



RETEN I HORSENS DOM

afsagt den 3. juli 2020

Sag BS-186/2017-HRS

A
(advokat Søren Kroer)

mod

Ankenævnet for Patienterstatningen
(advokat Sebastian Christopher Wilk)

Denne afgørelse er truffet af dommer Henriette Holst, dommer Sine Nasco og dommerfuldmægtig Benjamin Frøsig Thude.

Sagens baggrund og parternes påstande

Sagen, der er anlagt den 22. februar 2017, vedrører prøvelse af Ankenævnet for Patienterstatningens (herefter ankenævnet) afgørelse af 8. september 2016, hvorved ankenævnet vurderede, at sagsøgeren, A, var påført et varigt mén på 8 procent samt tiltrådte Patienterstatningens afgørelser af 30. januar 2015, 10. marts 2015 og 23. oktober 2015 i relation til udmåling af svie og smerte, godtgørelse for erhvervsevnetab, erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og erstatning for helbredsudgifter som følge af patientskade.

A har i fremsat følgende påstand:

"...

Påstand I:

Principal:

Ankenævnet for Patienterstatningen skal anerkende, at A, i anledning af den anerkendte patientskade, er berettiget til erstatning for tab af erhvervsevne, svarende til et erhvervsevnetab på 20 %, med den konsekvens, at sagen skal hjemvises til de administrative myndigheder til beregning af erstatningens størrelse.

Subsidiær:

Hjemvisning.

Påstand II:

Principal:

Ankenævnet for Patienterstatningen skal anerkende, at A, i anledning af den anerkendte patientskade, er berettiget til yderligere godtgørelse for svie og smerte iht. erstatningsansvarslovens § 3, med i alt kr. 11.970,00 med tillæg af rente efter erstatningsansvarslovens § 16 fra den 28. marts 2015.

Subsidiær:

Hjemvisning.

Påstand III:

Principal:

Ankenævnet for Patienterstatningen skal anerkende, at A, i anledning af den anerkendte patientskade, er berettiget til erstatning for den merudgift, som hun har haft til en bil med automatgear, med den konsekvens, at sagen skal hjemvises til de administrative myndigheder til beregning af erstatningens størrelse.

Subsidiær:

Hjemvisning.

Påstand IV:

Principal:

Ankenævnet for Patienterstatningen skal anerkende, at A's skader, i form af de samlede komplikationer og infektioner efter operationen den 3. maj 2011, overstiger, hvad hun med rimelighed skal tåle jf. klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, med den konsekvens, at sagen skal hjemvises til de administrative myndigheder til beregning af yderligere erstatning og godtgørelse.

Subsidiær:

Ankenævnet for Patienterstatningen skal anerkende, at As skader, i form af komplikationer og infektioner efter operationen den 3. maj 2011 relateret til venstre bryst, overstiger, hvad hun med rimelighed skal tåle jf. klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, med den konsekvens, at sagen skal hjemvises til de administrative myndigheder til beregning af yderligere erstatning og godtgørelse.

..."

Ankenævnet har påstået frifindelse.

Der har deltaget 3 dommere i afgørelse af sagen, jf. retsplejelovens § 12, stk. 3, nr. 2.

Oplysningerne i sagen

A fik i foråret 2011 konstateret kræft i venstre bryst. Der blev på denne baggrund planlagt fjernelse af det venstre bryst med primær rekonstruktion og kosmetisk reduktion af højre bryst. Den 3. maj 2011 blev venstre bryst fjernet, og venstre bryst blev ved samme operation forsøgt rekonstrueret. Endvidere skete der korrektion af højre bryst. Der opstod efter operationen blødning i højre bryst, hvilket krævede, at A blev re-opereret samme dag. A gennemgik i en periode herefter flere operationer.

A anmeldte skaderne i forbindelse med behandlingsforløbet til Patienterstatningen.

På foranledning af Patienterstatningen blev der indhentet speciallægeerklæringer ved overlæge B og speciallæge C.

Af lægefaglig vurdering af 9. oktober 2014 fra overlæge B, Brystkirurgisk sektion, Hospital 1 fremgår:

" ...

Patientens kirurgisk forløb omfatter to specialer: brystkirurgi og plastikkirurgi. Jeg vil besvare de af patientforsikringen fremsatte spørgsmål der vedrører brystkirurgien. Det fremsendte materialet er tilstrækkeligt til at besvare de stillede spørgsmål. Jeg vil undervejs anføre, hvor det skønnes relevant at indhente supplerende vurdering ved speciallæge i plastikkirurgi.

- **Baggrund**

1	30.03.11	Første kontakt i brystkirurgisk ambulatorium. Mammografi og ultralydsscanning" med et større område i venstre bryst med DOS (duktal carcinoma in situ). Der planlagdes subcutan mastektomi (fjernelse af brystet) med primær rekonstruktion og sentinel node operation (skildvagtslymfeknude) samt kosmetisk reduktion af højre bryst. Det anføres at patienten er ryger. Ved patologisk undersøgelse af brystet efter operationen fandt man et 70 mm stort område med DCIS grad 3 og mindst et lille område med egentlig kræft. Kræftknuden var malignitetsgrad 2, hormonfølsom, og HER2 positiv. Man fjernede i alt 3 lymfeknuder. Der var ingen tegn på spredning i disse
2	03.05.11	Første operation. I fuld bedøvelse foretages ovenfor anførte indgreb. Peroperativt givet antibiotika (Dicillin). Patienten udvikler i samme operationsdøgn hæmatom i det højre bryst og bliver reopereret. Der gives atter iv. Antibiotika (Zinacef).
3	10.05.11	Begyndende epidermolyse (overfladisk vævsdød) på venstre side. Patienten forbliver indlagt til observation.
4	17.05.11	Drænet fjernes. Nu fuldvægs nekrose (vævsdød) svarende til lapperne på venstre side.
5	24.05.11	Anden operation. I fuld bedøvelse foretages revision af nekroserne og sårkaviteten renses op. Der tildannes en latissimus lap, der lægges ind i hulrummet. Ifølge operationsnotaret fjernes expanderen (protesen) i starten af operationen og placeres på ny i slutningen af operationen. Tilsyneladende ingen tegn på infektion. Patienten gives på ny iv. Antibiotika (Dicillin) og fortsætter i tablet behandling efterfølgende.
6	27.05.11	Feber. Røntgen af lungerne viser lungebetændelse. Antibiotikaregime ændres (Dicillin + Zinacef iv., Metronidazol og Vepicombin) Mistanke om nekrose ved spidsen af latissimus lappen
7	01.06.11	Revision af spidsen af latissimus lappen uden bedøvelse
8	09.06.11	Tredje operation. I lokal bedøvelse foretages revision af nekrotiske områder.
9	10.06.11	Første samtale i onkologisk regi. Det planlægges, at patienten skal behandles med kemoterapi, Hercep-

		tin og antihormonbehandling. Behandling kan dog først påbegyndes, når patientens sår er helet.
10	22.06.11	Fjerde operation. I fuld bedøvelse foretages revision af nekroser. Der findes fedtnekroser og pus. Der sendes pus til undersøgelse for bakterier. Ekspanderen fjernes. Patienten starter antibiotika (Dicillin). Der startes sårbehandling med VAC.
11	24.06.11	Dyrkning af pus fra operationen viser vækst af bakterien enterococcus faecium. Der startes iv. Antibiotik (Vancomycin)
12	06.07.11	Fortsat vækst af enterococcus faecium. Patienten tåler ikke Vancomycin. Starter efter samråd med mikrobiolog i Linesolid behandling.
13	11.07.11	Sjette operation. I fuld bedøvelse høstes hud på benet, der pålægges defekt ved det venstre brystområde. Fortsætter herefter i VAC-behandling.
14	27.09.11	Såret helet.
15	04.10.11	Patienten starter medicinsk efterbehandling med første serie kemoterapi

....

- **Er det efterfølgende forløb med blødning, manglende heling og infektion en sjælden komplikation til behandlingen?**

Uanset om de plastikkirurgiske beslutninger og operationer har været i overensstemmelse med erfaren specialiststandard, er patientens behandlingsforløb med nekroser, infektion og blødning et langt og sjældent forløb. Det vurderes at færre end 2 % af de patienter, der primært opereres med en subcutan mastektomi og brystrekonstruktion, får samme antal komplikationer og lange forløb som patienten.

- **Karakteren/farligheden af det primære indgreb**

Som anført har patienten været igennem et langt og kompliceret forløb med infektion og mange kirurgiske indgreb og deraf følgende gener. Alle kirurgiske indgreb er forbundet med en risiko for komplikationer, men ingen af de indgreb og komplikationer patienten har gennemgået kan betegnes som farlige, forstået som livsfarlige.

- **Hvad er prognosen ved et ukompliceret forløb?**

Patienten er behandlet for en brystkræft, der har en god prognose. 5 og 10 års overlevelsen er med operation, kemoterapi, herceptin og antihormonbehandling henholdsvis ca. 97 % og 96 %. 5 års og 10 års overlevelsen med kirurgi alene er lidt lavere omkring 96 og 92 %.

- **Hvad var den forventede sygeperiode ved et ukompliceret forløb?**

Ved et ukompliceret kirurgisk forløb med mastektomi uden rekonstruktion, vil man forvente en sygeperiode på ca. 3-4 uger. Ved denne enkelte form for kirurgi, er der dog også risiko for, at der, både hos rygere og ikke-rygere, kan tilståde infektion og nekroser, der kan forlænge sygeperioden. Risikoen er dog størst hos rygere.

Det må vurderes ved speciallæge i plastikkirurgi, hvor længe sygeperioden vurderes at være efter et ukompliceret kirurgisk forløb for mastektomi med primær brystrekonstruktion.

..."

Af lægefaglig vurdering af 20. november 2014 fra lægekonsulent C med speciale i plastikkirurgi fremgår:

"...

Vurdering:

Jeg er enig i brystkirurg Bs vurdering af sagen. Mht. de specifikke spørgsmål vedr. den plastikkirurgiske del:

Det var i overensstemmelse med ESS at tilbyde primær rekonstruktion til denne patient. Det er velkendt at der er en forhøjet risiko for postoperative komplikationer ved overvægt og rygning, men det er ikke nogen absolut kontraindikation. Såfremt patienten orienteres og accepterer den forhøjede risiko skønnes det således i overensstemmelse med ESS at tilbyde primær rekonstruktion.

Det vurderes, at der er forhold ved re-operationen 24.5.2011 der afviger fra ESS. Der var betydelige nekroser sv.t. hudlapperne efter mastektomien. Dermed er det overvejende sandsynligt, at området også er inficeret. Derfor burde man ikke have ilagt et nyt fremmedlegeme i form af en ny expanderprotese idet det øger risikoen for vedvarende problemer med infektion. Dette specielt set i lyset af patienten i forvejen havde forøget risiko for post-operative komplikationer, jf. ovenstående. Det var velindiceret at lukke defekten med en latissimuslap, alternativet havde været direkte lukning såfremt det lod sig gøre efter fjernelsen af protesen.

Hvis man havde handlet efter ESS, vurderes det overvejende sandsynligt, at patienten havde været ophælet efter 14 dage, og man kunne have opstartet kemoterapien på dette tidspunkt. Dermed ville forløbet have været forkortet væsentligt.

Herefter kunne man have tilbudt sekundær rekonstruktion når patienten havde overstået kemoterapien.

Patientens sygeperiode er forlænget på grund af ovenstående. Normal sygeperiode vil være ca. 4-6 uger.

..."

Patienterstatningen traf den 30. januar 2015 afgørelse i sagen. Af afgørelsen fremgår blandt andet:

"...

Afgørelse

Din skade i form af forlænget sygeforløb med infektion i venstre bryst er omfattet af loven. Vi henviser til vedlagte sagsfremstilling og begrundelse.

Du er foreløbig berettiget til 12.000 kr. i godtgørelse for svie og smerte .

Vores afgørelse om godtgørelse for svie og smerte og varigt mén er endelig og kan ankes til Ankenævnet for Patienterstatningen, jf. nedenfor under Ankevejledning.

Du er muligvis berettiget til yderligere erstatning, jf. vedlagte vejledning .

Afgørelsen er truffet efter KEL § 20, stk. 1, nr. 1, og 24 stk. 1 .

...

Sagsfremstilling

Du har søgt erstatning, fordi du mener, at dine operationer i forbindelse med behandling af brystkræft ikke blev udført, som de skulle.

Du har sendt en fyldig beskrivelse af dit behandlingsforløb, og vi har på baggrund heraf uddraget følgende:

- Der blev ikke fulgt tilstrækkelig op på blødninger efter operation 3. maj 2011. Du mistede næsten to liter blod, fordi en blodåre ikke blev syet ordentligt sammen.
- Du udviklede en alvorlig depression som følge af behandlingsforløbet
- Det kosmetiske resultat af operationen er ikke tilfredsstillende. Din brystvorte på højre bryst er placeret forkert, og der er opstået "æselører". Dit venstre bryst har en defekt, som ikke ville hele. Derudover har du et langt ar med indtrækning på ryggen
- Der opstod flere alvorlige infektioner i behandlingsforløbet. og lægerne oplyste, at dette skyldtes dårlig heling og rygning. Flere læger har efterfølgende oplyst, at resultatet ikke skyldes rygning men derimod infektioner, som var påført af hospitalet.
- Du burde have været tilbudt en anden type operation
- Et ribben på venstre side har ændret form og stikker ud, og du har smerter i højre (raske) bryst.

...

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 tilfældet hvor en erfaren specialist ville have handlet anderledes, og skaden på den måde med overvejende sandsynlighed ville være undgået.

...

Det er vores vurdering, at du er blevet påført en skade i forbindelse med behandlingen på Behandlingssted 1.

Vedrørende valg af operation, er det vores vurdering, at der var indikation for foretagelsen af en operation med fjernelse af venstre bryst og rekonstruktion heraf og samtidig reduktion af højre bryst. Din ernæringsmæssige tilstand med et BMI på 32 og rygning var, efter vores vurdering, ikke en så stor risikofaktor. at man burde have valgt en anden og mindre omfattende operation.

I forhold til operationens udførelse 3. maj 2011, er det vores vurdering, at operationen ud fra operationsbeskrivelsen blev foretaget i overensstemmelse med erfaren specialiststandard.

Behandlingen i perioden 24. maj 2011 og frem til 27. september 2011 levede derimod ikke op til erfaren specialiststandard. Vi vurderer, at man ved re-operationen 24. maj 2011 burde have udtaget protesen i venstre bryst og undladt at forsøge med isætning af en ny protese.

Vi har i den forbindelse lagt vægt på, at der var betydelige nekroser i hudlapperne efter, man havde fjernet brystvævet fra venstre bryst.

Vi har også lagt vægt på, at du havde forhøjet risiko for at få komplikationer i form af infektion. på grund af din ernæringsmæssige tilstand og rygning. I forhold til rygning er det afgørende for, om man har forhøjet risiko for at få infektioner i forbindelse med en operation ikke, om man ryger fra operationen og frem, men derimod om man livet igennem har røget, også selv om det kun er i mindre grad.

Under disse omstændigheder ville indsættelse af en ny protese medføre risiko for vedvarende infektion i brystet.

Den erfarne specialist ville derfor, efter vores vurdering, have taget protesen Ud og undladt yderligere forsøg på rekonstruktion.

Hvis man havde handlet i overensstemmelse med erfaren specialiststandard, ville infektionen, med overvejende sandsynlighed, have været behandlet og såret helet efter 14 dage. Infektionen som ellers i udgangspunktet er en utilsigtet og hændelig komplikation til operationen udviklede sig således på grund af manglende korrekt behandling Dette har medført et forlænget sygeforløb med re-operationer og mulige varige følger.

Vedrørende dine klager over, at du 11. juli 2011 blev syet på trods for, at lokalbedøvelsen var holdt med at virket er det vores vurdering, at der ikke er oplysninger i sagen som giver os grundlag for at konkludere. at operationen ikke blev foretaget i overensstemmelse med erfaren specialiststandard.

Du vil dog under alle omstændigheder have krav på godtgørelse for svie og smerte i forbindelse med denne operation, fordi vi mener operationen kunne have været undgået, hvis din behandling i øvrigt havde været i overensstemmelse med erfaren specialiststandard.

Du har herefter krav på erstatning for det forlængede sygeforløb og mulige varige følger i forhold til dit venstre bryst.

I forhold til blødningen i det højre bryst efter operationen 3. maj 2011 er det vores vurdering, at det ikke er en følge af at man ikke havde syet blodårerne tilstrækkeligt sammen, men derimod skyldes en utilsigtet og hændelig komplikation til operationen.

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.

Komplikationen er sjælden, fordi du også fik infektion som en utilsigtet og hændelig komplikation til operationen.

Det er dog vores vurdering, at dine gener i form af ar på krop og sjæl og smerterne beskrevet i dit smerteskema ikke er tilstrækkeligt alvorlige i forhold til konsekvensen af, hvis du ikke havde fået fjernet dit venstre bryst.

Komplikationen skal således vurderes i forhold til din brystkræft, fordi reduktionen af dit højre bryst skete samtidig med brystkræftoperationen.

Det betyder ikke, at vi ikke anerkender omfanget af følgerne efter operationen, men at man som patient ifølge loven skal tåle rigtig meget, når den sygdom man behandles for er så alvorlig, at den er livstruende.

Manglende operation med fjernelse af det kræftramte venstre bryst havde således med overvejende sandsynlighed medført døden inden for en kortere årrække.

Selv om du på grund af komplikationerne har fået varige mén er omfanget heraf ikke så stort, at det går ud over, hvad du ifølge loven må tåle.

Du har derfor ikke krav på erstatning for forløbet vedrørende blødningen og generne i det højre bryst.

...

Begrundelse:

Man har krav på takstmæssig godtgørelse for svie og smerte, hvis man har været helt sygemeldt og i lægeligt begrundet behandling ud over den forventede sygeperiode.

Vi har ikke oplysninger om, i hvilke perioder du har været sygemeldt og kan derfor ikke tilkende takstmæssig godtgørelse for svie og smerte. Vi vurderer dog, at du i hvert fald har været helt sygemeldt i forbindelse med reoperationerne. Vi vurderer

også, at du har været i lægeligt begrundet behandling på Behandlingssted 1 i perioden. hvor du blev behandlet for infektionen, herunder i forbindelse med reoperationerne henholdsvis 9. juni 2011, 22 juni 2011 og 11. juli 2011.

Infektionsforløbet og ovennævnte reoperationer kunne, efter vores vurdering, have været undgået, hvis man havde undladt at indsætte en protese ved reoperationen 24. maj 2011, og sygeforløbet ville med overvejende sandsynlighed have været afsluttet efter 14 dage. DU ville herefter kunne have påbegyndt forløbet med kemoterapi, som du på grund af omfanget af infektionen først kunne påbegynde 27. september 2011.

Vi vurderer på det grundlag, at du har krav på en foreløbig skønsmæssig godtgørelse for svie og smerte på 12000 kr. for perioden 8. juni 2011 til 26. september 2011.

I perioden fra den oprindelige operation 3. maj 2011 til reoperationen 24 maj 2011 har vi vurderet, at du under alle omstændigheder ville have været sygemeldt som følge af behandlingen. Du har derfor ikke krav på godtgørelse for svie og smerte i denne periode.

Godtgørelsen forrentes fra månedsdagen efter, at vi modtog det seneste journalmateriale og dine bemærkninger 14. december 2015. Godtgørelsen forrentes herefter fra 14. januar 2015.

Samlet erstatning

12.000 kr.

..."

Der blev i forbindelse med Patienterstatningens behandling af sagen indhentet erklæring fra A's arbejdsgiver, Kommune 1 den 17. februar 2015. Af erklæringen fremgår, at A siden 1. januar 2009 har været er ansat som i fleksjob på 15 timer ugentligt. Det fremgår endvidere, at A har været sygemeldt i perioden 3. maj 2011 til 31. januar 2012 samt at A har genoptaget sit arbejde med 15 timer pr. uge den 1. februar 2012.

Den 10. marts 2015 traf Patienterstatningen afgørelse om, at A var berettiget til yderligere 9.090 kr. i godtgørelse for svie og smerte svarende til takstmæssig godtgørelse i perioden fra 8. juni 2011 til 26. september 2011.

Af lægefaglig vurdering af 21. maj 2015 fra lægekonsulent C med speciale i plastikkirurgi fremgår:

" ...

Patienten er meget påvirket af smerter ifølge skemaet fra 3.12.2014. En del kvinder har kroniske smerter efter mastektomi (post mastektomi syndrom) hvilket er en følge af patientens grundlidelse. Det er ikke overvejende sandsynligt, at infektionsforløbet har påført hende yderligere varige smerter.

Det kosmetiske resultat er ikke tilfredsstillende på nuværende tidspunkt. Jeg går ud fra pt. er afsluttet på Plastikkirurgisk afdeling. Det fremgår af sagen, at hun endnu ikke er færdigbehandlet, og vi bør derfor afvente det videre forløb før vi fastsætter varigt mén. Vi venter et halvt år efter det sidste kirurgiske indgreb.

..."

Den 23. oktober 2015 traf Patienterstatningen afgørelse om, at A ikke var berettiget til yderligere erstatning herunder for udgift til medicin og varigt mén. Af afgørelsen fremgår blandt andet:

" ...

Varigt mén efter erstatningsansvarslovens § 4 (se vejlednings punkt 4)

Begrundelse:

Det er vores vurdering, at du ikke har fået varige mén efter behandlingsskaden.

Vi har ved vores vurdering lagt vægt på, at du på grund af din kræftsygdom skulle have fjernet dit bryst, og at du derfor ville have haft et forventeligt varigt mén på 15%

Da det ikke lykkedes at rekonstruere dit bryst, har du fortsat et varigt mén på 15%.

Vi vurderer, at det kosmetiske resultat ikke er tilfredsstillende, men vi vurderer samtidigt, at det ikke svare til at varigt mén på 15% eller derover.

Du har derfor ikke krav på godtgørelse for varigt mén.

..."

Patienterstatningens afgørelser blev påklaget til Ankenævnet for Patienterstatningen på hvis foranledning der blev indhentet speciallægeerklæringer ved overlæge og speciallæge i kirurgi D og overlæge E.

Af lægefaglig vurdering af 21. september 2015 fra overlæge E fremgår:

" ...

Ad 1:

Patienten får stillet diagnosen DCIS forstadier til brystkræft med forandringer lokaliseret i venstre brysts øvre og nedre mediale kvadrant (DCIS grad III).

Det fjernede præparat er undersøgt på Behandlingssted 2, og man finder også et ca. 1 mm stort fokus med invasivt karcinom midt i området med DCIS. Der er ikke påvist spredning til regionale lymfeknuder.

Patienten har i 2000 pådraget sig kroniske nakke-ryg skader, efter fald fra hest.

Ad 2:

Det er vurderet, at pt. er påført en skade i form af forlænget sygeforløb som følge af infektion i venstre bryst. Imidlertid drejer det sig ikke kun om en infektion, det drejer sig også om vævsdød i flere omgange, ledsagende / efterfølgende infektioner samt behov for talrige operationer for at rense op/fjerne dødt væv samt vævs flytning for at lukke område med hudmangel. Herudover har patienten fået smerter og bevægeindskrænkning i venstre skulder som følge af det lange sygdomsforløb alt det nævnte er med til at forårsage et forlænget sygeforløb.

Ad 3:

Skaden er blevet påført som følge af talrige hændelser: Dels er der foretaget behandlinger som flere gange ikke har været ESS, dels har der i forløbet, i forbindelse med behandlinger, sårskift og operationer, været hændelige komplikationer.

Sammenlagt mener jeg, at pt. har været udsat for mere, end hvad hun med rimelighed må tåle, resulterende i en skæmmende arvævsdannelse medialt på det venstre rekonstruerede bryst, hvor rekonstruktionen i øvrigt er blevet for lille og ikke optimalt placeret. Desuden smerter og bevægeindskrænkning i venstre skulder.

Ad 4:

"Er der helbredelsesudgifter, der skal henføres til behandlingsskaden (også grundlæggelsen)? Hvilke?"

Patienten har i løbet af behandlingsperioden og de efterfølgende år udviklet bevægeindskrænkning af den venstre skulder og arm. Det er en velkendt komplikation til brystkræftkirurgi (og hermed også kirurgi til behandling af forstadier til brystkræft, at patienter kan udvikle gener / smerter fra den opereres side skulder og arm, en tilstand som også kan kaldes "frozen shoulder". Det ses således i op til 15 % af operationer, hvor der udføres brystkirurgi og skildvagtlmfeknudeoperation, men generne svinder som regel ved fysioterapi og genoptræning. (ref. AL. Cheville et al. J. Sur g. Oncol. 2007; 95: 409-18)

Det skal bemærkes at patienten i år 2000 pådrog sig skader efter fald fra hest, fik den gang tilkendt 5 % mén, og har siden kun kunnet bestride et flexjob. Har haft snurren i begge hænder og smerter i ryg og nakke.

Ifølge journalnotater har patienten under sin indlæggelse på Behandlingssted 1 adskillige notater fra fysioterapien, som tyder på, at patienten er instrueret i genoptræningsøvelser. Regelret fysioterapi er tilsyneladende først iværksat sent i 2011. Patientens har selv forklaret, at hun i 2012 fravalgte den tilbudte genoptræningsbehandling, da den på det tidspunkt var uoverskuelig og anstrengende at få passet ind i hverdagen.

Selvom patientens sygeforløb er vurderet at vare fra d. 3. maj til d. 26. september 2011, hvor det kan henføres til behandlingsskaden, må man erkende, at efterfølgende smerter og bevægeindskrænkninger som følge af det langvarige syge forløb meget vel kan kræve genoptræning og fysiurgisk behandling. Patienten fik angiveligt fysioterapi og psykomotorisk terapi i 2014 og 2015 og selvom disse behandlinger er iværksat meget sent i forløbet, er det ikke umuligt at behandlingerne kan have hjulpet på patientens bevægelighed.

Hvorvidt patienten har mulighed for at kunne bedres yderligere, mener jeg må vurderes af en fysiurg. Til gengæld mener jeg ikke, at massagebehandling og zoneterapi har helbredende virkning på indskrænkning af bevægeapparatet, men er lindrende.

Ad 5:

"Har behandlingsskaden medført et længere syge forløb, end hvad patienten kunne have forventet som følge af grundlæggelsen og dennes behandling?"

Som tidligere nævnt har patientens forløb på Behandlingssted 1 været præget af mange operationer / behandlinger, heraf flere som ikke er efter bedste specialist standard, kompliceret med vævsdød og infektioner svarende til operationsfelterne. Udbredte DCIS forandringer i et bryst behandles korrekt med fjernelse af kirtelvævet i brystet, enten i form af en mastektomi, hvor både hud og kirtelvæv fjernes, efterladende et som regel tværgående ar henover brystkassen, eller som en hudbesparende mastektomi, hvor kirtelvævet og brystvorte komplekset fjernes, mens man efterlader størstedelen af huden, som kan anvendes til en primær rekonstruktion, der i aktuelle tilfælde er foretaget med implantation af en expanderprotese (ballonprotese).

Det normale forventede forløb efter en sådan behandling, uden komplikationer, ville have været 7–10 dages indlæggelse og efterfølgende rekreation i ca. 3 uger.

I løbet af de efterfølgende uger konstaterer man, at huden bliver tiltagende misfarvet, og de døde hudområder må fjernes. Imidlertid står der intet bemærket i journalen om, at man overvejer eller udfører aftapning af den indsatte ballonprotese, for at mindske trykket på hudlapperne, for herved at bedre gennemblødningen af huden og måske mindske udbredningen af vævsdøden.

Jeg mener, at det ikke er ESS at efterlade en expanderprotese påfyldt 180 ml, når huden i operationsfeltet viser tegn på dårlig gennemblødning. Her ville det være ESS at aftappe protesen, evt. reoperere patienten og fjerne protesen, for at hudlapperne kunne få bedst mulige vilkår til at indhele uden problemer. Patienten må derfor efter 3 uger atter gennemgå en større operation, hvor den døde hud fjernes, og for at kunne lukke den huddefekt der herefter opstår, løsnes en lap fra ryggen, drejes frem i brystfeltet og indsys som dække. Igen er der indlagt en expanderprotese, som nu ikke er påfyldt saltvand.

Hvis forløbet herefter havde været ukompliceret, kunne patienten have påregnet et ophold på sygehuset af ca. 7 dages varighed, herefter rekreation på 4–6 uger, idet indgrebet på ryggen erfaringsmæssigt kræver nogen genoptræning af arm og skulder. Imidlertid opstod der igen komplikationer med vævsdød og infektion, og pt. måtte reopereres adskillige gange og var først helet i september måned 2011, efter i alt 4½ mdr.s sygdomsperiode, som kan henføres til behandlingsskaderne.

Herefter opstartede patienten kemobehandling, hvilket erfaringsmæssigt også kræver sygemelding hos mange patienter.

Et sygeforløb til 31. januar 2012 vurderes derfor som rimeligt, i lyset af det lange behandlingsforløb patienten havde været udsat for.

I hele denne periode var patienten i behandling, først hos mammakirurger og plastikkirurger, og senere hos onkologerne.

Ad 6:

”Ankenævnet skal vurdere patientens erhvervsevnetab”

Patienten var, inden operationsstart d. 3. maj 2011, ansat i flexjob, beskrevet som kontorarbejde.

Har angiveligt efter sygeforløbet genoptaget arbejdet.

Det er imidlertid ved flere lægeundersøgelser i 2014 (i By 1 og i By 2) vurderet, at patienten har nedsat bevægelighed i venstre skulderområde. Patienten oplyser også at have smerter svarende til skulderen og svarende til operationsfeltet i venstre brystregion. En professionel vurdering af patientens bevægelighed og smerteniveau mener jeg bør foretages af en fysioterapeut.

Selvom der er iværksat fysioterapi og psykomotorisk terapi, er det meget sandsynligt at patientens aktuelle status ikke ændres betydeligt og det er således muligt, at patienten må have behov for skånehensyn.

Evt. grad af skånehensyn kan jeg ikke vurdere, før patienten er korrekt undersøgt.

Til gengæld tror jeg ikke, at patienten ville have haft behov for skånehensyn, hvis behandlingsskaden ikke var sket, og patienten burde kunne have fortsat sit flexjob.

Patienten selv oplyser, at hun har mange gener og smerter og har svært ved at klare mange praktiske gøremål.

Har tidligere haft arbejde med at passe sine heste dette kan hun dårligt varetage længere.

Hertil kommer, som tidligere nævnt, at patienten har haft en skade efter fald fra hest, og dengang fik hun tildelt 5 % mén.

Man har desuden anmodet om, at jeg svarer på følgende:

Ad A:

Klager anfører, at der i behandlingsforløbet ikke blev podet fra såret på venstre bryst tidligt nok, og at man ikke på relevant vis fulgte op på en evt. podning med relevant antibiotika. Patienten mener, at dette har forlænget hendes sygeforløb.

Jeg mener, at patienten ikke er behandlet efter bedste specialist standard i flere situationer: Dels mener jeg, at tilstanden med perfusionstruet hud på brystet efter fjernelse af kirtelvæv og indsættelse af expanderprotese, burde have afstedkommet at væske var tappet ud af expanderprotesen, så trykket kunne mindskes og huden dermed aflastes.

Da der var tydelig vævsdød, valgte man at afklippe det døde væv og sy såret sammen igen her mener jeg, at bedste specialiststandard ville have været at tømme protesen helt for væske, eller at fjerne protesen.

Da der senere blev foretaget yderligere fjernelse af vævsnekrose (død hud), valgte man at erstatte den manglende hud med en latissimuslap fra ryggen. I betragtning af patientens da flere uger varende forløb med først væv snekrose og senere infektion, mener jeg ikke, at det er bedste specialiststandard at indsætte en ny expanderprotese under lappen. Man burde have ventet til lappen var helet ind og på et senere tidspunkt kunne man da "i rolig fase" have indsat expanderprotesen og fortsat brystrekonstruktionen som det oprindeligt var planlagt.

Det er velkendt at vævsnekrose kan medføre infektion, men også at infektion kan medføre nekrose. Efter operationen d. 3. maj 2011 forekommer det sandsynligt, at der først opstod vævsnekrose pga. dårlig gennemblødning af hudlapperne, efterfølgende opstod der infektion, som først forsvandt på et langt senere tidspunkt, efter flere operationer, efter at protesen var fjernet og efter at der blev givet antibiotika iht. podesvar.

Det er i øvrigt en velkendt problemstilling, at infektion i et operationsfelt, hvor der er indlagt et fremmedlegeme, fx en expanderprotese, først kan saneres / behandles med god effekt, når fremmedlegemet bliver fjernet.

Ad B:

I aktuelle sygdomsforløb er der sket en senere opstart af kemobehandling end vanligt. Såfremt behandlingsforløbet ikke havde været kompliceret, ville patienten kunne have opstartet sin kemobehandling i løbet af 6–8 uger efter operationen. Vurdering af

risiko for manglende effekt ved sen opstart af kemobehandling, er allerede gjort af onkolog overlæge F, ved journal notat d. 09.07.14.

Ønskes yderligere vurdering, mener jeg at disse spørgsmål må besvares af en onkolog.

Ad C:

Patienten får i foråret 2011 konstateret udbredte DCIS forandringer medialt i venstre bryst. Forandringerne er så udbredte, at man tilråder fjernelse af alt kirtelvæv, og patienten kan derfor tilbydes enten mastektomi med fjernelse af hud og kirtelvæv, eller hudbesparende mastektomi med fjernelse af kirtelvævet, men med bevarelse af størstedelen af huden og primær rekonstruktion, i dette tilfælde en expanderprotese, som senere skal udskiftes til en stationær protese.

Hvis man mener, at der vil opstå for stor asymmetri efter et sådan indgreb, fordi det raske bryst fx er meget stort, hængende eller på anden vis er forskelligt fra den kommende rekonstruktion, er det ikke usædvanligt, at man tilbyder en symmetriskabende brystoperation på den raske side, med løft og/eller reduktion. Ved bedste specialist standard forklares patienten inden valg af behandlingsmetode om operationens art, og evt. komplikationer og risici forklares også, således at patienten kan være med til at vælge hvilken behandling der vil være den bedste og rigtigste for hende.

Risikoen for vævsnekrose i hudlapperne efter en mastektomi er normalt lille, under 2%.

Risiko for vævsnekrose i hudlapperne hvis der implanteres en expanderprotese er noget større, ca. 5—10 % (ref. A. Armando. J Plast Surg Hand 2013; 47 (5): 34 4 -9).

Risiko for blødning efter operation med brystløft / brystreduktion er omkring 5—8%, og således ikke et ukendt fænomen (det skal bemærkes, at det ikke drejer sig om manglende sammensyning af blodkar. En postoperativ blødning som den patienten oplevede, kan skyldes blødning fra en vene eller en arterie, begge er blodkar, og skyldes som regel at blodkarret ikke har været tilstrækkeligt lukket, enten ved en lille brænding, eller ved en sammensyning med en tråd).

Det skal dog nævnes, at en symmetriskabende korrektion af det raske bryst også kan finde sted når rekonstruktionsforløbet er overstået. Her kan man da med sikkerhed vurdere, hvor stort det rekonstruerede bryst er blevet, og herefter tilpasse det raske bryst så der skabes bedst mulig symmetri.

Selvom patienten er behandlet for en potentiel dødelig brystkræftsygdom i venstre bryst, mener jeg, at hun med det lange forløb med gentagne operationer, vævsnekroser, infektioner, langsom opheling og uskøn skarificering (arvævsdannelse) til følge, har været udsat for et behandlingsforløb med påførelse af skade, mere omfattende end hvad patienten med rimelighed må tåle, og haft komplikationer der er mere omfattende end hvad patienten med rimelighed måtte tåle.

Det vurderes at patientens vedvarende smerter og let nedsatte bevægelighed i skulderen kan henføres til Mén— tabellens punkt D. 1 . 5 . 2 :

Det vurderes at patientens vansir på brystet ifølge Mén— tabellens punkt H. 4 og H. 5 beregnes til henholdsvis 3 % og 8 idet patienten under alle omstændigheder ville have fået ar på brystet pga. operationen for udbredte DCIS forandringer.

Da det skønnes at det i herværende sag drejer sig om flere skader, som forstærker hinanden (Mén— tabellens punkt 3. 2, 3.2.) , vurderes det samlede varige mén skønsmæssigt til 18%.

..."

Af lægefaglig vurdering af 17. december 2015 fra speciallæge D fremgår blandt andet:

" ...

Patienten fik ved mammografi i begyndelsen af marts 2011 konstateret et større område med mikroforkatkninger i venstre bryst. Nålebiopsier (vævsprøver), udtaget i flere omgange, viste ductalt carcinoma in situ, DCIS, grad III (højeste grad), dvs. forstadier til brystkræft.

DCIS har potentiale til at udvikle sig til invasiv brystkræft (karcinom). Det sker ikke hos alle, men ung alder, stor udbredelse og høj grad, er risikofaktorer for kræft-udvikling. Det kan ikke forudses hvornår udvikling til kræft vil ske, og man vil næsten altid anbefale operativ fjernelse af forstadier af denne type, så snart de konstateres. Deri ligger også, at man på tidspunktet for diagnosen af DCIS ikke kan vide om der allerede er kræftudvikling i gang i området, - men altså på et stadium hvor man endnu ikke kan "se" canceren ved mammografi m.v.

Patienten blev anbefalet operation, og på grund af forkalkningsområdets størrelse anbefalede man at foretage mastektomi (fjernelse af hele brystet).

....

Ifølge vore nationale retningslinjer (www.dbcq.dk) bør der ved mastektomi tilbydes rekonstruktion af brystet – naturligvis afhængigt af situationen (sygdommens art og udbredelse, forventet efterbehandling, konkurrerende lidelser, patientens præferencer, alder, etc. etc.).

Der kan være tale om primær rekonstruktion (samtidigt med mastektomien) eller sekundær rekonstruktion (på et eller andet efterfølgende tidspunkt).

Det beror på en konkret vurdering af den enkelte patient, om man vurderer hende egnet til rekonstruktion, og i givet fald hvilken metode som kan anbefales. Generelt kan der ikke rekonstrueres til en stor bryststørrelse, og hvis udgangspunktet er et stort bryst, vil der ofte være behov for modsidig brystkorrektion (symmetri skabende operation), når der rekonstrueres til en mindre størrelse. Den modsidige korrektion kan ske primært eller sekundært, hvis der rekonstrueres primært.

Rekonstruktionsmetoder er mangfoldige, og her omtales kort de hyppigste, idet de omtales i sagen:

....

Efter klinisk mammografi med biopsi 09.03.2011, og fornyet undersøgelse med rebiopsi 24.03.2011, var patienten til samtale med brystkirurg 30.03.2011, hvor hun blev informeret om diagnosen, og tilbudt behandling i form af venstresidig mastektomi med fjernelse af SN, og samtidig/primær rekonstruktion kombineret med modsidig brystløft og evt. reduktionsplastik.

Disse operationer udføres i samarbejde mellem brystkirurg som udfører den onkologiske del af operationen (fjerner bryst og lymfeknuder), og plastikkirurg som foretager rekonstruktion og evt. korrigerende operation. Patienten blev henvist til samtale med plastikkirurg m.h.p. vurdering og information om den plastikkirurgiske del af operationen.

Samtalen med plastikkirurgen fandt sted 05.04.2011, hvor man gennemgik rekonstruktionsmulighederne.

Det er anført, at operationerne ikke svarede til patientens forventninger, og at hun udbad sig betænkningstid. Efterfølgende samme dag har patienten tilsyneladende haft samtale med sygeplejerske og læge i brystkirurgisk regi. Det er anført at patienten var forvirret efter samtalen, men at hun i øvrigt også var forevist (eksterne) brystproteser som anvendes efter mastektomi uden rekonstruktion, og altså derved også informeret om denne mulighed.

Uddybende lægesamtale 08.04.2011 med brystkirurg, hvor der refereres fra forklaring af operationsrationale, og operation. Det angives at patienten herefter var afklaret om at få foretaget subcutan mastektomi, fjernelse af SN, og primær rekonstruktion med implantat på venstre side, samt reduktionsplastik på højre side. Patienten ønskede operationen, som var programsat til 15.04, udsat til begyndelsen af maj.

Af efterfølgende notater fremgår dog, at patienten fortsat var i vildrede, vedrørende hvilken operation hun skulle vælge.

Ved operationsforberedelserne 02.05.2011 er mulighederne atter gennemgået v/ sygeplejerske, som anfører at trods usikkerhed i starten af samtalen " . kan (pt.) alligevel forklare planen og ved samtals afslutning virker hun trods alt klar og forberedt til op. i morgen".

Det er min vurdering, at det var velindiceret at tilbyde/foretage mastektomi og fjernelse af SN. Det er i overensstemmelse med retningslinjerne at tilbyde rekonstruktion i denne situation, og at tilbyde modsidig korrektion (se dog nedenstående tilføjelse). Patienten er informeret ved gentagne lejligheder, har fået betænkningstid, og er blevet opereret på et selvvalgt tidspunkt efter yderligere udsættelse.

Jeg kan ikke vurdere den konkrete information som er givet, og det ligger i øvrigt også uden for mit kommissorium.

Det er min vurdering, at indikationsstillingen er i overensstemmelse med den erfarne specialists standard, ESS, og at man i overensstemmelse med ESS har forsøgt at informere patienten, herunder givet tid til refleksion og fornyet information, m.h.p. at sikre patientens informerede samtykke.

Patienten har stillet spørgsmål ved det fornuftige i at foretage den modsidige korrektion ("symmetriskabende operation") samtidig med den primære operation, i stedet for at vente med indgrebet til man kan se resultatet af rekonstruktionen, så man kan se hvilken symmetri man skal stile imod .

Der kunne være en pointe i dette synspunkt. I min institution er man i de senere år gået mere og mere over til at vente med at foretage det modsidige indgreb, indtil den operation hvor ekspanderer udskiftes til det blivende implantat. Tidligere (2011? eller før?) var det - efter min hukommelse - i lige så høj grad praksis at foretage det primært.

Det må også anføres, at uanset tidspunktet for det "symmetriskabende" indgreb, er det sjældent muligt at skabe en høj grad af symmetri, idet der altid er væsentlig forskel på udseendet af et reduceret/løftet bryst, og et bryst som er rekonstrueret med protese.

Dette kunne tale for, at det er af mindre betydning hvornår det modsidige indgreb finder sted.

Dette spørgsmål må vurderes af den plastikkirurgiske konsulent.

Patientens tobaksrygning har været inddraget i både journalnotater i patientforløbet, og i klagesagen. Det kan næppe bestrides, at tobaksrygning øger risiko for hudnekroser og sårinfektion i forbindelse med brystoperationer, både de onkologiske og de rekonstruktive.

Man har været tiltagende bevidst om dette i de senere år, hvor man i min institution har strammet væsentligt op vedrørende tobaksrygning, således at der i dag næppe foretages planlagte/elektive rekonstruktioner på rygere. Anderledes stiller sagen sig ved operation for brystkræft eller forstadier til brystkræft, idet man ikke kan afvente længere tids (måneders?) tobaksabstinens inden operation. I dag ville vi - som en pragmatisk løsning - forlange tobaksabstinens fra diagnosetidspunktet, for at udføre primær rekonstruktion. Hvis der er andre væsentlige risikofaktorer for nekrose og infektion, vil man ofte afstå fra primær rekonstruktion.

Under alle omstændigheder vil det være kirurgernes ansvar, at påpege dette, og utvetydigt opstille betingelserne inden der opereres.

Det må belyses af den plastikkirurgiske konsulent, om synspunktet vedrørende tobaksrygning og komplikationsrisiko som indtages på min institution, er alment accepteret i plastikkirurgien, og om det tilsvarende var gældende på operationstidspunktet i foråret 2011. I givet fald må det vurderes af den plastikkirurgiske konsulent, om tobaksrygningen burde have kontraindiceret rekonstruktionsproceduren.

....

Efter operationen 03.05.2011 opstod der hæmatom (blodansamling) i højre bryst, og patienten måtte re-opereres i samme døgn. Ved re-operationen fandtes en større blodansamling, og pulserende blødning (dvs. en blødende lille pulsåre) som årsag til blodansamlingen. Desuden var der lidt siveblødning her og der fra sårfladerne, hvilket man altid vil finde ved en operation. Blødningen blev standset ved el-koagulation, og sårene lukket.

Der blev givet antibiotikum i form af Zinacef ved re-operationen og i første døgn, hvorefter den tidligere ordinerede penicillinbehandling (Dicillin) fortsatte.

Det fremgår af operationsbeskrivelsen fra den primære operation, at man anvendte diatermi (elektrisk kniv) ved deling af vævene. Dette har den fordel at man i samme arbejdsgang skærer vævet og sørger for blodstandsning. Eventuelle blødende kar kan yderligere koaguleres til blødningsstandsning. Det sker desværre, at de koagulerede blodkar efterfølgende springer op og bløder på ny, og derved giver anledning til hæmatom og re-operation, uden at dette skyldes at proceduren ikke har levet op til ESS .

Re-operationskrævende blødning efter brystoperationer optræder efter i størrelsesorden 1 — 4 % af operationerne.

Det er min vurdering, at der er tale om en hændelig komplikation til indgrebet på højre bryst.

I efterforløbet var patienten indlagt i plastikkirurgisk afdeling, hvor man 10.05.2011 beskrev epidermolyse på en hudlap.

Epidermolyse, at overhuden løsner sig, kan være et tegn på nekrose (vævsdød) i hudlappen. Når dette optræder vil man oftest se situationen an - evt. over mange dage - for at se hvordan tilstanden udvikler sig:

Dels vedrørende dybden af nekrosen: Om det forbliver som en overfladisk forandring, som oftest vil hele op af sig selv, eller om der kommer tegn på at nekrosen går i dybden og omfatter hele hudlappens tykkelse, i hvilket fald der skal foretages kirurgisk revision (bortskæring af nekrosen).

Dels vedrørende udbredelsen / størrelsen af det nekrotiske område; - man afventer at det demarkerer (afgrænser) sig, således at man præcist kan bortskære det døde væv, og ikke mere end akkurat nødvendigt.

Ofte er sådanne nekroser/randnekroser lokaliserede kun på den ene af den to rande som udgør det sammensyede sår, men det er ikke specificeret i aktuelle sag.

I den efterfølgende uge er der i sygeplejenotaterne beskrevet mørkfarvning af lappen, og 17.05.2011 fremgår, at der er manifest nekrose, som planlægges opereret 24.05.2011

Der er i de foreliggende papirer ingen lægenotater fra denne periode, men jeg formoder at der er tale om en inkomplet udskrift? Der er således ingen præcis beskrivelse af nekrosens lokalisation eller størrelse .

Vedrørende årsag til nekrosen er der formentlig tale om dårlig blodforsyning til de tynde hudlapper, hvilket ses som en hædelig komplikation til et i øvrigt velindiceret indgreb, hos få procent af denne type patienter. Teoretisk kan infektion være en medvirkende årsag, men klinisk var der i dette tilfælde ikke tegn på infektion på dette tidlige tidspunkt i forløbet.

Med forbehold for den plastikkirurgiske konsultents vurdering af indikation og eventuelle kontraindikationer for rekonstruktion (jfr. ovenstående), er det umiddelbart min vurdering at fremkomsten af nekrose var en hædelig komplikation til indgrebet på venstre bryst.

Patienten re-opereres 24.05.2011, hvor nekrosen bortskæres, ekspanderer fjernes, feltet oprenses. Der tildannes en hud-muskellap (latissimus dorsi-lap) fra ryggen, og denne fastsys i huddefekten på brystet. Forinden er ekspanderer (ny ekspander?) genplaceret. Der er givet antibiotikum (Dicillin) per- og postoperativt

Det synes ikke at være tale om oplagt infektion i feltet. Det fremgår ikke om der er noget fra feltet (men det burde være gjort). Nekrosens størrelse, og hudlappernes udseende/tilstand, eller størrelse efter revisionen, er ikke beskrevet. Der er desuden oplagt tale om fejlskrivning i operationsbeskrivelsen, som delvist er uforståelig .

Det fremgår af journalnotaterne inden operationen, at man er opmærksom på at patienten skal opereres således at hun hurtigst muligt kan starte kemoterapi.

Plastikkirurgens præoperative overvejelser/notater foreligger ikke.

Der er et notat ved brystkirurg hhv. 17.05.2011 (hvor patienten er til samtale vedrørende mikroskopisvaret fra første operation) og 19.05.2011, hvor det fremgår, at der er konfereret mellem bryst- og plastikkirurg. (PDFfilen p 163f).

Brystkirurgen anfører at "der er planlagt reoperation i kommende uge med latissimus lap." og "Alternativet ville være simpel sårrevision med fjernelse af implantatet men dette ville medføre endnu større delay på adjuverende behandling ."

Jeg er uenig i denne vurdering.

Der tale om en fuldhudsnekrose. Derved er hud-barrieren nedbrudt, og der vil være bakterier i feltet. Det kan være en smagssag om man i denne situation taler om kolonisation, eller om en eller anden grad af subklinisk infektion i operationsfeltet, som omfatter feltet som implantatet ligger i.

Dette felt kan ikke steriliseres ved oprensning under operationen. Selvom man udskifter implantatet til et nyt, sterilt implantat, vil det blive placeret i et inficeret felt, og derved straks blive inficeret. Infektion omkring implantater (og andre fremmedlegemer) er uhyre svære at behandle, kræver langvarig behandling i de tilfælde hvor det lykkes, og ofte slår behandlingen fejl.

I denne situation, hvor patienten skal hele hurtigst muligt af hensyn til efterbehandling, bør man foretage det simpleste og sikreste indgreb, hvilket i mine øjne er en sim-

pel revision af nekrosen, fjernelse af implantatet, og simpel sammensyning af såret over dræn.

Herved går rekonstruktionen desværre tabt, og arret blive måske uskønt, men metoden er den sikreste med hensyn til at opnå heling.

I det aktuelle tilfælde er nekrosens størrelse ikke beskrevet. Hvis der var tale om en stor nekrose, bliver der tale om en stor defekt som skal lukkes, hvilket kan være et problem. Udgangspunktet var dog et stort bryst, og derfor en rigelig hud, og efter fjernelsen af implantatet ville der i de fleste tilfælde kunne opnås primær lukning med passende mobilisering af huden. Om der i visse situationer kunne blive brug for at tilføre hud i form af en hud-/svinglap (evt. i form af latissimus lap?) **må vurderes af den plastikkirurgiske konsulent.**

Set fra et brystkirurgisk synspunkt var det ikke i overensstemmelse med ESS at man 24.05.2011 bevarede rekonstruktionen. Som sagen fremstår, var anlæggelse af latissimus lappen betinget af at rekonstruktionen skulle bevares, og som udgangspunkt derfor heller ikke i overensstemmelse med ESS.

Det er efter min vurdering overvejende sandsynligt, at såret var helet ukompliceret i løbet af 2-3 uger, hvis ovennævnte simpleste indgreb var foretaget. Patienten var herved blevet sparet for et langvarigt forløb, flere re-operationer, forsinket start på kemoterapi, og for en del af de kroniske gener som nu er til stede.

Dette spørgsmål skal også vurderes af den plastikkirurgiske konsulent.

....

Jeg mener at der er tale om et fejlskøn 28.06.2011, og at behandlingen denne dag ikke er i overensstemmelse med ESS: En dyb infektion opstået omkring et implantat, hvor der er revideret nekroser og belægninger i dybden, er ikke overstået efter 3 dages behandling, uanset defekten måske ser ud til at være uden infektion. Man burde denne dag have startet anden antibiotisk behandling, til erstatning for vancomycin.

.....

De forventelige forløb efter ukomplicerede operationer ville hos denne patient have været:

Simpel mastektomi med SN, uden rekonstruktion (og uden modsidigt indgreb):
2-3 ugers sygemelding efter operation, hvorefter patienten ville have været klar til at kemoterapi kunne begyndes ca. 4 uger efter operationen — afhængigt af evt. ventetid i onkologisk regi.

Subcutan mastektomi med SN, med ekspander-rekonstruktion og modsidig plastik:
3-4 ugers sygemelding efter operationen, hvorefter patienten ville have været klar til at kemoterapi kunne begyndes ca. 5 uger efter operationen — afhængigt af evt. ventetid i onkologisk regi.

I efterforløbet ambulante besøg i forbindelse med påfyldning på ekspanderen (under kemoterapi), og efterfølgende (efter kemoterapi) udskiftningsoperation og færdiggørelse af rekonstruktionen.

Hvis man havde fjernet implantatet ved reoperation 24.05.2011:

Subcutan mastektomi med SN, ekspander-rekonstruktion og modsidig plastik
03.05.2011. Reoperation

24.05.2011 med revision af nekroser og fjernelse af implantat:

Ca. 2 - 3 ugers sygdomsmeddeling efter reoperationen, og patienten havde været klar til kemoterapi ca. 7 uger efter den primære operation - afhængigt af evt. ventetid i onkologisk regi.

....

Patienten har en række gener i form af smerter, bevæge- og funktionsindskrænkninger, føleforstyrrelser og strammende ar, som beskrevet af ortopædkirurgen .

Der er oplyst at patienten har en forudbestående piskesmældslæsion som har bevirket nakke og rygproblemer, og for hvilken patienten tidligere er tilkendt en mén-godtgørelse og flexjob-ordning. Det anføres at alle de ovenfor beskrevne gener er nyttilkomne i forhold til det tidligere traume.

Det er desværre ret hyppigt, at patienter får kroniske gener efter behandling for brystkræft.

2-3 år efter operationen rapporterer danske kvinder som har fået foretaget mastektomi, SN og kemoterapi, at 36 % har kroniske smerter, hvoraf 45 % i moderat grad og 13 % i svær grad. 26 % rapporterer en eller anden grad af "functional impairment". (Gärtner et al, JAMA 2009;302(18):1985-92 Gärtner et al, The Breast 2010;19:506-

Det er vist, at rekonstruktion med protese ikke øger forekomsten af kroniske smerter (Klit et al. JPRAS 2013;66(12):1652-8)

Det er min vurdering at patienten har væsentligt mere udtalte kroniske gener end man sædvanligvis ser efter mastektomi - med eller uden rekonstruktion. Også betydeligt flere gener end der ses, hvor operationerne har været kompliceret af nekroser og/eller infektion.

Det er min vurdering, at de øgede gener med overvejende sandsynlighed skyldes de svære og langvarige komplikationer, som efter min vurdering med overvejende sandsynlig skyldes at forløbet ikke har været håndteret i overensstemmelse med ESS.

Såfremt Ankenævnet er enig i min vurdering, vil jeg mene at der er basis for at tilkende ménerstatning for det mer-mén som de øgede gener udgør i forhold til de forventelige gener efter brystkræftbehandling .

- - - - -

Det fremgår, at det kosmetiske resultat er dårligt.

De fotos der ligger i sagen svarer til beskrivelsen fra plastikkirurgen i By 1, hvor patienten har været til vurdering 02.10.2014 (PDF-filen, p 344).

Jeg kan ikke på baggrund af billederne tage stilling til udseendet af højre bryst.

Såfremt der primært var foretaget simpel mastektomi med SN, uden rekonstruktion (og uden modsidigt indgreb) ville der have været tale om "tab af bryst" som følge af grundsygdommen, og med overvejende sandsynlighed med en rimeligt udseende brystvæg med ar, men jævn og uden ar på ryggen. Der ville have været mulighed for sekundærrekonstruktion.

Man foretog subcutan mastektomi med SN, med ekspander-rekonstruktion og modsidig plastik. Såfremt man 24.05.2011 havde opereret med revision af nekroser og fjernelse af implantat, ville der have været tale om tab af bryst, og med overvejende sandsynlighed med en rimeligt udseende brystvæg med ar, men jævn og uden ar på ryg-

gen. Der ville dog nok have været tale om et lidt mere ujævnt ar/område, og med mere adhærent væv. Der ville have været mulighed for sekundær rekonstruktion.

I den aktuelle situation er der tale om tab af bryst, men med et meget uskønt ar som dels er udtyndet og fastsiddende på ribbenene svarende til delhudstransplantatet, dels fortykket, uregelmæssigt og adhærent svarende til latissimus lappen på brystet, med fortykkelse svarende til latissimus lappen på sidefladen af brystkassen, og med breddeøget ar på ryggen. Jeg vurderer, at plastikkirurgen er meget pessimistisk vedrørende mulighederne for sekundær rekonstruktion.

Plastikkirurgen omtaler mulighed for lipotransplantation (fedtinjektioner), som ganske vist kan anvendes i rekonstruktivt øjemed, men i den aktuelle situation snarere tænkes udført for at "blødgøre" arvæv, løsne sammenvoksninger, gøre feltet jævner og mindske smerterne.

Jeg skal ikke forudskikke Ankenævnets afgørelse, men som jeg ser sagen, ville der under alle omstændigheder have været tale om tab af brystet.

Hvis man er enig i min vurdering, at nekrosen var en hændelig komplikation, men at håndteringen ikke var i h.h.t. ESS, **vil jeg mene, at der er tale om mén som bør bedømmes som vansir, under punkt H4 i Méntabellen (større ar på kroppen).**

Hvis Ankenævnet vurderer komplikationen (nekrosen) som sjælden eller mere alvorlig end patienten med rimelighed må tåle under hensyn til grundsygdommen, kan der — som jeg ser det — **blive tale om mén som bedømmes som vansir, under punkt H5 i Méntabellen (tab af kvindebryst).**

Vedrørende evt. erhvervsevnetab.

Patientens gener og de objektive fund er beskrevet af ortopædkirurg 27.01.2015 (PDF-filen, p263ff). Det beskrives, at patienten pga. smerter og funktionsindskrænkning er begrænset i udførelsen af vanlige huslige opgaver i hjemmet, ikke kan muge ud i stalden, mv.

Der beskrives desuden gener fra nakken, men af sammenhængen hvori de er beskrevet, fremgår (min fortolkning /i/) at de relateres til piskesmældslæsionen, som tidligere er omtalt. Det er anført, at disse gener besværliggør pasning af arbejde som kontorassistent, med det er ikke nærmere specificeret. Patienten er med andre ord svært generet i sin hverdag, men det er ikke specificeret i hvilken grad generne herudover påvirker hendes erhvervsarbejde, og jeg kan ikke bedømme det nærmere. Jeg kan heller ikke forudse hvorledes generne måtte udvikle sig, og eventuelt påvirke erhvervsevnen i fremtiden. Det er anført, at hun i februar 2012 har genoptaget sit vanlige flex-job. ..."

Den 8. september 2016 traf Ankenævnet for Patienterstatningen afgørelse i sagen. Af afgørelse fremgår:

" ...

AFGØRELSE

Ankenævnet for Patienterstatningen er ikke enig i Patienterstatningens afgørelse 23. oktober 2015, som derfor ændres for så vidt angår opgørelsen af det varige mén.

A er påført et varigt mén på i alt 8 procent. Godtgørelsen for varigt mén udgør 65.072 kr. Beløbet tillægges renter fra den 25. april 2015.

Ankenævnet er enig i Patienterstatningens afgørelser for så vidt angår de øvrige godtgørelses- og erstatningsposter, som derfor ikke ændres.

Ankenævnets afgørelse uddybes i afsnittet "Begrundelse for afgørelsen" nedenfor.

....

Bemærkninger fra sagens parter

A (klager)

A har klaget over Patienterstatningens afgørelser af 30. januar 2015, 10. marts 2015 og 23. oktober 2015.

Klagen vedrører fastsættelsen af erstatningen for den behandlingsskade, A blev påført på Behandlingssted 1.

A mener, at hun har ret til en højere godtgørelse for svie og smerte, da hun var sygemeldt frem til den 31. januar 2012.

Hun mener desuden, at hun har ret til erstatning for helbredelsesudgifter og andet tabt herunder på grund af at hun har været nødsaget til at anskaffe sig en bil med automatgear. Derudover mener A, at hun har ret til godtgørelse for varigt mén.

For så vidt angår behandlingen af sit højre bryst, mener A, at hun også er påført en skade i den forbindelse. Der er tale om en skade, som både er sjælden og alvorlig, hvorfor hun har ret til erstatning.

....

Begrundelse for afgørelsen

Vedrørende behandlingen af venstre bryst:

Erstatning for en behandlingsskade fastsættes efter reglerne i erstatningsansvarsloven. Det følger af § 24, stk. 1, i klage- og erstatningsloven.

Ankenævnet finder grundlag for at tilkende A godtgørelse for varigt mén

Til de erstatningsposter, A har klaget over, bemærker ankenævnet følgende:

Helbredelsesudgifter

....

Det er ligeledes ankenævnets vurdering, at udgifterne til en bil med automatgear ikke med overvejende sandsynlighed skyldes behandlingsskaden. Der kan således ikke ydes erstatning for anskaffelse af en sådan.

Svie og smerte

Ankenævnet vurderer, at A har ret til at få godtgørelse for svie og smerte som følge af behandlingsskaden. Det følger af § 3 i erstatningsansvarsloven.

Godtgørelsen kan kun gives for perioden fra den 8. juni 2011 til den 26. september 2011.

Ankenævnet er opmærksom på, at A var sygemeldt fra sit arbejde efter denne periode. Den fortsatte sygeperiode var dog betinget af behandlingen med kemoterapi, som A skulle have haft under alle omstændigheder. Der er således ikke tale om en sygemelding som følge af behandlingsskaden, hvorfor der ikke kan ydes godtgørelse for den efterfølgende periode.

Ankenævnet er enig i, at behandlingen med kemoterapi blev forsinket, men ankenævnet vurderer, at forsinkelsen af iværksættelsen ikke har haft indflydelse på virkningen af behandlingen med kemoterapi.

Varigt mén

Ankenævnet vurderer at As varige mén efter behandlingsskaden udgør i alt 8 procent efter § 4 i erstatningsansvarsloven.

Der er dermed grundlag for at tilkende godtgørelse for varigt mén.

Som anført under afsnittet om helbredelsesudgifter er det ganske hyppigt, at patienter efter behandling for brystkræft udvikler kroniske smerter. Ankenævnet vurderer dog, at A har væsentligt mere udtalte kroniske gener, end man sædvanligvis ser efter en operation for brystkræft. Generne er endvidere forøgede i forhold til hvad der normalt ses efter et kompliceret forløb med infektion.

Generne i form af øgede smerter, føleforstyrrelser, strammende ar, skæmmende arvævsdannelse og funktionsindskrænkninger skyldes med overvejende sandsynlighed behandlingsskaden.

Disse gener berettiger til en godtgørelse for varigt mén på skønsmæssigt 8 procent.
...

Tabt arbejdsfortjeneste og erhvervsevnetab

Ankenævnet er enig med Patienterstatningen i, at A ikke har ret til erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og erhvervsevnetab som følge af behandlingsskaden. Det følger af §§ 2 og 5 i erstatningsansvarsloven.

Ankenævnet lægger vægt på, at A modtog fuld løn under sit sygeforløb, og at hun den 1. februar 2012 genoptog sit arbejde.

A er efter det oplyste nu gået ned i tid og arbejder således kun 12 timer om ugen i stedet for 15. Det er dog ikke dokumenteret, at dette har medført et varigt løntab på over 15 procent, hvorfor der ikke er grundlag for at yde erstatning for erhvervsevnetab.

Vedrørende behandlingen af højre bryst:

Ankenævnet er enig i, at A ikke har ret til erstatning for blødningen og den deraf følgende re-operation i højre bryst efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, og 4. Ankenævnet begrundet dog sin afgørelse på en anden måde end Patienterstatningen.

Ankenævnet bemærker følgende:

A er med overvejende sandsynlighed påført en skade i form af en re-operation af højre bryst som følge af operationen den 3. maj 2011.

Efter ankenævnets vurdering blev operationen udført, som en erfaren specialist på det pågældende område ville have gjort under de givne forhold.

Der var lægeligt grundlag for at udføre operationen, idet A havde forstadier til kræft i sit venstre bryst. Det er i overensstemmelse med de nationale retningslinjer, at patienten i dette tilfælde bliver tilbudt rekonstruktion af brystet samt korrektion af det modsatte bryst for at skabe størst mulig symmetri.

Ankenævnet vurderer, at As rygning og ernæringsmæssige tilstand ikke udgjorde en sådan risikofaktor, at man ikke burde have foretaget operationen med korrektion af det raske bryst.

Korrektionen af det modsatte bryst kan ske både i forbindelse med rekonstruktionen af det syge bryst eller på et senere tidspunkt.

A blev opereret i 2011, og på dette tidspunkt var det i overensstemmelse med praksis, at man samtidig med rekonstruktionen af det syge bryst foretog korrektion af det raske, hvorfor operationen den 3. maj 2011 har levet op til den standard, der kan forventes af en erfaren specialist.

Der opstod alligevel en skade i form blodansamling i højre bryst, som bevirkede, at A senere samme dag måtte re-opereres. Dette er en hændelig komplikation til operationen, som kan opstå, selvom behandlingen er udført korrekt.

Ankenævnet vurderer, at skaden ikke er tilstrækkelig sjælden til, at den giver ret til erstatning efter lovens Det skyldes, at denne komplikation sker i mere end 2 procent af de tilfælde, hvor man foretager brystløft eller brystreduktion. Komplikationen forekommer i helt op til 8 % af tilfældene og er således et velkendt fænomen.

De gener, som A har efter re-operationen i højre bryst, er efter ankenævnets vurdering heller ikke mere omfattende, end hvad hun med rimelighed mg tåle,

Der er derfor ikke grundlag for at yde erstatning som følge af behandlingen af højre bryst.

..."

Der har været fremlagt mail af 27. april 2017, hvor afdelingsleder G fra Kommune 1 oplyser, at A er gået fra 15 timer pr. uge til 12 timer pr. uge.

Retslægerådet har under sagens behandling besvaret spørgsmål den 21. august 2018 og den 27. september 2019.

Af Retslægerådets udtalelse af 21. august 2018 fremgår:

" ...

Spørgsmål 1:

Den 3. maj 2011 blev der foretaget primær rekonstruktion af sagsøgers venstre bryst, med tilhørende korrektion af sagsøgers højre bryst. Det er angivet i det lægelige materiale, at sagsøger var ryger, og at hendes BMI var på 32.

Retslægerådet bedes oplyse, om disse forhold var kontra indicerende for at tilbyde primær rekonstruktion af sagsøgers venstre bryst, med tilhørende korrektion af højre bryst?

Retslægerådet bedes vurdere spørgsmålet ud fra den medicinske og videnskabelige viden og indsigt på tidspunktet for operationen den 3. maj 2011.

Behandlingen af sagsøgers grundsygdom var mastektomi og sentinel node biopsi. I tilfælde hvor mastektomi er indiceret, tilbydes rekonstruktion, hvis der ikke er kontraindikation, ligesom det diskuteres at foretage et symmetriskabende indgreb kontralateralt. Såvel rekonstruktion som symmetriskabende indgreb kan gøres primært eller sekundært. Rygning og overvægt udgør ikke absolut kontraindikation, men øger risikoen for komplikationer. Sagsøger bør informeres om de forskellige muligheder for sådanne korrektive indgreb og den derved forbundne risiko således, at sagsøger kan træffe et valg. Det fremgår af journalnotater af den 05.04.2011 og 08.04.2011, at sagsøger er informeret om sine valgmuligheder og de forbundne risici, samt at sagsøger efter betænkningstid valgte umiddelbar rekonstruktion på venstre side og reduktion og løft på højre side. Retslægerådet mangler forudsætning for at vurdere, om den givne information omkring operative muligheder og risici har været adækvat.

Spørgsmål 2:

Såfremt spørgsmål 1 besvares bekræftende, bedes Retslægerådet oplyse, om der efter rådets opfattelse i stedet burde have været tilbudt sekundær rekonstruktion, med krav om tobaksabstiniens og/eller vægttab som betingelse for sekundær rekonstruktion?

Retslægerådet bedes vurdere spørgsmålet ud fra den medicinske og videnskabelige viden og indsigt på tidspunktet for operationen den 3. maj 2011.

Spørgsmålet bortfalder.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet bedes oplyse, om korrektionen af sagsøgers højre bryst burde have afventet resultatet af rekonstruktionen af sagsøgers venstre bryst?

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Retslægerådet bedes vurdere spørgsmålet ud fra den medicinske og videnskabelige viden og indsigt på tidspunktet for operationen den 3. maj 2011.

Det er alment anerkendt praksis, at man ved brystreduktion stræber efter symmetri. Ofte indebærer dette reduktion af det kontralaterale bryst. Dette er ikke indiceret som del af kræftbehandlingen, men er et tilbud, som aftales mellem plastikkirurg og patient. Hvis patienten ønsker det, kan man afvente resultatet af rekonstruktionen.

Spørgsmål 4:

Det er den 24. juni 2011 noteret, at der er dyrket bakterien enterococcusfaecium i såret på venstre bryst.

Retslægerådet bedes oplyse, hvor længe denne bakterie efter Retslægerådets opfattelse må antages at have været til stede før den 24. juni 2011?

Bakterien *Enterococcus faecium* blev påvist i 1 af 2 vævsprøver, som blev sendt til dyrkning i forbindelse med operationen den 22.06.2011. Det er ikke muligt at vurdere, hvor lang tid bakterien har været til stede forud for denne dato, dels fordi der ikke er foretaget dyrkninger før 22.06.2011, dels fordi der ikke er beskrevet entydige tegn på sårinfektion i ugerne forud. Sagsøger blev i tiden forud for den 22.06.2011 behandlet med diverse antibiotika, herunder penicillin, dicloxacillin (Dicillin) og cefuroxim (Zinacef). *Enterococcus faecium* er en lavpatogen bakterie, som kun sjældent er årsag til sårinfektion. Den er resistent overfor alle de tre nævnte typer af antibiotika og må derfor opfattes som et sekundært kolonisationsfund snarere end en egentlig årsag til infektion.

Spørgsmål 5:

Retslægerådet bedes oplyse, om der efter rådets opfattelse blev foretaget tilstrækkelige og relevante mikrobiologiske undersøgelser af såret i venstre bryst før den 24. maj 2011?

Det fremgår af det fremsendte materiale, at sagsøger i tiden forud for den 24.05.2011 i lange perioder var i behandling med diverse antibiotika, herunder Dicillin og Zinacef. Det fremgår indirekte, at der helt overvejende var tale om forebyggende behandling mod sårinfektion. De anvendte antibiotika giver primært dække mod stafylokokker, som ville være den mest sandsynlige årsag til sårinfektion. Samtidig er der ikke i journalnotaterne beskrevet entydige tegn på sårinfektion. På det grundlag finder Retslægerådet ikke, at der er handlet ukorrekt ved ikke at foretage mikrobiologiske undersøgelser af såret i venstre bryst før den 24.05.2011.

Spørgsmål 6:

*I forlængelse af besvarelsen af spørgsmål 4-5 bedes Retslægerådet oplyse, hvilken betydning tilstedeværelsen af bakterien *enterococcus faecium* har haft for sagsøgers behandlingsforløb, herunder om tilstedeværelsen af bakterien har været en medvirkende årsag til udviklingen af bl.a. nekroser og/eller omfanget af disse?*

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 7.

Spørgsmål 7:

I forlængelse af besvarelsen af spørgsmål 6 bedes Retslægerådet oplyse, om sagsøgers infektioner og komplikationer til behandlingen, samt gener og skæmmende ar hidrørende fra rekonstruktionen med latissimus-lap, med overvejende sandsynlighed (dvs. med en sandsynlighed på mere end 50 %) helt eller delvist kunne have været undgået ved tidligere behandling af bakterien?

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Retslægerådet vurderer, at nekrose og de deraf afledte problemer primært er opstået som følge af dårlig blodforsyning i såret, og at den påviste *Enterococcus faecium* kun har spillet en underordnet rolle. Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 4 og 5.

Spørgsmål 8:

Retslægerådet bedes oplyse, med hvilken hyppighed et behandlingsforløb som sagsøgers optræder, med alle tilhørende komplikationer og infektioner, i form af blandt andet blødning i højre bryst med tilhørende re-operation, re-operationer af det venstre bryst, sårinfektioner, smerter, føleforstyrrelser, strammende ar, skæmmende arvævsdannelse og funktionsindskrænkninger, da rekonstruktionen startede, under hensyn til hendes alder, symptomer, sygehistorik mv.

Der spørges således til den konkrete risiko i As tilfælde, på tidspunktet for behandlingens start, og ikke til en generel risikovurdering.

Retslægerådet bedes oplyse, om risikoen for et sådant forløb, på tidspunktet for behandlingens start, var over eller under 2 %?

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål C, D, E og 9.

Spørgsmål 9:

Retslægerådet bedes oplyse, med hvilken hyppighed et behandlingsforløb som sagsøgers optræder, efter en manifest nekrose i venstre bryst, med alle tilhørende komplikationer og infektioner, i form af blandt re-operationer af det venstre bryst, sårinfektioner, smerter, føleforstyrrelser, strammende ar, skæmmende arvævsdannelse og funktionsindskrænkninger, da rekonstruktionen startede, under hensyn til hendes alder, symptomer, sygehistorik mv.

Der spørges således til den konkrete risiko i As tilfælde, på tidspunktet for behandlingens start, og ikke til en generel risikovurdering.

Retslægerådet bedes oplyse, om risikoen for et sådant forløb, på tidspunktet for behandlingens start, var over eller under 2 %?

Det bemærkes at der, i forhold til spørgsmål 8, alene spørges om hyppigheden uden inddragelse af blødningen i højre bryst med behov for re-operation,

Retslægerådet kan ikke besvare spørgsmålet sådan, som det er stillet, da al risikovurdering bygger på generalisering ud fra historiske patientdata. Det kan dog nævnes, at komplikationsrisikoen ved mastektomi med umiddelbar rekonstruktion konsekvent angives op mod 10 %, og at rygning og overvægt hver for sig øger risikoen.

Spørgsmål 10:

Retslægerådet bedes oplyse, om mastektomien alene, med overvejende sandsynlighed (dvs. med en sandsynlighed på mere end 50 %), helbredte A for hendes kræftsygdom?

Behandlingen af brystkræft består af operation og medicinsk efterbehandling. Det kan ikke forudsiges hvilke patienter, der ikke har gavn af den medicinske behandling. Der henvises også til besvarelsen af spørgsmål F.

Spørgsmål 11:

Retslægerådet bedes i forlængelse af besvarelsen af spørgsmål 9 oplyse, om sagsøger var helbredt for sin kræftsygdom på det tidspunkt, hvor den plastikkirurgiske del af operationen den 3. maj 2011, med rekonstruktion af hendes venstre bryst påbegyndtes?

Anses besvaret under spørgsmål 10.

Spørgsmål 12:

Retslægerådet bedes oplyse, om der ved den plastikkirurgiske rekonstruktion afdel venstre bryst, efter gennemførelsen af mastektomien, var kurative elementer i forhold til behandlingen af sagsøgers kræftsygdom?

Anses besvaret under spørgsmål 1.

Spørgsmål 13:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Spørgsmål A:

Retslægerådet bedes vurdere, om behandlingen i perioden den 3. maj 2011 og frem til den 23. maj 2011 var i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Behandlingen i perioden 03.05.2011 — 23.05.2011 var i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer. Der kan henvises til DBCG's retningslinjer: "<http://www.dbcg.dk/>".

Spørgsmål B:

Såfremt Retslægerådet i spørgsmål A vurderer, at behandlingen i denne periode ikke var i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer bedes Retslægerådet vurdere, hvilke midlertidige/varige følger/gener A blev påført som følge af behandlingen.

Spørgsmålet bortfalder.

Spørgsmål C:

Retslægerådet bedes oplyse, om As blødning i højre bryst kort tid efter operationen den 3. maj 2011 er følge af:

- 1) en hændelig komplikation til operationen den 3. maj 2011, eller
- 2) det/de forhold, der medførte at behandlingen den 3. maj 2011 evt. ikke var i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer, jf. svaret på spørgsmål A, eller
- 3) andre forhold

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

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Blødningen i højre bryst var en hændelig komplikation. Al kirurgi er forbundet med en risiko for en postoperativ blødning.

Spørgsmål D:

Retslægerådet bedes oplyse, hvor hyppigt (anført i procent), der opstår komplikationer i form af blødning/blodansamling (hæmatom) med behov for re-operation samme dag efter en rekonstruktion (brystløft/brystreduktion), som den A fik den 3. maj 2011 i højre bryst?

I et materiale over alle brystbevarende operationer i Danmark i perioden 1996-2008 indtraf reoperationskrævende postoperativ blødning i 2,5 % af tilfældene. Den operation, sagsøger fik i sit højre bryst, svarer i omfatning til et brystbevarende indgreb.

Spørgsmål E:

Retslægerådet bedes vurdere, om og eventuelt hvor meget risikoen/hyppigheden (anført i procent) i spørgsmål D stiger, når der er tale om en patient, som ryger og som er overvægtig?

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Fedtvæv er dårligere cirkuleret end andet bløddelsvæv, og ved rygning er der nedsat cirkulation især i hudens mindre blodkar. Der er ikke holdepunkter for, at blødningsrisikoen stiger ved overvægt og/eller rygning.

Spørgsmål F:

Retslægerådet bedes vurdere, hvad As overlevelsesprognose var forud for operationen den 3. maj 2011, dvs. hvis venstre bryst ikke var blevet fjernet.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Skønnede tal for 10 års overlevelse med operation alene er 92 %. Uden operation vil sygdommen forløbe dødeligt, også selvom der gives medicinsk behandling, 10 års overlevelse vurderes i et sådant tilfælde til at være væsentligt under 50 %.

Spørgsmål G:

Retslægerådet bedes vurdere, hvad As overlevelsesprognose var efter operationen den 3. maj 2011, hvor man havde fjernet venstre bryst, herunder hvilken betydning den efterfølgende kemobehandling havde for hendes prognose.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Det skønnes, at 10-års overlevelsen efter fjernelse af venstre bryst ville være 92 % med operation alene. Sagsøger fik efterfølgende adjuverende kemoterapi og Herceptin, hvilket øger overlevelsen med ca. 2 %. Patienten fik også antihormon behandling med Tamoxifen, som søger overlevelsen yderligere med ca. 2 %.

Spørgsmål H:

Retslægerådet bedes vurdere, om det var i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer, at man efterfølgende valgte at iværksætte kemobehandling?

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Det er i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer at give den valgte postoperative adjuverende behandling med kemoterapi samt Herceptin grundet, at tumor var positiv for biomarkøren HER2, samt antihormonbehandling med Tamoxifen grundet, at tumor var positiv for østrogen receptor.

Spørgsmål I:

Retslægerådet bedes oplyse, om operationen den 3. maj 2011, hvor man foretog en fjernelse af venstre bryst, og samtidigt foretog en rekonstruktion af venstre bryst og brystløft/brystreduktion af højre bryst i plastikkirurgiske regi, er sket tidsmæssig samtidigt og i en og samme operation?

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Ved operationen den 03.05.2011 foretog brystkirurgen sentinel nodebiopsi og fjernelse af venstre bryst. I direkte fortsættelse af dette foretog plastikkirurgen rekonstruktion af venstre bryst og symmetriskabende brystløft på højre side.

Spørgsmål J:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger .

Nej.

..."

Af Retslægerådets udtalelse af 27. september 2019 fremgår:

" ...

Spørgsmål 14:

Retslægerådet har ved besvarelsen af spørgsmål 9 angivet, at risikoen for komplikationer ved mastektomi med umiddelbar rekonstruktion er 10 %.

Retslægerådet bedes oplyse, hvor hyppigt (anført i procent), der efter mastektomi med rekonstruktion opstår komplikationer i form af manifest nekrose, med behov for re-operation med latissimuslap, som den A fik den 24. maj 2011?

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Der findes ikke en vedtagen tabel, hvori man kan slå oplysninger op om forekomst af komplikationer. Sådanne varierer uhyre meget i den internationale videnskabelige litteratur. Dette kan skyldes flere forhold: De involverede kirurgers erfaringer og kompetencer, operationsmetoder, de involverede patienters helbredsstatus, BMI, bryststørrelse, rygestatus, alder med videre. Generelt eksisterer et vist publikationsbias, således at de gode resultater har større sandsynlighed for at blive publiceret end de dårlige.

Det er ikke muligt at fastsætte en mere præcis risikoprocent for de i disse spørgsmål angivne delprocedurer.

Spørgsmål 15:

Retslægerådet bedes oplyse, hvor hyppigt (anført i procent), der efter operation af manifest nekrose, opstår komplikationer i form af sårhelingsproblemer, med behov for re-operation med korrektion af ar, som den A fik den 9. juni 2011?

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 14.

Spørgsmål 16:

Retslægerådet bedes oplyse, hvor hyppigt (anført i procent), der efter mastektomi med rekonstruktion opstår komplikationer i form af "defekt" med behov for re-operation med revision af defekt med fjernelse af implantat, som den A fik den 22. juni 2011?

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 14.

Spørgsmål 17:

Retslægerådet bedes oplyse, hvor hyppigt (anført i procent), det efter re-operation forekommer, at et sår ikke er tilstrækkeligt syet sammen, med den konsekvens at der er behov for re-operation med transplantation af hud fra låret, som den A fik den 11. juli 2011.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Der er ikke tale om en utilstrækkelig sammensyning, men om at der efter vævsdød (nekrose) ikke var tilstrækkeligt huddækket væv til at lukke hele såret, hvorfor hudtransplantation var nødvendigt.

Spørgsmål 18:

Retslægerådet bedes i forlængelse af besvarelsen af spørgsmål 9, spørgsmål D samt spørgsmål 14-17 oplyse, hvor hyppigt (anført i procent) følgende forløb og komplikationer opstår, efter mastektomi med rekonstruktion og samtidig korrektion af det modsatte bryst:

- Blødning fra det modsatte bryst
- Manifest nekrose med behov for re-operation med latissimuslap
- Sårhelingsproblemer efter re-operation med latissimuslap
- Re-operation med revision af defekt og med fjernelse af implantat
- Utilstrækkelig sammensyning med behov for re-operation med transplantation af hud fra låret.

Såfremt spørgsmålet vanskeligt lader sig besvare med en konkret procentsats, bedes Retslægerådet oplyse, om komplikationer af et sådant omfang, efter Retslægerådets bedste skøn, opstår i over eller under 2 % af alle tilfælde af mastektomi med rekonstruktion og samtidig korrektion af det modsatte bryst?

Det er ikke muligt at finde præcis ovenstående scenarie beskrevet i litteraturen. Der henvises i øvrigt til besvarelsen af spørgsmål 1.

Spørgsmål 19:

Retslægerådet bedes i forlængelse af besvarelsen af spørgsmål 9, spørgsmål D samt spørgsmål 14-17 oplyse, hvor hyppigt (anført i procent) følgende forløb og komplikationer opstår, efter mastektomi med rekonstruktion:

- Manifest nekrose med behov for re-operation med latissimuslap
- Sårhelingsproblemer efter re-operation med latissimuslap
- Re-operation med revision af defekt og med fjernelse af implantat
- Utilstrækkelig sammensyning med behov for re-operation med transplantation af hud fra låret.

Såfremt spørgsmålet vanskeligt lader sig besvare med en konkret procentsats, bedes Retslægerådet oplyse, om komplikationer af et sådant omfang, efter Retslægerådets bedste skøn, opstår i over eller under 2 % af alle tilfælde af mastektomi med rekonstruktion og samtidig korrektion af det modsatte bryst?

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 18.

Spørgsmål 20:

Retslægerådet har ved besvarelsen af spørgsmål 12 henvist til besvarelsen af spørgsmål 1, hvoraf fremgår, at "behandlingen af sagsøgers grundsygdom var mastektomi med og sentinel node biopsi".

Retslægerådet bedes oplyse, om det er korrekt forstået, at plastikkirurgisk rekonstruktion ikke er behandling af kræft?

Det er korrekt forstået, at plastikkirurgisk rekonstruktion ikke er behandling af kræft. Der kan dog være "gråzone tilfælde", hvor den kirurgiske behandling af kræft medfører, at der dannes en defekt, som må lukkes enten ved et hudtransplantat eller med en lap plastik. I sådanne tilfælde vil man kunne sige, at den plastikkirurgiske rekonstruk-

tion er en del af behandlingen — i modsat fald ville man ikke kunne fjerne kræftknu-
den, men det har ikke været tilfældet her.

Behandling af brystkræft foregår i et multidisciplinært samarbejde og omfatter opera-
tion, og afhængig af sygdommens udbredelse og karakter, medicinsk efterbehandling
og/eller strålebehandling. Dertil indgår som rutine at ved behov tilbydes rekonstruk-
tion og/eller andet symmetriskabende indgreb.

...”

Forklaringer

A har forklaret blandt andet, at hun er uddannet kontorassistent, og at hun siden 2009 har haft et fleksjob hos Kommune 1 som . Hun blev visiteret til fleksjobbet som følge af en rideulykke.

Ulykken medførte et varigt men på 5 procent, og hun har siden haft skulder- og nakkesmerter.

I 2011 fik hun konstateret kræft i det venstre bryst. Hun skulle opereres og blev i den forbindelse tilbudt en symmetriskabende operation af det højre bryst. Det ønskede hun. Lægerne anbefalede hende at få foretaget indgrebene på det kræftramte bryst og det raske bryst under samme operation. Hun blev som alternativ tilbudt operation ad to omgange. Hun valgte at følge lægernes anbefaling og få begge indgreb udført under samme operation. Hverken den omstændighed at hun var ryger eller havde højt BMI blev omtalt i forbindelse hermed.

Operationen blev udført den 3. maj 2011. Efter operationen opstod der komplikationer. Komplikationerne medførte et meget langstrakt og smertefuldt forløb med ikke mindre end syv yderligere operationer til følge. Hun blev ordineret smertestillende, deltog i psykologsamtaler på hospitalet og påbegyndte senere behandling hos fysioterapeut, hvilket dog måtte indstilles som følge af hendes smerter. Hun er meget utilfreds med forløbet, og hun har siden haft betydelige smerter og gener, navnlig i den venstre side af kroppen. Hun er også meget ked af det kosmetiske resultat.

Forud for operationen arbejde hun 15 timer om ugen. Hun genoptog arbejdet, men havde så ondt, at hun ikke kunne koncentrere sig om sine arbejdsopgaver. Hun havde en snak med sin chef, og de blev enige om, at hun skulle gå ned i tid til 12 timer om ugen fordelt med fire timer mandag, tirsdag og torsdag. Det hjælper hende meget, at hun har onsdagen til at hvile sig.

Selvom det er lang tid siden, har hun den dag i dag svært ved at lave mad, købe ind og udføre andre gøremål. Hendes mand har været nødt til at stå for meget af det praktiske, og hun har været meget irritabel og ked af det. Både deres familie- og sexliv er blevet påvirket meget negativt af forløbet. Hun får til stadig-

hed flere smertestillende. I øjeblikket for hun dagligt Tremadol, Panodil, Gabapentin og Lamotrigin. Hun kan ikke køre på cykel, og hun har været nødt til at købe en bil med automatgear, idet hun har så ondt i den venstre side af kroppen, at hun ikke kan holde begge hænder på rattet samtidigt. Hun kan kun holde ved rattet ganske kort tid med venstre hånd, og det gør det svært at skifte gear. Om nødvendigt kan hun dog godt tage korte ture i hendes mands bil, der har manuelt gear, men det gør ondt. Hun har brug for bilen med automatgear for at kunne køre på arbejde.

Parternes synspunkter

A har i sit påstandsdokument anført følgende:

" ...

ARGUMENTATION OG ANBRINGENDER:

Ad påstand I:

De i sagen fremførte anbringender fastholdes.

Når en patient er blevet påført en erstatningsberettigende skade efter lov om klage--- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, følger det af lovens § 24, at godtgørelse og erstatning skal fastsættes efter reglerne i erstatningsansvarsloven.

I medfør af erstatningsansvarslovens § 5, stk. 1, tilkommer der skadelidte erstatning for tab af erhvervsevne, hvis en persons skade har medført en varig nedsættelse af skadelidtes evne til at skaffe sig indtægt ved arbejde.

Til støtte for den nedlagte påstand I gøres det overordnet set gældende, at A er berettiget til erstatning for tab af erhvervsevne, svarende til et varigt tab af erhvervsevne på 20 % jf. erstatningsansvarslovens § 5.

På skadestidspunktet var A ansat i fleksjob på 15 timer om ugen. Som følge af de funktions- og bevægeindskrænkninger, smerter mv., som er en følge af den allerede anerkendte patientskade, og som har medført minimum et varigt mén på 8 %, har A været nødsaget til at gå ned i tid til 12 timer ugentligt.

Det er uden betydning, at hun endnu ikke har oplevet et konkret indtægtstab, svarende til hendes nedsatte evne til at arbejde.

Det følger af dommen UfR.2010.467H, at der ved vurderingen af erhvervsevnetabet skal opstilles en prognose for, hvad skadelidte ville have tjent, hvis skaden ikke var sket, som skal sættes i forhold til prognosen for, hvad skadelidte må antages at ville kunne tjene med skadens følger.

Det er således også skadelidtes fremtidige indtjeningsmuligheder, som skal danne grundlag for vurderingen af tabet af erhvervsevne.

As evne til at skaffe sig indtægt ved arbejde, er varigt nedsat med 20 %, og der tilkommer hende derfor erstatning for tab af erhvervsevne.

Ankenævnet for Patienterstatningen vurderede i afgørelsen af 8. september 2016, at;

"A er efter det oplyste nu gået ned i tid og arbejder således kun 12 timer om ugen i stedet for 15. Det er dog ikke dokumenteret, at dette har medført et varigt løntab på over 15 procent, hvorfor der ikke er grundlag for at yde erstatning for erhvervsevnetab."

I henhold til Højesterets dom af 26. november 2019 er det imidlertid ikke et krav, at der er et aktuelt eller varigt løntab på over 15 procent. Den afgørende vurdering er, om selve evnen til at skaffe sig indtægt ved arbejde er varigt nedsat.

Subsidiær påstand

Til støtte for den subsidiære påstand om hjemvisning gøres det gældende, at måtte retten ved bedømmelsen af sagsøgers påstand IV nå frem til, at den samlede skade skal anerkendes som en erstatningsberettigende patientskade, bør spørgsmålet om erhvervsevnetab vurderes af myndighederne på ny.

Ankenævnet for Patienterstatningen har i afgørelsen af 8. september 2016 lagt til grund, at alene en del af skaden skal anerkendes som erstatningsberettigende. Nævnet har således ikke forholdt sig til, om den samlede skade giver ret til erstatning for tab af erhvervsevne.

Af denne grund bør sagen hjemvises til fornyet behandling, såfremt sagsøger måtte få medhold i påstand IV.

Ad påstand II:

I medfør af erstatningsansvarslovens § 3, stk. 1, ydes der godtgørelse for svie og smerte for hver dag, den skadelidte er syg.

Der anses at være årsagssammenhæng mellem skaden og sygeperioden, hvis skaden har udløst sygeperioden, og hvis skadesfølgerne har været en medvirkende årsag til hele sygeperioden.

Patientskademmyndighederne har vurderet, at den anerkendte patientskade udløste en forlænget sygeperiode fra den 8. juni 2011 frem til og med den 26. september 2011, og har på denne baggrund tilkendt godtgørelse for svie og smerte i denne periode.

A var imidlertid også sygemeldt fra den 27. september 2011 frem til og med 31. januar 2012. I denne periode fik hun dog også forebyggende kemoterapi for hendes grundlidelse.

Patientskademmyndighederne har vurderet, at denne sygeperiode er en del af grundsygdommens uundgåelige følger, og således ikke kan tilskrives den anerkendte patientskade.

Det kan imidlertid lægges til grund, at generne efter patientskaden også var til stede i sygeperioden fra 27. september 2011 frem til og med 31. januar 2012. Patientskadens følger har således været en medvirkende årsag til hele sygeforløbet, og A har som følge heraf ret til godtgørelse for svie og smerte, også i denne periode.

Kravet er opgjort efter tilsvarende principper som ved deltidssygemeldinger og efter praksis med udgangspunkt i ½ takst, dvs. 126 dage x 95 kr.

Subsidiær påstand

Til støtte for den subsidiære påstand om hjemvisning gøres det gældende, at måtte retten ved bedømmelsen af sagsøgers påstand IV nå frem til, at den samlede skade skal anerkendes som en erstatningsberettigende patientskade, bør spørgsmålet om godtgørelse for svie og smerte vurderes af myndighederne på ny.

Ankenævnet for Patienterstatningen har i afgørelsen af 8. september 2016 lagt til grund, at alene en del af skaden skal anerkendes som erstatningsberettigende. Nævnet har således ikke forholdt sig til, om den samlede skade giver ret til yderligere godtgørelse for svie og smerte.

Af denne grund bør sagen hjemvises til fornyet behandling, såfremt sagsøger måtte få medhold i påstand IV.

Ad påstand III:

Til støtte for den nedlagte påstand III gøres det gældende, at sagsøgers gener, som kan tilskrives den allerede anerkendte patientskade, har nødvendiggjort en merudgift til automatgear, for hvilken hun har ret til erstatning i henhold til erstatningsansvarslovens § 1.

Subsidiær påstand

Til støtte for den subsidiære påstand om hjemvisning gøres det gældende, at måtte retten ved bedømmelsen af sagsøgers påstand IV nå frem til, at den samlede skade skal anerkendes som en erstatningsberettigende patientskade, bør spørgsmålet om erstatning for § 1-udgifter vurderes af myndighederne på ny.

Ankenævnet for Patienterstatningen har i afgørelsen af 8. september 2016 lagt til grund, at alene en del af skaden skal anerkendes som erstatningsberettigende. Nævnet har således ikke forholdt sig til, om den samlede skade giver ret til erstatning for § 1-udgifter. Af denne grund bør sagen hjemvises til fornyet behandling, såfremt sagsøger måtte få medhold i påstand IV.

Ad påstand IV:

Påstand IV er udformet således at retten skal tage stilling til, om de skader, som A blev påført under behandlingen på Behandlingssted 1, overstiger det som hun med rimelighed skal tåle.

I lyset af at det er sagsøgtes opfattelse, at højre bryst ikke kan inddrages under vurderingen af den samlede skade, er påstand 4 opdelt således, at den principale påstand vedrører den samlede skade inkl. skaden på højre bryst, mens den subsidiære påstand alene angår den samlede skade relateret til venstre bryst.

Som anført i processkrift af 29. august 2017 vedrørende spørgetema til Retslægerådet, har Ankenævnet for Patienterstatningen anerkendt As skader i for af øgede smerter, føleforstyrrelser, strammende ar og funktionsindskrænkninger, men derimod ikke selve tabet af venstre bryst. Hertil kommer, at blødningen i højre bryst, og re-operationen den 24. maj 2011 samt gener og skæmmende arvæv hidrørende fra rekonstruktionen med latissimus-lap ikke er anerkendt som en erstatningsberettigende patientskade, da disse følger relaterer sig til selve komplikationerne (og ikke alene den forkerte håndtering heraf).

Retten skal således tage stilling til, om As forlængede sygeforløb, øgede smerter, føleforstyrrelser, strammende ar, funktionsindskrænkninger, tab af bryst, blødning i højre bryst, diverse re-operationer, gener og skæmmende ar overstiger det, som hun med rimelighed skal tåle jf. klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4.

Retslægerådets besvarelse

På baggrund af Retslægerådets erklæringer og besvarelsen af spørgsmålene 1 og 20 kan det lægges til grund, at den plastikkirurgiske rekonstruktion, i forbindelse med hvilken skaderne skete, ikke er behandling af brystkræft.

De indtrådte skader har således ikke specifik sammenhæng med behandlingen for brystkræft. Den relative alvor skal herefter vurderes i forhold til en plastikkirurgisk operation.

Retslægerådet har i erklæringerne af 21. august 2018 og 27. september 2019 ikke villet forholde sig til den konkrete sjældenhed men alene anført, at risikoen for komplikationer er op til 10 % samt anført, at post-operativ blødning, som den der opstod i højre bryst, opstår i ca. 2,5 % af tilfældene.

Ankenævnet for Patienterstatningen har ikke forholdt sig til sjældenhedskriteriet i afgørelsen af 8. september 2016 for så vidt angår den samlede skade eller i øvrigt alene til skaderne relateret til venstre bryst.

Det må anses for dokumenteret i sagens bilag 6, 7, 9, 12 og 13, at skaderne og det samlede forløb er sjældent i lovens forstand, uanset om skaden i højre bryst inddrages i vurderingen eller ej.

Det gøres gældende, at der er en sådan indbyrdes sammenhæng mellem skaderne i højre bryst og venstre bryst, at skaderne skal vurderes samlet. Det skal i den forbindelse tillægges betydning, at operationen i højre bryst alene blev foretaget for at skabe symmetri i forhold til det venstre bryst.

Det fremgår blandt andet af lægelig vurdering af 9. oktober 2014 fra overlæge B (bilag 6, side 3, 4. nederste punkt, at;

"Uanset om de plastikkirurgiske beslutninger og operationer har været i overensstemmelse med erfaren specialiststandard, er patientens behandlingsforløb med nekroser, infektion og blødning et langt og sjældent forløb. Det vurderes at færre end 2 % af de patienter, der primært opereres med en subcutan mastektomi og brystrekonstruktion, får samme antal komplikationer og lange forløb som patienten."

Denne vurdering blev tiltrådt af plastikkirurg C ved vurdering af 20. november 2014 (bilag 7).

Patienterstatningen vurderede også i afgørelsen af 30. januar 2015, at komplikationer efter operationen var sjældne i lovens forstand. Dette fremgår af afgørelsens (bilag 9) side 8, 4. nederste afsnit.

Tilsvarende fremgår det af lægelig vurdering af 21. september 2015 fra E (bilag 12, side 6, nederst), at;

"har været udsat for et behandlingsforløb med påførelse af skade, mere omfattende end hvad

patienten med rimelighed må tåle, og haft komplikationer der er mere omfattende end hvad patienten med rimelighed måtte tåle"

Det bemærkes, at sjældenhedsvurderingen i denne sammenhæng er en integreret del af vurderingen, og at hyppigheden af komplikationerne også er inddraget i teksten vedrørende lægekonsulentens overvejelser.

Sammenfatning

I henhold til klage--- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, ydes der erstatning, hvis der i forbindelse med behandling indtræder skade i form af infektioner eller andre komplikationer, der er mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed må tåle.

Der skal ved vurderingen tages hensyn til dels skadens alvor, dels patientens sygdom og helbredstilstand i øvrigt samt til skadens sjældenhed og muligheden for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning.

Der er overordnet set 2 betingelser, som skal være opfyldt, før der ydes erstatning efter lovens § 20, stk. 1, nr. 4.

For det første skal skaden være tilstrækkelig sjælden, hvilket efter praksis anses at være tilfældet, hvis komplikationerne optræder med en hyppighed på under 2 %. For det andet skal skaden være alvorlig set i forhold til patientens grundsygdom.

Det gøres gældende, at der ved vurderingen af sjældenhedskriteriet skal ses på de samlede konkrete komplikationer og infektioner.

Det gøres gældende, at As samlede behandlingsforløb med infektioner såvel som komplikationer opfylder lovens krav om en sjælden og alvorlig skade.

Grundsygdommen var ikke – som anført af patientskademidighederne – en kræftsygdom, men derimod et fjernet bryst, som skulle rekonstrueres. Dette er en afgørende præmis i vurderingen.

Da den kosmetiske del af behandlingen blev påbegyndt, var As kræftsygdom allerede fjernet, og den resterende del af behandlingen, som bestod af en kosmetisk operation, havde ingen specifik sammenhæng med grundsygdommens alvor.

Det gøres således gældende, at As samlede behandlingsforløb skal anerkendes som en patientskade med den konsekvens at sagens hjemsendes til Ankenævnet for Patienterstatning

..."

Ankenævnet for Patienterstatningen har i sit påstandsdokument anført følgende:

" ...

3. ANBRINGENDER

Til støtte for frifindelsespåstanden gøres det overordnet gældende, at A ikke har godtgjort et grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse af 8. september 2016 (bilag 14).

Det må ved bevisbedømmelsen tages i betragtning, at ankenævnet på grund af sin sammensætning, der bl.a. omfatter medlemmer med lægevidenskabelig baggrund, brugen af speciallægekonsulenter ved afgørelserne og gennem behandling af et stort antal sager, har en særlig erfaring i at bedømme sager – herunder om udmåling af erstatning – efter klage- og erstatningsloven (herefter KEL) og erstatningsansvarsloven, og at der derfor skal være et sikkert grundlag for at tilsidesætte afgørelsen.

Det er A, der bærer bevisbyrden for, at der er et sikkert grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse. Den bevisbyrde er ikke løftet.

Ankenævnets vurdering af sagen understøttes således i det hele af Retslægerådets udtalelse af 21. august 2018 (bilag B) og supplerende udtalelse af 27. september 2019 (bilag C). Ankenævnets afgørelse er endvidere ikke behæftet med fejl.

Der er således ikke grundlag for en ændret vurdering af spørgsmålet om udmåling af erstatning og godtgørelse som følge af den påførte patientskade, jf. bemærkningerne i afsnit 3.1 inkl. underafsnit, endsige om anerkendelse af en yderligere patientskade efter KEL § 20, stk. 1, nr. 4, jf. bemærkningerne i afsnit 3.2 inkl. underafsnit.

3.1 UDMÅLING AF ERSTATNING OG GODTGØRELSE

Erstatning og godtgørelse efter KEL skal fastsættes efter reglerne i erstatningsansvarsloven, jf. KEL § 24, stk. 1.

Det er alene følgerne af patientskaden, der er erstatningsberettigende efter loven. Følger, der skal tilskrives andre forhold end patientskaden, f.eks. patientens grundlidelse eller andre konkurrerende lidelser, berettiger ikke til erstatning efter loven.

A har ikke dokumenteret, at der er grundlag for at tilkende hende erstatning og godtgørelse i videre omfang end sket ved ankenævnets afgørelse af 8. september 2016 (bilag 14).

3.1.1 Erhvervsevnetab (Påstand I)

Det følger af erstatningsansvarslovens § 5, at en skadelidt har ret til erstatning for tab af erhvervsevne, såfremt skaden har medført en varig nedsættelse af vedkommendes evne til at skaffe sig indtægt ved arbejde.

Ved bedømmelsen af erhvervsevnetabsprocenten tages der hensyn til skadelidtes muligheder for at skaffe sig indtægt ved sådant arbejde, som med rimelighed kan forlanges af den pågældende efter dennes evner, uddannelse, alder og muligheder for erhvervsmæssig omskoling, genoptræning eller lignende, jf. erstatningsansvarslovens § 5, stk. 2.

A har ikke dokumenteret, at hun som følge af patientskaden har en nedsat arbejdsevne, eller at hun har lidt et varigt løntab på 15 procent eller derover, hvorfor der ikke er grundlag for at yde erstatning for erhvervsevnetab.

Det bestrides i øvrigt, jf. bemærkningerne nedenfor, at A, hvis hun måtte være berettiget til et erhvervsevnetab, vil være berettiget til at få det udmålt ud

fra en normalårsløn, som anført af A i stævningen med henvisning til, at hun på skadestidspunktet var i fleksjob.

A har til støtte for påstand I henvist til Højesterets dom af 26. november 2019 i sag BS-9568/2019-HJR (U.2020.356.H). Sagen angik, om der ved fastsættelsen af et erhvervsevnetab skulle tages udgangspunkt i, at skadelidte før arbejdsskaden var på deltid. Det vil sige, om hendes erhvervsevne var blevet forringet i forhold til muligheden for en deltidsstilling, eller om der skulle tages udgangspunkt i det timetal, som inden for skadelidtes erhverv svarede til fuld tid.

I modsætning til A var skadelidte i ovennævnte sag ikke på deltid som følge af en forudbestående begrænsning i erhvervsevnen, men "frivilligt". Højesteret nåede frem til, at der i den konkrete sag skulle tages udgangspunkt i det timetal, som inden for skadelidtes erhverv svarede til fuld tid.

Dommen har ingen betydning for nærværende sag, hvor det – på trods af bilag 15 – er udokumenteret, at A er gået ned i tid *som følge af* den anerkendte patientskade, og hvor A netop ikke inden patientskaden havde fuld erhvervsevne, men var i fleksjob. Hertil bemærkes, at det af arbejdsgivererklæring af 12. februar 2015 til Patienterstatningen (bilag A) fremgår, at A genoptog arbejdet som miljømedarbejder i Kommune 1 den 2. februar 2012 med 15 timer pr. uge. A er først efterfølgende gået ned i tid til 12 timer ugentligt, og det er som anført ikke dokumenteret, at årsagen hertil er den anerkendte patientskade.

Hvis dommen har nogen betydning for nærværende sag, er det i forhold til den konklusion, at årslønnen ved beregningen af erstatning – som er en funktion af erhvervsevnetabsprocenten og årslønnen – ikke skal fastsættes til årsløn på fuld tid, men skal være den årsløn, som skadelidte faktisk tjente på deltid i året inden skaden.

A har ikke med den nævnte dom eller i øvrigt ført bevis for et erhvervsevnetab som påstået.

3.1.2 *Svie og smerte (Påstand II)*

A har ikke dokumenteret, at hun som følge af patientskaden er berettiget til yderligere godtgørelse for svie og smerte, jf. erstatningsansvarslovens § 3, end hun allerede er tilkendt.

Efter erstatningsansvarslovens § 3 ydes der godtgørelse for svie og smerte for hver dag den skadelidte er syg. Det vil sige, at man skal være sygemeldt og undergivet en vis form for behandling, enten ved læge eller på anden måde. Behandlingen skal have et helbredende sigte.

Der kan ikke ydes godtgørelse for svie og smerte for den sygeperiode, som A – også uden patientskaden – ville have haft.

Godtgørelse for svie og smerte kan ydes fra udløbet af den forventede sygeperiode og frem til det tidligste tidspunkt af enten patientens genoptagelse af sit arbejde, behandlingsophør eller fastsættelse af det varige mén.

A er ikke tilkendt godtgørelse for svie og smerte for perioden fra operationsdatoen den 24. maj 2011 og frem til den 8. juni 2011, fordi denne periode var den forventede sygeperiode, selv hvis behandlingen havde været udført i overensstemmelse med den erfarne specialiststandard.

A er tilkendt takstmæssig godtgørelse for svie og smerte på kr. 21.090,- for perioden 8. juni 2011 og frem til den 27. september 2011.

Ankenævnet har med rette vurderet, at As fortsatte sygeperiode, i perioden fra den 27. september 2011 og frem til 31. januar 2012, var betinget af behandlingen med kemoterapi, som hun skulle have haft under alle omstændigheder. Der er ikke tale om en sygemelding som følge af behandlingsskaden, hvorfor der ikke kan ydes godtgørelse for denne periode.

Ankenævnet har noteret sig, at A ikke har henvist til svar fra Retslægerådet, der støtter hendes opfattelse, hvorefter sygemeldingen, der skal begrunde yderligere godtgørelse, skyldtes en patientskade og ikke – som anført af ankenævnet – behandlingen af grundsygdommen.

3.1.3 Merudgift til automatgear (Påstand III)

Ankenævnet har med rette vurderet, at en eventuel merudgift til automatgear ikke med overvejende sandsynlighed skyldes behandlingsskaden. Der kan allerede derfor ikke yders erstatning for anskaffelse af automatgear i medfør af erstatningsansvarslovens § 1.

Det bemærkes, at overlæge H i epikrise af 5. februar 2013 (bilag 2, s. 5-6) har anført, at A pådrog sig piskesmæld samt rygproblemer efter fald fra hest i 2001. På dette tidspunkt var der gener ned i højre arm, men de forsvandt efterfølgende. Hun fik tilkendt fleksjob. Generne i nakken betød, at hun havde besvær med at dreje hovedet, eksempelvis når hun kørte bil, samt når hun skulle passe sit arbejde som kontorassistent. Derudover var der yderligere gener fra venstre skulder, når hun skulle køre bil og skulle dreje på rattet.

Der er ikke grundlag for at hjemvise sagen til de administrative myndigheder til beregning af erstatningens størrelse. A skal dokumentere, at hun har lidt et tab, herunder tabets størrelse. Det er herefter op til retten at vurdere, om de dokumenterede udgifter er en følge af den anerkendte patientskade, herunder om de kan dækkes efter EAL § 1. Hertil bemærkes, at ankenævnets opfordring (B) om dokumentation for udgiften til automatgear ikke synes at være blevet besvaret af A.

Ankenævnet har endvidere noteret sig, at A ikke har henvist til svar fra Retslægerådet, der støtter hendes opfattelse, hvorefter udgiften til automatgear skulle kunne årsagshenføres til den anerkendte patientskade.

3.1.4 As subsidiære påstande I, II og III

Ankenævnet tiltræder, at hvis nævnet skal anerkende yderligere patientskader end sket, skal ankenævnet vurdere, om den yderligere anerkendte patientskade giver anledning til at foretage udmåling af erstatning og godtgørelse, der adskiller sig fra den allerede udmålte erstatning og godtgørelse.

Dette vil imidlertid være den almindelige forvaltningsretlige konsekvens af, at A måtte få medhold i en påstand om anerkendelse af en patientskade, der ikke tidligere har været anerkendt.

Der er ikke tale om, at retten i den forbindelse behøver hjemvise en sag til udmåling, idet sagen aldrig har været genstand for udmåling.

3.2 ANERKENDELSE AF YDERLIGERE PATIENTSKADE

En forudsætning for erstatning eller godtgørelse efter KEL er, at patienten ved behandlingen, undersøgelsen eller lignende med overvejende sandsynlighed er påført en skade, jf. § 19, stk. 1, jf. § 20, stk. 1.

Det er endvidere en forudsætning for erstatning eller godtgørelse efter loven, at skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af de i § 20, stk. 1, nr. 1-4, anførte måder.

Det er en betingelse, at skaden med overvejende sandsynlighed er en følge af den foretagne behandling eller undersøgelse og ikke skyldes patientens grundsygdom eller andre forhold. Normale følger af grundsygdommen eller komplikationer, der kan henføres til selve grundsygdommens forløb samt den nødvendige behandling heraf, kan ikke anerkendes som en erstatningsberettigende skade efter loven. Det forhold, at en gennemført behandling ikke har den ønskede effekt, udgør heller ikke en erstatningsberettigende skade.

Efter KEL § 20, stk. 1, nr. 4, ydes der erstatning, hvis der ved undersøgelse eller behandling sker en skade, der er mere omfattende end, hvad patienten med rimelighed må tåle. Det skal i vurderingen heraf tages hensyn til skadens alvor, patientens sygdom og helbredstilstand samt til skadens sjældenhed og muligheden for at tage risikoen for eventuelle skaders indtræden i betragtning.

Der er tale om en rimelighedsregel, som betyder, at patienten er berettiget til erstatning for en skade, som skyldes behandlingen, hvis skaden er meget sjælden og alvorlig i forhold til den sygdom, som patienten blev behandlet for og patientens helbredstilstand i øvrigt. Reglen betyder derved også, at patienten ved behandlingen af en alvorlig sygdom må acceptere selv alvorlige skader, idet sådanne skader ikke står i et misforhold til den sygdom, der er ydet behandling for.

3.2.1 *As principale påstand IV*

Ankenævnet har vurderet, at A med overvejende sandsynlighed er påført en skade i form af en re-operation af højre bryst som følge af operationen den 3. maj 2011, jf. KEL § 19.

Efter ankenævnets vurdering blev operationen imidlertid udført, som en erfaren specialist på det pågældende område ville have gjort under de givne forhold. Det bemærkes, at denne vurdering støttes af Retslægerådets udtalelser i sagen, jf. bl.a. besvarelsen af spørgsmål A, hvilket er årsagen til, at A ved Processkrift III af 3. december 2019 har ændret sin principale påstand IV.

På trods af, at operationen blev udført i overensstemmelse med den erfarne specialist-standard, opstod der alligevel en skade i form blodansamling i højre bryst, som bevirkede, at A senere samme dag måtte re-opereres. Efter ankenævnets vurdering er dette en hædelig komplikation til operationen, som kan opstå, selvom behandlingen er udført korrekt, hvilket støttes af Retslægerådets udtalelser i sagen, jf. besvarelsen af spørgsmål C.

Ankenævnet har vurderet, at den opståede skade i form af blodansamling i højre bryst medførende behov for re-operation senere samme dag ikke er en tilstrækkelig sjælden komplikation til at opfylde sjældenhedskravet i KEL § 20, stk. 1, nr. 4. Det skyldes, at denne komplikation sker i mere end 2 procent af de tilfælde, hvor man foretager brystløft eller brystreduktion. Komplikationen forekommer i helt op til 8 procent af tilfældene og er således et velkendt fænomen.

De gener, som A har efter re-operationen i højre bryst, er efter ankenævnets vurdering heller ikke mere omfattende, end hvad hun med rimelighed må tåle. Ankenævnets vurdering af sagen understøttes i det hele af Retslægerådets udtalelse af 21. august 2018 (bilag B) og supplerende udtalelse af 27. september 2019 (bilag C), hvilket er uddybet i det følgende.

Indledningsvist kan ankenævnet konstatere, at Retslægerådet ikke har peget på, at risikoen for *”den samlede skade”*, jf. As Processkrift III af 3. december 2019, s. 4, var mindre end 1-2 procent, hvilket i henhold til praksis er første afgørende betingelse for anerkendelse efter KEL § 20, stk. 1, nr. 4. Det bemærkes, at As principale påstand IV netop omhandler *”[...] de samlede komplikationer og infektioner efter operationen den 3. maj 2011 [...]”*. Ifølge As Processkrift IV af 13. januar 2020 dækker denne formulering over As forlængede sygeforløb, øgede smerter, føleforstyrrelser, strammende ar, funktionsindskrænkninger, tab af bryst, blødning i højre bryst, diverse re-operationer, gener og skæmmende ar. Det skal i den sammenhæng understreges, at der allerede er anerkendt skader i venstre side efter bestemmelsen i KEL § 20, stk. 1, nr. 1, som derefter ikke også kan anerkendes efter opsamlingsbestemmelsen i § 20, stk. 1, nr. 4.

Ankenævnet henholder sig derudover til, at Retslægerådet i svaret på spørgsmål 8 og 9 har anført, at de stillede spørgsmål om hyppigheden for et behandlingsforløb som As – *med alle tilhørende komplikationer og infektioner* – ikke kan besvares; men at komplikationsrisikoen ved mastektomi med umiddelbar rekonstruktion konsekvent angives op mod 10 procent, og at rygning og overvægt hver for sig øger risikoen, hvilket er relevant for den konkrete sag, hvor begge risikoforøgende faktorer spillede ind. I tillæg hertil har Retslægerådet ved besvarelsen af spørgsmål D anført, at den operation, som sagsøger fik i sit højre bryst, i omfatning svarer til et brystbevarende indgreb, og at der ved brystbevarende indgreb, baseret på historiske patientdata, indtræder re-operationskrævende postoperativ blødning i 2,5 procent af tilfældene. Endelig understøtter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål F og G, at As gener som følge af, at venstre bryst blev fjernet, ikke er tilstrækkelige alvorlige i forhold til grundlidelsen. Ankenævnets vurdering i relation til sjældenheds- og alvorlighedskravet i KEL § 20, stk. 1, nr. 4, understøttes således i det hele af Retslægerådets udtalelse.

Dernæst er det fortsat ankenævnets opfattelse, at lovens § 20, stk. 1, nr. 4, kan og skal vurderes i lyset af, at behovet for rekonstruktion udsprang af en behandling for brystkræft. Rekonstruktionen – og deraf følgende behov for symmetriskabende indgreb – var ikke en del af selve behandlingen for brystkræft; men en direkte konsekvens af denne. Det vil stride mod lovens formål, hvis man i en sådan situation skal betragte rekonstruktionen og/eller det symmetriskabende indgreb helt isoleret og uafhængigt af det faktum, at rekonstruktionen og det symmetriskabende indgreb var et valg A traf, fordi hendes ene bryst var blevet fjernet som led i en notorisk livsnødvendig behandling.

Hertil bemærkes, at Retslægerådet ved besvarelsen af spørgsmål 3 ganske vist bl.a. har anført, at det symmetriskabende indgreb ikke er indiceret *som del af* kræftbehandlingen. Ikke desto mindre har rådet ved besvarelsen af spørgsmål 1 bl.a. anført følgende:

”Behandlingen af sagsøgers grundsygdom var mastektomi og sentinel node biopsi. I tilfælde hvor mastektomi er indiceret, tilbydes rekonstruktion, hvis der ikke er kontraindikation, ligesom det diskuteres at foretage et symmetriskabende indgreb kontralateralt. Såvel rekonstruktion som symmetriskabende indgreb kan gøres primært eller sekundært. [...] Det fremgår af journalnotater af den 05.04.2011 og 08.04.2011, at sagsøger er informeret om sine valgmuligheder og de forbundne risici, samt at sagsøger efter betænkningstid valgte umiddelbar rekonstruktion på venstre side og reduktion og løft på højre side.”
[Min understregning].

Endvidere har rådet ved besvarelsen af spørgsmål 3 indledningsvist fastslået, at det er alment anerkendt praksis, at man ved brystreduktion stræber efter symmetri. Det fremgår desuden af rådets svar på spørgsmål I, at rekonstruktionen af venstre bryst og det symmetriskabende brystløft på højre side skete i direkte fortsættelse af fjernelsen af venstre bryst, ligesom det fremgår af rådets svar på spørgsmål 20, at:

”Behandling af brystkræft foregår i et multidisciplinært samarbejde og omfatter operation, og afhængig af sygdommens udbredelse og karakter, medicinsk efterbehandling og/eller strålebehandling. Dertil indgår som rutine at ved behov tilbydes rekonstruktion og/eller andet symmetriskabende indgreb.” [Min understregning].

Det følger således af rådets besvarelser, der er gengivet ovenfor – og af forholdets natur – at man ikke kan betragte rekonstruktionen og/eller det symmetriskabende indgreb helt isoleret og uafhængigt af det faktum, at rekonstruktionen og det symmetriskabende indgreb var et valg A traf som en direkte konsekvens af selve hendes behandling for brystkræft.

3.2.2 As subsidiære påstand IV

Allerede i og med, at der ikke er grundlag for at anerkende “[...] de samlede komplikationer og infektioner efter operationen den 3. maj 2011 [...]”, jf. ovenstående bemærkninger, er der heller ikke grundlag for at anerkende de isolerede komplikationer og gener relateret til venstre bryst.

Risikoen for komplikationer var op mod 10 procent og yderligere forøget som følge af rygning og overvægt, hvilket støttes af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 9, og generne var derudover ikke tilstrækkelige alvorlige i forhold til grundlidelsen, hvilket underbygges af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål F og G.

A er derfor samlet set ikke blevet påført gener, der er mere omfattende end, hvad hun med rimelighed må tåle.

Som allerede anført ovenfor skal det – i øvrigt – understreges, at der allerede er anerkendt skader i venstre side efter bestemmelsen i KEL § 20, stk. 1, nr. 1, som derefter ikke også kan anerkendes efter opsamlingsbestemmelsen i § 20, stk. 1, nr. 4.

...”

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

Rettens begrundelse og resultat

Ved vurderingen af As påstande lægger retten vægt på, at Ankenævnet for Patienterstatningen er et sagkyndigt kollegialt rekursorgan, der træffer endelig administrativ afgørelse i erstatningssager efter klage- og erstatningsloven og må antages at have opbygget en særlig erfaring i vurderingen af disse sager. Der skal derfor foreligge et sikkert grundlag herfor, hvis retten skal tilsidesætte Ankenævnets vurdering. Dette gælder også vedrørende As påstande I, II og III.

Den principale påstand I

Efter klage- og erstatningsloven § 24, stk. 1, jf. erstatningsansvarslovens § 5, stk. 1, tilkommer der A erstatning for tab af erhvervsevne, hvis behandlingsskaden har medført varig nedsættelse af hendes evne til at skaffe sig indtægt ved arbejde. Der tages efter § 5, stk. 2, ved bedømmelsen hensyn til hendes muligheder for at skaffe sig indtægt ved sådant arbejde, som med rimelighed kan forlanges af hende efter hendes evner, uddannelse, alder og muligheder for erhvervsmæssig omskoling og genoptræning eller lignende. Der ydes efter stk. 3 ikke erstatning, hvis erhvervsevnetabet er mindre end 15 %.

A var inden skaden ansat i fleksjob som miljømedarbejder ved Kommune 1 med en ugentlig arbejdstid på 15 timer, og hun genoptog den 1. februar 2012 arbejdet med 15 timer pr. uge. A har forklaret, at hun blev visiteret til fleksjob på grund af skulder- og nakkesmerter efter en rideulykke. Efter oplysningen fra Kommune 1 i mail af 27. april 2017 lægger retten til grund, at As arbejdstid efterfølgende er nedsat til 12 timer. Baggrunden for og årsagen til den nedsatte arbejdstid er alene belyst ved As egen forklaring, hvilket ikke udgør et fornødent grundlag for at tilsidesætte Ankenævnets afgørelse. Ankenævnets begrundelse kan ikke føre til, at sagen skal hjemvises til fornyet vurdering.

Den principale påstand II

Efter klage- og erstatningsloven § 24, stk. 1, jf. erstatningsansvarslovens § 3 ydes der godtgørelse for svie og smerte for hver dag, A har været syg.

Det er ubestridt, at A var sygemeldt fra den 3. maj 2011 til den 31. januar 2012, og hun er ved Patienterstatningens afgørelser tilkendt godtgørelse for svie og smerte som følge af den anerkendte skade for perioden fra den 8. juni 2011 til den 26. september 2011. Det er ubestridt, at A i perioden fra den 27. september 2011 til den 31. januar 2012 fik kemoterapi for hendes grundlidelse med brystkræft, og det må efter de lægelige oplysninger lægges til grund, at det er sædvanligt at være sygemeldt under denne behandling. Da A ikke har godtgjort, at perioden med sygemelding efter den 26. september 2011 med overvejende sandsynlighed er blevet forlænget som følge af den anerkendte skade, er der ikke grundlag for at tilsidesætte Ankenævnets afgørelse om, at hun ikke er berettiget til yderligere godtgørelse for svie og smerte.

Den principale påstand III

Efter klage- og erstatningsloven § 24, stk. 1, jf. erstatningsansvarslovens § 1 kan der ydes erstatning for andet tab som følge af skaden.

Da A inden behandlingen for brystkræft havde fleksjob på grund af skulder- og nakkesmerter, og da årsagen til at hun har måttet anskaffe sig en bil med automatgear alene er belyst ved hendes egen forklaring, er det ikke godtgjort, at den anerkendte skade med overvejende sandsynlighed er årsag hertil. Der er derfor ikke grundlag for at tilsidesætte Ankenævnets afgørelse om, at A ikke er berettiget til erstatning for merudgiften ved anskaffelse af en bil med automatgear.

Påstand IV

Spørgsmålet i relation til påstand IV er, om As skader i form af de samlede komplikationer og infektioner efter operationen den 3. maj 2011 subsidiært komplikationer og infektioner relateret til venstre bryst er mere omfattende, end hvad hun med rimelighed må tåle, jf. klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, og der skal ved vurderingen heraf tages hensyn til dels skadernes alvor, dels As sygdom og helbredstilstand i øvrigt samt til skadernes sjældenhed og mulighederne i øvrigt for at tage risikoen for deres indtræden i betragtning.

Det fremgår af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1, at behandling af As grundsygdom med brystkræft i 2011 var mastektomi og sentinel node biopsi, og at der i tilfælde, hvor mastektomi er indiceret, tilbydes rekonstruktion, hvis der ikke er kontraindikation, ligesom det diskuteres at foretage et symmetriskabende indgreb kontralateralt. Ifølge svaret på spørgsmål

20 indgår det ved behandlingen af brystkræft som rutine at tilbyde rekonstruktion og/eller andet symmetriskabende indgreb, og det er ifølge svaret på spørgsmål 3 alment anerkendt praksis, at man ved brystreduktion stræber efter symmetri, og at dette ofte indebærer reduktion af det kontralaterale bryst. Behovet for og As valg af rekonstruktion af venstre bryst og symmetriskabende indgreb af højre bryst var således en direkte konsekvens af behandlingen for brystkræft, og retten finder, at vurderingen af skadernes alvor og sjældenhed, skal foretages i forhold til As grundlidelse med brystkræft.

Retslægerådet har i svaret på spørgsmål 9 anført, at komplikationsrisikoen ved mastektomi med umiddelbar rekonstruktion konsekvent angives til 10%, og at rygning og overvægt hver for sig øger risikoen. Når dette sammenholdes med Retslægerådets besvarelse af spørgsmål C, D, F, G og 14-19 er det ikke godtgjort, at As samlede komplikationer og infektioner efter operationerne eller sådanne relateret til venstre bryst er mere omfattende, end hvad hun med rimelighed må tåle, jf. klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, og der er ikke grundlag for at tilsidesætte Ankenævnets afgørelse om, at der ikke kan anerkendes yderligere erstatningsberettiget patientskade.

Da der ikke er grundlag for at anerkende yderligere patientskade tages *de subsidiære påstande I, II og III* ikke til følge.

Herefter frifindes Ankenævnet.

Sagsomkostningerne er efter oplysningerne om sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 100.000 kr. Det er bl.a. tillagt betydning, at der to gange har været stillet spørgsmål til Retslægerådet. Ankenævnet for Patienterstatningen er ikke momsregistreret.

THI KENDES FOR RET:

Ankenævnet for Patienterstatningen frifindes.

A skal inden 14 dage til Ankenævnet for Patienterstatningen betale sagsomkostninger med 100.000 kr.

Sagsomkostningerne forrentes efter rentelovens § 8 a.