



Udskrift af dombogen

DOM

Afsagt den 3. februar 2016 i sag nr. BS C5-1566/2013:

A

mod
Ankenævnet for Patienterstatningen
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg

Sagens baggrund og parternes påstande

Den 21. juli 2011 blev A behandlet for en hjernetumor på B hospital. Der er enighed om, at A i forbindelse med behandlingen er blevet påført en skade, jf. § 19, stk. 1, nr. 1, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (i det følgende benævnt "klage- og erstatningsloven"). Sagen drejer sig om, hvorvidt skaden er erstatningsberettiget i medfør af lovens § 20, stk. 1, nr. 1 eller 4.

Sagsøgeren, A har nedlagt påstand om, at Ankenævnet for Patienterstatningen (tidligere Patientskadeankenævnet) tilpligtes at anerkende, at han blev påført en patientskade under behandlingen på B hospital fra den 21. juli 2011 og frem.

Sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, har nedlagt påstand om frifindelse.

Sagen er anlagt den 20. november 2013.

Oplysningerne i sagen

C anmeldte den 31. oktober 2011 på A's vegne sagen til Patientforsikringen.

Til brug for sin behandling af sagen indhentede Patientforsikringen en udtalelse fra speciallæge i neurokirurgi D. Af lægekonsulentens udtalelse af 30. januar 2012 fremgår følgende:

"...

Bedømmelse

I forbindelse med behandlingen har man med overvejende sandsynlighed

peroperativt skadet betydende mediagren (dyb arteriegren). Dette ikke i overensstemmelse med erfaren specialiststandard.

Patienten udvikler postoperativt svære komplikationer. I forbindelse med første reoperation finder man ingen blødningskilde på trods af, at man ved operationen finder stort subduralt hæmatom. Patienten var på det tidspunkt svært truet, der var ikke tid til forudgående billeddiagnostik.

Få timer senere udvikles fornyet komplikation nu ikke alene med blødning under hjernehindene som ved 1. reoperation, men også dybtliggende blødning i hjernesubstansen. Der beskrives arteriel blødning i dybere områder der er vanskelighed ved, at opnå hæmostase (ved 1. operation har man erkendt dybere liggende større arterie, de beskrives ikke senere). Senere CT-scanninger og nu også nyligt udført MR-scanning januar 2012 viser infarkt i større dele af mediaområdet.

Patienten har en periode på flere uger haft svær midtlinjeforskydning og forhøjet hjernetryk, dette i kombination med mediainfarkt udvikling i den tidlige fase har betydet, at patienten nu fremstår med svær hjerneskade. Har gennemløbet 6 måneders rehabilitering og har fortsat svære symptomer både af kognitiv, motorisk og bevidsthedsmæssig art. Derudover foreligger problemer i forhold til normal synkning og beskyttelse af øvre luftveje samt ernæring.

Vedr. patientens svulst diagnose drejer dette sig om lav grads tumor. Tumor er ifølge operationsbeskrivelsen ikke fjernet radikalt (ej heller forventeligt med denne type svulst). Der kan blive tale om et efterforløb, som er helt afhængig af om patienten vil være i stand til, at kunne modtage fx strålebehandling. Med den foreliggende svære hjerneskade menes en sådan behandling, grundigt at skulle overvejes (af hensyn til sen komplikationer til strålebehandling).

..."

Af et internt notat af 3. februar 2012 fra Patientforsikringen fremgår følgende:

"...

Sagen vurderet på lægemøde med D . Patienten har svære motoriske og kognitive gener svarende til et varigt mén på 100 %. Patienten ville med operationskomplikationerne med overvejende sandsynlighed ikke have haft et varigt mén på 5 % eller derover.

..."

Videre fremgår følgende af et internt notat af 2. marts 2012:

"...

Sagen vurderet på lægemøde med D . Pt. havde epileptiforme symptomer (smagssensationer) forud for pt skaden. Det forventede varige mén ved ukompliceret behandling ville være lette motoriske udfald og vedvarende epilepsi risiko svarende til et varigt mén 15 %. Pt ville overvejende sandsynlighed ikke kunne have genoptaget

...

Den 5. marts 2012 traf Patientforsikringen følgende afgørelse:

"...

A's skade i form af følger efter blødning opstået i forbindelse med operativ fjernelse af en godartet hjernesvulst er omfattet af loven. Vi henviser til vedlagte sagsfremstilling og begrundelse.

A er berettiget til 510.663 kr. i godtgørelse for varigt mén.

...

Sagsfremstilling og begrundelse

Sagsfremstilling

Du har søgt erstatning med henvisning til, at A i forbindelse med behandling af en godartet hjernesvulst fik skader på hjernen med deraf følgende varige mén.

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

A blev set på B hospital fra den 25. maj 2011 på grund af en svulst i hjernen.

A havde gener i form af metallisk smag i munden og en kriblende fornemmelse i arme og ben. Man fandt indikation for operation.

Der blev foretaget operation den 21. juli 2011. Operationen forløb umiddelbart uden komplikationer.

Efter operationen opstod der blødning i operationsområdet, og man foretog flere reoperationer samme dag og endte med ikke at sætte kraniepladen på plads. Man holdt A bedøvet. Han udviklede respirationsproblemer.

Den 25. juli 2010 anlagde man eksternt dræn.

Den 30. juli 2011 begyndte man at udtrappe A af bedøvelsen.

CTC-skanning den 8. august 2011 viste herniering fra hullet i kraniet, og man besluttede at genetablere bedøvelsen og lægge lumbalt dræn.

Den 20. august 2011 var A under langsom opvågning, men han vågnede ikke rigtig op.

Den 25. august 2011 foretog man operation med genindsættelse af knoglepladen. Samme dag kl. 20.40 konstaterede man på baggrund af akut skanning, at der var blødning i operationsområdet. Kl. 22.28 foretog man operation med udtømning af blødningen.

Herefter gik det langsomt fremad, men **A** havde omfattende fysiske og kognitive gener.

Han blev overflyttet til rehabilitering på **E** Sygehus og efterfølgende til **F** Neurocenter.

Begrundelse

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

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

Vi har vurderet, at behandling efter erfaren specialiststandard havde tilsagt, at man i forbindelse med behandlingen af **A** hjernesvulst havde undgået at beskadige en betydende mediagren (arterie) og dermed med overvejende sandsynlighed havde undgået de omfattende blødninger og de deraf følgende svære skader på hjernen.

A er berettiget til erstatning og/eller godtgørelse for forløbet.

Erstatningsopgørelse

...

Patientskaden er vurderet til en méngrad på 85 %

...

Vi har ved fastsættelsen af det varige men lagt vægt på, at

A har fået omfattende invaliderende motoriske og kognitive gener som følge af behandlingsskaden.

Videre er der lagt vægt på, at **A** ved et ukompliceret forløb havde kunnet forvente ganske få gener som følge af behandlingen af hans godartede hjernesvulst. Der er her lagt vægt på, at han inden indgrebet havde begrænsede gener, og at svulstens placering og karakter efter vores vurdering muliggjorde en behandling med kun få varige mén i form af lette motoriske udfald og en vedvarende risiko for epilepsi.

..."

Den 27. april 2012 anbefalede ledende overlæge **G** Neurologisk afdeling **U** på **B** Hospital, Region **H**, at sagen blev anket. Af en udtalelse af samme dag fra ledende overlæge **G** og overlæge, dr.med. **I** fremgår følgende:

"...

Der er i den lægelige vurdering anført, at der med overvejende sandsynlighed peroperativt er skadet en betydende mediagren (første afsnit i speciallæge **D's** bedømmelsesvurdering). Det anføres, at

dette ikke er i overensstemmelse med erfaren specialiststandard. Vi er uenige i denne sandsynlighedsovervejelse, idet der ved operationens afslutning ikke var tegn til skade på en pulsåre. Såfremt der havde været tale om en skade på en pulsåre, ville denne helt givet have vist sig i forbindelse med lukningen, idet sådanne pulsårer bløder med så højt tryk, at det i givet fald ikke ville have kunnet være overset. Det må ligeledes også anses for usandsynligt at der var tale om en betydende mediagren, idet

A ved reoperationen ikke præsenterede sig med en blødning i hjernesubstansen, men med et subduralt hæmatom. Såfremt der havde været tale om en læsion af en mediagren, ville der helt overvejende sandsynligt have været tale om et intracerebralt hæmatom og ikke som det faktisk var tilfældet, et subduralt hæmatom. Efter vor opfattelse skyldtes blødningerne en usædvanlig, grænsende til patologisk blødningstendens med en betydelig hyperæmi af alt væv ved reoperationerne.

..."

Ved brev af 25. maj 2012 tilsluttede direktionen på

B hospital sig det, der var anført af Neurologisk afdeling U, og ved brev af 1. juni 2012 ankede Region H Patientforsikringens afgørelse af 5. marts 2012.

Den 15. oktober 2012 traf Patientforsikringen afgørelse om, at

A var berettiget til 69.000 kr. i godtgørelse for svie og smerte. Af afgørelsen fremgår følgende:

"...

Begrundelse:

...

Vi har vurderet, at A er berettiget til maksimal godtgørelse for svie og smerte på 69.000 kr. Der er derved lagt vægt på, at han efter operationen på B hospital den 21. juli 2011 har gennemgået et meget langvarigt og kontinuerligt behandlings- og genoptræningsforløb på E Sygehus og F Neurocenter. Det er endvidere oplyst, at A har været sygemeldt fra sit arbejde fra den 10. maj 2011.

..."

Den 12. juni 2013 traf Patientskadeankenævnet følgende afgørelse:

"...

Ved Patientforsikringens afgørelse af 5. marts 2012 ... blev det anerkendt, at A var påført en erstatningsberettigende skade i form af følger efter blødning opstået i forbindelse med operativ fjernelse af en hjernesvulst, jf. klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1. Patientforsikringen har ved samme afgørelse tilkendt A 510.663 kr. i godtgørelse for varigt mén.

Efterfølgende har Patientforsikringen ved afgørelse af 15. oktober 2012 tilkendt A ... 69.000 kr. i godtgørelse for svie og smerte jf. erstatningsansvarslovens § 3.

Region H har ved brev af 1. juni 2012 klaget over afgørelsen af 5.

marts 2012 til Patientskadeankenævnet, og har ved brev af 13. august 2012 fremkommet med yderligere bemærkninger til sagen. Regionen har blandt andet anført, at behandlingen af **A** var i overensstemmelse med den erfarne specialists standard, og at skaden er en hændelig komplikation, som ikke er sjælden. Der var ikke ved operationens afslutning tegn til skade på en pulsåre i hjernen, og såfremt der havde været tale om skade på en pulsåre, ville den helt givet have vist sig i forbindelse med lukningen, idet sådanne pulsårer bløder med så højt et tryk, at det i givet fald ikke kunne være overset. Videre har regionen anført, at det er usandsynligt, at der var tale om en betydende gren fra en pulsåre (mediagren), idet

A ved reoperationen ikke havde en blødning i hjernesubstansen, men en blødning under den hårde hjernehinde (subduralt hæmatom). Såfremt der havde været tale om en læsion af en mediagren, ville der helt overvejende sandsynligt have været tale om en blødning i selve hjernesubstansen (intracerebralt hæmatom) og ikke som det faktisk var tilfældet, et subduralt hæmatom, som skyldes en blødning fra hjernevener. Endvidere er det anført, at blødningerne skyldes en usædvanlig, grænsende til patologisk, blødningstendens med en betydelig overforsyning af blod (hyperæmi) af alt væv ved reoperationerne. Videre er det anført, at årsagen til flere og betydende blødningsepisoder ud fra 1. og 2. operationsbeskrivelse vurderes som hændelige komplikationer til den nødvendige 1. operation. Endelig er det anført, at man stiller sig uforstående overfor, at der skulle være overset en blødning i operationsfeltet, idet operatøren afsluttende beskriver "glasklart skyllevand", hvilket er synonymt med ingen blødning.

A's advokat er fremkommet med bemærkninger til sagen ved brev af 21. august 2012 samt e-mail af 18. september 2012. Det er blandt andet anført, at konsekvenserne efter operationen er sjældne og på ingen måde i overensstemmelse med specialiststandarden. Det er videre anført, at det er velkendt, at der efter spontane blødninger fra aneurisme kan forekomme akut blødningsstop efter primær blødning varende fra timer til dage. Det er endvidere anført, at **A** er udredt for patologisk blødningstendens på **B** hospital og på **C** Sygehus, og der er på intet tidspunkt konstateret, at der skulle være tale om en sådan. Det er derudover anført, at tidlige postoperative symptomer kunne have været tolket som en umiddelbar postoperativ komplikation i form af blødning. En tidlig postoperativ ... CT-scanning kunne have givet anledning til overvejelser om årsag til den postoperative blødning samt til en tidligere operativ behandling. Det er endvidere anført, at hjernesvulsten har været vanskelig tilgængelig og placeret i et farligt område, hvorfor man forinden beslutningen om at operere **A** burde have overvejet andre og mindre risikable behandlingsformer, blandt andet biopsi, og altså om operationen var nødvendig.

Patientskadeankenævnet har på møde den 11. juni 2013 truffet følgende

Afgørelse

Patientforsikringens afgørelse af 5. marts 2012 ændres, således at **A** ikke findes at være påført en efter klage- og erstatningsloven erstatningsberettigende skade.

Patientforsikringens afgørelse af 15. oktober 2012 ophæves hermed.

Patientskadeankenævnets afgørelse kan indbringes for domstolene inden 6 måneder efter, at afgørelsen er meddelt. Retten kan stadfæste, ophæve eller ændre afgørelsen.

Sagsfremstilling

Der henvises til sagsfremstillingen i Patientforsikringens afgørelse af 5. marts 2012.

Patientskadeankenævnet skal til sagsfremstillingen supplerende bemærke, at operationen den 21. juli 2011 i journalen beskrives som ukompliceret bortset fra, at man har vanskeligt ved at identificere svulsten. Man beskriver videre, at man har set dele af de dybe blodårer, men at man har ophørt med tumorfjernelse på det pågældende sted.

I opvågningsperioden er A svær motorisk urolig, han har faldende bevidsthedsniveau med udvidet (dilateret) venstre pupil. A bedøves og reopereres straks uden forudgående billeddiagnostik. Under reoperationen fjernes en stor blødning under den hårde hjernehinde (subduralt hæmatom), men man fandt ikke en blødningskilde.

Tre timer senere er A igen akut påvirket med udvidet venstre pupil. CT-scanning viser stor blødning beliggende i hiernesubstansen og mindre blødning under hjernehinden.

A opereres igen, hvorved der beskrives et arterielt (fra en pulsåre) blødningsområde under tindingelappen (temporallappen). Der beskrives store problemer med at stoppe blødningen, og specielt beskrives området omkring temporallappen at give svære problemer. Knoglepladen lægges ikke tilbage på grund af hjernehævelse.

De følgende uger udviklede A respiratoriske problemer samt infektionsproblemer, og derudover havde han de første 14 dage forhøjet hjernetryk.

Den 8. august 2011 er det noteret, at hjernen presser sig ud af operationshullet i kraniet (kraniektomien), og der ses et stort mørkt område på CT-scanningen.

Den 25. august 2011 genindsættelse knogleplade, hvilket kompliceres af blødning over hjernehinden med efterfølgende klinisk forværret tilstand, hvorefter A akut reopereres.

Den 7. september 2011 er der fortsat dårlig kontakt til A. Den motoriske respons er yderst ringe, men han er begyndt at blinke med øjnene, og han overflyttes til F Neurocenter.

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 på

B hospital den 25. maj 2011 og frem jf. klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1.

Der er herved lagt vægt på, at det område tumoren var placeret i, var særdeles vanskeligt at operere i, og at der blev foretaget betydelig udredning inden operationen, for at bestemme vigtige områders placering præoperativt.

Nævnet har videre lagt vægt på, at man på grund af tumors beliggenhed i et område, som er vanskeligt at operere i, kunne have valgt, at foretage en rammebaseret stereotaktisk biopsi først (via biopsinål indfør gennemborhul) inden eventuel makrototal kirurgi. Nævnet finder hertil, at begge operationstyper er i overensstemmelse med den erfarne specialists standard, og at man på relevant vis valgte makrototal kirurgi, idet denne operationstype med overvejende sandsynlighed ville øge overlevelsesprognosen. En biopsi ville alene kunne bruges til at karakterisere tumor nærmere men ville ikke fjerne tumor, hvilket efterfølgende alligevel ville have været nødvendigt.

Der er endvidere lagt vægt på, at operationen med makrototal kirurgi blev udført i overensstemmelse med den erfarne specialists standard, idet denne blev udført på relevant vis ved anerkendt og korrekt metode.

Nævnet finder det ikke overvejende sandsynligt, at der skulle være beskadiget en pulsåre (a. cerebri medagren) under den primære operation, idet denne efter operationsbeskrivelsen forløb uden komplikationer. Nævnet har hertil lagt vægt på, at der i operationsbeskrivelsen fra 1. operation den 21. juli 2011 fremgår, at der var glasklart skyllevand efter midlertidig blødningsstandsning (temporær spongostan). Videre har nævnet lagt vægt på, at det i operationsbeskrivelsen blev noteret, at man så dele af de dybe blodårer, men at man ophørte tumorfjernelsen i dette område.

Det er således nævnets vurdering, at behandlingen af A under den primære operation og det efterfølgende forløb med reoperationer på grund af gentagne blødninger var i overensstemmelse med den erfarne specialists standard.

Det er på denne baggrund nævnets vurdering, at den opståede skade med gentagne blødninger er en hændelig komplikation, der kan indtræde selv ved behandling, der er udført i overensstemmelse med, hvorledes en erfaren specialist ville have handlet.

Ifølge klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1 nr. 4, ydes der erstatning for en skade, der med overvejende sandsynlighed er forvoldt som følge af infektioner eller andre komplikationer, der er mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed må tåle. Det følger af bestemmelsen, at der ved vurderingen tages hensyn til dels skadens alvor, dels patientens sygdom og helbredstilstand i øvrigt samt til skadens sjældenhed og mulighederne i øvrigt for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning.

Patientskadeankenævnet finder, at skaden i form af følger efter blødning i forbindelse med operativ fjernelse af hjernesvulsten 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 A havde fået konstateret lavgrads tumor, som er at betragte som en uhelbredelig sygdom, der oftest fører til død i løbet af fem til ti år.

Nævnet er ved alvorlighedsvurderingen opmærksom på, at blødningernes omfang havde nogle meget betydelige neurologiske konsekvenser. Imidlertid finder nævnet, ud fra en samlet vurdering af de foreliggende omstændigheder, at skaden ikke er tilstrækkelig alvorlig set i forhold til A's grundlidelse, og generne findes ikke, at være mere omfattende, end hvad han med rimelighed må tåle under de givne omstændigheder.

Det er herefter nævnets vurdering, at A ikke er berettiget til erstatning, og som konsekvens heraf ændres Patientforsikringens afgørelse af 5. marts 2012, således at A ikke findes at være påført en efter klage- og erstatningsansvarslovens erstatningsberettiget skade. Patientforsikringens afgørelse af 15. oktober 2012 ophæves.
..."

Sagen har været forelagt for Retslægerådet, der i en erklæring af 11. juni 2015 har besvaret spørgsmål fra parterne således:

"...

Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes oplyse, hvilken sygdom A blev behandlet for på B hospital i perioden fra den 25. maj 2011 og frem?

Sagsøger blev behandlet for en hjernetumor på B hospital. MR-scanningen, der forelå forud for operationen 21.07.11 var forenelig med et såkaldt grad 2 gliom (oligo-astrocytom WHO grad 2), også ofte kaldet et lavgradsgliom. Dette er en tumor, der udgår fra hjernens støttevæv (gliavæv). Ifølge den histologiske undersøgelse af vævet fra operationen 21.07.11 er diagnosen et oligo-astrocytom WHO grad 2, hvilket er et af de klassiske grad 2 gliomer. Den histologiske diagnose var således i overensstemmelse med den tentative diagnose stillet ud fra MR-scanningen.

Spørgsmål 2:

Retslægerådet anmodes nærmere om at beskrive den i sagen benævnte tumor, herunder nærmere beskrive tumorens eksakte placering, samt at oplyse om det er korrekt, at der var tale om en lav grad tumor?

Som anført i besvarelsen af spørgsmål 1 var der tale om et oligo-astrocytom WHO grad 2. Tumor var beliggende i pandelappen (Frontallappen), Insula (et hjernebarkområde beliggende i dybden mellem pande- og tindingelappen), samt i tindingelappen (temporallappen).

Spørgsmål 3:

Var den oprindelige tumor diagnose korrekt, og hvilke symptomer havde A forud for operationen?

I henhold til besvarelsen af spørgsmål 1 var den præoperative tentative diagnose korrekt.

Spørgsmål 4:

Retsslægerådet anmodes om at oplyse, hvorvidt den valgte operationsteknik/ behandling ved operationen den 21. juli 2011 var korrekt, herunder om man eventuelt kunne have valgt en mindre indgribende operation/behandling?

Lavgradsgliomer er en såkaldt præmalign tilstand. Dette betyder, at de med tiden udvikler sig til mere aggressive tumorer. Ekstensiv kirurgisk behandling har en betydelig indflydelse på den forventede overlevelse. Data i litteraturen tyder på effekt op imod en fordobling af den forventede overlevelsestid ved ekstensiv kirurgisk resektion. Den store udfordring ved kirurgisk behandling af disse tumorer er, at der altid er risici relateret til den kirurgiske behandling. Det drejer sig dels om almene kirurgiske risici, som blødning og infektion, men også i særdeleshed om risici i form af hjerneskade med postoperativ forringelse af hjernefunktionen. Disse forhold skal drøftes med patienten før operationen, og kirurgen skal sammen med patienten på et velinformeret grundlag afveje fordele og ulemper ved operation.

Vedrørende mindre invasiv behandling kunne man have valgt en biopsi. En biopsi ville ikke have haft behandlingsmæssig effekt, men den ville have kunnet give en diagnose. Diagnosen ved biopsier er dog mere usikker end ved større kirurgiske indgreb. Dette skyldes, at man kun får mindre vævsmængde fra et enkelt område. Man har således mindre sandsynlighed for at opdage en eventuel malign degeneration, hvilket er et område i tumor, hvor denne er blevet til en reel kræftform (højgrads gliom).

På baggrund af en biopsi-verificeret diagnose ville der teoretisk være mulighed for strålebehandling og/eller kemoterapi. Vedrørende strålebehandling foreligger der god evidens for, at denne behandling kan forsinke den billeddiagnostiske udvikling af tumor, men studierne viser også, at behandlingen ikke har indflydelse på overlevelsestid. Vedrørende kemoterapi blev dette ikke anvendt på daværende tidspunkt på denne diagnose. Der er netop fremkommet data i 2014, der tyder på, at kemoterapi kan have en værdi i behandlingen af denne tumortype. Stråleterapi er ikke første behandlingsvalg, primærbehandlingen er kirurgi. Denne terapistrategi er også beskrevet i de danske guidelines på www.dnog.dk

Spørgsmål 5:

I forlængelse af spørgsmål 4 bedes Retsslægerådet oplyse, hvilke eventuelle andre operationsteknikker, som kunne være anvendt, herunder beskrive hvilke risici disse eventuelle operationer indebærer, og, i forlængelse heraf, beskrive risiciene i forhold til den valgte operationsteknik?

Ud fra operationsbeskrivelsen er der anvendt relevant operationsteknik. Man kan vælge forskellige teknikker, herunder teknikker, hvor patienten er vågen under operationen. Man kan vælge disse teknikker, hvis man ønsker at opnå maksimal tumorfjernelse med reduceret risiko for induktion af hjerneskader som følge af fjernelse af funktionelt vigtige områder. En sådan kirurgisk teknik ville dog ikke have haft indflydelse på risiko for blødning efter operationen.

Spørgsmål 6:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvorvidt operationen den 21. juli 2011 blev udført i overensstemmelse med anerkendt lægefaglig standard?

Retslægerådet anser, at operationen 21.07.11 blev udført i overensstemmelse med anerkendt lægefaglig standard.

Spørgsmål 7:

I forlængelse af spørgsmål 6 anmodes Retslægerådet om at oplyse, hvorvidt det er sandsynligt, med en sandsynlighed på mere end 50 %, at man under operationerne fik beskadiget en mediagren (arterie)?

Risikoen for skade på en mediagren er ikke et enkelt spørgsmål, da mediagrene findes i mange størrelser og med forsyningsområder i forskellige dele af hjernen og nogle til tumoren. Det fagligt mere relevante spørgsmål vil være, hvor stor er risikoen for, at der opstår skade på en større betydende mediagren med efterfølgende komplikationer i form af klinisk betydende infarkt (blodprop) eller kraftig blødning. Denne risiko er i størrelsesordenen 1 % eller mindre.

Spørgsmål 8:

Hvad er den mest sandsynlige forklaring på den efterfølgende højtryks arterieblødning under temporallappen, som ses ved reoperationerne, og kan dette have en sammenhæng med den primære operation?

Retslægerådet finder det overordentlig sandsynligt, at blødningen er en konsekvens af den primære operation. Teoretisk er der flere muligheder, men den mest sandsynlige er, at der er en mindre til mellemstor mediagren, der har fået en skade i karvæggen, som ikke nødvendigvis har givet anledning til blødning under operationen, men at dette svage sted i karvæggen er sprunget efter operationen. Retslægerådet bemærker, at kirurgen beskriver, at operationsfeltet var uden pågående blødning ved operationens afslutning. Dette er formuleret som: "glasklart skyllevand efter temporær spongostan temporalt". Dette betyder, at kirurgen har haft et område temporalt, der blødte. Han lagde spongostan på, hvorefter blødningen stoppede og spongostanen blev fjernet. Dette er i overensstemmelse med god faglig praksis. Den blødning, der stoppede, kan have været fra en arterie eller en vene. Det er muligt, at det er denne blødningskilde, der har givet anledning til den postoperative blødning. Generelt er risikoen for betydende postoperative blødninger efter hjerneoperationer 1-2 %.

Spørgsmål 9:

Kan en arterieblødning, som den i sagen beskrevne, opstå af sig selv?

Arterieblødninger kan opstå af sig selv, dette ses ved sygdomme som aneurysmeblødninger. Men den tætte relation mellem den primære tumor operation og blødningen, samt det forhold, at der ikke blev fundet et aneurysme eller anden karmisdannelse, gør det meget usandsynligt. Det er således mest sandsynligt, at blødninger er opstået, enten fordi der har været en karskade med blødning, hvor blødning har været stoppet, men defekten genåbner sig efter operationen (den hyppigste årsag), eller fordi der har

været en skade i karvæggen, som efterfølgende har udviklet sig til en egentlig kardefekt med blødning.

Spørgsmål 10:

Hvor hurtigt efter operationen viste A tegn på en blødningsskade?

Den primære tumoroperation er registreret som afsluttet 21.07.11 klokken 11.32, og sagsøger forlader operationsstuen klokken 12.25. Sagsøger er tilbage på operationsstuen 20 minutter senere, klokken 12.45, til reoperation med udtømning af blødning. Blødningen må således være erkendt kortvarigt efter den primære operations afslutning.

Spørgsmål 11:

Hvor hurtigt vil en blødningsskade normalt vise sig (post-operativt hæmatom) ved denne type operation, såfremt dette var forårsaget af en mindre blødning (sivning)?

Over 95 % af alle postoperative betydende blødningsskader optræder inden for de første 6 timer efter operationen.

Spørgsmål 12:

Var der tale om en mindre blødning/sivning efter operationen den 21. juli 2011?

Der var tale om en blødning, der var 4,5 x 5,5 cm i et onråde, der grænsede op til operationsområdet, dette er en betydende blødning. Blødningen er opstået hurtigt, da den erkendes kortvarigt efter afslutning af den primære operation.

Spørgsmål 13:

Hvilke gener viste A efter operationen, og hvad var de tegn på?

Dette spørgsmål er for diffust i sin tidsangivelse til, at Retslægerådet kan svare på det i sin nuværende form. Hvis der menes hvilke kliniske abnorme fund, der var hos sagsøger i perioden umiddelbart efter primær tumoroperation og reoperationer, fremgår det af journalmaterialet fra de første dage efter operationerne (frem til 25.07.11):

- Sagsøger var i denne periode respiratorbehandlet på intensivt afsnit.
- Der var initialt markant forhøjet intrakranielt tryk, som falder noget, men ikke normaliseres.
- CT-scanning af hjernen viser hævelse af hjernen og forskydelse af hjernens midtlinje, som er forårsaget af hævelse i omgivelserne af operationerne.
- Der bliver anlagt ekstern drænage af hjernevæsken med dræn fra et af hjernens hulrum til en ekstern pose for at reducere det intrakranielle tryk.
- Der er forhøjet blodtryk i lungekredsløbet.
- Sagsøger er ikke ved bevidsthed i denne periode, og derfor kan hans kognitive og neurologiske funktionsniveau ikke vurderes.

Spørgsmål 14:

Da man konstaterer, at der er sket en form for skade/komplikation og

vælger at reoperere *A*, anmodes Retslægerådet om at oplyse, hvorvidt der var indikation for en angiografi, inden man foretog reoperationen?

Der var ikke indikation for en angiografi inden reoperationen for blødningen. En angiografi ville have forlænget tiden, til blødningen blev udtømt, hvilket ville have forringet muligheden for overlevelse og øget risikoen for morbiditet.

Spørgsmål 15:

Fulgte forløbet med reoperationerne anerkendt lægefaglig standard?

Retslægerådet vurderer, at såvel operationsindikationen for reoperationerne som udførelsen af disse var i overensstemmelse med almen anerkendt faglig standard.

Spørgsmål 16:

Såfremt Retslægerådet vurderer, at blødningen ikke skyldes operationen, anmodes Retslægerådet om at oplyse, hvad blødningen ellers kan være forårsaget af?

Ikke relevant, da Retslægerådet mener, at blødningen er udløst af operationen.

Spørgsmål 17:

Var *A* blødningstruet?

Blødningstruet er ikke en medicinsk fagligt term. Sagsøger havde en risiko på 1-2 % for at få en postoperativ blødning på grund af operationen. Sagsøger var ikke i medicinsk behandling, som øgede risikoen for blødning i forbindelse med operationen (sagsøger fik Metformin og Keppra). Retslægerådet har ikke i journalmaterialet fundet indikationer på, at sagsøger skulle have særlig blødningsrisiko.

Spørgsmål 18:

*Hvad viste de indhentede scanningsbilleder efter den første operation, og de efterfølgende reoperationer, og blev *A* behandlet i overensstemmelse hermed?*

CT-scanningen, der blev udført kort efter tumoroperationen, viste en blødning målende 4,5 x 5,5 cm i venstre tindingeregion, samt en blodansamling over hjerneoverfladen (subduralt hæmatom). Sagsøger blev behandlet relevant for denne blødning. Ikke alt blodet blev fjernet. Dette er ikke altid muligt uden unødigt risiko for yderligere hjerneskade. Det essentielle er at få aflastet det tryk, blødningen udgør på hjernen. Med tiden resorberes blødningen spontant. Dette fremgår af de udførte scanninger, at dette var tilfældet.

Spørgsmål 19:

I forlængelse af spørgsmål 2 bedes Retslægerådet oplyse, hvorvidt der er tale om en tumor, som kunne bortopereres radikalt, og såfremt dette ikke var tilfældet, om man burde have valgt et mere skånsomt indgreb/teknik?

Retslægerådet henviser til besvarelsen af spørgsmål 4. Med radikal operation i den neurokirurgiske fagterminologi menes, at alt det tumurvæv, der ses på MR-scanning, er fjernet. Dette er dog ikke det samme som, at der ikke er resterende tumorceller, da disse tumorer vokser invasivt i hjerne op til flere centimeter uden for det synlige. Men kirurgisk resektion har, som det er beskrevet i besvarelsen af spørgsmål 4, en betydelig livsforlængende effekt.

Spørgsmål 20:

Er tumoren beliggende i et område i hjernen tæt ved den i sagen beskrevne mediagren/arterie?

Ja, mediagrenene blev set under den første operation.

Spørgsmål 21:

Hvad er overlevelsesprognosen - henholdsvis tre, fem, 10 og 15 år - ved en ubehandlet tumor af denne type?

Disse prognoser angives lidt varierende i litteraturen, hvilket reflekterer dels, at de stammer fra forskellige tidsepoker, dels at variationen inden for gruppen af patienter er markant.

Det er Retslægerådets vurdering, at for den pågældende tumor type (oligo-astrocytom med intakt 1P/19Q) og patientens alder er median overlevelsen uden behandling cirka 6 år, hvilket svarer til en 5 års overlevelse på lidt over 50 %. Benyttes tal fra University of California Los Angeles for hele gruppen af Oligo-Astrocytomer, uanset resektionsgrad for den pågældende aldersgruppe, angives overlevelse til:

- 3 år: 87 %
- 5 år: 87 %
- 10 år: 65 %
- 15 år: Ingen data

Spørgsmål 22:

Hvad ville ^{A/S} overlevelses prognose have været, såfremt han ikke var blevet syg af sin tumor?

Dette er et hypotetisk spørgsmål, som Retslægerådet ikke kan svare på.

Spørgsmål 23:

Retslægerådet anmodes om at beskrive ^{A/S} gener efter det samlede behandlingsforløb?

Retslægerådets besvarelse tager udgangspunkt i den tværfaglige vurdering, der er foretaget på ^F Neurocenter inden overflytningen til Neurologisk afdeling ^K 15.03.12. På dette tidspunkt beskrives:

- Sagsøger reagerer i vågne perioder relevant på opfordringer
- Sagsøger er i perioder meget sløv og træt
- Sagsøger har indlærings- og hukommelsesproblemer
- Sagsøger fremstår forvirret med visuelle hallucinationer
- Sagsøger trykker i hånd på begge sider
- Sagsøger har fejlsynkning (dysfagi)

- Sagsøger er orienteret i eget navn, men ikke i egen alder eller tid og sted
- Sagsøger kan stå med to personers støtte, men ikke selvstændigt
- Sagsøger er kørestolsbruger

Spørgsmål 24:

*Retslægerådet anmodes om at oplyse risikoen for en sygdomsudvikling som den, **A** har oplevet ved dette behandlingsforløb, herunder angive sjældenheden/risikoen for, at man ender op med de i sagen beskrevne gener efter en behandling af denne type tumor?*

Retslægerådet vurderer, at risikoen er mindre end 1 %.

Spørgsmål 25:

*Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvorvidt det samlede behandlingsforløb på **B** hospital fra den 25. maj 2011 og frem levede op til anerkendt lægefaglig standard?*

Det er Retslægerådets vurdering, at det samlede forløb har levet op til alment accepteret faglig standard.

Spørgsmål 26:

Retslægerådet anmodes i forlængelse af besvarelsen af spørgsmål 24 om at oplyse, hvorledes et "sædvanligt behandlingsforløb" med den i sagen omhandlende sygdomsforløb?

Et "sædvanligt behandlingsforløb" findes ikke som definition, da der er betydende variationer i behandlingsforløb. I bredere termer kan man forvente, at cirka 80 % af patienterne efter en tumoroperation som den, der blev udført, vil være udskrevet til eget hjem inden for en uge. En del af disse vil have behov for ambulant neurorehabilitering.

Spørgsmål 27:

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

Tumoroperationen var ikke intenderet radikal. Kirurgen fjernede bevidst udelukkende tumor i pandelappen. Efterfølgende blev en del af tumor i tindingelappen fjernet på grund af blødningen. Tumor i Insula blev ikke forsøgt fjernet.

Det ville teknisk have været muligt at fjerne mere tumor end der blev, men dette ville have medført en øget risiko.

Spørgsmål A:

Retslægerådet bedes beskrive, hvilke risici, der knytter sig til den type operation, sagsøgeren gennemgik den 21. juli 2011, herunder hvilke følger/gener patienten må forvente efter en korrekt udført operation?

Risici kan inddeles på flere måder, herunder i forbigående og varige problemer, eller i "simple kirurgiske komplikationer" og komplikationer relateret til hjerneskade på grund af fjernelse af fungerende hjernevæv infiltreret med tumor. De simple omfatter risiko for postoperativ blødning (1-2 %) og risiko for infektion (1 %). Retslægerådets skøn er, at risikoen for

forbigående hjernefunktionsforringelse med operationer af denne type er cirka 50 %, mens risikoen for varige udfald er cirka 5 %.

..."

Forklaringer

C har forklaret, at hun og A har kendt hinanden i år og været gift i år. De har to børn, L og M, A var meget klog og begavet, og han var en fantastisk mand at være gift med. De havde et dejligt familieliv og boede på A var altid i gang, enten med at reparere et eller andet eller at snakke med børnene. A har altid arbejdet meget, men han prioriterede familien. De havde eget firma i fem år, som A selv startede op og drev. Han kunne rumme så utrolig mange ting.

Han var meget talentfuld og var faktisk god til alt, hvad han rørte ved. I 2011 kom A nogle få gange og sagde, at han følte, at han havde det lidt mærkeligt. Han havde en smag af metal i munden og en fornemmelse af, at huden ligesom var for kort på hans hænder og underben. De slog det hen, da de tænkte, at det nok skyldtes, at hans blodsukker var lavt. A var på daværende tidspunkt i

Omkring den 12. maj 2011 fik A et ildebefindende, mens han var på arbejde i P Samaritterne blev tilkaldt, og de valgte at sende ham i ambulance til Q Hospital. På skadestuen fandt man ikke ud af, hvad der var galt, hvorfor A blev sendt hjem. A gik til sin egen læge, der henviste ham til en neurolog. Neurologen henviste ham videre til skanning, og den 22. eller 23. maj 2011 de fik den meget overraskende besked, at A havde en hjernetumor. Den 20. juli 2011 tog de til B hospital. De var blevet stillet i udsigt, at de ville være hjemme igen i løbet af 3-4 dage, og at A derefter skulle regne med at være sygemeldt i 4-6 uger. Hele forløbet omkring operationen var meget voldsomt. Hun fik lov til at følge A ned til operationsstuen om morgenen. En af anæstesisygeplejerskerne lovede at ringe til hende, når operationen var overstået. Hun gik op og ventede på patienthotellet. Lidt før kl. 12.00 blev hun ringet op og fik at vide, at alt var gået godt, og at hun gerne måtte komme ned i opvågningsafsnittet. Da hun kom derned, stod anæstesiologen og nogle sygeplejersker omkring A's seng. Hun kunne se, at A ikke var ved bevidsthed, og at hans ben spjættede. Personalet løb af sted med A og i forbifarten råbte de til hende, at han blødte, og at de var nødt til at operere ham igen. Efter lidt tid kom der en sygeplejerske og bad hende om at følge med. Hun fik at vide, at A's tilstand var kritisk, og at hun skulle få hans voksne børn til at komme til R med det samme. Efter den anden operation blev A overført til det neurokirurgiske højt intensive

afsnit. Hun fik at vide, at **A** skulle være bedøvet i hvert fald indtil først på aftenen, men han var imidlertid kun tilbage i halvanden time, før det begyndte at bløde igen. Personalet kørte atter med **A**. Hendes svoger var kommet sammen med **L**, og **M** kom fra **P**. De fik at vide, at det havde været en meget dramatisk operation, samt at de havde været to neurokirurger om at foretage operationen, og at der havde været en arterieblødning i hjernen. De første tre uger var

A ved at dø hele tiden. På tredjedagen var hjernen hævet voldsomt, og man indlagde et lumbaldræn. Hun var der faktisk hele tiden, og både **A's** søster og to af hendes veninder skiftedes til at være hos hende i de otte uger, de var i **R**. Hun var kun kortvarigt hjemme ved børnene.

A var kritisk dårlig i de første tre uger. Hun sad og kiggede på trykmåleren, som han havde fået indopereret i hjernen. Den måtte højst stå på 25, og den stod og svingede mellem 22 og 26. Det var meget alvorligt. Man prøvede at tage **A** ud af bedøvelsen rigtig mange gange, men hver gang blev han så dårlig, at man blev nødt til at bedøve ham igen.

A lå i kunstigt koma i otte uger. Da det til sidst lykkedes at trappe ham ud af bedøvelsen, var det ikke sådan, at han bare slog øjnene op. I starten var det noget med, at han kun kunne bevæge den ene hånd. **A** bor på plejehjem i dag, og han er på ingen måde den samme mand som tidligere. Han er meget skadet. Han kan f.eks. ikke selv vende sig i sengen og er bundet til sin kørestol. **A** er svært fysisk handicappet, men det værste er faktisk de kognitive skader, han har fået. Man kan ikke som sådan føre en samtale med ham, da han ikke er til stede i konteksten. Han forveksler ofte børnene. Han kan genkende hende, men han viser ingen følelser, som f.eks. sorg, glæde, vrede eller afmagt. Han er som et lille barn, der skal skiftes og sover rigtig meget. **A** bliver typisk lagt i seng kl. 19.30-20.30 og taget op igen kl. 07.00-08.00. Han ved ikke, hvor han er henne. Han kan krabbe sig langsomt frem i sin kørestol, men han kan f.eks. ikke selv finde op til fællesområdet for enden af den gang, han bor på. Når hun spørger **A** hvor gammel han er, varierer det fra, at han er i 40'erne, til at han er i 70'erne. Hun har mistet sin ægtefælle, og børnene har mistet deres far.

Y har forklaret, at **A** er hans bror. De er begge uddannet i

Forskellen på **A** før og efter operationen er slående. Hvis vidnet skulle give et bud på, hvad det hvide snit er, så må det være det, man har gjort ved hans bror.

Parternes synspunkter

A har gjort gældende, at han er blevet påført en erstatningsberettiget patientskade i forbindelse med behandlingen på **B**

A har i første række gjort gældende, at skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt som beskrevet i klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1, og har til støtte herfor anført, at en

erfaren specialist havde undgået at beskadige den betydende mediagren, hvorved de omfattende blødninger med de deraf følgende svære skader på hjernen med overvejende sandsynlighed var undgået. Dette er underbygget af erklæringen af 30. januar 2012, hvori Patientforsikringens lægekonsulent, speciallæge i neurologi **D**, konkluderer, at behandlingen ikke levede op til erfaren specialiststandard. I patientskadesager udtaler Retslægerådet sig kun om, hvorvidt en behandling er udført "i overensstemmelse med anerkendt lægefaglig standard", hvilket er noget andet, end om specialiststandard i klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1, er efterlevet. Erfaren specialiststandard havde ligeledes tilsagt, at man inden udførelsen af det operative indgreb havde undersøgt ham bedre, herunder med biopsi, ligesom behandlings- og diagnosticeringsforløbet efter operationen heller ikke levede op til specialiststandard, idet denne havde tilsagt en hurtigere udredning af blødningen, hvorved skaden kunne have været undgået eller i hvert fald begrænset. Ankenævnet for Patienterstatningen vurderer i afgørelsen af 12. juni 2013, at det ikke er overvejende sandsynligt, at der skulle være blevet beskadiget en pulsåre under den primære operation. Dette er i direkte modstrid med Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 8, hvori rådet finder det "overordentlig sandsynligt, at blødningen er en konsekvens af den primære operation". Retslægerådet er således enig med Patientforsikringens lægekonsulent.

A har i anden række gjort gældende, at skaden skal anerkendes som en sjælden og alvorlig komplikation, jf. klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, og har til støtte herfor anført, at der ved denne bedømmelse skal tages udgangspunkt i hans konkrete og meget omfattende skade, der ubestridt må anses som værende både sjælden og alvorlig. Ved fastsættelsen af "tålegrænsen", herunder for sjældenhed og alvorlighed, skal der foretages en vurdering af det konkrete forløb og den samlede skade, som han er blevet påført. Ved bedømmelsen af den ubehandlede grundlidelse har Retslægerådet i besvarelsen af spørgsmål 21 bl.a. udtalt, at der var en overlevelsessandsynlighed på mere end 50 pct. efter fem år, og rådet henviser endvidere til nogle amerikanske tal. Det må på baggrund heraf lægges til grund, at han ikke var dødeligt syg, da han blev opereret, og vurderingen af grundlidelsens alvor skal sættes i forhold til den meget omfattende skade, han er blevet påført efter operationerne. Der foreligger derfor en helt usædvanlig sjælden, alvorlig og uforudsigelig komplikation, der overstiger lovens "tålegrænse", hvorfor betingelserne i klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, er opfyldt.

Han er således blevet påført en erstatningsberettigende patientskade ved behandlingen på **B** hospital, hvorfor sagen skal hjemsendes til fornyet behandling i Ankenævnet for Patienterstatningen med henblik på udmåling af erstatning.

Vedrørende sagens omkostninger har **A** anført, at sagen vedrører et varigt men opgjort af Patientforsikringen til 510.663 kr. samt

godtgørelse for svie og smerte på 69.000 kr. Han blev som følge af skaden fuldstændig uarbejdsdygtig, hvorfor erhvervsevnetabet skønsmæssigt kan fastsættes til 100 pct. Med en årsløn på 1.133.220 kr. svarer det til et erhvervsevnetab på 4.553.280 kr. Hertil kommer erstatning for tabt arbejdsfortjeneste, som forfalder månedsvist, indtil der udbetales erstatning for erhvervsevnetab. Sagens værdi kan herefter foreløbigt fastsættes til 6.500.000 kr.

Ankenævnet for Patienterstatningen har gjort gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte afgørelsen af 12. juni 2013.

Vedrørende klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1, har Ankenævnet for Patientforsikringen bestridt, at behandlingen af A på B hospital afveg fra, hvorledes en erfaren specialist ville have handlet under de givne omstændigheder. Der blev således foretaget en betydelig udredning inden operationen, og den valgte operationsmetode var egnet til at øge overlevelsesprognosen. Der er ingen holdepunkter for, at der blev begået fejl under udførelsen af operationen, og det kan ikke anses som overvejende sandsynligt, at en pulsåre blev beskadiget under operationen. A har heller ikke påvist fejl eller suboptimal behandling i forløbet efter operationen. Ankenævnets vurdering støttes i det hele af Retslægerådet, der bl.a. udtaler, at operationen blev udført på grundlag af en korrekt diagnose (spørgsmål 1 og 3), at valget af behandling var korrekt og egnet til at bibringe en stærkt forbedret overlevelsesprognose (spørgsmål 4), at operationen blev udført i overensstemmelse med anerkendt lægefaglig standard (spørgsmål 6), at der blev reageret i overensstemmelse med god faglig praksis på blødning under operationen (spørgsmål 8), samt at såvel operationsindikationen for reoperationerne som udførelsen af disse var i overensstemmelse med almen anerkendt faglig standard (spørgsmål 15). Retslægerådet udtaler sammenfattende, at det samlede forløb har levet op til alment accepteret faglig standard (spørgsmål 25). Det følger af helt entydig retspraksis, herunder Højesteretspraksis, at når Retslægerådet i patientskadesager udtaler, at behandling m.v. er udført "i overensstemmelse med anerkendt lægefaglig standard", eller en lignende formulering, anses specialiststandarden i klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1, for efterlevet, således at der ikke er et erstatningsgrundlag efter denne bestemmelse. Den omstændighed, at lægekonsulenten i den administrative førsteinstans har været af en anden opfattelse end Retslægerådet vedrørende specialiststandarden, har ingen bevismæssig betydning. Den skade, der er indtrådt, er en hændelig komplikation til den vanskelige, men livsnødvendige, operation, A gennemgik.

Vedrørende klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1, har Ankenævnet for Patienterstatningen anerkendt, at skaden opfylder bestemmelsens sjældenhedskriterium. Det bestrides imidlertid, at skaden er mere omfattende, end hvad A med rimelighed må tåle i forhold til sin grundsygdom og helbredstilstand i øvrigt. Skaden er en direkte, hændelig følge af behandlingen for en lidelse, der ubehandlet med meget høj

grad af sandsynlighed ville medføre A's død inden for en kortere årrække. Det er endvidere sandsynligt, at operationen, selv med et ukompliceret forløb, ville have medført ikke ubetydelige gener for

A i form af afasi og lammelser. Selv speciallæge i neurologi D, hvis øvrige vurderinger er underkendt af Retslægerådet, har skønnet, at A ved et ukompliceret behandlingsforløb ville have fået gener svarende til et varigt men på 15 pct. og ikke ville være i stand til at genoptage arbejdet. Det, der er afgørende for proportionalitetsvurderingen, er forholdet mellem de yderligere gener og grundlidelsens forventede forløb uden behandling. Retslægerådet har i svaret på spørgsmål 21 udtalt, at A ubehandlet ville have en middellevetid på ca. 6 år. Det må således lægges til grund, at han ubehandlet ville have en stærkt nedsat restlevetid i forhold til sin alder på skadestidspunktet, og at han tillige ubehandlet ville lide under kræftsygdommes gradvise fremskriden med tiltagende gener indtil dødens indtræden. Uanset skadens alvor er der derfor ikke et erstatningsberettigende misforhold mellem skaden, den livstruende grundsygdom og de gener, som A ville få selv ved et ukompliceret forløb af behandlingen.

Retsgrundlaget

Af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (klage- og erstatningsloven) fremgår følgende:

"...

Erstatningsberettigende skader

§ 20. Erstatning ydes, hvis skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af følgende måder:

1) Hvis det må antages, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes ved undersøgelse, behandling el.lign., hvorved skaden ville være undgået,

...

4) hvis der som følge af undersøgelse, herunder diagnostiske indgreb, eller behandling indtræder skade i form af infektioner eller andre komplikationer, der er mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed må tåle. Der skal herved tages hensyn til dels skadens alvor, dels patientens sygdom og helbredstilstand i øvrigt samt til skadens sjældenhed og mulighederne i øvrigt for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning.

..."

Det følger af forarbejderne til § 20, at bestemmelsen er en uændret videreførelse af patientforsikringslovens § 2 (Folketingstidende 2004-05, 2. samling, Tillæg A, side 3295).

Af forarbejderne til den dagældende bestemmelse i patientforsikringslovens § 2 fremgår følgende (Folketingstidende 1990-91, 2. samling, Tillæg A, spalte 3285-3289):

Til § 2

...

Kravet om, at skaden skal være forvoldt i forbindelse med undersøgelse, behandling m.v., indebærer, at loven ikke dækker skadelige følger eller anden helbredsforringelse, der skyldes den sygdom, patienten led af på forhånd. ... Normale følger af grundsygdommen eller komplikationer, der må henføres til selve grundsygdommens forløb, dækkes derfor ikke. En patientskade omfatter kun forskellen mellem følgerne af et normalt sygdoms- og behandlingsforløb og følgerne af det faktiske behandlingsforløb.

...

Afgrænsningen af de erstatningsberettigende skader i § 2 er opbygget efter en stigende grad af uundgåelighed. Udgangspunktet er, at der kun ydes erstatning ved skader, der kunne være undgået ved, at undersøgelse, behandling m.v. var blevet udført på en anden måde end den faktisk anvendte. Dette gælder i princippet ved alle skader, der omfattes af nr. 1-3. Disse bestemmelser suppleres af reglen i nr. 4, hvorefter der i visse tilfælde kan ydes erstatning for skader, selv om de ikke kunne være undgået.

Ved vurderingen af, om en patientskade berettiger til erstatning, bør derfor afgrænsningerne i bestemmelsen undersøges led for led.

Spørgsmålet er således først, jf. nr. 1, om skaden ville være undgået, såfremt patienten var blevet undersøgt, behandlet m.v. af en erfaren specialist (fagperson) og denne ville have vurderet, at der skulle iværksættes anden undersøgelse, anden behandling m.v., end der faktisk blev iværksat. Er svaret bekræftende, ydes der erstatning efter nr. 1. Den erfarne specialist repræsenterer en person med en generelt set sufficient faglig uddannelse på det pågældende område. Det forudsættes ikke nødvendigvis at være en læge med speciallægeanerkendelse på området, selv om det ofte vil være tilfældet på det lægelige område.

...

Er svaret benægtende, bliver det sidste spørgsmål, om skaden består i komplikationer, der ud fra nærmere angivne kriterier går ud over, hvad patienten med rimelighed må tåle. Er svaret bekræftende, ydes der erstatning efter nr. 4, selv om skaden ikke kunne være undgået ved nogen anden behandlingsteknik eller -metode.

Er svaret benægtende, idet der er tale om en anden type uundgåelig skade end anført i nr. 4, kan der ikke ydes erstatning, medmindre skadelidte er en person, der falder ind under den videregående regel i § 4 om forsøgspersoner og donorer.

Om de enkelte led i bestemmelsen skal følgende bemærkes:

Reglen i nr. 1 omfatter alle objektive fejl, der er begået i forbindelse med undersøgelse, behandling m.v. af patienten. Det er uden betydning, hvilken type skade fejlen har resulteret i. Omfattet er således bl.a. enhver form for fejlbehandling, uanset om fejlen skyldes en forkert diagnose, eller at der af andre grunde enten blev givet en behandling, der ikke var motiveret ud fra et medicinsk synspunkt, eller omvendt, at der ikke blev givet den behandling, der var motiveret ud fra et medicinsk synspunkt, eller der i øvrigt er blevet anvendt en forkert behandlingsmetode eller behandlingsteknik eller er begået fejl ved udførelsen af den, ved tilsynet med patienten under eller efter behandlingen osv.

Reglen indeholder træk, som også karakteriserer den hidtil gældende culperegulering, men er ikke identisk med denne. Det er ikke nogen betingelse, at

behandlingen m.v. kan bebrejdes den konkrete læge eller medicinalperson i øvrigt som en fejl eller forsømmelse, som denne burde have undgået ved at udvise en højere grad af agtpågivenhed. Dette følger af, at målestokken for vurderingen af, om skaden kunne være undgået ved andre undersøgelser eller anden behandling m.v., altid er de undersøgelser eller den behandling m.v., som en erfaren specialist på det pågældende område må antages at ville have iværksat. Der skal således helt ses bort fra den konkrete medicinalpersons faglige baggrund og individuelle forudsætninger i øvrigt for at erkende, at anden undersøgelse, behandling m.v. havde været indiceret. Derimod skal der tages hensyn til den konkrete undersøgelses- eller behandlingssituation, herunder de ydre faciliteter, der stod til rådighed, tidsfaktoren ved et nødvendigt akut indgreb m.v. Vurderingen skal således tage udgangspunkt i de konkrete omstændigheder, der forelå på behandlingstidspunktet, men således, at den konkrete læge m.v. tænkes udskiftet med en erfaren specialist. Ville specialisten under disse omstændigheder have handlet anderledes, end der faktisk blev behandlet, har patienten ret til erstatning i det omfang, det må antages, at skaden herved ville være blevet undgået.

Der kan forekomme tilfælde, hvor det er tvivlsomt, om en erfaren specialist ville have handlet anderledes, f.eks. fordi afgørelsen også i så fald ville bero på et vanskeligt skøn, eller tilfælde, hvor der blandt erfarne specialister ikke er enighed om, hvad den optimale behandlingsform m.v. er. Som nævnt er det generelt en betingelse for retten til erstatning, at skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt ved et erstatningsbegrundende forhold. Dette gælder således også ved vurderingen i henhold til nr. 1 af, om skaden ville være blevet undgået. Drejer spørgsmålet sig om valget af behandlingsteknik eller af behandlingsmetode, vil det være naturligt i de nævnte tvivlsomme tilfælde at træffe afgørelsen på grundlag af reglen i nr. 3, hvor det ikke er afgørende, hvilken teknik eller metode en erfaren specialist må antages at ville have valgt.

I nogle af de tilfælde, der omfattes af reglen i nr. 1, vil der foreligge et sådant uagtet forhold hos den konkrete medicinalperson, at patienten efter almindelige erstatningsretlige regler (culpareglen) ville kunne kræve erstatning af denne og af dennes arbejdsgiver. Disse tilfælde vil altid udløse ret til erstatning efter nr. 1, forudsat at de almindelige betingelser for dækning i § 1 og i § 2 vedrørende årsagssammenhæng er opfyldt. Det er imidlertid uden betydning for anvendelsen af nr. 1, om der må antages at foreligge culpa eller ej. Selv om der måtte foreligge culpa, er patienten afskåret fra at rejse erstatningskrav, f.eks. ved domstolene, efter almindelige erstatningsretlige regler, så langt patientforsikringens dækning rækker, jf. § 7, stk. 1. Det følger endvidere af reglerne i § 8, at patientforsikringen kun kan rejse regreskrav mod den medicinalperson (og dennes arbejdsgiver), som efter almindelige erstatningsretlige regler måtte være ansvarlig for skaden, såfremt skaden er forvoldt forsætligt.

..."

Videre fremgår følgende (spalte 3292-3293):

"...

Reglen i nr. 4 omfatter en række skader ved undersøgelse og behandling, som ikke kunne være undgået, selv ud fra en efterfølgende vurdering som efter reglen i nr. 3. Formålet med reglen er at opfange patientskader, som

falder igennem reglerne i nr. 1-3, men hvor det findes urimeligt, at patienten skal tåle skaden uden ret til erstatning, først og fremmest på grund af et misforhold mellem på den ene side skadens alvor og på den anden side alvoren af patientens grundsygdom og de normale, forventelige følger af undersøgelse og behandling af den.

Bestemmelsen omfatter principielt en hvilken som helst komplikation, herunder infektioner, der med overvejende sandsynlighed er forårsaget af undersøgelser eller behandling. Komplikationer, herunder infektioner, der skyldes grundsygdommen og dennes forløb uafhængigt af undersøgelse eller behandling, berettiger derimod ikke til erstatning, medmindre de opfanges af reglerne i nr. 1-3.

Den afgørende begrænsning i bestemmelsens anvendelsesområde er kravet om, at komplikationens alvor skal gå ud over, hvad patienten med rimelighed må tåle. Det er ikke tilstrækkeligt, at komplikationen i sig selv har alvorlige følger for patienten. Komplikationens alvor skal sammenholdes med karakteren og alvoren af patientens grundsygdom og helbredstilstand i øvrigt. Hvis grundsygdommen ubehandlet indebærer nærliggende risiko for alvorlig invaliditet eller for patientens død, må der også accepteres en betydelig risiko for alvorlige komplikationer i forbindelse med behandlingen af den. Mindre alvorlige komplikationer må sædvanligvis også accepteres i forbindelse med behandling af en sygdom, der ikke er ganske harmløs. Ved vurderingen af, hvilken risiko for komplikationer patienten må acceptere, må der også tages hensyn til de nærmere omstændigheder omkring undersøgelsen og behandlingen, herunder bl.a. at tidsfaktoren undertiden kan gøre det nødvendigt at løbe en større risiko, end man normalt ville løbe.

Et misforhold mellem alvoren af grundsygdommen og af komplikationen kan særlig klart være til stede i forbindelse med visse diagnostiske indgreb (undersøgelsesoperationer), som derfor fremhæves udtrykkeligt i bestemmelsen. F.eks. kan det ved mistanke om, at patienten har en hjernesvulst, være nødvendigt at udføre en røntgenundersøgelse ved hjælp af kontrastvæske. Undertiden medfører denne undersøgelse alvorlig hjerneskade samtidig med, at den viser, at patienten ikke led af en hjernesvulst. Denne skade vil ikke være omfattet af reglerne i nr. 1-3, men i dette tilfælde går den ud over, hvad patienten med rimelighed må tåle, og patienten har derfor ret til erstatning efter reglen i nr. 4.

På tilsvarende måde vil patienten i almindelighed være berettiget til erstatning ved komplikationer, der indtræder i forbindelse med rent forebyggende foranstaltninger som f.eks. vaccinationer. Retten til erstatning ved mindre alvorlige komplikationer vil derfor i disse tilfælde normalt kun blive begrænset af undergrænsen i § 5, stk. 2, samt regler fastsat i medfør heraf.

Det andet led i vurderingen af, om komplikationen går ud over, hvad patienten med rimelighed må tåle, er den hyppighed, hvormed den i almindelighed kan forventes at indtræde, kombineret med en konkret vurdering af, i hvilket omfang der i det enkelte tilfælde var anledning til at tage risikoen for dens indtræden i betragtning. I jo højere grad den pågældende komplikation måtte forventes som en normal risiko ved den konkrete undersøgelse eller behandling, i jo højere grad må patienten tåle den uden ret til erstatning. Det er principielt uden betydning, om lægen har informeret patienten om risikoen for den pågældende komplikation, men bestemmelsen vil typisk omfatte sådanne komplikationer, som ikke er omfattet af lægens informationspligt, dvs. de meget sjældne komplikationer.

Der kan ikke opstilles bestemte grænser, baseret på den statistiske sjældenhed af den pågældende komplikation, men hyppigheden vil være et af de momenter, der indgår i vurderingen af, om den går ud over, hvad patienten må tåle, fordi risikoen måtte anses for at være så ringe, at der ikke var grund til at tage den i betragtning.

Dette hænger tillige sammen med, at de to led i bedømmelsen - komplikationens relative alvor og dens sjældenhed eller i øvrigt uventede karakter - normalt må vurderes samlet ved bedømmelsen af, om skaden går ud over, hvad patienten med rimelighed må tåle. Hvis misforholdet mellem grundsygdommens og komplikationens alvor er særlig udtalt, kan der slækkes på kravet til dens sjældenhed. Det kan f.eks. være tilfældet ved de nævnte diagnostiske indgreb, men kan også tænkes ved egentlige behandlingsskader, hvor et normalt banalt indgreb medfører meget alvorlig skade. Omvendt kan der slækkes på kravet til komplikationens relative alvor, hvis der er tale om en ekstremt sjælden, måske hidtil ukendt, komplikation.

..."

Rettens begrundelse og afgørelse

A blev behandlet for en hjernetumor, et såkaldt lavgradsgliom, beliggende i pandelappen, tindingelappen samt i et hjernebarkområde mellem pande- og tindingelappen.

Retslægerådet har i besvarelsen af spørgsmål 9 udtalt, at det er mest sandsynligt, at blødningen i hjernen er opstået, enten fordi der har været en karsskade med en blødning, hvor blødningen har været stoppet, men hvor defekten har genåbnet sig efter operationen, eller fordi der har været en skade i karvæggen, som efterfølgende har udviklet sig til en egentlig kardefekt med blødning.

Retslægerådet har i svarene på spørgsmål 5, 15 og 18 bl.a. udtalt, at der efter rådets opfattelse er blevet anvendt en relevant operationsteknik, at såvel operationsindikationen for reoperationerne som udførelsen af disse efter rådets opfattelse var i overensstemmelse med almen anerkendt faglig standard, samt at A blev behandlet relevant for blødningerne. Retslægerådet har i besvarelsen af spørgsmål 6 og 25 endvidere udtalt, at rådet anser, at operationen den 21. juli 2011 blev udført i overensstemmelse med anerkendt lægefaglig standard, samt at det er rådets vurdering, at det samlede forløb har levet op til alment accepteret faglig standard.

På denne baggrund finder retten ikke, at det må antages, at en erfaren specialist under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes ved behandlingen, hvorved skaden ville være undgået. Skaden er derfor ikke erstatningsberettiget efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1.

Ved afgørelsen af, om skaden er erstatningsberettiget efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, må der tages hensyn til, at overlevelsesprognosen for A, der var 61 år på

behandlingstidspunktet, ville være på lidt over 50 pct. efter fem år ved en ubehandlet hjernetumor af den pågældende type, samt at ekstensiv kirurgisk behandling har en betydelig indflydelse på den forventede overlevelse, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 4 og 21. Endvidere må der tages hensyn til, at der er tale om en sjælden skade, hvor risikoen for varige hjernefunktionsforringelser skønnes til ca. 5 pct., jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 7, 8, 16 og A, samt at A må antages nu fuldstændig at have tabt sin erhvervsevne og pådraget sig et varigt men på 100 pct.

Selv om A's prognose for overlevelse var dårlig, hvis operationen ikke var blevet foretaget, finder retten efter en samlet vurdering, at den meget alvorlige skade, som han har pådraget sig – også henset til den ringe sandsynlighed for dens indtræden – er mere omfattende, end hvad han med rimelighed må tåle.

Retten tager på denne baggrund A's påstand til følge.

I sagsomkostninger skal Ankenævnet for Patienterstatningen betale 225.000 kr. til A. Beløbet er fastsat således, at 4.000 kr. dækker retsafgift, og resten dækker A's udgifter til advokatbistand.

Retten bemærker, at erhvervsevnetabets størrelse og erstatningen herfor som følge af den erstatningsberettigede patientskade ikke afgøres under denne sag, hvorfor det alene er muligt at skønne over sagens økonomiske værdi. Retten har endvidere taget hensyn til omfanget af skriftvekslingen og hovedforhandlingens varighed, herunder at sagen har været forelagt for Retslægerådet.

Thi kendes for ret:

Sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, tilpligtes at anerkende, at sagsøgeren, A blev påført en patientskade under behandlingen på B hospital fra den 21. juli 2011 og frem

I sagsomkostninger skal Ankenævnet for Patienterstatningen inden 14 dage betale 225.000 kr. til A.

Sagsomkostningerne forrentes efter rentelovens § 8 a.

Niels Deichmann
dommer

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Retten i Sønderborg, den 3. februar 2016.

Janne Stokbæk, kontorfuldmægtig