



Udskrift af dombogen

DOM

Afsagt den 25. februar 2016 i sag nr. BS 22-1987/2012:

B

og

C

mod
Patientskadeankenævnet
Finsensgade 15
2000 Frederiksberg

Sagens baggrund og parternes påstande

Sagen handler om, hvorvidt A ved behandlingen på H perioden fra den 15. til den 28. august 2009 blev påført en patientskade, der er omfattet af § 20, stk. 1, nr. 4, i lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet.

Sagsøgerne har nedlagt påstand om, at Ankenævnet for Patienterstatningen skal anerkende, at A ved behandlingen på H i perioden 15. til 28. august 2009 blev påført en erstatningsberettigende skade, jf. klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4.

Sagsøgte har nedlagt påstand om frifindelse.

Oplysningerne i sagen

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

A fik ved MR-scanning den 3. juli 2009 diagnosticeret to aneurismer på hjernens blodkar på hhv. 8 mm og 3,5 mm. Hun blev den 15. august 2009 akut indlagt på H på grund af hjernehindeblødning som følge af bristning af det største af de to aneurismer. Hun blev opereret på H den 17. august 2009, hvor hun fik coil-behandlet begge aneurismer. A fik komplikationer i form af beskadigelse af karvæggen ved den mindre aneurisme, hvilket medførte fornyet hjernehindeblødning. A afgik ved døden den 28. august 2009.

Af afgørelse af 20. april 2011 fra Patientforsikringen fremgår blandt andet:

"....

Afgørelse

Patientforsikring har fundet, at A's skade i form af komplikationer i form af blødning fra hjerneartie ved det operative indgreb den 17. august 2009, er omfattet af loven. Der henvises til vedlagte hændelsesforløb og begrundelse.

Der vil således være mulighed for erstatning til A's samlever/ægtefælle samt efterladte børn i form af forsørgertabserstatning, samt dækning af begravelsesudgifter, hvis det samlede erstatningsbeløb overstiger 10.000 kr., jf. KEL § 24, stk. 2.

Afgørelsen er truffet efter KEL § 20, stk. 1, nr. 1, i lov om patientforsikring.

.....

Sagsfremstilling

Du har søgt erstatning på vegne af A, der afgik ved døden som følge af komplikationer med beskadigelse af karvæg og blødning i hjernen og i hjernehulrummet. Komplikationen opstod i forbindelse med operationen den 17. august 2009 på H

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

Den 15. august 2009 blev A akut indlagt på H som følge af subaraknoidalblødning, hvilket var blevet påvist ved CT-scanning tra S. Ved angiofrafi blev der påvist et aneurie, svarende til basilarisarterien samt et mindre aneurisme svarende til anterior arterien. A fik anlagt et afkastende dræn.

A var kendt med forhøjet blodtryk.

Den 17. august 2009 fik A foretaget embolisering af de to aneurismer i form af coil-behandling. Cerebri anterior aneurismet kunne kun lukkes med ballonstøtte og A udviklede efterfølgende komplikationer, idet der skete beskadigelse af indre karvæg.

Der blev foretaget postoperativ CT-scanning, som påviste en mere udtalt subaraknoidalblødning som følge af beskadigelsen.

A kom i respirator og hendes tilstand forværredes den 27. august 2009, da der opstod en ny blødning. A afgik ved døden den 28. august 2009.

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 blevet påført en skade, der med overvejende sandsynlighed ville være undgået ved en bedre behandling.

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

Patientforsikringen har i sin afgørelse lagt til grund, at A sen blev indlagt akut med en subarachnoidal blødning tra aneurismet den 15. august 2009.

Det initiale udrednings- og behandlingsforløb efter den akut opståede bristning af i at 2 påviste aneurismer var, ifølge den indhentede speciallægevurdering optimalt. Det fremgår endvidere, at der er store risici forbundet med behandling af ikke-bristet aneurisme.

Det er Patientforsikringens vurdering, at den erfarne specialists standard havde tilsagt, at man havde undladt at behandle cerebri anterior aneurismet. Patientforsikringen har endvidere fundet, at A med overvejende sandsynlighed kunne have undgået den alvorlige komplikation, hvis man havde undgået at udføre behandling af et ikke bristet aneurisme.

....."

Region C indbragte Patientforsikringens afgørelse for Patientskadeankenævnet (nu Ankenævnet for Patienterstatningen), der den 1. marts 2012 traf følgende afgørelse:

".....

Afgørelse:

Patientforsikringens afgørelse af 20. april 2011 ændres. Det er nævnets vurdering, at A : ikke med overvejende sandsynlighed er påført en erstatningsberettigende patientskade i forbindelse med behandlingen på H i perioden 17. august 2009 til 28. august 2009, jf. klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1 og 4.

Patientforsikringens afgørelse af 18. maj 2011 ophæves som følge heraf.

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

Sagsfremstilling

Der henvises til sagsfremstillingen i Patientforsikringens afgørelse af 20. april 2011.

Begrundelse og resultat

Det er Patientskadeankenævnets vurdering, at behandlingen af A på H i perioden 17. august 2009 til 28. august 2009 har været i overensstemmelse med, hvordan en erfaren specialist på det pågældende område ville have handlet under de i øvrigt givne forhold, jf. klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1.

Der er herved lagt vægt på, at A ved MR-skanning den 3. juli 2009 fik diagnosticeret to aneurismer på hjernens blodkar - et ca. 8 mm stort aneurisme på toppen af arteria basilaris og et mindre aneurisme på omkring 3,5 mm ved toppen af afgangenen af arteria cerebri anterior fra carotis toppen på højre side - samt at der tilkom hjernehindeblødning som følge af bristning af det største af de to aneurismer, hvilket blev diagnosticeret ved CT-skanning den 15. august 2009.

Det er nævnets vurdering, at når der diagnosticeres sådanne aneurismer på hjernens blodkar, er der god indikation for behandling heraf med henblik på at undgå bristning af aneurismerne. Videre er det nævnets vurdering, at når der som følge af et aneurismes bristning opstår hjernehindeblødning, øges indikationen for behandling heraf for at nedbringe risikoen for henholdsvis fornyet blødning, vasospasmer (sammentrækninger i hjernens blodkar med risiko for iltmangel i hjernen) og dødsfald.

Endvidere er det nævnets vurdering, at bristningen af det største aneurisme kunne øge risikoen for bristning af det mindre aneurisme.

Nævnet har endvidere lagt vægt på, at der ikke er videnskabelig dokumentation for, at risikoen for komplikationer ville have været mindre, såfremt det mindre aneurisme var blevet behandlet på et senere tidspunkt og ikke i forbindelse med behandlingen af det større, bristede aneurisme. Det er desuden nævnets vurdering, at det kan være en psykisk belastning for en patient at blive sendt hjem med information om, at patienten først på et senere tidspunkt vil blive behandlet for et tilbageværende aneurisme med viden om risikoen for bristning heraf.

Det er herefter nævnets vurdering, at det var i overensstemmelse med erfaren specialiststandard, at A den 17. august 2009 fik coil-

behandlet begge aneurismer, jf. klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1.

På denne baggrund er det nævnets vurdering, at den opståede beskadigelse af karvæggen medførende fornyet hjernehindeblødning til følge må anses for en hændelig komplikation, der kan indtræde selv ved korrekt behandling.

Nævnet har ved vurderingen af den tilstødte komplikation i form af beskadigelse af karvæggen med fornyet hjernehindeblødning til følge lagt vægt på, at A den 27. august 2009 fik endnu en hjernehinde-blødning, hvilket kan være forårsaget af et opbrud af karskaden påført ved coil-behandlingen den 17. august 2009. Videre har nævnet lagt vægt på, at A den 28. august 2009 igen fik stigende tryk i hjernen, at en CT-skanning viste udbredte spredte ischæmiske forandringer i hjernen (områder præget af følger efter iltmangel grundet utilstrækkelig blodforsyning) som følge af vasospasmer, og at A efterfølgende afgik ved døden den 28. august 2009.

Nævnet finder, at den som følge af behandlingen påførte komplikation i form af beskadigelse af karvæggen og følgerne heraf ikke kan anses for tilstrækkelig alvorlig til at berettige til erstatning efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, henset til A alvorlige grundsygdom.

Efter bestemmelsen i klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, er det blandt andet en forudsætning, at skaden står i et alvorligt misforhold til grundlidelsen og patientens tilstand i øvrigt. Ved vurderingen skal skaden sammenholdes med grundlidelsen ubehandlet. Det er således relevant at se på baggrunden for behandlingen og herunder sammenligne konsekvenserne af den aktuelle skade med A situation, såfremt der ikke var foretaget behandling.

Der er herved lagt vægt på, at A havde fået konstateret to aneurismer samt hjernehindeblødning som følge af det ene aneurismes bristning. Behandlingen var således nødvendig for at mindske risikoen for blandt andet fornyet blødning, vasospasmer, blødning fra det ikke bristede aneurisme, og dødsfald. Nævnet har endvidere lagt vægt på, at der er en høj risiko for dødelighed og betydelig risiko for senfølger ved en akut blødning, samt at risikoen for følger er øget, når der er en tidligere blødning. Selv om en karskade som den, der opstod, er sjældent forekommende, opfylder karskaden og dens følger ikke klage- og erstatningslovens krav til graden af alvorlighed, idet A grundlidelse var meget alvorlig og med en relativ høj dødelighedsrisiko.

Ud fra en samlet vurdering af de foreliggende omstændigheder finder nævnet herefter, at A dødsfald ikke kan anerkendes som en erstatningsberettigende patientskade efter klage- og erstatningsloven, jf. § 20, stk. 1, nr. 1 og 4.

Der vedlægges en oversigt over de retsregler, som nævnet har anvendt.

....."

Af Retslægerådets besvarelse af den 20. januar 2015 fremgår:

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

Generelt ad spørgsmål 1 til 6:

Retslægerådet forholder sig ikke til udtrykket "erfaren specialist", men kun til "alment anerkendt lægefaglig standard". Sidstnævnte begreb anvendes i det efterfølgende.

Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes oplyse, om behandlingen af sagsogers symptomer (smerter i og omkring venstre øje og med udstråling mod baghovedet) blev behandlet korrekt og i overensstemmelse med alm. anerkendte retningslinjer, og hvad en erfaren specialist på det pågældende område ville have gjort, herunder

- a. at, der blevet foretaget en CT-scanning den 11.6.2009 (bilag 8, side 1)
- b. at, der først den 3.7.2009 blev foretaget en MR-scanning (bilag 8, side 1)
- c. at, der ikke foreligger journaloptegnelser fra den henvisende instans (praktiserende neurolog/læge)
- d. at, der alene er oplysninger fra de radiologiske beskrivelser
- e. såfremt ovenstående spørgsmål besvares benægtende, anmodes Retslægerådet om at oplyse, hvilken behandling der i stedet skulle være iværksat.

A opsøger 17.04.09 egen læge på grund af smerter bag venstre øje og hovedpine. Denne henviser til neurolog, der ser A 3 til 4 uger efter. Her findes ømhed af nakkemuskulaturen, men A henvises til CT-scanning, som giver mistanke om en udposning på a. basillaris (pulsårs på hjernestammens forside). A viderehenvises til MR-scanning af hjernen 09.07.09, og denne viser aneurysme svarende til a. basillaris og højre cerebri ant (hjernens forreste parrede pulsåre). A henvises herefter til Neurokirurgisk Afdeling på H. Det er Retslægerådets vurdering, at forløbet hos egen læge og praktiserende neurolog har været korrekt og i overensstemmelse med alment anerkendt lægefaglig standard. Der foreligger således i sagens akter relevante journaloplysninger fra både egen læge og praktiserende neurolog.

Spørgsmål 2:

Retslægerådet bedes videre oplyse, om sagsøgers prognose - herunder resultatet af de foretagne undersøgelser - medførte en korrekt behandling i overensstemmelse med alm. anerkendte retningslinjer, og hvad en erfaren specialist på området ville have foretaget.

Retslægerådet vurderer, at A i forløbet fik en korrekt udredning og behandling i overensstemmelse med alment anerkendte lægefaglige retningslinjer.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet bedes oplyse, hvorvidt det er i overensstemmelse med alm. anerkendte retningslinjer af en erfaren specialiststandard, at der ikke foreligger journaloplysninger om forløbet fra MR-scanningen den 3. 7.2009 og indtil sagsøgers akutte indlæggelse den 15.8.2009, herunder oplysninger om beslutning om behandling planlagt til den 17.8.2009.

I perioden fra 03.07.09 til 15.08.09 blev A fulgt hos praktiserende læge med blodtrykskontrol og hos praktiserende speciallæge i neurologi. Sidstnævnte henviser til Neurokirurgisk Afdeling. Herefter må A forløb i neurologisk regi betragtes som afsluttet. Udredning og viderebehandling var ifølge sagens akter planlagt til 17.08.09 på Neurokirurgisk Afdeling. Hvad der konkret skulle ske ved indlæggelsen, er der ingen journaloplysninger om.

Spørgsmål 4:

Retslægerådet bedes oplyse, hvorvidt behandlingen fra den 15.8.2009 og indtil den 17.8.2009 har været optimal og i overensstemmelse med alm. anerkendte retningslinjer, og hvad en erfaren specialist på det pågældende område ville have foretaget.

Retslægerådet vurderer, at behandlingen fra 15.08.09 til 17.08.09 har været i overensstemmelse med alment anerkendt lægefaglig standard.

Spørgsmål 5:

Retslægerådet bedes oplyse, hvorvidt behandlingen i forbindelse med kontroloptagelserne, hvor der sås en perforation, har været i overensstemmelse med alm. anerkendte retningslinjer, og hvad en erfaren specialist på det pågældende område ville have foretaget.

Retslægerådet vurderer, at komplikationen i form af perforation af a. cerebri ant. på højre side er blevet behandlet korrekt.

Spørgsmål 6:

Retslægerådet bedes oplyse, hvorvidt den foretagne behandling af det ikke-bristede aneurisme var i overensstemmelse med alm. anerkendte retningslinjer, og hvad en erfaren specialist på området ville have foretaget sig, henset til sagsøgers totale-diagnose, herunder oplyse skadesrisici ved indgrebet og frekvensen herfor.

Retslægerådet er af den opfattelse, at der ikke foreligger sikre videnskabelige retningslinjer, der gør det muligt at vurdere, om man bør foretage coiling (endovaskulær behandling) af både det bristede (a. basilaris) og det ikke bristede aneurysme (a. cerebri ant. dxt. - hjernens forreste højre pulsåre) i samme behandlingsseance, eller om man kun skal behandle det bristede aneurysme og herefter vente med coiling af det ikke bristede aneurysme.

Retslægerådet vurderer, at begge behandlingsstrategier er i overensstemmelse med alment anerkendt lægefaglig standard.

Spørgsmål 7:

Retslægerådet bedes oplyse, om de indtrufne komplikationer - beskadigelse af karvæg og ny blodning i hjernen og i hjernehulrummet ville være undgået eller være indtrådt med mindre konsekvens end sket, f.eks. at re-blødningen ville være undgået, såfremt alene det bristede aneurisme var blevet behandlet.

Coiling (endovaskulær behandling) af ikke bristede aneurysmer (i nærværende sag a. cerebri ant. på højre side) indebærer risici, men de er sjældent forekommende. Det kan dreje sig om en perforation af aneurysmet eller det tilførende kar. Komplikationen ses i mindre end 2 procent af tilfældene, men kan føre til en livstruende blødning. Samtidig kan der opstå skade på karvæggen med risiko for blodprop i karret, som sekundært fører til ødelæggelse af hjernevæv.

Hvis man alene havde behandlet det bristede aneurysme, ville der stadig ved en efterfølgende lukning af det ikke bristede aneurysme på et senere tidspunkt være risiko for perforation med risiko for blødning. Samtidig vil der i ventetiden være en risiko for, at det ikke behandlede aneurysme ville bløde (1 til 2 procent risiko/år)

Spørgsmål 8:

Retslægerådet bedes oplyse, hvorvidt komplikationen i form af perforation med guide til ballonkateteret optræder sjældent - i mindre end 2% af tilfældene - og om perforationen har været årsag/medvirkende årsag til dødsfaldene

det.

Retslægerådet bedes oplyse, hvorvidt en valgt behandling alene af det bristede aneurisme mest sandsynligt ville være forløbet med mindre risiko og færre komplikationer, herunder oplyse om risikoen for dødsfald.

Perforation er en sjælden komplikation til coiling og ses i mindre end 2 procent af tilfældene. I A's tilfælde har perforation været medvirkende årsag til døden. Andre forhold, så som generelle spasmer i hjernens kar (forsnævring af hjerneblodkarrene) efter aneurysmeblødninger samt hævelse af hjerne har betydning. I A's tilfælde kan både det bristede aneurysme og den senere perforering af det ikke blødende aneurysme være årsag til dette.

Spørgsmål A:

Retslægerådet bedes vurdere, om der i den foreliggende situation, hvor der var opstået en blødning i det ene af de to hos A konstaterede aneurismer, var indikation for at behandle både det blødende aneurisme og det aneurisme, der endnu ikke havde blødt?

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

I betragtning af, at risikoen for blødning fra et ikke bristet aneurysme er større, når et andet aneurysme har blødt, var der indikation for at behandle begge aneurismer i samme behandlings-seance.

Spørgsmål B:

Er det Retslægerådets vurdering, at A umiddelbart forud for indgrebet den 17. august 2009 havde en forøget eller en formindsket risiko for blødning af aneurismet, der endnu ikke havde blødt - henset til, at A's ene aneurisme havde blødt?

Svaret bedes begrundet.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål A

Spørgsmål C:

Retslægerådet bedes ligeledes angive, om behandlingen af A's aneurismer efter Retslægerådets vurdering var nødvendig.

Blødning fra et aneurysme er en livstruende tilstand, som ubehandlet hyppigt fører til døden, og selv efter optimal behandling er sygdommen livstruende og kan være anledning til svær invaliditet.

Spørgsmål D:

Retslægerådet bedes forholde sig til, om A's grundlæggende i form af flere konstaterede aneurismer, hvoraf det ene havde blødt, må betegnes som en alvorlig tilstand.

Retslægerådet bedes ligeledes vurdere, hvad risikoen for fornyet blødning, vasospasmer, blødning fra det ikke bristede aneurisme og dødfald var, såfremt A ikke var blevet behandlet.

Hvis det bristede aneurysme ikke var blevet behandlet, ville risikoen for blødning være i til 2 procent/år. Mortaliteten ville være 50 procent.

Spørgsmål E:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger.

Nej.

....."

Af Retslægerådets supplerende besvarelse af den 1. juni 2015 fremgår:

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

Spørgsmål 9:

Af besvarelsen på spørgsmål 1 fremgår, at A opsøgte egen læge den 17. april 2009 med symptomer i form af smerter bag venstre øje og hovedpine, hvilket gav mistanke om en udposning på a. basillaris. Ved MR scanning den 9. juli 2015 konstateredes både en aneurysme svarende til a. basillaris og på højre cerebri ant.

Retslægerådet bedes oplyse, om A symptomer i form af smerter bag venstre øje og hovedpine må antages at stamme fra de ved MR scanningen konstaterede aneurysmer og i den forbindelse navnlig oplyse, om symptomerne mest sandsynligt stammer fra det ene eller det andet aneurysme, og da hvilket.

Hovedpinen blev i første omgang opfattet som muskelspændingshovedpine, men egen læge henviste til neurolog, som bestilte CT-scanning, som gav mistanke om udposning på arteria basilaris, hvilket førte til den diagnostiske MR-scanning. Såfremt hovedpinen skyldtes aneurismerne, hvad der ikke er sikkert, vil den mest sandsynligt have skyldtes det større basilaris aneurisme.

Spørgsmål 10:

På baggrund af besvarelsen af spørgsmål 7 bedes oplyst, om det i den konkrete situation lægefagligt klart måtte anbefales, at det ikke blødende aneurysme blev behandlet, og da hvorfor, henset til at risikoen for komplikationer, såfremt man undlod at behandle det ikke blødende aneurysme, kun var på i - 2 %/år.

Retslægerådet har, som det tidligere er anført i besvarelsen af spørgsmål 6, den opfattelse, at der ikke foreligger sikre videnskabelige retningslinjer, der gør det muligt at vurdere, om man bør foretage coiling af både det bristede og det ikke-bristede (ikke blødende) aneurysme. Derfor kan der heller ikke gives en klar anbefaling om, hvorvidt den ene behandlingsstrategi er bedre end den anden.

Spørgsmål 11:

I besvarelsen af spørgsmål 8 har Retslægerådet angivet bl.a., at både det bristede aneurysme og den senere perforering af det ikke blødende aneurysme kan være årsag til at A døde.

Retslægerådet bedes oplyse, om det ud fra sagens konkrete oplysninger er muligt at vurdere, om hovedårsagen til døden skyldes følgerne af det ene eller det andet aneurysme, og da hvilket, samt, om muligt, angive med hvilken grad af sandsynlighed, døden da primært må tilskrives det blødende aneurysme og/eller dette aneurysmes behandling eller følgerne af behandlingen af det ikke blødende aneurysme.

Det er sandsynligt, at døden skyldes en kombination af den hjerneskade, der var udløst af blødningen fra det rumperede basilaris aneurisme og den blødning, der opstod ved perforation af højre arteria cerebri anterior.

Spørgsmål 12:

Det fremgår af besvarelsen af spørgsmål D, at rådet ikke har forholdt sig direkte til bla., om A's grundlidelse kunne betegnes som "alvorlig" - idet der i stedet er redegjort for risici for komplikationer og mortalitet ved et ubehandlet blødende aneurysme.

Nu blev det blødende aneurysme imidlertid behandlet, og ved besvarelsen af spørgsmål 4 synes retslægerådet også at have udtrykt, at behandlingen af det blødende aneurysme på a. basillaris, var i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer selvom besvarelsen af spørgsmål 8 synes at lade forstå, at der også var følger efter behandlingen af aneurysmet på a. basillaris.

På denne baggrund gentages 1. del af spørgsmål D i en lidt ændret variant.

Var A's lidelse i form af et ikke blødende aneurysme på højre cerebri ant en alvorlig tilstand, når det sammenholdes med, at der netop var gennemført en behandling af aneurysme på a. basillaris, med de risici der nu en gang var forbundet med denne nødvendige behandling?

Aneurismet på højre arteria cerebri anterior udgjorde ikke en akut risiko, idet risikoen for at det skulle briste var omkring 1-2 % per år.

Spørgsmål 14:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

....."

Forklaringer

B har forklaret, at han havde kendt A siden 1997, og at de blev gift i 2000. De fik en datter sammen. I foråret 2009 og frem til sommeren klagede A over hovedpine. Det havde hun klaget over før, men lægen havde sagt, at der ikke var noget. I 2009 fik A konstateret forhøjet blodtryk. Hun fik blodtryksmåler med hjem og medicin. I sommeren 2009 blev de tilkaldt til at tale med en specialist i E. Specialisten havde ved en tilfældighed set to aneurismer på A's scanning. Scanningen blev sendt til H der skulle vurdere, om A skulle tilbydes en behandling. Det var planlagt, at hun skulle ind på H den 17. august 2009, men den 15. august 2009 var de til en fødselsdagsfest, hvor hun fik det rigtig dårligt. Hun satte sig ned i en stol og havde mange smerter. Han ringede til lægevagten, og efter at A selv havde talt med dem ganske kort, besluttede de at komme med en ambulance og en lægebil. Lægerne lagde drop i ambulancen og sagde, at der ikke var tegn på hjerneblødning. Efter at have kørt 200 meter satte de udrykning på og kørte til S. På S overvågede de hende og tog hendes smykker af hende. Hun var bevidstløs på det tidspunkt. De kørte hende på H og han kørte hjem med deres datter. Han tog selv ind på H om aftenen og overnattede. Han talte med hende dagen efter, søndag den 16. august. Lægerne sagde, at de ville behandle den bristede aneurisme. De talte ikke om den ikke-bristede aneurisme. Den 17. august blev han ringet op i bilen af en læge, mens han var på vej ind til H. Lægen sagde, at det var gået godt med den bristede aneurisme. Under telefonsamtalen gav han sin accept til at anvende noget nyt medicin til nedsættelse af risiko for karspasmer, som lægen tilbød dem. Lægen sagde, at det også ville blive nødvendigt med A's accept. Da han kom ind på H, fik han at vide, at de også havde opereret den ikke-bristede aneurisme, og at de havde lavet et hul ved den, og at der var opstået blødninger herfra.

Parternes synspunkter

Sagsøgeren har gjort gældende, at Ankenævnet for Patienterstatningen i sin afgørelse (bilag 4, side 4, 4. afsnit) anfører, at behandlingen var nødvendig *“for at mindske risikoen for blandt andet ... blødning fra det ikke bristede aneurisme ...”*.

Retslægerådet svarerogså på spørgsmål A bl.a., at *“risikoen for blødning fra et ikke bristet aneuisme er større, når et andet aneuisme har blodt ...”*.

Det gøres imidlertid gældende, at der ved vurderingen af komplikationens alvor, set i forhold til det man ønskede at opnå ved behandlingen, må lægges vægt på, at der ikke var akut behov for at behandle det lille aneurisme, jf. herved Retslægerådets svar på spørgsmål 13, *“... idet risikoen for at det skulle bryde var omkring 1-2 % per år”*.

Tilsvarende må rådets besvarelse af spørgsmål 6 og 10 forstås således, at der faktisk ikke kan gives en klar anbefaling om, hvorvidt man skulle have behandlet det ikke bristede aneurisme i den foreliggende situation eller ej.

Uanset at man altså måtte lægge til grund, at behandlingen var indiceret, så må man på den anden side også hæfte sig ved, at den ikke var entydigt nødvendig.

På denne baggrund gøres gældende, at komplikationen isoleret set var tilstrækkelig alvorlig til at opfylde kravene for anerkendelse i medfør af KEL § 20, stk. 1, nr. 4, når det tages i betragtning, at der var tale om behandlingen af en ikke akut tilstand.

I forlængelse heraf gøres også gældende, at der ikke ved vurderingen af komplikationens alvor, således som Ankenævnet for Patienterstatningen synes at have gjort, kan lægges afgørende vægt på, at **A** også led af en alvorlig tilstand, nemlig det større aneurisme, som faktisk blødte.

KEL § 20, stk. 1, nr. 4, forudsætter, at der ved vurderingen af bl.a. komplikationens alvor *“tages hensyn”* til *“patientens ... helbredstilstanden i øvrigt”*.

Det er imidlertid ikke det samme som at sige, at hvis man i øvrigt lider af noget alvorligt, så må man i anden sammenhæng tåle alvorlige skader. At der skal tages hensyn til *helbredstilstanden i øvrigt* skal snarere forstås i betydningen, at hvis *helbredstilstanden i øvrigt* har relevant betydning for risikoen for komplikationer til den valgte behandling eller for forløbet af den grundsygdom, man søger at behandle, så må man tage hensyn her til i sin vurdering af alvoren af komplikationen.

Det gøres i den sammenhæng gældende, at der ikke ved vurderingen af komplikationens alvor burde være lagt vægt på, at A tillige blev behandlet for det større aneurisme, idet komplikationen i form af beskadigelse af pulsåren på cerebri anterior ikke havde nogen direkte sammenhæng med det store aneurisme eller dets behandling, og idet den omstændighed, at det store aneurisme havde blødt, for så vidt ikke medførte et nærmere klart behandlingsbehov vedr. det lille aneurisme, jf. retslægerådets svar på spørgsmål 13.

Endelig bemærkes, at U.2009.1398H, som Ankenævnet for Patienterstatningen har henvist til i processkrift A, angår en anden situation end den foreliggende.

Dommen drejer sig om en afsluttende behandling af en alvorlig tarmsygdom, hvor man som led i behandlingen havde ført tyktarmen ud (kolostomi), og komplikationen opstod da i forbindelse med tarmens tilbagelægning i bughulen. Den omstridte del af behandlingen, den hvor komplikationerne opstod, var altså den naturlige afslutning på behandlingen for tarmsygdommen - og i den forstand nødvendig. Derfor var det naturligt, at man ved vurderingen af komplikationens alvor lagde vægt på (eller tog hensyn til) den oprindelige tarmsygdoms alvor.

I nærværende sag var behandlingen af det lille aneurisme imidlertid ikke på samme måde en nødvendig del af behandlingen af det store aneurisme. Man kunne hér have undladt at behandle det lille aneurisme, modsat sagen om kolostomien, hvor man netop ikke kunne have undladt at føre tarmen tilbage. Dette er den afgørende forskel på de to situationer og årsagen til, at dommen ikke har nærmere betydning i denne sag.

Sagsøgte har overordnet gjort gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse. Retslægerådets udtalelser understøtter ankenævnets lægefaglige vurderinger - og hermed ankenævnets afgørelse.

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

Efter KEL § 20, stk. 1, nr. 4, kan en skade anerkendes, hvis den skade, som indtræder som følge af undersøgelse, herunder diagnostiske indgreb eller behandling, er mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed må tåle. Der skal herved tages hensyn til dels skadens alvor, dels patientens sygdom og helbredstilstand i øvrigt samt til skadens sjældenhed og mulighederne i øvrigt for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning.

Det er sagsøgerne, der skal løfte bevisbyrden for, at der er grundlag for at til-

sidesætte nævnets vurdering, hvorefter skaden ikke kan anerkendes efter lovens § 20, stk. 1, nr. 4, herunder for, at skaden opfylder bestemmelsens krav til alvorlighed. Denne bevisbyrde er ikke løftet.

Ankenævnet har ved afgørelsen vurderet, at behandling af de diagnosticerede aneurismer var nødvendig for at mindske risikoen for bl.a. fornyet blødning, blødning fra det ikke bristede aneurisme og dødsfald.

Vurderingen understøttes af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål C, hvorefter *“Blødning fra et aneurysme er en livstruende tilstand, som ubehandlet hyppigt fører til døden, og selv ved optimal behandling er sygdommen livstruende og kan være anledning til svær invaliditet”*.

Ankenævnets vurdering understøttes endvidere af Retslægerådets svar A, hvorved Retslægerådet udtalte: *“I betragtning af at risikoen for blødning fra et ikke bristet aneurysme er større, når et andet aneurysme har blødt, var der indikation for at behandle begge aneurismer i samme behandlingsseance.”*

Det må herefter på baggrund af Retslægerådets udtalelse lægges til grund, at behandlingen af A var velindiceret, ligesom det ubestridt kan lægges til grund, at behandlingen ikke afveg fra den behandling, som den erfarne specialist ville yde.

Det bestrides, at der i denne sag kan ske en “opdeling” af A's grundlidelse og behandling heraf, som anført afsagsøgerne.

Det følger udtrykkeligt af lovens ordlyd i § 20, stk. 1, nr. 4, at der skal tages hensyn til *“dels skadens alvor, dels patientens sygdom og helbredstilstand i øvrigt samt til skadens sjældenhed og mulighederne i øvrigt for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning”*. Der er således ikke grundlag for at vurdere A's ikke bristede aneurisme og behandlingen heraf isoleret fra hendes øvrige helbredstilstand.

Alvorligheden af skaden skal, som det udtrykkeligt er bestemt i loven, vurderes i forhold til A's helbredstilstand i øvrigt, herunder også A's bristede aneurisme og følgerne heraf.

Der er endvidere ikke lægefaglig støtte for at anse de to aneurismer, som to - af hinanden uafhængige - grundlidelser.

Begge aneurismer blev behandlet ved én og samme behandlingsseance, hvilket var indikeret i den foreliggende situation, ligesom blødningen af den ene aneurisme påvirkede blødningsrisikoen for det andet jf. Retslægerådets svar A. Sagens konkrete lægefaglige omstændigheder taler dermed også imod, at der foretages en isoleret vurdering af det ikke bristede aneurisme.

Det er af ankenævnet anerkendt, at A som komplikation til behandlingen blev påført en skade i form af en beskadigelse af karvæggen.

A . afgik ulykkeligvis ved døden den 28. august 2009. Om årsagen til dødsfaldet har Retslægerådet udtalt, at perforationen har været medvirkende årsag til døden, samt at andre forhold (generelle spasmer i hjernens kar og hævelse af hjernen) også har betydning (svar 8). Retslægerådet har supplerende i svar 11 udtalt, at det er sandsynligt, at døden skyldes en kombination af den hjerneskade, der var udløst af blødningen fra det rumperede aneurisme og den blødning, der opstod ved perforationen.

På baggrund heraf og af Retslægerådets svar C, hvorefter *“Blødning fra et aneurisme er en livstruende tilstand, som ubehandlet hyppigt medfører døden, og selv efter optimal behandling er sygdommen livstruende og kan være anledning til svær invaliditet ”*, kan der ikke være tvivl om, at A's grundlidelse samt helbredstilstand i øvrigt - også fraset skaden i form af beskadigelsen af karvæggen - var meget alvorlig.

Der er herefter ikke ved Retslægerådets udtalelser eller i øvrigt tilvejebragt grundlag for at tilsidesætte ankenævnets vurdering, hvorefter karskaden ikke var tilstrækkelig alvorlig i lovens forstand.

Dette understøttes yderligere af, at det på baggrund af Retslægerådets udtalelse end ikke kan anses for overvejende sandsynligt, at dødsfaldet må henføres til karskaden frem for til følgerne af det bristede aneurisme.

Rettens begrundelse og afgørelse

Den 28. august 2009 afgik A ved døden efter operation som følge af blødninger i hjernen.

Det er i Retslægerådets svar på spørgsmål 11 anført, at det er sandsynligt, at døden skyldes en kombination af den hjerneskade, der var udløst af blødningen fra det rumperede basilaris aneurisme og den blødning, der opstod ved perforation af højre arteria cerebri anterior.

Efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, skal der ved vurderingen af, om A's skade er mere omfattende, end hvad hun som patient med rimelighed må tåle, tages hensyn til dels skadens alvor, dels hendes sygdom og helbredstilstand i øvrigt samt til skadens sjældenhed og mulighederne for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning.

Det er i Retslægerådets svar på spørgsmål A anført, at der var indikation for at behandle begge aneurismer i samme behandlings-seance i betragtning af, at risikoen for blødning fra et ikke bristet aneurisme er større, når et andet aneurisme har blødt.

Det fremgår af H journalnotat fra operationsdagen den 17. august 2009, at indikationen var 2 aneurismer.

Speciallæge i neurokirurgi L har i en erklæring af 24. november 2011 anført, at A's primære grundsygdom var to aneurismer på hjernens blodkar, og at udgangspunktet ved påvisning af aneurismer på hjernens blodkar er, at disse skal behandles for at undgå at der går hul på dem. Det fremgår endvidere af erklæringen, at bedste standard vil være, at der tilbydes behandling inden for 2-3 måneder af sådanne tilfældigt fundne aneurismer.

Under disse omstændigheder lægger retten til grund, at skadens alvor, jf. klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, skal vurderes i forhold til begge de aneurismer, som A havde fået diagnosticeret ved MR-scanning den 3. juli 2009, og hvoraf det ene var bristet på tidspunktet for operationen den 17. august 2009.

Det er i Retslægerådets svar på spørgsmål C anført, at blødning fra et aneurisme er en livstruende tilstand, som ubehandlet hyppigt fører til døden, og selv efter optimal behandling er sygdommen livstruende og kan være anledning til svær invaliditet.

På denne baggrund har retten ikke grundlag for at fastslå, at den indtrufne skade i form af beskadigelse af karvæggen med fornyet hjernehindeblødning til følge er mere omfattende, end hvad A med rimelighed måtte tåle. Der er herefter ikke grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse om, at betingelserne for erstatning efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, ikke er opfyldt.

Sagsogtes frifindelsespåstand tages til følge.

Efter sagens karakter, forløb og udfald skal sagsøgeren til sagsøgte betale 90.000 kr. til dækning af udgift til advokatbistand.

Thi kendes for ret:

Sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, frifindes.

Sagsøger, C og B skal inden 14 dage betale sagens omkostninger til sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, med 90.000 kr.

De idømte sagsomkostninger forrentes efter rentelovens § 8 a.

Line Bjørklund

dommer

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Retten i Næstved, den 25. februar 2016.

Gitte Lene Pedersen, kontorfuldmægtig