

Udskrift af dombogen

DOM

Afsagt den 30. juli 2020 i sag nr. BS 3-1201/2016:

Boet efter A
c/o B



mod
Ankenævnet for Patienterstatningen
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg

Sagens baggrund og parternes påstande

I denne sag, der er anlagt den 20. december 2016, har sagsøgeren, boet efter
A nedlagt følgende påstand:

Ankenævnet for Patienterstatningen tilpligtes at anerkende, at sagsøger er blevet påført en erstatningsberettiget behandlingsskade i form af en infektion i hjernen m.v. omfattet af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (KEL).

Sagsøgte har nedlagt påstand om frifindelse.

Sagen drejer sig om, hvorvidt A under et behandlingsforløb i 2012 har lidt en patientskade, der opfylder kravene i klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4. Det er ubestridt, at A blev påført en skade i form af infektion i hjernen, og tvisten angår spørgsmålet om, hvorvidt skaden og dens følger er mere omfattende, end hvad A med rimelighed måtte tåle.

A er efter sagens anlæg afgået ved døden, og det privatskiftede dødsbo er indtrådt i sagen.

Oplysningerne i sagen

Denne dom indeholder ikke en fuldstændig sagsfremstilling, jf. retsplejeloovens § 218 a, stk. 2.

A blev den 3. august 2012 opereret for en hjerneblødning. Den 21. august 2012 blev hun re-opereret med oprensning af vævet, og vævsprøver viste, at hun havde fået en stafylokokinfektion. Den 13. september 2012 blev hun igen opereret, hvorved der blev fjernet en byld i hjernen. Den 12. oktober 2012 viste en CT-skanning en massiv blødning i hjernen, og det blev vurderet, at en operation ikke ville have effekt.

A søgte ved sin søn og værge B erstatning ved Patienterstatningen, som den 19. november 2015 traf afgørelse om, at A's skade i form af en infektion i hjernen var omfattet af loven, og som fandt hende berettiget til 391.220 kr. i godtgørelse for svie og smerte og varigt mén.

Patienterstatningens afgørelse indeholder følgende beskrivelse af hændelsesforløbet og begrundelse:

"...

Sagsfremstilling

(Du har søgt erstatning på vegne af A fordi du mener, at hun fik en infektion i hjernevævet som følge af en operation for en hjerneblødning på [REDACTED] [REDACTED] 3. august 2012. Du har oplyst, at A som følge heraf fik epilepsi, at hun er helt ukontaktbar intet kan selv og nu bor på plejehjem.

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

Det fremgår af sagen, at A havde fået flere bypass indgreb i hjertet, senest i 1998, og at hun havde forhøjet kolesterolværdier, forhøjet blodtryk og var i livslang magnylbehandling.

Den 3. august 2012 blev A overflyttet fra [REDACTED] [REDACTED] til [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] da en CT-skanning lavet samme dag havde vist en hjerneblødning. A blev henvist til operation, der blev foretaget samme dag, hvor man fjernede en blodansamling i hjernen. En kontrolskanning af hjernen viste pænere forhold med midterlinien mere på plads. I forbindelse med operationen blev der ordineret antibiotika (Cefuroxim).

A blev overflyttet til [REDACTED] [REDACTED] 6. august 2012. A havde nedsat kraft og føleevne i venstre side med nedsat opmærksomhed (neglect), let ansigtslammelse og synsfeltdefekt. Den 14. august 2012 havde A feber, og infektionstallet var hurtigt stigende fra 6 til 97. A blev ordineret yderligere antibiotisk behandling.

Den 20. august 2012 havde A forsat feber, og operationssåret væskede. Dagen efter blev hun beskrevet som urolig, afvisende, og hun skældte ud på personalet. Der kom gulligt og lugtende pus fra såret i hovedet.

A blev overflyttet til [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] 21. august 2012, hvor hun blev henvist til re-operation. Re-operationen blev foretaget samme dag, hvor man rensede vævet og fjernede en knogleplade. Vævsprøver viste infektion med stafylokokker. A var efterfølgende indlagt til 5. september 2012, hvor hun blev overflyttet til genoptræning på [REDACTED] [REDACTED]

Den 13. september 2012 blev A genindlagt på [REDACTED] [REDACTED] da hun var blevet tiltagende konfus og delirøs. En CT-skanning havde vist en byld i hjernen. Samme dag blev bylden fjernet ved operation.

En CT-skanning 14. september 2012 viste re-blødning i hulrummet, som ikke var operationskrævende.

A blev overflyttet til [REDACTED] [REDACTED] 8. oktober 2012. Den 12. oktober 2012 var A ukontaktbar, havde højt blodtryk og kastede op. En akut CT-skanning viste en massiv re-blødning med midtlinjeforskydning. Man kontaktede [REDACTED] [REDACTED] der vurderede, at operation ikke ville have effekt.

Den 7. november 2012 blev A overflyttet til vurdering på [REDACTED] [REDACTED] Under opholdet viste en nerveimpulsundersøgelse af hjernen (EEG) epilepsi, og 15. november 2012 blev A overflyttet til udredning på [REDACTED] [REDACTED] A var efterfølgende indlagt på henholdsvis [REDACTED] [REDACTED] og [REDACTED] Den 10. januar 2013 blev A udskrevet til [REDACTED].

I januar 2014 begyndte A at aftrappe den anti-epileptiske medicin (Valproat).

Til forundersøgelse på [REDACTED] 27. november 2014 blev det vurderet, at A var svært synshallucinerende med mulige meget svære kognitive vanskeligheder som følge af den hjernemæssige påvirkning. Dette medførte angiveligt en forvrænget virkelighedsopfattelse. Man foreslog Quetiapin til behandling af de psykotiske symptomer og beroligelse. Den epileptiske behandling fortsatte uændret, og justeringer skulle eventuelt ske på epilepsiambulatoriet, hvor A blev fulgt.

Vi modtog 9. december 2014 speciallægevurdering fra overlæge [REDACTED] [REDACTED]. ...

Begrundelse

Efter KEL § 20, stk. 1, nr. 4, ydes der erstatning, hvis der ved undersøgelse eller behandling sker en skade i form af en infektion eller en anden komplikation, der er mere omfattende end, hvad patienten med rimelighed må tåle. Der skal tages hensyn til skadens alvor, patientens sygdom og helbredstilstand samt til skadens sjældenhed og mulighederne for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning.

Denne regel betyder, at patienten er berettiget til erstatning for en skade, som skyldes behandlingen, hvis skaden er meget sjælden og meget alvorlig i forhold til den sygdom, patienten blev behandlet for. Men reglen betyder også, at patienten ved be-

handling af en alvorlig sygdom må acceptere større skader end ved mindre alvorlige sygdomme.

Vi vurderer, at A's skade i form af følger efter infektion i hjernen går ud over, hvad hun som patient må tåle, da komplikationen både er tilstrækkelig sjælden og tilstrækkelig alvorlig.

Vi har lagt vægt på, at komplikationer i form af infektion, som medfører svært behandlelig epilepsi, angst, hallucinationer og svær forværring af en kognitiv påvirkning, relativt sjælden indtræder i forbindelse med operationer for hjerneblødning.

Selvom A havde en hjerneblødning, og derfor kunne have forventet helbredsmæssige gener, så vurderer vi, at lovens krav om relativ alvor er opfyldt. Det skyldes, at A på grund af komplikationen har haft et langt sygeforløb med re-blødning og behov for to re-operationer. Yderligere medførte infektionen væsentlige gener i form af svært behandlelig epilepsi, angst, hallucinationer og svær forværring af den kognitive påvirkning efter hjerneblødningen. A er nu plejekrævende og skal skærmes mest muligt på grund af den kognitive påvirkning.

Følgerne efter komplikationen giver A så væsentligt øgede gener, at lovens krav om sjældenhed og alvorlighed er opfyldt, og hun er derfor berettiget til erstatning efter KEL § 20, stk. 1, nr. 4."

I den i Patienterstatningens afgørelse omtalte speciallægevurdering af 1. december 2014 fra overlæge [REDACTED] hedder det blandt andet:

"Besvarelse af Patienterstatningens spørgsmål:

Neurokirurgisk Afdeling, [REDACTED] vurderes at have efterlevet erfaringen specialiststandard i forbindelse med de udførte procedurer. Man har forud for hver enkelt operation vurderet patientens samlede tilstand og har foretaget de udførte procedurer med udgangspunkt i gode billeddannede undersøgelser, der forud for hver enkelt procedure har vist relevant patologi med påvirkning af hjernevævet (blødning/absces).

Medio september viser kontrolskanning efter 2. operation med fjernelse af absces/byld i hjernevævet en blødningskomplikation i relation til kaviteten og det omliggende hjernevæv. Man har relevant patientens billeder med den påviste blødning oppe på en neuroradiologisk konference, hvor det i fællesskab vurderes, at den påviste blødning har udgangspunkt i et nyt hæmoragisk infarkt i relation til det tidlige. Man vurderer patientens kliniske tilstand og da denne ikke er forværret på trods af de billedmæssige fund med en ny blødning i kaviteten, vælger man i første omgang ikke at operere blødning, men vurdere patienten meget intensivt (der noteres i journalen, at patienten skal vurderes en gang i timen).

En billedmæssig nyopstået blødning uden ændring i den bevidsthedsmæssige tilstand/samt neurologisk tilstand i øvrigt, behandles i første omgang ikke kirurgisk, men ved tæt observation/monitorering af patientens neurologiske udvikling, hvor-

for det ligeledes i dette tilfælde vurderes, at Neurokirurgisk Afdeling, [REDACTED] [REDACTED] har efterlevet erfaren specialiststandard i forbindelse med, at man har afstået fra akut kirurgi på den anført blødning.

Infektioner ved intrakranielle operationer/kraniotomier er en velkendt komplikation. Forsøges forbygget ved hjælp af antibiotika administreret i den umiddelbare perioperative fase, hvilket også er efterfulgt i dette tilfælde. Procentmæssigt angives risikoen for bakteriel postoperativ infektion efter kraniotomi i litteraturen til at ligge mellem 0,8 og 1,5 %.

Et optimalt behandlingsforløb hvor patienten var blevet opereret en gang for sit CT-verificerede hæmorrhagiske infarkt i parieto-occipital regionen i højre hemisfære, kan man ikke forestille sig uden neurologisk sequelae, da blødningen på den primære CT-skanning trods alt har en ganske betydelig udstrækning i netop denne region.

Almindelige forventelige gener efter en sådan engangsprocedure er kognitive forstyrrelser (venstresidig neglect) og synsforstyrrelser på baggrund af den occipitale involvering (homonym hemianopsi).

Jeg har gennemset de forskellige skanninger og vurderer, at den primære blødning bestående af det hæmorrhagiske infarkt har sådan udstrækning, at man ikke anser det for sandsynligt, at en patient efter operation med fjernelse af denne blødning vil kunne komme sig uden udfald fra nervesystemet, hvoraf de ovenfor skitserede gener vil være de hyppigst forekommende ved blødning lokaliseret til denne del af hjernen i højre hemisfære.

Infektion er med overvejende sandsynlighed årsagen til de indgreb, hvor patienten har fået foretaget tømning/fjernelse af intrakranielt byld/absces. En samlet absces efter kraniotomi fremkommer på baggrund af infektion og rolig vækst af det inficerende materiale findes billedligt et stykke henne i forløbet som en samlet abscedering.

Patientens gener i form af betydelig universel hjernepåvirkning henholdsvis post apoplektisk epilepsi kan tilskrives den opståede infektion. Patientens endelige gener i form af post apoplektisk epilepsi og betydelig universel hjernepåvirkning kan tilskrives følgerne efter et intracerebralt hæmatom/hæmorrhagisk infarkt med den anførte beliggenhed. Store intracerebrale hæmatomer har tendens til at medføre irritativ/post apoplektisk epilepsi ligesom hæmatomets udbredning har en betydning for graden af universel hjernepåvirkning efterfølgende.

Imidlertid vil en langvarig universel infektion svarende til hjernevæv/hjernehinder uden tvivl forværre denne tilstand. Da patienten efter sin tilbageflytning til [REDACTED] [REDACTED] efter første operation/kraniotomi med fjernelse af blødningen havde det betydeligt bedre i forhold til sin neurologiske status og på dette tidspunkt ikke havde epileptiske forandringer, vurderes det dog, at de endelige gener, som anført post apoplektisk epilepsi henholdsvis betydelig universel hjernepåvirkning, delvist kan tilskrives den komplicerende infektion.

De 2 isolerede tilstande nemlig dyb parenkymatøs hjerneblødning parieto-occipitalt

i højre hemisfære henholdsvis cerebral absces i samme region, kan som anført medføre fuldstændig samme gener, da generne opstår på baggrund af påvirkning af det omkringliggende hjernevæv mere end på baggrund af, hvad der decideret påvirker hjernevævet.

Det kan derfor være naturligt at skelne mellem, hvor stor en del af de anførte gener der kan tilskrives blødning henholdsvis infektion.

Man må fokusere på, at patienten trods alt efter første operation med evakuering af hæmatomet, var i betydelig bedring og beskrives med en tilfredsstillende neurologisk statu indtil konfusionen tilkommer på baggrund af den anførte infektion.

Jeg vurderer derfor, at en stor del af de anførte restgener kan tilskrives komplikationen med infektion. Denne er som tidligere anført en velkendt komplikation til alle intrakranielle procedurer/kraniotomier og beskrives i litteraturen som værende et problem hos mellem 0,1 og 1,5 % af alle disse procedurer."

██████████ påklagede afgørelsen til Ankenævnet for Patienterstatningen, som den 29. juni 2016 traf følgende afgørelse:

"Ankenævnet for Patienterstatningen er ikke enig i patienterstatningens afgørelse af 19. november 2015, som derfor ændres.

A har ikke ret til erstatning for den påførte behandlingsskade i form af infektion i hjernen, og er ikke der udover påført en skade ved behandlingen på fra den 3. august 2012.
Hun har derfor ikke ret til erstatning.

Patienterstatningens afgørelse af 2. marts 2016 ophæves.

...

Begrundelse for afgørelsen

Vurdering af ansvarsgrundlaget

Ankenævnet for Patienterstatningen finder, at behandlingen gennem hele forløbet på ██████████ fra den 3. august 2012 og frem har levet op til den standard, som kan forventes af en erfaren specialist på området under de givne forhold.

Ankenævnet for Patienterstatningen er enig i, at A med overvejende sandsynlighed er blevet påført en skade i form af infektion i hjernen som følge af operationen den 3. august 2012.

Ankenævnet vurderer imidlertid, at følgerne af skaden ikke er mere omfattende, end hvad A med rimelighed må tåle.

Ankenævnet vurderer endvidere, at A udover infektionen i hjernen ikke er påført en behandlingsskade ved behandlingen på ██████████ fra den 3. august 2012 og frem. Hun har derfor ikke ret til er-

statning efter § 20, stk. 1, nr. 1 og 4, i klage- og erstatningsloven.

Ankenævnet bemærker følgende til afgørelsen:

Ved operationen på den 3. august 2012 fjernede man den primære hjerneblødning, som A var blevet indbragt med samme dag. Behandlingen blev udført i overensstemmelse med den standard, som kan forventes af en erfaren specialist på området under de givne forhold og var relevant, fordi hendes bevidsthedsniveau var faldende.

A blev efterfølgende overført til rehabilitering, men da der den 20. august 2012 var klare infektionstegn med sivning fra såret blev hun tilbageført til , hvor hun blev opereret for sårinfektionen den 21. august 2012. Den 13. september 2012 blev A igen indlagt på [REDACTED] og opereret for en byld / infektion i hjernen.

Infektionen var en hændelig komplikation til operationen den 3. august 2012, som opstod, selvom denne operation blev udført, som en erfaren specialist ville have gjort. Den efterfølgende behandlingen af infektionen med 2 operationer og antibiotika var ligeledes i overensstemmelse med den standard, som kan forventes af en erfaren specialist på området under de givne forhold.

A var vågen og mobiliseret efter operationerne for infektion. Hun blev efterfølgende ramt af en fornyet og større hjerneblødning den 12. oktober 2012, der medførte epilepsi og svær hjerneskade. Man afstod korrekt fra at operere for den nye blødning, da skaden i hjernen var meget omfattende og kirurgisk behandling derfor ikke kunne have afhjælpet denne.

Ankenævnet vurderer, at A's hjerneskade og aktuelle tilstand mest sandsynligt er en følge af hendes anden hjerneblødning den 12. oktober 2012 og ikke en følge af infektionen. Det er ikke overvejende sandsynligt, at den nye blødning var en følge af infektionen, da det er velkendt, at samme patient kan få flere hjerneblødninger med gentagne blødninger.

Ankenævnet vurderer endvidere, at skaden som følge af infektionen ikke er tilstrækkelig alvorlig til at give ret til erstatning efter loven. Det skyldes, at A hvis hun ikke var blevet opereret den 3. august 2012, ville have haft betydelig hjerneskade som følge af den primære hjerneblødning. Ankenævnet har herved også lagt vægt på, at infektionen ikke med overvejende sandsynlighed har medført varige gener, idet A's aktuelle hjerneskade alene kan henføres til den store sekundære hjerneblødning, som hun fik den 12. oktober 2012. Infektionen har alene medført 2 ekstra operationer og antibiotikabehandling inden for den sygeperiode, hvor A var indlagt til rehabilitering som følge af den primære hjerneblødning.

Ankenævnet vurderer på den baggrund, at A ikke har ret til erstatning efter reglerne i klage- og erstatningsloven.

Ankenævnet ændrer derfor Patienterstatningens afgørelse af 19. november 2015, sådan at A ikke er påført en skade, der giver ret til erstatning.
..."

Til brug for ankenævnets behandling af sagen afgav [redacted], Speciallæge i neurokirurgi, overlæge, [redacted] [redacted], udtalelse af 2. juni 2016, hvoraf fremgår blandt andet:

"Lægelig vurdering

Grundmorbus:

Patientens grundmorbus er en hjerneblødning der umiddelbart ser ud til at være en følge af et cerebralt infarkt (blodprop i hjernen). Et cerebralt infarkt kan give anledning til en blødning pga. af den vævsskade der er i det døde område af hjernen. En sådan blødning er mere "spættet" altså i flere kompartments end en klassisk hjerneblødning der oftest er helt samlet.

En hjerneblødning (de novo) uden forudgående infarkt sidder oftest mere centralt i hjernen end denne patients og skyldes oftest forhøjet blodtryk og åreforkalkning. Denne patients blødning ligger mere overfladisk og ligner altså en blødning i et infarkt. Andre årsager til overfladiske blødninger kan være medfødte karforandringer i hjernen, hjernesvulster og amyloid angiopati (en slags alderbetinget karskade i hjernen). Der er intet der tyder på at denne patient fejlede nogen af delene.

Patienten var tidligere ryger ifølge journalnotat fra [redacted] den 6/8 2012. Hun var stoppet i 2007. Var kendt med claudication intermittens der er smerter i benene pga. åreforkalkning og angina pectoris (hjertekramper) ligeledes pga. åreforkalkning. Hun var altså i øget risiko for at få en blodprop i hjernen pga. generaliseret åreforkalkning. Hovedårsagen til dette er rygning.

Behandlingen:

Det lever op til erfaren specialiststandard at fjerne den primære blødning den 3. august 2012 pga. af faldende bevidsthedsniveau. Efterfølgende var patienten bedre klinisk end inden og blev overført til rehabilitering. Hun blev så tilbageført til [redacted] til operation den 20. august 2012 for infektion. Der var ikke grundlag for dette tidligere da CT skanning med kontrast den 15/8 2012 ikke viste nogen byld i hjernen. Patienten blev overflyttet da der var klare infektionstegn med sivning fra såret den 20. august 2012. Det lever op til erfaren specialiststandard.

Den 13. september 2012 blev patienten reopereret for sin byld i hjernen.

Den 11. oktober 2012 var patienten mobiliseret og var ude og spise aftensmad.

Den 12. oktober får patienten en ny og endnu større hjerneblødning end den første. Det er velkendt at nogle patienter får fornyede infarktområder med nye blødninger i

hjernen. Den seneste blødning er nu beliggende langt fremme i temporallappen i hjernen og i store dele af den højre hjernehalvdel i øvrigt. Igen var der tale om en "spættet" blødning der ligner blødning i et cerebralt infarkt.

Temporallappen er hjernens mest epileptogen område (hvorfra epileptisk aktivitet starter) og det var efter denne blødning at patienten fik epilepsi og svær forværring af hendes kliniske tilstand.

Jeg er enig i at patienten ikke skulle opereres for den nye blødning, da skaden i hjernen var meget omfattende og kirurgisk behandling ville ikke kunne have afhjulpet dette.

Da patienten var vågen og mobiliseret og kunne spise selv efter 2 operationer for infektion efter den primære blødning og efterfølgende blev svært skadet efter en fornyet blødning med epilepsi og svær hjerneskade, viser at skaden hun i dag har er en følge af hende hjerneblødning nr. 2 og ikke en følge af infektionerne. Efter min opfattelse er det ikke overvejende sandsynligt at den nye blødning er betinget af infektionerne. Tværtimod er det velkendt at samme patient kan få flere infakter med repititive blødninger.

På den baggrund finder jeg at patientens skade skyldes hendes grundmorbus og senere reblødning i nyt infarkt og ikke hendes infektion. Egentlig kom infektionen ikke til at forlænge hendes sygdomsforløb, da hun alligevel var indlagt til rehabilitering som hun ikke kom til at profitere af pga. den nye blødning i hjernen.

En infektion efter en operation i hjernen er sjælden (< 2 %) men er ikke mere end man må tåle ved en livstruende hjerneblødning som patienten primært havde bedømt ud fra hende faldende bevidsthedsniveau inden operationen (til Glasgow Coma Score 10).

Jeg er enig i [REDACTED] klage, og jeg finder ikke at patienten er påført en erstatningsberettigende skade ved hendes behandling på Neurokirurgisk afdeling på [REDACTED] [REDACTED]

..."

Sagen har været forelagt Retslægerådet, som den 13. november 2019 har afgivet følgende erklæring:

"...

Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet besvare de stillede spørgsmål således:

Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes oplyse, hvorvidt fjernelse af den primære blødning d. 03.08.2012 pga. faldende bevidsthedsniveau, lever op til erfaren specialiststandard.

Svaret bedes begrundet og i nægtende fald bedes oplyst hvilken behandling der i

stedet skulle være foretaget.

Såvel indikationen for som den tekniske udførelse af operationen den 3. august 2012 var i overensstemmelse med almen anerkendt lægefaglig standard. Operationen blev udført på livsreddende indikation, da A forud for operationen havde dalende bevidsthedsniveau på grund af det øgede intrakranielle tryk.

Spørgsmål 2:

Retslægerådet bedes oplyse om sagsøger den 12.10.2012 fik en massiv re-blødning med midtlinje forskydning. Retslægerådet bedes beskrive omfanget af re-blødningen.

Retslægerådet kan ikke påtage sig at resumere sagsakterne. Der henvises til bilagene.

Der foreligger ikke billedmateriale i sagen fra den 12. december 2012 eller dagene lige efter.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet bedes i den forbindelse oplyse hvorvidt re-blødning i hjernen er velkendt efter operationen for hjerneblødningen d. 03.08.2012.

Begge A's hjerneblødninger er ud fra billederne vurderet at være blødninger opstået i infarkter, som er hjerneområder, der er gået til på grund af reduceret eller ophævet blodforsyning til en del af hjernen, typisk ved blodprop i hjernen. Baggrunden for denne vurdering er udseendet af blødningen på skanningsbillederne, samt det forhold, at A er disponeret for netop blodpropper i hjernen på grund af mange års rygning og iskæmisk hjertesygdom. A var i høj risiko for at udvikle nyt infarkt.

Spørgsmål 4:

Retslægerådet bedes oplyse, hvorvidt der var indikation for at foretage operation af sagsøger efter CT-scanningen d 14.09.2012 der viste re-blødning i hulrummet.

Indikationen for operationen den 14. september 2012 var mistanke om cerebral absces (infektion i hulrum) og ikke som anført i spørgsmålet "re-blødning". Indikationen for operationen den 14. september 2012 var i overensstemmelse med alment anerkendt lægefaglig standard. Behandling af cerebral absces er primært kirurgisk og den endelige diagnose stilles ved operationen.

Spørgsmål 5:

Retslægerådet bedes oplyse hvorvidt operationen efter re-blødningen d. 13.09.2012 lever op til erfaren specialist standard.

Den tekniske udførelse af operationen den 14. september 2012 var i overensstemmelse med almen anerkendt lægefaglig standard.

Spørgsmål 6:

Retslægerådet bedes oplyse om de re-operationer der blev foretaget hhv. d.

21.08.2012 samt d. 13.09.2012 pga. infektion i hjernen kan have været katalysatorer for den større hjerneblødning, der opstod d. 12.10.2012. Retslægerådet bedes i den forbindelse anføre graden af sandsynlighed for, om infektionen i hjernen er årsagen til re-blødningen.

Der er ikke belæg for at antage, at hverken selve infektionen eller operationen for denne har været årsag til den nye blødning den 21. oktober 2012. Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 3. Retslægerådet finder det mest sandsynligt, at den nye blødning skyldes patientens disponering for cerebral iskæmi end infektionen. Recidiv infarkt og hjerneblødning er langt hyppigere end infarkt eller blødning efter cerebral absces.

Spørgsmål 7:

Retslægerådet bedes oplyse hvorvidt sagsøger med overvejende sandsynlighed (over 50% sandsynlighed) er blevet påført en infektion i hjernen i forbindelse med operationerne.

I bekræftende fald bedes retslægerådet oplyse hvilke dele af sagsøgers helbredstilstand der kan henføres til følgerne efter infektionen.

Det findes sandsynligt, mere end 50%, at A blev påført en infektion i forbindelse med den første operation med bakterien *Staphylococcus Aureus*, som er en almindelig hudbakterie, som ikke sjældent findes ved postoperative dybe infektioner. Det er usikkert om nogen af sagsøgers varige symptomer kan henføres til infektionen.

Spørgsmål 8:

Retslægerådet bedes oplyse og beskrive omfanget af sagsøgers infektion i hjernen, samt oplyse hvor sjældent komplikationen normalt opstår i relation til sagsøgers sygdomsforløb.

A havde en betydelig infektion i form af en absces (byld) i kaviteten, hvor hjerneblødningen blev udrømmet ved operationen den 3. august 2012. Infektionen omfattede de overliggende vævslag (kranieknogle og hud). Sårinfektioner optræder ifølge opgørelse i litteraturen med lidt varierende frekvens. Den typiske angivelse er mindre end 1%. Abscesser udgør en mindre andel af disse, og der er således tale om en sjælden komplikation.

Spørgsmål 9:

Retslægerådet bedes oplyse hvorvidt komplikationen i form af infektion medførte svært behandlelig epilepsi, angst, hallucinationer og svær forværring af en kognitiv påvirkning.

De beskrevne symptomer i form af epilepsi, angst, hallucinationer og reduceret kognitiv funktion kan umiddelbart forklares af de to infarkter med blødning som

A havde i sygdomsforløbet. Det er usikkert om og umuligt at afgøre om infektionen har bidraget til dette.

Spørgsmål 10:

Retslægerådet bedes endvidere oplyse, om sagen i øvrigt giver Retslægerådet anledning til bemærkninger.

Nej.

Spørgsmål A:

Retslægerådet bedes oplyse, om A's infektion i hjernen er følge af:

- 1) hendes grundlidelser, herunder hjerteblødningen den 3. august 2012, eller*
- 2) operationen den 3. august 2012, hvor man fjernede hjerneblødningen, eller*
- 3) andre forhold*

Såfremt spørgsmålet ikke lader sig besvare med sikkerhed, bedes Retslægerådet angive, hvad den mest sandsynlige årsag infektionen i hjernen er, herunder om årsagssammenhængen må beskrives som overvejende (over 50 procent sandsynlighed for sammenhæng).

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Infektionen var en følge af operationen den 3. august 2012. Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 7 og 8.

Spørgsmål B:

Retslægerådet bedes vurdere, hvilke midlertidige og/eller varige følger/gener A's infektion i hjernen har medført.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Der er ingen sikre varige følger efter operationen. Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 9.

Spørgsmål C:

Retslægerådet bedes vurdere, om A's hjerneblødning den 12. oktober 2012 er en følge af:

- 1) hendes grundlidelser, herunder hjerteblødningen den 3. august 2012,*
- 2) operationen den 3. august 2012, hvor man fjernede hjerneblødningen,*
- 3) operationen den 21. august 2012, hvor man rensede væv/fjernede knogleplade,*
- 4) operationen den 13. september 2012, hvor man fjernede en byld,*
- 5) en kombination af et eller flere af ovenstående forhold og da hvilke, eller*
- 6) andre forhold*

Såfremt spørgsmålet ikke lader sig besvare med sikkerhed, bedes Retslægerådet angive, hvad den mest sandsynlige årsag til hjerneblødningen den 12. oktober 2012 er, herunder om årsagssammenhængen må beskrives som overvejende (over 50 procent sandsynlighed for sammenhæng).

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Det nye infarkt med blødning den 12. oktober 2012 skyldes mest sandsynligt, mere end 50%, A's grundlidelse, som er beskrevet i besvarelsen af spørgsmål 3.

Spørgsmål D:

Retslægerådet bedes vurdere, hvad der med overvejende sandsynlighed (over 50 procent sandsynlighed for sammenhæng) må anses at være årsag til A's gener i form af epilepsi og svær hjerneskade.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

A's gener i form af epilepsi og svær hjerneskade skyldes primært de to infarkter med blødning.

Spørgsmål E:

Retslægerådet bedes vurdere, hvor hyppigt (anført i procent) der tilkommer yderligere hjerneblødninger efter en oprindelig hjerneblødning, som den A havde den 3. august 2012.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Risikoen for ny apopleksi (hjerneinfarkt og eller -blødning) for en patient som A er cirka 7-10% de første 3 måneder efter første apopleksi.

Spørgsmål F:

Retslægerådet bedes vurdere, hvordan grundlidelsen, i form af hjerneblødning, ville have udviklet sig ubehandlet.

Det er sandsynligt, at det første infarkt med blødning som A blev opereret for den 3. august 2012 ville have medført døden ubehandlet.

Spørgsmål G:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger.

Nej.
..."

Forklaring

A's søn, B har forklaret, at han arbejder som marketingdirektør i et digitalbureau og ved siden af driver egen mindre virksomhed. Hans mor var 66 år, da hun den 3. august 2012 fik den første hjerneblødning. Hun var efter hans fars død i 2003 blomstret op, hun boede alene, og havde i mange år arbejdet som rengøringsassistent på en privat skole i [REDACTED]. Hun var kulturbærer på skolen, hvor både hun selv, han og hans sø-

ster havde gået. Hun klarede sig godt, og hun var meget aktiv i sin fritid. Hun brugte også meget tid på at passe sin svigerinde og barndomsveninde, ■■■■■, der havde fået en hjerneblødning og var i plejebolig. Hun sagde altid, at hun ikke ville ende som tante ■■■■■.

Den første hjerneblødning kom helt ud af det blå natten til den 3. august 2012. Hun skulle samme dag være kommet på besøg hos ham og hans familie. Hun ringede selv efter en ambulance, der kørte hende til ■■■■■ ■■■■■. Hun blev straks overført til ■■■■■ ■■■■■ hvor hun om natten blev opereret akut. Han og hans søster blev kontaktet næste morgen og tog på hospitalet. Da de ankom, var hun vågen og klar, og hun kunne genkende dem. Hun var mobil og kunne gå med støtte under armen. Det eneste, hun nævnte, var, at hun havde lidt svært ved at se til venstre. Det er hans vurdering, at hun på det pågældende tidspunkt var omkring 90-95 % sig selv. Hun var opsat på, at hun skulle på dupperne igen, så hun kunne passe sit arbejde.

Efter ca. 3 dage blev hun overført til ■■■■■ ■■■■■ apopleksiafdeling til genoptræning. Det gik godt, og han tænkte, at hun efter en uge eller to ville være hjemme igen. Lægerne og hans mor var også optimistiske. Da han besøgte hende den 8. august 2012, gik hun fint op og ned ad gangen. Han og hans søster, som begge bor på ■■■■■, var i løbende telefonisk kontakt med hospitalet. Efter ca. en uge oplyste hospitalet telefonisk, at hun havde fået en infektion; formentlig en urinvejsinfektion.

Da hans søster den 20. august 2012 besøgte deres mor på ■■■■■ i ■■■■■ fik hun et chok. Deres mor havde stort set barrikaderet sig på stuen. Hun var delirøs og så løbende heste ude på gangen, ligesom hun var bange for, at der kom nogen fra skolen og slog hende ihjel. Hans søster påpegede overfor personalet, at operationssåret væskede. En fysioterapeut havde også gjort opmærksom på det. Deres mor blev herefter overført til ■■■■■ ■■■■■. Efter hans opfattelse skete det på foranledning af, at hans søster spurgte til såret. Deres mor blev samme dag opereret for stafylokokker på ■■■■■. Han kom hurtigt til ■■■■■. Lægerne fortalte, at de havde åbnet op, rensset ud, og at hun ville få et bredspektret penicillin, der skulle slå det ned, lægerne eventuelt ikke havde fået fjernet, og så ville det gå i sig selv. Han tænkte, at der nu var styr på det. Efter operationen var hun efter hans skøn måske 60 % sig selv. Hun havde svært ved at gå og bruge den ene arm, ligesom hun skulle have hjælp til toiletbesøg. Hun var stadig meget delirøs. Hendes sprog var usammenhængende. Han overnattede i flere dage. Hun var kun tryk ved ham. Lægerne fortalte, at sådan nogen kunne man ikke forudse, og at de havde gjort det nødvendige. Hun begyndte stille og roligt at blive sig selv. Man kunne efter noget tid tale med hende, og hun så eller hørte ikke syner omkring hende. Det delirøse forsvandt. Lægerne havde sagt, at hun skulle fortsætte med penicillin, og så ville det gå i sig selv. Det blev også bedre, men noget tyder på, at stafylokokinfektionen aldrig helt forsvandt.

Hun fik efterfølgende plads til genoptræning i ■■■■■. Da han den 13. septem-

ber 2012 var på vej til genoptræningscentret på besøg, blev han ringet op med besked om, at hun var tiltagende urolig og angst, og at det var personalets vurdering, at infektionen var blusset op igen. Hun blev kørt til [REDACTED] hvor han stødte til. En læge undersøgte hende og sagde, at det så voldsomt ud, og overførte hende til [REDACTED] Hun var da igen voldsomt delirøs, og hun ville ikke med ambulancen. Hun var kun tryk ved ham, så han kørte hende selv til hospitalet i [REDACTED] hvor hun blev undersøgt og re-opereret for stafylokokker samme dag.

Efter operation tog det på genopvågningen lang tid, før hun kom til sig selv. Hun var sløj og svær at kommunikere med. Han så hende aldrig gå efterfølgende. Hun kunne kun bevæge den ene arm og nogle gange den anden. Hun var fortsat i et vist omfang delirøs. Hun blev efter operationen kørt fra [REDACTED] til [REDACTED] hvor hun var i tre uger, hvoraf hun var delirøs i de to. Efter der igen var rensset ud, blev hun pumpet fuld af forskellige former for antibiotika for at få bugt med infektionen. Lægerne fortalte, at stafylokokker var noget af det værste og mest invasive at slå ned, og at de mente, at det ville være svært at slå ned, men at de ville gøre, hvad de kunne. Hendes adfærd og tilstand var meget ringe. Hun var fra det tidspunkt sengeliggende.

Efter hans vurdering var hun 14 dage efter operationen den 13. september 2012 kun 30 % sig selv. Hendes førlighed var væk, og hun brugte mest sin ene hånd; den anden kunne hun kun lige klø sig på næsen med. Hun kom aldrig op at gå igen.

Hun blev efter 3 uger overført til [REDACTED] apopleksiafdeling igen, hvor hun ventede på en genoptræningsplads på [REDACTED].

Den 12. oktober 2012 blev han af [REDACTED] telefonisk orienteret om, at hun var ramt af en ny hjerneblødning. Hun havde kastet op, var blevet scannet og vurderet af en neurolog. Hjerneblødningen var for massiv til en operation, og han blev oplyst om, at hun ikke ville overleve, så de skulle komme og sige farvel til hende. Han og hans søster samlede familien og kørte til hospitalet, hvor al behandling - væsker, drop m.v. - var afkoblet. Hun blev mere og mere grå. Hele familien var taget over for at sige farvel, men fra at være ved at dø kom hun tilbage i et eller andet omfang og fik mere farve. Han tog hjem efter et par dage, mens hans søster blev der. Dagen efter hjerneblødningen talte hun kort med deres mor, hvorefter deres mor ikke talte igen.

Hun blev genindstillet til en genoptræningsplads på [REDACTED], hvor hun fik plads i slutningen af november 2012. Hun udviklede epilepsi og fik medicin for det. Hun blev et par gange kørt til [REDACTED] til tjek ved anfald. Hun forsvandt stille og roligt, og i julen 2012 sad hun bare og kiggede ud i luften. Hun kunne ikke genkende dem, og hun reagerede ikke, når de tog hende i hånden. Hun sad som en zombie og kiggede ud i luften. Der var 0 % tilbage af den mor, de kendte. Hun kunne efter den sidste hjerneblødning

kun klø sig selv på næsen. Hun endte på sondemad.

Den kirurg, der re-opererede hende for stafylokokker den 13. september 2012, har fortalt ham, at det formentlig var samme infektion, der aldrig var forsvundet. Han sagde, at stafylokokinfektion var en sejlivet ting, som var svær at behandle, og at det måtte forventes at kunne ske engang imellem.

Hun døde den 28. februar 2017.

Parternes synspunkter

Sagsøgeren har til støtte for sin påstand i sit påstandsdokument anført følgende anbringender, der er gentaget og uddybet under proceduren:

"Det gøres gældende, at sagsøger skal have medhold i den nedlagte påstand når henses til,

at sagsøger fik en komplikation, som var sjælden og alvorlig i forbindelse med behandlingen på [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

at skaden vedrører svært kognitiv påvirkning og desuden angst og synshallucinationer samt svært behandlelig epilepsi, som først opstod i forløbet med cerebral absces, og at symptomerne endvidere – i form af re-blødningerne – mest sandsynligt er opstået som følge af infektionen,

at sagsøgers samlede varige mén skal fastsættes til 120 %,

at den varige méngrad for grundsygdommen skal fastsættes til 60 %,

at sagsøger således blev påført et mer-mén på 60 %, i øvrigt i overensstemmelse med Patienterstatningens afgørelse af 19.11.2015. Der henvises til speciallægevurdering af 1.12.2014 ved specialeansvarlige overlæge i neurokirurgi, [REDACTED] [REDACTED], [REDACTED] [REDACTED] samt til "lægelig vurdering, ved lægekonsulent [REDACTED], speciallæge i neurologi, af 1. juli 2015, indhentet af Patienterstatningen,

at sagsøger efterfølgende er afgået ved døden som følge af behandlingsskaden."

Sagsøgte har til støtte for sin påstand i sit påstandsdokument anført følgende anbringender, der er gentaget og uddybet under proceduren:

"Til støtte for frifindelsespåstanden gøres det gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse af 29. juni 2016 (bilag 5), hvorved ankenævnet fandt, at A ikke var påført en erstatningsberettigende patientskade, jf. KEL § 20, stk. 1, nr. 4.

En patient er berettiget til erstatning efter klage- og erstatningsloven, hvis patienten ved behandlingen, undersøgelsen eller lignende med overvejende sandsynlighed er blevet påført en skade, jf. § 19, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, og skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af de i § 20, stk. 1, nr. 1 - 4, anførte måder.

Efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, ydes der erstatning, hvis der som følge af behandlingen indtræder skade i form af komplikationer, der er mere

omfattende, end hvad patienten med rimelighed må tåle. Der skal tages hensyn til skadens alvor, patientens sygdom og helbredstilstand i øvrigt samt til skadens sjældenhed og mulighederne for at tage risikoen for skaden i betragtning.

Det er en betingelse for erstatningsberettigelse efter § 20, stk. 1, nr. 4, at de i ordlyden udtrykte kriterier om sjældenhed og alvorlighed begge er opfyldte. Hvis alvorligheds-kriteriet ikke er opfyldt, er det uden betydning, at sjældenhedskriteriet er opfyldt – og omvendt.

Ved vurderingen af om alvorligheds-kriteriet er opfyldt, er det afgørende grundlidel-sens alvorlighed og patientens helbredstilstand i øvrigt set i forhold til den indtruf-ne skades alvorlighed.

Ankenævnet har på grund af sin sammensætning, der bl.a. omfatter medlemmer med lægevidenskabelig baggrund, brugen af lægekonsulenter og gennem behand-lingen af et stort antal sager en særlig erfaring i at bedømme sager efter klage- og erstatningsloven, og der skal derfor være et sikkert grundlag for at tilsidesætte så-danne afgørelser.

Ankenævnet har i denne sag vurderet, at A blev påført en skade i form af infektion i hjernen som følge af operationen den 3. august 2012 på [REDACTED]. Ankenævnet vurderede imidlertid, at skaden ikke var mere omfattende, end hvad A med rimelighed må tåle, jf. klage og erstat-ningslovens § 20, stk. 1, nr. 4.

Boet efter A har ikke godtgjort, at der er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets vurdering. Retslægerådets vurdering understøtter derimod i det hele ankenævnets afgørelse.

Retslægerådet har ved besvarelse af spørgsmål F udtalt, at det er sandsynligt, at den første hjerneblødning, som A blev opereret for den 3. august 2012, ville have medført døden, såfremt A ikke var blevet behandlet. Det kan på den baggrund lægges til grund, at A's grundlidelse var yderst alvorlig.

I forhold til alvoren af skaden, har Retslægerådet udtalt, at A's symptomer i form af epilepsi, angst, hallucinationer og reduceret kognitiv funktion skyldtes de to hjerneblødninger, som A havde i sygdomsforløbet, samt at Retslægerådet ikke finder det muligt at afgøre, om infektionen bidrog her-til, jf. svaret på spørgsmål 9.

Yderligere bemærkes, at den nye blødning den 21. oktober 2012 mest sandsynligt skyldtes A's disponering for blodpropper i hjernen på grund af man-ge års rygning og iskæmisk hjertesygdom, jf. svaret på spørgsmål 3 og 6.

Infektionen har således alene med overvejende sandsynlighed medført to ekstra operationer og antibiotikabehandling inden for den periode, hvor A var indlagt til rehabilitering som følge af den primære hjerneblødning, som også

vurderet af ankenævnet.

Skaden som følge af infektionen er dermed ikke tilstrækkelig alvorlig henset til grundlidelsen alvorlighed, og betingelserne for at få erstatning efter reglen i KEL § 20, stk. 1, nr. 4, er dermed ikke opfyldte.

Uanset om skaden i form af infektion må anses for at være sjælden, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 8, er der ikke grundlag for at anerkende infektionen som en erstatningsberettigende skade, da såvel kravet om alvorlighed og sjældenhed skal være opfyldte, førend der er grundlag for erstatning efter KEL § 20, stk. 1, nr. 4.

Boet efter A har ikke ved det fremførte for retten godtgjort, at skaden er mere omfattende end hvad A med rimelig må tåle, og der er herefter ikke grundlag for at anse skaden for omfattet af lovens § 20, stk. 1, nr. 4. Ankenævnet bør dermed frifindes."

Rettens begrundelse og afgørelse

Det lægges som ubestridt til grund, at A ved operationen den 3. august 2012 blev påført en skade i form af stafylokokinfektion i hjernen. Sagen drejer sig om, hvorvidt skaden er erstatningsberettigende efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4. Det lægges efter sagens oplysninger, herunder Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 8, til grund, at infektionen er en sjælden komplikation, hvorfor bestemmelsens krav til sjældenhed er opfyldt.

Det fremgår af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1, at operationen den 3. august 2012 blev udført på livreddende indikation, og af svaret på spørgsmål F, at det første infarkt med blødning, som førte til operationen den 3. august 2012, ubehandlet ville have medført døden.

Retslægerådet har i besvarelsen af spørgsmål 7 vurderet, at det er usikkert, om nogen af A's varige symptomer kan henføres til infektionen. Retslægerådet har i besvarelsen af spørgsmål 9 anført, at A's beskrevne symptomer i form af epilepsi, angst, hallucinationer og reduceret kognitiv funktion umiddelbart kan forklares af de to infarkter, og at det er usikkert om og umuligt at afgøre, om infektionen har bidraget til det beskrevne. I besvarelsen af spørgsmål B har Retslægerådet anført, at der ingen sikre varige følger er efter infektionen, og i besvarelsen af spørgsmål D er det vurderet, at A's gener i form af epilepsi og svær hjerneskade primært skyldes de to infarkter med blødning.

Det fremgår videre af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 6, at hverken infektionen eller de efterfølgende operationer som følge heraf kan antages at have været årsag til hjerneblødning nr. 2, idet denne blødning mest sandsynligt skyldes A's disponering for cerebral iskæmi end infektio-

nen. Det er i besvarelsen af spørgsmål 3 anført, at A var i høj risiko for at udvikle nyt infarkt, og i besvarelsen af spørgsmål C har Retslægerådet vurderet, at det nye infarkt med blødning mest sandsynligt og med mere end 50 % skyldes A's grundlidelse.

Det kan herefter ikke anses for bevist, at infektionen har været årsag til hverken de beskrevne symptomer eller hjerneblødning nr. 2. Det må endvidere lægges til grund, at A uden operationen den 3. august 2012, der forårsagede skaden, ville være afgået ved døden. Under disse omstændigheder var skaden ikke mere omfattende, end hvad A med rimelighed måtte tåle. Skaden er derfor ikke erstatningsberettigende efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4.

Som følge heraf frifindes sagsøgte.

Efter sagens udfald, det oplyste om dens værdi og det dermed forbundne arbejde, skal sagsøgeren i sagsomkostninger til sagsøgte betale 65.000 kr. Der er herved taget hensyn til hovedforhandlingens varighed og til, at sagen har været forelagt Retslægerådet, ligesom der har været processuelle spørgsmål om forelæggelsen.

Thi kendes for ret:

Sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, frifindes.

Sagsøgeren skal inden 14 dage i sagsomkostninger til sagsøgte betale 65.000 kr.

Sagsomkostningerne forrentes efter rentelovens § 8 a.

Marianne T. Øllgaard

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Retten i Holbæk, den 30. juli 2020.

Zeliha Turan Güler, kontorfuldmægtig