



RETTEEN I HORSENS DOM

afsagt den 7. august 2017

Sag BS-59/2015-HRS

A

mod

Ankenævnet for Patienterstatningen

Denne afgørelse er truffet af dommer Anne Rode.

Sagens baggrund og parternes påstande

Under denne sag har sagsøgeren, A, påstået sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, tilpligtet at anerkende, at sagsøgeren er påført patientskade i henhold til Klage- og erstatningsloven i forbindelse med operation på B den 12. september 2012 og senere behandling.

Sagsøgte har påstået frifindelse.

Dommen indeholder ikke en fuldstændig sagsfremstilling, jf. retsplejelovens § 218 a.

Oplysningerne i sagen

Den 2. oktober 2014 traf sagsøgte (da: Patientskadeankenævnet) følgende afgørelse:

”Vedr.: Deres behandling på **B** i perioden fra maj 2011 og frem

Ved Patientforsikringens (nu Patienterstatningen) afgørelse af 9. december 2013 (sagsnr. 13-6230) fik De afslag på erstatning efter klage- og erstatningsloven. Patienterstatningen vurderede, at behandlingen var i overensstemmelse med den erfarne specialists standard, og at skaden i form af kapseldannelse, ujævnheder, smerter og føleforstyrrelser ikke var tilstrækkelig alvorlig til at udløse erstatning efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1 og 4.

De har ved brev af 5. marts 2014 klaget over afgørelsen til Patientskadeankenævnet, og ved brev af 27. maj 2014 og 30. juli 2014 fremsendt supplerende bemærkninger til klagen. De har bl.a. andet anført at De fastholder, at De blev fejlopereret den 12. september 2012 på **B**, ligesom De har gjort opmærksom på, at De fik foretaget en rekonstruktion af Deres bryst og ikke en kosmetisk brystforstørrende operation, hvilket De mener Patienterstatningen ikke har tillagt tilstrækkelig betydning. De har gjort gældende, at Deres méngrad ikke kan vurderes uden post-operative billeder efter Deres seneste reoperation på **C** og at der ikke blev taget hensyn hertil ved Patientforsikringens afgørelse. De har gjort gældende, at det fremgår af journalnotatet af 15. april 2013, at operationen den 12. december 2012 var en fejloperation, og De mener, at man ikke burde have opereret på det raske venstre bryst og foretaget et brystløft heraf ved denne operation eller indsat en protese på 350 cc. Endelig har De gjort gældende, at De efter Deres opfattelse er blevet pådraget en erstatningsberettigende skade med en betydelig méngrad, og at De haft psykiske gener som følge af behandlingsforløbet.

Patientskadeankenævnet har på møde den 1. oktober 2014 truffet følgende

Afgørelse:

Patientforsikringen afgørelse af 9. december 2013 tiltrædes.

Patientskadeankenævnets afgørelse kan indbringes for domstolene inden 6 måneder efter, at afgørelsen er meddelt. Retten kan stadfæste, ophæve eller ændre afgørelsen.

Sagsfremstilling

Der henvises til sagsfremstillingen i Patientforsikringen afgørelse af 9. december 2013.

Begrundelse og resultat

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

Der er ved afgørelsen lagt vægt på, at operationen den 12. december 2012, og den resterende behandling på **B**, efter nævnets vurdering blev udført under anvendelse af korrekt metode og i overensstemmelse med retningslinjerne på området.

Det var, efter nævnets vurdering, velindiceret at man den 12. september 2012 valgte at udskifte det midlertidige ekspanderimplantat med et blivende implantat. Nævnet har vurderet, at der på dette tidspunkt ligeledes var god indikation for at indsætte en protese på 350 cc i stedet for et større implantat. Nævnet skal bemærke, at det er sædvanligt og i

overensstemmelse med gældende retningslinjer, at man i forbindelse med udskiftning af et expander-implantat til et blivende implantat går ned i størrelsen på implantatet, idet man ønsker at udvide huden til en større størrelse end det der skal bruges til implantatet. Derved opnås der sædvanligvis, at det rekonstruerede bryst fremtræder mere naturligt. Nævnet har vurderet, at der i forbindelse med operationen den 12. december 2011 blev anvendt den korrekte størrelse blivende implantat, henset til at man ønskede at opnå en god symmetri i forhold til det venstre bryst, og det forhold at det venstre bryst på dette tidspunkt var maksimalt løftet.

Nævnet skal bemærke, at det er sædvanligt, at der udføres et modsidigt brystløft i forbindelse med en brystrekonstruerende operation, hvorfor nævnet vurderer, at det ikke var i strid med hvorledes en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet, at foretage begge indgreb samtidig. Dette blev, efter nævnets vurdering gjort, i forsøget på at opnå en bedre symmetri ved en og samme operation, og med det formål at undgå at De skulle gennemgå flere operationer, med de øgede risici der er forbundet hermed.

Nævnet skal den forbindelse anføre, at det ikke er at betragte som en skade i klage- og erstatningslovens forstand, at en given behandling ikke har det forventede resultat, eller at der i et behandlingsforløb viser sig at være behov for en reoperation. Den omstændighed, at et operativt indgreb ikke har haft den ønskede effekt, berettiger således ikke i sig selv til erstatning efter loven.

Der var, efter nævnets vurdering, ikke indikation for at bruge Gøteborglap-metoden allerede i forbindelse med operationen den 12. december 2012. Denne metode benyttes sædvanligvis først i tilfælde, hvor det tidligere har vist sig ikke at være muligt at opnå et tilfredsstillende kosmetiskresultat med en protese alene. Gøteborglappen ville have været et større og mere indgribende indgreb, idet der er tale om vævsflytning i et tidligere opereret område med deraf følgende risiko for vævsdød eller manglende blodforsyning til lappen og dermed en større risiko for at hele rekonstruktionen ville være gået tabt. Indgrebet havde ligeledes betydet yderligere ar. Nævnet har på den baggrund vurderet, at det var i overensstemmelse med hvorledes en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet, ikke at foretage Gøteborglap-metoden ved operationen den 12. december 2012.

Det er på denne baggrund nævnets vurdering, at de opståede gener De oplevede i form af smerter, føleforstyrrelser i det venstre bryst, kapseldannelse og ujævnheder var hændelige komplikationer, der kan indtræde selv ved behandling, der er udført i overensstemmelse med, hvorledes en erfaren specialist ville have handlet.

Risikoen for postoperative komplikationer ved brystrekonstruktioner, som den foreliggende, der foretages over to stadier, er ikke sjældent forekommende. Det forekommer i over 2 %, at implantatet forrykker sig, eller at der opstår en postoperativ infektion. Det forekommer endvidere i over 2 %, at der opstår smerter og ubehag efter et indgreb som et brystløft med en påvirket følesans til følge, hvorfor disse komplikationer ikke kan siges at være sjældne i klage- og erstatningslovens forstand.

I maj 2011 foretog man en mastektomi af det højre bryst, og indsatte i samme forbindelse den midlertidige expander-protese. Nævnet skal bemærke, at man sædvanligvis ville have påbegyndt expansion med saltvand allerede ca. 14 dage efter indsættelsen af en expander-protese. De fik imidlertid en post-operativ infektion med hul ind til expander-protesen, hvorfor expansion med saltvand først kunne påbegyndes i august 2011. Nævnet finder det overvejende sandsynligt, at det var dette lange interval, der var årsagen til det øgede arvæv i området og dermed Deres kapseldannelse. Nævnet vurderer, at kapseldannelsen, som den foreliggende, må betegnes som en sjælden komplikation i lovens forstand.

Patientskadeankenævnet finder imidlertid, at skaden i form af kapseldannelsen ikke er tilstrækkelig alvorlig til at udløse erstatning efter bestemmelsen i klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4. Nævnet skal henvise til begrundelsen herfor i Patientforsikringens afgørelse af 9. december 2013.

Ud fra en samlet vurdering at de foreliggende omstændigheder finder nævnet, at skaden ikke er tilstrækkelig alvorlig set i forhold til Deres grundlidelse i form af brystkræft, og de risici der er forbundet med efterfølgende brystrekonstruktioner og brystløft. Deres gener afledt at kapseldannelsen findes ikke at være mere omfattende end hvad De med rimelighed må tåle under de givne omstændigheder.

For så vidt angår Deres bemærkninger om, at De på det venstre bryst, som man foretog et brystløft, blev efterladt med et bredt ar og en grimt placeret brystvorte, skal nævnet afslutningsvist bemærke, at der for så vidt angår det kosmetiske resultat ikke foreligger en skade i klage- og erstatningslovens forstand. Nævnet har ved afgørelsen lagt vægt på, at der ved operative indgreb ikke kan gives garanti for, at en given operation har den ønskede effekt eller et givent kosmetiske resultat, ligesom nævnet har vurderet, at det kosmetiske resultat ligger indenfor, hvad der må forventes efter et operationsforløb som Deres, hvor man har forsøgt at skabe et mere symmetrisk venstre bryst i forhold til det rekonstruerede højre bryst.

Med disse bemærkninger kan Patientskadeankenævnet tiltræde resultatet og begrundelsen i Patientforsikringen afgørelse af 9. december 2013.

...”

Den afgørelse, som den 9. december 2013 var truffet af Patientforsikringen, er sålydende:

”...

Patientforsikringen vender hermed tilbage til din anmeldelse om erstatning efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (KEL) i forbindelse med din behandling på B

Afgørelse

Du er ikke berettiget til erstatning efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Betingelserne for at yde erstatning efter lovens § 20, stk. 1, nr. i - 4, er ikke opfyldt.

Sagsfremstilling

Du har søgt erstatning, fordi du mener, at du er blevet påført en erstatningsberettigede skade i forbindelse med en brystforstørrende operation. Du har anført, at du har gener i form af smerter og føleforstyrrelser. Endvidere er du utilfreds med det kosmetiske resultat.

Til brug for sagsbehandlingen er fremsendt billeder af dine bryster efter operationerne.

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

I maj 2011 fik du konstateret kræft i højre bryst. Man foretog et kirurgisk indgreb, hvor man fjernede brystet (mastektomi). Herefter indsatte man en ekspander i brystet (et midlertidigt implantat, der i løbet af nogle måneder gradvist blev fyldt med saltvand,

således at vævet løbende blev udvidet). Du fik ligeledes fjernes lymfeknuder fra højre armhule.

Den 11. september 2012 var du til forundersøgelse på **B** med henblik at udskifte det midlertidige ekspanderimplantat til et blivende implantat. Man vurderede, at der var indikation for at udskifte implantatet.

Den følgende dag foretog man således et kirurgisk indgreb. For at opnå en bedre symmetri lavede man indledningsvist et venstresidigt brystløft (mastopeksi). Dernæst gjorde man klar til indsættelse af det blivende implantat. Man vurderede, at et implantat med en volumen på 350 cc var tilstrækkeligt til at opnå en optimal symmetri.

Den 28. januar 2013 var du til kontrolundersøgelse, hvor du gav udtryk for utilfredshed med det kosmetiske resultat. Endvidere klagede du over smerter i højre bryst samt under armhulen. Man fandt, at der havde udviklet sig såkaldt kapselskrumpning (opstår ved kraftig, indre arvævsdannelse under helingsprocessen, som dermed danner en hård kapsel omkring implantatet). Endvidere vurderede man, at implantatet sad for højt og forekom umiddelbart for lille i størrelsen.

Ved konsultationen 15. april 2013 var du forsat plaget af smerter, hvilket man fandt foreneligt med kapselskrumpningen. Man vurderede, at der var indikation for et operativt indgreb, hvor man foretog en kapselløsning samt udskiftede implantat med et der var større.

Under behandlingsgarantiordningen blev du henvist til **C**, hvor du var til forundersøgelse 20. juni 2013. Her vurderede man ligeledes, at der var indikation for rekonstruktion med udskiftning af implantatet.

Operationen blev foretaget 26. august 2013. Man benyttede en operationsteknik, hvor man udnyttede det overskydende væv i armhulen til at danne det nye bryst. Herefter indsatte man et større implantat med en volumen på 495 cc, for derved at opnå en tilstrækkelig fylde.

Man vurderede, at der på længere sigt formentlig kunne blive behov for en korrektion af ujævnhederne efter mastektomien og ekspansionen ved hjælp af en fedtsugning.

I den efterfølgende periode havde du symptomer på infektion i form af feber og rødme omkring brystet. Du blev herefter sat i behandling med antibiotika.

Ved kontrolundersøgelsen 24. september 2013 var du velbefindende og havde ikke haft feber i et stykke tid. Rødmen og hævelsen var ligeledes aftaget. Du forklarede, at højre bryst ikke længere spændte i samme omfang som før rekonstruktionen.

Begrundelse

Efter KEL 20, stk. 1, nr. 1, ydes der erstatning, hvis behandlingen har afvejet fra, hvad en erfaren specialist ville have gjort i den givne situation. Det er en betingelse, at patienten er påført en skade, der med overvejende sandsynlighed ville være undgået ved en bedre behandling.

Denne regel betyder, at patienten er berettiget til erstatning i de tilfælde, hvor en erfaren specialist ville have handlet anderledes, og skaden på den måde med overvejende sandsynlighed ville være undgået.

Vi har vurderet, at behandlingen på **B** var i overensstemmelse med den behandling, som en erfaren specialist ville have foretaget.

Vi har ved afgørelsen lagt vægt på, at behandlingen har været i overensstemmelse med, hvad der efter lægevidenskab og erfaring har været det bedst mulige i den givne situation.

Det fremgår af journalmaterialet, at man i maj 2011 foretog et kirurgisk indgreb, hvor man fjernede højre bryst og samtidig indsatte en ekspander med henblik på efterfølgende rekonstruktion af brystet. Det er vores vurdering, at det var velbegrundet, at man i september 2012 valgte at udskifte det midlertidige ekspanderimplantat med et blivende implantat.

For at opnå en bedre symmetri, var det efter vores vurdering ligeledes velbegrundet, at foretage et venstresidigt brystløft.

Det er vores vurdering, at operationen 12. september 2012 blev udført efter en anerkendt metode, og at den var i overensstemmelse med erfaren specialiststandard.

Du er derfor ikke berettiget til erstatning efter KEL § 20, stk. 1, nr. 1.

Det forhold, at der efter operationen opstod gener i form af kapseldannelse, ujævnheder, smerter samt føleforstyrrelser, skal betragtes som utilsigtede, hændelige komplikationer til den i øvrigt optimale behandling.

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

Det skal oplyses, at både alvorligheds- og sjældenhedskriteriet skal være opfyldt for, at der kan tilkendes erstatning.

Vi har vurderet, at de tilstødte komplikationer ikke går ud over, hvad du med rimelighed må tåle som led i behandlingen af din sygdom.

Vi har ved afgørelsen lagt vægt på, at risikoen for, at der postoperativt opstår gener i form af smerter og føleforstyrrelser efter en brystrekonstruktion, som det var tilfældet ved din operation, er forholdsvis stor og dermed forekommer for hyppigt til, at komplikationen kan betegnes som sjælden i lovens forstand.

I forhold til komplikationerne i form af tidlig kapseldannelse og ujævnheder efter en brystreduktion, er der efter vores vurdering tale om sjældne komplikationer.

Men når vi sammenholder den sygdom du blev behandlet for, med karakteren af det operative indgreb, er det vores vurdering, at forløbet med de tilstødte komplikationer, ikke kan betegnes som tilstrækkelig alvorlige i lovens forstand, idet behandlingen efter vores vurdering har sammenhæng med fjernelsen af dit højre bryst som følge af brystkræft.

Vi har ved vurderingen heraf lagt vægt på, at man i forbindelse med fjernelsen af højre bryst påbegyndte et rekonstruktionsforløb med indsættelse af en ekspander med henblik på efterfølgende udskiftning til en blivende protese.

Brystkræft ubehandlet set er en alvorlig og i yderste konsekvens en dødelig sygdom. Den nødvendiggjorde fjernelsen af højre bryst og er forbundet med en vis risiko for recidiv særligt de første år efter kræftbehandlingens afslutning.

En samlet vurdering af de risici din grundlidelse i form af brystkræft medfører, og de risici der er forbundet med de operative indgreb i form af en brystrekonstruktionen og brystløft, fører til, at din skade ikke opfylder lovens krav om alvorlighed.

Vi skal i øvrigt bemærke, at der ved en kosmetisk operation — der som alle andre operationer er forbundet med ikke ubetydelige risici — ikke er nogen garanti for, at man opnår den ønskede effekt. Det forhold, at du ikke er tilfreds med det kosmetiske resultat, udgør ikke i sig selv udgør en erstatningsberettigende skade i lovens forstand.

Ud fra de postoperative billeder er det vores vurdering, at det kosmetiske resultat ligger indenfor hvad der må forventes efter et operationsforløb, hvor man fjerner brystet og efterfølgende rekonstruerer dette, og du er derfor ikke berettiget til erstatning.

Da betingelserne i KEL § 20, stk. 1, nr. 4, dermed ikke er opfyldt, er du ikke berettiget til erstatning.
...”

Retslægerådet har i en skrivelse af 6. juli 2016 besvaret et antal stillede spørgsmål således:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet besvare de stillede spørgsmål således:

Spørgsmål 1:

Retslægerådet anmodes om at vurdere, hvorvidt operation udført den 12. september 2012 på **B** *generelt er udført efter anerkendte retningslinjer.*

Retslægerådet anmodes om at begrunde sit svar samt oplyse, hvilke bilag Retslægerådet støtter sin besvarelse på.

Operationen er efter Retslægerådets vurdering generelt udført efter alment anerkendte lægefaglige retningslinjer. Der er generelt fire muligheder:

1. Brystrekonstruktion med eget væv i form af fri lapplastik. Sagsøger er ikke egnet til dette på grund af svær overvægt, alder (bør ikke være over 60 på grund af forkalkning i kar).
2. Rekonstruktion med kombination af stilket lap (LD-lap) og implantat. Sagsøgers skulderproblemer er en relativ kontraindikation. Herudover stadig et stort indgreb, hvor igen sagsøgers alder og svære overvægt skal tages i betragtning som en relativ kontraindikation.
3. Autolog fedttransplantation (AFT). Kræver mange, op til fem, operationer og var først ved at blive taget i brug i Danmark, til brystrekonstruktion, på daværende tidspunkt.
4. Rekonstruktion med expander/protese eventuelt i kombination med Gøteborg lap. Den valgte metode. En to-trins operation. Den simpleste metode. Denne metode blev valgt, da de andre metoder måtte udelukkes, som anført. Det skal anføres, at patientens relative svære overvægt altid gør indgrebet vanskeligt, specielt at opnå et kosmetisk tilfredsstillende resultat. En kombination med Gøteborg lap er næsten altid nødvendigt for at få fylde på siden af brystet.

Det er Retslægerådets vurdering, at det var i overensstemmelse med alment anerkendt lægefaglig praksis på det foreliggende grundlag at vælge metode 4.

Uanset valg af metode er en korrektion af det modsidige bryst ofte nødvendigt. Dette kan gøres samtidig med den første operation med ilæggelse af expander eller ved den anden operation, hvor expanderen udskiftes til det blivende implantat. Begge metoder er helt legitime og helt almindelige. Sagsøger fik i forbindelse med sin første operation, mastektomi og primær rekonstruktion (trin 1) med expander, infektion. Dette har besværet sagsøger gennem resten af forløbet. Dermed menes årsag til kapselskrumpning og smerter.

Retslægerådet har ved sin vurdering lagt vægt på de fremsendte bilag med lægelige oplysninger.

For så vidt angår generel information om brystrekonstruktion kan henvises til alle anerkendte tekstbøger om brystrekonstruktion.

Spørgsmål 2:

Retslægerådet anmodes om specifikt at vurdere om den valgte operationstype i det foreliggende tilfælde har været den mest velindikerede eller om andre tilgængelige operationstyper, som f.eks. Göteborglap-metoden, var mere velindikeret.

Retslægerådet anmodes om at begrunde sit svar samt oplyse, hvilke bilag Retslægerådet støtter sin besvarelse på.

Hvorvidt der skal udføres samtidig Göteborg-plastik, der ikke er en selvstændig rekonstruktionsmetode, men kan være en del af metode 4 (jf. besvarelsen af spørgsmål 1), eller ej, er et skøn. Des større overvægt hos kvinden, des større sandsynlighed er der for, at en kombination med en Göteborgplastik vil give det pæneste resultat, men det er også en større operation, med større risiko for komplikationer (infektion og blødning). Dette fik sagsøger netop ved re-operationen på . Dette på trods af såvel præ-, per- og postoperativ antibiotika profylakse.

Der henvises i øvrigt til besvarelsen af spørgsmål 1.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet anmodes om specifikt at vurdere om det er sædvanligt og i overensstemmelse med anerkendte retningslinjer, at foretage samtidig indgreb i det modsidige (raske bryst).

I den forbindelse bedes Retslægerådet iagttage journaltilførsel 11.09.12 (bilag 8, side 1) om, at der er "planlagt udskiftning af ekspanderprotesen og illæggelse af blivende prote-se", således at der dagen forinden operationen tilsyneladende ikke er planlagt indgreb i det raske bryst.

Retslægerådet anmodes om at begrunde sit svar samt oplyse, hvilke bilag Retslægerådet støtter sin besvarelse på.

Ja, det er helt normalt, det var faktisk sidste mulighed. Første mulighed er i forbindelse med indlæggelse af expander. Anden og sidste mulighed er ved trin 2-operationen, det vil sige ved udskiftning af expander til blivende implantat, hvilket blev valgt. Tredje mulighed er ved en selvstændig tredje operation, hvilket sjældent bør blive udgangspunktet.

Vedrørende journalnotat 11.09.12, dagen før operationen, hvor den planlagte operation nævnes, skal anføres, at dette notat er en indlæggelsesjournal, hvor det ikke på dette tidspunkt er muligt at vurdere, hvilken operationstype, der i detaljer skal anvendes og skal derfor heller ikke anføre denne andet end i grove træk, hvilket er gjort. Det er altid den opererende læge, der, sammen med patienten, inden operationen, afgør og aftaler, hvordan og hvorledes, der skal opereres. Det er helt normal praksis, at den opererende læge gør dette før operationen, på operationsdagen. Således er normal praksis fulgt, og det blev

aftalt med sagsøger, at det modsidige bryst skulle korrigeres, og at sagsøger ikke måtte forvente et optimalt resultat.

Overvægten, den tidligere infektion og kapselskrumpning er yderligere komplicerende og vanskelige faktorer.

Spørgsmål 4:

Retslægerådet anmodes om specifikt at vurdere, hvorvidt det var sædvanligt og i overensstemmelse med anerkendte retningslinjer, at der ved isætning af blivende implantat er valgt en størrelse på 350, når det midlertidige implantat var størrelse 470.

Retslægerådet anmodes om at begrunde sit svar samt oplyse, hvilke bilag Retslægerådet støtter sin besvarelse på.

Det midlertidige implantat var en expander, som altid skal fjernes. Det er en del af metoden, at der foretages en overexpansion, gerne til cirka 25 procent mere end den forventede størrelse på det blivende implantat. Hvor stort det blivende implantat skal være, er en vurdering. I dette tilfælde er det en peroperativ vurdering. Det kunne ikke gøres præoperativt, da det modsidige bryst ikke var korrigeret ved første operation, hvilket er normalt (begge dele er normale). I dette tilfælde, blev der peroperativt målt og vurderet, men åbenbart valgt et for lille implantat. Altså et fejlskøn. Dette er absolut altid en mulighed, og sagsøger var præoperativt orienteret om dette.

Spørgsmål 5:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger.

I et tilfælde som det aktuelle skal man altid tale ekstra grundigt med patienten om, hvorvidt denne overhovedet skal gennemgå et brystrekonstruktionsforløb, da netop komplikationsfrekvensen og også det kosmetiske resultat ofte kan være utilfredsstillende med den metode, der er den mulige for en patient med stærk overvægt.

Der er ikke journalmateriale fra før september 2012, hvor den anden del af rekonstruktionen påbegyndes. Sagsøger fik fjernet sit højre bryst og primært rekonstrueret med expander i maj 2011. Hvordan og hvorledes man nåede frem til den aktuelle rekonstruktionsplan kan således ikke kommenteres. Det gøres dog aldrig uden et udtalt ønske fra patienten på et informeret grundlag. Patienterne må således acceptere de hermed forbundene risici, der som anført ikke er sjældne, specielt hos patienter med stor overvægt.

Spørgsmål A:

Retslægerådet bedes oplyse, om A's gener i form af smerter, føleforstyrrelser i det venstre bryst, kapseldannelse og ujævnheder skyldes:

a) hendes grundlidelse,

b) at behandlingen på B evt, ikke er udført i overensstemmelse med anerkendte retningslinjer (forudsætter benægtende svar på spørgsmål 1),

c) komplikationer til behandlingen,

d) andre forhold.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Det skyldes alt overvejende c (komplikationer til den primære operation med mastektomi og primær rekonstruktion med expander). Sagsøger fik infektion med efterfølgende genembrud af huden til expanderen. Her kunne man overveje at fjerne expanderen, men det gik med konservativ behandling. Den efterfølgende expansion måtte udskydes, og det er altid et problem, da den herved dannede kapsel er blevet hårdere og tykkere og dermed vanskeliggør en optimal expansion. Fjerner man expanderen ved infektion, udsætter man patienten for en tredje operation og et forlænget forløb på cirka 8 måneder. Det vil sige, at

man starter forfra, konverterer en primær rekonstruktion til en sekundær rekonstruktion. Dette har man villet undgå. Sagsøger har været med til at ønske en primær rekonstruktion.

Ujævnheder kan også skyldes selve mastektomien, der aldrig kan gennemføres efterladende et helt jævnt subcutant fedtlag (fedtlaget under huden bliver ikke lige tykt). Det er igen et forhold mellem operatørens færdigheder og patientens fysiske fremtræden.

Spørgsmål B:

I relation til de gener, jf. spørgsmål A, som efter Retslægerådets vurdering er komplikationer til behandlingen, bedes Retslægerådet oplyse, hvor ofte sådanne komplikationer forekommer ved brystrekonstruktioner som A's : (angivet i procent).

Primær brystrekonstruktion af den type, som sagsøger har gennemgået, har en samlet komplikationsfrekvens i Danmark (opgjort af Dansk Mammaregister) på cirka 35 procent. Her indregnes alt fra blodansamling, infektion m.m., inklusive yderligere, ikke planlagt(e) operationer. Det er altid sådan, at stigende alder og fedme øger risikoen for komplikationer til kirurgiske indgreb. Venter man med at udføre rekonstruktionen til en såkaldt sekundær brystrekonstruktion, hvilket vil sige fjernelse af brystet som en selvstændig operation, og rekonstruktion udskydes til et selvstændigt sekundært forløb, typisk efter 8 måneder eller senere, mindskes den samlede komplikationsfrekvens til cirka 25, jævnfør samme opgørelse.

Ifølge en dansk undersøgelse af kroniske smerter hos brystcanceropererede fandt man, at der ikke var forskel på, om man havde fået foretaget mastektomi alene eller mastektomi og brystrekonstruktion med implantat (i samme operation eller senere). 24 procent af de mastektomerede havde moderate til svære smerter mindst en gang om ugen, mens 19 procent af de, som havde fået foretaget brystrekonstruktion, rapporterede samme problemer, mens 76 procent af de brystrekonstruerede og 67 procent af de mastektomerede berettede om føleforstyrrelser. Hos 5,3 procent var der rapport om betydningsfuld kapseldannelse. Det er dog en klinisk erfaring, at over 25 procent har væsentlig kapseldannelse inden for 10 år.

Der er ikke så gode tal for ujævnhed. Den kliniske erfaring er, at det er et stort problem hos overvægtige kvinder. Her er i forvejen et hudoverskud og tendens til folder.

Spørgsmål C:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvad prognosen for A's grundlidelse (brystkræft) var ubehandlet.

Ubehandlet brystkræft er en dødelig sygdom.

Spørgsmål D:

Retslægerådet bedes oplyse, hvor ofte et kosmetisk resultat som A's forekommer ved tilsvarende brystoperationer (angivet i procent).

Det er ikke muligt, at give et entydigt svar på dette spørgsmål. Det er meget relateret til såvel kirurgens erfaring samt patientens fysiske fremtræden, inklusive eventuelle medicinske komplicerende tilstande, alder og så videre.

Det er dog ikke helt ualmindeligt, at man med sagsøgers forhistorie med tidligere infektion og langt og vanskeligt ekspansionsforløb samt hendes fysiognomi og overvægt ikke opnår et godt resultat ved den første udskiftningsoperation.

Spørgsmål E:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 5.

...”

Retslægerådet har i en skrivelse af 8. februar 2017 besvaret et antal stillede supplerende spørgsmål således:

”Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet besvare de stillede supplerende spørgsmål således:

Spørgsmål 6:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvorvidt der i det samlede journalmateriale, nu og så omfattende oplysninger fra før september 2012, forud for operationer hhv. maj 2011 og september 2012, er oplysninger om overvægt hhv. oplysninger om betydning af overvægt og overvægt som kontraindikation af de valgte indgreb.

Retslægerådet anmodes om at begrunde sit svar samt oplyse, hvilke bilag Retslægerådet støtter sin besvarelse på.

Spørgsmål 7:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvorvidt der af det foreliggende samlede journalmateriale positivt foreligger oplysninger om, at sagsøger har modtaget information om, at komplikationer er velkendte særligt som følge af konkrete forhold hos sagsøger.

Retslægerådet anmodes om at begrunde sit svar samt oplyse, hvilke bilag Retslægerådet støtter sin besvarelse på.

Ad spørgsmål 6 og 7:

Journal og lægelig behandling lever op til alment anerkendt lægefaglig standard før og efter de enkelte operationer. Sagsøger er i hele forløbet grundigt orienteret om behandlingsmuligheder og eventuelle risici og komplikationer, herunder betydningen af overvægt (bilag 16, 9 og 10).

Spørgsmål 8:

Retslægerådet anmodes om at vurdere — såfremt dette ikke allerede måtte være fremgået af de foregående besvarelser — hvorvidt der positivt i journalmaterialet er støtte for, at sagsøger har modtaget tilstrækkelig information til, at sagsøger, ift. valg af rekonstruktionsplan, har samtykket hhv. samtykket på tilstrækkelig informeret grundlag.

Retslægerådet anmodes om at begrunde sit svar samt oplyse, hvilke bilag Retslægerådet støtter sin besvarelse på.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 6 og 7.

Spørgsmål 9:

Giver sagens bilag 16 i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger, herunder ændringer i svar på spørgsmål 5.

Nej.

...”

Forklaringer

Der er under hovedforhandlingen afgivet forklaring af sagsøgeren og vidneforklaring af hendes ægtefælle, D.

Sagsøgeren har forklaret, at hun i marts 2011 fik konstateret brystkræft i højre bryst. Hun fik efter flere undersøgelser og prøver at vide, at det var nødvendigt at fjerne hele brystet.

Under det følgende planlægningsforløb var hun den 5. april 2011 til samtale på B, med både brystkirurger og plastikkirurger. Her blev hun stillet overfor forskellige valg i forhold til, hvilken operation hun ønskede, og det var svært for hende at tage stilling. Lægerne bad hende tænke over det. Overlæge E sagde, at det ville blive flot, hvis hun valgte at få en silikoneprotese. Hun overvejede, om hun i stedet skulle vælge en fjernelse af brystet og derefter blot have en løs protese. Hun endte med at vælge at få lavet en primær rekonstruktion med protese og uden brug af lap. Hun traf dette valg, fordi hun har en skulder, der ikke har det så godt, og fordi hun et år på maven efter en tidligere operation, der bevirkede, at man ikke kunne bygge et nyt bryst af hendes mavemuskulatur. Som hun opfattede det, havde hun derfor kun valget mellem en fjernelse af brystet uden silikoneprotese eller fjernelse af brystet med ilæggelse af en silikoneprotese.

De læger, som hun havde kontakt med i forløbet op til operationen den 12. september 2012, sagde aldrig noget om, at hendes vægt i sig selv var et problem, og at den kunne betyde, at hun ikke fik et godt resultat med silikoneprotese. Havde hun vidst det, havde hun ikke valgt den operation, hun valgte. Det blev aldrig omtalt, at hendes overvægt udelukkede nogle operationsmetoder. Der blev heller ikke sagt noget om, at hun skulle tabe sig inden operationen. Hun blev oplyst om generelle operationsrisici, men ikke noget, der havde at gøre med hendes overvægt.

Aftenen før operationen kom opererende læge, F, ind på hendes stue for at tale om operationen næste dag. Hun tegnede på sagsøgerens højre bryst hvordan hun ville lægge snittet. Der blev også talt om, at de også ville operere på venstre bryst næste dag, idet de foretog en korrektion af dette bryst, så brysterne ville blive mere symmetriske efter operationen. Det var første gang, hun hørte, at de ville operere det andet bryst allerede på dette tidspunkt. Hun sagde til lægen, at hun mente, at de skulle vente, indtil de vidste, hvordan højre bryst kom til at se ud, men fik det svar, at det ville lægen vurdere under operationen. Sagsøgeren stoledes på, at de ville gøre, hvad der var bedst. Lægen sagde til sagsøgeren, at hun havde et meget bredt bryst, og at det var lidt svært. Hun sagde også, at de små thailandske piger havde små bryster, som bliver pænt spidse efter en operation, hvilket sagsøgeren blev lidt stødt over.

Næste morgen blev operationen foretaget. Efter operationen mærkede hun, at protesen kørte rundt i brystet, og hun havde smerter. Hun blev udskrevet 2 dage efter. I forløbet herefter havde hun gener og smerter samt en enorm stramning, ligesom hun var hæmmet i sine bevægelser, fordi protesen kørte rundt. Udseendet var heller ikke godt.

Hun var til kontrol i januar 2013. Da talte hun med en anden læge. Sagsøgeren beskrev, hvordan hun havde det, og lægen sagde, at det ikke var godt nok. Hun sagde også, at der burde være lavet en Göteborg-lap i første omgang i stedet for den valgte operationsteknik.

Senere talte sagsøgeren igen med læge **F**. Sagsøgeren tror, at lægen var skuffet over, hvordan det så ud. Lægen sagde også, at det rigtige havde været at lave en Göteborg-lap.

Sagsøgeren valgte at lade sig re-operere på **C** for at undgå, at det var den samme læge, der skulle operere igen.

Hendes mand har været med til alle samtaler under forløbet.

Det går godt i dag, men havde hun vidst hvad hun skulle igennem, både af operationer og ydmygelser, var hun aldrig gået med til det pågældende operationsvalg.

Vidnet **D** har forklaret, at han har været med til samtlige de samtaler, sagsøgeren har været til i forbindelse med dette operationsforløb, også samtalerne på **B**. De har været til flere end én samtale. Lægerne har aldrig i forløbet været inde på, at sagsøgeren var overvægtig, og de har aldrig talt om betydningen af vægt i forhold til den ene eller den anden operationsmetode. Det har han i hvert fald ikke fået noget at vide om. Der har heller ikke været tale om mulige komplikationer ved operationen.

Parternes synspunkter

Sagsøgeren har i sit påstandsdokument anført følgende:

"...

Anbringer:

Sagsøger gør gældende, at sagsøger er påført skade iht. KEL § 19 ved operation udført 12. september med tilhørende senere behandlinger på **B** i form af føleforstyrrelser, ar og en deformeret og øm brystvorte.

Det gøres videre gældende, at skaderne kunne og burde være undgået ved anderledes forløb i henhold til specialiststandard, jfr. KEL § 20, stk. 1, nr. 1, ligesom skaderne helt eller delvist i alle tilfælde er mere omfattende end hvad sagsøger med rimelighed bør tåle, jfr. KEL § 20, stk., nr. 4 – det sidste ses også delvist indrømmet af sagsøgte, jfr. ”kapseldannelsen, som den foreliggende, må betragtes som en sjælden komplikation i lovens forstand” med den modifikation, at komplikationen med kapseldannelse og afledte gener, ikke findes tilstrækkelig alvorlig og/eller at gå ud over hvad sagsøger med rimelighed må tåle – dette modsiges i øvrigt af lægekonsulent **G** i bilag 6: ”... påført skade... gør det kosmetiske resultat utilfredsstillende og ikke acceptabelt i forhold til hvad pt. med rimelighed kunne forvente efter sådan et indgreb.”

Til støtte for sagsøgers påstand henvises foreløbigt til sagsøgers egne bemærkninger i anke og tilhørende (efter)skrivelser (bilag 3 – 5) samt udtalelse fra den opererende læge på **B**, **F**, i journalnotat 15.04.13 (bilag 8): ”De (sagsøger og ægtefælle) giver udtryk for at de havde forventet tæt på symmetri efter operationen, og jeg må give dem ret i, at vi ikke er nået til det ønskede resultat.” Dette skal dog ikke tages som udtryk for at sagen er baseret på skuffede forventninger, men udelukkende på det faktum, at der er indtrådt komplikationer, der burde have været undgået.

Til yderligere støtte for sagsøgers påstand henvises til bilag 10 og beskrivelsen heri af, at ”Når et bryst skal rekonstrueres, foregår det i flere tempi, hvor man først laver en rekonstruktion af brystets fylde og derefter rekonstruerer brystvorten. Måske er det bagefter nødvendigt at ændre lidt på det raske bryst for at skabe symmetri.” Til det skal tilføjes bemærkning fra **H** (bilag 7) om at ”Asym(m)etrien kan ofte først ses, når tyngdekraften har virket”. Den bemærkning synes entydigt at tale for, at man venter med rekonstruktion af det raske bryst indtil resultatet af tyngdekraften er synligt.

Det gøres gældende, at sagsøgers skader/komplikationer betinger et varigt mén på minimum 10 % og at sagsøgers sygdomsforløb er blevet unødvendigt forlænget for perioden 12.09.12 til reoperation 26.08.13, der betinger dækning for svie og smerte i 348 dage, i alt et erstatningskrav på knap 117.000 kr.

Betydning af Retslægerådets svar:

Retslægerådet har reelt blåstemplet behandlings- og operationsforløbet som svarende til alment anerkendte lægefaglige retningslinjer og konkluderet, at valgte metode, dels er indikeret eller rettere dikteret af sagsøgers ”relativt svære overvægt”, dels er valgt i samråd med sagsøger på ”informeret grundlag”.

Retslægerådet har ifbm. svar på spm. 6 og 7 specificeret, at betydningen af – i Retslægerådets optik – overvægt skulle være anført i bilagene 9, 10 og 16.

Imidlertid ses der alene direkte at være anført betydning af (evt.) overvægt i bilag 9, hvor der i journalnotat 20.06.13 er anført at patienten er "adipøs" og med et "relativt stort fedtdepot både ekstra og intraperitonealt" – dette journalnotat er i tid efter den omtvistede operation (!)

I bilag 10 er der intet anført direkte om betydning af overvægt og intet om indikation og/eller kontraindikation ift. evt. overvægt og valg af metode for brystrekonstruktion.

I bilag 16 – og dette må alt-andet-lige være det primære vurderingsgrundlag i form af journal-notater forud for operationen. Heri er flg. notater relevante:

- ☉ (s. 1) 03.03.11: "Sundt udseende sv. t. alderen."
- ☉ (s. 3) 05.04.11: - intet om vægt
- ☉ (s. 3) 07.04.11: " ... Forklarer om forskellige rekonstruktionsmuligheder ..."
- ☉ intet om vægt
- ☉ (s. 4) 07.04.11: "Objektivt: ... øget abdominal fedtindhold (fedt på maven)
- ☉ (s. 4 – 6): - intet om vægt

Retslægerådets konklusion er således bundet op på fravær af oplysninger om overvægt og/eller betydning af overvægt ift. hhv. indikation og kontraindikation af valg af rekonstruktionstype (fraregnet TRAM/DJEP-lap, bilag 16, s. 4) og/eller informeret samtykke til valg af den anvendte operationstype, og følgelig bør retten se bort fra denne.

Sagsøger er alene informeret om – og har samtykket i risiko for generelle operationsrisici, så som infektion, feber, blødning, væskeansamling, og knyttet til den konkrete operation, arvæv, frastødelse af protesen og behov for udskiftning af protesen efter 10 – 15 år – og ikke som Retslægerådet fejlagtigt antager og konkluderer ud fra "eventuelle risici og komplikationer, herunder betydningen af overvægt.
..."

Sagsøgte har i sit påstandsdokument anført følgende:

" ...

Til støtte for påstanden om frifindelse gøres det overordnet gældende, at der ikke er et grundlag for at tilsidesætte Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse af 2. oktober 2014 (bilag 1), hvorved nævnet fandt, at **A**

ikke var berettiget til erstatning, idet betingelserne for at yde erstatning efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1-4, ikke var opfyldte.

A har bevisbyrden for, at der er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse – herunder ankenævnets sagkyndige vurderinger. Det gøres gældende, at A ikke har ført bevis herfor.

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

En patient er berettiget til erstatning efter klage- og erstatningsloven, hvis følgende to kumulative betingelser er opfyldt: Patienten skal ved undersøgelsen, behandlingen mv. være påført en skade, jf. lovens § 19, stk. 1, jf. § 20, stk. 1. Endvidere skal skaden med overvejende sandsynlighed være forvoldt på en af de i § 20, stk. 1, nr. 1-4, anførte måder.

Normale følger af grundsygdommen eller komplikationer, der må henføres til selve grund-sygdommens forløb samt behandlingen deraf, dækkes ikke, ligesom følger af (andre) forud-bestående og efterfølgende lidelser heller ikke dækkes.

Der foreligger endvidere ikke en patientskade blot fordi den givne behandling ikke lykkedes.

Klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1

Efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1, ydes der erstatning, hvis en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes ved undersøgelse, behandling el.lign., hvorved skaden ville have været undgået.

A har ikke godtgjort, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes, end man gjorde på B i perioden fra maj 2011 og frem. 29. MAJ 2017

Operationen den 12. september 2012 blev udført i overensstemmelse med alment anerkendte lægefaglige retningslinjer. Dette understøttes navnlig af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1 og A.

Det var velindiceret at udskifte det midlertidige implantat med et blivende implantat, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1.

Det var i den forbindelse ikke i strid med alment anerkendte lægefaglige retningslinjer at indsætte et blivende implantat med en størrelse på 350 cc i stedet for et større implantat. Det er en del af metoden, at der foretages en overekspansion til cirka 25 % mere end den forventede størrelse på det blivende implantat. Hvor stort det blivende implantat skal være, er en vurdering, der i dette tilfælde skulle foretages under selve operationen. Der blev målt og vurderet, men der blev valgt et for lille implantat, hvilket ifølge Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 4 var et fejlskøn.

Retslægerådet anvender formuleringen "*fejlskøn*", når en læge ud fra de foreliggende præmisser og en adækvat undersøgelse har mulighed for at drage mere end én konklusion med deraf følgende mulighed for mere end én lægelig behandling, og hvor først forløbet senere viser, at den af lægen truffne beslutning ikke var den optimale i det konkrete tilfælde. I sådanne tilfælde har lægen ikke begået en faglig fejl, jf. bl.a. Betænkning nr. 1196 om Retslægerådet, side 138, ligesom behandlingen ikke har afvejet fra den behandling, som det må antages, at også den erfarne specialist ville have ydet.

Det forhold, at der foreligger et fejlskøn, er således ikke ensbetydende med, at behandlingen ikke har været i overensstemmelse med den behandling, som den erfarne specialist ville yde, jf. klage og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1.

Det var endvidere i overensstemmelse med alment anerkendte lægefaglige retningslinjer, at der blev foretaget et modsidigt brystløft samtidigt med den brystrekonstruerende operation, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1 og 3.

Endelig var det i overensstemmelse med alment anerkendte lægefaglige retningslinjer ikke at anvende Gøteborglap-metoden ved operationen den 12. september 2012, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1 og 2.

Behandlingen før og efter operationen i maj 2011 og operationen i september 2012 var ligeledes i overensstemmelse med alment anerkendt lægefaglig standard, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 6 og 7.

Retslægerådets udtalelse understøtter således i det hele ankenævnets vurdering, hvorefter A's gener i form af smerter, føleforstyrrelser i det venstre bryst, 29. MAJ 2017 kapseldannelse og ujævnheder var hændelige komplikationer, der kan indtræde selv ved behandling, der er udført i overensstemmelse med, hvorledes en erfaren specialist ville have handlet. A har ikke tilvejebragt grundlag for at tilsidesætte denne vurdering.

Klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4

Efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, ydes der erstatning, hvis der ved undersøgelse eller behandling opstår infektioner eller andre komplikationer, der er mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed må tåle. Det er et krav, at skaden både er meget sjælden og tilstrækkelig alvorlig i forhold til patientens grundsygdom.

Ved vurderingen af om A var påført en patientskade omfattet af lovens § 20, stk. 1, nr. 4, har ankenævnet med rette tillagt det betydning, at postoperative komplikationer ved brystrekonstruktioner, der foretages over to stadier, ikke er sjældent forekommende, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål B.

Det forekommer således i over 2 % af tilfældene, at *implantatet forrykker sig*, eller at der opstår en *postoperativ infektion*. Det forekommer endvidere i over 2 % af tilfældene, at der opstår *smarter og ubehag* efter et indgreb som et brystløft med en *påvirket følesans* til følge, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål B. Disse komplikationer er således ikke sjældne i klage- og erstatningslovens forstand.

Ankenævnet vurderede derimod, at *kapseldannelsen og ujævnhederne* i A's bryst var tilstrækkelig sjældne komplikationer i lovens forstand. Hvis Retslægerådets vurdering lægges til grund, må det imidlertid konstateres, at i hvert fald kapseldannelsen ikke var en tilstrækkelig sjælden komplikation, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål B, og i så fald vil kapseldannelsen allerede derfor ikke være omfattet af klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4.

Ankenævnet fandt i forhold til skadens alvor, at kapseldannelsen og ujævnhederne ikke var tilstrækkeligt alvorlige i forhold til A's grundlidelse (brystkræft) og de risici, der er forbundet med efterfølgende brystrekonstruktioner og brystløft.

Behandlingen havde således sammenhæng med fjernelsen af A's højre bryst som følge af brystkræft, som ifølge Retslægerådets besvarelse af spørgsmål C er en dødelig sygdom, og dermed en alvorlig sygdom.

Efter en samlet vurdering af de risici, A's grundlidelse i form af brystkræft medfører, og de risici, der er forbundet med de operative indgreb i form af en brystrekonstruktion og brystløft, må det lægges til grund – som også vurderet af ankenævnet – at kapseldannelsen og ujævnhederne ikke opfylder lovens krav om alvorlighed.

A's gener afledt af kapseldannelsen og ujævnhederne er herefter ikke mere omfattende, end hvad hun med rimelighed må tåle under

de givne omstændigheder, og berettiger derfor ikke til erstatning efter bestemmelsen i klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4.

Ankenævnet vurderede endelig med rette, at der så vidt angår det kosmetiske resultat ikke foreligger en skade i klage- og erstatningslovens forstand. Der kan ikke ved operative indgreb gives garanti for, at operationen har den ønskede effekt eller et givent kosmetisk resultat. Ankenævnet vurderede endvidere med rette, at det kosmetiske resultat i **A's** tilfælde ligger indenfor, hvad der må forventes efter et operationsforløb som **A's**, hvor man har forsøgt at skabe et mere symmetrisk venstre bryst i forhold til det rekonstruerede højre bryst, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål D.
..."

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

Rettens begrundelse og afgørelse

Det kan lægges til grund, at sagsøgeren, som i 2011 fik foretaget en mastektomi af højre bryst med samtidig indsættelse af expander, ved operationen den 12. september 2012 indledningsvist fik foretaget et venstresidigt brystløft og derefter fik indsat et blivende implantat i højre bryst. Retten forstår sagsøgerens anbringender sådan, at hun gør gældende, at hun ved begge indgreb er påført erstatningsberettigende skade, jf. KEL § 20.

Efter de foreliggende oplysninger, og herunder navnlig Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1 og 3, må retten lægge til grund, at en korrektion af det raske bryst ofte er nødvendigt for at opnå bedre symmetri, og at det er helt normalt, at en sådan korrektion foretages samtidig med, at der foretages en brystrekonstruerende operation med udskiftning af expander til blivende implantat. På dette grundlag finder retten ikke, at det kan antages, at en erfaren specialist på det pågældende område ville have handlet anderledes i relation til sagsøgerens venstre bryst. Da der endvidere ikke er grundlag for at antage, at de gener i form af føleforstyrrelser og ar, som sagsøgeren har oplevet efter brystløftet, er mere omfattende end hvad sagsøgeren med rimelighed må tåle, navnlig i lyset af alvoren af den sygdom, operationen knyttede sig til, tiltræder retten, at der i relation til brystløftet af sagsøgerens venstre bryst ikke er påført hende en skade, der berettiger hende til erstatning efter KEL § 20, stk. 1, nr. 1 eller nr. 4.

Vedrørende behandlingen af sagsøgerens højre bryst bemærker retten, at det efter alt foreliggende var velindiceret, at man den 12. september 2012 valgte at udskifte den midlertidige expander med et blivende implantat. Efter Retslæge-

rådets besvarelse af spørgsmål 1 var den valgte operationsmetode i overensstemmelse med alment anerkendt lægefaglig praksis. Af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 4 fremgår, at det er en del af den valgte rekonstruktionsmetode, at der foretages en overexpansion, gerne til ca. 25% mere end den forventede størrelse på det blivende implantat, og at det er en vurdering, hvor stort det blivende implantat skal være. I sagsøgerens tilfælde måtte dette skøn foretages peroperativt, og Retslægerådet har angivet, at åbenbart blev valgt et for lille blivende implantat. Rådet har betegnet dette som et fejlskøn. Et sådant fejlskøn er imidlertid ikke en sådan faglig fejl, at behandlingen må siges at have afvejet fra den behandling, en erfaren specialist ville have ydet, og kan derfor ikke sig selv begrunde, at sagsøgeren har krav på erstatning efter KEL § 20, stk. 1, nr. 1.

Efter Retslægerådets besvarelse på spørgsmål 1 og A lægger retten til grund, at den infektion, sagsøgeren fik i højre bryst efter mastektomi med ilæggelse af expander i 2011, med overvejende sandsynlighed har været årsag til den kapselskrumpning og de smerter, hun oplevede efter operationen den 12. september 2012. På dette grundlag, og når i øvrigt henses til alvoren af sagsøgerens grundsygdom, kan heller ikke disse komplikationer begrunde, at hun har krav på erstatning, hverken efter KEL § 20, stk. 1 nr. 1 eller nr. 4.

Det følger af det anførte, at sagsøgte frifindes.

Sagsomkostningerne er fastsat efter sagens oplyste værdi, forløb og udfald og skal dække sagsøgtes udgift til advokatbistand. Det er oplyst, at sagsøgte ikke er momsregistreret.

THI KENDES FOR RET:

Sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, frifindes.

Inden 14 dage skal sagsøgeren, **A**, i sagsomkostninger til sagsøgte betale 40.000 kr.

Sagsomkostningerne forrentes efter rentelovens § 8 a.