



Udskrift af dombogen

DOM

Afsagt den 2. november 2017 i sag nr. BS 3-1166/2016:

A
mod
Ankenævnet for Patienterstatningen
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg

Sagens baggrund og parternes påstande

I denne sag, der er anlagt den 13. december 2016, har sagsøgeren, **A**, nedlagt påstand om, at sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, skal anerkende, at **A** blev påført en erstatningsberettigende skade som følge af behandling på **B** i perioden 26. oktober 2009 til 7. november 2009.

Sagsøgte har nedlagt påstand om frifindelse.

Det er ubestridt, at sagsøgeren blev påført en skade som følge af behandlingen. Sagen drejer sig alene om, hvorvidt sagsøgerens patientskade opfylder betingelserne i klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, for erstatning.

Oplysningerne i sagen

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

Ved dom af 3. maj 2016 blev det fastslået, at sagsøgeren som følge af forløbet, hvor han blev behandlet for peritonsillær absces i oktober 2009, udviklede PTSD, og at hans nuværende psykiske gener med overvejende sandsynlighed var forårsaget af behandlingen under indlæggelsen, således at han var påført en skade som følge af behandlingen og indlæggelsen, jf. klage- og erstatningslovens § 19, stk. 1, jf. § 20, stk. 1. Sagen blev hjemvist med henblik på sagsøgtes vurdering af, om betingelserne i klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, for erstatning var opfyldt, idet sagsøgte ikke i sin oprindelige afgørelse havde taget stilling hertil.

Sagsøgte traf ved den 30. juni 2016 afgørelse om, at sagsøgeren ikke havde ret til erstatning for følgerne efter tilstanden med intensiv delirium, idet sagsøgte vurderede, at sagsøgerens skade ikke var omfattet af klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4. Sagen vedrører prøvelse af denne afgørelse.

Det hedder i afgørelsen blandt andet:

"...

Ankenævnet vurderer, at hans psykiske følger efter intensive delirium ikke er mere omfattende, end hvad **A** med rimelighed må tåle.

Ankenævnet bemærker følgende til afgørelsen:

På baggrund af dommen af 3. maj 2016 og Retslægerådets besvarelse af spørgsmål under retssagen lægger ankenævnet til grund, at behandlingen af **A** fra den 26. oktober 2009 og frem blev udført, som en erfaren specialist på det pågældende område ville have gjort under de givne forhold. Ankenævnet henviser til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1.

Behandlingen omfattede flere operationer med drænering af den byld, han havde udviklet i hals og svælg samt et intensivt medicinsk behandlingsforløb med intubering og anvendelse af respirator over en periode på 6 døgn. Intubering og anvendelse af respirator var et nødvendigt led i behandlingen af den tilstand, **A** var indlagt for, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål E.

Ankenævnet lægger ligeledes til grund, at **A** har fået betydelige psykiske gener efter den tilstand med intensive delirium, han udviklede i forbindelse med det intensive behandlingsforløb.

Ankenævnet vurderer, at hans psykiske følger efter intensive delirium ikke er tilstrækkelig sjældne til, at de giver ret til erstatning efter loven. Ved vurderingen har ankenævnet lagt vægt på Retslægerådets udtalelser, ...

Kriteriet om sjældenhed er efter lovens forarbejder og praksis kun opfyldt, hvis hyppigheden er mindre end 2 procent. Med Retslægerådets udtalelse er det ikke tilstrækkeligt godtgjort, at delirium i en sådan sværhedsgrad, som **A** oplevede, forekommer i mindre end 2 procent af tilfældene, idet Retslægerådet alene har anført, at det forekommer hos "væsentligt færre end halvdelen af alle patienter i intensiv behandling med intubering og respiratorbehandling". Retslægerådets oplysning om, at der ikke haves sikre tal for, hvor hyppigt der opstår PTSD i forbindelse med delirium, kan ikke føre til, at det kan anses for tilstrækkelig godtgjort, at **A's** psykiske gener efter tilstanden med delirium forekommer så sjældent, at lovens sjældenhedskrav er opfyldt.

Ankenævnet vurderer desuden, at generne ikke er tilstrækkeligt alvorlige til at opfylde lovens krav om relativ alvorlighed. Ved denne vurdering har ankenævnet lagt vægt på Retslægerådets udtalelser, ...

A led således af en meget alvorlig tilstand - byld i halsen/svælg - som gjorde den udførte behandling nødvendig, da den uden behandling kunne have dødelig udgang. Som anført af Retslægerådet, ville han ikke kunne have trukket vejret, hvis han ikke var blevet behandlet med intubering og respirator, og der var derfor tale om livreddende behandling.

Selv om **A** har udviklet betydelige psykiske gener, går de efter ankenævnets vurdering ikke ud over det, han må tåle, når det ses i forhold til den meget alvorlige og akut livstruende tilstand, han blev behandlet for.
..."

Under den tidligere sag afgav Retslægerådet 2 erklæringer. Sagen har også under denne sag været forelagt Retslægerådet.

I Retslægerådets erklæring af 6. maj 2015 hedder det blandt andet:

"...

Spørgsmål B:

*Retslægerådet bedes - ud fra almindelige lægelig erfaring - beskrive, hvorledes en tilstand i halsen/svælget, som den **A** blev henvist til øre-, næse-, halsafdelingen med den 25. oktober 2009 normalt ville have udviklet sig ubehandlet.*

Spørgsmålet er uklart - menes der en udvikling af en ubehandlet peritonsillær absces eller af en absces i det parafaryngeale rum.

Begge tilstande kan udvikle sig fatalt, men kan også udvikle sig med spontan perforation til svælg, så abscessen tømmes ("af sig selv").

Abscessen i det parafaryngeale rum regnes klart for en alvorligere lidelse end en byld bag mandlen (peritonsillær absces). Sidstnævnte kan udvikle sig til en parafaryngeal absces.

...

Spørgsmål E:

*Var intuberingen og anvendelsen af respirator i perioden fra den 26. oktober 2009 til den 1. november 2009 et nødvendigt led i behandlingen af den tilstand, som **A** var indlagt for?*

Ja, i modsat fald ville sagsøger ikke kunne få vejret.

...

Spørgsmål G:

Hvor ofte udvikler patienter delir efter intubering og anvendelse respirator i en periode som den foreliggende (ca. 6 dogn)?

Delirium i det umiddelbare forløb efter intensivbehandling med intubering og respiratorbehandling er meget hyppigt forekommende. Op mod halvdelen af alle patienterne vil kunne have vekslende grader og varighed af intensive delirium.

..."

I Retslægerådets erklæring af 14. december 2015 hedder det blandt andet:

"...

Spørgsmål 6:

Retslægerådet har ved besvarelsen af spørgsmål G anført, at

Delirium i det umiddelbare forløb efter intensivbehandling med intubering og respiratorbehandling er meget hyppigt forekommende. Op mod halvdelen af alle patienterne vil kunne have vekslende grader og varighed af intensive delirium.

Retslægerådet bedes oplyse hvor mange procent, der udvikler PTSD som følge af dette og i samme sværhedsgrad, som sagsøgeren (jf. psykiatrisk speciallægeerklæring 29/11-11)

Der haves ikke sikre tal for hyppigheden af PTSD i forbindelse med delirium. Retslægerådet kan dog oplyse, at det er væsentlig færre end halvdelen af alle patienter i intensiv behandling med intubering og respiratorbehandling, der udvikler delirøse symptomer i samme sværhedsgrad, som sagsøger oplevede.

..."

I Retslægerådets erklæring af 30. august 2017 hedder det blandt andet:

"...

Spørgsmål 9:

I artikel, Stille Intensiv Delirium er et overset fænomen i sygeplejen, af intensivsygeplejerske C og sygeplejerske D (bilag 4) angives, at intensiv delirium foreligger i 3 former, hyperaktivt delirium, hypoaktivt delirium eller en stille vekslen mellem disse 2 former.

Retslægerådet bedes oplyse, hvorvidt Retslægerådet er enig i ovennævnte 3 opdelinger og i givet fald oplyse, hvilken form for intensiv delirium der kunne konstateres hos sagsøger efter operationen oktober 2009.

Retslægerådet bedes samtidig oplyse, hyppigheden for den pågældende form for delirium, gerne angivet i % for så vidt angår patienter i intensiv behandling med intubering og respiratorbehandling.

Underinddelingen af intensiv delirium i 3 subtyper er ikke en del af hospitalsvæsenets anvendte diagnosesystem ICD 10. Antallet af forekomster af de enkelte under typer er vanskeligt at fastslå på grund af varierende definitioner, og Retslægerådet ser det ikke som dets opgave at udrede disse generelle problemstillinger om sygdomshyppigheder nærmere.

...

Spørgsmål 11:

Retslægerådet bedes i forlængelse af besvarelsen af spørgsmål 6, angive hvorledes Retslægerådet forstår begrebet væsentlig færre end halvdelen, eventuelt med angivelse af et procentinterval, såfremt der måtte være usikkerhed omkring de faktiske tal.

Det er ikke muligt at præcisere dette nærmere.

..."

Forklaringer

Sagsøger. A, har forklaret, at han efter at være sendt hjem fra lægen fik det dårligere og igen ringede til lægevagten. Han var en time senere ca. kl. 6 på sygehuset. Efter at have ventet ca. ½ time på skadestuen, sagde lægen, der kiggede på ham, at han havde en betændt mandel, der skulle fjernes. Han tænkte, at det var ok. Han havde ingen forventning om, hvad der skulle ske, eller om at han skulle indlægges. Han havde forventet at komme hjem senere samme dag efter operationen. Ingen havde sagt, at han kunne regne med indlæggelse. Han opfattede det som et simpelt indgreb. Han husker ikke at være blevet informeret om smerte og blødning eller hævelse efter operationen. Der blev sagt, at det kunne være ubehageligt. Han fik oplyst, at han efter operationen ville skulle drikke koldt og spise is. Han endte med at være indlagt i ca. 14 dage. Der blev ikke sagt noget om, at det ville kunne være farligt og livstruende eller om risiko for tvangstanker og delirium. Han erindrer alene at have fået information om at skulle spise og drikke kolde fødevarer. Ingen sagde noget om farlighed. Han husker ikke, om der blev sagt noget om fuld bedøvelse. Han kom i fuld bedøvelse og vågnede længe efter. Han fik ingen hjælp, mens han undervejs i forløbet så forskellige ting. Der var en døgnvagt, der skulle hjælpe ham med at drikke. Det er hans indtryk, at vagten ikke var uddannet i at tage højde for det, der kunne ske. Det var ikke en sygeplejerske. Ingen psykolog eller psykiater kom og talte med ham.

Han mødte ikke C på hospitalet. Han hørte fra C ca. 10 dage efter udskrivelsen. C ringede og spurgte, om hun måtte stille ham nogle spørgsmål i forbindelse med et studieprojekt vedrørende delirium. Hun forklarede, at det drejede sig om et spørgeskema med forskellige svarmuligheder. Endelig interesserede nogen sig for ham. Hun kom som sendt fra himlen og var en vej tilbage til livet igen. Samtalerne med C hjalp ham. Han følte sig ikke længere som den eneste i verden, der havde det sådan. Han tror, at han blev interviewet 5 gange telefonisk af C af ½ - 1 times varighed ad gangen. Det var omsorgsfulde samtaler. C spurgte til, hvordan han havde det, hans situation og hvordan han havde oplevet forløbet. Han var patient nr. 53 i projektet.

Han har efterfølgende mødt C personligt. Hun spurgte, om han ville deltage i foredrag for sygeplejersker og herunder fortælle om sine oplevelser. Af hensyn til at kunne hjælpe andre i samme situation indvilligede han heri. Sygeplejerskerne reagerede voldsomt på hans fortælling, og flere græd. Mange kom efterfølgende hen og sagde, at de havde fået stor indsigt i oplevelsen af delirium. C havde bedt ham deltage, fordi han var god til at fortælle uden filter for sin følelser og oplevelser, hvor mange andre følte, at det var flovt.

Han lever fortsat af førtidspension. Han har fået ro og stabilitet, men der skal ikke meget til, før han får det dårligt igen. Han kan ikke håndtere krav. Han kommer aldrig ud at arbejde igen. Før operationen arbejdede han fuldtids og havde et aktivt fritidsliv. Han har stor gavn og fornøjelse af at spille med andre i sin fritid. Det er hyggeligt at spille og øve sig i sociale rammer med mennesker, der kender og forstår ham.

C har forklaret, at hun er uddannet intensivsygeplejerske. Hun har taget en master-uddannelse i klinisk sygepleje og en PhD i medicin omhandlende delirium og følgerne heraf. Fra 2006 blev indført screeningsredskaber til at opfange delirium, idet patienter i respirator ikke kan besvare spørgsmål. Det var rimeligt velimplementeret i 2009, hvor hun indsamlede materiale til sin PhD.

Sagsøgeren blev screenet løbende under indlæggelsen for delirium. Der er udfærdiget observationsark. Sagsøgeren var lagt i kunstig koma. Der var store udsving i bevidsthedsniveauet. Hun forsøgte at komme i kontakt med sagsøgeren i løbet af den første uge efter, at han var flyttet fra intensiv afdeling til sengeafdeling, men han var for syg og delirøs til, at hun kunne få adgang til ham. Hun så ham gennem en rude, men talte ikke med ham. Det var ret usædvanligt i forhold til de øvrige patienter i projektet med den kontrol.

Hun kom i kontakt med sagsøgeren efter ca. to måneder, hvor hun ringede til ham og spurgte, om han ville deltage i projektet. Det kan godt være, at det var allerede efter 10 dage som forklaret af sagsøgeren. Hun var under selve studiet i kontakt med sagsøgeren 3 gange. Hans erindringer var meget tydelige og voldsomme, og hans oplysninger satte sig meget tydeligt i hende. Projektet vedrørte klarlæggelse af delirium og symptomerne herved. Det statistiske materiale bestod af 3.066 personer fra 3 hospitalsafdelinger. Data var indsamlet gennem ca. 2 år. Heraf indgik 641 patienter, som var over 18 år, havde været indlagt i mere end 48 timer på intensiv afdeling og som kunne samtale på dansk. Der var ca. 2.000 patienter, som havde været indlagt mindre end 48 timer. Ved sine interviews anvendte hun screeningsredskaber for delirium, der var godkendt af en af vejlederne, professor **E**, som de mest valide i forbindelse med indlæggelserne og efterfølgende for navnlig PTSD, angst og depression. Efter 2 måneder havde 17 patienter eller 6 % stadig PTSD. Efter 6 måneder havde 7 patienter eller 3 % fortsat PTSD, heraf havde 3 formentlig PTSD og 4 havde muligvis PTSD. De 7 patienter udgjordes således af patienter, der formentlig eller muligvis havde PTSD. De patienter, der ikke længere indgik, var faldet fra af andre årsager, var døde eller havde ikke længere PTSD. Sagsøgeren var iblandt de 3, der havde PTSD. Hun er ikke læge, og hun har ikke diagnosticeret nogen, men anvendt screeningsredskaber. Sagsøgeren indgik i gruppen efter både 2 og 6 måneder. Sagsøgeren lå helt i top i summen af alle spørgsmål under screeningen. Hun har anvendt sine undersøgelser i senere artikler. Hun er stolt af sine resultater.

Sagsøgeren har efterfølgende deltaget i nogle af hendes foredrag for at kvalificere dem. Der er nogle underbelyste problematikker ved delirium. Det er svært at vide, hvad der sker med patienten efterfølgende, når patienten er ude af det intensive forløb. Det var givende for personalet at få indblik i en patients oplevelse på intensiv afdeling, og sagsøgerens indlæg gav god respons. Sagsøgeren deltog i foredrag 3 gange. Hun har lavet et e-learningprogram, hvori sagsøgeren indgår, og som anvendes i Region F. Sagsøgerens fortælling har været stærk og har åbnet manges øjne under foredrag og i forskningsprojektet for, hvordan det opleves. Hun underviser nu på sygeplejeskolen i delirium, ligesom hun holder foredrag. Hendes forskningsarbejde er sparet væk.

Parternes synspunkter

Sagsøgeren har i sit påstandsdokument anført følgende anbringender, der er gentaget og uddybet under hovedforhandlingen:

"Til støtte for påstanden gøres det gældende, at den påførte skade er omfattet af Lov om Klage og Erstatning § 20, stk. 1, nr. 4, idet det er sagsøger opfattelse, at den indtrufne skade ikke står i rimeligt forhold til den forholdsvis simple operation og de voldsomme følger.

Retslægerådet har ved besvarelsen af spørgsmål G angivet, at op mod halvdelen af alle patienter vil kunne have vekslende grader af varighed af intensive delirium, og har ved besvarelsen af spørgsmål 6 angivet at der ikke haves sikre tal for hyppigheden.

Sagsøger gør gældende, at hyppigheden er langt mindre, hvis der tages hensyn til de voldsomme følger.

Det gøres tillige gældende, at der var tale om en ganske simpel operation, hvor følger ikke står mål med risikoen ved operationen."

Sagsøgte har i sit påstandsdokument anført følgende anbringender, der er gentaget og uddybet under hovedforhandlingen:

"Det gøres overordnet gældende, at A ikke har godtgjort, at der er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse af 30. juni 2016 (bilag 3).

Det må ved bevisbedømmelsen tages i betragtning, at ankenævnet på grund af sin sammensætning, der bl.a. omfatter medlemmer med lægevidenskabelig baggrund, brug af specialkonsulenter ved afgørelserne, og gennem sagsbehandling af et stort antal af sager, har en særlig erfaring i at bedømme sager efter klage- og erstatningsloven, og der derfor skal være et sikkert grundlag for at tilsidesætte afgørelsen.

A har ikke løftet bevisbyrden for, at der er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse af 30. juni 2016, hvorfor ankenævnet bør frifindes.

Som ligeledes anført ovenfor omhandler denne sag udelukkende betingelserne i klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4 (tålereglen).

Det gøres overordnet gældende, at ingen af de to kumulative kriterier om sjældenhed og alvorlig er opfyldte, jf. klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, hvorfor ankenævnet ved afgørelse af 30. juni 2016 med rette har fundet, at A ikke har ret til erstatning efter reglerne i klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4.

Sagen har været forelagt Retslægerådet i alt tre gange. To gange under den tidligere domstolsprøvelse, hvor Retslægerådet afgav udtalelse af 6. maj 2015 (bilag 1-13) og udtalelse af 14. december 2015 (bilag 1-14) og én gang i forbindelse med nærværende sag, nemlig udtalelsen af 30. august 2015 (bilag 5). Alle tre udtalelser fra Retslægerådet understøtter ankenævnets vurdering i sagen.

Kriteriet om sjældenhed

A har ikke løftet bevisbyrden for, at delirium efter intubering og anvendelse af respirator opfylder sjældenhedskriteriet.

Tværtimod viser Retslægerådets tidligere besvarelser i sagen, at delirium ikke er tilstrækkeligt sjældent. Retslægerådet har således i besvarelsen af spørgsmål G (bilag 1-13) anført, at:

”Delirium i det umiddelbare forløb efter intensivbehandling med intubering og respiratorbehandling er meget hyppigt forekommende. Op mod halvdelen af alle patienter vil kunne have vekslende grader og varighed af intensive delirium.”

Efter Retslægerådets svar på spørgsmål G er delirium i det umiddelbare forløb efter intensivbehandling med intubering og respiratorbehandling meget hyppigt forekommende. Retslægerådet vurderer endvidere, at op mod halvdelen af alle patienter vil kunne have vekslende grader og varighed af intensive delirium.

I supplement til spørgsmål G har Retslægerådet endvidere udtalt (bilag 1-14, spørgsmål 6), at:

”Der haves ikke sikre tal for hyppigheden af PTSD i forbindelse med delirium. Retslægerådet kan dog oplyse, at det er væsentlig færre end halvdelen af alle patienter i intensiv behandling med intubering og respiratorbehandling, der udvikler delirøse symptomer i samme sværhedsgrad, som sagsøger oplevede.”

I forbindelse med nærværende sag blev Retslægerådet anmodet om at angive, hvorledes Retslægerådet forstår begrebet ”væsentlig færre end halvdelen”.

Ved udtalelse af 30. august 2017 (bilag 5, spørgsmål 11) har Retslægerådet anført, at:

”Det er ikke muligt at præcisere dette nærmere.”

Henset til, at kriteriet om sjældenheden ifølge forarbejderne og praksis kun er opfyldt, hvis hyppigheden er mindre end 2 %, og at Retslægerådet vurderer, at hyppigheden til at være ”væsentlig færre end halvdelen af alle patienter”, er kriteriet om sjældenhed ikke dokumenteret opfyldt.

A gør gældende, at der er tale om tilstanden hyperaktivt delirium, og at der i henhold til den fremlagte artikel (bilag 4) er tale om en hyppighed på kun 2 %.

Hertil bemærkes, at Retslægerådet i de to første udtalelser (bilag 1-13 og 1-14) ikke skelner mellem forskellige typer af delirium, og at hyppigheden af PTSD på baggrund af Retslægerådets besvarelser ikke kan anses for tilstrækkelig sjælden, jf. ovenfor.

Dette understøttes tydeligt i Retslægerådets seneste udtalelse i sagen (bilag 5), hvor Retslægerådet i besvarelsen af spørgsmål 9 anfører, at:

”Underinddeling af intensiv delirium i 3 subtyper er ikke en del af hospitalsvæsenets anvendte diagnosesystem ICD 10.”

A's henvisning til artiklen, ”Stille intensivdelirium er et overset fænomen i sygeplejen” (bilag 4), som er udgivet i fagbladet Sygeplejersken i 2009, og det anførte herom, kan således ikke føre til en tilsidesættelse af ankenævnets afgørelse.

Kriteriet om alvorlighed

Det gøres videre gældende, at A heller ikke har løftet bevisbyrden for, at alvorlighedskriteriet er opfyldt. Der er ikke det nødvendige misforhold mellem på den ene side skadens omfang og på den anden side

A's grundsygdoms alvor.

Som allerede anført af Retten i Holbæk i dommen af 3. maj 2016 var intubering og anvendelse af respirator et nødvendigt led i behandlingen af

A's grundlidelse, nemlig peritonsillær absces og ikke mindst udviklingen under behandlingsforløbet.

Det er ubestridt, at A udviklede betydelige psykiske gener, og at Retten i Holbæk ved dom af 3. maj 2016 har lagt til grund, at

A udviklede PTSD som følge af behandlingsforløbet.

Generne er imidlertid ikke tilstrækkelige alvorlige til at opfylde lovens krav om relativ alvorlighed.

Dette understøttes fuldt ud af Retslægerådets udtalelse af 6. maj 2015 (bilag 1-13), hvor Retslægerådet i besvarelsen af spørgsmål B blandt andet udtaler, at:

”Begge tilstande kan udvikle sig fatalt, men kan også udvikle sig med spontan perforation til svælg, så abscessen tømmes (”af sig selv”).”

Dertil kommer Retslægerådets besvarelse af spørgsmål E, hvor Retslægerådet til spørgsmålet om, hvorvidt intubering og anvendelse af respirator var et nødvendigt led i behandlingen, anfører, at:

”Ja. I modsat fald ville sagsøgeren ikke kunne få vejret.”

A led således af en meget alvorlig tilstand, som gjorde den udførte behandling nødvendig, da den uden behandling kunne have dødelig udgang.

Ankenævnet har således med rette - under hensyntagen til de ovenstående forhold - vurderet, at der henset til grundlidelsens alvor ikke er et misforhold mellem denne og de psykiske følger af behandlingen.

Det er således ikke godtgjort af A, at hans psykiske gener går ud over det, som han med rimelighed må tåle i forhold til den meget alvorlige og akut livstruende tilstand, som han blev behandlet for.”

Rettens begrundelse og afgørelse

Det er ubestridt, at sagsøgeren har fået betydelige psykiske gener som følge af, at han i forbindelse med det intensive behandlingsforløb udviklede intensive delirium, og at han således ved behandlingen på B blev påført en skade. Det følger af klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1 nr. 4, at der ydes erstatning for skaden, hvis skaden er mere omfattende end, hvad sagsøgeren med rimelighed må tåle. Ved vurderingen heraf skal der tages hensyn til dels skadens alvor, dels sagsøgerens sygdom og helbredstilstand i øvrigt samt til skadens sjældenhed og mulighederne i øvrigt for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning.

Retslægerådet har i besvarelsen af spørgsmål B anført, at den tilstand, sagsøgeren blev henvist til behandling for, ubehandlet kunne udvikle sig fatalt. Af Retslægerådets svar på spørgsmål E fremgår det, at intubering og anvendelse af respirator var et nødvendigt led i behandlingen af den tilstand, sagsøgeren var indlagt for, idet han ellers ikke kunne få vejret.

Ifølge Retslægerådets besvarelse af spørgsmål G, er delirium i det umiddelbare forløb efter intensiv behandling med intubering og respiratorbehandling meget hyppigt forekommende, og op mod halvdelen af alle patienter vil kunne have vekslende grader og varighed af intensive delirium. I svaret på spørgsmål 6 er det angivet, at væsentlig færre end halvdelen udvikler delirøse symptomer i samme sværhedsgrad som sagsøgeren, og at der ikke haves sikre tal for hyppigheden af PTSD i forbindelse med delirium. Retslægerådet har i besvarelsen af spørgsmål 11 ikke nærmere kunnet præcisere forståelsen af "væsentlig færre end halvdelen".

Det er herefter ikke godtgjort, at sagsøgerens skade er så alvorlig - set i forhold til grundlidelsens alvor - og så sjælden, at den er mere omfattende, end hvad sagsøgeren med rimelighed måtte tåle. Betingelserne for at tilkende sagsøgeren erstatning er derfor ikke opfyldt, hvorfor sagsøgte frifindes.

Det er oplyst, at den bagvedliggende sagsgenstand udgør 1.329.991,61 kr. Efter sagens udfald, den oplyste værdi og det med sagen forbundne arbejde skal sagsøgeren til sagsøgte i sagsomkostninger betale 112.500 kr. til dækning af rimelige advokatudgifter.

Thi kendes for ret:

Sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, frifindes.

Sagsøgeren, **A**, skal inden 14 dage i sagsomkostninger til sagsøgte betale 112.500 kr.

Sagsomkostningsbeløbet forrentes i medfør af rentelovens § 8 a.

Marianne T. Øllgaard

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Retten i Holbæk, den 3. november 2017.

Susanne Dahlmann Petersen, Kontorfuldmægtig