



Udskrift af dombogen

DOM

Afsagt den 19. september 2016 i sag nr. BS 1-1969/2014:

A

mod
Patientskadeankenævnet
(nu Ankenævnet for Patienterstatningen)
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg

I denne sag, der er anlagt den 17. november 2014, har sagsøgeren, A, påstået sagsøgte, Ankenævnet for patienterstatning, dømt til at anerkende, at B i forbindelse med behandlingen på C den 19. marts 2013 og frem blev påført en skade, der er omfattet af lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet.

Sagsøgte har nedlagt påstand om frifindelse.

Der er i sagen fremlagt en journal fra B private læge, der delvis indeholder C optegnelser i sagen.

B var nyresyg og led af cystenyrer. B var tidligere rask og arbejdede som tømrer, senest i flexjob indtil han blev indlagt. I journalen står vedrørende:

"Resumé af forløbet:

Det drejer sig om en 62-årig mand, kendt med adult polycystisk nyresygdom, er tidligere nefrektomeret grundet pladsproblemer i abdomen med svært kompliceret forløb til følge. Er opstartet dialyse. Indlagt grundet nedsat almen tilstand og abdominalia, og der findes en svært forstorret lever, som udfylder det meste af abdomen, og som trykker på omkringliggende organer, således at pt. ikke kan indtage sufficient ernæring. Tilstanden forværres, og der tilkommer infektion, opstartes i relevant antibiotikaregime. Pt. får pludselig hjertestop, og det lykkes ikke at genlive pt. trods adækvat hjerte-lungeredning, og pt. går ad mortem d.d. Der er forbud mod obduktion.

Parørende er informeret og tilbudt opfølgende samtale i vores ambulatori-

um."

Den 17. januar 2013 er det anført i journalen:

"Anamnese:

Folges ambulant pga. polycystisk nyresygdom med aftagende nyrefunktion. Har endvidere et abdominalt aorta-aneurisme. Han skal indkaldes til samtale omkring venstresidig nefrektomi...."

Den 17. december 2012 er det anført:

Notattekst:

Der ligger en henv. fra Nefrologisk Afdeling vedr. denne pt., som er kendt med polycystiske nyrer, som giver almen trykgener. Der er planlagt nyretransplantation...."

Den 13. december 2012 er anført under anamnese blandt andet:

"Man har anbefalet, at pt. primært nefrektomeres på venstre side...."

L har i dag vurderet, at pt. skal indkaldes til samtale omkring den planlagte operation. Efter en tid skal han eventuelt endoproteseopereres."

Den 19. november 2012 er anført blandt andet:

"Information/accept:

Pt. og hustru kortvarigt informeret om nefrektomi som i det tilfælde vil blive åben. Forventelig postoperative forløb med godt 5 dage på afdelingen, risiko for blodning og infektion samt læsion af tarmen med stomi til følge."

Af  journal fremgår blandt andet under den 14. februar 2013:

"Der er planlagt kontrol-CT-skanning af aortaaneurismet om ca. 4 måneder.

Skal til samtale i dag mhp. nefrektomien.

Han planlagt en tur til Paris om en måned. Har forhåndstilsagn fra forsikringen. Der ses ikke noget til hinder for, at pt. kan tage på rejse."

Under operationsbeskrivelse den 19. marts 2013 er blandt andet anført:

"Kommer ind til peritonealhulen, hvor man straks ser en stor cystisk udfyldning i ovre abdomen. Det viser sig at være leveren, som er svært cystisk omdannet, strækker sig helt over i ve. nyreregion. Det er ret vanskeligt at kom-

me til, og man er nødt til at punktere et par af de store cyster på leveren."

Senere i notatet fremgår det:

"Det viser sig også, at der er en kapsellæsion i milten, som derfor fjernes, idet man deler miltkarrene, som gennemstikkes og ligeres. Yderligere er der en arteriegren direkte fra aorta og tæt på aneurismet, som gennemstikkes, og der ser ud til at være noget siveblodning fra aortaneurismets overflade, hvorfor man vælger at tilkalde karkirurg, TB, som efierser området og gennemstikker den lille siveblodning. Finder ikke, at der er indikation for yderligere. Man har dybt nede i området mellem nyre og milt vedvarende lidt siveblodning, som ikke kan identificere udgangspunktet. Formentlig kan der være tale om flere små sivende områder, men man vælger at udtamponere med 12 servietter."

Af journalen samme dag fremgår, at B mistede 9,4 l blod.

Under den 20. marts 2013 er anført:

"Pt. er på ITA. Svær blodning peroperativt, hvor der er givet 16 portioner SAG M og 8 portioner frisk, frossen plasma og 2 trombocyter."

Om B almentilstand står der den 28. marts 2013, "Noget bedre end sidst jeg tilså ham. Skønnes absolut klinisk overhydreret. Både med over- og underekstremitetsødemer."

Den 12. april 2013 står, at urologisk vagthavende oplyser, at patienten nu er urologisk færdigbehandlet. Det aftales derfor, at han kan udskrives til hjemmet.

Den 19. april 2013 fremgår af journalen

"Hustru og datter taget til hæmodialysen, da der er uoverensstemmelser i medicinordinationerne."

Senere er anført samme dag:

"Der udprøves fornyet medicinliste. Der aftales med sygeplejerske, at pt. tilses til stuegang, når pt.s gruppe har dette."

Den 29. april 2013 står i journalen, at B sover det meste af dagen. Har slet ingen energi. Ej heller appetit.

Den 30. april 2013 er anført:

"62-årig herre indlægges via hæmodialysen grundet abdominalomfang samt

nedsat almen tilstand."

Den 12. maj 2013 er anført:

"Pt. synes ikke, at han har fået det bedre over de sidste dage. Ligger fortsat med ilt. Maven er blod, men præget af den store cystelever."

Den 13. maj 2015 er blandt anført:

"Almen tilstanden forringes, samtidig med at infektionstallene stiger. Pt. er meget immobil i sengen, og synes at have progredierende muskelatrofi."

..... Afd. S udfører gastroskopi i dag."

Den 13. maj 2013 afgik B ved døden, og det er anført i journalen:

"Vi gennemgår kort forløbet i dag. Hustruen feler skyld, fordi hun ikke modsatte sig gastroskopi. Jeg mener ikke, at gastroskopian havde noget med dødsfaldet at gøre. Vi ved dog ikke, hvorfor pt. afgik ved døden. Familien ønsker imidlertid ikke obduktion."

Kaldes til hjertestop

62-årig mand kendt adult polycystisk nyresygdom, for nyligt nefrektomeret pga. abdominale pladsproblemer. Under dette svært kompliceret forløb med vedvarende blodning under operation op til 7-9 liter.

Postoperativt langsom fremgang.

Aktuelt indlagt på afd. Y grundet abdominalia, og ved CT-scanning er der fundet en lever, som fylder det meste af abdomen. Som følge deraf insufficient ernæring, og der er forsøgt i.v. ernæringsterapi. Under indlæggelsen stigning til inflammationsparametre, ukendt fokus, kunne være spontan peritonit, opstartet Cipro- og Cefuroxim-behandling.

Ved ankomst til stuen er der påbegyndt relevant hjerte-lungeredning med hjertemassage og ventilation.

Der er påsat AED. Ved første analyse asystoli og ikke stødbar rytme. Derfor fortsættes algoritmen, ikke stødbar rytme, og der indgives i.v. Adrenalin 1 mg. Der kores i alt cyklus med vedvarende asystoli, og efter algoritmen gives Adrenalin hvert 3. - 15. minut. Der er ingen respons.

Under vejs tages der a-gas, og der gennemgås reversible årsager uden afklaring.

Efter 20 minutters hjerte-lungeredning og vedvarende asystoli trods i.v. Adrenali vurderes det pga. pt.s multimorbide tilstand, at videre behandling er formalsløs, og det besluttet ved overlæge D anæstien og undertegnede at ophøre hjertestopbehandling efter 20 minutter.

Pt. erkæres mors kl. 12.42.

Samtale med hustru og 3 dotre:

Forklares omkring hjertestopbehandling, og at det ikke var muligt at genoplive pt.

Forløbet gennemgås, og der besvares relevante spørgsmål:
Der er forbud mod obduktion."

Af samtalenotat fra den 4. juli 2013 fremgår:

"Samtalenotat som involverer patienten B

Samtale med patients hustru A og dotrene E og F
Deltagelse af sygeplejerske G

A har fremsendt et brev den 02.07.13 underskrevet af hende og dotrene F og E (bilag 1) samt et brev underskrevet af A (bilag 2). Brevene er fremsendt pr. mail henholdsvis den 02.07.13 og den 03.07.13, og samtalen finder sted i dag den 04.07.13 kl. 15.00.

Af brevene fremgår, både af bilag 1 og bilag 2, at familien har oplevet et forløb, hvor der har været flere kommunikationsbrist, og endvidere har undret sig over den tilgang, som både Afdeling H og Afdeling I har haft til ernæring af patienten.

Ernæringsproblematikken har i det hele taget været et stort område, hvor familien har oplevet forskellige holdninger til ernæring af en så kritisk syg patient, og man undrer sig om, at der først meget sent i forløbet er opstartet parenteral ernæring.

Desuden har man oplevet, at der ved stuegang er kommet flere forskellige meninger frem om hvordan ernæringstaktikken skulle være. Endelig har man undret sig over den inert i hvormed tingene er skete, og der ikke har været en fast gennemgående linje i behandlingen eller en handleplan.

Familien efterlyser derfor at man fremover forsøger at forbedre disse forhold såvel på Afdeling H som på Afdeling I hvor patienten har været indlagt.

Herudover har A en hel række bebrejdelser imod sig selv og føler ikke, at hun har slået til. Anfører hertil at hun ikke kan påtage sig skyl-

den for alle de fejl, der nu måtte være begået, men at behandlingsansvar ligger i afdelingen og hos læger og sygeplejersker, der har passet hendes mand.

Efter 1 1/2 times samtale slutter vi med en beklagelse af forløbet, og at vi vil tage dette op i forbindelse med mødet mellem læger og sygeplejersker.

Hustru anbefales at kontakte Afdeling H, da hun også har en del uafklarede spørgsmål, som involvere opholdet på Afdeling H. Endelig anfører vi muligheden for at hustru kan klage over forløbet via de officielle kanaler herunder Patientombuddet, hvis hun ønsker dette. Hustru er også tilbudt at kontakte afdelingen på ny, hvis der måtte opstå nye tvivlsspørgsmål eller spørgsmål hun ønsker at diskutere.

Hustru og døtre udtrykker tilfredshed med samtalen, og udtrykker ønske om vi drøfter patientens forløb, og forsøger at implementere erfaringen i den daglige kommunikation med pleje og behandling af patienterne."

Den 19. august 2013 fremgår følgende af notatet:

"Samtale med parørende.

Pt. B er død under indlæggelsen på afdeling Y i maj måned 2013. Hustruen og 2 døtre har tidligere været til samtale med overlæge D på afdeling T og har i forlængelse af dette også udbedt samtale her. Vi har samtale d.d. og ud over familien til efterladte, deltager afdelingssygeplejerske L og overlæge J og undertegnede.

Hustruen har forud for besøget ved D sendt et brev til denne med forskellige problematikker, de gerne vil have svar på.

Nogle af problematikkerne beror indlæggelse på Afdeling H og vendes i forbindelse med samtalen.

Det drejer sig blandt andet om nogle personalemæssige relationer og kommentarer i forskellige situationer, som har såret hustruen og døtrene rigtig meget.

Her ud over er de lidt i tvivl om, hvorvidt det at pt. ikke fik 5 små måltider som var stillet i udsigt til tilbagekomsten fra intensiv om hvorvidt det kan have haft betydning for hans ernæringstilstand og helbredsmæssige forløb postoperativt. De havde også en meget dårlig oplevelse ved udskrivelsen, hvor de følte, at pt. nærmest blev smidt ud, fordi han var færdigbehandlet kirurgisk fra urologisk afdeling og nefrologerne ikke fandt medicinsk grund til indlæggelse der.

Det betød, at pt. var kommet hjem og var meget svagelig og krævende meget mere hjælp end de tror, personalet var klar over.

Vi drøfter disse forskellige forhold og forholdenes betydning for det forløb pt. var igennem.

I virkeligheden er det vores holdning, at pt. havde en del comorbiditet på grund af sin cystenyre og dårlige nyrefunktion og var igennem et meget kompliceret operativt indgreb med stor blodning og derfor af flere årsager var meget svækket. Det betyder også, at der postoperativt var behov for mere support og det har vi formentlig ikke været gode nok til at give.

Vi beklager, at de alle har de her dårlige oplevelser i afdelingen og har forskellige overvejelser til, hvordan vi måske kunne have gjort det bedre. Ikke, at vi tror, det ville have ændret det endelige udfald for pt., men det ville have givet familien og pt. en større tryghed i forløbet og familien en bedre fornemmelse af, hvordan hele hospitalsforløbet havde været.

Hustruen har også meget skyldfølelse for forskellige ting, der er sket undervejs, som hun føler, hun måske burde have sat sig op imod, men i virkeligheden har de forskellige undersøgelser og behandlinger der har været undervejs og efterfølgende har været bekymret for, jo vurderet fagligt at være nødvendigt på det tidspunkt, de blev udført og at udfaldet af dem så ikke faldt positivt ud for pt., kunne hun ikke have stillet noget op over for.

Jeg mener, at hustruen har været en enorm støtte for sin mand og har fulgt godt op på hele hans forløb meget mere end man kunne forvente af hende.

Jeg tilbyder, at de kan få en kopi af jr. til gennemlæsning og såfremt der er ting, de er usikre på ved dette, kan de kontakte eller mig for en gennemgang.

Her ud over tror vi også det er vigtigt, at de enten trækker en streg i sandet og beslutter sig for at forløbet ikke kunne have været anderledes end det har eller også at de beslutter sig for at de synes de ting, de stiller spørgsmålstegn ved er så graverende, at de vil have det prøvet i en patientklagesag.

Alt andet vil være en vedvarende selvpineri og så oven i også at have mistet en ægteemand og far."

Af et udfærdiget sygeplejerskenotat fremgår blandt andet følgende:

"Den 10. maj 2013.

Ptt skal bevare sin ernæringssonde, S vil se om de kan skubbe den lidt i tar-men under gastroskopi så han evt bedre kan tåle sondeernæring."

pt spiser næsten intet og det ved vi godt, og der er handlet på det, så der er ingen grund til kost reg sep kost reg."

Under den 12. maj 2013 er anført:

"Pt's hustru ville gerne have H mere på banen og ville aller helst have pt overflyttet dertil. Der må i morgen droftes dette til stuegang."

Den 12. maj 2013 senere på dagen er anført:

"Patient har ligget i sengen hele aftenen."

Den 13. maj 2013 er anført:

"Har svært ved at tage tabl. uden yoghurt. Aftalt at han forsøger med de vigtigste tabl. og lader resten stå på sengebordet.

Kort på badeværelset sidst på natten."

Den 13. maj 2013 er endvidere anført:

"På vej tilbage fra gastroskopi får pt. hjertestop. Der opstartes genoplivning og ringes 2222. Der gives 1 mg Adrenalin i/v hvert 3. minut fra 12.27-12.39 Anæsthesien intuberer pt. på stuen. Genoplivning stoppes efter 20 min. Pt. MORS kl. 12.42

Hustru er med pt. i elevatoren, da han får hjertestop."

Speciallæge i urologi- og kirurgi K , har den 14. oktober 2013 afgivet sålydende erklæring:

"LÆGELIG VURDERING:

62-årig mand med svær polycystisk lever-nyresygdom og nyresvigt resulterede i creatinin niveau på omkring 500 mod relativt umiddelbart behov for dialyse og med tidligere anamnese med overfladisk papillom-sygdom i det venstre øvre urinvejssystem (pelvis/uretertumor). Forbehandles med henblik på familie-transplantation. Der er et kendt aorta aneurisme, og det er planlagt, at patienten skal endovaskulært opereres herfor, men for overhovedet at skabe plads til et transplantat, er der besluttet venestresidig nefrektomi. I forbindelse med nefrektomien oplever man svære

adhærencer dels mod hilus, hvor nyrearterien ligger straks ovenfor aneurismet dels mod milten, hvor der opstår en rift, således at der må foretages splenektomi. Der er meget svære problemer med hæmostase dels ind mod aneurismet, og der hentes karkirurgisk hjælp, dels må retroperitoneum, hvor der opleves diffus siven, og hvor man vælger at tamponere, en sjældent anvendt, men effektiv og velindiceret metode til at skabe hæmostase i vanskeligt håndterbare blodningssonirader. Der er ialt mistet knap 10 liter blod i forbindelse med operationen, og der er transfunderet. Der udføres second look operation efter et døgn med fjernelse af de tamponerede servietter.

Postoperativt noget besværet forløb med langvarig drænsekretion med dialysebehov - i nogen grad forventet - og med påvirket almentilstand.

Patienten er i en lang periode stærkt overhydreret, men kan dog slutteligt genoverføres til nefrologisk afdeling til fortsat dialyse og rehabilitering.

Det viser sig, at de store levercyster - og måske til dels aneurismet - betyder kompressionssymptomer på ventriklen, og patienten må ernæres med sonde-mad og parenteral ernæring.

Det er planlagt at vurdere mulighederne for levertransplantation på grund af den voldsomt cysteudspilede lever med de deraf følgende kompressions-symptomer.

Patienten planlægges gastroskoperet, og efter denne undersøgelse er gennemført, får han under transporten tilbage til afdelingen hjertestop og kan ikke genoplives.

Afstanden mellem det primære indgreb 19/3-2013 og gastroskopien 13 5-2013 er således ca. 7 uger, og dødsfaldet kan ikke betragtes som en direkte postoperativ følge.

KONKLUSION:

Der er tale om en svært nyresyg patient med transplantationsbehov, og nefrektomi og den senere planlagte endovaskulære aneurisme-operation er velindiceret. Der er altid i forbindelse med meget store cyste- omdannede nyrer problemer med adhærencer til omgivelserne, og her har det medført behov for tamponade, hvilket er fuldt foreneligt med erfaren specialiststandard i en vanskelig operativ situation. Patientens rehabiliteringsfase er præget af den dårlige nyrefunktion, og det relativt store indgreb og blodtab, men han retter sig ganske langsomt og får så yderligere symptomer fra den store cystelever.

Det er uklart, hvad dødsårsagen er. Patienten er i princippet kommet sig over det primære operative indgreb, og der kan være tale om en coronaokklusion eller muligvis en aneurisme-rup-tur - der foreligger så vidt det frem-

gar af papirerne ikke en obduktion.

Naturligvis er patienten svækket efter sit operative indgreb og det store blodtab, men rehabiliteringen er kommet så vidt, at dødsfaldet må betragtes som følge af af patientens grundsygdom og ikke som følge af operationen.

Jeg finder således, at omend et så dramatisk forløb som det stedfundne er sjældent, ikke grundlag for erstatning i henhold til Patientforsikringsloven."

Patientforsikringen har den 28. oktober 2013 truffet afgørelse om, at boet efter B ikke er berettiget til erstatning efter lov om klage og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet, idet betingelserne for at yde erstatning efter lovens § 20, stk. 1, nr. 1-4 ikke er opfyldt.

Af afgørelsen fremgår blandt andet:

"For så vidt angår B skade i form af kapsellæsion af milten har vi vurderet, at denne skade ikke går ud over, hvad B med rimelighed måtte tåle som led i behandlingen af sin sygdom.

Vi har ved afgørelsen lagt vægt på, at kapsellæsion af milten i forbindelse med fjernelse af nyren forekommer hyppigt og denne komplikation forekommer således for hyppigt til, at der kan ske anerkendelse efter loven.

For så vidt angår B skade i form af voldsom blodning med reoperation og et kompliceret forløb til følge har vi ligeledes vurderet, at denne skade ikke går ud over, hvad B med rimelighed måtte tåle som led i behandlingen af sin sygdom.

Vi har lagt vægt på, at en så voldsom blodning med behov for tamponade forekommer sjældent i forbindelse med fjernelse af en cyste-omdannet nyre. Komplikationen er imidlertid ikke tilstrækkelig alvorlig set i forhold til B alvorlige grundsygdom. Vi har i tilslutning hertil lagt vægt på at B led af en meget alvorlig grundsygdom i form af svær polycystisk nyre- og leversygdom og nyresvigt med behov for dialyse og transplantation. Vi har også lagt vægt på, at B tilstand langsomt rettede sig efter operationen. Der tilkom imidlertid nye symptomer fra den store cystelever.

Vi har endelig lagt vægt på, at B dødsfald ikke med overvejende sandsynlighed skyldes den indtrådte komplikation med blodning. Vi har herved lagt vægt på, at der var forløbet en vis periode efter operationen og det store blodtab, og at B var i langsom bedring herefter, inden der indtrådte nye symptomer fra cysteleveren.

Det er således vores vurdering, at dødsfaldet mest sandsynligt må tilskrives B grundsygdom og ikke den udførte behandling.

Sagen kan derfor ikke anerkendes efter loven og boet efter β er ikke berettiget til erstatning."

Patientskadeankenævnet har den 8. maj 2014 tiltrådt Patientforsikringens afgørelse af 28. oktober 2013. Under begrundelse og resultat er anført:

"Det er Patientskadeankenævnets vurdering, at en erfaren specialist på det pågældende område under de øvrigt givne forhold ikke ville have handlet anderledes, end man gjorde ved behandlingen af β på ζ jf. klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1.

Der er herved lagt vægt på, at β led af polycystisk lever- og nyresygdom og var kendt med aortaaneurisme (udposning på hovedpulsåren), hvorfor han blev fulgt på ζ . Som følge af sin grundsygdom var β nyrefunktion aftagende, og ved måling i januar 2013 blev der konstateret en nyrefunktion, der var lige netop tilstrækkelig. Der blev planlagt nyretransplantation, og der blev foretaget operation den 19. marts 2013, hvor venstre nyre og urinleder blev fjernet.

Nævnet finder, at der var en indikation for operationen den 19. marts 2013 med fjernelse af venstre nyre og urinleder som forberedelse til den planlagte nyretransplantation. Operationen blev udført i et kompliceret indgreb præget af særdeles mange sammenvoksninger i bugvæggen og det forhold, at β havde aortaaneurisme. Operationen blev efter nævnets bedømmelse udført efter den erfarne specialists standard, men der opstod en rift i milten, som måtte fjernes, og en voldsom blodning, som blev stoppet med udtamponering med servietter.

De opståede komplikationer er efter nævnets vurdering ligeledes behandlet efter den erfarne specialists standard. Vedrørende blodningen kan det oplyses, at blodninger ved operationer kun sjældent nødvendiggør behandling ved at "pakke" med servietter, men det ses i enkeltstående tilfælde og er så bade en effektiv og korrekt behandling. Efterforløbet var langt og kompliceret og præget af navnlig nyreinsufficiens, blodforgiftning (sepsis) og vejrtrækningsproblemer, men efterhånden rettede β tilstand sig ved intensiv målrettet behandling. β kunne således udskrives til hjemmet medio april 2013.

Det efterfølgende forløb, hvor β blev genindlagt, var primært præget af manglende fødeindtagelse, som efter nævnets vurdering med overvejende sandsynlighed skyldes trykgener fra leveren og væske i bughulen (ascites). Der blev iværksat udredning og behandling, herunder med gastroskopi (kikkertundersøgelse), og man begyndte at stille mod kombineret lever- og nyretransplantation. Imidlertid afgik β pludselig og uventet ved døden.

For så vidt angår årsagen til B dødsfald skal nævnet anføre, at denne ikke er fastlagt, da der ikke er udført sektion (obduktion). På baggrund af de foreliggende oplysninger om B alvorlige sygdomstilstand med polycystisk lever- og nyresygdom og deraf følgende fjernelse af venstre nyre samt behov for dialyse og efterfølgende ernæringssvigt, der førte til tiltagende svækkelse og efterfølgende død, er det nævnets vurdering, at operationen den 19. marts 2013 og de komplikationer, der opstod ikke med overvejende sandsynlighed har været årsag til hans dødsfald knap 2 måneder senere.

Nævnet skal anføre, at en anden og mere aggressiv strategi med tidligere operation med henblik på klargøring til transplantation, med overvejende sandsynlighed ikke ville have ført til et andet resultat. En tidligere transplantation vurderes ikke at have været relevant, idet fjernelse af venstre nyre på et tidligere tidspunkt med stor sikkerhed ville have fremrykket tidspunktet for dialysebehov.

Det er på denne baggrund nævnets vurdering, at de opståede skader er udtryk for hændelige komplikationer, der kan indtræde selv ved behandling, der er udført i overensstemmelse med, hvorledes en erfaren specialist ville have handlet.

Patientskadenævnet finder, at skaden i form af læsion af milten og deraf følgende behov for fjernelse, hverken er tilstrækkelig sjælden eller alvorlig til at udløse erstatning efter bestemmelsen i klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4.

Det kan oplyses, at der i forbindelse med fjernelse af venstre nyre altid er en risiko for læsion af milten. Hos B var forholdene ved operationen komplicerede med sammenvoksninger og aortaneurisme, og nævnet vurderer, at risikoen for læsion af milten i hans tilfælde oversteg 2 procent.

For så vidt angår skaden i form af blødning med reoperation og et kompliceret sygeforløb til følge vurderer nævnet, at der er tale om en sjælden komplikation, der imidlertid ikke findes tilstrækkelig alvorlig til at udløse erstatning efter bestemmelsen i klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4.

Nævnet har ved denne vurdering i lighed med Patientskadeforsikringen lagt vægt på, at B led af en meget alvorlig grundsygdom i form af svær polycystisk lever- og nyresygdom med nyresvigt samt behov for dialyse og transplantation. Operationen den 19. marts 2013 var således nødvendig som led i behandling af den potentielt dødelige grundsygdom. Nævnet har endvidere lagt vægt på, at B tilstand langsomt rettede sig efter operationen, og at de efterfølgende symptomer med overvejende sandsynlighed stammede fra den store cystelever. Ligeledes har nævnet, som nærmere beskrevet ovenfor, fundet, at B dødsfald ikke med overvejende sandsynlighed skyldtes den indtrådte blodningskomplikation.

Ud fra en samlet vurdering af de foreliggende omstændigheder finder nævnet, at hverken miltlæsionen eller blodningskomplikationen og følgerne heraf er tilstrækkelig alvorlige set i forhold til B grundlidelse, og hans gener som følge af komplikationerne findes ikke at være mere omfattende, end hvad han med rimelighed må tåle under de givne omstændigheder.

Med disse bemærkninger kan Patientskadeankenævnet tiltræde resultatet og begrundelsen i Patientforsikringens afgørelse af 28. oktober 2013."

Afgørelsen er herefter indbragt for retten.

B enke, A har forklaret, at B er født med cystenyrer, men han fik det først konstateret i 2005. Han vidste det ikke tidligere. Han havde fået fjernet en polyp på blæren. Der skete en skade i forbindelse med fjernelsen den 14. december 2005. Han kom hjem med smerter og havde det rigtigt skidt. Han var sygemeldt i 2005 og 2006 og kom derefter i flexjob. Han arbejdede til trods for smerterne, og hans cyster voksede. I 2010 talte de med en læge om, hvorvidt han kunne få en ny nyre. Både hun og en af deres svigersønner var klar til at give B en ny nyre. B blev scannet i 2012, og man opdagede en udposning på aorta. De fik af lægerne at vide, at det ikke betød noget for operationen. B voksede i størrelsen, og nogle gange punkterede man en cyste. Han var i arbejde i januar 2013, og i marts 2013 var hun med B i Paris og vendte hjem den 17. marts, og han arbejdede igen den 18. marts, hvorefter han som planlagt blev indlagt den 19. marts 2013. De havde en samtale inden operationen og fik indtryk af, at det var en almindelig operation. De fik ikke at vide, at man under operationen eventuelt kunne skade milten. Det er heller ikke blevet nævnt, at operationen kunne være kompliceret, fordi det hele fyldte så meget i hans mave. Der skulle foretages en pladsskabende operation med henblik på senere at isætte en ny nyre. B blev opereret i 7-9 timer og lå længe på opvågningsafdelingen. Han lå på intensivafdelingen, fordi det var gået dårligt. Han tabte næsten 10 liter blod, og en karkirurg vurderede på aneurismen. Han lå på intensivafdelingen de næste 14 dage og var dårlig med sonde og respirator. Han fik sondemad. Han blev overført til afdeling H. En dag fik han at vide, at han skulle sidde op i ½ time, men man glemte ham, og han sad 1 time for længe. Sygeplejersken udtalte, at han skulle have rigtig mange måltider helst 5 om dagen, men han fik kun 3. Han spiste ingenting, og han hævede, og de kunne ikke få svar på, hvorfor han gjorde det. Han havde også væskeproblemer, og han var i dialyse 24 timer i døgnet. Han var kun få timer ad gangen på afdeling H, og de kunne ikke trække den væske ud af ham, som de burde. De spurgte, hvorfor han ikke kunne komme i dialyse i 24 timer i døgnet. Det fik de ikke nærmere svar på. Den 12. april 2013 blev han udskrevet. Han kunne på det tidspunkt højst sidde op 5-10 minutter, og han skulle have dialyse 3 gange ugentligt. Han kunne ikke gå, og han havde det ikke bedre, da han blev udskrevet. Det var afdeling I, der udskrev ham, fordi de ikke havde

plads. Han blev genindlagt. Hospitalet havde da ikke ajourført medicinlisten, og det var hende og B der opdagede det. Hospitalet anerkendte fejlen den 29. april. Han var i dialyse en søndag, og hun sagde til afdelingen, at han havde det rigtig dårligt. En sygeplejerske, der ikke kendte ham sagde, at han skulle indlægges, og han skulle have sondemad. Afdelingen løb tør for sonde-mad, så han fik ikke tilstrækkelig ernæring. B var godt klar over, at han skulle have mad. En læge fortalte dem, at han skulle have både nyre- og le-vertransplantation. Den 12. maj sagde hun, at hun gerne ville have ham ind-lagt på H. Under genindlæggelsen på afdeling I kom han et par dage før sin død på enestue. På det tidspunkt var der mange helligdage, og der var 9-10 forskellige læger i 14 dage på grund af helligdagene. Den 12.-13. maj ville man lægge sonden bedre. Den 13. maj omkring kl. 8.00 om morgenen var

B rigtig dårlig. Han var uden ilt, idet afdelingen havde glemt at give ham det, og hun talte med en ledende overlæge og udtalte, at han ikke ville kunne klare gastroskopi. Overlægen sagde, at det skulle han have, og hun gik med ham, da han blev hentet af en portør. B var rigtig dårlig og kunne ikke ven-de sig i sengen, men de vendte ham, og han havde en meget lav puls. Lægen turde ikke udføre gastroskopian med så lav en puls. En anden læge gjorde det herefter, og han fik sprøjtet bedøvelse ned i halsen. Hans puls var svag, og de vendte ham. En portør kom til, og han havde stadigvæk ikke ilt. Da han kom ud af elevatoren, ville hun vække ham, men han var død. Der var in-gen, der havde opdaget det. Hun sagde nej til obduktionen, og hun skulle måske have sagt ja.

Der er under sagen afspillet et videoklip fra TV

Sagen har været forelagt Retslægerådet i 2 omgange. Af Retslægerådets er-klæringer af 20. oktober 2015 og 19. juli 2016 fremgår blandt andet:

Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes vurdere, hvad der er årsagen til B døds-fald.

I svaret er blandt andet anført. Der havde i forløbet været rytmeforstyrrelser af hjertet. Dette var løbende blevet tilset og konfereret med kardiologerne.

B var således en kronisk svært syg patient med et langvarigt og kompliceret og operativt forløb. Det er velkendt, at dette kan resultere i hjer-testop-specifik årsag er umulig at udtale sig om. I denne tilstand kan enhver form for selv mindre intervention, som f.eks. gastroskopi, være den endelige udløsende faktor.

Under spørgsmål 2 spørges:

Retslægerådet bedes beskrive, hvorledes B . prognose havde været, såfremt man havde iværksat behandlingen med transplantation på et tidligere tidspunkt, herunder om man kunne have undgået nogle af de svære

følger, herunder β død.

Retslægerådet bedes om muligt angive sandsynligheden for, at de svære følger, herunder døden kunne have været undgået, alternativt oplyse, om der er tvivl om svaret, hvori tvivlen består, hvad der taler for og imod, og med hvilken vægt, de enkelte faktorer påvirker bedømmelsen.

Retslægerådet har svaret:

Det centrale problem er, at der opstår velkendte alvorlige komplikationer til fjernelse af den venstre nyre - læsion af milten og tyktarm. Såfremt patienten er kronisk svært syg, er risikoen for, at disse komplikationer medfører et langvarigt kronisk forløb og eventuelt dødsfald klart øget.

Under **spørgsmål 3** spørges:

Retslægerådet bedes oplyse, om man ud fra anerkendte lægefaglige standarder burde have foretaget yderligere eller andre undersøgelser, diagnosticeringer og behandlinger - både på sygehuset og/eller i hjemmet:

- Før operationen
- I forbindelse med operationen
- Efter operationen og frem til dødsfaldet

Retslægerådet har svaret:

Nej ingen supplerende undersøgelser ville have kunnet mindske risikoen for de velkendte alvorlige komplikationer til kirurgi.

Under **spørgsmål 4** spørges:

Retslægerådet bedes oplyse, om de indtrådte komplikationer og dødsfald kunne have været undgået, såfremt undersøgelserne, diagnosticeringen og behandlingen havde været en anden.

Retslægerådet bedes om muligt angive sandsynligheden herfor, alternativt oplyse, om der er tvivl om svaret, hvori tvivlen består, hvad der taler for og imod, og med hvilken vægt de enkelte faktorer påvirker bedømmelsen.

Retslægerådet har svaret:

Spørgsmålet er hypotetisk og kan ikke besvares.

Under **spørgsmål 5** spørges:

Retslægerådet bedes oplyse det normale forventede behandlingsforløb for et operativt indgreb som det foreliggende.

Retslægerådet har svaret:

En kirurgisk fjernelse af nyre og ureter hos en let overvægtig person med meget store cystenyrer og en stor cystelever, er forbundet med stor risiko for komplikationer både peroperativt og postoperativt.

Peroperativ blødning af betydeligt omfang er forventeligt, men herudover er der risiko for læsion af milt, tarm og bugspytkirtlen samt kar i området. Indlæggelsestiden er gennemsnitligt cirka 9 dage og alvorlige komplikationer ses hos mere end hver tredje patient. Hos en patient, hvor også urinlederen fjernes og med en meget stor cystelever, må disse tal forventes at være større.

Under **spørgsmål 6** spørges:

Retslægerådet bedes oplyse, hvorvidt der i behandlingsforløb som det foreliggende er tale om en sjælden komplikation, såfremt det må antages, at komplikationerne var årsag til dødsfaldet.

Retslægerådet har svaret:

Det er ikke muligt at udtale sig om, i hvilken grad nogen specifik komplikation efter operationen har været medvirkende til, at ☒ fik hjertestop. Der henvises endvidere til besvarelsen af spørgsmål 1.

Under **spørgsmål 7** spørges:

Giver forløbet i øvrigt Retslægerådet anledning til yderligere bemærkninger?

Retslægerådet har svaret:

Nej.

Under **spørgsmål 8** spørges:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om behandlingen af ☒ - herunder operationerne den 19. marts og den 13. maj 2013 samt omfanget af den antibiotiske behandling - på ☒ var i overensstemmelse med anerkende lægefaglige standarder.

Retslægerådet har svaret:

Ja, behandlingen af ☒ har været i overensstemmelse med alment anerkendte lægefaglige standarder. De foreliggende komplikationer må betragtes som hændelige.

Det skal bemærkes, at gastroskopien den 13.05.13 ikke er en operation, men

en undersøgelse, der dog er "invasiv".

Der var nedlagt en ernæringssonde i mavesækken/øvre del af tolvfingertarmen med henblik på at sikre ernæring i mave-tarm-kanalen, som er mere optimal end ernæring igennem en blodåre. Ernæringssonden virkede ikke, og hos denne alvorligt syge patient besluttede man at udføre en gastroskopi med henblik på at undersøge, om sonden var korrekt placeret, om den eventuelt kunne placeres længere nede i tarmsystemet, eller der var anden årsag til patientens dårlige almentilstand i spiserør, mavesæk eller øvre tolvfingertarm.

Retslægerådet har svaret:

Retslægerådet finder undersøgelsen velbegrundet.

Under **spørgsmål 9** spørges:

Retslægerådet anmodes - på baggrund af den korte besvarelse - i forlængelse af besvarelsen af spørgsmål 3 om at oplyse, om det således er i overensstemmelse med anerkendte lægefaglige standarder, at der ikke blev foretaget yderligere scanninger efter scanningen i oktober 2012.

Retslægerådet har svaret:

Retslægerådet finder ikke grund til at kritisere valg af scanningsundersøgelser, og i øvrigt er det Retslægerådets opfattelse, at yderligere scanninger ikke ville have ændret forløbet.

Under **spørgsmål 10** spørges:

B var kronisk svært syg, og Retslægerådet har som svar på spørgsmål 1 anført, at der opstod velkendte alvorlige komplikationer til fjernelse af den venstre nyre - læsion af milten og tyktarm.

Retslægerådet anmodes imidlertid om at oplyse, om man efter anerkendte lægefaglige standarder burde have afholdt sig fra en gennemførelse af operationen den 19. marts 2013, da man konstaterede komplicerede forhold med sammenvoksninger og aortaneurisme.

Retslægerådet anmodes om at begrunde sit svar.

Retslægerådet har svaret:

Det er Retslægerådets opfattelse, at det var velbegrundet at foretage operation med fjernelse af venstre nyre, selv om man var bekendt med et mindre aorta aneurisme, og vanskelige tekniske forhold på grund af sammenvoksninger, en meget forstørret lever og nyre, idet det var en forudsætning for at kunne tilbyde patienten en nyretransplantation.

Det indgår altid i operatørens overvejelser om en afbrydelse af operationen vil være bedre end at fortsætte. Dette indebærer en løbende vurdering fra kirurgens side, hvor indgår mange elementer om fordele og ulemper ved det ene og det andet. Der foreligger ikke ved den foreliggende operation fund eller situationer, hvor det vurderes lægefagligt uforsvarligt ikke at afbryde operationen.

Under **spørgsmål 11** spørges:

Såfremt spørgsmål 10 besvares benægtende anmodes Retslægerådet om muligt at oplyse prognosen for overlevelse i mere end 2 måneder efter en operation som den pågældende (den 19. marts 2013) i forhold til den faktuelle helbredstilstand på operationstidspunktet.

Retslægerådet har svaret:

Polycystisk nyresygdom er heldigvis en forholdsvis sjælden sygdom, og der kan derfor ikke samles store materialer, der viser dødeligheden ved operation. Der foreligger normalt ikke tal for dødeligheden efter 2 måneder. Efter 1 måned er dødeligheden efter operativ fjernelse af nyren (alle sygdomme) omkring 0,9 procent stigende med alderen. β havde betydende andre sygdomme med en deraf følgende større risiko.

Givet, at der ikke var opstået alvorlig kirurgiske komplikationer, finder Retslægerådet, at det var sandsynligt (større end 50 %), at patienten ville have levet mere end 2 måneder.

Under **spørgsmål 12** spørges:

Retslægerådet anmodes i tillæg til besvarelsen af spørgsmål 6 om at oplyse, om en voldsom blødning efter læsion af milten med behov for tamponade og re-operation og et kompliceret sygeforløb til følge forekommer sjældent som komplikation (dvs. med en hyppighed på 2 % eller mindre) i forbindelse med fjernelse af en cyste-omdannet nyre under forhold som ved operationen den 19. marts 2013.

Retslægerådet har svaret:

Under de givne omstændigheder, sammenvoksninger, meget stor lever og venstre nyre, vil Retslægerådet skønne, at risikoen for læsion af nyren var større end 2 procent.

Under **spørgsmål 13** spørges:

Retslægerådet anmodes om at oplyse om det er i overensstemmelse med anerkendte lægefaglige standarder at gennemføre en operation (gastroskopi),

som den der fandt sted den 13. maj 2013, såfremt det måtte blive lagt til grund, at der var tale om operation af en patient, hvis almene helbredstilstand var meget dårlig (stigende infektionstal, dårlig ernæringstilstand, lav puls m.v.)

Retslægerådet anmodes om at begrunde sit svar.

Retslægerådet har svaret:

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1.

Sagsøgeren har til støtte for sin påstand gjort gældende,

at B behandling på C kan anerkendes, som en erstatningsberettiget skade efter klage- og erstatningslovens § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1, idet det ikke var i overensstemmelse med erfarende specialiststandard, at B med de angivne symptomer blev behandlet som sket.

Det gøres i den forbindelse gældende,

at familietransplantationen havde været på plads længe, hvorfor transplantationen burde have været iværksat på et tidligere tidspunkt, hvormed man med overvejende sandsynlighed kunne have undgået de svære følger og B : død,

at den operation, som B fik foretaget den 19. marts 2013, ikke blev foretaget med den fornødne omhu, hvilket det vanskelige postoperative forløb vidner om,

at Patientforsikringens interne lægekonsulent har vurderet, at dødsfaldet opstod som coronarokklusion (en tilstopning af koronararterier) eller aneurismeruptur (bristning af unormal pulsåreudvidelse),

at også forløbet efter operationen var fejlbehæftet, idet en grundigere undersøgelse og behandling af B kunne have medført en bedre diagnosticering og dermed behandling, hvorved dødsfaldet sandsynligvis kunne have været undgået,

at der i TV blev undskyldt for den manglende behandling.

Til støtte for den nedlagte påstand er iøvrigt gjort gældende,

at B behandling på C kan anerkendes som en erstatningsberettiget skade efter klage- og erstatningslovens § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 4, idet der ved den foretagne behandling indtrådte

komplikationer, der er mere omfattende, end hvad β måtte "tåle",

at β led den ultimative patientskade, idet han afgik ved døden,

at dødsfald er uden for "tåleområdet" af den grundsygdom, som β havde,

at dødsfald endvidere opfylder lovens krav om sjældenhed taget i betragtning, at β skulle have foretaget en familietransplantation."

Sagsøgte har til støtte for sin påstand gjort gældende,

"Det gøres overordnet gældende, at A ikke har redegjort for retlige eller lægefaglige omstændigheder, der skulle kunne føre til en tilsidesættelse af Patientskadeankenævnets afgørelse af 26. marts 2015.

Det er A , der bærer bevisbyrden for, at der er grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets afgørelse, herunder at β med overvejende sandsynlighed blev påført en skade omfattet af KEL.

Denne bevisbyrde har A ikke løftet.

Det gøres gældende, at β : dødsfald ikke med overvejende sandsynlighed er forårsaget af operationen den 19. marts 2013, dvs. knap 2 måneder tidligere eller af behandlingen på C i øvrigt.

At β dødsfald ikke med overvejende sandsynlighed kan tilskrives operationen den 19. marts 2013 fremgår af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1 og spørgsmål 6.

Dødsfaldet kan allerede af den grund ikke anerkendes som patientskade.

I den forbindelse bestrides det som udokumenteret, at Patientforsikringens lægekonsulent skulle have peget på coronarokklusion eller aunerismeruptur som årsag til β dødsfald, som anført af A

Ad specialistreglen i KEL § 20, stk. 1, nr. 1

Det gøres gældende, at β operation på C den 19. marts 2013 blev udført i overensstemmelse med erfaren specialiststandard, jf. KEL § 20, stk. 1, nr. 1.

En erfaren specialist ville heller ikke med overvejende sandsynlighed have handlet anderledes i forbindelse med den efterfølgende behandling.

Dette støttes af Retslægerådets svar på spørgsmål 3, spørgsmål 8 og spørgsmål 10.

Det gøres tillige gældende, at en tidligere iværksat operation med henblik på klargøring til transplantation ikke med overvejende sandsynlighed ville have ført til et andet resultat end operationen den 19. marts 2013.

Betingelserne i KEL § 20, stk. 1, nr. 1, er hermed ikke opfyldt.

Det bestrides i øvrigt som udokumenteret, at der fra hospitalets side blev undskyldt for den mangelfulde behandling i en tv-udsendelse , som anført af A . I den forbindelse gøres det gældende, at hospitalets holdning under alle omstændigheder er uden betydning for vurderingen i sagen, eftersom det er Ankenævnet, der træffer afgørelser om skader efter KEL.

Ad tålereglens i KEL § 20, stk. 1, nr. 4.

Miltlæsion

For så vidt angår komplikationen i form af læsion af milten, og det deraf følgende behov for fjernelse af milten gøres det gældende, at der i forbindelse med fjernelse af venstre nyre består en risiko for læsion af milten. Dette støttes af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 2 og spørgsmål 5.

Hos B var forholdene yderligere komplicerede på grund af flere sammenvoksninger og en udposning på hovedpulsåren, hvilket forværede risikoen for miltlæsion.

Det gøres i den forbindelse gældende, at komplikationen ikke er tilstrækkelig sjælden til at udløse erstatning efter KEL § 20, stk. 1, nr. 4. Dette støttes af Retslægerådets svar på spørgsmål 12.

Hertil kommer, at skaden ikke er tilstrækkelig alvorlig i forhold til den meget alvorlige og potentielt dødelige grundlidelse, polycystisk nyresygdom, hos B

Blødning

For så vidt angår komplikationen i form af blødning med re-operation og et kompliceret sygeforløb til følge fandt nævnet i sin afgørelse, at der var tale om en tilstrækkelig sjælden komplikation. I lyset af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 12 synes sjældenhedskriteriet derimod ikke at være opfyldt.

Uanset om komplikationen i form af blødning kan anses for at være tilstrækkeligt sjældent forekommende, gøres det gældende, at komplikationen ikke er tilstrækkelig alvorlig til at udløse erstatning efter KEL § 20, stk. 1, nr. 4, henset til karakteren af B grundlidelse.

Hverken miltlæsion hos B eller blødning med re-operation og et kompliceret sygeforløb til følge var således mere omfattende, end han med rimelighed måtte tåle under de konkrete omstændigheder, jf. KEL § 20, stk. 1, nr. 4.

Rettens begrundelse og afgørelse

B, der led af polycystisk nyresygdom, havde forud for operationen aftalt med sin familie, at han skulle have en ny nyre enten fra sin hustru eller fra en svigersøn. Dette blev tilrettelagt således, at han af pladsmæssige årsager skulle have venstre nyre bortopereret forud for den senere indoperation af en ny nyre. Efter Retslægerådets udtalelser er en kirurgisk fjernelse af nyre og ureter hos en let overvægtig person med store cystenyre og stor cystelever forbundet med stor risiko for komplikationer både peroperativt og postoperativt. Retslægerådet udtaler, at det centrale problem er, at der opstår velkendte alvorlige komplikationer ved den venstre nyre-læsion af milten og tyktarmen. Såfremt patienten er kronisk svært syg, er risikoen for, at disse komplikationer medfører et langvarigt kronisk forløb og eventuelt dødsfald klart øget.

Det lægges til grund, at B var en "kronisk svært syg patient med et langvarigt og kompliceret operativt forløb". Der er ingen indikation i sagen for, at B chance for at overleve ville have været større, såfremt operationen havde fundet sted tidligere end tilfældet var.

Henset til den meget store operation, han skulle igennem kan det derimod ikke udelukkes, at en tidligere operation, henset til det alvorlige indgreb, kunne have medført en tidligere død.

B efterlodte har været til samtale på de afdelinger, hvor han var indlagt, og de har redegjort for de svigt og usikkerheder, som de mener at have oplevet på afdelingerne, ligesom de har påpeget områder, hvor de mener, at forholdene kunne forbedres for patienterne. Hospitalsafdelingerne har efter journalen "hørt" kritikpunkterne, og har beklaget oplevelserne og har rådgivet de efterlodte vedrørende klagemulighederne i en patientklagesag. Retten finder i den forbindelse, at disse beklagelser - ligesom beklagelserne i TV - drejer sig om de oplevelser, som de pårørende har haft og ikke er en erkendelse af, at der er begået lægelige fejl i forløbet. Læsning af journalerne sammenholdt med Retslægerådets svar på de stillede spørgsmål dokumenterer ikke, at der er begået lægelige fejl, som har medført døden, endsige medført døden på et fremrykket tidspunkt, men alene at B

var alvorligt syg og muligt mere alvorligt syg end antaget også før operationen. Derfor har han haft det vanskelige postoperative forløb. Det er ikke godtgjort, at lægerne inden operationen var bekendt med, at også leveren var angrebet, og operationen var velindikeret, idet cysterne påvirkede

B andre organer i maven og hans fødeindtagelse. Speciallæge K har vurderet, at B dødsfald må betrag-

tes som følge af B grundsygdom og ikke som en følge af operationen. Lægen vurderer også, at den behandling, B har fået, var fuldt forenelig med erfaren specialist standard. Der er på baggrund af de lægefaglige udtalelser og som følge af, at B ikke blev opduceret, ikke grundlag for at konkludere, at dødsfaldet skyldtes andet end B grundsygdom. Som følge heraf er der heller ikke grundlag for at fastslå, at den behandling, B fik er udenfor, hvad B måtte tåle. Som følge af det anførte frifindes sagsøgte.

Med omkostninger forholdes som nedenfor bestemt.

Thi kendes for ret:

Sagsøgte frifindes.

Inden 14 dage skal sagsøgeren betale 80.000 kr. i sagsomkostninger til sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatning.

N. Feilberg Jørgensen
dommer

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Retten i Odense, den 19. september 2016.

Lissi Agergaard, kontorfuldmægtig