

RETEN I HOLSTEBRO

**Udskrift af dombogen****DOM**

Afsagt den 21. maj 2012 i sag nr. BS 5-737/2009:

H

mod

Patientskadeankenævnet

Vimmelskaftet 43

1161 København K

Sagens baggrund og parternes påstande

Under denne sag, der er anlagt den 8. juni 2009, har sagsøgeren ved sin endelige påstand nedlagt påstand om, at sagsøgte tilpligtes at anerkende, at sagsøger er påført en patientskade ved ikke den 2. oktober 2006 at være operativt behandlet for prostata cancer med nerveskånende operationsteknik frem for fuldstændig fjernelse af prostata.

Sagsøgte har nedlagt påstand om frifindelse.

Sagen vedrører spørgsmålet, om sagsøgeren i forbindelse med den pågældende operation ikke er behandlet i overensstemmelse med bedste specialiststandard, og om der derved er tilføjet sagsøgeren en skade i form af permanent impotens, som kunne være undgået ved en anden behandlingsteknik.

Oplysningerne i sagen

Det fremgår af sagens oplysninger, at sagsøgeren den 9. december 2005 var på urinvejskirurgisk ambulatorium på sygehus efter at være henvist på grund af spermatocelle.

Det fremgår af journaltilførsler fra urinvejskirurgisk ambulatorium på sygehus fra overlæge P blandt andet:

"21. 06.06

...

Vi har kendt pt. siden december 2005, hvor PSA var 5,1. Efterfølgende faldet til 4,3 og nu 4,4, kompleksbundet PSA også ret høj så ratio lav.

...

25.08.06

...

Mikroskopien viser middelhøjt differentieret adenokarcinom i 1 biop-

si, Gleason score 6.

...

Patienten og hustruen informeres herom. Vi har herefter snakket om behandlingsmuligheder og det jeg især har informeret om er den radikale prostatektomi inklusive følgevirkninger i form af impotens og mulig inkontinens. Jeg har også udleveret informationsmateriale. Det første der sker er at vi skal have lavet en knogleskintigrafi. Denne bestilles.

..."

Det fremgår af journaltilførsel fra samme sted af 14. september 2006 fra overlæge J , blandt andet:

"...

Kommer til svar på knogleskintigrafien som er normal.

Ham og konen har jo set filmen 2 gange og er jo ganske indstillet på operation.

Vi snakker også lidt kryoterapier og brakyterapi, men det er jo fortsat eksperimentelle behandlingsformer og langtidsresultater har vi ikke helt endnu. Det er klart bivirkninger til operation er tab af rejsningsevne og risiko for utæthed. Jeg gennemgår også hvordan operation er med fjernelse af hele prostata og sammenkobling af blærehals til urinrør. Det samme med kurativ intenderet strålebehandling, men jeg synes ikke rigtig, den er relevant i den her sammenhæng, når vi taler om en 46-årig mand.

..."

Det fremgår af journalen fra overlæge M , at operation sker den 2. oktober 2006 og blandt andet:

"...

Man brænder nu godt igennem og i forbindelse med dette, kommer der som vanligt blødning fra det dorsale venekompleks. Gennemstikker med 5/8 sutur men må stikke temmeligt dybt og flere gange idet det bløder temmeligt kraftigt. Til sidst får man dog overblik over feltet og relativt god hæmostase.

...

Da man skal til at sætte anastomose suturere, begynder det påny at bløde nede fra det dorsale venekompleks. Man må herefter gennemstikke talrige gange med vicryl 0. Først efter temmelig lang tid, lykkes det at få kontrol over blødningen.

...

Assisterter: N og J

...

Blødning 7000 ml.

..."

Det fremgår af journaltilførsel af 10. oktober 2007 fra overlæge J vedrørende 1 års kontrol efter radikal prostatektomi blandt andet:

"...

PSA er 0.

Nydeligt flow. Tømmer blæren.

Er dråbeutæt, anvender en enkelt Tena for Men.

Samtidig har vi en længere snak omkring den berømte tv-udsendelse i sin tid. Pt. er meget fortørnet over, at han ikke i sin tid fik klar besked om, at han havde muligheden for nerveskånende operationsteknik. Jeg indrømmer over for ham, at jeg ikke specifikt sagde, at denne mulighed forelå. Fakta er jo, at vi i sin tid i henvisningen fik at vide, at han havde potensproblemer, og det i sig selv, sammen med øvrige kriterier, giver anledning til, at mænd har erektionsproblemer efterfølgende, uanset om de er opereret med nerveskånende operationsteknik eller ej. ..."

Det fremgår af journaltilførsler fra egen læge, H , følgende:

" ...

18-05-92: Har i 1½ år haft problemer med at holde rejsningen, kommer til nærmere gennemgang.

...

03-06-92: Kommer til gennemgang af genitalia, der findes helt normale forhold, normale scrotale reflekser. Kan vil konferere med sin veninde, L om mulighederne for parterapi

...

29-09-2005 An sgd mandl kønsorg incl mammae

Spermatocoelet på højre side er vokset ganske meget og generer nu. Henvises til urologisk afdeling. Kan have problemer med at opretholde en normal erektion. Vi taler om de forskellige psykologiske mekanismer, om træthed og stress og om sensualitets-træning."

Det fremgår af egen læges henvisning af sagsøgeren til sygehus, at journaltilførslen af 29. september 2005 er vedlagt henvisningen.

Det fremgår af journalen for patologisk institut på sygehus fra 22. august 2006, at der ved mikroskopi blev konstateret:

" ...

1. Prostatavæv med hyperplastiske kirtler, ikke malignitet.
2. Udover hyperplasi ses også områder med vækst af prostataadenokarcinom med kirtelimitation svarende til middelhøj differentieringsgrad. Der er nogen fibrose mellem de enkelte kirtlelementer. Gleason score vurderes at være under 7. tolkes forenelig med $3+3 = 6$.

..."

Det fremgår af den efter operationen foretagne undersøgelse på patologisk institut på sygehus vedrørende diagnoser:

" ...

A-B: Prostata med adenokarcinom, Gleason score 7, stadium pT2c

...

Mikroskopibeskrivelse 10-10-2006:

A: I snittene fra hø. prostatalap ses adenokarcinom, det primære vækstmønster er nok Gleason 3, men der er nogle steder hvor vækstmønstret er Gleason 4. Der er ikke indvækst i vesicula seminalis og det når ikke ud til tuschmarkerede overflade. Der er heller ikke gennemvækst af kapslen. Det drejer sig om flere små infiltrater, men jeg tror da at tumorvævet udgør ca. 1/5 af prostatas samlede volumen. På ve. side er der også adenokarcinom, lidt mindre udpræget, men også

her flere små foci. Vækstmønstret er det samme som på hø. side. Der er ikke indvækst i vesicula og den er fri af overfladen.
.."

Patientforsikringen traf den 4. april 2008 afgørelse om, at sagsøgeren ikke er berettiget til erstatning efter lov om patientforsikring. Afgørelsen blev truffet i henhold til § 1, stk. 1, og § 2, stk. 1, i lov om patientforsikring.

Det fremgår af afgørelsen blandt andet:

"...
Histologi viste, at H havde en prostatakraft, gleason score 7.

...
H har anmeldt det forhold, at han ikke før prostatektomien blev informeret om en nerveskånende operationsteknik, hvorfor han nu er permanent impotent.

...
Patientforsikringen har vurderet, at H ikke med overvejende sandsynlighed er blevet påført en skade som følge af behandlingen på hospitalet

Patientforsikringen har ved sin afgørelse lagt vægt på, at selve indgrebet foretaget den 2. oktober 2006 blev udført efter gældende retningslinier i overensstemmelse med bedste specialiststandard. Der er endvidere lagt vægt på, at den valgte operationsmetode nødvendigvis ville medføre impotens, hvilket H grundigt var blevet informeret om inden operationen, hvorfor det forhold, at H blev impotent ikke findes at være en skade i patientforsikringslovens forstand.

Patientforsikringen er opmærksom på, at der findes en alternativ nervebesparende operationsmetode. Det er imidlertid Patientforsikringens opfattelse, at det forhold at hospitalet i samarbejde med H besluttede at foretage radikal operation er i overensstemmelse med bedste lægelige standard. Der er herved lagt vægt på, at H havde en alvorlig kræftsygdom, og risikoen for ikke at operere radikalt er større i forbindelse med en nervebesparende operation. Endvidere er det meget sjældent, at man kan beholde potensen i tilfælde, hvor patienten forud for indgrebet havde oplevet potensproblemer, hvilket ifølge sagens akter var tilfældet hos H

Det skal bemærkes, at det er muligt, at informationen givet inden operationen i det konkrete tilfælde var utilstrækkelig, hvilket i så fald er beklageligt. Dette er imidlertid ikke er erstatningsberettigende forhold i sig selv.
..."

Det fremgår af konklusionen af den lægelige vurdering til brug for patientforsikringen udarbejdet af A, speciallæge i urologi og kirurgi.

"...

KONKLUSION:

Patienten mistænkes for T1 prostatacancer i lille fokus og gleason 6 forandringer, men viser sig rent faktisk at have multifokal prostatacancer, gleason 7. Der er cancer i begge sidelapper. Kapslen synes ikke nået. Kunne potentielt være behandlet med forsøg på nervebesparelse, principelt i begge sider, men for det første kunne radikaliteten være sat på spil, for det andet giver selv de allerbedste hænder nervebesparelse kun potensbevarelse i 60 til 70% af tilfældene, og for det tredje meget sjældent i forbindelse med forud eksisterende potensproblemer. Jeg mener således ikke, der er sket brud på bedste specialiststandard og gør opmærksom på, at hele sagen synes at hænge sammen med en da verserende noget tendentiøs fjernsynsdækning. Jeg mener, at patienten er behandlet i overensstemmelse med bedste specialiststandard.

Forholdene omkring impotensafhjælpning er ikke dokumenteret, men har i realiteten ikke den store implikation for afgørelsen.

..."

Patientskadeankenævnet traf den 4. december 2008 afgørelse og tiltrådte Patientforsikringens afgørelse af 4. april 2008. Det fremgår af af afgørelsens begrundelse og resultat:

"...

Af de grunde, der er anført af Patientforsikringen, kan Patientskadeankenævnet tiltræde afgørelsen.

Der er således nævnets vurdering, at hele behandlingsforløbet har været i overensstemmelse med bedste specialiststandard, herunder hvad angår valget af behandlingsmetode. Endvidere er det nævnets vurdering, at H ikke er påført en skade i forbindelse med behandlingsforløbet.

Det kan supplerende bemærkes, at den postoperative histologiske undersøgelse viste, at den nervebesparende operation ikke ville have været egnet til H på grund af den histologiske opgradering (multifokal prostatacancer, Gleasonscore 7).

For så vidt angår Deres bemærkninger om, at H ikke har modtaget tilstrækkelig information om alternative behandlingsmuligheder, 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 information forud for et behandlingsforløb, skal indgives til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Den omstændighed, at behandlingen har haft følgevirkninger i form af bl.a. impotens og inkontinens, berettiger ikke i sig selv til erstatning efter patientforsikringsloven.

..."

Det fremgår af den lægelige vurdering til brug for Patientskadeankenævnet foretaget af P speciallæge i urologi.

"...

Lægelig vurdering:

H gennemgår behandling for prostatacancer, Gleasonscore 6 i 1 af biopsierne (hø.midt). Det fremgår af henvisningen (se d.o.), at H er/ har været erektivt dysfungerende. H er informeret behandlingsmulighederne, incl. kryo-, brachy- og stråleterapi samt risiko for tab af rejsningsevne og inkontinens. Der er udleveret informationsmateriale incl. film. Histologisk undersøgelse af det fjernede præparat viser multifokal prostatacancer, Gleasonscore 7. Som det fremgår af det fremsendte materiale findes den gennemførte behandling velindiceret og i overensstemmelse med bedste faglige standard.

Præoperativt var de formelle, tekniske kriterier for at tilbyde nervebesparende operation opfyldt (PSA <7, Gleasonscore 6, 1 positiv biopsi midt), men denne behandling er ikke relevant, såfremt patienten er impotent. Den nervebesparende operation indebærer under alle omstændigheder en forøget risiko for at operationen ikke bliver radikal, da man 'er nærmere på prostata'. Når der som er her tale om en patient, der præoperativt er oplyst at være erektivt dysfungerende, må der foregå en vurdering af risikoen for ikke radikal operation ved nervebesparende teknik, holdt overfor sandsynligheden for, at der vil være bevareret relevant erektiv formåen postoperativt. Det er her vigtigt at have fokus på formålet med indgrebet - dvs. radikal cancerbehandling - og ved tvivl og i grænsetilfælde bør man anbefale prioritering af cancerbehandlingen, men i øvrigt vælge behandling i samråd med patienten. Og det skal bemærkes, at de præoperativt erkendte forhold ofte er sådan, at nervebesparende operation ikke findes relevant grundet meget stor risiko for at operationen så ikke bliver radikal.

Radikal prostatektomi *per se* indebærer en stor risiko for udvikling af erektiv dysfunktion, hvilket ikke er det samme som impotens, og risikoen beskrives noget varierende til omkring 70-80% ved ikke nervebesparende operation og godt det halve ved nervebesparende operation. Ved erektiv dysfunktion allerede inden indgrebet er risikoen væsentligt højere. På basis af disse forhold her man valgt at tilbyde ikke nervebesparende operation, man har orienteret om andre relevante behandlingsmuligheder, men der synes ikke mundtligt at være orienteret specifikt om den nervebesparende mulighed - men det fremgår af det udleverede informationsmateriale (DVD'en).

H er tilbudt, og har fået foretaget, den mest sikre operation, set ud fra et radikalitetsønske, og det vurderes ikke, at det tilbud/den udførte operation ikke er i overensstemmelse med bedste faglige standard - s.a. ville en diskussion med H om præmisserne for den ene eller den andens operationstype dog have været relevant. Videre viser den postoperative histologiske undersøgelse, at den nervebesparende operation ikke ville have været egnet til H, grundet den histologiske opgradering (multifokal prostatacancer, Gleasonscore 7), et fænomen der ofte ses. Prognosen for den aktuelle prostatacancer baseret på den 'opgraderede' histologi, alder og PSA kan angives til en forventet cancerspecifik mortalitet på ca. 25% indenfor 5 år, og ca. 75% indenfor 15 år, således meget alvorlig prognose ubehandlet.

Det vurderes, at den af behandlingen udløste (forværring af) erektiv dysfunktion er en meget hyppig effekt af såvel nervebesparende som ikke nervebesparende radikal prostatektomi, og selv om operationen var udført nervebesparende, ville der således have været meget betydelig risiko for erektiv dysfunktion. Videre var H, i lyset af det samlede billede, som det foreligger postoperativt, ikke egnet til nervebesparende operation. Samlet vurderes der således ikke at være sket patientskade, og den erektive dysfunktion er en meget hyppig følgetilstand efter korrekt gennemført behandling. Vedrørende den givne information ligger en vurdering heraf udenfor undertegnede kompetenceområde.

Konklusion:

Behandlingen vurderes at have været i overensstemmelse med bedste specialiststandard, jf. patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1. Der vurderes ikke at være sket patientskade. Vurdering af den givne information ligger udenfor undertegnede kompetenceområde.
..."

Retslægerådet har afgivet udtalelser af 12. november 2010 og 15. juni 2011 hvoraf fremgår:

"...

Spørgsmål 1:

Af continuation for 'sygehus under datoen 25. august 2006 fremgår det, at der forud for H s operation kunne måles en gleason score på 6. Retslægerådet anmodes om at afgive udtalelse om, hvorvidt der ud fra dette faktum kunne anbefales en nervebevarende operation, som alternativ til en radikal prostatakтоми.

Afgørelse om anvendelse af ikke-nervesparende eller nervesparende teknik ved udførelse af radikal prostatektomi træffes på grundlag af følgende objektive præoperative parametre: PSA, palpation af prostata (T-kategori), Gleason score, antal positive biopsier og alder.

Herudover indgår patientpræference og præoperativ erektile funktion i overvejelserne.

Sagsøger var på operationstidspunktet 47 år gammel og havde en PSA på 5.2. Prostata blev palperet uden svulster (T1c), og ud af seks vævsprøver var kun én fra højre side med Gleason 6 (3+3) adenocarcinom. Baseret på disse objektive parametre var sagsøger kandidat til en nerve-sparende radikal prostatektomi, enten unilateralt (på kun den ene side) eller bilateralt (begge sider).

Præoperativ erektile funktion og patientpræference synes ikke berørt i journalen.

Sagsøger synes dog grundigt informeret om behandlingsmuligheder og bivirkninger, herunder erektionsbesvær. Det fremgår yderligere, at sagsøger to gange har set den udleverede informationsvideo, der informerer om erektionsproblematik, inklusiv mulighed for nerve-sparende operation.

(Spørgsmålet indeholder en misforståelse: En nervesparende operation er ikke et alternativ til radikal prostatektomi. En radikal prostatektomi kan, afhængig af svulstens malignitetspotentiale og udbredning samt patientens ønske, udføres ikke-nervesparende, hvor man går så langt som muligt udenfor prostata for at optimere muligheden for at fjerne alt svulstsvæv - eller nerve-sparende, hvor man vover at gå helt tæt på prostata for at skåne de trådfine nerver og kar som forsyner svulmelegemerne i penis. Valget mellem nerve-sparende og ikke nerve-sparende teknik er en balancering mellem en øget risiko for at efterlade svulstsvæv i patienten og et forsøg på at bevare mest muligt af patientens erektile funktion.)

Spørgsmål 2:

Retslægerådet anmodes om ud fra histologirapport af 02.10.2006 at udtale sig om, hvorvidt der ud fra det efter operationen konstaterede, ville have været væsentlig større risiko for manglende helbredelse for prostatakraften, hvis der havde været gennemført en nervebesparende operation.

Spørgsmålet er hypotetisk.

Den endelige histologiske undersøgelse af den fjernede prostata viste multifokal Gleason 7 (3+4) adenocarcinom. Svulsten holder sig indenfor prostata's begrænsning, og der er frie resektionsrande. De fjernede lymfeknuder er uden malignitet. Således pT2c, N0, Gleason 7. Baseret på dette må sagsøgeren opfattes som helbredt ved det kirurgiske indgreb.

Principielt må nerve-sparende teknik betragtes som forbundet med en større risiko for at efterlade kræftvæv i patienten, om end det i aktuelle patient ville have været muligt at opnå samme resultat også ved nerve-sparende teknik.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om H s spermatocele på højre side, der ifølge lægejournalen var vokset ganske meget den 29. september 2005 og generede ham, kan have haft indflydelse på H s eventuelle rejsningsproblemer forud for den radikale prostatotomi ?

I bekræftende fald anmodes Retslægerådet om at oplyse, om disse spermatooceller ved operativ fjernelse ville have påvirket eventuelle potensproblemer positivt.

Nej. Spermatocele giver ikke per se anledning til rejsningsbesvær. Hvorvidt tilstedeværelsen af en knude i den ene halvdel af pungen kan give anledning til psykologiske problemer med deraf følgende rejsningsbesvær synes usandsynligt, men kan ikke udelukkes.

I øvrigt omtales sagsøger præoperative rejsningsproblemer i egen læges notater helt tilbage i 1992 og igen i 2005. I 1992 beskrives kønsorganerne normale, specifikt beskrives intet spermatocele.

Spørgsmål A:

Hvilke behandlingsmuligheder anses for indicerede i tilfælde som sagsøgerens?

I betragtning af sagsøgers unge alder (47) er kurativt intenderet behandling indiceret. Etablerede behandlinger er radikal prostatektomi og strålebehandling. Vedrørende valg af nerve-sparende kontra ikke-nerve-sparende kirurgi, se svar på spørgsmål 1.

Spørgsmål B:

Bør de i journalmaterialet fra egen læge omtalte rejsningsproblemer, jf. journaltilføjelser af 19. maj 1992, 3. juni 1992 og 29. september 2005, have indflydelse på valg af behandlingsform ?

Ja. Sagsøgers erektive funktion før behandling kan have indflydelse på

valg af behandling. Jævnfør svar på spørgsmål 1.

Spørgsmål C:

Hvilken behandlingsform var der stærkest indikation for i sagsøgers tilfælde og hvorfor?

Radikal prostatektomi. Ifølge foreliggende oplysninger forelå ingen kontraindikationer for kirurgisk behandling. Kirurgi må foretrækkes hos en så ung patient, hvor den lange forventede levetid forstærker bekymringen om såkaldte "sekundærcancere", som ses ved langtidsopfølgning efter strålebehandling.

Spørgsmål D:

Hvor hyppigt indtræder komplikationer som sagsøgerens efter at de i svaret på spørgsmål A angivne forskellige måder at behandle prostatakræft på?

Erektile dysfunktion (rejsningsbesvær) er en særdeles almindelig komplikation efter behandling for tidlig prostatakræft. Hyppigheden er stærkt afhængig af erektionsfunktionen før behandling og ses i forskellige sværhedsgrader.

For mænd med normal erektionsformåen præoperativt gælder, at risiko for manglende rejsningsfunktion efter radikal prostatektomi skønsmæssigt er

80 % ved ikke-nervesparende operationsteknik.

60 % ved unilateral nervesparende teknik.

40 % ved bilateral nervesparende teknik.

Ved strålebehandling (ekstern) er den umiddelbare risiko for erektil dysfunktion mindre end ved kirurgi, men syntes i løbet af et par år efter endt behandling at nærme sig niveauet for kirurgi.

Spørgsmål E:

Hvilke af de i svaret på spørgsmål A nævnet måder at behandle prostatakræft på medfører den bedste overlevelseschance på 5 eller 10 år.

Risikoen for sygdomsspecifik mortalitet (prostatacancerdød) efter 5 og 10 år er hos en patient som sagsøger minimal efter vellykket operation, og må betragtes som nærmest på linie med baggrundsbefolkningen. Det vil således være umuligt at måle nogen forskel i sygdomsspecifik overlevelse mellem opererede og strålebehandlede patienter efter 5 og 10 år. I øvrigt henvises til svar på spørgsmål C.

Spørgsmål F:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Spørgsmål G:

Under henvisning til Retslægerådets svar på spørgsmål B bedes det oplyst, om det for sagens afgørelse kan lægges til grund som sandsynligt, at sagsøgeren forud for prostataoperationen var erektivt dysfunktionel?

Spørgsmålet kan ikke besvares entydigt. Som anført i Retslægerådet

svar på spørgsmål 1 er præoperativ erektile funktion ikke berørt i journalen fra urinvejskirurgisk afdeling, Sygehus, fra første patientkontakt den 09.12.05 og frem til operationen den 02.10.06. Som det også fremgår af Retslægerådets tidligere svar på spørgsmål 3, har sagsøgers egen læge i sine notater to gange nævnt, at sagsøger har haft problemer med at vedligeholde erektion. Første gang den 18.05.92, hvor problemet angiveligt skulle have været til stede i 1½ år. Anden gang nævnes problemet med at vedligeholde normal erektion den 29.09.05, og dette notat synes tilsyneladende at have fulgt henvisningen til urinvejskirurgisk afdeling, som er dateret den 06.12.05.

Således er "problem med at vedligeholde normal erektion" nævnt af egen læge senest ét år før operationen. Problemet er uspecifikt (5 minutter? 15 minutter?), helt klart af subjektiv karakter og ikke søgt nærmere karakteriseret eller objektiviseret. Angivelsen kan derfor ikke opfattes som tilstrækkeligt grundlag for at betragte sagsøger som erektile dysfunktionerende forud for operationen.

Spørgsmål H:

Besvares spørgsmål G bekræftende, bedes det oplyst, hvor stor en risiko for manglende rejsningsfunktion en radikal prostatektomi skønnes at medføre ved

- 1) ikke nervebesparende operationsteknik,
- 2) ved unilateral nervebesparende operationsteknik og
- 3) ved bilateral nervebesparende operationsteknik?

Da spørgsmål G ikke kan besvares hverken be- eller afkræftende er spørgsmålet hypotetisk.

Spørgsmål J:

Giver sagen anledning til yderligere bemærkninger?

Nej.
..."

Der foreligger samarbejdsaftale af 14. marts 2006 mellem daværende amter vedrørende radikal prostatektomi. Det fremgår, at aftalen skal træde i kraft, når Sundhedsstyrelsens godkendelse foreligger. Det fremgår, at i særlige tilfælde, hvor udredningen og indikationstillingen frembyder særlige problemstillinger, vil patienterne i relevant omfang blive konfereret med/undersøgt på urologisk afdeling på B sygehus.

I Ugeskrift for Læger 14. maj 2007 var en artikel om dette center-satellit samarbejde skrevet af overlæger ved hospitalerne i . Det fremgår heraf blandt andet, at der ikke ved de første 100 operationer foretaget i blev forsøgt nervebesparende kirurgi.

Den 24. maj 2007 bad Sundhedsstyrelsen regionsdirektøren i region om oplysninger på baggrund af artiklen. Det fremgår, at Sundhedsstyrelsen ikke har godkendt samarbejdsaftalen.

Hospitalenheden har udarbejdet redegørelse af 12. juni 2007. Det fremgår heraf blandt andet:

"...

~~Center-satellit~~aftalen

~~Center-satellit~~aftalen, som foreligger skriftligt fastslår følgende:

1. Samtlige patienter, der henvises til de tre nævnte afdelinger, som i princippet dækker et optageområde, der svarer til de tidligere Amt, forundersøges og vurderes efter de retningslinier, der er gældende for Urinvejskirurgisk Afdeling, **B** Sygehus.

Det indgår desuden i aftalen, at patienter primært henvist til **B** Sygehus kan henvises til operation i for at reducere ventetiden. Patienternes accept skal foreligge i alle tilfælde.

Forundersøgelse foregår ved alle tre afdelinger.

I særlige tilfælde eller i tilfælde, hvor der er tvivl skal patienterne vurderes ved centerafdelingen.

2. Udvalgelse af patienter til operation foretages efter de kriterier (indikationer), der gælder for Urinvejskirurgisk Afdeling, **B** Sygehus
3. Operation af patienter fra det tidligere Amt og det tidligere Amt skal med mindre, der gør sig specielle forhold gældende, opereres ved hospitalet (der er således ikke opereret under aftalen ved hospitalet)
4. I de situationer, hvor der er tale om særlige tilfælde, skal patienten henvises til operation ved centerafdelingen, dog således at patienter med særlige problemstillinger kan opereres i med deltagelse af erfaren kirurg fra centerafdelingen.
5. De kirurger (få), der skal udføre operationerne i skal være uddannet ved centerafdelingen på **B** sygehus.
6. Der skal løbende foretages opfølgning på resultaterne i et samarbejde mellem centerafdelingen og satellitafdelingerne for at sikre den faglige kvalitet.

Aftalen blev i forbindelse med opstarten af samarbejdet fremsendt til godkendelse i Sundhedsstyrelsen. Aftalen er aldrig blevet formelt godkendt, men det blev besluttet, at man kunne lade samarbejdet iværksætte, hvorefter sagen ville blive genoptaget i forbindelse med den nationale specialeplanlægning for urologien.

...

Kvalitetskontrol

Der er som fordret i center-satellit aftalen afholdt audit d.v.s. gennemgang af samtlige forundersøgelser og behandlinger (operationer) hvert ½ år med deltagelse af urologerne fra Sygehuse. Derudover har deltaget de patologer, der undersøger prøver i

forbindelse med forundersøgelsen og efterfølgende operationspræparaterne og endelig onkologer (kræftlæger). Auditmøderne har ikke påvist kvalitetsproblemer. Hvad angår operationstid, blødning, transfusionsbehov, forekomst af positive resektionsrande og komplikationer er resultaterne af de første 100 radikal prostatektomier helt på linje med hvad der international rapporteres fra stor velrenommerede centre.

Det er væsentligt at påpege, at auditmøderne også har haft til hensigt at sikre, at indikationerne for operation og retningslinierne afstukket for operationernes gennemførelse har været overholdt.

Information af patienterne før operation

Samtlige patienter har før operationen fået en grundig information (omfattende skriftligt informationsmateriale, informationsvideo udarbejdet af prostatacancer patientforeningen og mundtligt information) om operationen, operationens mål, risici og herunder er der givet grundig information om især risici for inkontinens og rejsningsbesvær.

Nervebevarende operation

Der har ikke været givet systematisk information om nervebevarende operation (operationsmetode, der bevarer de nerver, der har betydning for potensen). De 2 operatører har med alle de opererede pt. diskuteret den betydelige risiko for rejsningsbesvær. Pt. for hvem rejsningsproblemet har været et tilbagevendende emne under diskussionen der foregår i forbindelse med den præoperative information har været informeret om vores mulighed for at viderehenvise til I den aktuelle periode har 6 pt. været viderevisiteret og én pt. er opereret i med nervesparende teknik, idet en læge fra centeret deltog i operationen. Ellers har denne operationsmetode ikke været anvendt ved afdelingen i , hvor det primære formål med operationen - efter aftale med Centerafdelingen - har været at sikre størst mulige sikkerhed for at fjerne al kræftvæv.

Hvis man vælger at udføre den nervebevarende operation frigøres disse nerver fra selve overfladen af prostata og dermed er der også større risiko for ikke at få fjernet al kræftvæv.

Ved gennemgang af resultaterne for de første 100 patienter har det vist sig, at 15 patienter som udgangspunkt kunne have været potentielle kandidater til nervebevarende operation.

Gennemgangen viser imidlertid også, at 10 af disse patienter formentlig ikke kunne have været opereret radikalt (dvs. have fået al kræftvæv fjernet ved operation med bevarelse af nerverne) og at der rester således af størrelsesordenen 5 patienter, som med nutidig viden må antages med fordel at kunne have været opereret med nervebevarende operation. Det ligger imidlertid fast, at problemstillingen vedr. rejsningsbesværet har været drøftet med alle patienter og at der i det foreliggende informationsmateriale ville have været mulighed for patienterne at tilvælge operation med nervebesparende teknik.

..."

Der er efterfølgende korrespondance mellem region og Sundhedsstyrelsen, herunder vedrørende en tv-udsendelse bragt i DR den 18. juni 2007.

Det fremgår af brev fra Sundhedsstyrelsen af 11. juli 2007 til region blandt andet:

"...

Med hensyn til det sidste tager Sundhedsstyrelsen til efterretning, at det i første omgang er nødvendigt at fortsætte center-satellitaftalen med henblik på at sikre tilstrækkelig kapacitet til kirurgisk behandling af kræft i blære-halskirtlen til at undgå stigende ventetider i en tid med voksende behov.

...

Spørgsmålet om den faglige kvalitet har styrelsen som nævnt i henvendelsen af 15. juni søgt nærmere vurderet i en landsdækkende undersøgelse gennem Sundhedsstyrelsens Kirurgigruppe. Resultatet heraf foreligger endnu ikke.

Region skriver, at man indtil Sundhedsstyrelsens reaktion efter artiklen i Ugeskrift for Læger den 14. maj 2007 var af den opfattelse, at styrelsen var vidende om aftalen. Opfattelsen er baseret på, at styrelsen har haft mulighed for at være orienteret herom bl.a. via den sædvanlige og løbende indrapportering af samtlige operationer og patientforløb.

Sundhedsstyrelsen skal hertil bemærke, at styrelsens forventning er, at når tre amter henvender sig skriftligt to gange for at få tilladelse til at etablere center-satellitsamarbejde, og begge gange får et klart negativt svar, endog uddybet i to møder, så oprettes/fortsættes funktionen ikke. Sundhedsstyrelsen har hidtil ikke haft den praksis generelt at vurdere om aftaler/ikke aftaler overholdes, for eksempel gennem kontrol af indberettede data, da styrelsen forventer at regionerne planlægger i overensstemmelse med gældende regelsæt.

..."

hospitalet har 28. januar 2008 sendt redegørelse til Sundhedsstyrelsen vedrørende de i foretagne operationer for prostata cancer. Det fremgår heraf, at af de 100 opererede patienter er der 15 patienter, der kunne være potentielle kandidater til nervebesparende operation, herunder sagsøgeren. Disse patienter er gennemgået enkeltvis i redegørelsen. det fremgår af redegørelsen blandt andet:

"...

Såvel J som M er oplært i procedurene i forbindelse med radikal prostatektomi herunder også informationsgivning af overlæge K (centeret).

J har tidligere været ansat på Sygehus, og Sygehus, og M har været ansat på Urologisk Afdeling, Sygehus og Urologisk Afdeling, Sygehus; begge har på de angivne afdelinger deltaget i den samme opgave, nemlig udredning, informationsgivning og gennemførelse af den radikale prostatektomi.

...

9. H. t, ...
Ovennævnte var egnet til forsøg på nerveskånende operationsteknik vurderet ud fra en PSA på 5,1, 1 ud af 6 biopsier viste adenocarcinom

Gleason score 6. Bliver imidlertid ekskluderet pga. at han præoperativt har delvis erektil dysfunktion. Der er derfor ikke i den 3. samtale med denne patient, specifikt diskuteret nerveskånende operationsteknik som følge af dette. Det er velkendt, at mænd med erektil dysfunktion i forbindelse med en radikal prostatektomi, med største sandsynlighed og uanset operationsmetode vil have rejsningsproblemer efterfølgende. Den endelige histologi viste pT2c, Gleason-score 7. Der henvises i øvrigt til journalnotat fra den 14. september 2006.

/J

...
Der henvises til skrivelse af 23.08.07 (eksklusionskriterierne for nervebesparende operation:

- Bestående erektil dysfunktion
- PSA > 10 mikrogram/liter
- Gleasonscore > eller = 7
- > 2 positive biopsier
- Positiv biopsi fra apexregion

Der gøres også opmærksom på at selvom en patient opfylder kriterierne for en såkaldt nervebesparende operation er det ikke sikkert at det teknisk er muligt, når man står under selve operationen. Dette kan skyldes anatomiske forhold, tilstedeværelse eller tidligere tilstedeværelse af infektion/fibrose i området eller stor blødning.

..."

Sundhedsstyrelsen har ved brev af 7. januar 2008 skrevet følgende om afslutning af prostata-sag:

"...

Sundhedsstyrelsens Enhed for Planlægning meddelte herefter ved brev af 11. juli 2007 Region , at styrelsen tog til efterretning, at det i første omgang var nødvendigt at fortsætte centersatellitaftalen med henblik på at sikre tilstrækkelig kapacitet til kirurgisk behandling af kræft i blærehalskirtlen for at undgå stigende ventetider.

...

Sundhedsstyrelsen har gennemgået journalerne, informationsmateriale og udtalelserne. På baggrund af det samlede materiale lægger Sundhedsstyrelsen til grund, at overlægerne M. og J. har informeret de involverede patienter. Sundhedsstyrelsen finder således, at overlægerne M. og J. samlet set ikke har udvist manglende omhu og samvittighedsfuldhed ved deres information af de ovennævnte 22 patienter, jf. § 17 i lov nr. 451 af 22. maj 2006 om autorisationer og sundhedsfaglig virksomhed.

Sundhedsstyrelsen finder dog, at det havde været hensigtsmæssigt, at det for de patienter, hvor nervesparende operation kunne have været en behandlingsmulighed, klart og specifikt havde fremgået af journalerne, at patienterne havde modtaget information om dette. Sundhedsstyrelsen henstiller til at dette fremover præciseres i journalen for denne gruppe af patienter.

..."

Der er fremlagt vejledning om kræft i prostata og vejledning om fjernelse af prostata fra hospitalet Det fremgår af sidstnævnte blandt

andet:

" ...

Operationen

Du får et operationsar fra navlen ned til ovenfor skambenet. Ved operationen fjernes hele blærehalskirtlen og begge sædblærer. Når blærehalskirtlen fjernes kan den indre lukkemuskel til blæren og nervetråde til svulmelegemerne beskadiges. Det kan medføre problemer med at holde på vandet (inkontinens) og rejsningsbesvær (impotens).

Hvis sygdommen er i et meget tidligt stadium, er det muligt at skåne nerverne omkring prostata; selv ved nervesparende operation vil 40-60% efterfølgende have rejsningsbesvær.

..."

Den til sagsøger udleverede informationsvideo er forevist for retten.

Tv-udsendelse sendt den 18. juni 2007, der angiveligt har givet anledning til, at sagsøgeren har reageret, er forevist for retten.

Forklaringer

H har forklaret, at hans potensproblemer bestod i, at det kunne være svært engang imellem. Han talte med lægen. De blev enige om, at det måske skyldtes hans arbejde. Han er med skiftende arbejdstider, herunder natarbejde og tidligt om morgenen. Han har ikke problemer i forbindelse med ferier. Der var ikke tale om afhørtes potensproblemer i forbindelse med første samtale på sygehuset, og han så ikke papirer, hvoraf dette fremgik. Der var to samtaler, en hvor han fik taget biopsien og en efterfølgende. Han husker ikke, at hans potensproblemer har været nævnt. Han husker samtalen, hvor biopsien forelå. Det var en voldsom besked at få. Det kan være, der er ting, han ikke kan huske. Han husker ikke, at der var tale om en nervesparende operation. Han har set filmen. Han husker ikke, at han har set den lokale vejledning fra sygehus og heller ikke den anden vejledning. Han fik filmen, da han fik oplysning om biopsien. Han husker ikke, han fik papir udleveret. Han har gemt det, han har fået, og har ingen vejledninger. Potensen har ikke fungeret efter operationen. Set i bakspejlet ville det have ændret hans valg af operationsmåde. Han er autoritetstro. Han ved ikke, hvad han ville have sagt, hvis det var blevet oplyst, at de ikke ville få det hele med ved en nervesparende operation. Han ville have valgt dette, hvis han havde mulighed for at have det lige så godt. Han kan ikke se, at hospitalet kan have haft oplysninger om hans rejsningsproblemer før efterfølgende.

Overlæge P har forklaret, at han er ansat på sygehus. H's henvendelse var på grund af en godartet udfyldning i pungen. Vidnet undersøgte H, og der blev taget en PSA-prøve, som er hele indgangen til operationen. Journalnotatet af 9. december 2005 indeholder det væsentlige i forhold til henvisningen, spermatocelle - hulrum i bitestiklerne. Der blev taget en PSA blodprøve, der fører til det videre for-

løb. Han følte på prostata for at tjekke urinvejene i øvrigt. PSA'en har ikke noget med spermatocele at gøre. Det er for ikke at overse noget i urinvejene. I henvisningen på side 2, er der en oplysning fra 2005, hvor egen læge har gjort opmærksom på problemer nævnt hos egen læge med hensyn til erektion. Vidnet ved, at disse oplysninger er der. Vidnet har ikke noteret dette i journalen, da det ikke var det, der var tale om. Problemet dengang var spermatocele, men vidnet tog også andre prøver. Vedrørende journalnotatet den 21. juni 2006 tror vidnet ikke, at de har været inde på operation. Det ville ikke være naturligt, før de har en diagnose. Journalnotatet 25. august 2006 indeholder det, de altid siger, når de taler om radikal prostata, hvor de oplyser, at der er stor risiko for impotens. Vidnet tror ikke, der er brugt udtrykket nervesparende operation i denne samtale. Her er det afgørende at få formidlet, at der er en alvorlig livstruende sygdom. Hovedbudskabet er, at der er påvist en kræft. De talte også om, hvad de kunne gøre ved det, men manglede yderligere oplysninger. Det andet ville være naturligt ved samtalen med en af de kirurger, der laver indgrebet. Operationerne startede i november 2004. De havde lavet kriterier for, hvem der skulle tilbydes en nervesparende operation. De har i behandlet patienter, som er udredt på B sygehus. Det er i alt 13 af de 100 anførte patienter. Seks patienter er sendt til B sygehus, til operation og en operation er udført i af læger fra B sygehus. Der er 15 af de 100 patienter, som de skønnede som mulige kandidater til den nervesparende operation. Kriterierne er de anførte i bilag A. Bortset fra erektil dysfunktion hører sagsøgeren til gruppen, der før operationen kunne være kandidat til en nervesparende operation. Billedet under operationen er et andet. Vidnet kan ikke svare på, hvorfor der ikke står noget om den erektile dysfunktion. Det ville være godt, om dette var beskrevet. Gleason-score fortæller noget om, hvor aggressiv canceren er. Der kigges på mønstrene. Forud for operationen vurderes begge mønstre kategori 3, som giver en Gleason-score på i alt 6. De kunne ved den endelige mikroskopi efterfølgende se, at det var en cancer, som sad på begge sider af prostata og var mere omfattende, hvor den endelige Gleason-score var 7 sat sammen som 3+4. 4+3 er værre end 3+4. Kriterierne er alment accepterede kriterier, som er lavet sammen med B sygehus. Vidnet husker det, som om Sundhedsstyrelsen stiltiende accepterede samarbejdet. Det var en aftale mellem de gamle amter, amter. Diskussionen omkring dette foregik på et andet niveau end vidnets. Sundhedsstyrelsen kom frem til, at operationerne kunne fortsætte i . De har hele tiden lavet de nervesparende operationer. De første seks visiterede de som anført videre til B sygehus. Nu laver de også operationerne i . Vidnet husker ikke, hvornår de lavede de første.

J har forklaret, at han uddannet speciallæge i kirurgi og urinvejskirurgi. Han har almen kirurgi som grundspeciale. I 1998-2003 var han afdelingslæge på sygehus. I 2003 blev han overlæge, da urinvejskirurgien blev samlet. I 2004 begyndte de at lave prostata operationer, da aftalen med B kom i stand. Han har tidligere opereret i B. Der var kapacitetsproblemer i B. K i B tog kontakt med vidnet, idet vidnet havde udført disse operationer tidligere i . Vidnet var

et halvt år i B med henblik på at bygge center-satellit samarbejdet op. Vidnet havde personale med fra B sygehus så de kunne have hele "pakken" på plads, inden de gik i gang. Vidnet husker ikke, hvornår helt præcist de begyndte at lave nerveskånende operationer i B. Hvis nogen ønskede nerveskånende operation, skulle han henvise til B eller B kom til B, B kunne også sende patienter til fra B. Ellers opererede patienter fra B. Det lå i samarbejdsaftalen mellem B amter, at de skulle holde halvårslige møder. De har faste kriterier for, hvornår de overvejer nerveskånende operationer. Vidnet redegjorde for fremgangsmåden ved en nerveskånende operation. Selv om det er en nerveskånende operation, kan der være betydelige rejsningsproblemer. Ved biopsien hos sagsøgeren fandt de et sted med kræft. Det viste sig senere at ca. 1/5 var inficeret. De tog dengang 6 prøver, 3 på hver side. I dag tager de 12 prøver. De har ikke værktøjer til at måle prostatas udbredelse, hvilket er et dilemma i den kliniske hverdag. 3/4 af de, der i udgangspunktet har en ensidig sygdom, viser sig at have på begge sider. Ved en Gleason-score på 7 ville man ikke overveje en nerveskånende operation. I 2006 opererede man prostatakræft på hospitalet, B og sygehuse. J og vidnet opererede i B. N kom til lige der omkring. Når patienten kom til vidnet, var det som regel 3. besøg, hvor de havde fået udleveret filmen og kræftbrochuren fra Kræftens bekæmpelse. Afdelingens patientvejledning fik de udleveret af vidnet. Den svarede til B's. Han talte med H den 14. september 2006. Vidnet har set henvisningen fra egen læge, hvor der på side 2 stod, at patienten havde rejsningsproblemer. Generelt skiltes mænd ikke med rejsningsproblemer. Hvis man har været ved læge med rejsningsproblemer, vil vidnet mene, at der er et reelt problem. Vidnet har en rød tråd, når han har den tredje samtale. Hvis kræften ikke har spredt sig, drøfter man, hvad der skal gøres. Samtalens længde er 35-45 måske 50 minutter, så der er talt om meget mere, end der er anført i journalen. Vidnet vil gerne, at patienten har set filmen, så de har en forhåndsviden om, hvad sygdommen er. Uanset hvilken behandling, der foretages inden for prostatakræft, er der væsentlige bivirkninger. H var en 46 årig mand. Det er ikke typisk at finde kræft så tidligt, og patienten er virkelig i risiko, hvis han ikke bliver behandlet operativt. Vidnet blev tilkaldt til selve operationen, efter at prostata var taget ud, da blødningen fra det dybe dorsale venekompleks begyndte at bløde ukontrollabelt igen. Vidnet ved ikke præcist, hvor meget det havde blødt i første omgang. Der blev givet 12 blodtransfusioner i alt. Hjort mistede 7 liter blod i alt. Det er den værste blødningssituation, de har haft. De kæmpede en kamp og vandt. En nerveskånende operation på begge sider tager omkring en halv time. Det ville efter vidnets opfattelse være direkte ansvarspådragende at foretage en nerveskånende operation på grund af den første blødning. Lægen ville ikke have overblik til at lave en nerveskånende operation. En operation varer 5-6 kvarter normalt. Denne endte på 2 timer på grund af blødningen. Vidnet kan ikke svare på, hvorfor blødningen ikke er nævnt i det efterfølgende forløb. Den fremgår af journalen. Proceduren er den samme, indtil de kommer til det punkt, hvor de har forsørget de

dyberegående vener. Ved vidnets samtale med H den 14. september 2006 var de øvrige kriterier til stede. Han husker ikke, om han spurgte ind til rejsningsproblemer. Det ville sædvanligvis være nedskrevet, hvis de havde talt om det. Det er en total vurdering, herunder af tidlig alder, der gjorde en operation påkrævet. Han husker ikke specifikt, hvordan ordene faldt. H har fået udleveret videoen og pjecen fra Kræftens bekæmpelse. Vidnet nævner typisk, at det i visse situationer er muligt at lave en nerveskånende operation. Vidnet mener, de har været omkring bivirkningerne, og H var en ung mand, hvor vidnets totale vurdering var, at de måtte gå efter maksimal helbredelse.

M har forklaret, at han speciallæge i kirurgi, hvilket han blev ca. 2000 og i urinologi i 2003. Han har været på et amerikansk universitet og skrevet afhandling i USA. Han har arbejdet med disse ting. Han har arbejdet på flere sygehuse i Danmark, herunder i i et år under K og har arbejdet i og hvor de også lavede disse indgreb. Han blev overlæge i i 2005. Der blev lavet et samarbejdsaftale mellem 3 sygehuse. Patienter fra blev visiteret til eller og der fulgte en kirurg med. Vidnet var ikke i , da han tidligere havde arbejdet direkte under K De, der skulle operere, skulle have en samtale med patienten. De patienter, der havde et kraftigt ønske om en nerveskånende operation, blev henvist til B . Der var flere patienter i end i Det gjorde, at de lavede en aftale om, at J og vidnet opererede på skift. Derfor var det ikke vidnet, men J der havde haft møde med H forud for operationen. Vidnet vidste, at H havde haft samtale med både P og J og vidste, han skulle have en ikke nerveskånende operation. Vidnet har opereret rigtig mange patienter. Han husker operationen ret tydeligt. De fjernede lymfeknuder og delte de store vener på prostata. Det er et af de kritiske punkter i sådan en operation. Det resulterede i en ret kraftig blødning, omkring halvdelen af de 7 liter vedrører den første blødning. Det betød, at de stod med ryggen mod muren. Hvis ikke de fik standset blødningen, ville det koste H livet. Vidnet bad, efter prostata var fjernet, J om hjælp. Han ville betragte det som en fejl, hvis han i den situation var gået i gang med en nerveskånende operation. Selv om der havde været aftalt en nerveskånende operation forud for operationen, ville den ikke kunne være gennemført. Vidnet plejer at sige, at de aldrig kan gøre situationen bedre, end den var forud for operationen. Hvis der på forhånd var rejsningsproblem, ville det aldrig blive bedre. Det vigtigste er som regel at blive helbredt og holde på vandet. Vidnet opererer stadig i . Vidnet ville have frarådet patienten at lave en nerveskånende operation, hvis de havde haft de efterfølgende oplysninger før operationen.

L har forklaret, at hun er gift med sagsøgeren og har været med til alle samtaler. Den sidste samtale vil hun kalde et informationsmøde. Der var ikke noget i knoglerne, men biopsien sagde sådan og sådan. De talte om, at operation var bedst. Det var de enige i, og de var enige i, at de ville have

fjernet kræften. De fik at vide, der ville komme rejsningsbesvær. Det var slet ikke på tale, at der kunne være tale om en nerveskånende operation. De talte ikke om rejsningsproblemer.

Parternes synspunkter

Sagsøgeren har til støtte for påstanden gjort gældende, at sagsøgeren med udgangspunkt i de forud for operationen foretagne prøver var omfattet af den gruppe af patienter med prostatakraft, der kunne påregne at profitere af en nervesparende operationsteknik, hvorfor denne burde være anbefalet forud for operationen, subsidiært at sagsøgeren skulle være informeret om mulighederne og anvendeligheden af disse muligheder for på denne baggrund på et informeret grundlag selv at træffe et valg om den ene eller anden operationsteknik. Sagsøgerens samtykke til fjernelse af prostata var således ikke et samtykke, der blev meddelt på et informeret grundlag. Det gøres i relation til den dagældende patientforsikringslov § 2, stk. 1, nr. 1, gældende, at det må antages at en erfaren specialist på det pågældende område under de givne forhold ville have anbefalet en nervesparende operationsteknik bragt i anvendelse, og at skaden i form af total impotens kunne have været undgået ved hjælp af den nervesparende operationsteknik, også set i lyset af de oplysninger, det efterfølgende har været muligt at udlede om sagsøgers kræfttilstand.

Sagsøgte har til støtte for påstanden gjort gældende, at der ikke er grundlag for tilsidesætte Patientskadeankenævnets afgørelse. Sagsøgeren blev grundigt informeret om den operation, som var nødvendig som følge af hans prostatakraft ved 2 samtaler med overlæger på sygehus. Sagsøgeren fik yderligere udleveret skriftligt informationsmateriale og en film, som han så mindst 2 gange, hvor den nervesparende teknik var omtalt. Der lægges endvidere vægt på, at sygehus i forbindelse med henvisningen i september/december 2005 fik oplyst, at sagsøgeren havde rejsningsbesvær, hvilket i sig selv medførte en stærkt forøget risiko for rejsningsbesvær efter operationen og kontraindicerede en nervesparende operation. Sagsøgte bestrider ikke, at sagsøgeren, jf. Retslægerådets svar på spørgsmål 1, baseret på de præoperative fund var kandidat til en nervesparende operation. De postoperative fund viste imidlertid, at sagsøgerens prostatacancer var multifokal, og at Gleasonscore ikke var 6 men 7, og at han derfor med rette ikke havde fået foretaget nervesparende operation, idet en sådan efter disse fund var kontraindiceret. På denne baggrund og under hensyntagen til, at risikoen for ikke at få fjernet alt kræftvæv var større ved en nervesparende operation end ved en ikke nervesparende operation, gør sagsøgte gældende, at den ikke nervesparende operation var rette valg af metode. Det gøres videre gældende, at sagsøgeren på grund af sit forudbestående rejsningsbesvær ikke er påført nogen skade derved, at han også efter operationen har rejsningsbesvær, og at en nervesparende operation ikke kunne være gennemført på grund af de kraftige blødninger under operationen.

Rettens begrundelse og resultat

H må anses for forud for operationen for prostatacancer i forbindelse med 2 samtaler med overlæger på sygehus at være grundigt informeret om følgevirkninger ved operationen, herunder impotens, og har desuden fået udleveret videofilm og skriftligt informationsmateriale. Det kan ikke lægges til grund, at H under disse lægelige samtaler direkte er blevet orienteret om muligheden for nervesparende operation.

Retten finder, herunder efter Retslægerådets udtalelse, at H efter de præoperative oplysninger om dennes prostatacancer opfyldte kriterierne for en nervesparende operation. Den postoperative histologiske undersøgelse af den fjernede prostata viste blandt andet multifokal prostatacancer Gleasonscore 7, som ikke opfyldte kriterierne for en nervesparende operation, der desuden betragtes som forbundet med større risiko for at efterlade kræftvæv i patienten.

Det fremgår af sagens oplysninger, herunder Retslægerådets udtalelse, at der også ved en nervesparende operationsteknik er risiko for impotens, 40 % ved bilateral/dobbelt-sidedig nervesparende operationsteknik og 60 % ved unilateral/ensidig nervesparende operationsteknik for mænd med normal erektionsformåen. H's egen læge har i forbindelse med henvisningen af sagsøgeren til sygehuset vedlagt journal, hvoraf fremgår, at H havde problemer med at opretholde en normal erektion. Hertil kommer, at det efter de af overlægerne M og J afgivne forklaringer og journaltilførslerne i forbindelse med operationen må lægges til grund, at en nervesparende operationsteknik konkret ikke kunne være gennemført - uanset eventuel aftale herom - på grund af den under operationen forud for fjernelse af prostata opståede voldsomme blødning.

Retten finder på denne baggrund ikke, at H har sandsynliggjort, at en erfaren specialist på det pågældende område ville have vurderet, at der under de i øvrigt givne forhold skulle være anvendt en nervesparende operationsteknik, og at den permanente impotens derved ville være undgået, jf. lov om patientforsikring § 1, stk. 1, og § 2, stk. 1, nr. 1.

Retten bemærker, at det ikke i sig selv kan anses for en patientskade, at H ikke specifikt under de lægelige samtaler er orienteret om muligheden for nervebesparende operation eller er blevet tilbudt en sådan.

Sagsøgtens påstand om frifindelse tages derfor til følge med sagsomkostninger som nedenfor bestemt. Sagsomkostningerne, der vedrører sagsøgtens udgifter til advokat, fastsættes til 50.000 kr., idet bemærkes, at sagsøgte ikke er momsregistreret.

Thi kendes for ret:

Sagsøgte, Patientskadeankenævnet, frifindes.

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

Ingrid Drengsgaard
dommer

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Retten i Holstebro, den 23. maj 2012.



Tanja Elisabeth Madsen, Kontorfuldmægtig