



Udskrift af dombogen

DOM

Afsagt den 3. maj 2016 i sag nr. BS 3-343/2014:

A

mod
Ankenævnet for Patienterstatningen
(tidl. Patientskadeankenævnet)
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg

Parternes påstande

I denne sag, der er anlagt den 4. april 2014, har sagsøgeren, A, nedlagt påstand om, at sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, skal anerkende, at A blev påført en erstatningsberettigende skade som følge af behandlingen på X sygehus i perioden 26. oktober 2009 til den 7. november 2009.

Ankenævnet for Patienterstatningen har nedlagt påstand om frifindelse, subsidiært hjemvisning.

Oplysningerne i sagen

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

Denne sag vedrører prøvelse af Ankenævnets for Patienterstatningens afgørelse af 3. oktober 2013, hvorved ankenævnet tiltrådte Patientforsikringens afgørelse af 22. januar 2013.

I ankenævnets afgørelse hedder det blandt andet:

"...

Ved Patientforsikringens afgørelse af 22. januar 2013 ... fik A afslag på erstatning efter klage- og erstatningsloven, idet Patientforsikringen vurderede, at han ikke var påført en erstatningsberettigende skade, jf. lovens § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1.

...

Sagsfremstilling

Der henvises til sagsfremstillingen i Patientforsikringens afgørelse af 22. januar 2013."

Patientforsikringens afgørelse af 22. januar 2013 indeholdt følgende sagsfremstilling:

" **A** har søgt erstatning, fordi han har udviklet post traumatisk stress efter et indlæggelsesforløb på **X** Sygehus.

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

Den 25. oktober 2009 blev **A** undersøgt på **X** Sygehus, fordi han havde en følelse af tiltagende ømhed i halsen. Det blev vurderet, at han havde en betændelse af mandlerne uden byld. Han blev sat i behandling med Primcillin og blev informeret om, at han skulle kontakte egen læge ved forværring samt være opmærksom på tiltagende smerter ved åbning af munden samt hævelse i halsen.

Ved undersøgelse den 26. oktober 2009 blev der fundet tegn på infektion i vævet omkring venstre mandel. **A** fik ved operation senere samme dag fjernet mandler på venstre side. Efter operationen var **AS** luftveje hævet. Det var derfor nødvendigt at fortsætte respiratorbehandlingen. Den 28. oktober 2009 blev der fundet tegn på yderligere betændelsestilstand, hvorfor **A** blev opereret igen. Den 1. november 2009 blev det vurderet, at **AS** luftveje var bedret og han var klar til at komme ud af respiratorbehandling.

Det fremgår af journalnotat fra 3. november 2009, at **A** var meget psykisk rystet over forløbet. Han klagede over indre uro og han var bange for, at det var noget galt med hjertet. Han var også præget af hallucinationer. Derudover havde han svært ved at sove.

Der blev den 5. november 2009 taget kontakt til psykiatrisk bagvagt. Der blev anbefalet roligt regime og tid. Den 7. november 2009 blev **A** udskrevet.

Den 11. november 2009 var **A** hos egen læge. Han fik en henvisning til psykolog.

Han var til afsluttende kontrol på hospitalet den 19. november 2009, hvor det stille og rolig gik bedre."

I ankenævnets afgørelse hedder det videre:

"Begrundelse og resultat

Det er Patientskadeankenævnets vurdering, at **A** ikke med

overvejende sandsynlighed er påført en erstatningsberettigende skade som følge af behandlingen på Universitetshospital, Sygehus i perioden fra den 25. oktober 2009 og frem, jf. klage- og erstatningslovens § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1.

Nævnet finder således, at A5 nuværende psykiske gener ikke med overvejende sandsynlighed er forårsaget af den behandling, han gennemgik under indlæggelsen, men derimod mere sandsynligt skyldes det forhold, at han led af en meget alvorlig infektionstilstand i hals og svælg, som nødvendiggjorde operationer og respiratorbehandling i en periode. Det skal anføres, at A fra en halsbetændelse udviklede en udbredt halsbyld i venstre side af svælg (peritonsillær absces) med perforation gennem svælgmuskulaturen og udbredning til vævet omkring de store halskar og ned i mundbunden (parapharyngeal absces). Det forhold, at A under indlæggelsen udviklede delir (organisk psykosyndrom), er en hyppigt komplicerende tilstand, der udvikles på baggrund af somatisk sygdom.

Nævnet har ikke ved afgørelsen taget stilling til, hvorledes A5 nuværende psykiske gener skal diagnosticeres. Nævnet finder dog anledning til at bemærke, at det forløb, A gennemgik, efter nævnets vurdering ikke udgjorde et traume af en sådan karakter, at de diagnostiske kriterier for PTSD må anses for at være opfyldt, uanset den belastning forløbet har udgjort.

Nævnet kan i øvrigt tiltræde, at behandlingen er foregået i overensstemmelse med, hvorledes en erfaren specialist på det pågældende område ville have handlet under de i øvrigt foreliggende omstændigheder.

Nævnet har herved lagt vægt på, at der ved den første undersøgelse af A den 25. oktober 2009 kun fandtes tegn til affektion af mandlerne (tonsillitis acuta) og ingen trismus (kæbespærre). Det var derfor relevant at behandle med antibiotika. Først ved undersøgelse den følgende dag var der tegn til byld i svælg, hvorfor der var indikation for at foretage kirurgisk drænage af pusansamlingen.

Nævnet kan tiltræde, at det forhold, at det blev nødvendigt at drænere i flere omgange og foretage reoperation den 28. oktober 2009, ikke var en følge af operationen den 26. oktober 2009 eller behandlingen i øvrigt, men en følge af udviklingen af den sygdom, som A blev behandlet for. Som anført af Patientforsikringen er det ikke ualmindeligt, at patienter med bylddannelse i svælg må dræneres af flere omgange. Det er ikke en følge af behandlingen, men en følge af sygdommen.

Nævnet finder endvidere, at der var god indikation for at fortsætte respiratorbehandlingen i nogle dage, da der som følge af sygdommen og den nødvendige behandling heraf opstod hævelse i svælg og omkring strubehovedet. Respiratorbehandling var nødvendig for at sikre vejrtrækningen i denne periode.

For så vidt angår spørgsmålet om behandlingen af den opståede tilstand med delir

finder nævnet ligeledes, at behandlingen har været i overensstemmelse med den erfarne specialists standard. Behandlingen kan varetages af en somatisk afdeling uden psykiatrisk bistand, og det er således i overensstemmelse med vanlig fremgangsmåde, at A ikke blev tilset af psykiatrisk speciallæge under den delirøse tilstand. Behandlingen af en sådan tilstand sker med et antipsykotisk lægemiddel (Serenase), som også blev ordineret under indlæggelsen. A findes således behandlet korrekt, og de anførte psykiske gener ville med overvejende sandsynlighed ikke kunne være forebygget ved anden psykiatrisk behandling.

Med disse bemærkninger kan Patientskadeankenævnet tiltræde Patientforsikringens afgørelse af 22. januar 2013.

..."

I Psykiatrisk speciallægeerklæring af 29. november 2011, indhentet til brug for sagsøgerens førtidspensionssag i kommunalt regi, hedder det blandt andet:

"...

Dispositioner

Ingen til psykisk sygdom.

Tidligere psykisk

A har ikke tidligere i sit liv haft kontakt til behandlingssystemet, men han fortæller, at han nok har haft brug for det, idet han har haft flere perioder med udtalt dårligt humør, bl.a. en periode, hvor han boede sammen med en alkoholiseret kvinde og han mener, at han samlet har haft 5 depressive episoder, der ikke har ført til behandling. Han mener, at han over tid har haft mange grimme oplevelser, som han har genoplevet under sit delirium. ...

Nuværende psykisk

Efter flytningen har A fundet ro, han sover udmærket og føler sig tryk og rolig, så længe han ikke skal foretage sig noget. Han reagerer således voldsomt på forskellige typer af krav, hvor han da får angstsymptomer; sveden, hjertebanken, uro i maven og frygt for at få ukontrolleret afføring. Oplever således, at hans krop let kommer i et alarmberedskab. Hans generelle angst er imidlertid forsvundet, og han søger hele tiden at holde sig i ro og foretage sig fredsommelige ting. Han undgår kontakt med andre mennesker, og undgår at se fjernsyn af frygt for at komme i kontakt med voldsomme emner. Han reagerer voldsomt på pludselige lyde, hvor han farer sammen. Han har fortsat mange mareridt og bliver vækket heraf. I vågen tilstand genoplever han gang på gang episoder fra den periode, hvor i han lå i koma. Han har ikke efterfølgende haft oplevelser af at se synet eller høre stemmer, eller have de farveoplevelser, som han betegnede som 'lucifer'. Efter

han har fået antidepressiv medicin, synes han at humøret er blevet rimelig godt. Han forsøger at være positiv overfor tilværelsen og føler sig generelt mindre irriteret, men mener også at dette hænger sammen med, at der ingen krav er til ham nu. Fættøren, som han bor hos, hjælper og støtter ham, og stiller ingen krav til ham. A har meget svært ved at overskue en meget enkelt dagligdag og fortæller, at det har været særdeles vanskeligt for ham at komme til undersøgelse hos ut. Han var bange for, hvad der skulle ske, og følte sig angst og måtte presse sig til at komme afsted. I det daglige er der også flere aktiviteter, han må presse sig til at få gjort. Helst vil han være i ro og høre musik og gå meget lange ture. Han har fortsat meget svært ved at koncentrere sig, han har svært ved at lære nye ting, han glemmer hurtigt, hvad han er i gang med, og han mister overblikket. Han kan dog godt huske begivenheder fra tidligere perioder af sit liv.

...

Objektivt psykisk

A var mødt rettidigt frem, han virkede ældre end svarende til sin biologiske alder og han virkede utryk og valgte at bibeholde sit overtøj på under den lange samtale. Han var stilfærdig og noget tilbageholdende og forsigtig for lidt senere at blive lidt mere tillidsfuld og åben i kontakten. Han var omhyggelig i sin fremstilling og gav sig god tid til at redegøre for sine forhold, omend det var vanskeligt for ham at redegøre for forløbet omkring hans operation og perioden derefter. Han virkede smertefuldt berørt ved omtalen af dette forløb. Stemningslejet var på det jævne og han virkede følelsesmæssigt noget sprød, men holdt god samling på sig selv. Han var udmærket i stand til at huske de episoder fra tidligere i sit liv, og han udviste en god udholdenhed og tålmodighed under interviewet. Det var tydeligt, at han havde let til stressreaktioner. Hans tankegang var samlet og relevant, men han havde tydeligvis svært ved at forstå, hvad der egentlig var sket med ham under hans sygdom, og svært ved at forklare baggrunden for sine forskellige oplevelser. Han virkede på intet tidspunkt irriteret, men derimod interesseret i at fortælle sin historie og få hjælp til at forstå denne. Han gav ikke udtryk for vrangforestillinger og han virkede på intet tidspunkt hallucineret. Han gav ikke udtryk for noget suicidal.

Diagnoser

F43.1 Posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD)

F33.A Periodisk depression p.t. i remission

Konklusion

A er en 51-årig mand, der har haft en række belastninger i tilværelsen og har udviklet flere depressive faser, som ikke tidligere har ført til behandling. Han synes, at have haft et relativt almindeligt familie- og arbejdsliv frem til, at han bliver fysisk syg i 2009. Han udviklede en akut livstruende tilstand, idet han fik en byld i halsen, der truede hans luftveje og førte til akut indlæggelse og flere operationer.

Efterfølgende lå han i koma og respirator i en uges tid, men han angiver at have en række erindringer fra dette forløb, som var af meget skræmmende natur. Efter at han kom ud af respiratoren, udviklede han et organisk psykosyndrom = delirium, dvs. en akut psykotisk tilstand forårsaget af en forstyrrelse af hjernens biokemi. Han var således voldsomt hallucineret, og han havde skræmmende synsoplevelser og hørelsesoplevelser, foruden at han var uden søvn i flere døgn. ...

Den delirøse tilstand fortog sig gradvist, hvorpå A var psykisk forandret og han udviklede derpå symptomer svarende til en posttraumatisk belastningstilstand (PTSD).

I forløbet udviklede han tillige en depressiv tilstand, som han har modtaget relevant behandling for, og som han har responderet på og skal fortætte med.

Han har fortsat symptomer på PTSD, idet han således har flashback-oplevelser, dvs. genoplevelser af episoderne fra hans sygdomsforløb, samt et voldsomt ubehag når han genoplever disse begivenheder, foruden vanskeligheder ved at huske de enkelte begivenheder. Derudover har han en psykisk overfølsomhed, eller alarmberedskab med irritabilitet, vredesudbrud, søvnproblemer, koncentrationsbesvær, sammenfaren ved lyde foruden at han er særdeles følsom overfor krav og forventninger til ham, som udløser angstsymptomer. Udover det beskrevne, kan man få indtryk af, at A's personlighed har forandret sig, men kendskabet til A er imidlertid for sparsomt til at man med sikkerhed kan udtale sig herom på nuværende tidspunkt.

Med tiden er nogle af A's PTSD symptomer tillige afsvækket noget, men dette synes især at afspejle, at han lever en helt tilbagetrukket og afsondret tilværelse med et minimum af stress. Det er således tydeligt, at så snart der bliver stillet selv enkle krav til A, da blusser hans symptomer ganske voldsomt op.

På baggrund af forløbets varighed, antages tilstanden at have antaget en kronisk karakter. Der kan ikke peges på nogen specifik behandling af hans PTSD, dog synes han i nogen udstrækning at have profiteret lidt den indsatte antidepressive medicin.

...

Sammenfattende er A's psykiske tilstand særdeles dårlig og der kan ikke peges på nogen behandling, der vil kunne bedre tilstanden eller bibringe A en arbejdsevne, hvorfor hans nuværende strategi med ro, fred og overskuelighed synes hensigtsmæssigt i et symptomlindrende perspektiv.

..."

✓ Kommune traf den 26. januar 2012 med virkning fra den 1. februar 2012 afgørelse om tilkendelse af førtidspension.

Sagen har været forelagt Retslægerådet. I Retslægerådets erklæring af 6. maj 2015 hedder det:

"...

Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes oplyse, om undersøgelse og behandling på Universitetshospital i perioden 26. oktober til 7. november 2009 var velindiceret og blev udført i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer.

Undersøgelse og behandling i den angivne periode var velindiceret og blev udført i overensstemmelse med alment anerkendte lægelige principper for både det øre-næse-halskirurgiske og intensive medicinske behandlingsforløb.

Spørgsmål 2:

Retslægerådet bedes oplyse, hvilke psykiske gener/lidelser lider af som disse senest er beskrevet.

Sagsøgers psykiske gener/lidelser er senest beskrevet i psykiatrisk speciallægeerklæring af 29.11.11, hvor sagsøger blev diagnosticeret med posttraumatisk belastningsreaktion og periodisk depression, p.t. i remission.

Spørgsmål 3:

I forlængelse af spørgsmål 2 bedes Retslægerådet oplyse, hvad der må anses for at være årsag til den ved besvarelsen fremkomne psykiske tilstand/lidelse.

Såfremt der er tvivl om graden af sandsynlighed for årsagsforbindelse, bedes Retslægerådet beskrive, hvori denne tvivl består, og i den forbindelse angive, hvad der måtte tale for henholdsvis imod, en årsagsforbindelse.

Retslægerådet kan ikke på det foreliggende afgøre, hvad årsagen er til sagsøgers gener/lidelser, se endvidere besvarelsen af spørgsmål 2. En relation til det kirurgiske indgreb og intensivbehandling med komplicerende efterfølgende intensiv delirium (organisk psykosyndrom) kan være medvirkende eller udløsende årsag, men også tidligere "oplevelser i livet", som sagsøger refererer til under indlæggelse på Universitetshospital i 2009, kan være årsagen eller medvirkende årsag. Patienten angiver i forbindelse med den psykiatriske speciallægeerklæring i november 2011, at han ikke har haft kontakt til det psykiatriske behandlingssystem før det kirurgiske indgreb og den efterfølgende intensivbehandling på Kommunehospital i 2009, men at han nok havde haft brug for det. Sagsøger angiver, at han har haft 5 depressive episoder, dog uden behandling, før det kirurgiske indgreb og intensivbehandlingen i 2009.

...

Spørgsmål A:

Retslægerådet bedes beskrive den tilstand i halsen/svælget hos som førte til, at han blev henvist til Sygehus den 25. oktober 2009.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1. Sagsøger havde 5 dage inden/op til henvisningen til ~~X~~ Universitetshospital (via vagtlægen) "haft svær forkølelse, men ingen halssmerter. Siden i går, tiltagende ømhed i halsen." - Henvisende vagtlæge har helt korrekt henvist til undersøgelse på øre-næse-hals afdeling (akut).

Spørgsmål B:

Retslægerådet bedes - ud fra almindelige lægelig erfaring - beskrive, hvorledes en tilstand i halsen/svælget, som den ~~A~~ blev henvist til øre-, næse-, halsafdelingen med den 25. oktober 2009 normalt ville have udviklet sig u-behandlet.

Spørgsmålet er uklart - menes der en udvikling af en ubehandlet peritonsillær absces eller af en absces i det parafaryngeale rum.

Begge tilstande kan udvikle sig fatalt, men kan også udvikle sig med spontan perforation til svælg, så abscessen tømmes ("af sig selv").

Abscessen i det parafaryngeale rum regnes klart for en alvorligere lidelse end en byld bag mandlen (peritonsillær absces). Sidstnævnte kan udvikle sig til en parafaryngeal absces.

Spørgsmål C:

Efter en undersøgelse af halsen den 25. oktober 2009 blev ~~A~~ udskrevet med besked om at følge en penicillinkur, da lægerne vurderede, at der mest sandsynligt var tale om en almindelig halsbetændelse (bilag 3, s. 1).

~~A~~ henvendte sig på afdelingen igen dagen efter, den 26. oktober 2009, hvor man ved en opfølgende kikkertundersøgelse konstaterede en byld i svælget, som ~~A~~ blev opereret for samme dag (bilag 3, s. 2-3).

Var der på baggrund af fundene gjort den 25. oktober 2009 indikation for at foretage operation eller foretage andre behandlingsskridt samme dag?

Ud fra den beskrevne tilstand baseret på sygehistorien og de foretagne undersøgelser, blev der givet/ordineret antibiotika (tabletter Primcillin 800 mg) 1 x 3 dagligt grundet formodet halsbetændelse (tonsillitis acuta). Det må formodes, at en fiberlaryngoskopi (kikkertundersøgelse) også udført 25.10.09 ville have givet mistanke om en infektion, herunder absces i det venstre parafaryngeale rum - der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1.

Spørgsmål D:

Såfremt spørgsmål C besvares bekræftende bedes Retslægerådet oplyse, om det er sandsynligt, at det har påvirket ~~A's~~ endelige behandlingseresultat i negativ retning, at operationen blev foretaget den 26. oktober 2009 og ikke den 25. oktober 2009?

Det formodes, at der også var en absces i det venstre parafaryngeale rum den 25.10.09, eller at denne blev dannet de følgende timer, jf. CT-scanning og operative fund gjort den 26.10.09. Om der på undersøgelsestidspunktet den 25.10.09 var en flegmone eller absces er et teoretisk spørgsmål, som er svært at besvare. Vedrørende sagsøgers endelige behandlingsresultat fremgår det, at han blev rask i sin hals. Behandlingen blev gjort i tide. En tidligere diagnose og deraf formentlig tidligere operation kunne eventuelt have gjort sagsøger rask nogle timer eller en dag tidligere.

Spørgsmål E:

*Var intuberingen og anvendelsen af respirator i perioden fra den 26. oktober 2009 til den 1. november 2009 et nødvendigt led i behandlingen af den tilstand, som **A** var indlagt for?*

Ja. I modsat fald ville sagsøger ikke kunne få vejret.

Spørgsmål F:

*Var behandlingen af **A's** psykiske gener under indlæggelsen fra den 26. oktober 2009 i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer?*

Ja.

Spørgsmål G:

Hvor ofte udvikler patienter delir efter intubering og anvendelse respirator i en periode som den foreliggende (ca. 6 døgn)?

Delirium i det umiddelbare forløb efter intensivbehandling med intubering og respiratorbehandling er meget hyppigt forekommende. Op mod halvdelen af alle patienterne vil kunne have vekslende grader og varighed af intensive delirium.

Spørgsmål H:

*Retslægerådet bedes oplyse, om der i sagens lægelige akter er dokumentation for, at **A** lider af PTSD. I givet fald bedes Retslægerådet oplyse, hvornår WHO's diagnosekriterier (ICD-10:F43.1) var dokumenterbart opfyldte for så vidt angår:*

1. Udsættelse for hændelser af truende eller katastrofeagtig karakter.
2. Tidspunktet for symptomdebut.
3. Flashbacks og/eller mareridt.
4. Undgåelse af hvad der måtte minde om de i nr. 1 nævnte hændelser.
5. Stærkt ubehag ved situationer, der minder om de under 1 nævnte hændelser.
6. Fortrængning af de under 1 nævnte hændelser
7. Psykisk ustabilitet iform af
 - a. Sovnproblemer,
 - b. Irritabilitet,
 - c. Koncentrationsbesvær,

- d. *Hygervigiliet,*
- e. *Tilbojelighed til at fare sammen.*

Efter Retslægerådets vurdering må det anses for lægeligt dokumenteret, at sagsøger udviklede PTSD i forløbet, hvor han blev behandlet for peritonsillær absces i oktober 2009.

For besvarelse af de enkelte underspørgsmål henvises til beskrivelsen i psykiatrisk speciallægeerklæring af 29.11.11.

Spørgsmål J:

*Såfremt Retslægerådet vurderer, at **A** lider af en psykisk lidelse, herunder evt. PTSD, jf. besvarelsen af spørgsmål H og 2, bedes Retslægerådet oplyse, om det er sandsynligt, at lidelsen er varig?*

Det er ikke muligt for Retslægerådet at afgøre, hvorvidt lidelsen er varig.

..."

I supplerende erklæring fra Retslægerådet af 14. december 2015 hedder det:

"...

Spørgsmål 5:

Retslægerådet har ved besvarelsen af spørgsmål H oplyst, at

... må det anses for lægeligt dokumenteret, at sagsøger udviklede PTSD i forløbet, hvor han blev behandlet for peritonsillær absces i oktober 2009.

Retslægerådet bedes oplyse sandsynligheden for, at sagsøger - uden forløbet med behandling for peritonsillær absces - havde udviklet PTSD, når henses til at rådet ved besvarelsen af spørgsmål 2 har anført, at

... sagsøger blev diagnosticeret med posttraumatisk belastningsreaktion og periodisk depression, p.t. i remission.

Og ved besvarelsen af spørgsmål 3, har anført, at

... tidligere "oplevelser i livet" kan være årsagen eller medvirkende årsag.

Sandsynligheden bedes angivet med overvejende sandsynlighed (mere end 50%), sandsynligt (50%) og mindre sandsynligt (mindre end 50%).

Såfremt der er tvivl om graden af sandligheden for årsagsforbindelse, anmodes Retslægerådet om at beskrive, hvori denne tvivl består og i den forbindelse angive, hvad der måtte tale for henholdsvis imod en årsagsforbindelse.

Retslægerådet finder det mindre sandsynligt, at sagsøger - uden forløbet med behandling for peritonsillær absces - havde udviklet PTSD.

Spørgsmål 6:

Retslægerådet har ved besvarelsen af spørgsmål G anført, at

Delirium i det umiddelbare forløb efter intensivbehandling med intubering og re-

spiratorbehandling er meget hyppigt forekommende. Op mod halvdelen af alle patienterne vil kunne have vekslende grader og varighed af intensive delirium.

Retslægerådet bedes oplyse hvor mange procent, der udvikler PTSD som følge af dette og i samme sværhedsgrad, som sagsøgeren (jf psykiatrisk speciallægeerklæring 29/11-11)

Der haves ikke sikre tal for hyppigheden af PTSD i forbindelse med delirium. Retslægerådet kan dog oplyse, at det er væsentlig færre end halvdelen af alle patienter i intensiv behandling med intubering og respiratorbehandling, der udvikler delirøse symptomer i samme sværhedsgrad, som sagsøger oplevede.

Spørgsmål 7:

Retslægerådet har ved besvarelsen af spørgsmål 2 anført, at sagsøgeren har haft depressive perioder.

Retslægerådet bedes oplyse om sagsøgeren forudfor behandlingsforløb oktober 2009 og frem er diagnosticeret med depression, herunder hvilken behandling, der er givet herfor.

I forlængelse heraf bedes Retslægerådet oplyse om det med sikkerhed kan antages, at sagsøgeren har haft en eller flere depressive perioder forud for oktober 2009.

Forud for behandlingsforløbet oktober 2009 var sagsøger ikke diagnosticeret med depression og har ikke været i medicinsk behandling mod depression. Efter oktober 2009 har sagsøger været behandlet med antidepressivt virkende medicin, som bedrede hans humør.

..."

Forklaring

A har forklaret, at det er svært for ham at tale om forløbet og at møde i retten. Hans liv før forløbet var et godt liv. Han levede på og arbejdede som , hvilket han var glad for og god til. I sin fritid beskæftigede han sig med . Han spillede også meget musik . Han er nysgerrig af natur og har altid været interesseret i instrumenter og i at lære at spille på dem. Han var ude at spille til fødselsdage mv. i amatørband. Han havde det fedt med at være ude at spille.

Efter forløbet har han et ikke-eksisterende arbejdsliv. Han forsøgte ca. en måned efter udskrivelsen at komme tilbage til arbejdet. Han er teknisk set pladesmed. Han ødelagde den første side, han skulle sætte på en vogn, da han ikke var tilstrækkeligt koncentreret. Han blev efterfølgende ved at lave fejl, blev mindre og mindre populær og måtte sygemelde sig. Han gik derefter derhjemme. Han kunne ikke koncentrere sig og glemte for eksempel at lukke for vandet og for folden til hestene. Han var stoppet helt med at spille ude, da han ikke kunne koncentrere sig. Han spillede kun derhjemme, hvilket han fandt stor trøst i. Han kunne ikke længere spille sammen med nogen.

Der har tidligere været episoder, hvor han har været trist. Hans eks-kone, som han fik et søn med, var kvartalsdranker. Det var svært at håndtere det og beskytte hende og børnene. Det var en svær periode i hans liv. Da han var 19 år, fik han at vide, at hans far ikke var hans rigtige far. Det gjorde også ondt. Der har ikke været tristhedsperioder uden årsag. Han har ellers været glad og omgængelig. Han er ikke gået til læge i de perioder, hvor han har haft det skidt, for hvad skulle lægen kunne gøre ved, at han var ked af det. Han havde noget at være ked af.

B som har udarbejdet bilag 4, er anæstesisygeplejerske. Hun havde lavet et speciale og en PhD-afhandling om delirium. Hun underviser i dag om det. Han indgik i hendes undersøgelser. Hun har holdt kontakten til ham efterfølgende, formentlig fordi han kunne huske det, der var foregået på sygehuset. Hun har spurgt, om han vil være medforedragsholder og fortælle om sine oplevelser i den forbindelse. Han har to gange deltaget, hvilket har været en succes for tilhørerne, men ikke for ham. Han er senere blevet interviewet til brug for et e-lærings forløb og skal derfor gudskelov ikke længere med ud til foredrag. Han kan dermed bidrage til, hvad der set fra patientens side sker i delirium, og hvad læger og sygeplejersker ikke skal gøre.

Parternes synspunkter

Sagsøgeren har i sit påstandsdokument anført følgende hovedanbringender, som er gentaget og uddybet under proceduren:

"Det gøres til støtte for påstanden gældende, at **A** med overvejende sandsynlighed er påført en patientskade i henhold til klage- og erstatningslovens § 19, stk. 1, jf. § 20.

Det gøres supplerende gældende, at respiratorbehandlingen på intensiv afdelingen med overvejende sandsynlighed har medført **A's** udvikling af delirium: psykosyndrom. Dette finder støtte i Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 5, hvoraf fremgår, at *Retslægerådet finder det mindre sandsynligt, at sagsøger - uden forløbet med behandling for peritonsillær absces - havde udviklet PTSD.*

Supplerende gøres det gældende, at **A** med overvejende sandsynlighed er påført en patientskade i henhold til klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, idet betingelserne for anerkendelse er opfyldt. Det bemærkes hertil, at **A's** udvikling af PTSD er mere end han med rimelig kan forventes at tale efter en simpel operation for fjernelse af venstre mandel og byld. Lidelsen er således mere alvorlig end grundlidelsen og sjældnen, idet mindre end 2% af tilfældene udvikler sig i samme invaliderende grad.

Det følger af observationsdata (bilag 4), at **A** er den hårdest ramte af samtlige patienter, som fik delirium. Af Retslægerådets besvarelse af

spørgsmål 6 kan udledes, at *det er væsentligt færre end halvdelen af alle patienter i intensiv behandling med intubering og respiratorbehandling, der udvikler delirøse symptomer i samme sværhedsgrad, som sagsøger oplevede.*

Svaret skal ses i lyset af, at Rådet ikke har sikre tal for hyppigheden af PTSD i forbindelse med delirium hvorfor Rådet begrænser besvarelsen af spørgsmålet til at angå personer, som har udviklet delir og ikke PTSD efterfølgende.

Sagsøgeren har noteret sig, at Patientskadeankenævnet ikke mener at have taget stilling til, om betingelserne efter § 20, stk. 1, nr. 4 er opfyldte. Det skal hertil bemærkes, at A ved anmeldelse af patientskade af 8. marts 2012, (bilag 12) i sidste afsnit på side 2 klart gjorde opmærksom på, at han mente sig berettiget til erstatning efter netop denne bestemmelse, idet det fremgår, at

"På denne baggrund er det min opfattelse at min klient har været udsat for en Patientskade der går udover hvad han med rimelighed må forventes at tåle"

Med denne formulering har min klient fra begyndelsen af sagens forløb i såvel daværende Patientforsikring og efterfølgende Patientskadeankenævn klart tilkendegivet, at der ved den administrative behandling måtte tages stilling til lovens § 20, stk. 1, nr. 4, hvorfor det er sagsøgerens opfattelse, at patientskademyndighederne har taget stilling hertil, og sagen derfor ikke skal hjemvises til Patientskadeankenævnet til fornyet afgørelse, dersom at Retten måtte finde, at A er påført en skade i forbindelse med behandlingen."

Sagsøgte har i sit påstandsdokument anført følgende hovedanbringender, som er gentaget og uddybet under proceduren:

"Frifindelsespåstanden

Det gøres overordnet gældende, at A ikke har godtgjort, at der er grundlag for at tilsidesætte Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse af 3. oktober 2013 (bilag 2).

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

A har ikke løftet sin bevisbyrde for, at der er grund for at tilsidesætte Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse.

Ikke bevis for merskade

Der er ikke godtgjort, at **A** med overvejende sandsynlighed er blevet påført en patientskade, som følge af behandlingen og indlæggelsen.

Ankenævnet for Patienterstatningen har i den anfægtede afgørelse (bilag 2) fundet, at **A's** nuværende psykiske gener ikke med overvejende sandsynlighed er forårsaget af den behandling, som han gennemgik under indlæggelsen, men derimod mere sandsynligt skyldes det forhold, at han led af en meget alvorlig infektionsstilstand i hals og svælg.

Dette understøttes af Retslægerådets udtalelse af 6. maj 2015, hvor Retslægerådet ved besvarelse af spørgsmål 3 har vurderet, at:

"Retslægerådet kan ikke på det foreliggende grundlag afgøre, hvad årsagen er til sagsøgerens gener/lidelser..."

*"En relation til det kirurgiske indgreb og intensiv behandling med komplicerende efterfølgende intensiv delirium (organisk psykosyndrom) kan være medvirkende eller udløsende årsag, men også tidligere "oplevelser i livet", som sagsøgeren referer til under indlæggelsen på **X** Universitetshospital i 2009, kan være årsagen eller medvirkende årsag."*

Restlægerådets besvarelse af spørgsmål 5 kan ikke ændre herpå.

[frafaldet]

Ikke bevis for erstatningsberettigende patientskade, jf. § 20, stk. 1, nr. 4

Hvis retten måtte give **A** medhold i, at han blev påført en patientskade, gøres det yderligere gældende, at betingelserne i klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4 (tåleren), ikke er opfyldt.

A's delirium efter intubering og anvendelse af respirator er ikke tilstrækkelig sjælden til at opfylde sjældenhedskriteriet. Efter Retslægerådets svar på spørgsmål G er delirium i det umiddelbare forløb efter intensivbehandling med intubering og respiratorbehandling meget hyppigt forekommende. Retslægerådet vurderer endvidere, at op mod halvdelen af alle patienter vil kunne have vekslende grader og varighed af intensive delirium.

I supplement til spørgsmål G, har Retslægerådet endvidere vurderet (spørgsmål 6), at:

"Der haves ikke sikre tal for hyppigheden af PTSD i forbindelse med delirium. Retslægerådet kan dog oplyse, at det er væsentlig færre end halvdelen af alle patienter i intensiv behandling med intubering og respiratorbehandling, der udvikler delirose symptomer i samme svær-

hedsgrad, som sagsøger oplevede."

Henset til, at kriteriet om sjældenheden ifølge forarbejderne og praksis kun er opfyldt, hvis hyppigheden er mindre end 2 %, og at Retslægerrådet vurderer, at hyppigheden til at være "væsentlig færre end halvdelen af alle patienter", er kriteriet om sjældenhed ikke opfyldt.

Hvis retten måtte finde, at sjældenhedskriteriet er opfyldt, gøres det gældende, at A ikke har løftet bevisbyrden for, at alvorligheds-kriteriet er opfyldt. Der er ikke det nødvendige misforhold mellem på den ene side skadens omfang og på den anden side A's grundsygdoms alvor.

Dette understøttes fuldt ud af Retslægerrådets udtalelse af 6. maj 2015, hvor Retslægerrådet udtaler, at:

"Begge tilstande kan udvikle sig fatalt, men kan også udvikle sig med spontan perforation til svælg, så abscessen tømmes ("af sig selv")."

Endvidere henvises til Retslægerrådets besvarelse af spørgsmål E, hvoraf det fremgår, at Retslægerrådet på spørgsmålet om hvorvidt intubering og anvendelsen af respirator i perioden fra den 26. oktober 2009 til den 1. november 2009 var et nødvendigt led i behandlingen af den tilstand, som A var indlagt for:

"Ja. I modsat fald ville sagsøger ikke kunne få vejret."

Det gøres supplerende gældende, at det ikke er godtgjort, at behandlingen, om den var blevet iværksat dagen før, den 25. oktober 2009, ville have været mindre indgribende. Der henvises til Retslægerrådets besvarelse af spørgsmål D, hvor der spørges til, om det er sandsynligt, at det har påvirket A's endelige behandlingsresultat i negativ retning, at operationen blev foretaget den 26. oktober 2009 og ikke den 25. oktober 2009:

"Vedrørende sagsøgerens endelig behandlingsresultat fremgår det, at han blev rask i sin hals. Behandlingen blev gjort i tide. En tidligere diagnose og deraf formentlig tidligere operation kunne eventuelt have gjort sagsøgeren rask nogle timer eller en dag tidligere."

Hjemvisningspåstanden

Ankenævnet for Patienterstatningen har i den anfægtede afgørelse ikke taget stilling til, om betingelserne for erstatning efter § 20, stk. 1, nr. 4, er opfyldte.

Påstanden om hjemvisning er nedlagt for det tilfælde, at retten måtte finde, at A er blevet påført en skade som følge af behandlingen, jf. klage- og erstatningslovens § 19, stk. 1, jf. § 20, stk. 1. [udgået]

Da bør sagen hjemvises til Ankenævnet for Patienterstatningen, således at retten ikke træffer afgørelse om, hvorvidt betingelserne i § 20, stk. 1, nr. 4, er opfyldte som første instans. Dette spørgsmål henhører retteligt under patientskademyndighederne.

Såfremt retten finder, at der er grundlag for at tage stilling til, om betingelserne for erstatning i § 20, stk. 1, nr. 4, er opfyldte, gøres det gældende, at dette ikke er tilfældet, da hverken betingelserne i bestemmelsen om alvorlighed eller hyppighed er opfyldte."

Rettens begrundelse og afgørelse

Efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmålene I og H lægges det til grund, at **A** lider af PTSD og periodisk depression, og at han udviklede PTSD i forløbet, hvor han blev behandlet for peritonsillær absces i oktober 2009. Han har ikke forud herfor været diagnosticeret med depression eller været i medicinsk behandling herfor, jf. svaret på spørgsmål 7.

Det fremgår af Retslægerådets svar på spørgsmål E, at intubering og anvendelse af respirator var et nødvendigt led i behandlingen af den tilstand, **A** var indlagt for, idet han ellers ikke kunne få vejret, og af svaret på spørgsmål G, at delirium i det umiddelbare forløb efter intensiv behandling med intubering og respiratorbehandling er meget hyppigt forekommende, og at op mod halvdelen af alle patienter vil kunne have vekslende grader og varighed af intensive delirium. I svaret på spørgsmål 6 er det angivet, at væsentligt færre end halvdelen udvikler delirøse symptomer i samme sværhedsgrad som **A**, og at der ikke haves sikre tal for hyppigheden af PTSD i forbindelse med delirium. Retslægerådet har i besvarelsen af spørgsmål 5 fundet det mindre sandsynligt, at **A** uden forløbet med behandling for peritonsillær absces havde udviklet PTSD.

Herefter og efter sagens øvrige oplysninger lægges det til grund, at **A** som følge af behandlingsforløbet udviklede PTSD, og at dette ikke var en normal følge af grundsygdommen eller komplikation ved behandlingen heraf. Det er således godtgjort, at **A's** nuværende psykiske gener med overvejende sandsynlighed er forårsaget af den behandling, som han gennemgik under indlæggelsen. **A** er derfor blevet påført en skade som følge af behandlingen og indlæggelsen, jf. klage- og erstatningslovens § 19, stk. 1, jf. § 20, stk. 1.

Ankenævnet for Patienterstatningen har i sin afgørelse efter dens indhold ikke taget stilling til, om betingelserne for erstatning efter lovens § 20, stk. 1, nr. 4, er opfyldte. Da retten ikke bør træffe afgørelse herom, uden at patientskademyndighederne forinden har taget stilling hertil, hjemvises sagen til Ankenævnet for Patienterstatningen. Det kan ikke føre til andet resultat, at **A**

i sin klageskrivelse har fremført forhold, der naturligt må forstås som omfattende betingelserne i lovens § 20, stk. 1, nr. 4.

Som følge heraf hjemvises sagen til fornyet afgørelse i ankenævnet.

Efter sagens udfald, hvorved ingen af parterne har fået fuldt medhold, men hvor A må anses for at have haft grund til at føre proces, skal ankenævnet betale delvise omkostninger til A med 54.000 kr. Heraf udgør 4.000 kr. refusion af udgifterne til retsafgift, mens det resterende beløb, 50.000 kr., udgør delvise advokatomkostninger.

Thi kendes for ret:

Sagen hjemvises til Ankenævnet for Patienterstatningen.

Ankenævnet for Patienterstatningen skal inden 14 dage i sagsomkostninger til A betale 54.000 kr.

Sagsomkostningsbeløbet forrentes i medfør af rentelovens § 8a.

Marianne T. Øllgaard

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Retten i Holbæk, den 3. maj 2016.

Susanne Dahlmann Petersen, Kontorfuldmægtig