RETTEN I SØNDERBORG
DOM

afsagt den 20. juli 2026

Sag BS-52420/2023-SON

A
(beskikket advokat Mads Krøger Pramming)

mod

Ankenævnet for Patienterstatningen

Denne afgørelse er truffet af dommer Susanne Beier Lorenzen.

Sagens baggrund og parternes påstande
Sagen vedrører en prøvelse af Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse af 20. april 2023, og drejer sig om spørgsmålet om, hvorvidt A som følge af udredning og behandling ved Behandlingssted 1 under et kræftforløb blev påført en erstatningsberettigende skade, der er omfattet af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (KEL) § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1.

A har nedlagt påstand om, at Ankenævnet for Patienterstatningen skal anerkende, at A har pådraget sig en patientskade, der er omfattet af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 21, stk. 1, jf. KEL § 20, stk. 1, nr. 1.

Ankenævnet for Patienterstatningen har principalt nedlagt påstand om frifindelse, subsidiært hjemvisning.

Retten har modtaget sagen den 20. oktober 2023.

A har fri proces.

Oplysningerne i sagen

Af Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse af 20. april 2023 fremgår:

"…

AFGØRELSE

Ankenævnet for Patienterstatningen er enig i Patienterstatningens afgørelse af 31. august 2022, som derfor stadfæstes.

A **har ikke ret til erstatning som følge af behandlingen.**

Ankenævnets afgørelse uddybes i afsnittet "Begrundelse for afgørelsen" nedenfor.

Sagens forløb

Patienterstatningen traf den 31. august 2022 afgørelse om, at A ikke havde ret til erstatning. Ved afgørelsen vurderede Patienterstatningen, at udredningen og behandlingen af A på Behandlingssted 1 blev udført, som en erfaren specialist ville have gjort.

Afgørelsen blev truffet efter § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1, i klage- og erstatningsloven.

Sagsfremstilling

Ankenævnet henviser til den sagsfremstilling, der fremgår af Patienterstatningens afgørelse af 31. august 2022.

Bemærkninger fra sagens parter

A (klager)

A har klaget over Patienterstatningens afgørelse af 31. august 2022.

A mener, at hun med overvejende sandsynlighed er påført en skade som følge af, at udredningen og behandlingen ikke blev udført, som en erfaren specialist på området ville have gjort.

Det er hertil anført, at hendes mor af en professor på Behandlingssted 1 blev oplyst om, at patologen måtte have glemt at foretage en gentest. Det er A s opfattelse, at det havde været oplagt at foretage gentesten, og at man burde have gjort det, da der var så stor usikkerhed om diagnosen. Hvis man fra starten havde involveret en børneafdeling med højt specialiseret funktion i onkologi, havde man også fra deres side vurderet, at der var behov

for en sådan gentest, inden der blev iværksat behandling med kemoterapi samt delvis amputation af benet.

A mener endvidere, at der skal tages stilling til, om sagen kan anerkendes efter § 20, stk. 1, nr. 4, i klage- og erstatningsloven. Det bemærkes hertil, at denne bestemmelse tager udgangspunkt i hele behandlingen og dermed ikke kun i et lægemiddel, som det er tilfældet med § 43 i klage- og erstatningsloven.

Endelig har A anført bemærkninger til Patienterstatningens sagsbehandling, herunder de spørgsmål, der blev stillet til en af Patienterstatningens lægekonsulenter.

Region 1
Ankenævnet for Patienterstatningen har ikke modtaget bemærkninger til sagen fra regionen.

Begrundelse for afgørelsen
Ankenævnet for Patienterstatningen er enig i, at A ikke har ret til erstatning som følge af behandlingen, jf. § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1, i klage- og erstatningsloven.

Udredningen og behandlingen på Behandlingssted 1 fra den 27. marts 2019 og frem blev udført, som en erfaren specialist på det pågældende område ville have gjort.

Ankenævnet bemærker følgende til afgørelsen:

Der kan ydes erstatning efter klage- og erstatningsloven, hvis en patient er påført skade som følge af forkert eller forsinket diagnosticering. Det er en betingelse, at forsinkelsen skyldes, at behandlingen ikke er blevet udført, som en erfaren specialist på det pågældende område ville have gjort. Det følger af lovens § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1.

Ved vurdering af sager om forsinket diagnosticering er det afgørende, om der blev udført de relevante undersøgelser m.v., som en erfaren specialist ville have foretaget ud fra den viden om patientens tilstand, som lægen havde på undersøgelsestidspunktet. Sagen vurderes ud fra de daværende oplysninger om undersøgelsesresultater, objektive fund og patientens symptomer. Der ses på, om den erfarne specialist ud fra en korrekt tolkning af oplysningerne ville have stillet en anden diagnose. Der må ikke lægges vægt på efterfølgende viden, heller ikke selvom det senere har vist sig, at diagnosen var forkert eller forsinket.

Ankenævnet vurderer, at udredningen og behandlingen på Behandlingssted 1 blev foretaget, som en erfaren specialist på det pågældende område ville have gjort under de givne forhold.

I forbindelse med sagens behandling i ankenævnet er den primære vævsprøve, som blev udtaget fra A s venstre lårben på Behandlingssted 1 den 29. marts 2019, blevet gennemgået. Det er ankenævnets vurdering, at prøven viser forandringer forenelige osteosarkom af kæmpecelletype, og at der derfor var tilstrækkeligt grundlag for mistanke om kræftsygdom.

Ved udredning af knoglelæsioner skal billeddiagnostik og histopalogisk diagnostik sammenholdes, da ingen af de diagnostiske undersøgelser kan stå alene.

I det aktuelle forløb blev undersøgelsesresultaterne ved den histopatologiske diagnostik løbende sammenholdt med billeddiagnostikken ved multidisciplinære tumorkonferencer, hvor man drøftede resultaterne og på baggrund heraf tog stilling til det videre behandlingsforløb.

Da undersøgelsesresultaterne gav mistanke om kræft, men man samtidig vurderede, at der var tale om en usædvanlig læsion, var det relevant at anmode om en second opinion fra Behandlingssted 2 . Denne second opinion konkluderede, at der var tale om et osteosarkom med udvikling af sekundær aneurismal knoglecyste.

Efter ankenævnets vurdering ville en erfaren specialist ikke have foranstaltet yderligere undersøgelser af vævsprøven, herunder med molekylære analyser, da det på tidspunktet for udredningen af A i 2019 ikke var gældende praksis at foretage sådanne specialanalyser.

Da hverken kliniske, billeddiagnostiske eller histopatologiske fund gav anledning til mistanke om, at diagnosen osteosarkom var forkert, var der endvidere relevant grundlag for at iværksætte højdosis kemoterapi i april 2019.

For så vidt angår det anførte om, at man skulle have revurderet diagnosen, da man ikke fandt kræftceller ved undersøgelse af lymfeknudebiopsien fra den 16. april 2019, bemærker ankenævnet, at sarkomer som det klare udgangspunkt spreder sig via blodbanen og meget sjældent via lymfesystemet. Derfor var det helt forventeligt, at man ikke fandt tumorspredning i lymfeknudebiopsien, og de manglende fund af maligne forandringer gav ikke grundlag for revurdering af den primære knogleforandring.

Ankenævnet er endvidere enig med Patienterstatningen i, at den primære diagnose ikke havde været anderledes, selvom man i forbindelse med udrednin-

gen og behandlingen af A havde involveret en børneafdeling med højt specialiseret funktion inden for onkologi.

På den baggrund vurderer ankenævnet, at A ikke har ret til erstatning efter reglerne om behandlingsskader i klage- og erstatningslovens kapitel 3.

Ankenævnet stadfæster derfor Patienterstatningens afgørelse af 31. august 2022.

For så vidt angår det anførte om, at ankenævnet skal vurdere sagen efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, bemærker ankenævnet, at skade som følge af, at der ikke er blevet stillet en rigtig diagnose af patientens sygdom, kun erstattes i de i § 20, stk. 1, nr. 1 og 2, nævnte tilfælde. Det følger direkte af ordlyden af § 21, stk. 1.

Som ovenfor anført vurderer ankenævnet, at en erfaren specialist på området ikke ville have handlet anderledes i forbindelse med diagnosticeringen af A s sygdom, jf. § 20, stk. 1, nr. 1. Der foreligger heller ikke oplysninger, der sandsynliggør, at den forkerte diagnose er begrundet i et materialesvigt, jf. § 20, stk. 1, nr. 2.

Ved gennemgang af journalmaterialet har ankenævnet ikke i øvrigt fundet oplysninger om, at der skulle være indtrådt hændelige komplikationer til selve behandlingen for osteosarkom.

Klage- og erstatningsloven indeholder forskellige regler om erstatning for behandlingsskader og lægemiddelskader. Reglerne om behandlingsskader findes i lovens kapitel 3, mens reglerne om erstatning for lægemiddelskader findes i lovens kapitel 4.

Reglerne om erstatning for behandlingsskader omfatter bl.a. skader, der skyldes, at et lægemiddel er anvendt på en anden måde, end en erfaren specialist ville have gjort. Det kan f.eks. være, at en erfaren specialist ville have ordineret en lavere dosis, eller måske slet ikke have ordineret lægemidlet til patienten.

Reglerne om erstatning for lægemiddelskader omfatter skader, der skyldes egenskaber ved et lægemiddel, der er ordineret korrekt. Der er med andre ord tale om skader som følge af bivirkninger.

A fik højdosis kemoterapi, der efter ankenævnets vurdering blev ordineret korrekt ud fra den viden, man havde på tidspunktet for ordinationen. Eventuelle bivirkninger af lægemidlerne skal derfor vurderes efter klage- og erstatningslovens kapitel 4.

Patienterstatningen vil i en særskilt afgørelse vurdere, om A har ret til erstatning som følge af eventuelle bivirkninger til kemoterapien. Når Patienterstatningen har truffet en ny afgørelse, er der mulighed for at klage over denne afgørelse til ankenævnet. Dermed bevares muligheden for at få vurderet spørgsmålet om bivirkninger til kemoterapien i to instanser.

Afslutningsvist bemærkes det, at Ankenævnet for Patienterstatningen alene træffer afgørelse om grundlaget for erstatning efter klage- og erstatningsloven. Ankenævnet træffer dermed ikke afgørelse om Patienterstatningens behandling af sagen.

Klage over Patienterstatningens sagsbehandling kan rettes til Patienterstatningen.
…"

Af Patienterstatningens sagsfremstilling i afgørelse af 31. august 2022 fremgår følgende:

"…
Sagsfremstilling

A har søgt erstatning, fordi hun blev behandlet med kemoterapi, uden at hun havde kræft.

Behandlingssted 1 har oplyst, at det efter behandlingen viste sig, at man primært havde stillet en fejlagtig diagnose, og at A havde mange akutte bivirkninger i sit forløb, og at hendes høretab med sikkerhed kunne anses som en permanent skade.

Af ansøgningen om erstatning fra 1. juli 2020 fremgår det, at A ikke længere havde gener efter behandlingen med kemoterapi.

Nedenfor er en beskrivelse af behandlingsforløbet. Det er ikke meningen at give en fuldstændig gennemgang af alt, der er sket i sagen. Vi beskriver kun de dele af behandlingsforløbet, som er af betydning, når vi skal vurdere, om der er grundlag for at tilkende erstatning efter KEL.

Vi har på baggrund af ansøgningen om erstatning, journalmaterialet og sagens øvrige oplysninger lagt følgende hændelsesforløb til grund for afgørelsen:

Egen læge noterede 30. januar 2019, at A havde fået ondt i venstre knæ mellem jul og nytår. Egen læge henviste til en MR-skanning.

Den 7. februar 2019 udeblev A fra skanningen.

Egen læge henviste til ortopædkirurgisk undersøgelse på Behandlingssted 3 , hvor man henviste videre til røntgenundersøgelse og fysioterapi.

Ved røntgenundersøgelse så man normale forhold. Ved MR-skanning på sygehuset 25. marts 2019 beskrev man tegn på kræft i venstre lårbensknogle (distale femur) og henviste til Behandlingssted 1 .

Den 27. marts 2019 gennemgik man røntgenbilleder og MR-skanning på en multidisciplinær konference på Behandlingssted 1 . Man konkluderede, at der eventuelt kunne være tale om en såkaldt aneurismal knoglecyste, men at der også kunne være tale om en anden lidelse.

Den 29. marts 2019 lavede man en åben knoglebiopsi. Ved mikroskopi (peroperativ frysemikroskopi) fra tumoren så man tegn på både en aneurismatisk knoglecyste og et osteoklastom.

Man diskuterede diagnosen på en konference 10. april 2019, hvor man fokuserede på den patologiske analyse. Man vurderede, at der på den ene side var tale om en knoglecyste, men at vævsmaterialet på den anden side viste tegn på kræft. Man besluttede sig for at kontakte Behandlingssted 2 med henblik på en second opinion.

På en tredje konference 15. april 2019 noterede man, at det nu forelå et patologisvar fra Behandlingssted 2 , der viste osteosarkom.

Man noterede samtidig, at en PET-CT-skanning viste tegn på mulig spredning af kræft til lymfeknuder langs bækkenkar og til en lymfeknude i venstre lyskeregion. Man henviste til kemoterapi på børneafdelingen og planlagde efterfølgende kirurgisk fjernelse af tumoren.

Den 16. april 2019 noterede man på børneafdelingen, at man ikke kunne fjerne lymfeknuderne langs bækkenkar. Samme dag fjernede man lymfeknuden i lysken og sendte den til undersøgelse. A hyperventilerede kraftigt i den forbindelse.

Den 17. april 2019 viste en audiometri normale høretærskler på begge ører. Hjerteundersøgelse og røntgenundersøgelse af brystkassen viste også normale forhold.

Man tillod, at A startede en kur med naturpræparater, fraset behandling med CBD-dråber, som blev frarådet.

A startede højdosis kemoterapi 19. april 2019.

Den 21. april 2019 noterede man, at A fortsat tog CBD-dråber.

Den 25. april 2019 noterede man, at der ikke var fundet kræftceller i den fjernede lymfeknude, og at det egentligt var forventeligt.

Behandling med højdosis kemoterapi medførte akutte bivirkninger.

Den 8. maj 2019 var der et tilfælde med opkast, besvimelse og tegn på ophør af vejrtrækning og hjerteaktion. Det blev givet hjertemassage, hvorefter øjnene igen blev åbnet, og A kom til sig selv igen. Hun blev udskrevet velfindende 10. maj 2019.

Den 21. maj 2019 noterede man, at A var alment velbefindende. Hun havde dog noget udslet og hvide belægninger på tungen og små sår på indersiden af underlæben. Udslettet bestod kun kortvarigt. Den 24. maj 2019 noterede man, at A havde det rigtig godt og var klar til udskrivning.

Den 31. maj 2019 var der feber, hoste og halsgener. Man gav blodtransfusion ad flere omgange, og der kom temperaturstigning og allergisk reaktion.

Ved kontrol MR-skanning 3. juni 2019 sammenlignede man billeder fra MR-skanningen fra marts 2019. Man beskrev reduktion i volumen af tumoren, der dog fortsat havde en udstrækning på 6 cm.

Den 8. juni 2019 var der ikke længere feber, og A var bedre tilpas.

Ved en PET-CT-skanning 11. juni 2019 så man aftagende aktivitet i tumor. Man så ingen aktivitet langs bækkenkar.

Til konference 12. juni 2019 noterede man, at man stilede mod operation med indsættelse af en knæledsprotese i uge 28. Samme dag blev det noteret, at A havde haft det rigtig godt. Hun havde spist med god appetit og været på rideture. Det var mindre rødme i halsen og ingen belægninger i munden.

Den 13. juni 2019 informerede man om, at man forventeligt ville lave en benbevarende operation med indsættelse af et kunstigt knæled, og at familien var meget lettede over de gode nyheder. Det blev noteret, at familien ønskede en second opinion i Land 1 inden man opererede.

Den 19. juni 2019 informerede man om, at man ville tilbyde såkaldt resektion af et stykke af den nederste lårbensknogle og indsætte en protese, og at A -

A forventeligt fremover ville kunne gå normalt, men hun ville ikke kunne løbe, springe, hoppe mv.

Den 21. juni 2019 noterede man, at der var en del bivirkninger til Methrotrexat i form af mucosit, afskalning af hud på fødder og et rødt område på højre hæl. A blev udskrevet igen 26. juni 2019, hvor hun var velbefindende og i bedring.

I forløbet konstaterede man en blodprop ved indstikssted i højre arm, og A blev behandlet blodfortyndende medicin.

I Land 1 vurderede man efter specialanalyser af vævsprøver, at der var tale om en godartet knoglecyste (aneurysmatisk knoglecyste). På Behandlingssted 2 lavede man derefter også specialanalyser og fandt også, at der var tale om en godartet knoglecyste.

Behandlingssted 1 ændrede derefter diagnosen til aneurysmatisk knoglecyste og oplyste, at man i bagklogskabens lys skulle have lavet ekstra undersøgelser af vævsprøverne helt primært i forløbet.

I december 2019 havde A god funktion af sit venstre ben, og knogleforandringerne var mindre udbredte end før. A gik til kontrol i Land 1 .

I september 2020 så man uændret størrelse af knoglecysten.

Den 12. marts 2021 noterede egen læge, at A havde angstanfald i forbindelse med sygdomsdiagnostiske procedurer. Der blev udfærdiget en attest om fritagelse for coronapodning i skolen.

Den 2. december 2021 oplyste du, at det var en fejl, at man i ansøgningen om erstatning havde skrevet, at A ikke længere havde gener som følge af den anmeldte skade.

Du oplyste blandt andet, at A oplevede mareridt, stress, angst, spiseforstyrrelse, depression, hovedpine og at hun havde fået konstateret PTSD hos en psykoterapeut i Land 1 . Du oplyste også, at A havde allergi, sår i munden, sprækkede og hævede læber, tinnitus, høretab, dårlige øjne, nerveskader i fødder, koncentrations- og hukommelsesbesvær, socialt begrænset liv og ubalance i krop og sind.

Den 11. marts 2022 fremsendte du en skrivelse vedrørende forløbet omkring behandlingen med kemoterapi.

Den 6. juli 2022 oplyste du, at A fortsat lider af psykiske gener, og at eksperter inden for psykologi og psykiatri har konkluderet, at generne skyldes hendes voldsomme og traumatiske behandlingsforløb.

Til brug for sagens oplysning har vi indhentet en vurdering fra patolog Læge 1 . Du har blandt andet bemærket, at man ifølge vurderingen burde have revurderet diagnosen, da der ikke ved biopsi af lymfeknuden blev påvist kræft.

Vi har også indhentet en vurdering fra Læge 2 , professor, overlæge og dr. med. Til vurderingen har du blandt andet bemærket, at speciallægen ikke har gennemgået det fulde billeddiagnostiske materiale i sagen, og at der lægges vægt på biopsirapporten, som der var meget stor usikkerhed omkring.

Senest har vi indhentet en vurdering fra Læge 3 , dr. med. og speciallæge i børne- og ungemedicin. Til vurderingen har du blandt oplyst, at speciallægen ikke har gennemgået det billeddiagnostiske materiale, og at han udelukkende har vurderet forløbet i onkologisk regi. Du har også bemærket, at man ifølge vurderingen burde have involveret en onkolog, inden man stillede diagnosen primært.
…"

Af Retslægerådets udtalelse af 22. december 2025 fremgår:

"…
Spørgsmål 1:
Retslægerådet bedes oplyse, hvilke gener/symptomer/lidelser, der konstateres hos A *efter behandlingsforløbet på* Behandlingssted 1 *i perioden fra marts til august 2019, herunder men ikke begrænset til:*

a) Stress
b) Angst
c) Depression
d) Posttraumatisk belastningsreaktion
e) Allergi
f) Sår i munden
g) Sprækkede og hævede læber
h) Tinnitus
i) Høretab
j) Dårlige øjne
k) Nerveskader i fødder
l) Hovedpine
m) Koncentrations- og hukommelsesproblemer

n) Betydelig træthed

Retslægerådet kan oplyse, at der i journalmaterialet beskrives ændret lugt, smag og spyt og smerter i ben under behandlingen. Det er ligeledes beskrevet, at sagsøger havde symptomer på stress, angst og depression.

Der er i spørgeskema til røntgenundersøgelse i Danmark og Land 1 efter kemobehandling svaret nej til allergi, hørenedsættelse og tinnitus, men symptomerne kan forekomme ved anvendte kemoterapi, ligesom en hørepåvirkning af høje toner er undersøgelsesmæssigt dokumenteret, og sidstnævnte kan være varig.

Træthed, smerter/ændret følesans i fødder, hovedpine og symptomer i relation til koncentration er angivet og beskrevet under behandling.

Bortset fra hørenedsættelsen forventes det, at symptomerne vil svinde.

Spørgsmål 2:
Retslægerådet bedes oplyse, om de oplistede gener m.v. med overvejende sandsynlighed (mere end 50 %) er en følge af behandlingsforløbet, herunder kemoterapien.

Retslægerådet vurderer, at de svar på spørgsmål 1 anførte somatiske symptomer med mere end 50 % sandsynlighed er en følge af kemoterapi, og at de psykiske symptomer med mere end 50 % sandsynlighed er en følge af diagnosen som sådan og den prognose, der primært blev knyttet hertil.

Spørgsmål 3:
Den 15. april 2019 blev diagnosen osteosarkom stillet. Retslægerådet bedes i den forbindelse oplyse, om diagnosticeringen blev foretaget i overensstemmelse med de almindelige anerkendte lægefaglige retningslinjer/principper på behandlingstidspunktet, og om der forelå 1) ingen fejl, 2) hændelige uheld, 3) lægelige fejlskøn eller 4) fejl.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar

Retslægerådet vurderer, at diagnosticeringen blev foretaget i overensstemmelse med alment anerkendte lægefaglige retningslinjer. Det begrundes med følgende. Ved identifikation af tumor på røntgen blev sagsøger henvist til sarkomcenter for videre opfølgning og behandling. Videre udredning inkluderede både røntgen, CT-skanning og MR-skanning for at karakterisere tumor i lårbenet bedst muligt. Der blev efterfølgende taget en åben biopsi, som sikrer mere vævsmateriale. Den histopatologiske analyse af det udtagne væv resulterer i to differentialdiagnoser – aneurysmal knoglecyste (AKC) eller teleangieektatisk osteosarkom (type af knoglekræft). De to muligheder er vigtige diferentialdiagnoser til hinanden og kan i mikroskopet have et ensartet udseende. Da

tumor var mere cellerig, end man normalt ser ved AKC og med høj celledelingsaktivitet, konfereres sagen med kollegaer på Behandlingssted 2 . På denne baggrund konkluderes, at tumor var et osteosarkom.

Retslægerådet kan oplyse, at diagnostikken er udfordrende og kræver lang erfaring samt konference med andre sagkyndige, hvilket er sket i aktuelle sag. At diagnosen alligevel viste sig at være forkert (lægeligt fejlskøn) kan forekomme ved så sjældne diagnoser, særligt da de to tumortyper kan være umulige at skelne fra hinanden, specielt ved forekomst af høj celletæthed og celledelingsaktivitet (mitoser).

Spørgsmål 4:
Retslægerådet bedes oplyse, om det var i strid med almindelige anerkendte lægefaglige retningslinjer/principper på behandlingstidspunktet, at man ikke revurderede diagnosen, Osteosarkom, i lyset af, at man ikke fandt ondartede forhold ved den histologiske undersøgelse foretaget den 24. april 2019.

Retslægerådet bedes i den forbindelse også oplyse, om der var andre forhold, der efter almindelige anerkendte lægelige retningslinjer/principper på behandlingstidspunktet tilsagde, at diagnosen skulle have været revurderet tidligere i behandlingsforløbet.

Det er ikke sædvane, at osteosarkomer metastaserer til lymfeknuder, hvorfor det ikke er forventeligt, at diagnosen skulle revurderes som følge af, at man ikke fandt ondartede forhold i lysken. Lymfeknuder i lysken kan blive store og reaktive, når man har en tumor i benet, uafhængig af om en tumor er godartet eller ondartet. Retslægerådet finder ikke forhold, som skulle have ført til en tidligere revurdering.

Spørgsmål 5:
Retslægerådet bedes oplyse, om der efter almindelige anerkendte lægelige retningslinjer/principper på behandlingstidspunktet var grundlag for at lave ekstra undersøgelser af vævsprøverne tidligere i forløbet end gjort, og i bekræftende fald på hvilken baggrund.

Det var i 2019 ikke sædvane at foretage genetiske analyser på denne type af svulster. Den diagnosticerende patolog har konsulteret med mere erfaren kollega ved andet sygehus, hvilket er i overensstemmelse med alment anerkendt lægefaglig standard, når man er i tvivl om en diagnose.

Spørgsmål 6:
Retslægerådet bedes oplyse, om der under de givne forhold var lægelig indikation på behandlingstidspunktet til at iværksætte gentest tidligere i forløbet.

Som anført i besvarelsen ovenfor var dette ikke sædvane i 2019.

Spørgsmål 7:
I bilag 19 henvises til Sundhedsstyrelsens dokument "Pakkeforløb for kræft". Rapporten er fremlagt som bilag 24.

Under henvisning til rapporten, herunder særligt afsnit 2.5.2 og 2.6 bedes Retslægerådet oplyse, om det var i overensstemmelse med almindelige anerkendte lægelige retningslinjer/principper, at A *ikke blev henvist til pædiatrisk onkologisk sektion under den differentialdiagnostiske proces.*

Retslægerådet kan ud fra det foreliggende materiale oplyse, at Pædiatrisk Onkologisk Sektion, Behandlingssted 1 kom tidligt ind i forløbet, og at det var dem, der udførte supplerende røntgenundersøgeler, forprøver til kemoterapi, iværksatte kemoterapi og forberedte hertil med blandt andet anlæggelse af karkateter og oplyste forældrene og patienten (16 ½ år gammel) om denne (kemoterapi) og behandlingsudsigter.

Spørgsmål 8:
Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Spørgsmål A:
Retslægerådet bedes vurdere, om udredningen og behandlingen af A *på* Behandlingssted 1 *fra den 27. marts 2019 og frem blev foretaget i overensstemmelse med de almindelige anerkendte lægefaglige retningslinjer på behandlingstidspunktet? Retslægerådet bedes begrunde deres svar.*

Udredning og behandling blev foretaget i overensstemmelse med de gældende alment anerkendte lægefaglige retningslinjer. Udredningsprocessen var vanskelig, men vanskelighederne blev håndteret korrekt.

Spørgsmål B:
Retslægerådet bedes oplyse, om det var i strid med de almindelige anerkendte lægefaglige retningslinjer på behandlingstidspunktet, at man ikke involverede en børneafdeling med højt specialiseret funktion inden for onkologi, inden man stillede den primære diagnose i april 2019?

Hvis spørgsmålet besvares bekræftende, bedes Retslægerådet vurdere, om A *med overvejende sandsynlighed (mere end 50 %) havde fået stillet en anden primær diagnose, hvis en børneafdeling med højt specialiseret funktion inden for onkologi havde været involveret i april 2019?*

Hvis ja, bedes Retslægerådet også vurdere, om A med overvejende sandsynlighed (mere end 50 %) havde undgået behandling med kemoterapi?

Udredning og behandling er, jf. besvarelsen af spørgsmål 7, foretaget i samarbejde med børneafdeling med højt specialiseret funktion inden for pædiatrisk onkologi.
…"

Forklaringer

A har forklaret, at hun er 23 år, og hun nu arbejder som Stilling 1 . I forbindelse med MR-skanningen den 25. marts 2019, hvor hun var der med sin far, fik hun oplyst, at knuden i benet var ondartet, og lægen videresendte hende straks til Behandlingssted 1 . Inden der blev foretaget biopsi, havde hun en samtale med overlæge Læge 4 , der fortalte hende, at han ikke var overbevist om, at den var ondartet, og han mente, at det var en godartet tumor. Han gav senere udtryk for, at han ikke var sikker.

Hun huskede ikke svaret på biopsien, der nok blev givet til hendes mor. Ved CT-PET-skanningen sagde de, at lymfer og lunger lyste op, og det kunne være tegn på spredning. De ville derfor tage en biopsi af lymfen. Hun blev startet i kemoterapi lige bagefter. Hun huskede ikke svaret på biopsien på lymfeknuden. Hun fik muligvis svaret fra biopsien ved den anden kemobehandling.

Det virkede meget overvældende at påbegynde kemobehandling, og hun var meget bange og ked af det. Situationen var svær for alle i familien. Det var svært for hende både fysisk og psykisk. Mange tanker gik gennem hendes hoved. Hun kastede blandt andet op, fik sår i munden og nede i halsen. Hun kunne ikke drikke og spise. Hun havde ondt i hele kroppen af kemobehandlingen. Behandlingen gav mange bivirkninger, fx svimmelhed, hun kunne ikke klare lugten af mad, og hun fik kæmpestore blister på fødderne, så hun ikke kunne have sko og sokker på.

Hun fik besked om, at det var nødvendigt at få amputeret en del af det ene ben. Hun var i den anledning til undersøgelse i Land 1 for at få indhentet en second opinion. I Land 1 kiggede de på røntgenbilleder taget i Danmark, ligesom der i Land 1 blev taget nye røntgenbilleder. Samtalen med den Land 1 læge handlede indledningsvis om, at hun skulle have en benprotese, genoptræning mv. Lægerne kiggede på de lægelige oplysninger, og det virkede til, at de blev usikre på diagnosen. De talte med en overlæge og derefter en yngre overlæge. De fik en tid til operation, men lægerne ville første gennemgå materialet. De blev sendt hjem, da lægerne skulle være sikre på diagnosen, og hun blev indlagt på hospitalet den 10. juni 2019. De blev vist rundt på afdelingen, og derefter talte de med en læge, der gav udtryk for, at de ikke var helt sikre på diagnosen, og de mente, det kunne være en godartet tumor og ikke ondartet kræft. De skulle være sikre på diagno-

sen, når hun var så ung. De blev herefter sendt hjem igen med besked om, at de danske prøver skulle sendes til Land 1 . I Land 1 lavede de en ny farvning af vævsprøverne, og de tog nye røntgenbilleder, da de mente, at billederne ikke var taget i den rette vinkel. De sagde, at lymfeknuder og lunger kunne lyse op på MR-skanningen på grund af infektion, og det passede med, at hun havde haft en infektion i knæet. De blev sendt hjem igen.

Det kan godt passe, at der den 16. juli 2019 blev ringet op til hendes mor fra hospitalet i Land 1 . Moren kom tilbage til hende og virkede vildt glad. Hendes mor måtte viderebringe nyheden om den godartede tumor til de danske læger, der ikke ville anerkende de Land 1 testresultater. De danske læge ville selv få foretaget nye tests for at bestemme diagnosen.

I 2026 har hun fortsat gener efter kemobehandlingen. Hun bliver stadig hurtigt træt og hurtigt overbelastet, ligesom hun bliver hurtigt syg. Hun har ikke kunnet færdiggøre sin Uddannelse 1 , da hun har for svært ved at koncentrere sig til, at hun kan læse og indlære det faglige. Mange dage har hun det ikke særligt godt. Psykisk kæmper hun med dårlig søvn og mareridt. Hun har behov for at sove til middag de dage, hun har lavet noget. Hun er altid hjemme, og socialt har hun ikke længere mange venner. Hun kan kun holde til at være hjemme og på arbejde, da det kan blive for meget for hende. Det er bedst for hende at have et frit Stilling 1 , hvor hun kan sige til og fra efter behov. Hun kan bedst lide at have styr på situationen, og hun har det derfor bedst hjemme.

Fysisk har hun bøvl med knæet, der gør ondt. Hun har vand i benene, og det gør ondt, er træls og grimt. Hendes immunforsvar er lige nu i orden, men det svinger, og det ryger hurtigt ned, når hun er syg.

Adspurgt af Ankestyrelsen forklarede hun videre, at i forbindelse med lægemiddelskadesagen blev der anerkendt en række bivirkninger som følge af kemobehandlingen, fx varigt høretab, nerveskader i fødder og ben, der er ødelagt af kemoterapi. Kemoen ødelagde en del nerver i fødder og hænder. Huden kan blive helt udspilet af væske i kroppen. Vand i ben og krop blev ikke anerkendt som en del af de erstatningsberettigede gener. Hun har ikke overvejet at påklage den del af lægemiddelsagen, hvor hun ikke fik medhold.

B har forklaret, at hun er mor til A , og hun har 4 børn. Hun er Stilling 2. På Behandlingssted 3 fik de at vide, at A var syg. Den 10. april 2019 fik de oplyst, at lægerne ikke var sikre på diagnosen, og de ville sende det til vurdering på Behandlingssted 2 . Hun ringede selv til et hospital i Land 1 for at få en second opinion.

Der skulle laves en PET-skanning i ventetiden. De ringede onsdag, og fredag blev der lavet PET-skanning. Mandag fik de oplyst, at det var spredt til lymfen.

Straks dagen efter skulle de komme på hospitalet, hvor der skulle bortopereres så mange lymfekirtler som muligt. Hun var ikke selv overbevist om, at det var den rigtige diagnose. Overlæge Læge 4 pegede på de lysende områder på et røntgenbillede, og han sagde, at det viste, hvor det havde spredt sig til. Hun blev overbevist om, at det var kræft. A blev opereret, og ugen efter fik hun den første kemobehandling. Hun spurgte fortsat ind til, om det var det rigtige, og hun fik besked på, at de ville tage sig af det medicinske, og hun skulle acceptere og koncentrere sig om barnet. Efter den anden kemobehandling fik de at vide, at det ikke var spredt til lymfen. Hun skulle selv spørge ind til det. I 4 uger gik de i den tro, at det havde spredt sig til lymfesystemet. Chancen for at overleve knoglekræft er lille, når det har spredt sig til lymfen.

Der blev løbende under kemobehandlingen taget blodprøver. De fik at vide, at kemobehandlingen kunne give en kraftig reaktion, og at de skulle forvente at være indlagt hele tiden. De var selv overraskede over de fine blodprøver, og A skulle først indlægges efter fjerde kemobehandling, hvor bivirkninger viste sig. Hun fik 6 rul kemobehandlinger i alt.

Der 23. maj 2019 har hun konsulteret hospitalet i Land 1 efter den tredje kemobehandling. Hun kunne ikke sende billedmaterialet og opgav desværre på grund af den meget stressede situation. Overlæge Læge 4 fortalte om en benprotese. Lægerne har hele tiden sagt, at benet ikke skulle amputeres komplet. Den gode nyhed fra dem var, at benet ikke skulle amputeres. Det har de kun bragt på tale, da de havde talt med lægerne i Land 1 .

Den 1. juli 2019 var det første lægebesøg i Land 1 mod egen betaling. Der kunne kun gives en henvisning til behandling i Land 1 med betaling af den offentlige sygesikring, hvis behandlingen i udlandet var markant bedre. A blev undersøgt af overlæge Læge 5 , og han talte om det praktiske om proteser. En ung overlæge så på billedmaterialet, og han sagde, det så meget atypisk ud for kræft. De var først sikre, og derefter var de ikke sikre på diagnosen, der skulle undersøges yderligere. De kunne ikke operere hende, før der var lavet en biopsi. De skulle se biopsiprøverne taget før operationen. Den 10. juli 2019 var de indlagt på hospitalet i Land 1 . En kvindelig læge fortalte, at patologerne havde set på de danske prøver, og der var 50 % chance for, at det ikke var kræft. Hun sagde, at de danske biopsier ikke var godt nok farvelagt, og derfor måtte de i Land 1 på ny farvelægge biopsiprøver fra Danmark. De blev sendt hjem med besked om, at der under ingen omstændigheder måtte gives flere kemobehandlinger, før diagnosen var klarlagt.

Den 16. juli 2019 blev de kontaktet af hospitalet i Land 1 , og hun fik besked om, at der ikke var tegn på kræft, men at tumoren var en aneurismatisk knoglecyste. Lægen sagde, at i Land 1 ville man senest efter, at det blev konstateret, at det ikke havde spredt sig til lymfen, have revurderet diagnosen. For at få en uafhæn-

gig vurdering sendte lægen materialet videre til en vurdering i Land 2, uden at de allerede foreliggende resulter blev medsendt.

Efter de i Land 1 havde konkluderet, at det ikke var kræft, ville overlæge Læge 6 indledningsvis ikke anerkende dette, og han ville afvente resultatet fra Land 2. Efter resultatet fra Land 2 bad overlæge Læge 6 om tilladelse til, at de også i Danmark måtte lave en FISH-test. Hun fortalte ham, at FISH-testen var en standardtest i både Land 1 og Land 2, og han sagde til hende, at patologerne måtte have glemt at foretage FISH-testen. Læge 6 undskyldte sig først i august 2019.

Parternes synspunkter

A har i sit påstandsdokument anført:

"…

ANBRINGENDER

Det gøres gældende, at A blev påført en patientskade som følge af behandlingen på Behandlingssted 1 fra marts til august 2019.

Sagens retlige ramme

Efter klage- og erstatningsansvarslovens § 21, stk. 1, dækkes skader som følge af, at der ikke er blevet stillet en rigtig diagnose på patientens sygdom, hvis en erfaren specialist måtte antages at ville have stillet den rigtige diagnose, herunder stillet den på et tidligere tidspunkt, jf. § 20, stk. 1, nr. 1.

Der ydes erstatning for den merskade, som skyldes en forkert/forsinket diagnosticering, hvis denne med overvejende sandsynlighed kunne være stillet rigtigt eller hurtigere i henhold til § 20, stk. 1.

En erfaren specialist ville have stillet den rigtige diagnose tidligere i forløbet

Som følge af behandlingsforløbet på Behandlingssted 1 har A pådraget sig adskillige psykiske og fysiske gener, herunder tinnitus, høretab, nerveskader mv. samt koncentrations- og hukommelsesbesvær, betydeligt træthed, angst, depression og posttraumatisk belastningsreaktion, jf. bilag 16, side 1.

Retslægerådet har ved besvarelsen af 22. december 2025 bekræftet, at A fysiske og psykiske symptomer med mere end 50 % sandsynlighed skyldes den diagnose, der fejlagtigt blev givet til A, og den prognose, der blev knyttet hertil (spørgsmål 2):

> Retslægerådet vurderer, at de svar på spørgsmål 1 anførte somatiske symptomer med mere end 50 % sandsynlighed er en følge af kemoterapi, og at de psykiske symptomer med mere end 50 % sandsynlighed er en følge af diagnosen som sådan og den prognose, der primært blev knyttet hertil.

Generne som A har pådraget, er således en direkte følge af behandlingsforløbet, der kunne være undgået, hvis hun havde fået stillet den korrekte diagnose tidligere i forløbet.

Det gøres gældende, at en erfaren specialist ville have stillet den rigtige diagnose tidligere i forløbet, og der er dermed tale om en erstatningspligtig patientskade omfattet af klage- og erstatningsloven.

Denne specialist-målestok gælder for alle led af behandlingen. Specialistmålestokken gælder således ved diagnosticeringen af sygdommen, herunder iværksættelse af relevante undersøgelser med henblik på diagnose og tolkning af sygdomstegn, beslutning om iværksættelse af behandling og tidspunktet for dette, valg af behandlingsmåde og selve udførelsen af behandlingen samt efterfølgende kontrol (Askjær m.fl., Erstatning inden for sundhedsvæsenet, 2017, side 99).

Det er sagsøgers opfattelse, at Retslægerådets besvarelser på spørgsmål 3-8 og A-B er overraskende og vanskelige at forene med flere af sagens øvrige lægefaglige oplysninger. De allerede anførte synspunkter vedrørende de lægelige fejl, der blev begået undervejs i A behandlingsforløb fastholdes derfor og gøres fortsat gældende.

1. Der burde være foretaget en revurdering af diagnosen da det ved den senere histologiske undersøgelse blev konstateret, at der ikke var ondartede forhold i lymfeknuden

Det fremgik af biopsirapporten (bilag 6, side 1-2), at der var stor usikkerhed om diagnosen, da der både var tegn på en aneurismatisk knoglecyste (en godartet cyste) og osteoklastom (knoglesvulst).

Den endelige kræftdiagnose blev stillet efter den radiologiske undersøgelse viste, at der var kraftigt FDG-optag i vævet omkring lårbenstumoren samt i lymfeknuderne.

Man byggede således den endelige konklusionen om kræft på en mistanke om, at tumoren havde spredt sig radiologisk til lymfeknuderne (selvom dette kun meget sjældent ses), samt på vævsprøver, som pegede på, at den ligesåvel kunne være godartet som ondartet.

Som anført af speciallæge Læge 1 , bør det tillægges afgørende vægt i vurderingen/diagnosticeringen, om mikroskopi og radiologi taler i samme retning, hvilket ikke var tilfældet i A sag. Således lægger speciallægen vægt på, at biopsien fra hovedtumoren ikke med sikkerhed viste, at tumoren

var ondartet, og at den radiologiske mistanke om metastaser i lymfeknuderne ikke et var tilstrækkeligt til samlet at tolke resultaterne som kræft, henset til, at det er meget sjældent at sarkomer spreder sig til lymfeknuder (bilag 12, side 4):

> Ved utredning av bensvulster er det viktig at man er et team av spesialister med onkolog, ortoped, radiolog og patolog som vurderer informasjonen samlet. Radiologens vurdering må tas med i betraktningen. Når mikroskopi og radiologi trekker i samme retning er det en stor styrke i konklusjonen. Her hadde radiologen mistanke om spredning, men det er meget uvanlig at sarkomer sprer seg til lymfeknuter. Da skal man være varsom å tolke et radiologisk funn som en metastase uten at det er tatt en vevsprøve.

Da man senere ikke fandt malignitet i lymfeknuderne, burde dette ifølge Læge 1 have givet anledning til en revurdering af diagnosen:

> Jeg har ikke kopi av svaret fra radiologen på primærtumor i lårbenet. Man bygget en del av konklusjonen på a at tumor hadde spredd seg radiologisk, men da metastase ikke ble påvist histologisk kan jeg ikke se at man har revurdert den maligne diagnosen i lys av det.

Da man således reelt havde resultater fra mikroskopi og radiolog, som talte i hver sin retning, gøres det – i overensstemmelse med speciallæge Læge 1 vurdering – gældende, at lægerne burde have reovervejet diagnosen, da der ikke blev fundet metastaser i lymfeknuderne.

Den manglende sammenhæng burde have givet anledning til at stille spørgsmålstegn ved årsagen til de radiologiske fund og igangsættelse af yderligere undersøgelser, herunder f.eks. en gentest eller en supplerende vævsprøve, som ville kunne be- eller afkræfte mistanken om kræft, hvad der på dette tidspunkt fortsat alene var en mistanke og ikke påvist med sikkerhed.

I den forbindelse bemærkes, at A mor, B , blev oplyst af en professor ved Behandlingssted 1 efter forløbet i Land 1 og Land 2 , at patologerne måtte have glemt at efterprøve vævsprøverne fra biopsien ved en gentest (FISH-test). Det var dermed utvivlsomt en mulighed at lave gentesten på tidspunktet for diagnosticering og burde som følge af den store usikkerhed om diagnosen være sket.

Det gøres derfor gældende at en erfaren specialist under de givne forhold med overvejende sandsynlighed ville have revurderet diagnosen, eller igangsat yderligere undersøgelser, i lyset af resultaterne fra vævsprøverne.

2. Den danske farvning af biopsiprøver var mangelfuld, og risikoen for en fejlvurdering var som følge heraf høj

Det gøres derudover gældende, at det den danske farvning af biopsiprøverne var mangelfuld, og at man burde have foretaget en ny farvning i lyset af det usikre resultat.

I forbindelse med undersøgelserne i Land 1 blev det vurderet, at de vævsprøver, der var udtaget og farvet i Danmark, var for unøjagtige. Derfor blev der foretaget en ny farvning af de eksisterende vævsprøver fra Danmark (som ikke var blevet farvet) i Land 1 og senere også i Land 2 .

Dette fremgår af rapporten fra Land 1 og Land 2 (bilag 25), hvor det på side 77 fremgår, at der blev ringet fra Land 1 med oplysning om, at de ikke kunne finde maligne celler, samt at de havde sendt sagen til Land 2 . Det blev her bekræftet, at der ikke var tale om kræft (bilag 25, side 137-138).

Det gøres på den baggrund gældende, at der allerede tidligere i forløbet burde være lavet nye vævsprøver på grund af det unøjagtige resultat, og at disse burde være blevet lavet senest efter det tidspunkt, hvor det viste sig, at der ikke var sket en spredning til lymfeknuderne, hvorved der blev skabt yderligere tvivl om diagnosen. Dette skete imidlertid først efter, at lægerne i Land 1 og Land 2 havde foretaget en revurdering samt farvet yderligere vævsprøver.

Læge 2 speciallægeerklæring (bilag 14) kan af denne grund ikke tillægges afgørende vægt. Læge 2 har i sin erklæring lagt afgørende vægt på resultatet af de danske vævsprøver, som af de Land 1 læger blev beskrevet som unøjagtige, og som i øvrigt var meget usikre i deres konklusion. Det bemærkes i øvrigt, at Læge 2 selv angiver, at han ikke er den rette til at forholde sig til eller besvare spørgsmål i forhold til forløbet på patologisk afdeling, jf. besvarelsen af spørgsmål 3.

3. Der ikke blev handlet i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens pakkeforløb, da en børneafdeling med højt specialiseret funktion inden for onkologi burde have været involveret i hele differentialdiagnostiske proces

Derudover gøres det gældende, at lægerne burde have inddraget en specialist i pædiatrisk onkologi til deltagelse i den diagnostiske proces i overensstemmelse med retningslinjerne i Sundhedsstyrelsens pakkeforløb for kræft hos børn (bilag 24).

På intet tidspunkt forud for henvisningen af A til pædiatrisk onkologisk regi med henblik på opstart af kemobehandlingen blev der inddraget en specialist i pædiatrisk onkologi til deltagelse i den diagnostiske proces.

Speciallæge Læge 3 bemærker i sin speciallægevurdering (bilag 19, side 3), at der i henhold til pakkeforløbet for kræft hos børn, burde være sket en henvisning til pædiatrisk onkologisk sektion tidligere, således at en specialist i pædiatrisk onkologi netop kunne have deltaget i hele den differentialdiagnostiske proces:

> En tidligere involvering af en børneafdeling med højt specialiseret funktion inden for onkologi havde været i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens dokument "Pakkeforløb for kræft hos børn".

Det samme er også påpeget af speciallæge Læge 1 (bilag 12, side 4), som understreger, at det i tilfælde som A er helt afgørende, at der er et team af specialister bestående af onkologer, ortopæder, radiologer og patologer:

> Ved utredning av bensvulster er det viktig at man er et team av spesialister med onkolog, ortoped, radiolog og patolog som vurderer informasjonen samlet.

I overensstemmelse hermed gøres det på den baggrund gældende, at en børneafdeling med højt specialiseret funktion inden for onkologi burde have været involveret i hele differentialdiagnostiske proces, og at det er en fejl fra lægernes side, at dette ikke er sket.

4. Speciallægeerklæringen fra Læge 3 kan derudover i øvrigt ikke tillægges afgørende vægt, idet han ikke var i besiddelse af det billeddiagnostiske materiale og i øvrigt kun tog stilling til forløbet efter diagnosticeringen

Endeligt gøres det gældende, at det øvrigt anførte i speciallægeerklæringen udarbejdet af Læge 3 6. juni 2022 (bilag 19) ikke kan tillægges afgørende vægt for sagen.

Først og fremmest skal henvises til, at han ikke har været i besiddelse af det billeddiagnostiske materiale. I sin vurdering påpeger han, at der ikke længere var tvivl om diagnosen, da A blev henvist til børneafdelingen, og konstaterer, at de involverede pædiatriske onkologer ikke havde grund til at efterspørge en yderligere vurdering af materialet. Speciallægen har dog ikke selv været i besiddelse af det billeddiagnostiske materiale, hvorfor han ikke kan vurdere, om der på baggrund af dette materiale var grundlag for at efterspørge en yderligere vurdering af den stillede diagnose eller ej. Det var netop på baggrund det billeddiagnostiske materiale, at lægerne i Land 1 udbad sig biopsiprøver fra Danmark til ny farvning, og således dette materiale, der var af afgørende betydning for (fejl)diagnosticeringen.

Hertil kommer, at speciallæge Læge 3 , desuden kun forholder sig til, om selve kemoterapiforløbet har levet op til erfaren specialiststander, herunder at dette blive iværksat ud fra, at der allerede var stillet en kræftdiagnose hos A , da hun kom på Børne og Ungeafdelingen (pædiatrisk onokologisk sektion). Det er dermed også kun den del, som han har udtalt levede op til erfaren specialiststandard efter hans opfattelse, jf. følende bemærkning (bilag 19, side 2):

> Det skal dog fremhæves at der dermed udelukkende bliver taget stilling til at specialiststandarden var opfyldt i pædiatrisk onkologisksk regi […]

Det bemærkes hertil, at det, der gøres gældende er, at det er forløbet før A blev henvist til pædiatrisk onkologisk regi på Børne og Unge-afdelingen, der ikke har været i overensstemmelse med erfaren specialiststandard. Det skulle allerede på dette tidspunkt være konstateret, at der ikke var tale om kræft, således at A ikke var blevet henvist til kemoterapeutisk forløb, og vurderingen af forløbet herefter er derfor ikke relevant for hovedspørgsmålet i nærværende sag.

—

Samlet set gøres det således gældende, at der ikke er handlet i overensstemmelse med specialiststandarden, jf. KEL § 21, stk. 1, jf. KEL § 20, stk. 1, nr. 1, med henvisning til at der ikke blev foretaget en revurdering af diagnosen efter vævsprøverne ikke viste ondartede forhold i lymfeknuden, at den danske farvning af biopsiprøverne var mangelfuld, at der ikke blev udført gentest tidligere end forløbet samt at en børneafdeling med højt specialiseret funktion inden for onkolog ikke var involveret i den differentialdiagnostiske proces.
…"

Ankenævnet for Patienterstatningen har i sit påstandsdokument anført:

"…
3. Anbringender
3.1. Ad frifindelsespåstanden
Til støtte for den principale påstand om frifindelse gøres det gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse af 20. april 2023 (bilag 23).

3.1.1. Prøvelse af ankenævnets afgørelse
Ankenævnet er et kollegialt organ med en særlig sagkundskab og erfaring i at bedømme sager efter KEL, da ankenævnet består af medlemmer med juridisk

og lægevidenskabelig baggrund, og da ankenævnet behandler et stort antal sager.

Ankenævnet har derved opbygget en betydelig erfaring med at udøve det nødvendige skøn i sager som denne, der involverer både retlige og lægevidenskabelige vurderinger.

Dette må tages i betragtning ved bevisbedømmelsen, og der skal derfor foreligge et sikkert grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse.

Det er A , der har bevisbyrden. Der er ikke under sagen fremkommet oplysninger, som kan danne grundlag for en tilsidesættelse af ankenævnets afgørelse.

A har derfor ikke løftet sin bevisbyrde for, at der er et sikkert grundlag for at tilsidesætte afgørelsen.

3.1.2. Retsgrundlag

3.1.2.1. KEL § 19, stk. 1 og § 20, stk. 1
Efter KEL § 19, stk. 1 og § 20, stk. 1, ydes der erstatning, hvis patienten med overvejende sandsynlighed er påført en skade i forbindelse med en undersøgelse, behandling eller lignende, og at skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af de i § 20, stk. 1, nr. 1-4 anførte måder.

Der ydes kun erstatning efter KEL for den merskade, skadelidte er påført som følge af behandlingsskaden.

3.1.2.2. KEL § 20, stk. 1, nr. 1
Det er efter KEL § 20, stk. 1, nr. 1, en betingelse for erstatning, at skaden med overvejende sandsynlighed skyldes, at behandlingen ikke er udført i overensstemmelse med, hvordan en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet.

De undersøgelsesskridt, som blev iværksat, skal bedømmes ud fra de objektive fund og subjektive klager samt ud fra den medicinsk-videnskabelige indsigt og erfaring, som var til stede på behandlingstidspunktet, og ikke ud fra den viden, som er opnået efterfølgende.

Bevisbyrden for, at skaden med overvejende sandsynlighed skyldes, at behandlingen ikke er udført i overensstemmelse med, hvordan en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet, påhviler A .

3.1.2.3. KEL § 21, stk. 1
Hvis en patient er påført en skade som følge af forkert eller forsinket diagnose, ydes der kun erstatning som følge heraf i de i KEL § 20, stk. 1, nr. 1 og nr. 2 nævnte tilfælde. Det er alene bestemmelsen i § 20, stk. 1, nr. 1, der er relevant i nærværende sag.

Der ydes erstatning for følgerne af, at den rigtige diagnose ikke blev stillet rettidigt, når følgerne består i, at grundsygdommen blev forværret, eller at behandlingsforløbet blev forlænget eller kompliceret.

Følger af grundlidelsen, der ikke med overvejende sandsynlighed kunne være undgået selv ved rettidig diagnosticering, berettiger ikke til erstatning efter KEL.

3.1.3. Den konkrete sag
Det gøres overordnet gældende, at A ikke har tilvejebragt et sikkert grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse af 20. april 2023 (bilag 23).

Ankenævnet har med rette vurderet, at udredningen og behandlingen på Behandlingssted 1 den 27. marts 2019 og frem blev foretaget som en erfaren specialist på det pågældende område ville have gjort under de givne forhold. Ankenævnets vurdering understøttes af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål A.

Det er med rette indgået i vurderingen, at den primære vævsprøve, som blev udtaget fra A s venstre lårben den 29. marts 2019 viste forandringer forenelige med osteosarkom af kæmpecelletype, og at der derfor var tilstrækkeligt grundlag for at mistænke kræftsygdom.

Der er ved vurderingen heraf lagt vægt på, at billeddiagnostik og histopatologisk diagnostik skal sammenholdes ved udredning af knoglelæsioner, da ingen af de diagnostiske undersøgelser kan stå alene.

I A s forløb blev undersøgelsesresultaterne ved den histopatologiske diagnostik løbende sammenhold med billeddiagnostikken ved multidisciplinære tumorkonferencer, hvor man drøftede resultaterne og på baggrund heraf tog stilling til det videre behandlingsforløb.

Da undersøgelsesresultaterne gav mistanke om kræft, men man samtidig vurderede, at der var tale om en usædvanlig læsion, var det relevant at anmode om en second opinion fra Behandlingssted 2 . Denne second opinion konkluderede, at der var tale om osteosarkom (knoglekræft) med udvikling af sekundær aneuris-

mal knoglecyste (godartet knoglelæsion, der udvikles som en reaktion på en anden underliggende knoglesygdom eller tumor).

Dette understøttes af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 3, hvori Retslægerådet anfører:

> *"Retslægerådet vurderer, at diagnosticeringen blev foretaget i overensstemmelse med alment anerkendte lægefaglige retningslinjer. Det begrundes med følgende. Ved identifikation af tumor på røntgen blev sagsøger henvist til sarkomcenter for videre opfølgning og behandling. Videre udredning inkluderede både røntgen, CT-skanning og MR-skanning for at karakterisere tumor i lårbenet bedst muligt. Der blev efterfølgende taget en åben biopsi, som sikrer mere vævsmateriale. Den histopatologiske analyse af det udtagne væv resulterer i to differentialdiagnoser – aneurysmal knoglecyste (AKC) eller teleangieektatisk osteosarkom (type af knoglekræft). De to muligheder er vigtige differentialdiagnoser til hinanden og kan i mikroskopet have et ensartet udseende. Da tumor var mere cellerig, end man normalt ser ved AKC og med høj celledelingsaktivitet, konfereres sagen med kollegaer på* Behandlingssted 2 *. På denne baggrund konkluderes, at tumor var et osteosarkom. Retslægerådet kan oplyse, at diagnostikken er udfordrende og kræver lang erfaring samt konference med andre sagkyndige, hvilket er sket i aktuelle sag. At diagnosen alligevel viste sig at være forkert (lægeligt fejlskøn) kan forekomme ved så sjældne diagnoser, særligt da de to tumortyper kan være umulige at skelne fra hinanden, specielt ved forekomst af høj celletæthed og celledelingsaktivitet (mitoser)."*

Idet hverken kliniske, billeddiagnostiske eller histopatologiske fund gav anledning til mistanke om, at diagnosen osteosarkom var forkert, var der relevant grundlag for at iværksætte højdosis kemoterapi i april 2019.

Ankenævnet har med rette vurderet, at en erfaren specialist ikke ville have foranstaltet yderligere undersøgelser af vævsprøven, herunder med molekylære analyser, da det på tidspunktet for udredningen af A i 2019 ikke var gældende praksis at foretage sådanne specialanalyser.

Dette understøttes af Retslægerådets svar på spørgsmål 5 og 6, hvor Retslægerådet i førstnævnte udtaler:

> *"Det var i 2019 ikke sædvane at fortage genetiske analyser på denne type af svulster. Den diagnosticerende patolog har konsulteret med mere erfaren kollega ved andet sygehus, hvilket er i overensstemmelse med alment anerkendt lægefaglig standard, når man er i tvivl om en diagnose."*

Det er med rette indgået i vurderingen, at sarkomer som det klare udgangspunkt spreder sig via blodbanen og meget sjældent via lymfesystemet. Det var

derfor forventeligt, at man ikke fandt tumorspredning i lymfeknudebiopsien og de manglende fund af maligne (ondartede) forandringer gav på den baggrund ikke grundlag for en revurdering af den primære knogleforandring i A s venstre lårben.

Dette understøttes af Retslægerådets svar på spørgsmål 4, hvori Retslægerådet udtaler:

> *"Det er ikke sædvane, at osteosarkomer metastaserer til lymfeknuder, hvorfor det ikke er forventeligt, at diagnosen skulle revurderes som følge af, at man ikke fandt ondartede forhold i lysken. Lymfeknuder i lysken kan blive store og reaktive, når man har en tumor i benet, uafhængig af om en tumor er godartet eller ondartet. Retslægerådet finder ikke forhold, som skulle have ført til en tidligere revurdering."*

Ankenævnet har desuden med rette vurderet, at den primære diagnose ikke med overvejende sandsynlighed have været anderledes, selvom man i forbindelse med udredningen og behandlingen havde involveret en børneafdeling med højt specialiseret funktion inden for onkologi.

I relation hertil udtaler Retslægerådet i svaret på spørgsmål 7, at Pædiatrisk Onkologisk Sektion, Behandlingssted 1 kom tidligt ind i forløbet, og at det var dem, der udførte supplerende røntgenundersøgelser, forprøver til kemoterapi, iværksatte kemoterapi og forberedte hertil samt oplyste A og hendes forældre om kemoterapi og behandlingsudsigter. Retslægerådet udtaler desuden i svaret på spørgsmål B, at udredning og behandling, jf. svaret på spørgsmål 7, blev foretaget i samarbejde med børneafdeling med højt specialiseret funktion inden for pædiatrisk onkologi.

Sammenfattende gøres der derfor gældende, at A ikke er påført en skade ved udredningen og behandlingen den 27. marts 2019 og frem, der berettiger til erstatning efter KEL § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1, hvorfor ankenævnet bør frifindes.

3.2. Ad hjemvisningspåstanden

Til støtte for den subsidiære påstand om hjemvisning før ankenævnet gældende, at hvis rette måtte give A medhold i påstanden om, at hun er påført en skade, der giver ret til erstatning efter KEL § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1, da må sagen hjemvises til ankenævnet til videre behandling.
…"

Parterne har under hovedforhandlingen nærmere redegjort for deres opfattelse af sagen.

Rettens begrundelse og resultat
Efter KEL § 20, stk. 1, nr. 1, er det en betingelse for erstatning, at skaden med overvejende sandsynlighed skyldes, at behandlingen ikke er udført i overensstemmelse med, hvordan en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet.

Ankenævnet for Patienterstatningen er et sagkyndigt kollegialt rekursorgan med deltagelse af blandt andet 2 sagkyndige medlemmer inden for lægevidenskab, jf. KEL § 58 a. Nævnet træffer endelig administrativ afgørelse i erstatningssager efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet og må antages at have opbygget en særlig erfaring i vurderingen af disse sager. Hvis domstolene skal tilsidesætte nævnets vurdering, skal der derfor foreligge et sikkert grundlag herfor.

Ankenævnets særlige sagkundskab skal tages i betragtning ved rettens vurdering af sagen, og det er A , der skal godtgøre et sikkert grundlag for at tilsidesætte afgørelsen. Hun har bevisbyrden for, at skaden med overvejende sandsynlighed skyldes, at behandlingen ikke er udført i overensstemmelse med, hvordan en erfaren specialist på det pågældende område og under de i øvrigt givne forhold ville have handlet.

Af lovbemærkninger til lov om patientforsikring (LLF 1991 144) fremgår, at vurderingen skal 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 handlet, har patienten ret til erstatning i det omfang, det må antages, at skaden herved ville være blevet undgået.

Af Betænkning om revision af lov om patientforsikring (KBET 1997 1346) fremgår det, at om undersøgelsen eller behandlingen er korrekt ud fra specialistmålestokken, skal vurderes på grundlag af den viden om patientens tilstand mv., som kunne opnås af den erfarne specialist på det pågældende tidspunkt, og ikke ud fra den viden som senere erhverves, når skaden er sket.

Efter bevisførelsen er der ikke det fornødne sikre grundlag til at tilsidesætte Ankenævnets afgørelse af 20. april 2023.

Retten har herved lagt vægt på Retslægerådets erklæring, herunder særligt besvarelsen af spørgsmål A, hvorefter udredning og behandling på Behandlingssted 1 den 27. marts 2019 og frem blev foretaget i overensstemmelse med de gældende alment anerkendte lægefaglige retningslinjer. Udredningsprocessen var vanskelig, men vanskelighederne blev håndteret korrekt.

Retten har ligeledes lagt vægt på Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 3, hvor Retslægerådet blandt andet har oplyst, at diagnostikken er udfordrende og kræver lang erfaring samt konference med andre sagkyndige, hvilket er sket i den aktuelle sag. At diagnosen alligevel viste sig at være forkert (lægeligt fejlskøn) kan forekomme ved så sjældne diagnoser, særligt da de to tumortyper kan være umulige at skelne fra hinanden, specielt ved forekomst af høj celletæthed og celledelingsaktivitet (mitoser).

Retten har lagt vægt på, at det efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 4 ikke er godtgjort, at diagnosen skulle have været revurderet tidligere i behandlingsforløbet, da man ikke fandt ondartede forhold i lysken.

Retten lægger videre vægt på Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 5 og 6, hvoraf fremgår, at det i 2019 ikke var sædvane at foretaget genetiske analyser på denne type svulster. Den diagnosticerende patolog har konsulteret med mere erfaren kollega ved andet sygehus, hvilket er i overensstemmelse med alment anerkendt lægefaglig standard, når man er i tvivl om en diagnose.

Efter Retslægerådets svar på spørgsmål 7 og B fremgår, at A tidligt i forløbet blev henvist til pædiatrisk Onkologisk Sektion, Behandlingssted 1 og udredning og behandling er fortaget i samarbejde med børneafdeling med højt specialiseret funktion inden for pædiatrisk onkologi.

A og hendes mor, B , har under hoveforhandlingen forklaret om de behandlende Land 1 lægers vurderinger af fejl begået i forbindelse med udredning og behandling af A på Behandlingssted 1 , herunder mangelfuld farvning af biopsiprøver, manglende gentest, røntgenbillede i forkert vinkel mv. B har ligeledes forklaret, at hun af en professor på Behandlingssted 1 blev oplyst om, at patologerne måtte have glemt at efterprøve vævsprøverne fra biopsien ved en gentest. Retten finder, at Retslægerådets besvarelse må lægges til grund, og hverken de afgivne forklaringer eller indholdet af speciallægeerklæringerne udarbejdet af patolog Læge 1 , professor, overlæge Læge 2 eller speciallæge, dr. med. Læge 3 , der er indhentet af Patienterstatningen til brug for deres vurdering af sagen i første instans, eller det i øvrigt fremkomne, kan føre til et andet resultat.

Med Retslægerådets besvarelse af parternes spørgsmål, herunder besvarelsen af spørgsmål 5 og 6, finder retten heller ikke, at oplysningerne om, at Verdens Sundhedsorganisationen WHO i 2020 ændrede de fra 2013 gældende retningslinjer for "Classification of Tumours of Soft Tissue and Bone, hvor molekylær påvisning af USP6 gen fra 2020 beskrives som et ønskeligt diagnostisk kriterie, kan føre til et andet resultat.

Efter bevisførelsen er det ikke godtgjort, at A er påført en skade ved udredningen og behandlingen den 27. marts 2019 og frem, der berettetiger til erstatning efter KEL § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1, hvorefter Ankenævnet for Patienterstatningens frifindelsespåstand tages til følge.

Efter sagens udfald skal A betale sagsomkostninger til Ankenævnet for Patienterstatningen. Omkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til 120.000,00 kr., der dækker udgift til rettergangsfuldmægtig. Beløbet indeholder ikke moms.

Ankenævnet for Patienterstatningen er ikke momsregistreret.

THI KENDES FOR RET:

Ankenævnet for Patienterstatningen frifindes.

A skal til Ankenævnet for Patienterstatningen betale sagsomkostninger med 120.000,00 kr.

Beløbet skal betales inden 14 dage.

Sagsomkostningerne bliver forrentet med procesrente efter rentelovens § 8 a.

Vejledning

Retten har afsagt dom i sagen.

Hvis du er utilfreds med afgørelsen, kan du som udgangspunkt anke (klage over) dommen til landsretten. Hvis du kun er utilfreds med dommens afgørelse om sagsomkostninger, kan du kære (klage over) denne del af afgørelsen til landsretten.

Ikke alle afgørelser kan ankes eller kæres
Du kan kun anke dommen, hvis forskellen mellem byrettens dom og det resultat, du ønsker at opnå i landsretten, er over 50.000 kr. Hvis forskellen er mindre, skal du have tilladelse fra Procesbevillingsnævnet for at anke.

Landsretten kan afvise at behandle en ankesag, hvis landsretten vurderer, at der ikke er udsigt til, at sagen vil få et andet udfald i landsretten.

Du kan kun kære afgørelser om sagsomkostninger, hvis omkostningsbeløbet er fastsat til mere end 50.000 kr., eller hvis retten har bestemt, at ingen af parterne skal betale sagsomkostninger, og du kræver, at modparten skal betale mere end 50.000 kr. I andre situationer kan du kun kære omkostningsafgørelsen, hvis du får tilladelse fra Procesbevillingsnævnet.

Frister for at anke og kære
Fristen for at anke er **4 uger** fra dommens dato. Hvis du ikke kan anke uden en tilladelse fra Procesbevillingsnævnet, skal du indlevere en ansøgning til Procesbevillingsnævnet inden **4 uger**.

Fristen for at kære omkostningsafgørelsen er **2 uger** fra dommens dato. Hvis du ikke kan kære afgørelsen uden tilladelse fra Procesbevillingsnævnet, skal du indlevere en ansøgning til Procesbevillingsnævnet inden **2 uger** fra dommens dato.

Sådan gør du, hvis du vil anke eller kære
Du kan anke dommen på minretssag.dk ved at trykke på knappen "Opret appel" og derefter vælge "Anke" og følge vejledningen. Hvis du vil kære omkostningsafgørelsen, skal du vælge "Kære" og følge vejledningen.

Du kan læse mere på domstol.dk.

Hvis du ønsker at søge om tilladelse til anke eller kære, skal du indlevere en ansøgning til Procesbevillingsnævnet på www.procesbevillingsnaevnet.dk eller mail til post@procesbevillingsnaevnet.dk eller post@pbn.dk. Procesbevillingsnævnet har adresse på Store Kongensgade 1, 2. sal, 1264 København K. Du kan ikke indlevere ansøgningen på minretssag.dk.

Publiceret til portalen d. 20-07-2026 kl. 12:00
Modtagere: Sagsøger A , Sagsøgte Ankenævnet for Patienterstatningen, Advokat (H) Mads Krøger Pramming