, kan ikke føre til andet resultat.

Sagsøgtes påstand om frifindelse tages herefter til følge.

Efter sagens karakter, forløb og udfald skal sagsøgeren til sagsøgte betale 50.000 kr i sagsomkostninger. Beløbet er fastsat på baggrund af en sagsgenstand på 394,850 kr. og dækker sagsøgtes udgift til advokatbistand.

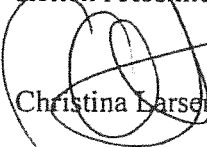
Thi kendes for ret:

Sagsøgte, Patientskadeankenævnet, frifindes for den af sagsøgeren, **A**, nedlagte påstand.

Inden 14 dage skal sagsøgeren til sagsøgte betale 50.000 kr. i sagsomkostninger.

Helle Hjelm Poulsen
Dommer

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Retten i Roskilde, den 19. august 2013.

 Christina Larsen, Kontorfuldmægtig