



## Udskrift af dombogen

### DOM

Afsagt den 31. januar 2013 i sag nr. BS 7-1367/2010:

A

mod  
Patientskadeankenævnet  
Vimmelskaftet 43  
1161 København K

### Sagens baggrund og parternes påstande

Sagen, der er anlagt den 8. september 2010, drejer sig om, hvorvidt sagsøger, A, er berettiget til erstatning efter lov om patientforsikring i forbindelse med det behandlingsforløb, ægtefællen B gennemgik på S i perioden fra 23. maj 2005 og frem til den 11. november 2005, hvor hun døde som følge af blødning i det aneurisme, som hun stod på venteliste til at blive behandlet for. Det er Patientskadeankenævnets afgørelse af 11. marts 2010, som er til prøvelse i denne sag.

A har nedlagt påstand om, at sagsøgte, Patientskadeankenævnet, tilpligtes at anerkende, at B er påført en skade omfattet af lov om patientforsikring i forbindelse med hendes behandling på S i perioden fra 23. maj 2005 og frem.

Patientskadeankenævnet har påstået frifindelse.

### Oplysningerne i sagen

B blev den 23. maj 2005 CT-scannet på S. Ved denne skanning blev der rejst mistanke om aneurisme. Mistanken blev bekræftet ved MR-skanning den 7. juli 2005, hvor der konstateredes et venstresidigt 14 mm stort aneurisme på hjernens blodkar.

B fik herefter den 3. oktober 2005 foretaget en karundersøgelse med kontraststof, og på baggrund heraf blev det på konference den 28. oktober 2005 vurderet, at man ville tilbyde at lukke aneurismen via et kateter fra lysken. Der vurderedes at være en ventetid på 8 - 12 uger på indgrebet.

Den 10. november 2005 blev

B

indlagt på H

i bevidstløs tilstand. En akut CT-skanning viste stor venstresidig hjerneblødning, der ikke kunne behandles. **B** døde dagen efter, den 11. november 2005.

Der blev indgivet klage til Patientklagenævnet over, at der ikke var blevet foretaget akut behandling af aneurismet. Til brug for Patientklagenævnets behandling af sagen, afgav overlæge, sagkyndig i neurokirurgi, **N** den 5. marts 2006 en sagkyndig udtalelse. Af denne udtalelse fremgår blandt andet følgende:

**"Vurdering:**

Overlæge **C** har ikke levet op til den almindelige anerkendte faglige standard i forbindelse med behandling af **B**

**Begrundelse:**

(...)

Behandling for aneurismer der ikke tidligere har blødt er af forebyggende karakter. I disse tilfælde skal risikoen vejes op mod risikoen for blødning og følgerne af en sådan blødning uden behandling. Det kan oplyses at hvis der har været en blødning er risikoen for en ny blødning specielt høj i de første uger efter blødning, og samlet set er risikoen for en ny blødning ca. 50 % i det første halve år efter blødningen. For patienter der ikke tidligere har blødt, altså i tilfælde som **B** angives blødningsrisikoen varierende i forskellige opgørelser. Ofte anvendes resultaterne fra det såkaldte ISUIA-studie, da dette studie netop undersøgte risikoen for at der opstår blødning fra aneurismer der ikke tidligere har blødt. I dette studie blev det fundet af denne blødningsrisiko afhænger af aneurismets størrelse, samt hvilket kar i hjernen det er lokaliseret på. Ifølge dette studie er den årlige blødningsrisiko for et aneurisme med størrelse og placering som i **B's** tilfælde 3 % om året, det vil sige 1 ½ % på et halvt år.

Det kan oplyses **B's** aneurisme bedømt ud fra udseendet med en såkaldt bred hals og pukler på overfladen, skønnes at have en større blødnings risiko end gennemsnits risikoen angivet oven for.

(...)

I **B's** tilfælde vil jeg skønne at den årlige blødnings risiko er 3-5 %."

**N** afgav den 22. april 2008 et tillæg til udtalelsen af 5. marts 2006. Af tillægget fremgår blandt andet:

"Jeg synes ikke, at det umiddelbart er rimeligt at fokusere på den sidste ventetid for patienten, nemlig de 8-12 uger fra vurderingen d. 28. oktober, det samlede venteforløb har været 26 uger, da man allerede ved den første MR-skanning kendtes patientens diagnose.

I lyset af dette, som angivet i min sagkyndige udtalelse, må antages at påføre

patienten en halvårs sikooko sv.t. 2,5 % risiko for blødning med højrisiko for død med svær skade, mener jeg ikke, at dette er i overensstemmelse med den accepterede faglige standard. Det er ikke min vurdering, at det er rimeligt at lave et sort/hvidt skøn mellem akut og ikke-akut behandlig, vi skønner mere differentieret end som så."

Til brug for Patientklagenævnets behandling af sagen, afgav overlæge, sagkyndig i neurokirogi, **E**, den 19. september 2008 en sagkyndig udtalelse - en "second opinion". Denne sagkyndiges vurdering er, at overlæge **C** har levet op til den almindelige anerkendte faglige standard.

Den 27. november 2008 traf Patientklagenævnet afgørelse om, at der ikke var grundlag for at kritisere overlæge **C** for hans behandling af **B** den 28. oktober 2005 på neurokirurgisk afdeling, **S**, jf. lægelovens § 6.

Af Patientklagenævnets begrundelse fremgår blandt andet følgende:

"Nævnet har ved sin vurdering af sagen lagt vægt på, at overlæge **C** ingen indflydelse havde på de ventetider, der var på den neuroradiologiske karundersøgelse og efterfølgende behandling. Ventetiderne kan indgå i overvejelser om, hvorvidt der skal tilbydes operation med en måske kortere ventetid, eller endovaskulær behandling med en måske længere ventetid. Da coilbehandling opfattes som mere skånsom end operation, er en moderat forlænget ventetid efter nævnets opfattelse lægefagligt retfærdiggjort, når man har at gøre med en lidelse med en risiko for udbrud på omkring 1-2% om året.

Nævntet har endvidere lagt vægt på, at der ikke var mulighed for at henvise **B** til andre behandlingssteder i Danmark.

Ud fra oplysningerne i journalen var der efter nævnets opfattelse ikke grundlag for at fremskynde behandlingen i forhold til andre patienter på venteliste til behandling for aneurismer, der ikke havde blødt. Det er efter nævnets opfattelse ikke muligt på rationelt grundlag at udsige noget om det enkelte aneurismes risiko for blødning, ud over den generelle blødningsrisiko på 1-2 % om året.

Der var efter nævnets opfattelse heller ikke grundlag for at fremskynde til akut behandling, da behandling af den type aneurisme, som **B** havde, kræver nøje balg og planlægning af behandlingsmetode. Det, der vindes ved forceret behandling, kan gå tabt ved øgede komplikationer, såfremt der vælges akut behandling. Det var ikke under normen for almindeligt anerkendt faglig standard at behandle denne type aneurisme via venteliste.(...)"

Sagen blev ligeledes indbragt for Patientforsikringen.

Til brug for Patientskedeforsikringens behandling af sagen, afgav overlæge **G** den 25. februar 2009 en speciallægeerklæring. Af denne erklæring fremgår blandt andet følgende:

"Det er ikke muligt ud fra det beskrevne sygdomsforløb og de fremsendte oplysninger at afklare hvor længe patienten har haft et aneurisme i hjernen. Det kan meget vel have været medfødt, for først senere i livet at give kliniske symptomer. Under alle omstændigheder kan det meget vel have været til stede adskillige år inden de første symptomer. Det er dog samtidig velkendt at små aneurismer ofte vokser med tiden, i øvrigt at der er en årlig risiko for bristning på omkring 2 %.

Det er min opfattelse, at den erfarne specialist *ikke* kan forventes at have stillet diagnosen på et tidligere tidspunkt end hvad tilfældet var. Der lægges her vægt på at der var tale om ukarakteristiske symptomer (primært svimmelhed) og normal objektiv undersøgelse, først meget sent i sygdomsforløbet beskrives egentlig hovedpine. I forhold til andre, langt mere almindelige årsager til svimmelhed, blev der udført en række rimelige undersøgelser til afklaring heraf. Det er således min opfattelse at den erfarne specialist *ikke* kunne forventes at stille diagnosen på et tidligere tidspunkt, og jeg mener derfor ikke at man kan tale om en skade som følge af forsinket diagnosticering.

(...)

I forlængelse af ovenstående mener jeg ikke at den erfarne specialist ville have foretaget en CT-skanning på et tidligere tidspunkt end hvad tilfældet var. Først efter undersøgelse for mere almindelige årsager til svimmelhed ville man på baggrund af vedvarende klager og atypisk klinik genoverveje indikationen for CT-skanning.

I forhold til operationsindikation ville man naturligvis i en ideel verden operere patienten straks efter at tilstanden bliver erkendt, herunder med henvisning til ovennævnte risiko for bristning. Imidlertid er den ventetid som er oplyst hvad der med de involverede afdelingers ressourcer er praktisk muligt og rimeligt. Igen - efter målestokken for bedste specialiststandard - er det *ikke* min opfattelse at der burde have været foretaget akut operation i det konkrete tilfælde."

Den 18. marts 2009 traf Patientforsikringen afgørelse i sagen. Ved afgørelsen fandt Patientforsikringen, at **B** ikke var berettiget til erstatning efter patientforsikringslovens § 1, stk. 1 og § 2, stk. 1. Som begrundelse for afgørelsen anførte Patientforsikringen:

"For at der kan ydes erstatning efter lov om patientforsikring, er det ifølge PFL § 1, stk. 1, og § 2, stk. 1, en betingelse, at patienten ved behandlingen eller undersøgelse er blevet påført en skade.

Det er samtidig en betingelse, at skaden med overvejende sandsynlighed er en følge af den behandling eller undersøgelse, som patienten har fået, og ikke en følge af patientens grundsygdom.

Patientforsikringen har vurderet, at B's dødsfald den 11. november 2005 ikke med overvejende sandsynlighed kan tilskrives behandling eller mangel på samme ved egen læge eller på S

Der er herved lagt vægt på, at B i perioden fra hun opsøgte egen læge første gang i 2000 frem til CT skanningen den 23. maj 2005 ikke ved neurologiske undersøgelser eller nerveledningsundersøgelser udviste symptomer, der var specifikke for en udposning i hjernens blodkar. Symptomerne i form af svimmelhed og murren i hovedet kunne således til dels tilskrives andre lidelser, herunder degenerative forandringer i nakke og ryg.

Endvidere har Patientforsikringen lagt vægt på, at en udposning på et blodkar i hjernen kan være en medfødt tilstand, der vokser med tiden og først sent giver symptomer, samt at der er en årlig risiko for bristning på 2%.

Patientforsikringen finder på baggrund heraf, at bristningen af udposningen i hjernens blodkar, der den 10. oktober [retteligt november] 2005 førte til indlæggelsen af B og hendes dødsfald dagen efter var en følge af den oven for nævnte risiko for bristning på 2% og dermed en følge af hendes grundlidelse.

Det skal bemærkes, at det endvidere er Patientforsikringens vurdering, at der ikke på et tidligere tidspunkt i forløbet var grundlag for at foretage yderligere undersøgelser på baggrund af B's symptomer, idet disse var ukarakteristiske og idet de foretagne neurologiske undersøgelser og nerveledningsundersøgelser i øvrigt viste normale forhold. Undersøgelserne efter, der den 23. maj 2005 var set forandringer i hjernen og frem til diagnostikstillelsen på baggrund af MR skanningen den 4. juli 2005 findes endvidere at have været korrekte. Endelig finder Patientforsikringen, at der ikke var grundlag for at foretage akut operation på baggrund af diagnosen, en udposning på 14 mm.

Det forhold, at der er ventetid i forbindelse med ikke-akutte operationer udgør en ressourcemæssig begrænsning af behandlingen, og kan ikke medføre, at eventuelle skader erstattes efter lov om patientforsikring.  
(...)"

Ved brev af 18. juni 2009 blev afgørelsen påklaget til Patienskadeankenævnet.

Professor i neurologi, overlæge, dr.med., J afgav den

13. januar 2010 supplerende erklæring. Af erklæringen fremgår bl.a.

"Jeg synes, sagen er vanskelig. Behandling af et såkaldt *koldt aneurisme*, hvilket vil sige et aneurisme, der ikke tidligere har blødt, kan ikke betegnes som akut. På den anden side virker en samlet ventetid fra diagnosen til behandling på ca. ½ år umiddelbart som meget lang. Dette uanset om man antager, at risikoen for blødning indenfor denne periode ville være ca. 1%, som den ene neurokirurgiske specialist anfører, eller 1½-2½% som den anden neurokirurgiske speciallæge anfører.

Desværre er en samlet ventetid af denne størrelsesorden fra henvisning på mistanke om et aneurisme til behandling iværksættes ikke helt ualmindelig. Jeg synes, at man kan sige, at det at en patient venter så længe på en operation, hvor der i ventetiden er risiko for, at 1 ud af 40-100 patienter i ventetiden får en blødning med en mortalitet på 50% ikke kan kaldes for bedste specialiststandard. Det er ikke nogen enkelt person, der kan lægges til last for forløbet, idet ventetiden er sammensat af en række delventetider, hvor de enkelte implicerede kun har meget lille indflydelse på det samlede forløb.

Der er ingen tvivl om, at ventetiden har påført patienten en skade, idet patienten er død af en aneurismeblødning i ventetiden.

Hvis patienten var blevet opereret eller havde fået foretaget coiling (opsætning af spiraler i aneurismet via et kateter), ville hun med 90% sandsynlighed være blevet opereret med et godt resultat.

Den påførte skade ved ventetiden må siges at være sjælden, i størrelsesordenen 1-2% med en ventetid på ½ år. Som tidligere anført har operationen for et aneurisme, der ikke har blødt en god prognose, idet ca. 90% af patienterne bliver raske efter operationen, mens 10% vil kunne få komplikationer i form af varige neurologiske symptomer eller endog død.

Om en ventetid på 26 uger med en risiko for blødning på 1-2% i ventetiden er tilstrækkelig til at opfylde betingelserne for at kunne få erstatning efter bestemmelserne i Lov om patientforsikring er mere et juridisk end et medicinsk spørgsmål."

Der har under sagens behandling været forelagt spørgsmål for Retslægerådet 2 gange. Retslægerådet har afgivet erklæring den 11. november 2011 (spørgsmål 1 - 8 og A - I) og den 9. maj 2012 (spørgsmål J - O).

Retslægerådet har udtalt:

**"Spørgsmål 1:**

Retslægerådet bedes oplyse, hvorvidt behandlingen af. B

*i perioden fra 1. januar 2004 og frem til den 22. maj 2005 er*

*udført i overensstemmelse med almindelig anerkendte retningslinjer?*

*Herunder bedes Retslægerådet oplyse, hvorvidt der var indikation for at*

B

*på et tidligere tidspunkt end maj 2005 var blevet*

*henvist til relevant undersøgelse på sygehus.*

Ja, behandlingen af **B** i perioden 01.01.04 til 22.05.05 er udført i overensstemmelse med almindelig anerkendte retningslinjer.

**Spørgsmål 2:**

*Retslægerådet bedes beskrive **B's** lidelser, så vidt muligt med angivelse af diagnoser, som forelå lægefagligt oplyst på tidspunktet for foretagelse af MR-scanning den 4. juli 2005.*

**B** blev henvist til CT-scanning på grund af svimmelhed. CT, som blev gennemført 23.05.05, viste mistanke om et 2 cm. stort aneurisme. For at kunne skelne mellem et mediaaneurisme og et meningeom bestilles MR-scanning. MR blev udført 04.07.05 og viser et 14 mm. stort mediaaneurisme på venstre side.

**Spørgsmål 3:**

*Retslægerådet bedes oplyse, hvorvidt undersøgelse og behandling af **B** i perioden fra indlæggelsen den 23. maj 2005 og frem til den 28. oktober 2005 er i overensstemmelse med almindelig anerkendte retningslinjer.*

03.10.05 bliver **B** undersøgt med angiografi.

Undersøgelsen bekræfter fundet af et venstresidigt mediaaneurisme.

28.10.05 skriver man brev til **B** og tilbyder endo vaskulær behandling. Ventetid sættes til ca. 8-12 uger. Den samlede ventetid bliver således 3 måneder til angiografi og 4 måneders ventetid til behandling, hvilket efter Retslægerådets bedømmelse er 2-3 måneder for længe.

**Spørgsmål 4:**

*Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvilke behandlingsformer der er optimale for patienter med en aneurisme svarende til den B havde, herunder anmodes om at få oplyst, om det er vigtigt at behandle med den korrekte behandlingsmetode fra start særligt med hensyn til sygdomsforløbet og den senere overlevelsesprognose.*

*Retslægerådet bedes endvidere oplyse, om tidsperspektivet er afgørende for udfaldet af behandlingen.*

Ved en neurokirurgisk/vasculær konference vurderes hvilken metode (clips eller coil) som er bedst til at behandle en udposning i den konkrete situation.

**Spørgsmål 5:**

*Retslægerådet bedes oplyse, hvorvidt det er i overensstemmelse med almindelig anerkendte retningslinjer, at man den 28. oktober 2005 planlagde behandling i løbet af 8 – 12 uger efter konferencen, hvilket svarer til en samlet ventetid fra MR-scanning den 4. juli 2005 til planlagt behandling på ca. 26 uger.*

8 – 12 ugers ventetid til behandling kan anses for lang, men generelt er der adskillige ugers ventetid, om end dette varierer fra center til center, jævnfør også bemærkninger til spørgsmål 1.

**Spørgsmål 6:**

*Retslægerådet bedes oplyse, hvorvidt B's død kunne være undgået, hvis de behandlende læger havde handlet anderledes ved undersøgelse og behandlingen af B.*

Spørgsmålet er hypotetisk og lader sig ikke besvare.

**Spørgsmål 7:**

*Retslægerådet bedes oplyse risikoen for dødelighed efter en (vellykket)*

operation for en aneurisme svarende til den **B** havde.

Efter en vellykket operation for aneurisme, hvor det er lykkedes helt at aflukke aneurismet, er der kun ringe risiko for senere blødning.

**Spørgsmål 8:**

*Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger.*

Nej.

**Spørgsmål A:**

Den 23. maj 2005 foretoges CT-scanning af **B** (bilag 15). Var der som følge af resultatet at denne scanning indikation for akut behandling af **B** ?

Nej.

**Spørgsmål B:**

Den 4. juli 2005 foretoges MR-scanning af **B** (bilag 14, side 1 og bilag 16).

Var der som følge af resultatet at denne scanning indikation for akut behandling af **B** ?

Nej.

**Spørgsmål C:**

Den 16. august blev **B** tilset igen, efter der var foretaget MR-scanning med angiosekvens (bilag 14, side 2).

Var der som følge af resultatet at denne scanning indikation for akut behandling af **B** ?

Nej.

**Spørgsmål D:**

Den 3. oktober 2005 foretoges arteriografi af **B**  
(bilag 14, side 3 og bilag 17).

Var der på baggrund heraf indikation for akut behandling af **B**  
?

Nej.

**Spørgsmål E:**

Fundene ved de foretagne undersøgelser af **B** blev  
drøftet på konference den 28. oktober 2005. Var der på dette tidspunkt  
indikation for akut behandling af **B** ?

Nej.

**Spørgsmål F:**

Ved konference den 28. oktober 2005 blev det besluttet, at **B**  
skulle tilbydes coiling-procedure. På daværende tidspunkt var  
ventetiden på coiling-proceduren 8-12 uger. Var der på dette tidspunkt  
grundlag for at fremskynde behandlingen af **B**, og  
således sætte **B** foran andre, der også ventede på at  
få foretaget en coiling-procedure?

Nej.

**Spørgsmål G:**

Var det muligt under forløbet at tilbyde **B** en anden  
behandling?

*Retslægerådet skal i vurderingen alene inddrage  
behandlingsfremgangsmåder og behandlingstiltag som stod til rådighed på  
doværende tidspunkt, og som ud fra et medicinsk synspunkt ville have været  
lige så effektive til behandling af B's sygdom.*

Alternativ behandling var åben kirurgi med clipsokklusion af aneurismet .  
Ved vaskulær konference bedømte man, at udposning blev behandlet bedst  
med coils.

#### **Spørgsmål H:**

*Såfremt Retslægerådet svarer bekræftende på spørgsmål G, bedes  
Retslægerådet vurdere, hvorvidt det er sandsynligt, at udfaldet af en sådan  
behandling havde været et andet, end udfaldet var i B's  
tilfælde?*

*Svaret bedes begrundet.*

Spørgsmålet er hypotetisk og lader sig ikke besvare.

#### **Spørgsmål I:**

*Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?*

Ventetid til behandling af ikke bristet aneurisme varierer mellem de  
neurokirurgiske centre: I Lund i Sverige kan patienter vente mellem 2 – 3  
måneder efter røntgenundersøgelse, mens andre klinikker har betydelig  
kortere ventetid (3 – 4 uger).

Den spontante blødningsrisiko for et aneurisme af den type B  
havde, er ca. 3 % årligt, det vil sige ca. 1½ % på et halvt år.

Risikoen for morbiditet og mortalitet er ca. 8 – 10 % ved elektiv behandling  
af et koldt( ikke bristet) aneurisme."

**"Spørgsmål J:**

*Retslægerådet har i svaret på spørgsmål 3 anført, at den samlede ventetid er 2-3 måneder for længe.*

*I forlængelse heraf bedes Retslægerådet vurdere, hvorvidt ventetiden fra den foretagne CT-scanning den 23. maj 2005 indtil den foretagne MR-scanning den 4. juli 2005 må betegnes som værende for længe.*

*Retslægerådet bedes i den forbindelse tillige vurdere, hvorvidt man burde have fremskyndet MR-scanningen – den viden man havde om B's lidelse på dette tidspunkt taget i betragtning?*

*Svaret bedes begrundet.*

Ved undersøgelsen foretaget den 23. maj 2005 fandtes en abnormitet, som man tolkede som et meningiom. På det grundlag blev B henvist til neurokirurgisk afdeling, S

Undersøgelsen her fandt sted den 17.06.05, og der blev efterfølgende den 04.07.05 foretaget MR-skanning. Denne ventetid kan ikke anses for at være for lang.

**Spørgsmål K:**

*Retslægerådet bedes ligeledes vurdere, hvorvidt ventetiden fra den foretagne MR-scanning den 4. juli 2005 til den foretagne karundersøgelse den 3. oktober 2005 må betegnes som værende for lang?*

*Retslægerådet bedes i den forbindelse tillige vurdere, hvorvidt man burde have fremskyndet karundersøgelsen – den viden man havde om B's aneurisme på dette tidspunkt taget i betragtning?*

*Svare bedes begrundet.*

**Spørgsmål L:**

*Retslægerådet bedes ligeledes vurdere, hvorvidt den oplyste ventetid fra den foretagne karundersøgelse den 3. oktober 2005 til behandlingen af B's aneurisme må betegnes som værende for lang?*

*Retslægerådet bedes i den forbindelse tillige vurdere, hvorvidt man burde have fremskyndet behandlingen – den viden man havde om.*

*B's aneurisme på dette tidspunkt taget i betragtning?*

*Svaret bedes begrundet.*

**Ad spørgsmål K og L:**

Ventetiden fra MR-skanning den 04.07.05 til karundersøgelse den 03.10.05 og igen til planlagt behandling 8-12 uger efter den 28.10.05 finder Retslægerådet samlet set er for længe – selv sommerferie taget i betragtning. Retslægerådet mener ikke, at den samlede ventetid bør overstige 3 måneder. Fremskynding af en behandling må altid vurderes i relation til, hvilke patienter der ellers står på ventelisten. Retslægerådet kan ikke udtale sig nærmere i det konkrete tilfælde.

**Spørgsmål M:**

*Retslægerådet bedes angive, hvorvidt svaret på spørgsmål 3 skal forstås på den måde, at behandlingen af B ikke levede op til almindeligt anerkendte retningslinier som følge af den måde, de enkelte behandlere/behandlerne samlet set håndterede behandlingen af hende på, eller hvorvidt svaret skal forstås som en kritik af de ventetider, som patienter og behandlerne er underlagt (af ressourcemæssige årsager mv.)? Svaret bedes begrundet.*

Retslægerådet er ikke i stand til at vurdere de konkrete forhold, som har ført til, at ventetiden efter Retslægerådets opfattelse er blevet for lang. Den

behandling **B** skulle modtage er forholdsvis ny og ressourcemæssige årsager kan have været en faktor, såvel økonomisk som mangel på højtuddannet kvalificeret personale, der kan varetage den specielle behandling. Men som sagt er Retslægerådet ikke i stand til at vurdere dette nærmere.

#### Spørgsmål N:

*I forlængelse af spørgsmål 3 (og eventuelt svaret på spørgsmål M) bedes Retslægerådet angive, hvad behandlerne eventuelt kunne have gjort anderledes i **B's** Tilfælde?*

*Svaret bedes begrundet.*

Udover kommentarer til ventetiden mener Retslægerådet ikke, at **B** kunne have været behandlet anderledes.

#### Spørgsmål O:

*Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?*

Nej."

#### Parternes synspunkter

Sagsøgeren har til støtte for sin påstand i påstandsdokumentet gjort gældende:

at at sagsøger opfylder betingelserne for at få erstatning efter lov om patientforsikring § 1 stk. 1, og § 2, stk. 1, idet **B** er påført en skade i form af at hun afgik ved døden den 11. november 2005 som følge af blødning i aneurismen i den periode, hvor hun ventede på behandling,

at skaden kunne være undgået ved optimal behandling i form af kortere ventetid til undersøgelse og udredning, jf. Lov om patientforsikring § 2,

stk 1, nr. 1,

- idet det fremgår af Sundhedsvæsenets Patientklagenævns sagkyndige i neurokirurgi, overlæge **N's** udtalelse af 5. marts 2006 med tillæg af 22. april 2008, at **B's** aneurisme bedømt ud fra udseendet med en såkaldt bred hals og pukler på overfladen skønnes at have en større blødningsrisiko end gennemsnitsrisikoen, der er 3 % om året.

Han oplyser endvidere, at en blødning fra et aneurisme fra hjernens blodkar medfører døden hos ca. halvdelen af patienterne og en væsentlig andel af de overlevende vil have livsvarige mén efter en sådan blødning.

Henset til den risiko **B** konkret havde for at aneurismet ville bryde, burde man have gennemført behandlingen af hende hurtigst muligt for at minimere risikoen.

Overlæge **N** finder således ikke, at det var i overensstemmelse med almindelige anerkendte faglige standarder, at man den 28. oktober 2005 planlagde behandling i løbet af 8 – 12 uger efter konferencen, idet dette medførte en samlet ventetid fra diagnose (MR-scanning den 2. juli 2005) til planlagt behandling på ca. 26 uger svarende til et halvt år.

- idet det på baggrund af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 3 må lægges til grund, at **B's** ventetid på 3 måneder til angiografi og 4 måneders ventetid til behandling er 2 – 3 måneder for længe at vente. Tilsvarende udtaler Retslægerådet i sin besvarelse af spørgsmål L, at ventetiden for MR-scanningen den 4. juli 2005 til karundersøgelse den 3. oktober 2005 og igen til planlagt behandling 8 – 12 uger efter den 28. oktober 2005 samlet set er for længe – selv

sommerferie taget i betragtning. Den samlede ventetid bør ikke overstige 3 måneder,

at sagsøger hermed har tilvejebragt et sikkert grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets afgørelse, idet sagsøger har ført bevis for, at betingelserne for at anerkendelse af en erstatningsberettigende skade er til stede.

Sagsøgte har til støtte for sin påstand i påstandsdokumentet anført følgende:

Det gøres overordnet gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets afgørelse af 11. marts 2010 (bilag 1).

Det må ved bevisbedømmelsen tages i betragtning, at Patientskadeankenævnet 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 efter patientforsikringsloven, og at der derfor skal være et sikkert grundlag for at tilsidesætte afgørelsen. Det gøres overordnet gældende, at A ikke har ført bevis herfor.

Der er ikke under denne sag tilvejebragt nye oplysninger eller dokumentation i forhold til grundlaget for Patientskadeankenævnets afgørelse, der giver grundlag for at rejse tvivl om rigtigheden af afgørelsen.

En patient er berettiget til erstatning efter patientforsikringsloven, hvis følgende betingelser er opfyldt:

For det første skal patienten med overvejende sandsynlighed være påført en skade som følge af behandlingen, undersøgelsen m.v., jf. patientforsikringslovens § 1, stk. 1, jf. § 2, stk. 1.

Hvis denne betingelse er opfyldt, er det tillige en betingelse, at skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af de i patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1-4, anførte måder.

Skade som følge af en forsinket diagnose erstattes kun, såfremt skaden er omfattet af lovens § 2, stk. 1, nr. 1 eller 2, jf. lovens § 3, stk. 1.

Det gøres gældende, at Patientskadeankenævnet med rette har vurderet, at **B** ikke med overvejende sandsynlighed blev påført en erstatningsberettigende skade som følge af forsinket diagnosticering og behandling.

Det gøres gældende, at Patientskadeankenævnet med rette har vurderet, at en erfaren specialist på det pågældende område ikke under de i øvrigt givne omstændigheder ville have handlet anderledes end, end man gjorde på **S** fra den 23. maj 2005 og frem.

Der blev på hospitalet foretaget en grundig udredning af **B's** lidelse, og på baggrund af denne udredning blev det besluttet at tilbyde coiling-procedure. Ventetiden på coiling-procedure var på 8-12 uger.

Vurderingen, hvorefter en erfaren specialist på det pågældende område ikke under de i øvrigt givne omstændigheder ville have handlet anderledes, end man gjorde på **S** støttes af Retslægerådets vurdering i sagen, idet Retslægerådet mener, at **B** ikke kunne have været behandlet anderledes (svar N).

**B's** aneurisme havde ikke tidligere blødt, og hendes tilstand var ikke akut. Der var dermed ikke grundlag for at foretage en akut behandling eller fremskynde behandlingen i forhold til øvrige patienter på venteliste.

Dette understøttes af Sundhedsvæsenets Patientklagenævns afgørelse af 27. november 2008 (bilag A). Sundhedsvæsenets Patientklagenævn vurderede, at der ikke var grundlag for at fremskynde behandlingen i forhold til andre patienter på venteliste til behandling for aneurismer, der ikke havde blødt.

Dette understøttes endvidere af Retslægerådets udtalelser i sagen, navnlig svarene på spørgsmålene A - F, hvorefter der ikke på noget tidspunkt i behandlingsforløbet på **S** var indikation for akut behandling af **B**.

Det er ikke dokumenteret, at der i **B's** tilfælde var grundlag for at sætte **B** foran andre, der også havde behandlingskrævende aneurismer og som af den grund stod på venteliste til samme behandling.

Længden af ventetid ved ikke akutte operationer udgør en ressourcemæssig begrænsning af behandlingen, der ikke giver adgang til erstatning efter patientforsikringsloven.

### Rettens begrundelse og afgørelse

Det kan efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål N lægges til grund, at Retslægerådet ikke finder, at **B** kunne have været behandlet anderledes, idet Retslægerådet dog finder, at den samlede ventetid til behandling er 2-3 måneder for længe.

Efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål A-E kan det lægges til grund, at der på intet tidspunkt var indikation for akut behandling af **B**.

Efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål F kan det lægges til grund, at der den 28. oktober 2005 - hvor der var en ventetid på coiling-proceduren på ca. 8-12 uger - ikke var grundlag for at fremskynde behandlingen af **B**, og således sætte hende foran andre, der ventede på samme procedure. Dette understøttes af Sundhedsvæsenets Patientklagenævns afgørelse af 27. november 2008.

Det fremgår af Patientklagenævns afgørelse, at der ikke var mulighed for at henvise **B** til andre behandlingssteder i Danmark.

På denne baggrund finder retten ikke, at det kan antages, at en erfaren specialist under de givne forhold ville have handlet anderledes. Herefter, og da det er et politisk-økonomisk spørgsmål, hvilken behandlingskapacitet, der skal stilles til rådighed, er betingelserne i patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1, for at yde erstatning ikke opfyldt.

Retten tager derfor Patientskadeankenævns påstand om frifindelse til følge.

Efter sagens udfald, forløb og omfang skal **A** betale 75.000 kr. inkl. moms i sagsomkostninger til Patientskadeankenævnet. Beløbet er til dækning af udgifter til advokatbistand.

**Thi kendes for ret:**

**Patientskadeankenævnet frifindes.**

I sagsomkostninger skal **A** inden 14 dage betale 75.000 kr.  
til Patientskadeankenævnet.

**Bo Dietz**  
**Dommerfuldmægtig**

**Udskriftens rigtighed bekræftes.**  
**Retten i Hjørring, den 31. januar 2013.**

  
**Anne Marie Løth, kontorfuldmægtig**