



Udskrift af dombogen

DOM

Afsagt den 23. juni 2017 i sag nr. BS C5-1532/2015:

A

mod
Ankenævnet for Patienterstatningen
Patientombudet
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg

Sagens baggrund og parternes påstande

Denne sag, der er anlagt den 30. november 2015, angår, om følgerne af en patientskade i forbindelse med en hjerteoperation har berettiget patienten til en méngrad på 30%. Det er anerkendt, at der skete en patientskade, og der er enighed om, at det samlede mén udgør 30%, men Ankenævnet har godkendt et fradrag på 10%, idet man har ment, at dette kan henføres til patientens grundlidelse.

Sagsøgeren, A, har påstået, at sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, skal anerkende, at A har et varigt mén på 30 %, som følge af den anerkendte behandlingsskade, subsidiært et mindre mén, men større end 20 %.

Ankenævnet for Patienterstatningen har påstået frifindelse.

Oplysningerne i sagen

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

Ved afgørelse af 30. september 2014 afgjorde Patienterstatningen, at A var blevet påført en patientskade og havde fået varige følger heraf i form af smerter fra talrige indgreb i brystkassen, fysisk træthed i et omfang ud over, hvad der forventeligt ville have været efter en ukompliceret operation og psykisk påvirkning efter forløbet i form af posttraumatisk stress syndrom. Patienterstatningen fastsatte A's varige mén til samlet 30%. Patienterstatningen afgjorde samtidig, at det varige mén som følge af patientskaden udgjorde 20%, idet Patienterstatningen vurderede, at A under alle omstændigheder ville have haft gener af sin grundlidelse svarende til 10%.

Patienterstatningen anførte i afgørelsen følgende om sagsforløbet:

"...

Sagsfremstilling

Du har søgt erstatning, fordi du mener, at du blev påført en behandlingsskade i forbindelse med abtationsbehandling for atrieflimmer 28. februar 2013 på . Du oplyser, at kateteret satte sig fast ved hjer-teklappen, og at du som følge heraf måtte opereres flere gange efterfølgende, blandt andet fordi man skulle sætte nogle muskler på plads, og fordi du fik tamponade og blodtryksfald.

I brev af 20. maj 2013 har du oplyst, at du 24. april 2013 blev indlagt med vand på lungerne. Du var indlagt frem til 2. maj 2013. Herefter var du til en undersøgelse hvor man konstaterede, at du havde en utæthed i hjertet. Du blev som følge heraf opereret igen 23. maj 2013.

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

Det fremgår af sagen, at du i flere år har været generet af hjerteflimmer (atrieflimmer). Som følge heraf fandt man i januar 2013 grundlag for at foretage radiofrekvensabtation. Ved denne behandling føres et kateter fra lysken op i hjertet. Med enden af kateteret overbrænder man de områder eller celler i hjertet, der er årsag til rytmeforstyrrelsen.

Du blev herefter opereret 28. februar 2013. Under operationen opstod der problemer, idet kateteret satte sig fast omkring mitralklappen i hjertet. Det var ikke muligt at få kateteret fri, og man vurderede derfor, at det var nødvendigt at foretage en akut, åben operation med henblik på at fjerne kateteret.

Operationen blev foretaget senere samme dag. Ved indgrebet fjernede man kateteret og indsatte en ny mitralklap (str. 28).

Under opvågningen på intensivafdelingen 1. marts 2013 konstaterede man, at der var en blødning omkring hjertet. Du blev herefter akut opereret igen.

Du havde efterfølgende tiltagende vejrtrækningsproblemer på grund af væske i lungerne. Som følge heraf fik du foretaget flere pteuracenteser.

Den 18. april 2013 var du til samtale hos en psykolog. Det fremgår af journalnotatet fra psykologen, at du havde symptomer i form af lydfølsomhed, søvnbesvær, tillidsforstyrrelser, tankemylder, katastrofeangst og dødsangst, og at man umiddelbart diagnosticerede PTSD.

En ultralydsundersøgelse af hjertet (TEE) fra 29. april 2013 viste svær mitralinsufficiens og løs mitralring. Man fandt derfor grundlag for at operere dig igen.

Du blev herefter opereret 23. maj 2013. Ved operationen reparerede man mitralklappen.

Efter operationen havde du fortsat hjerteflimmer. Du fik foretaget pleuracentese. Efterfølgende fik du foretaget en TEE, som viste en blodansamling omkring hjertet. Man vurderede herefter, at der var grundlag for at operere dig igen, og du blev herefter opereret 3. juni 2013. Ved operationen fjernede man blodansamlingen og anlagde en midlertidig pacemaker.

Den 6. og 16. juni 2013 fik du igen foretaget pleuracentese på grund af væske i lungerne.

Den 20. juni 2013 fik du anlagt en permanent pacemaker. Du blev herefter udskrevet 21. juni 2013 med en åben indlæggelse. Du blev indlagt igen 26. juni 2013 på grund af gener som følge af lav blodprocent. Du fik foretaget blodtransfusioner og blev udskrevet igen 1. juli 2013.

Ved kontrol 3. september 2013 viste undersøgelser velfungerende hjertekammer og mitralring. Du havde imidlertid fortsat hjerteflimren.

Den 20. september 2013 fik du igen foretaget pleuracentese.

Efterfølgende fik du endnu en gang foretaget en ablationbehandling i starten af 2014.

Vi har i forbindelse med behandlingen af sagen indhentet en speciallægevurdering fra overlæge C. Du har desuden indsendt bemærkninger til erklæringen.
..."

Den 16. november 2014 påklagede A afgørelsen til Ankenævnet for Patienterstatningen.

Ved afgørelse af 1. juni 2015 stadfæstede Ankenævnet Patienterstatningens afgørelse. Ankenævnet anførte i sin afgørelse følgende:

"...

Ved Patienterstatningens afgørelse af 30. september 2014 (sagsnr. 13-2944) blev det anerkendt, at De var påført en erstatningsberettigende skade i form af følger efter en operation, hvor kateteret satte sig fast ved hjerteklappen (mitralklappen), jf. klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4. Patienterstatningen har ved samme afgørelse tilkendt Dem 143.880 kr. i godtgørelse for varigt mén, svarende til en méngrad på 20 procent.

De har ved skrivelse af 17. november 2014 klaget over afgørelsen til Patient-skadeankenævnet (nu Ankenævnet for Patienterstatningen), og De er ved skrivelser af 22. januar 2015, 1. marts 2015 og 2. april 2015 fremkommet med yderligere bemærkninger til sagen. Det er anført blandt andet, at De er diagnosticeret med post traumatisk stress syndrom, og at Deres psykiske tilstand er væsentlig forværret, siden De begyndte på arbejde. Igennem hele forløbet

har De været i psykologisk behandling mindst en gang om måneden for at få hjælp til at kunne håndtere Deres PTSD i det daglige og senest Deres talrige angstanfald. Denne behandling kan med stor sandsynlighed risikere at blive livsvarig, da De dagligt lider under symptomerne, og da det er videnskabeligt bevist, at PTSD er en livsvarig diagnose. De mener ikke, at der er taget højde for generne af de talrige ar, De har fået som følge af skaden. Den ståltråd, Deres ribben er samlet med, kan tydeligt mærkes. I januar 2014 fik De foretaget en HISS ablation, idet det var lægernes vurdering, at en ellers normal gentagelse af den oprindelige ablationsbehandling ville være unyttig, på grund af det megen arvæv i Deres hjerte som følge af skaden. Derudover har De gener i forhold til pacemakeren. De fik at vide af Professor D fra B - , at Deres hypertropiske kardimyapati ikke ville give gener, idet den ligger så langt nede på hjertespiden. Deres tilstand er i dag blevet forværret. De har fået scannet hjertet af to forskellige læger, som var enige om, at hullet i hjertet var blevet større. Lægerne fortæller, at det er på grund af det større hul, at De har det så meget dårligere.

Ankenævnet for Patienterstatningen har på møde den 22. maj 2015 truffet følgende

Afgørelse:

Patienterstatningens afgørelse af 30. september 2014 tiltrædes.

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

Sagsfremstilling

Der henvises til sagsfremstillingen i Patienterstatningens afgørelse af 30. september 2014.

Ankenævnet skal hertil supplerende bemærke følgende:

Den i juni 2013 implanterede pacemaker er af typen CRT-P (biventrikulær pacemaker).

I oktober 2013 fik De tilbagefald af atrieflimren eller atypisk atrieflagren (rytmeforstyrrelse fra forkammeret). Ultralydsscanning af hjertet viste normal pumpefunktion. De var i amiodaron behandling, men klagede over bivirkninger.

Den 2. januar 2014 foretoges HISS ablation (overbrænding af AV knuden, således at impulser fra forkamrene ikke kan stimulere hjertekamrene). Indgrebet foretoges uden komplikationer.

Begrundelse og resultat

Indledningsvist skal det bemærkes, at ankenævnet finder, at sagen er tilstræk-

keligt oplyst på det foreliggende grundlag, og at det ikke findes nødvendigt at indhente yderligere materiale.

Ankenævnet for Patienterstatningen kan tiltræde, at der er grundlag for at yde erstatning efter klage- og erstatningsloven, jf. lovens § 20, stk. 1, nr. 4.

Efter klage- og erstatningslovens § 24, stk. 1, fastsættes erstatning og godtgørelse efter reglerne i erstatningsansvarsloven.

Ankenævnet for Patienterstatningen kan endvidere tiltræde den af Patienterstatningen tilkendte godtgørelse for varigt mén.

Det er således ankenævnets vurdering, at De ved patientskaden er påført et varigt mén på 20 procent, jf. erstatningsansvarslovens § 4.

Der er herved lagt vægt på, at De hjertemæssigt er endt med en pacemaker og en kunstig mitralring som følge af patientskaden. Deres hjertefunktionen er imidlertid normal, og mitralringen medfører i sig selv ikke forkortet overlevelse eller morbiditet. Pacemakere kan genere, og De vil skulle have skiftet batteri ca. hvert 7 år.

Endvidere klager De over smerter i brystkassen efter de mange operationer, og der er ved speciallægeundersøgelse i 2014 påvist keloid (fortykket ardannelse, der strækker sig ud over arrets oprindelige område). Det er ankenævnets vurdering, at disse gener ikke er en følge af grundsygdommen, men med overvejende sandsynlighed skyldes behandlingen af patientskaden.

Ankenævnet har endvidere lagt vægt på, at De som følge af patientskaden med overvejende sandsynlighed har fået PTSD i moderat grad.

Det er ankenævnets vurdering, at Deres aktuelle psykiske tilstand hovedsageligt skyldes Deres PTSD, og at den øvrige del skyldes Deres alvorlige grundlidelse og andre personlige belastninger.

Endeligt er der lagt vægt på, at De lider af hypertrofisk kardiomyopati (HCM), og at De dermed ikke ville være blevet rask, selvom De ikke havde fået komplikationen i forbindelse med operationen den 28. februar 2013. De ville således med overvejende sandsynlighed fortsat have hjertesvigtssymptomer og en høj risiko for fortsatte akutte indlæggelser for hjertesvigt på grund af Deres grundsygdom. Ankenævnet skal hertil endvidere bemærke, at der ved akutte indlæggelser for hjertesvigt - som De oplevede flere gange allerede inden operationen af 28. februar 2013, og som operationen ikke med overvejende sandsynlighed ville have kunnet forhindre på længere sigt - er en væsentlig risiko for betydelig nedsat livskvalitet, angst og depressionssymptomer. Deres grundlidelse ville således i sig selv med overvejende sandsynlighed have medført såvel fysiske som psykiske gener, såfremt patientskaden ikke var indtrådt.

Vedrørende Deres bemærkning om, at De har fået oplyst, at Deres hypertrofiske kardiomyopati ligger så langt nede på hjertespiden, at den ikke ville give gener, skal ankenævnet bemærke, at det er korrekt, at De lider af en såkaldt

apikal variant af HCM, hvor hjertefortykkelsen sidder ude i spidsen af venstre hjertekammer. Det er imidlertid velkendt at apikal HCM ofte ledsages af en øget stivhed af hele hjertekammeret, hvilket vurderes med overvejende sandsynlighed at være tilfældet hos Dem. Der er herved lagt vægt på, at De blev indlagt med åndenød og væskeophobning i kroppen allerede inden skaden, især i forbindelse med atrieflimren. Det skal hertil bemærkes, at D

allerede forud for patientskaden vurderede, at grundsygdommen var betydende, ligesom han inden patientskaden omtalte HISS ablation. Det er således ankenævnets vurdering, at Deres grundlidelse med overvejende sandsynlighed har haft betydning for Deres tilstand efter patientskaden samt efterfølgende behandlingsvalg i form af HISS ablation.

For så vidt angår Deres bemærkning om, at De i januar 2014 fik foretaget en HISS ablation, idet den oprindelige ablationsbehandling ville være unyttig på grund af det megen arvæv i Deres hjerte, skal ankenævnet bemærke, at HISS ablation og CRT pacemaker er en velkendt og anbefalet behandling ved recidiverende supraventrikulær takykardi, når medicinsk behandling er utilstrækkelig eller giver bivirkninger netop ved hypertrofisk kardiomyopati. Det skal endvidere bemærkes, at alternativet til den indledningsvist udførte lungevene-ablation netop var HISS ablation forudgået af CRT-pacemaker, som De senere fik. Det er herefter ankenævnets vurdering, at den udførte HISS ablation med overvejende sandsynlighed er en følge af Deres grundlidelse og ikke den opståede patientskade.

Vedrørende Deres bemærkning om, at Deres fysiske formåen er nedsat, skal ankenævnet bemærke, at der ikke findes holdepunkter for, at patientskaden objektivt skulle nedsætte Deres arbejdskapacitet. Det skal hertil bemærkes, at Deres pumpefunktion (EF) og klapfunktion er normal.

Ankenævnet skal afslutningsvist bemærke, at såfremt sagens faktiske omstændigheder, herunder Deres helbredstilstand, ændrer sig væsentligt i forhold til dem, der blev lagt til grund ved sagens afslutning, kan De anmode om genoptagelse vedrørende fastsatte erstatningsposter.

Med disse bemærkninger kan Ankenævnet for Patienterstatningen tiltræde resultatet i Patienterstatningens afgørelse af 30. september 2014.

..."

Der har under sagen været indhentet en udtalelse fra Retslægerådet. Retslægerådet har i sin udtalelse af 5. januar 2017 besvaret parternes spørgsmål som følger:

"...

Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes oplyse, hvorvidt A forud for operationen den 28. februar 2013 udviste tegn til psykisk påvirkning som følge af sygdommen apikal hypertrofisk kardiomyopati?

Såfremt spørgsmålet besvares bekræftende, bedes Retslægerådet angive, hvori disse tegn bestod, samt hvornår de er forekommet.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Der er i de foreliggende lægelige udtalelser og dokumenter ikke beskrivelser tydende på, at sagsøger har haft psykisk sygdom eller psykiske problemer. Sagsøger har ikke været i behandling for psykisk sygdom tidligere, og psykologsamtalerne i 1990 kan ikke anses for at være tegn på psykisk sygdom.

Spørgsmål 2:

Retslægerådet bedes oplyse, hvorvidt der er grundlag for at stille diagnosen PTSD?

Retslægerådet bedes begrunde svaret.

Der er - særligt i psykiatrisk special lægeerklæring - beskrevet typiske symptomer på posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD) med genoplevelser, undgåelsesadfærd og forøget arousal. Belastningerne i sygdoms- og behandlingsforløbet i foråret 2013 vurderes tilstrækkelige til at kunne udløse PTSD.

Spørgsmål 3:

Såfremt spørgsmål 2 besvares bekræftende bedes Retslægerådet oplyse, hvorvidt der ud fra beskrivelserne i sagens lægelige bilag og øvrige materiale er mere som taler for end imod at der er en sammenhæng imellem diagnosen PTSD og behandlingsforløbet på  den 28. februar 2013 og fremefter.

Retslægerådet bedes begrunde svaret.

Sygdoms- og behandlingsforløbet i foråret 2013 vurderes at have haft afgørende betydning for udvikling af PTSD. Den beskrevne depression er mest sandsynligt, i hvert fald delvist, forårsaget af PTSD, men der kan være et vist arveligt bidrag.

Der er ikke beskrevet manifesterede psykiske symptomer eller lidelser før foråret 2013. Tilstedeværelsen af en alvorlig hjertesygdom kan have medført en grundlæggende angstelse og nervøsitet. Efter følgende er beskrevet potentielle belastninger i form af en venindes sygdom, problemer i ægteskabet og moderens død - dog er det i speciallægeerklæringen anført, at dette næppe har bidraget væsentligt, hvilket Retslægerådet er enig i.

Det vurderes således, at den vigtigste faktor i den psykiatriske sygdomsudvikling har været sygdoms- og behandlingsforløbet i foråret 2013, men det nøjagtige bidrag af de forskellige faktorer kan ikke kvantificeres.

Spørgsmål 4:

Retslægerådet bedes oplyse hvorvidt der er mere som taler for end imod at behandlingen iform af HISS ablation og den efterfølgende anlæggelse af permanent pacemaker er en følge af den anerkendte behandlingsskade iform af beskadigelse af mitralklappen?

Såfremt spørgsmålet besvares benægtende bedes Retslægerådet oplyse hvorvidt der er mere som taler for end imod, at grundlidelsen har været udlagsgivende for behandlingen.

Retslægerådet bedes begrunde svaret.

Sagsøger fik indlagt permanent pacemaker den 20.06.13, da hun havde udviklet vedvarende ustabil elektrisk impulsudbredning gennem hjertet som en følge af den anerkendte behandlingsskade i form af beskadigelse af mitralklappen. I den efterfølgende periode udviklede sagsøger gentagne tilfælde af forkammer-rytmeforstyrrelse (atrieflimren), som hun tålte dårligt på grund af en arvelig hjertesygdom, apikal, hypertrofisk kardiomyopati (tykt og stift hjertekammer). Anfaldsforebyggende medicinsk behandling med "betablokker" og cordarone samt kateterablationsbehandling (28.02.13), og operativ kateter Cryo-Maze behandling (23.05.13) havde ingen effekt på hjerteanfaldene.

Fordi sagsøger blev meget symptomatisk under anfaldene med hurtig hjertefrekvens, fandtes der indikation for en såkaldt Hiss-ablation (03.01.14). Her ved induceredes et totalt AV-blok helt efter hensigten. Behandlingen forhindrede, at hurtige elektriske impulser, som det kan ses ved atrieflimren, kunne påvirke hjertets funktion. I forbindelse med den succesfulde Hiss-ablation fik sagsøger implanteret en speciel permanent pacemaker for at genoprette en fysiologisk hjertefrekvensregulation og sekventiel hjertekammerfunktion-

Spørgsmål 5:

*Retslægerådet oplyse til hvorvidt **A** forud for operationen den 28. februar 2013 har lidt af, og er blevet behandlet for, hertesvigt (inkompensation,) som følge af grundlidelsen apikal hypertrofisk kardiomyopati?*

Såfremt spørgsmålet besvares bekræftende bedes Retslægerådet angive hvornår en sådan behandling har fundet sted.

Retslægerådet bedes begrunde spørgsmålet.

Det fremgår af det fremsendte journalmateriale, at sagsøger forud for operationen den 28.02.13 havde symptomer på hertesvigt som følge af grundlidelsen apikal, hypertrofisk kardiomyopati. Hun blev behandlet herfor flere gange i 2012 under indlæggelse på **E** og ambulant på hjerteafdelingen **B**. Hun fik vanddrivende medicin og blev afvandet. Sagsøger har i marts 2012 været i ambulant behandling på hjerteafdelingen på **B**.

Spørgsmål 6:

Retslægerådet oplyse hvorvidt **A** også uden operationen den 28. februar 2013 ville have en særligt forøjet risiko for gentagne indlæggelser med hjertesvigt?

Retslægerådet bedes begrunde svaret.

Ja. Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 4, 5 og A.

Spørgsmål 7:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Spørgsmål A:

Ville almindelig lægefaglig erfaring tilsige, at sagsøgeren uanset forløbet af operationen den 28. februar 2013 efterfølgende med overvejende sandsynlighed (dvs. mere end 50 %) ville have hjertesvigtssymptomer og risiko for akutte indlæggelser for hjertesvigt på grund af sagsøgerens grundlæggende delse?

Sagsøger havde allerede før ablationen den 28.02.13 hjertesvigt og blev behandlet herfor under indlæggelse og ambulant, som anført under besvarelsen af spørgsmål 5. Sagsøger havde fået påvist en arvelig hypertrofisk kardiomyopati, som især var lokaliseret til hjertespiden og hjertevæggen (vist ved ekkokardiografi), men uden ændring af blodets strømning, som kunne pumpes frit ud i hovedpulsåren. Prognosen for denne sygdom er generelt god, men en lille del af patienterne udvikler tiltagende hjertesvigt, som blandt andet kan udløses af hurtig hjerterytme (atrieflimren).

Spørgsmål B:

Er sagsøgerens eventuelle PTSD, jf. besvarelsen af spørgsmål 2 forårsaget af

- a) sagsøgerens grundlidelse
- b) selve operationen den 28. februar 2013
- c) den anerkendte patientskade, jf. beskrivelsen i Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse af 1. juni 2015 (bilag 9, side)
- d) andre forhold, herunder forhold hos sagsøgeren selv
- e) en kombination af a - d

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 3.

Spørgsmål C:

Medfører akutte indlæggelser for hjertesvigt, som dem sagsøgeren oplevede

inden operationen den 28. februar 2013, risiko for nedsat livskvalitet, angst og depressionssymptomer?

Som ved alle alvorlige hjertesygdomme er der risiko for nedsat livskvalitet, angst og depressions symptomer.

Spørgsmål D:

Medfører sagsøgerens grundlidelse i øvrigt øget risiko for nedsat livskvalitet, angst og depressionssymptomer?

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål C.

Spørgsmål F:

Var det henset til sagsøgerens grundlidelse relevant at overveje HISS ablation allerede inden operationen den 28. februar 2013?

Nej. Hiss-ablation overvejedes sent i behandlingsforløbet, og begrundelsen herfor er anført under besvarelsen af spørgsmål 4.

Spørgsmål G:

Er den HISS ablation sagsøgeren gennemgik i januar 2014 forårsaget af

- a) sagsøgerens grundlidelse*
- b) operationen den 28. februar 2013*
- c) den anerkendte patientskade, jf. beskrivelsen i Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse af 1. juni 2015 (bilag 9, side)*
- d) andre forhold, herunder forhold hos sagsøgeren selv*
- e) en kombination af a - d*

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Den foretagne Hiss-ablation var i sagsøgers tilfælde betinget af grundsygdommen og indiceret på grund af hyppige anfald med hurtig hjerteaktion (atrieflimren), som var en medvirkende årsag til sagsøgers hjertesvigt.

Spørgsmål H:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.
..."

Forklaringer

A har forklaret, at første gang, hun oplevede hjerte-flimmer, var forud for 2000. Det gik væk af sig selv. Der gik derefter et par

år igen, før hun på ny oplevede hjerteflimmer. Det var først meget sent i forløbet forud for operationen, at hun oftere oplevede hjerteflimmer. Hun var ikke psykisk påvirket af sit hjerteflimmer. Det skyldtes en fortykkelse, som sad nederst i hjertespidsten. Hun fik at vide, at det var mindre alvorligt. Hun fik også at vide, at det højst sandsynligt var arveligt. Det gav ingen problemer i hendes arbejde som socialpædagog, som hun passede fuldt ud. Hun fungerede endvidere 100% socialt. Op til februar måned 2013 var hun indlagt flere gange. Overlæge D sagde på et tidspunkt, at en ablation kunne komme på tale. Hun blev herefter indstillet til denne operation. Forud for dette tidspunkt, havde hun ikke været specielt påvirket af atrieflimren. Hun arbejdede fuldt ud frem til februar 2013, og fortsatte hermed helt op til operationen. Hun regnede med, at hun kunne vende tilbage til arbejdet lige efter operationen. Hun blev opereret den 28. februar 2013. Operationen foregik i lokal bedøvelse. Hun lå på operationsbordet og kunne følge med i det hele. Ca. 3 timer inde i operationen oplevede hun, at der opstod en vis uro blandt lægerne. Overlæge tilkaldte hendes mand. Det viste sig, at de ikke kunne få slangen ud, og at dette var alvorligt. Hendes mand blev meget chokeret. Hun ringede til sine børn, som også blev meget chokerede. Herefter blev hun opereret akut. De følgende dage efter operationen står lidt i en tåge for hende. Hun fik det dårligere og dårligere i løbet af den følgende måned efter operationen, hvor hun var indlagt på sygehuset. Hun havde rigtig mange smerter og var meget træt, ligesom hun ikke kunne sove. Psykisk var det meget belastende. Hun vil betegne forløbet som forfærdeligt. Hun fik ovenikøbet tilbud om at tale med en præst. Hun tror ikke, at de regnede med, at hun overlevede. Hun har stadig angst og problemer med søvnløshed. Hun er endvidere meget lyd følsom og skal have frisk luft altid. Hun går til samtaler hos en psykolog. Hun var sygemeldt i lang tid. Nu er hun kommet tilbage på sin egen arbejdsplads igen. Hun arbejder med udviklingshæmmede. Efter at være vendt tilbage til arbejdspladsen, måtte hun konstatere, at hun kun kunne klare få timers arbejde dagligt. I slutningen af 2014 fik hun det dårligere igen. Hun måtte have medicin og genoptage samtalerne med psykologen. Hun fungerer heller ikke så godt socialt længere. Hun kan ikke overkomme alle de fritidsaktiviteter, som hun overkom før operationen. Hun var ellers meget aktiv lokalt og i foreningslivet. Hun bliver nemt træt. Hun får så kvalme og kaster op. Som man kan se på de fremlagte fotos, så har hun fået et meget stort og skæmmende operationsar. Arret er rødt og klør og giver hende smerter.

Parternes synspunkter

A har i det væsentlige procederet i overensstemmelse med sit påstandsdokument af 26. april 2017, hvor der er gjort følgende gældende til støtte for påstanden:

"...

Det gøres til støtte for den nedlagte påstand gældende, at der er tilstrækkeligt grundlag til at tilsidesætte Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse af

1. juni 201 5. Til støtte herfor skal jeg anføre følgende anbringender.

Ankenævnet for Patienterstatningen fandt ved afgørelsen, at **A** uanset behandlingsskaden ville have varige mén svarende til 10 procent som følge af de fysiske og psykiske gener som grundlidelsen i sig selv medførte. Den vurdering mener jeg ikke er korrekt i henhold til sagens lægelige bilag, samt Retslægerådets besvarelse.

Det gøres gældende, at **A** er diagnosticeret med PTSD moderat grad som følge af patientskaden jf. bilag 4 samt bilag 1 4. Det gøres endvidere gældende, at tilstanden ikke er bedret men derimod forværret siden behandlingsskaden og derfor nu betagnes som kronisk jf. beskrivelsen i speciallægeerklæringen som fremgår af bilag 14.

A led ikke forud for operationsforløbet i februar 201 3 af psykiske gener, dette understøttes såvel af beskrivelserne i speciallægeerklæringen fra **G**, ligesom det underbygges af retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1. Retslægerådet angiver således her, at:

"Der er i de foreliggende læge/ige udtalelser og dokumenter ikke beskrivelser tydende på, at sagsøger har haft psykisk sygdom eller psykiske problemer. Sagsøger har ikke været i behandling for psykisk sygdom tidligere, og psykologsamtalerne i 1990 kan ikke anses for at være tegn på psykisk sygdom."

Der er altså ingen indikation for, at **A** ville have udviklet psykiske gener eller depressive træk såfremt behandlingsskaden ikke var sket. Retslægerådets udtalelser i besvarelsen af spørgsmål C ændrer ikke på den opfattelse, idet retslægerådet her udtaler sig omkring en generel risiko og ikke om **A** konkrete tilfælde. Der er således *ikke* i **A** tilfælde beskrevet symptomer på sådant forud for operationsforløbet i februar 2013 jf. retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1.

Retslægerådet beskriver da også i besvarelsen af spørgsmål 3, at den vigtigste faktor i den psykiatriske sygdomsudvikling er sygdoms- og behandlingsforløbet i foråret 201 3. Det er altså ikke andre faktorer som med *overvejen-*
de sandsynlighed er skyld i udviklingen af de psykiske gener. Retslægerådet udtaler således blandt andet, at:

"Der er ikke beskrevet manifesterede psykiske symptomer eller lidelser for foråret 2013. Tilstedeværelsen af en alvorlig hjertesygdom kan have medført en grundlæggende ængstelse og nervositet. Efterfølgende er beskrevet potentielle belastninger i form af en venindes sygdom, problemer i ægteskabet og moderens død - dog er det i speciallægeerklæringen anført; at dette næppe har bidraget væsentligt, hvilket Retslægerådet er enig i."

Det gøres i forlængelse heraf gældende, at **A** forud for opera-

tionen den 28. februar 2013 var velfungerende såvel psykisk som fysisk desuagtet grundlidelsen. **A** var således forud for operationen såvel fysisk som psykisk i stand til at passe sin fuldtidsstilling trods periodevis hjerteflimmer.

Det gøres derfor gældende, at **A** grundlidelse i form af Hypertrofisk kardiomyopati ikke har haft en sådan karakter, at der kunne forventes et varigt mén på 10 procent alene på baggrund af dette - hverken fysisk eller psykisk. Til støtte for dette kan det anføres, at Overlæge **D**

den 6. november 2013 anfører følgende beskrivelse i bilag 1: "... Jeg svarer, at sygdomsudtrykket af HCM hos hende er meget diskret og fortykkelsen alene sidder i spidsen af hjertet og efter min opfattelse ikke har haft nogen indflydelse på hendes meget komplicerede sygdomsforløb. jeg har samtidigt sagt, at hun er velkommen til at meddele patientforsikringen, at jeg gerne stiller min viden til rådighed...". Derved synes således at forstå, at

As grundlidelse ikke har haft indflydelse på det komplicerede efterforløb og de deraf opståede fysiske og psykiske gener.

Dette understøttes også i retslægerådets besvarelse af spørgsmål A, hvoraf det fremgår at der for **As** grundlidelse er en god prognose. Det kan udtaler således ikke, at **A** forventeligt ville få øgede problemer i forbindelse med grundlidelsen.

Ablation man foretog den 23. februar 2013, som altså endte i en behandlingsskade blev altså også udført fordi den erfaringsmæssigt bedre **As** grundlidelse. At operationen endte som den gjorde var en uhyre sjælden og alvorlig komplikation som også medførte at operationen ikke fik den ønskede effekt.

Sammenfattende gøres det gældende, at sagsøger er blevet påført en erstatningsberettiget behandlingsskade og at sagsøgte som følge deraf er pligtig til at betale erstatning og godtgørelse i overensstemmelse med påstanden.

Det gøres således sammenfattende gældende, at der i henhold til ovenstående ikke er belæg for at foretage fradrag i det varige mén med udgangspunkt i grundlidelsen.

..."

Ankenævnet har i det væsentlige procederet i overensstemmelse med sit påstandsdocument af 21. april 2017, hvor der er gjort følgende gældende til støtte for påstanden:

..."

Til støtte for den nedlagte frifindelsespåstand gøres det overordnet gældende, at **A** ikke har godtgjort, at der er grundlag for at tilsi-desætte ankenævnets afgørelse af 1. juni 2015 (bilag 9).

Det er **A** der bærer bevisbyrden for, at der er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse.

As processkrifter indeholder ikke nye, væsentlige oplysninger eller dokumentation i forhold til grundlaget for ankenævnets afgørelse, og processkrifterne giver derfor ikke i sig selv grundlag for at rejse tvivl om afgørelsens rigtighed.

Det er alene følger, der kan henføres til patientskaden, der berettiger til erstatning efter lov om klage- og erstatningsadgang. Følger, der må henføres til enten forhold hos skadelidte selv eller selve grundlidelsen og dens forløb, berettiger ikke til erstatning efter loven.

Ved afgørelse af 1. juni 2015 (bilag 9) anerkendte ankenævnet, at **A** var påført en patienteskade i form af følger efter en operation, hvor kateteret satte sig fast ved hjerteklappen (mitralklappen). **A** blev i den anledning tilkendt 143.880 kr. i godtgørelse for varigt mén, svarende til en méngrad på 20 %. Ankenævnet opgjorde i den forbindelse sagsøgerens samlede mén til 30 %, men foretog et fradrag på 10 % med henvisning til **As** grundlidelse.

Ved afgørelsen anerkendte ankenævnet, at **A** med overvejende sandsynlighed havde fået PTSD i moderat grad som følge af patientskaden. Videre vurderede ankenævnet, at **A** hjertemæssigt var endt med en pacemaker og en kunstig mitralring som følge af patientskaden.

Dette støttes af Retslægerådets udtalelse af 5. januar 2017. Af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 3 fremgår det, at den vigtigste faktor i den psykiatriske sygdomsudvikling har været sygdoms- og behandlingsforløbet i foråret 2013, men det nøjagtige bidrag af de forskellige faktorer kan ikke kvalificeres. Dog bemærkes det, at der kan være et vist arveligt bidrag, og at der efterfølgende har været potentielle belastninger i form af en venindes sygdom, problemer i ægteskabet og moderens død.

Videre fremgår det af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 4, at **A** fik indlagt permanent pacemaker den 20. juni 2013, da hun havde udviklet vedvarende ustabil elektrisk impulsudbredning gennem hjertet, som følge af den anerkendte patientskade i form af beskadigelse af mitralklappen.

A mener sig berettiget til yderligere godtgørelse for varigt mén med henvisning til, at der ikke er grundlag for at foretage et fradrag på 10 % i det samlede varige mén som følge af hendes grundlidelse, såint at hun er påført moderat kronisk PTSD og et skæmmende ar.

Som nærmere begrundet i ankenævnets afgørelse ville **A**

ikke være blevet rask, selvom komplikationen i forbindelse med operationen den 28. februar 2013 ikke var indtrådt.

Der er ved vurderingen lagt vægt på, at **A** allerede flere gange inden operationen af 28. februar 2013 havde oplevet akutte indlæggelser for hjertesvigt, og at operationen ikke med overvejende sandsynlighed ville have kunnet forhindre sådanne indlæggelser på længere sigt.

På grund af **As** grundlidelse i form af hypertrofisk kardiomyopati (forstørret hjerte med tykt og stift hjertekammer) ville hun uanset operationen med overvejende sandsynlighed fortsat have haft hjertesvigtssymptomer og en høj risiko for fortsatte akutte indlæggelser for hjertesvigt.

Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 5, 6, A og C følger det, i overensstemmelse med ankenævnets afgørelse, at **A** allerede før operationen den 28. februar 2013 havde symptomer på hjertesvigt som følge af grundlidelsen i form af apikal, hypertrofisk kardiomyopati (tykt og stift hjertekammer), hvilket hun blev behandlet for under indlæggelse og ambulat.

Retslægerådet udtaler i spørgsmål A, at **A** havde fået påvist en arvelig hypertrofisk kardiomyopati, som især var lokaliseret til hjertespidsen og hjertevæggen (vist ved ekkokardiografi), men uden ændring af blodets strømning, som kunne pumpes frit ud af hovedpulsåren. Prognosen for denne sygdom er generelt god, men en lille del af patienterne udvikler tiltagende hjertesvigt, som blandt andet kan udløses af hurtig hjerterytme.

Videre udtaler Retslægerådet i spørgsmål 6, at **A** også tiden operationen den 28. februar 2013 ville have en særlig forhøjet risiko for gentagne indlæggelser med hjertesvigt.

Ankenævnet vurderede videre, at **A** som følge af sin grundlidelse, havde en væsentlig risiko for betydelig nedsat livskvalitet, angst og depressionssymptomer. **As** grundlidelse ville således i sig selv med overvejende sandsynlighed have medført såvel fysiske som psykiske gener, såfremt patientskaden ikke var indtrådt.

Dette støttes ved Retslægerådets besvarelse af spørgsmål C, hvor Retslægerådet udtaler, at **As** grundlidelse, forud for operationen den 28. februar 2013, ligesom alle andre alvorlige hjertesygdomme, medfører en risiko for nedsat livskvalitet, angst og depressionssymptomer.

Ankenævnet har endvidere lagt vægt på, at **A** grundlidelse i form af apikal hypertrofisk kardiomyopati ofte ledsages af en øget stivhed af hele hjertekammeret, hvilket ankenævnet vurderede, var tilfældet

hos A Der er herved lagt vægt på, at A blev indlagt med åndenød og væskeophobning i kroppen allerede inden skaden, især i forbindelse med atrieflimren.

Hertil bemærkede ankenævnet, at HISS ablation (overbrænding af atrioventrikulærknuden, som er en del af hjertets ledningssystem, således at impulser fra forkamrene ikke kan stimulere hjertekamrene) og CRT pacemaker (biventrikulær pacemaker) er en velkendt og anbefalet behandling ved tilbagevendende hurtig forkammerrytme (supraventrikulær takykardi), når medicinsk behandling er utilstrækkelig eller giver bivirkninger netop ved hypertrofisk kardiomyopati, som A.

Dette støttes af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål G, hvor Retslægerådet udtaler, at den foretagne HISS ablation i A; tilfælde var betinget af grundsygdommen og indiceret på grund af hyppige anfald med hurtig hjerteaktion (atrieflimren), som var medvirkende årsag til hendes hjertesvigt.

A grundlidelse har således med overvejende sandsynlighed haft betydning for hendes tilstand efter patientskaden, samt efterfølgende behandlingsvalg i form af HISS ablation, i et omfang, der kan begrunde et fradrag i det samlede varige mén på skønsmæssigt 10 %.

A har ikke godtgjort et grundlag for at tilsidesætte denne vurdering.

For så vidt angår A ar på brystkassen, er dette indeholdt i det tilkendte varige mén på 20 %, jf. herved også det anførte herom af speciallæge i kardiologi overlæge ph.d., dr. med., H i dennes udtalelse til ankenævnet af 15. marts 2015 (bilag 11). Hertil kommer, at A ar grundet sin placering kan skjules af almindelig dagligdags påklædning, og som sådan ikke kan anses for kosmetisk skæmmende.

Endelig gøres det gældende, at Retslægerådets udtalelse af 5. januar 2017 (bilag A) i det hele støtter ankenavnets afgørelse af 1. juni 2015 (bilag 9).

Det af A anførte omkring Arbejdsskadestyrelsens vejledende mén tabel kan ikke føre til noget andet resultat.
..."

Rettens begrundelse og afgørelse

Det kan lægges til grund som ubestridt, at A ved operationen den 28. februar 2013 blev påført en behandlingsskade med varige følger i form af smerter fra talrige indgreb i brystkassen, ardannelse, fysisk træthed i et omfang ud over, hvad der forventeligt ville have været efter en ukomplice-

ret operation og psykisk påvirkning efter forløbet i form af posttraumatisk stress syndrom. Parterne er enige om, at de varige følger svarer til en samlet méngrad på 30%, og tvisten drejer sig herefter alene om, hvorvidt en del af generne, svarende til en méngrad på 10%, skyldes **As** 's grundlidelse, apikal hypertrofisk kardiomyopati.

Det kan efter **As** forklaring lægges til grund, at hun forud for behandlingsskaden fungerede fuldt ud i arbejdsmæssig og social henseende - et udsagn, der ikke er modsagt i sagens øvrige oplysninger, og det er rettens forståelse efter sagens oplysninger, at den planlagte operation den 28. februar 2013 var af forholdsvis ukompliceret karakter.

Der er hverken efter sagens oplysninger eller retslægerådets udtalelse ad spørgsmål 1-4 grundlag for at fastslå, at **A** forud for den 28. februar 2013 havde nogen former for behandlingskrævende psykiske problemer. Uanset at **A** på grund af sin arvelige, apikale, hypertrofiske kardiomyopati måtte forvente en forhøjet risiko for indlæggelser med hjertesvigt, var der ikke indikation for HISS ablation forud for operationen den 28. februar 2013., jf. retslægerådets udtalelse ad spørgsmål F og 4, og retslægerådet har da også ad spørgsmål A angivet, at prognosen for en sygdom som **As** generelt er god. Retten finder ikke belæg for andet, end at retslægerådet ad spørgsmål C og D, udtaler sig om en helt generel risiko for at udvikle angst og depressionssymptomer på grund af hjertesygdom.

Efter det fremkomne finder retten ikke holdepunkter for at antage, at **A** med overvejende sandsynlighed ville have fået gener af sin grundlidelse svarende til 10% ud af det samlede varige mén på 30%.

Herefter, og efter en samlet vurdering, tager retten **As** påstand til følge.

Ankenævnet skal betale sagsomkostninger til **A** med 39.540 kr. Beløbet dækker retsafgifter med 2.040 kr., samt udgifter til advokatbi-stand med 37.500 kr. inkl. moms. Retten har lagt vægt på sagens værdi, forberedelsens omfang, herunder at der har været stillet spørgsmål til Retslægerådet, hovedforhandlingens varighed og resultatet.

Thi kendes for ret:

Sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, skal anerkende, at sagsøgeren, **As** varige mén, som følge af den anerkendte behandlingsskade, udgør 30 %.

Ankenævnet for Patienterstatningen skal inden 14 dage til **A** betale sagsomkostninger med 39.540 kr.

Sagsomkostningerne forrentes efter rentelovens § 8 a.

Peter Hageman Christensen
Dommer

/jan

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Retten i Sønderborg, den 23. juni 2017.

Janne Stokbæk, kontorfuldmægtig