

DOM

afsagt den 5. december 2017 af Vestre Landsrets 16. afdeling (dommerne Linda Hangaard, Helle Korsgaard Lund-Andersen og Mette Søndergaard (kst.)) i ankesag

V.L. B-0241-16

Ankenævnet for Patienterstatningen

(Kammeradvokaten ved advokat Flemming Orth, København)

mod

A

(advokat

B

,

Retten i Sønderborg har den 3. februar 2016 afsagt dom i 1. instans (rettens nr. BS C5-1566/2013).

Påstande

For landsretten har appellanten, Ankenævnet for Patienterstatningen, gentaget påstanden for byretten om frifindelse.

Indstævnte, A har påstået dommen stadfæstet.

Supplerende sagsfremstilling

Sagens hovedforhandling har været udsat på en fornyet forelæggelse for Retslægerådet, der den 23. august 2017 har afgivet følgende supplerende erklæring:

” ...

Spørgsmål B:

*Under sagens foretagelse for Vestre Landsret har overlæge
bl.a. forklaret, jf. landsrettens retsbog af 9. marts 2017:*

"Det er derfor hans opfattelse, at man efter første reoperation og inden opvågningen burde have foretaget en CT-scanning for at sikre sig, at man havde styr på blodningen, og om der er tegn til blodninger andre steder.

Den CT-scanning, der blev foretaget før 2. akutte reoperation viser udover blodning skader efter iltmangel, som efter deres placering kun kan være opstået fra aflukning af kar. (medi-atrifukatur)

Havde man foretaget en CT-scanning efter første reoperation, kunne man måske have set blodningen tidligere og erkendt, at reoperation ikke var tilstrækkelig og undgået de omfattende skader".

Der henvises desuden til operationsnotat af 21.07 2011 kl 12:25, hvor det fremgår at "der identificeres ikke nogen sikker blodningskilde..". Der ses ligeledes ikke dokumenteret nogen undersøgelse af kaviteten i operationsnotatet. Endelig fremgår det, at A meget hurtigt efter 1. operation blev motorisk urolig, og at der var evakueret hæmatom umiddelbart efter operationen.

Retslægerådet bedes oplyse, om almen anerkendt lægefaglig standard havde tilsagt, at man gennemførte CT-scanning efter første reoperation (påbegyndt kl. 12.25) inden opvågning og/eller, om man burde have iværksat anden undersøgelse/trykmåling eksempelvis CT eller angiografi i hjernen i stedet for at lægge A til langsom opvågning på intensivafdelingen?

Det er ikke almen praksis at udføre kontrol CT-scanning umiddelbart efter operation for blødning efter hjerneoperation, ligesom det ej heller er rutine at anlægge trykmåler eller gennemføre arteriografi.

Spørgsmål C:

Såfremt Retslægerådet ved besvarelsen af spørgsmål B finder, at almen anerkendt lægefaglig standard havde tilsagt, at man gennemførte CT-scanning som beskrevet, bedes Retslægerådet oplyse, om undladelse heraf har karakter af en egentlig lægefaglig fejl.

Bortfalder.

Spørgsmål D:

Såfremt Retslægerådet ved besvarelsen af spørgsmål B finder, at almen anerkendt lægefaglig standard havde tilsagt, at man gennemførte CT-scanning som beskrevet, bedes det om muligt oplyst, hvorvidt og i hvilket omfang A3 nuværende gener og funktionsindskrænkninger, som beskrevet i Retslægerådets svar på spørgsmål 23, kunne være forhindret, hvis scanning var gennemført, og den behandling scanningen måtte give anledning til, var rettidigt udført?

Bortfalder.

Spørgsmål E:

Retslægerådet har i besvarelse af spørgsmål 7 og 9 vurderet at arterieblodningen (media-gren) mest sandsynligt er en følge af den primære operation. Det fremgår bl.a. af operationsbeskrivelsen (kl. 9:12) at man "kommer godt i bund fortil og medalt.." og der ses "mediakar nedadtil i feltet" Endvidere viste CT-scanningen for 2. akutte reoperation iskæmi svarende til 2 mediagrener.

Henset til den planlagte operation og adgangsvej bedes Retslægerådet oplyse, om det er overvejende sandsynligt (med mindst 50% sandsynlighed), at man ved den primære operation er kommet for dybt og dermed har beskadiget kar/væv som førte til blodningskomplikationen?

Nej. Det er ikke sandsynligt, at man er kommet for dybt.

Spørgsmål F:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

..."

Forklaringer

D har afgivet supplerende forklaring for landsretten. Der er endvidere afgivet forklaring af overlæge **C**.

D har supplerende forklaret, at hun efterfølgende har fået oplyst, at det ildebefindende, som **A** fik i maj 2011, var et epilepsianfald uden krampe.

De fik oplyst, at **A's** sygdom var alvorlig, men at det ikke var noget, som han ville "dø af i morgen". Da man havde konstateret, at der var en tumor, fik han flyveforbud, men indtil da havde han fløjet normalt, og han passede sit arbejde frem til operationen.

Lægen, der skulle udføre operationen, fortalte, at han havde lavet en tilsvarende operation en uge tidligere, og at det var forløbet fint. De fik oplyst, at der ikke var særlige risici ved operationen.

Hans tilstand i dag er uforandret, og han skal ikke scannes igen, medmindre han får det dårligt. Det er et meget uværdigt liv, han har.

Overlæge C har forklaret, at han har beskæftiget sig med neurokirurgi siden 1983, og han har været ledende overlæge på neurokirurgisk afdeling på E siden 2000. Siden 2010 har han desuden blandt andet været lægefaglig konsulent for Patientforsikringen.

Foreholdt sin erklæring af 30. januar 2012, som han afgav til brug for Patientforsikringens behandling af sagen, har han forklaret, at operationsbeskrivelsen viser en fremgangsmåde, som han også kunne have valgt. Man kunne dog ønske sig, at der var "en sort boks", der viser, hvad der faktisk skete.

Det fremgår af operationsbeskrivelsen, at kirurgen gik ind ved tindingelappen, og at kirurgen på et tidspunkt så dele af de dybe blodkar, hvorefter kirurgen stoppede. Det viser, at kirurgen allerede da var kommet for langt. Inden operationen var der lavet forskellige undersøgelser af blandt andet, hvor patientens funktioner er beliggende i hjernen. Disse informationer var lagt ind i en computer, og man følger under operationen computeren som en slags GPS. Kirurgen skal dog også tænke selv og kan ikke bare følge computeren. Det fremgår videre, at kirurgen havde svært ved at skelne hjernevæv fra tumurvæv. Alligevel sendte man undervejs kun ét frysesnit til undersøgelse, hvilket kan undre. Flere undersøgelser af udtaget hjernevæv under operationen kunne måske også have vist, at man var kommet for langt.

Umiddelbart efter operationen kom der en kraftig blødning (hæmatom) under huden. Blødningen var så kraftig, at der kom en stor bule. Man valgte at tømme hæmatomet og lægge pres på. Derefter blev patienten overført til opvågningen. Der gik ikke lang tid, før patienten blev meget urolig og fik en udvidet pupil. Det er tegn på, at patienten er ved at dø, og derfor opererede man straks. Der var ikke tid til forinden at foretage en scanning. Det fremgår, at man under den første reoperation ikke kunne finde årsagen til blødningen. Man gik fejlagtig ud fra, at blødningen var der, hvor tumoren var. En blødning der ville imidlertid ikke have vist sig så hurtigt, som tilfældet var. Der ville i så fald være tale om en sivende blødning, der først ville vise sig efter timer. Det er derfor hans opfattelse, at man efter første reoperation og inden opvågningen burde have foretaget en CT-scanning for at sikre sig, at man havde styr på blødningen. Den CT-scanning, der blev foretaget senere, viser netop skader efter iltmangel, som efter deres placering kun kan være opstået fra en blødning i bunden af hjernen. Kirurgen var derfor ikke blot nået til de store kar, som anført i operationsbeskrivelsen, men var nået helt ned på undersiden af hjernen, hvor arterierne er

beliggende, og hvor kirurgen slet ikke burde være. Kirurgen må således have mistet orienteringen, hvilket ikke burde være sket. Havde man foretaget en CT-scanning efter første reoperation, kunne man måske have fået blødningen stoppet tidligere og undgået de omfattende skader. Hjernen reagerer spontant på en blødning ved at "trække arterien sammen", hvorved blødningen midlertidig stopper, men efter nogle minutter vil arterien udvide sig igen, og det vil bløde på ny.

Patienten havde en "grad 2 hjernetumor", og en sådan kan man have i mange år uden at få alvorlige symptomer. Der er tale om et forstadium til kræft, men der kan gå mange år, hvor man kan leve et almindeligt liv, inden det udvikler sig til egentlig hjernekræft. Derfor omfattes man heller ikke af kræftpakken. Man kan som her vælge at operere for at fjerne noget af tumoren, men man ville ikke kunne fjerne det hele. Patienterne bliver ofte opereret flere gange. I stedet kan man efter drøftelse med patienten undlade operation og se tiden an i en periode for at se, hvordan tumoren udvikler sig. Denne patient ville i så fald formentlig skulle have været behandlet med epilepsimedicin.

Blødningen ville ikke være opstået, hvis kirurgen ikke havde ramt en arterie. Han har aldrig set en tilsvarende skade, og en sådan skade burde ikke ske. Den minder om en aneurismeblødning. En arterie i hjernen er beskyttet af væv, og den beskadigede arterie lå ikke i nærheden af svulstvævet. Hvis det havde været tilfældet, ville der have været tale om en helt anden operation, der ville have krævet deltagelse af en vaskulærneurokirurg, der er specialist i at operere tæt på arterierne.

Foreholdt Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 5 har vidnet forklaret, at han er enig i, at der ikke skulle have været anvendt vågenoperation. Det ville man måske have valgt på et senere stadium. Foreholdt retslægerådets besvarelse af spørgsmål 6 har vidnet forklaret, at kirurgen har anvendt den rigtige "standard", men han mistede orienteringen under operationen. Den skete skade kan kun opstå, hvis kirurgen har gjort noget, som han ikke skulle.

Han er i hovedtræk enig i Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 8, men den naturlige slutning heraf er, at blødningen var i bunden af hjernen, hvilket skaderne på hjernen også viser. Når kirurgen har anført, at der under operationen var et område, der temporalt blødte, er han af den opfattelse, at det for kirurgen godt kunne se ud som om, at blødningen kom temporalt, men at den rettelig kom fra bunden af hjernen.

Han er enig i Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 14, men man burde have lavet en CT-scanning efter første reoperation. På det tidspunkt havde man tid til det, og man ville også kunne have sprøjtet kontrastvæske ind, hvis man havde skønnet det relevant. Den erfarne specialist kunne måske have nået at redde situationen, selv om det er svært at udtale sig om.

Procedure

Parterne har i det væsentlige gentaget deres anbringender for byretten og har procederet i overensstemmelse hermed.

Indstævnte har for landsretten yderligere anført, at den forklaring, der for landsretten er afgivet af overlæge **C** støtter, at behandlingen af **A** ikke har levet op til erfarene specialiststandard.

Appellanten har heroverfor anført, at der ved uenighed mellem overlæge **C** og Retslægerådet skal lægges afgørende vægt på Retslægerådets besvarelse.

Landsrettens begrundelse og resultat

Retslægerådet har ved besvarelsen af det supplerende spørgsmål B anført, at det ikke er "almen praksis at udføre kontrol CT-scanning umiddelbart efter operation for blødning efter hjerneoperation, ligesom det ej heller er rutine at anlægge trykmåler eller gennemføre arteriografi". Retslægerådet har videre ved besvarelsen af spørgsmål E anført, at det ikke er sandsynligt, at man under operationen er kommet for dybt og dermed har beskadiget kar/væv som førte til blødningskomplikationen.

På den baggrund, og i øvrigt af de grunde, der er anført af byretten, tiltrædes det - uanset det, der for landsretten er forklaret af overlæge **C** - at det ikke med overvejende sandsynlighed må antages, at en erfarne specialist under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes, hvorved skaden ville være undgået. Skaden er derfor ikke erstatningsberettiget efter § 20, stk. 1, nr. 1, i lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet.

Efter lovens § 20, stk. 1, nr. 4, skal der ved vurderingen af, om **A's** skade

er mere omfattende, end hvad han som patient med rimelighed må tåle, tages hensyn til dels skadens alvor, dels hans sygdom og helbredstilstand i øvrigt, samt til skadens sjældenhed og mulighederne for i øvrigt at tage risikoen for dens indtræden i betragtning.

Der er enighed om, at det på baggrund af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 24 kan lægges til grund, at risikoen for en skade af den karakter, som den **A** pådrog sig, er mindre end 1 %, og at skaden derfor opfylder sjældenhedskriteriet i § 20, stk. 1, nr. 4. Der er endvidere enighed om, at skaden medførte et meget omfattende og varigt fysisk og psykisk handicap. Der er således tale om en meget alvorlig skade.

Det fremgår af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål A, at Retslægerådet skønner, at risikoen for forbigående hjernefunktionsforringelse ved operationer af den pågældende type er ca. 50 %, mens risikoen for varige udfald er ca. 5 %. Det fremgår yderligere af besvarelsen af spørgsmål 26, at man kan forvente, at ca. 80 % af patienterne efter en tumor-operation som den, der blev udført, vil være udskrevet til eget hjem inden for en uge.

A havde inden operationen kun relativt få gener af tumoren i form af blandt andet smagsforstyrrelse og kriblende fornemmelse i arme og ben. Ifølge Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 21 er median overlevelsen ved en ubehandlet tumor af den omhandlede type ca. 6 år, hvilket svarer til 5 års overlevelse på lidt over 50 %. På den baggrund og efter en samlet vurdering af de i øvrigt foreliggende oplysninger, findes skaden – også under hensyn til den ringe sandsynlighed for dens indtræden – at være mere omfattende, end hvad **A** med rimelighed må tåle. Skaden er derfor erstatningsberettiget efter § 20, stk. 1, nr. 4.

Landsretten stadfæster derfor byrettens afgørelse.

Efter sagens udfald sammenholdt med parternes påstande skal Ankenævnet for Patienterstatningen betale sagsomkostninger for landsretten til statskassen med 125.000 kr.

Beløbet, der er til dækning af udgifter til advokatbistand, er inkl. moms, da **A** ikke er momsregistreret. Landsretten har ved fastsættelsen af beløbet lagt vægt på sagens økonomiske værdi og dens omfang, herunder at hovedforhandlingen har været udsat med henblik på fornyet forelæggelse for Retslægerådet.

Thi kendes for ret:

Byrettens dom stadfæstes.

Ankenævnet for Patienterstatningen skal betale sagens omkostninger for landsretten til statskassen med 125.000 kr.

De idømte, der forrentes efter rentelovens § 8a, skal betales inden 14 dage.

Linda Hangaard

Helle Korsgaard Lund-Andersen

Mette Søndergaard
(kst.)

Udskriften udstedes uden betaling.

Udskriftens rigtighed bekræftes.

Vestre Landsret,

Viborg den 5. december 2017

Kristina Krogh Pedersen

Elev