



ØSTRE LANDSRET
DOM
afsagt den 22. marts 2023

Sag BS-30589/2019-OLR
(12. afdeling)

Boet efter [REDACTED]
og
[REDACTED]
(advokat Thomas Stigaard Hansen for begge)

mod

Ankenævnet for Patienterstatningen
(advokat Inge Houe)

Retten i Glostrup har den 13. juni 2019 afsagt dom i 1. instans (sag BS-1747/2016-GLO).

Landsdommerne Bloch Andersen, Susanne Lehrer og Nina Boserup (kst.) har deltaget i ankesagens afgørelse.

Påstande

Appellanterne, boet efter [REDACTED] og [REDACTED] har som sin principale påstand gentaget sin påstand for byretten om, at indstævnte, Ankenævnet for Patienterstatningen, tilpligtes at anerkende, at anerkendt behandlingsskade i form af forsinket diagnosticering og behandling af lungecancer begrundet supplerende godtgørelse for mén med 308.760 kr. og godtgørelse for svie og smerte med 72.500 kr. til boet efter [REDACTED] og forsørgertabstatning med 279.600 kr. samt overgangsbetrag med 156.000 kr. til [REDACTED]. Alle beløb kræves tillagt renter efter erstatningsansvarslovens § 16 fra den 1. juni 2015.

Appellanterne har endvidere nedlagt subsidier påstand om, at Ankenævnet for Patienterstatningen tilpligtes at anerkende, at anerkendt behandlingsskade i form af forsinket diagnosticering og behandling af lungecancer begrundet supplerende erstatning til boet efter [REDACTED] og til [REDACTED] således at sagen hjemvises til Ankenævnet for Patienterstatningen til udmåling.

Indstævnte, Ankenævnet for Patienterstatningen, har påstået dommen stadfæstet.

Supplerende sagsfremstilling

Sagen har for landsretten på ny været forelagt Retslægerådet.

Af Retslægerådets udtalelse af 21. september 2021 fremgår:

"Spørgsmål 10:

Dansk Lunge Cancer Register (DLCR) har eksisteret siden 2000, og der er nu indtil udgangen af 2018 inddateret 36712 patienter med lungecancerforløb. Heraf er de 7091 (19%) patienter med planocellulært carcinom.

Kan data fra DLCR lægges til grund for vurdering af den enkelte patients prognose (overlevelse) og stadie?

Data fra Dansk Lunge Cancer Register kan i nogen situationer bidrage til vurdering af prognosen ved en patient, hvor der er et kendt stadium af sygdommen, men data i registret tager ikke hensyn til andre vigtige forhold ved sygdommen og patienten, som er vigtig for at give nøjagtig vurdering af prognosen. Aggressiviteten af en given sygdom vil desuden først afsløre sig når en behandling har virket eller ikke har virket, og den oplysning er ikke indarbejdet i registerets data.

Spørgsmål 11:

I aktuelle tilfælde hersker der en del usikkerhed om tumors primære størrelse, da der kun fore- ligger en røntgenoptagelse af thorax og ikke en CT-skanning fra den primære dato den 24. april 2013.

Radiologisk specialist indenfor thoraxradiologi og Retslægerådet er ikke umiddelbart enige om den primære udmåling (ca. 2 cm til ca. 3,2 cm). I april 2014 foreligger der en mere nøjagtig vurdering, da der er foretaget en CT-skanning, der vurderer tumor til 6-7 cm i diameter.

Hvad er middelfordoblingstiden (væksthastigheden) for et planocellulært carcinom tilsvarende det i denne sag? Jf. klinisk erfaring og studie: Comparison of actual survivorship after treatment with survivorship predicted by actual tumor-volume doubling time from tumor diameter at first observation.

Mizuno T, Masaoka A, Ichimura H, Shibata K, Tanaka H, Niwa H.

Cancer. 1984 Jun 15;53(12):2716-20.)

Spørgsmålet kan ikke besvares. For at regne en fordoblingstid ud med en rimelig sikkerhed kræves der mindst 2 CT-skanninger. Desuden er fordoblingstiden kun et enkelt parameter ud af flere andre i forhold til at udtale sig om risikoen for spredning til andre organer.

Spørgsmål 12:

Kan man ud fra de i besvarelsen af spørgsmål 11 angivne middelfordoblingshastigheder regne tilbage ud fra den mere nøjagtige størrelsesvurdering via CT-skanningen fra april 2014 med henblik på størrelsen af tumorens diameter den 24. april 2013?

Hvis man anlægger den betragtning, at tumor er sfærisk, kan volumen beregnes ud fra formlen:

$$4/3 \times 1t \times r^3.$$

Ud fra Retslægerådets besvarelse af ovennævnte bedes rådet oplyse, hvad tumorens diameter med overvejende sandsynlighed har været d. 24. april 2013

Spørgsmålet kan ikke besvares jf. besvarelsen af spørgsmål 11.

Spørgsmål 13:

Tumors størrelse i april 2013, jf. rådets besvarelse af spørgsmål 12, bedes oplyst ud fra TNM- klassifikationen.

Spørgsmålet kan ikke besvares, da der ikke foreligger en CT-skanning i 2013. Forholdene i lever, lungehinde og lymfeknudestationer samt størrelsen af tumor kan ikke vurderes.

Spørgsmål 14:

Efter supplerende oplysninger fra DLCR, jf. bilag 12 og årsrapporten 2018, omkring plano- cellulære turneres kliniske stadier (cTNM), hvor tumors størrelse i diameter varierer fra >1 cm til 5 cm, er følgende data fremkommet:

Planocellulære tumorer:

Tumor størrelse	Antal	NOMO	NIMO	Operable	N2/N3	N2/N3+M	+M
T IB : 11-20 mm	555	412 (74,5 %)	27 (4,9 %)	439 (79,4 %)	47 (8,5%)	88 (15,9 %)	59 (10,6 %)

T1C: 21-30 mm	93	67 (72 %)	5 (5,4 %)	72 (77,4 %)	14 (15%)	17 (18,3 %)	7 (7,5 %)
T2A: > 30 mm	1186	701 (64,5 %)	120 (10,1 %)	821 (74,6 %)	173 (14,6%)	281 (23,7 %)	204 (17,2 %)

Hvor NOMO er tumorer uden spredning, dvs. i princippet operable. NIM0 med spredning til de intralobulære glandler, der fjernes ved operation, således dette stadie også er principielt operabelt.

Kan Retslægerådet på denne baggrund angive den procentuelle andel af patienter med planocellulært carcinom (T1B, T1C, T2A) i størrelser >10 mm til 50 mm som med overvejende sandsynlighed er operable?

Appellanten har beregnet andelen til at udgøre ca. 75 %.

Fastholder Retslægerådet ud fra disse data, at det er overvejende sandsynligt, at der var sket spredning allerede den 24. april 2013?

Hvilken betydning har det for besvarelsen af ovennævnte spørgsmål, at der hos afdøde i april 2014 blev vurderet spredning til lungehinder, lymfeknuder og lever, uagtet bioptisk undersøgelse af de mediastinale glandler (N2/N3) ikke viste tegn til spredning til disse.

Der er ikke i spørgsmålet oplysninger, der får Retslægerådet til at fravige sin tidligere vurdering om, at det er sandsynligt, at der var sket spredning allerede i april 2013. Denne vurdering bygger på stadiet i 2014 og kræftens aggressive vækstmønster. Der foreligger kun biopsi fra en enkelt lymfeknudestation (4R) i april 2014. PET-CT-skanning medio april 2014 viste, ifølge journalreferat, opladning i flere lymfeknudestationer (station 2, 4R, højre lungerod) og to steder i leveren. Stadiet blev vurderet til T1N3M1b. Det er velkendt, at en enkelt negativ prøve fra en lymfeknudestation i brystskillevæggen ikke kan udelukke, at der reelt er sket spredning til lymfeknudestationer vist ved PET-CT-skanning.

Spørgsmål 15:

April 2014 foretages der bioptisk undersøgelse af de mediastinale glandler (N2/N3). Denne viser ikke tegn til spredning til disse.

Retslægerådet anmodes om at udtale sig om, hvorvidt det må antages, at der var sket spredning til de disse i april 2013 og rådet bedes herunder angive den statistiske sandsynlighed herfor, jf. studie og figur nedenfor: Figur 101-7:

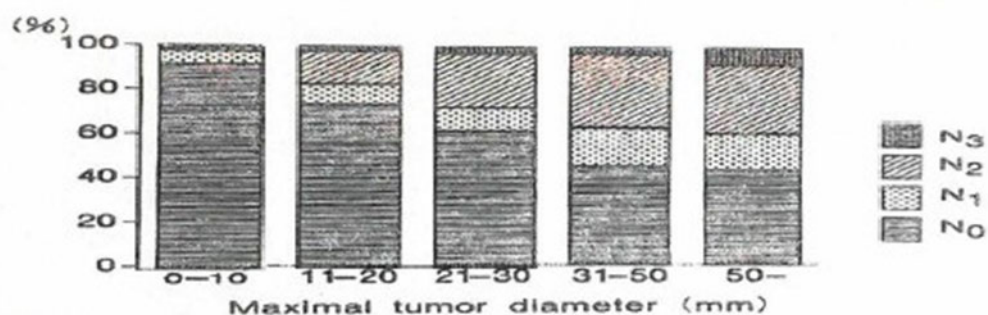


Fig. 101-7. Incidence of lymph node metastasis in relation to tumor diameter. From Watanabe Y: Results of surgery for N2 non-small cell lung cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2:85, 1996. With permission.

Det skal bemærkes, at dette studie indeholder også adenocarcinomer, der hyppigere spreder sig til lymfesystemet med samme størrelser som de planocellulære.

Det er ikke muligt at besvare det spørgsmål, jf. besvarelsen af spørgsmål 14. Det bemærkes, at en artikel fra 1996 kan ikke bruges til at belyse dette emne, da mulighederne for at finde sygdomsspredning har ændret sig meget i gennem de 20 år, der adskiller materialet i artiklen og 2013-14, i Danmark.

Spørgsmål 16:

Under henvisning til ovennævnte supplerende data fra DLCR, bilag 12 og årsrapporten 2018, bedes Retslægerådet angive den procentuelle sandsynlighed for fjernmetastaser i april 2013, ved fund af et planocellulært carcinom (T1 B, T1 C, T2A) med en tumorstørrelse på mellem 1 cm og 5 cm.

Appellanten har beregnet sandsynligheden til under 20 %.

Spørgsmålet er generelt og der henvises til besvarelsen af de tidligere spørgsmål.

Spørgsmål 17:

På baggrund af årsrapporten fra DLCR 2013 ses det, at < 5% skifter TNM klassifikation, der har betydning for behandlingen. Vil planocellulære carcinomer med en cTNM vurdering (T1 B, T1 C og T2A) på mellem 1 cm og 5 cm og så i betragtning heraf, statistisk set, være operable og med hvilken sandsynlighed?

Appellanten har beregnet, at det er overvejende sandsynligt (> 50%), at tilsvarende tumorer med den angivne størrelse er operable.

Spørgsmålet er generelt og der henvises til besvarelsen af de tidligere spørgsmål.

Spørgsmål 18:

Med hensyn til overlevelse skal man anvende data fra 2018 årsrapporten for at få 5-årsoverlevelsen med for den kohorte, der behandles i 2013.

Ser man på overlevelsesmulighederne efter en operation i 2013, er de TNM grupper, man skal vurdere: T1BN0M0, T1CN0M0, T2AN0M0, T1BN1M0, T1CN1M0 samt T2AN1M0, dvs. stadierne IA2, IA3, IB samt IIA.

cTNM-klassifikationen er resultatet efter endt udredning og pTNM-klassifikationen efter operation.

cTNM:

	1 år	2 år	5 år
IA2 N0	91,2	84,7	60,3
IA3 N0	91,1	84,7	60,3

pTNM:

	1 år	2 år	5 år
IA2 N0	96,2	92,4	77,2
IA3 N0	100	100	100
IB	92,8	86,9	66,1
IIA +N1	85,7	78,6	54,8

De 3, 5 og 10 årsoverlevelser, der er opgivet af Retslægerådet, omhandler alle patienter i det pågældende stadie (cTNM). Nogle af disse har ikke kunnet tilbydes operation på grund af konkurrerende lidelser, dårlig lungefunktion, høj alder, konkurrerende sygdomme, for eksempel dårligt hjerte, hvilket gør overlevelsen for samme stadier betydeligt højere efter kirurgi (pTNM).

Ville patienten statistisk set, ud fra ovennævnte oplysninger og sammenholdt med det faktum, at mindre end 5 % ændrer TNM klassifikation, med overvejende sandsynlighed have overlevet 5 år efter kirurgi i april 2013?

Da vi ikke kender stadiet i 2013 og ikke ved, om kirurgi havde været anbefalelsesværdigt, samt hvad det postoperative stadiet havde været, givet at der var foretaget kirurgi, kan overlevelseschance på 5 år ikke vurderes. I 5-10 % af tilfældene er stadiet for lavt sat før kirurgi. Der henvises i øvrigt til besvarelsen af spørgsmål 10."

Af Retslægerådets udtalelse af 4. januar 2023 fremgår:

"Spørgsmål 19:

Til brug for besvarelse af spørgsmålet henvises der til de kliniske retningslinjer for Dansk Lunge Cancer Gruppe: Lungecancer-visitation, diagnose, stadie, Punkt 8 side 3 og 14, hvorefter:

Mediastinale foci med øget FDG-optagelse og/eller patologisk forstørrede / kontrastopladende lymfeknuder bør cytohistologisk konfirmeres og ikke tages til indtægt for mediastinal spredning alene baseret på billeddiagnostikken (B)

Punkt 23, side 4 og 29:

Ved den præoperative mediastinale undersøgelse bør der som minimum være repræsentative prøver (= indeholde lymfocytter) fra de centrale lymfeknude-stationer 4L, 4R og 7. Eventuelle patologiske hilære lymfeknuder (station 10 og 11) skal så vidt muligt også undersøges med EBUS-TBNA præoperativt, så kirurg, operationsteknik og patient kan matches bedst muligt ved operations-planlægningen (B)

Punkt 25, side 5 og 29:

Hvis man ved endoskopisk mediastinal undersøgelse hos en patient med patologiske mediastinale lymfeknuder på CT eller PET/CT ikke finder maligne celler, eller der ikke opnås repræsentative fund, bør patienten gentaget EUS/EUS-B/EBUS eller have foretaget supplerende mediastinoskopi mhp. at udelukke N2-sygdom (A)

Punkt 10, side 3:

Ved små leverlæsioner kan det CT og PET-mæssigt være vanskeligt at skelne mellem cyster og metastaser, hvorfor supplerende ultralydsundersøgelse, eventuelt med ultralydskontrast eller finnålsbiopsi, anbefales (B)

Punkt 30, side 5:

Potentielle fjernmetastaser fundet ved billeddiagnostisk, og som ikke kan sikkert diagnostisk afklares ved billeddiagnostik - herunder med FDG-PET/CT-skanning og evt. supplerende CT- eller MR-skanning af knogler, binyrer og hjerne, må afklares ved invasive procedurer - først og fremmest ved billedvejledt finnålsaspirationsbiopsi til cytologisk og immunhistokemisk undersøgelse eller ved histologisk nålebiopsi (B)

Hvad er evidensen for, at der foreligger spredning udenfor tumor i april 2014, når der samtidig foreligger en ufuldstændig udredning i forhold til de kliniske retningslinjer uden biotisk/immunhistokemisk verifikation?

Vurdering af sygdomsstadium og muligheder, der findes for behandling, inklusiv operation foretages på en MDT-konference, hvor der deltager speciallæger fra røntgenafdeling, nuklearmedicinsk afdeling, lungekirurgisk afdeling, onkologisk afdeling, lungemedicinsk afdeling og patologisk afdeling. Her gennemgås billedmateriale og sygehistorie for fastlæggelse af stadium af sygdom og mulighederne for behandling, inklusiv operation, det vurderes desuden om der vil være behov for at supplere med yderligere undersøgelser. En sådan konference blev afholdt den 24. april 2014 for [REDACTED]. Her var vurderingen, at [REDACTED]

██████████ havde en stor svulst på 7 centimeter i højre lunges overlap med indvækst i brystskillevæggen og i lungehinden, og det blev vurderet på baggrund af PET-CTskanning, at der var spredning til lymfeknuder i mediastinum, og at der var 2 oplagte levermetastaser. Konklusionen var, at ██████████ var inoperabel, og at der derfor ikke var behov yderligere undersøgelser af hverken af lymfeknuder i mediastinum eller metastaser i leveren. Den efterfølgende sygehistorie bekræftede, at det der vurderedes at være metastaser i leveren, virkelig var metastaser som voksede. I situationer hvor PET-CT klart viser spredning til flere områder uden for primærtumoren, vil forsøg på yderligere bioptisk verifikation af metastaserne ikke føre til mere sikkerhed, men kun til overflødig forsinkelse af behandling udover en risiko for komplikationer, og bør derfor undlades. Evidensen på avanceret sygdom med spredning bygger således på det samlede billedmateriale.

Spørgsmål 20:

Statistiske data fra Dansk Lunge Cancer Register viser, at tumorer af tilsvarende størrelse klinisk har metastaseret i mindre end 25 % af tilfældene samt at ved udredning (kliniske retningslinjer):

Punkt 24, side 4:

Ved infiltrater svarende til stadium I NSCLC beliggende i den yderste 2/3 af lungefeltet, og såvel CT som FDG-PET/CT er uden tegn på involvering af mediastinale lymfeknuder, inklusiv hilære N1-lymfeknuder, kan invasiv undersøgelse af mediastinum udelades med mindre primærtumor har lav FDG- optagelse (B)

Hvad er evidensen for, at der var sket spredning af tumor allerede i april 2013, når der kun forelå et røntgenbillede med en perifer tumor, der angives til en størrelse på ca. 3,2 cm, måske lidt mindre, svarende til stadium I.

Størrelsen af en lungesvulst er slet ikke det eneste, der afgør livsudsigterne for et menneske med lungekræft. De data som der anføres stammende fra DLCC, bygger i så fald på data, hvor patienter med erkendte metastaser til lymfeknuder eller andre organer er sorteret fra. De statistikker kan ikke bruges til at vurdere prognosen for patienter, hvor der hverken er foretaget EBUS, CT-skanning eller PET-CT. Sygdommen viste sig at være meget aggressiv. Der gik et år fra april 2013 til april 2014 fra sygdommen blev overset på et røntgenbillede og målte til lidt over 3 centimeter, til den målte 7 centimeter, havde spredt sig til i hvert fald N2 lymfeknuder og til leveren. Kemoterapi hindrede ikke at såvel svulsten i lungen, som levermetastaserne havde forøget deres størrelser allerede august 2014. Efterfølgende kemoterapi havde ingen effekt på sygdommen, og metastaserne i leveren var yderlige vokset og forøget i antal i januar 2015. Yderligere behandling blev opgivet og ██████████ døde nogle måneder senere. Ud fra den sygehistorie er det derfor mest sandsynligt, at sygdommen allerede i april 2013 havde spredt sig, men da der hverken findes CT-skanning eller PET-CT-skanning fra april 2013 kan det ikke med sikkerhed vurderes. Statistikker der baseres på, hvordan det går for patienter, der er fuldt udredt kan ikke umid-

delbart fortælle, hvad sandsynligheden er for, hvordan det går patienter, hvor man kun har et røntgenbillede at gå ud fra.

Spørgsmål 21:

Der er fra Dansk Lunge Cancer Register (DLCR) indhentet supplerende data omkring planocellulære tumores kliniske stadier (cTNM). Der foreligger divergerende mål for patientens tumor. Erfaren thoraxradiolog har vurderet størrelsen til ca. 20 mm. Retslægerådet har vurderet størrelsen til ca. 32 mm.

Data fra DLCR:

Tumor	Antal	N0M0	N1M0	Operable	N2/N3	N2/N3 +	M + M
Størrelse							
21-30 mm	93	67 (72%)	5 (5,4%)	72 (77,4%)	14 (15%)	17 (18,3%)	7 (7,5%)
31-50 mm	1186	701 (64,5 %)	120 (10,1%)	821 (74,6%)	173 (14,6%)	281 (23,7%)	204 (17,2%)

Det vil sige at med udgangspunkt i en planocellulær tumor størrelse mellem 20 og 50 mm er der i hhv 72% og 64,5% af tilfældene ikke tegn til spredning udenfor tumor og i 5,4% samt 10,1% af tilfældene spredning til de tumornære lymfeknuder, hvilket dog stadig tillader kirurgisk fjernelse mhp helbredelse. Det fremgår derfor at kun hhv 18,3% og 23,7% af tilfældene ikke var operable pga spredning.

Kan Retslægerådet tiltræde den opfattelse, at en planocellulær lungetumor på mellem 20 og 50 mm statistisk set ikke har spredt sig i ca. 77 % til ca. 75 % af tilfældene og derved med overvejende sandsynlighed er operabel (over 50 %).

Prognosen for planocellære karcinomer er ringere end for andre ikke-småcellede lungekræft eksempelvis adenokarcinomer. Forskellen i 5-årsoverlevelse for opererede patienter var i både 2013 og 2014 mere end 10 %. Spørgsmålet er irrelevant da stadiet i april 2013 ikke kendes.

Spørgsmål L:

Svarede [redacted] infiltrat og undersøgelserne af hende til de i citatet i spørgsmål 20 anførte forudsætninger?

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 20.

Spørgsmål M:

Giver besvarelsen af spørgsmål 20 anledning til at ændre Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 14?

Nej.

Spørgsmål N:

Retslægerådet anmodes sammenfattende om at oplyse, om det er rådets vurdering, at diagnose- og behandlingsforsinkelsen er årsag til, at [redacted] lidelse blev uhelbredelig.

Hvis [redacted] var blevet opereret i april 2013, er det mest sandsynlige, at hun bagefter skulle tilbydes efterbehandling med kemoterapi (adjuverende kemoterapi) idet tumor enten var 4 centimeter eller der var spredning til lymfeknude i N1 eller N2 position. Brug af kemoterapi ville statistisk set have øget overlevelsen men 5-10 % vurderet ud fra lodtrækningsundersøgelser for patienter i god form, hvor man ikke kender fremtiden for patienter. Argumentet for at benytte kemoterapi efter operation for den type patienter, er når der senere konstateres spredning til andre organer, måtte der på operationstidspunktet have eksisteret ikke-erkendbare mikro-metastaser. I [redacted] situations ville adjuverende kemoterapi ikke have haft nogen virkning da kemoterapi efterfølgende viste sig overhovedet ikke at have effekt på sygdommen. Denne observation underbygger, at [redacted] allerede i april 2013 havde uhelbredelig kræft, uanset om hun var blevet opereret eller ej."

Forklaringer

Tidligere overlæge, nu pensioneret læge, [redacted] har afgivet supplerende forklaring.

[redacted] har supplerende forklaret, at patienten kan være operabel, selvom der er sket spredning til lungen. Kun hvis tumoren har spredt sig til midtskillevæggen i lungerne, er patient ikke operabel.

Den overlevelsesprocent på 60 %, han nævnte i sin forklaring i byretten, gælder ifølge datamaterialet fra Dansk Lunge Cancer Register, DLCR, stadig, hvis tumoren er omkring 3 cm. Der er i sagen uenighed om, hvor stor den omhandlede tumor var i 2013. Det statistiske materiale fra DLCR til og med 2018 viser, at ca. 65 % af tumorer på mellem 30 og 50 mm ikke er metastaseret på en sådan måde, at de ikke kan opereres. Han vurderer på den baggrund, at det var overvejende sandsynligt, at [redacted] kræftsvulst ikke var metastaseret i 2013.

Data fra DLCR viser, at spredningsrisikoen fordobles, når tumoren har nået en størrelse på 6-7 cm. Kun ca. 30 % af disse tumorer kan opereres, og der er såle-

des mange, for hvem kirurgi ikke kommer på tale. Kirurgi kommer kun på tale, hvis der ikke er sket spredning, eller hvis der kun er sket spredning til den lap, som udtages ved operationen, eller til en enkelt lymfeknude i lungens midtskillevæg. Hvis der er sket spredning til flere lymfeknuder, er det nødvendigt med onkologisk behandling.

Han vurderer, at [REDACTED] kræftstadie i 2013 var som beskrevet i hans erklæring af 27. oktober 2014. T-værdien fortæller noget om tumorens størrelse. N -værdien fortæller, om der er positive lymfeknuder. N0 angiver således, at der ikke er nogen positive lymfeknuder. N1 angiver, at der er positive lymfeknuder i den lap, der tages ud sammen med tumoren. N2 angiver, at der er positive lymfeknuder i midtskillevæggen, og N3 angiver, at der er positive lymfeknuder på den anden side af midtskillevæggen. M-værdien fortæller, om der er fjernmetastaser i andre organer, f.eks. i hjernen eller binyren.

Der er tre typer af lungecancer. I [REDACTED] tilfælde var der tale om et planocellulært carcinom med en tumorstørrelse på 3 cm. Denne type celle metastaserer mere sjældent end de andre to typer. Data fra DLCR viser, at sandsynligheden for, at den omhandlede celle var metastaseret i 2013, er ganske lille og ikke over 50 %. Det var altså overvejende sandsynligt, at den ikke var metastaseret. Han har set på tal fra 2018, som indeholder data om metastaser fra 10.000 planocellulære carcinomer.

T2AN0M0 betyder, at tumoren er mellem 30 og 50 mm, og at der ikke er sket spredning til hverken lymfeknuder eller andre organer. T2B betyder, at tumoren er mellem 60 og 70 mm.

Ved undersøgelsen af [REDACTED] i 2014 kunne der på PET-scanningen ses aktivitet i lymfeknuderne i midtskillevæggen. Aktiviteten kunne skyldes en infektion. At man på en PET-scanning kan se aktivitet betyder ikke, at der er tale om metastaser. Der skal laves en biopsi for at verificere dette, men det blev ikke gjort i [REDACTED] tilfælde. Det er derfor, han i sin erklæring fra 2014 skrev, at hun på daværende tidspunkt ikke var fuldt udredt.

Han var med til at stifte DLCR i år 2000. Tanken med registeret var at skabe et referenceprogram og at centralisere udredningen med henblik på at få en ensartet og god udredning af cancer i Danmark.

En cancerpatient har "overlevet" sin cancer, når der er gået 5 år. Overlevelsescprocenten for 2013 ses derfor først i data for 2018. Disse tal blev først publiceret i 2019, da man skulle indsamle data. Det fremgår af data til og med 2018, at der ved en tumor i stadiet T2AN0M0 er 64 % risiko for, at der er sket spredning, og at der ved en tumor i stadiet T2AN1M0 er 10 % risiko for spredning. Begge disse grupper af tumorer er operable, forudsat at patientens tilstand i øvrigt tilla-

der det. De nævnte tal dækker hele registerets levetid. Det er ud fra disse tal, at han vurderer, at det er overvejende sandsynligt, at en tumor af den omhandlede størrelse ikke var metastaseret, og at den derfor var operabel.

Han vil anslå, at patienter, der i 2013 fik opereret en lungetop, hvor der ikke var sket spredning, havde et sygeforløb inkl. rekreationstid på ca. 4-6 uger. Det er herved forudsat, at der ikke skulle ske efterbehandling. Hvis der skulle ske efterbehandling med kemoterapi, fordi der var sket spredning til lymfeknuder i lappen, ville behandlings- og rekreationstiden have været ca. 3-4 måneder.

Han baserede sin vurdering af 27. oktober 2014 til Patienterstatningen på data fra 2008. Det er derfor angivet i vurderingen, at den forventede 5-årsoverlevelse ved rettidig diagnose ud fra de foreliggende oplysninger vil være ca. 30 %. Hans forklaring i byretten om, at der var en 5-årig overlevelse på omkring 60 %, var baseret på nyere data. Der er i hele registerets levetid sket en betydelig forbedring af levetiden for patienter med kræft, bl.a. fordi man er blevet bedre til at udrede patienterne.

Anbringender

Parterne har i det væsentlige gentaget deres anbringender for byretten.

Boet efter [redacted] **og** [redacted] har i påstandsdokument af 15. februar 2023 yderligere anført følgende (henvisninger til ekstrakt, materialesamling, processkrifter og byrettens dom udeladt):

" ...

Domstolene skal efter forarbejderne til Patientforsikringslovens § 15 foretage en udtømmende prøvelse af forvaltningsmyndighedens afgørelse i stedet for blot at lade prøvelsen være en almindelig legalitetskontrol efter grundlovens § 63. Dette skyldes, at forvaltningsmyndighedens virksomhed udøves på et område, der før PFL/KEL henhørte under domstolene, og da det kan være af væsentlig betydning at foretage en bevisvurdering.

Ankenævnets afgørelse, der er indbragt for domstolene, kan og skal derfor udtømmende prøves uanset nævnets sammensætning og erfaring.

Det gøres overordnet gældende, at parterne er enige om, at den manglende beskrivelse af det suspekte fund ved røntgenundersøgelsen den 24. april 2013, var en klar ansvarspådragende fejl vurderet efter almindelige erstatningsretlige regler og at derved bør ydes bevislempelse, hvis der er tale om et tvivlsomt tilfælde.

At der var tale om en klar og culpøs fejl understøttes i øvrigt af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 6, hvor rådet oplyser "*Der er tale om en lægelig fejl da fortætningen i højre lunge ikke blev beskrevet i april 2013. Bille-*

det er beskrevet som visende normale forhold ved lunger, og det var der ikke. Efter alment anerkendte lægefaglig standard ville man have konstateret fortætning i højre lunges overlap, og have anbefalet videre undersøgelser."

At der var tale om en klar ansvarspådragende fejl understøttes også af overlæge [redacted] vurdering, hvorefter "[redacted] tumor er klart overset på såvel thorax optagelsen som på skulder røntgen undersøgelsen fra samme dag. Tumoren er fuldt synlig på begge optagelser." Tilsvarende fremgår af vurderingen fra overlæge [redacted], hvorefter "Alt i alt må man konkludere at der foreligger en ufuldstændig udredning af patienten og det er derfor svært at udsige noget om den aktuelle prognose; men det er klart at prognosen er blevet forringet ved tidsforløbet."

Efter forarbejderne til PFL/KEL: "... er [det] imidlertid sjældent muligt at træffe afgørelsen i tvivlsomme tilfælde alene på grundlag af generelle statistiske erfaringer. Formuleringen udelukker ikke, at der i sådanne tilfælde kan inddrages andre momenter i vurderingen, hvor dette findes rimeligt. Hvis det f.eks. konstateres, at der klart er begået fejl ved behandling af patienten, som kan have forårsaget den konkrete skade, kan det være rimeligt at lade en eventuel tvivl om den faktiske årsagssammenhæng komme patienten til gode."

Det gøres gældende, at der i sagen er klar tvivl om sandsynligheden for den faktiske årsagssammenhæng mellem fejl og skade (cancerens uhelbredelighed) og at dette i situationen er tilfældet, allerede fordi ingen tilnærmelsesvist sikkert kan vide cancerens stadie i april 2013.

Det gøres herunder for appellanten gældende, at cancerens stadie og dermed risikoen for spredning, jf. rådets besvarelse af spørgsmål 1, ikke kendes og at det derfor heller ikke er "muligt at udtale sig om det med større sikkerhed." Usikkerheden / tvivlen er dermed sikkert dokumenteret, også fordi Retslægerådet i spørgsmål 1 udtrykkeligt blev bedt om at tage efterfølgende viden om kræftsygdommen i betragtning.

...

Det er [ved Retslægerådets besvarelse af spørgsmål A-D] yderligere dokumenteret for appellanterne, at fejlen sikkert har forøget risikoen for skaden væsentligt og i øvrigt er det ubestrideligt, at skaden er indtrådt ([redacted] døde den 1. maj 2015 på grund af lungecanceren).

Uanset rådets samlede (og delvist modstridende) besvarelser ligger det således fortsat bevisfast, at man på grund af fejlen ikke kender cancerens ægte stadie, herunder eventuelle spredning i april 2013, jf. f.eks. rådets besvarelse af spørgsmål 18: [udeladt]

Tilsvarende fremgår af besvarelsen af spørgsmål 20 [udeladt]

Det er således bevist, at der er en direkte sammenhæng mellem den klare ansvarspådragende fejl og bevisusikkerheden i sagen. Det gøres gældende, at der derved også er tale om et tvivlsomt tilfælde, som stipuleret i forarbejderne. Fejlen betyder, at der ikke med større sikkerhed kan siges noget om muligheden for helbredelse af canceren ved rettidig udredning og Retslægerådet udtaler, at man ikke kan træffe sikker

afgørelse om den 5 årige overlevelsesprognose på baggrund af statistisk materiale.

At Retslægerrådet anser det for *mest sandsynligt*, at der var sket spredning allerede i april 2013 (jf. særligt besvarelsen af 20), godtgør omvendt ikke, at der ikke er tale om et tvivlsomt tilfælde, således at man efter praksis kan *bortse fra muligheden for 5-årige overlevelse* (helbredelse), eller at den 5-årige overlevelse ved korrekt udredning var *usandsynlig*, eller for den sags skyld, at der ikke er en *vis større, men ikke overvejende, sandsynlighed for, at canceren i april 2013 ikke var uhelbredelig*, jf. præmisserne i U.2002.1690/2, U.2009.1835H, U.2019.3916H.

Retslægerrådet har i besvarelsen af spørgsmål N (jf. besvarelsen af spørgsmål F og 20) på baggrund af hele forløbet alene skønnet det som mest sandsynligt (dvs. mere end 50 %), at der var sket spredning allerede i april 2013. Det betyder omvendt, at kræften med indtil 50 % sandsynlighed ikke havde spredt sig og dermed også, at der var "næsten" 50/50 chance for at canceren, jf. det statistiske materiale fra DLCR var operabel og dermed helbredelig.

Sikkerheden i rådets skøn om "mest sandsynlighed" svækkes i øvrigt af, at rådet udtrykkeligt (og som noget nyt) lægger til grund, at tumor i april 2013 var 4 cm. Tumor er tidligere beskrevet af erfaren radiolog til at være 2 cm og vurderet af rådet til 3,2 cm. Ved samtlige vurderinger fremgår dog udtrykkeligt, at det er forbundet med betydelig usikkerhed at vurdere tumor-størrelse alene på baggrund af røntgenoptagelserne fra 2013.

Herudover oplyser rådet (under spørgsmål A), at den 5 årige overlevelsesprognose statistisk set var cirka 50 % (52 %, jf. spørgsmål 2), hvis tumorstørrelsen var T1B uden spredning. Overlæge [REDACTED] har med Ankenævnets tilladelse i byretten forklaret, at prognosen med de da tilgængelige tal var ca. 60 %. Overlæge [REDACTED] oplyste i øvrigt, at den type cancer, som [REDACTED] havde, er senere til at sprede sig end andre typer. Det er med den viden, vi har i dag, efter overlæge [REDACTED] opfattelse usandsynligt, at canceren havde spredt sig til leveren i 2013. Spredningsrisikoen afhænger ikke kun af tumorens størrelse, men i høj grad også af f.eks. celletype.

Det kan ikke føre til andet bevismæssigt resultat, at Retslægerrådet i svaret til spørgsmål A oplyser: "Hvis der var sket spredning i april 2013, ville 5-års overlevelsen derimod have været tæt på 0 %. Ifølge rådets besvarelse af spørgsmål 2, er den 5-årige overlevelsesprognose ved spredning til lymfeknuder i brystskillevæggen (N) nemlig 32 % (Stadium IIA). Havde der været N2 lymfeknuder i april 2013, ville den 5-årige prognose have været Stadium IIIA: 12 %. Både Stadium N1 og N2 (spredning til lymfeknuder i brystskillevæggen) har således, også jf. rådets besvarelse af spørgsmål 2, en overlevelsesprognose langt bedre end 0. Udsagnet (til spørgsmål A) om 5-årig overlevelse tæt på 0 ved spredning, dækker altså over generel statistik med også langt værre spredning (f.eks. til andre organer) og ikke kun til lymferne.

Retslægerrådet har til besvarelsen af spørgsmål J, hvor Retslægerrådet spørges direkte, hvilken betydning diagnoseforsinkelsen har haft for den behandling, man kunne tilbyde [REDACTED] svaret (uddrag):
"Hvilken betydning forsinkelsen i diagnosen havde for behandlingstilbuddet afhænger af det stadium, som sygdommen i virkeligheden havde i april 2013.

Landsrettens opmærksomhed henledes i sammenhængen på, at det statistiske materiale fra DLCR, som oplyses i spørgsmålene 20 og 21, statistisk dokumenterer, at tumorer af tilsvarende størrelse klinisk har metastaseret i mindre end 25 % af tilfældene og derved at der i følge tallene fra DLCR ikke er statistisk evidens for, at der var sket spredning i 2013. I spørgsmål 21, viser tallene fra DLCR at prognosen for planocellulære lungetumor på mellem 20 og 50 mm statistisk set ikke har spredt sig i ca. 77. % til ca. 75 % af tilfældene og derved med overvejende sandsynlighed er operabel (over 50 %).

Herudover kommer, at der også efter Ankenævnets opfattelse var en 5-årig overlevelsesprognose på højst 35 % (uanset antaget spredning), jf. påstandsdokumentet s. 4. I den indbragte afgørelse var den statistiske sandsynlighed (med antaget spredning) angivet til ca. 40 %. Også disse sandsynlighedsgrader viser, at man ikke med nogen rimelighed kan betragte årsagssammenhængen mellem fejlen og overlevelsesprognosen som "usandsynlig".

Retslægerrådets *samlede* besvarelse indikerer herefter udelukkende, at appellanterne ikke – uden bevislempelse – *sikkert* kan godtgøre, at den 5-årige overlevelsesprognose var overvejende sandsynlig, men det gør samtidig ikke mulig årsagssammenhæng "*usandsynlig*".

Der er notorisk tale om et tvivlsomt tilfælde netop på grund af den klare culpøse fejl. Ingen kender cancerens ægte stadie i april 2013, heller ikke med efterfølgende viden om sygdommen og dødsfaldet. Når der herefter er fastlagt klar fejl med deraf flydende bevisusikkerhed, bør der ydes bevislempelse. Efter Højesteretspraksis anses årsagssammenhængen i situationen for sandsynliggjort, medmindre sammenhængen kan afvises som *usandsynlig*. Når Ankenævnet fortsat selv er af den opfattelse, at overlevelsesprognosen var op til 35 %, er årsagssammenhængen på ingen måde usandsynlig. Ca. "35 %" er efter appellants opfattelse samtidig udtryk for "en vis større, men ikke overvejende sandsynlighed", jf. ordlyden af præmisserne i U.2019.3916H. Man kan med andre ord ikke bortse fra muligheden for, at den culpøse fejl har medført skaden.

Hvis beviskravet til årsagssammenhæng – med bevislempelse – fortsat skulle være meget tæt på 51 %, ville der i øvrigt ikke være tale om nogen reel bevislempelse, og Patientforsikringslovens gennemførelse ville derved sikkert stride mod både ældre Højesteretspraksis og efterfølgende Højesteretsdomme, hvor der er ydet væsentligt større bevislempelser, jf. U. 1967.828H, U.2002.1690/2, U.2009.1835H og U.2019.3916H.

I sagen U.2009.1835H er sandsynligheden for årsagssammenhæng efterfølgende beregnet til kun 10 % og efter præmisserne var årsagssammenhæng "*usikker*". Årsagssammenhæng blev desuagtet anset for

bevist på grund af fejlen og fejlens betydning for bevisusikkerheden/tvivlen, der ikke lå i nærheden af 50 % eller for den sags skyld 35 %.

...

Ad Svie og smerte:

Canceren burde have været udredt hurtigt i cancerpakkeforløb straks efter det suspekterede røntgenfund i april 2013. Der er enighed om, at [REDACTED] havde cancer allerede i april 2013 og det gøres gældende, at hun derfor må betragtes som syg fra dette tidspunkt og frem til dødsfaldet 1. maj 2015 – mere end 2 år senere (ca. 736 dage). Godtgørelsen for svie og smerte er opgjort som maksimum efter 2015-takst, hvilket modsvarer en sygdomsforlængelse med oprundet 382 dage. [REDACTED] er i forhold til Erstatningsansvarsloven § 3 berettiget til godtgørelse for svie og smerte for hele sygeperioden på ca. 736 dage, med fradrag af normal sygeperiode for vellykket cancerbehandling med operation af højre lungelap. Den normale sygeperiode ved vellykket opereret lungecancer, er ikke i nærheden af 1 år, hvorfor det fremsatte krav er fuldt ud sandsynliggjort og tilstrækkeligt dokumenteret.

Mén, forsørgertab og overgangsbeløb.:

Kravene er ikke størrelsesmæssigt bestridte og kan anses for accepterede, hvis appellanterne får medhold i, at der er årsagssammenhæng mellem den culpøse behandlingsforsinkelse og dødsfaldet.”

Ankenævnet for Patienterstatningen har heroverfor i påstandsdokument af 14. februar 2023 anført følgende:

”Det følger af U.2019.3916H, at beviset for årsagssammenhæng, når der er begået en fejl, der ville være ansvarspådragende efter de almindelige regler, kan anses for ført, selv hvis der tilvejebringes en vis større, men ikke overvejende sandsynlighed. Det følger fortsat af U.2011.1019H, at en sammenhæng ikke må være usandsynlig.

...

Den overordnede tvist – spørgsmålet om uheldelighed

...

Retslægerådets erklæringer giver – selv efter bevislempelse – ikke grundlag for at konkludere, at [REDACTED] kræftlidelse ikke ville være uheldelig, hvis diagnosen var stillet på det tidspunkt, hvor den burde være stillet.

...

I sit svar på spørgsmål F skriver rådet, at det ud fra den efterfølgende sygehistorie er mest sandsynligt, at der allerede i april 2013 var sket en spredning til lymfeknuder. Svaret er fastholdt ved besvarelsen af spørgsmål 14.

...

Retslægerrådet er spurgt (spørgsmål 7), hvad sandsynligheden – i procent – var for, at der var sket spredning allerede i 2013. Retslægerrådet har her henholdt sig til besvarelsen af spørgsmål 5 og F.

Retslægerrådets beskrivelse af forløbet og ordvalg peger dog klart på, at der er betydeligt mere, der taler for, at der var sket spredning end det modsatte. Heri ligger dermed også, at der, modsat U.2019.3916H, ikke er en vis, men dog ikke overvejende sandsynlighed for, at der ikke var sket spredning.

I svaret på spørgsmål 20 anførte Retslægerrådet følgende:

[udeladt]

Det forhold, at det ikke med sikkerhed kan vurderes, om der var sket spredning, og at det dermed heller ikke med sikkerhed kan afvises, at der ikke var sket spredning, er ikke tilstrækkeligt. Bevislempelsen efter U.2019.3916H kan ikke strækkes så langt.

Endelig konkluderede Retslægerrådet i svaret på spørgsmål N:

[udeladt].”

Landsrettens begrundelse og resultat

Generelt om domstolsprøvelsen i denne type sager

Om domstolsprøvelsen bemærker landsretten, at det fremgår af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 58 d, stk. 1, at Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelser kan indbringes for retten, der kan stadfæste, ophæve eller ændre afgørelsen. Bestemmelsen er en uændret videreførelse af den tidligere patientforsikringslovs § 16. Ankenævnet for Patienterstatningen er et sagkyndigt organ, og dette kunne, som anført af Ankenævnet, tale for, at der skal foreligge et sikkert grundlag for at tilsidesætte nævnets afgørelse. Det fremgår imidlertid af forarbejderne til patientforsikringslovens § 16, at det er anset for nødvendigt at give domstolene mulighed for at foretage en udtømmende prøvelse af ankestyrelsens (nu ankenævnets) afgørelser i stedet for blot at lade prøvelsen være en almindelig legalitetskontrol efter grundlovens § 63. Der henvises herved til bemærkningerne til bestemmelsen i lovforslag nr. 144 af 8. februar 1991 (§ 15 i lovforslaget). Retspraksis er i overensstemmelse hermed. Domstolene er således ikke begrænset ved prøvelsen af Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse.

Om den foreliggende sag

██████████ fik i april 2014 konstateret lungekræft med spredning til lymfeknuder og leveren, og hun afgik ved døden den 1. maj 2015.

Ankenævnet for Patienterstatningen har anerkendt, at der er begået en lægelig fejl, idet [REDACTED] kræftsygdom burde have været opdaget og diagnosticeret ved en undersøgelse på Herlev Hospital i april 2013.

Spørgsmålet er herefter, om den forsinkede diagnosticering medførte, at [REDACTED] kræftsygdom blev uhelbredelig. Ankenævnet for Patienterstatningen har i begrundelsen for at afvise, at [REDACTED] blev påført en erstatningsberettiget skade, anført, at det er en betingelse for at anerkende uhelbredelig kræft (og et efterfølgende dødsfald) som en patientskade, at patienten med mere end 50 % sandsynlighed ville være overlevet ved rettidig diagnostik, at ankenævnet vurderer, at kræftstadiet ved rettidig diagnostisk var T2N0M0, og at den statistiske sandsynlighed for i dette stadie at overleve sygdommen i 5 år er på ca. 40 %.

Efter § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet er det en betingelse for erstatning, at skaden »med overvejende sandsynlighed« kunne være undgået, hvis patienten var behandlet anderledes.

Som anført af Højesteret, senest i dom af 27. august 2019 (UfR 2019.3916), er det skadelidte, der skal bevise, at der foreligger årsagsforbindelse mellem fejlen og skaden. Kravene til bevis kan efter forarbejderne i tvivlsomme tilfælde lempes, hvis der klart er begået fejl, der er ansvarspådragende efter almindelige erstatningsretlige regler, og som kan have forårsaget skaden. I sådanne tilfælde kan tvivl om årsagsforholdene således komme skadelidte til gode. Må det imidlertid efter bevisførelsen anses for usandsynligt, at behandlingen er årsag til skaden, foreligger der ikke en erstatningsberettigende patientskade.

Landsretten finder under hensyn til overlæge [REDACTED] udtalelse af 31. august 2014 og Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 6, at der ved den manglende diagnosticering af [REDACTED] kræftsygdom i april 2013 er begået en klart ansvarspådragende fejl, som giver grundlag for at lempe beviskravet med hensyn til den faktiske årsagssammenhæng mellem den forsinkede diagnosticering af sygdommen og [REDACTED] efterfølgende sygdomsforløb og død. Ankenævnet for Patienterstatningen har da også for landsretten anerkendt, at der er grundlag for bevislempelse.

Efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål G og 2 lægger landsretten til grund, at [REDACTED] kræftsygdom i april 2013 mindst var på stadie IB, og at der til dette stadie knyttede sig en prognose for 5-årig overlevelse på 35 %.

Retslægerådet har ved besvarelsen af spørgsmål F, 5 og 20 udtalt, at det er mest sandsynligt, at sygdommen i april 2013 allerede havde spredt sig til lymfeknuderne, og at der på det pågældende tidspunkt var mere end 50 % sandsynlig-

hed for, at stadiet ikke var IB. Landsretten finder, at dette, sammenholdt med Retslægerådets bevarelse af spørgsmål G, må forstås sådan, at det er overvejende sandsynligt, at sygdommen i 2013 var mere udviklet end stadie IB. Af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål A fremgår endvidere, at 5-års overlevelsen i april 2013 havde været tæt på 0 %, hvis der på det pågældende tidspunkt havde været spredning.

Retslægerådet har i besvarelsen af spørgsmål N endvidere udtalt, at det er mest sandsynligt, at [REDACTED] såfremt hun var blevet opereret i april 2013, efterfølgende ville være blevet tilbudt efterbehandling med kemoterapi (adjuverende kemoterapi), men at denne behandling efter rådets opfattelse ikke ville have haft nogen virkning, idet den senere – faktisk iværksatte – behandling med kemoterapi viste sig overhovedet ikke at have effekt på [REDACTED] sygdom. Denne observation underbygger ifølge Retslægerådet, at [REDACTED] allerede i april 2013 havde uhelbredelig kræft, uanset om hun var blevet opereret eller ej.

Retslægerådet har dog i svaret på spørgsmål A og 20 konstateret, at der hverken findes CT-skanning eller PET-CT-skanning fra april 2013, og at der således ikke foreligger nogen undersøgelse, der kan belyse, om der på det pågældende tidspunkt kunne påvises spredning, hvorfor dette ikke kan vurderes med sikkerhed. Ved besvarelsen af spørgsmål 1 har Retslægerådet endvidere anført, at der i april 2013 kan være sket spredning til lymfeknuderne enten i N1 eller N2 position, men at det ikke er muligt at udtale sig om dette med større sikkerhed. Af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål J fremgår endvidere, at kræftens ægte stadium i april 2013 ikke kendes, og at rådet derfor ikke kan udtale sig om diagnoseforsinkelsens betydning for behandlingsmulighederne. Retslægerådet har dog i besvarelsen af spørgsmål A udtalt, at overlevelsesprognosen for [REDACTED] ville have været væsentlig bedre, hvis hendes kræft var blevet diagnosticeret i april 2013.

Landsretten finder på den anførte baggrund – og under hensyn til, at den manglende diagnosticering og udredning i 2013 er årsag til, at det ikke kan afgøres, om kræften allerede da havde spredt sig på en sådan måde, at den ikke kunne bortopereres og var blevet uhelbredelig – at den tvivl, der består med hensyn til årsagssammenhængen, skal komme [REDACTED] til gode. Landsretten finder det herefter tilstrækkeligt sandsynliggjort, at [REDACTED] kræftsygdom udviklede sig til at være uhelbredelig på grund af den forsinkede diagnosticering, og at den forsinkede diagnose dermed udgør en erstatningsberettigende skade.

Herefter, og idet appellanternes erstatningsopgørelse og rentepåstand ikke er bestridt af ankenævnet, tager landsretten appellanternes påstande vedrørende

supplerende godtgørelse for mén, forsørgertabserstatning og overgangsbeløb til følge som anført nedenfor.

For så vidt angår boets krav vedrørende godtgørelse for svie og smerte bemærkes, at den ansvarspådragende fejl efter de foreliggende oplysninger, herunder tidligere overlæge [REDACTED] forklaring, må antages at have påført [REDACTED] et sådant længerevarende sygeforløb, at også dette krav, hvis størrelse, herunder rentetilskrivning, også er ubestridt, tages til følge som anført nedenfor.

Efter sagens udfald skal Ankenævnet for Patienterstatningen i sagsomkostninger for begge retter betale 200.000 kr. til boet efter [REDACTED] og [REDACTED] til dækning af udgifter til advokatbistand inkl. moms. Ud over sagens værdi er der ved fastsættelsen af beløbet taget hensyn til sagens karakter, omfang og forløb, herunder at sagen har været forelagt Retslægerådet fem gange under sagens behandling.

THI KENDES FOR RET:

Byrettens dom ændres, således at Ankenævnet for Patienterstatningen tilpligtes at anerkende, at anerkendt behandlingsskade i form af forsinket diagnosticering og behandling af lungecancer begrunder supplerende godtgørelse for mén med 308.760 kr. og godtgørelse for svie og smerte med 72.500 kr. til boet efter [REDACTED] og forsørgertabserstatning med 279.600 kr. samt overgangsbeløb med 156.000 kr. til [REDACTED]. Alle beløb tillægges renter fra den 1. juni 2015.

I sagsomkostninger for begge retter skal Ankenævnet for Patienterstatningen inden 14 dage betale 200.000 kr. til boet efter [REDACTED] og [REDACTED]. Beløbet forrentes efter rentelovens § 8 a.

Publiceret til portalen d. 22-03-2023 kl. 10:00

Modtagere: Appellant Boet efter [REDACTED] og [REDACTED]
[REDACTED] Indstævnte Ankenævnet for patienterstatningen