



Udskrift af dombogen

DOM

Afsagt den 25. november 2015 i sag nr. BS 5-581/2014:

A

mod
Patientskadeankenævnet
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg

Sagens baggrund og parternes påstande

Under denne sag, der er anlagt den 7. april 2014, og som vedrører spørgsmålet, om A er blevet påført en patientskade, har sagsøger A nedlagt påstand om, at sagsøgte, Patientskadeankenævnet, tilpligtes at anerkende, at A i forbindelse med den modtagne behandling på B i 2011 er blevet påført en patientskade.

Patientskadeankenævnet har nedlagt påstand om frifindelse.

Sagens omstændigheder

A var den 1. september 2010 til undersøgelse på gynækologisk/obstetrisk B. I journalen er blandt andet anført følgende:

"36-årig kvinde nyhenv. fra C på mistanke om avanceret endometriose.

Aktuelt

Klassisk langvarig endometrioseanamnese igennem de sidste 4-5 år med tiltagende dysmenoré og efterhånden også dyb dyspareuni og dysketsi i tiltagende grad. Pt. er almindeligvis sygemeldt sv.t. menstruationens første dag. Har tidligere taget p-piller i mange år, men tager ikke p-piller længere pga. grav. ønske. Har ikke haft blødning per rectum.

Tidligere

Fik i marts 2008 foretaget laparoskopisk ve.-sidig nefrektomi i D uden pt. dog har fået at vide baggrunden for dette udover, at ureter var afklemmt, og der var infektion. Der er MR-skanning fra C som viser sandsynlig affektion af rectums forvæg af endometriose. To upåfaldende ovarier, normale afløbsforhold på hø. side.

Objektivt

...

Tarminfiltratet vokser direkte ned i toppen af septum rectovaginale og ud sv.t. vaginaltoppen. Pt. bookes til operation med laparoskopisk rectumresektion i samarbejde med abd.kir.ass. Er informeret om indgrebet samt risici i forbindelse med dette, specielt i form af blødning, infektion samt risiko for midlertidig stomi.

..."

A gennemgik herefter operation, der fandt sted den 21. februar 2011 på gynækologisk/obstetrisk B. Efter operationen konkluderedes det, at der var foretaget fjernelse af dele af endetarmen med samtidig åbning til skeden, og at der havde været lidt besværligheder på grund af stort infiltrat, specielt i højre side.

Efter operationen den 21. februar 2011 var der stigende infektionstal, og ved gynækologisk undersøgelse den 2. marts 2011 blev der fundet tynd afføring i toppen af skeden, og der var hørlig luftafgang. Der blev samme dag anlagt en aflastende tyndtarmsstomi i håbet om, at fistlen så ville lukke sig.

Af journalnotat fra den 7. juni 2011 fremgår det blandt andet, at der som svar på en CT-skanning af den 1. juni 2011, fortsat kunne ses en passage til skeden, og at fistlen derfor ikke var lukket. Det besluttedes derfor, at der skulle foretages en operation med henblik på at lukke fistlen.

Denne operation blev foretaget på gynækologisk/obstetrisk afd. B den 30. august 2011. Under operationen kunne det konstateres, at tarmen var svært sammenvokset fortil mod skeden, og at det ikke var muligt at løsne den helt fra. Der blev derfor tilkaldt assistance fra kirurgisk afd. P, og i fællesskab enedes man om, at eneste mulighed var, at fjerne det lille stykke af endetarmen, som var tilbage, og lave en sammensyning af tarmender mellem tyktarm og endetarmsåbning.

A havde efter operationen fortsatte smerter og den 27. september 2011 blev hun igen indlagt på B, gynækologisk/obstetrisk afd. Y. Under indlæggelsen blev der blandt andet fundet en indsnævning på højre urinleder, og der blev anlagt kateter gennem nyren for at skaffe afløb for urin.

Herefter normaliseredes A forhold.

Af journal fra den 30. januar 2012 gynækologisk/obstetrisk : B fremgår:

"Telefonkonsultation. Har fået tid til tilbagelægning af stomi den 10.02.2012. Er forståeligt nok nervøs for, hvordan slutresultatet

bliver mht. hendes tarmfunktion.

Herudover har pt. nogle overvejelser om, hvorvidt hun definitivt skal opgive tanken om graviditet. Hun oplyser, at hun har opnået 4 graviditeter, nogle spontant, nogle efter fertilitetsbehandling, men alle gange har aborteret.

Hun er 38 år, og er selvfølgelig klar over, at en evt. graviditet ikke skal vente så længe. Har spekuleret over, om hendes krop vil kunne holde til belastningen ved en graviditet, herunder om hendes ureter kan blive afklemt.

Har sagt, at jeg synes hende overvejelser er helt relevante, og såvel alderen som hendes tidligere aborter gør jo, at prognosen ikke er så lovende. Ved en graviditet skal hun selvfølgelig forløses ved sectio pga. hendes koloanale anastomose.

..."

Den 10. februar 2012 blev der foretaget tilbagelægning af stomi. Operationen foregik uden komplikationer.

Af journalen fra den 6. marts 2012, kirurgisk ambulatorium
remgår:

B

"Telefonkonsultation

Journalnotat

Fik lagt sin stomi tilbage for 3-4 uger siden efter en ileoanal anastomose sekundært til kompliceret operation for endometriose. Efter opstart på imodium har hun fået et nyt liv, har ikke haft det så godt de sidste 10 år. Eneste klage er, at hun har lidt ondt, når hun sidder. Der er en lille bule, hvor den tidl. stomi har været.

..."

A journalnotat af den 30. marts 2012 fra Gynækologi og obstetrik
fremgår:

B

"Pt. møder til kontrol 12 måneder efter laparoskopisk rectumresektion. Pt. har jo været igennem et helt usædvanligt kompliceret forløb end i sidste gang efter fistelproblematikken med at få lavet en koloanal anastomose og anlæggelse af en loopstomi.

Har nu fået denne loopstomi lagt tilbage for en måneds tid siden på afdeling P, THG. Pt. fortæller, at hun smertemæssigt har det bedre end hun måske har haft det i 10 år. Hun har i perioder været af med afføring utallige gange om dagen, men i øjeblikket er hun i Imodium-behandling med god effekt.

Samlet set synes hun, at hendes smertesituation er ganske i orden. Hun er tilbage i fuld arbejde.

Der er dog ingen tvivl om, at hvis man kigger tilbage på det sid-

ste år, vil hun ikke være gået ind til den operative behandling af hendes tarmendometriose.

Pt. synes, at hun har en bule svarende til området lige over, hvor loopstomien er lukket af og lagt intraperitonealt.

Der foretages abdominal UL-skanning, og der er ikke mistanke om noget hernie.

Man kan se en intakt fascie hele vejen over.

Pt. har fortsat et JJ-kateter, skal have det skiftet snart i D

Jeg har lovet, at vi skal se MR-billederne igennem for at se, om vi kan se hvad det er for noget væv, der klemmer hendes højre ureter over. Pt. er jo tidligere venstresidigt nefrektomeret.

Pt. udfylder 12 måneders skema og laver også flow i dag for at indgå i E undersøgelse.

Pt. er stærkt opfordret til at anmelde forløbet til Patientforsikringen.

Ny ambulant kontrol om 12 måneder."

A oplyste i maj 2012, at hun fortsat havde hyppige afføringer, og hun blev af endnu en læge støttet i at anlægge patientforsikringssag. Ligeledes i september 2012 har A oplyst om afførings symptomer.

Af journalnotat af den 5. april 2013 fra gynækologi og Obstetrik B
remgår det blandt andet:

"Møder til kontrol 2 år efter laparoskopisk Tarmresektion. Pt. har jo haft et skrækkeligt forløb med fisteldannelse, midlertidig nefrostomi på højre side og i sidste omgang reoperation i åben kirurgi med koloanal anastomose.

Pt. har ingen smerter overhovedet, men har jo udtalte mave-tarmsymptomer. Har meget vekslende afføringsmonster. Kan ind i mellem være af med afføring helt op til 15 gange på en dag, andre gange er hun slet ikke af med afføring. Forsøger selv at holde en fornuftig balance ved hjælp af HUSK og Imodium, evt. Magnesia.

Hun formår på bemærkelsesværdig vis at beholde sit fuldtidsjob, men det koster jo så med udtalt træthed i den anden ende, når hun har fri.

..."

Den 9. januar 2013 traf Patientforsikringen afgørelse om, at A ikke var berettiget til erstatning efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, idet betingelser for at yde erstatning efter lovens § 20 stk. 1, nr. 1-4 ikke var opfyldt. Afgørelsen var begrundet med, at der var tale om en hændelig skade, der ikke gik ud over, hvad A med rimelighed måtte tåle, som led i hendes sygdom, at fistulering og lækage ved sammensyning af tarmene opstår relativt hyppigt i forbindelse med operation for endometriose, samt at hun blev behandlet for en alvorlig sygdom, der u-

behandlet indebærer en relativ risiko for at medføre svære helbredsgener. Og desuden at endometriose er en vanskelig sygdom at behandle.

Den 10. oktober 2013 tiltrådte Patientskadeankenævnet Patientforsikringens afgørelse. Af begrundelsen herfor fremgår det blandt andet, at skaden i form af fistulering og lækage ved sammensyningen af tarmen ikke er tilstrækkelig sjældnen til at berettige til erstatning, og at skaden sker i mere end 2 % af tilfældene, samt at skaden ikke var tilstrækkelig alvorlig, idet **A** led af dyb endometriose i tarmen, og at skaden derfor ikke var tilstrækkelig alvorlig i forhold til grundlidelsen.

I forbindelse med sagens behandling har Retslægerådet i en udtalelse af 30. januar 2015 besvaret en række spørgsmål således:

"Spørgsmål 1

Indebærer fjernelse af endometriose infiltrater udført ved laparoskopisk resektion af endetarm en risiko for, at der opstår betændelsestilstande i skeden/tarmen, herunder fistler?

Risiko for komplikationer i form af betændelsestilstande medførende fisteldannelse vil være til stede i forbindelse med resektion af tarm og skede.

Spørgsmål 2:

Var det sommeren 2011 sædvanligt, at man for at undgå betændelsestilstande eller dannelse af fistler i forbindelse med laparoskopisk resektion af endetarm samtidigt anlagde en aflastende midlertidig stomi ved tyndtarmen?

I forbindelse med en laparoskopisk endetarmsresektion kan man i nogle tilfælde vælge at anlægge en aflastende midlertidig tyndtarmsstomi, men anlæggelse af en sådan vil bero på en vurdering i det enkelte konkrete sygdomstilfælde, og Retslægerådet kan ikke angive faste retningslinjer herfor.

Spørgsmål 3:

Ville anlæggelse af en midlertidig stomi under operationen den 21. februar 2011 have medført en formindsket risiko for, at det blev nødvendigt at fjerne resten af endetarmen og udføre colounal anastomose under operationen den 30. august 2011?

Spørgsmålet er hypotetisk, og Retslægerådet forholder sig ikke til hypotetiske spørgsmål.

Spørgsmål 4:

Kunne man inden operationen den 30. august 2011 med en scanning eller andre former for undersøgelser have forudset, at det kunne blive vanskeligt at resektare og lukke fistlen?

Retslægerådet vurderer, at det ikke ville have været muligt ved hjælp af scanning eller andre billeddiagnostiske undersøgelser at forudse vanskeligheder ved en operation som den aktuelle.

Spørgsmål 5:

Ville det have mindsket risikoen for komplikationer, hvis man forud for operationen den 30. august 2011 havde vidst, at der var tale om en stor fistel, der efter de behandlende lægers skøn krævede en åben operation?
Nej.

Spørgsmål 6:

Kunne operationen den 30. august 2011 have været udført som en kikkertoperation?

I bekræftende fald ønskes det oplyst, om denne operationsmetode ville have mindsket risikoen for de komplikationer, som indtraf?

Retslægerådet kan oplyse, at valget af operationsteknik ved et indgreb som det aktuelle den 30.08.11 er afhængig af flere forhold, og at valget i det konkrete tilfælde må træffes af operatoren. Ved udtalte sammenvoksninger, som i det aktuelle tilfælde mellem skede og tarm, kan kikkertoperation være forbundet med større risiko for komplikationer end åben operation og i øvrigt være uigennemførlig.

Spørgsmål 7:

Ifølge journalnotat af 6. juni 2012 (bilag 2 side 2) var de opererende læger under forsøget på at fjerne en fistel kommet til at lave hul på rectum. Er dette en hændelig komplikation eller skyldes det, at der under operationen er begået en fejl?

Såfremt der er tale om en hændelig komplikation, ønskes oplyst hyppigheden heraf.

Retslægerådet kan oplyse, at der under fjernelse af en fistel mellem rectum og vagina er en velkendt risiko for, at der opstår hul på tarmen. Retslægerådet vurderer ikke, at der er begået en fejl. Retslægerådet kan ikke angive hyppigheden af denne komplikation, men den er beskeden (formentlig mindre end 5 %).

Spørgsmål 8:

Var resektion af rectum og lukning af fistler i august 2011 et fagområde, der hørte under en gynækologisk/obstetrisk afdeling eller en mave/tarm kirurgisk afdeling?

Resektion af rektum og lukning af tarmfistler vil almindeligvis høre under mave/tarmkirurgisk ekspertise. Imidlertid vil gynækologer på afdelinger med høj specialisering indenfor endometriose-kirurgi (som gynækologisk afdeling i ) ofte kunne indlede operationen og under denne ved behov tilkalde mave/tarm kirurgisk ekspertise, som i det aktuelle tilfælde.

Spørgsmål 9:

Ville det have mindsket risikoen for komplikationer, såfremt operationen den 30. august 2011 var blevet udført på en mave/tarm kirurgisk afdeling?

Spørgsmålet er hypotetisk, og Retslægerådet forholder sig ikke til hypotetiske spørgsmål.

Spørgsmål 10:

Hvilke konsekvenser kunne det have haft, såfremt patienten havde valgt ikke at få fjernet endometrioseinfiltraterne?

Spørgsmålet er hypotetisk, og Retslægerådet forholder sig ikke til hypotetiske spørgsmål. Retslægerådet kan dog oplyse, at ud fra de lægelige sagsakter synes der at have været god grund til at tilråde sagsøger en operation med henblik på fjernelse af endometrioseinfiltraterne. Sagsøgeren havde haft klassiske endometriosesymptomer (smerter ved menstruation og samleje samt fertilitetsproblemer) i en del år, ligesom der var forhold, der tyder på, at endometriosen var skyld i afløbshindring og tilgrundegåen af venstre nyre, der fjernedes i 2008.

Spørgsmål 11:

Retslægerådet anmodes om at angive hyppigheden i procent for, at der ved indgreb til fjernelse endometriose opstår komplikationer i form af

- A) dannelse af fistler fra endetarm*
- B) dannelse af fistler fra endetarm, der ikke kan lukkes*
- C) fjernelse af hele endetarmen samt udførelse af en coloanal anastomose med blandt andet inkontinens på afforingssiden som følge*

Retslægerådet kan oplyse, at de under A), B) og C) nævnte komplikationer er sjældne. Retslægerådet kan ikke med sikkerhed anføre hyppigheden, men den skønnes med hensyn til A) at være mindre end 5 %, og med hensyn til B) og C) meget lille, formentlig mindre end 2 %.

Spørgsmål 12:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Spørgsmål A:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om operationen den 21. februar 2011, som beskrevet i journalnotat af 21. februar 2011 (bilag 1, side 3), blev udført i overensstemmelse med de dagældende almindelige kendte lægefaglige retningslinjer?

Retslægerådet vurderer, at operationen den 21.02.11 udførtes efter almindelig anerkendt lægefaglig praksis på en afdeling højt specialiseret indenfor endometriose-kirurgi.

Spørgsmål B:

Er det af betydning for Retslægerådets svar på spørgsmål A, at der var besværlige forhold under operationen på grund af et stort infiltrat, specielt på højre side, jf. journalnotat af 21. februar 2011 (bilag 1, side 3).

Betydningen bedes i givet fald beskrevet.

Tilstedeværelsen af det store infiltrat ændrer ikke ved besvarelsen af spørgsmål A.

Spørgsmål C:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om operationen den 2. marts 2011, som beskrevet i journalnotat af 2. marts 2011 (bilag 1, side 4-5), blev udført

i overensstemmelse med de dagældende almindelige kendte lægefaglige retningslinjer?

Retslægerådet vurderer, at operationen den 02.03.11 udførtes efter almindelig anerkendt lægefaglig praksis.

Spørgsmål D:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om der var indikation for at foretage operationen den 30. august 2011?

Retslægerådet kan oplyse, at operationen den 30.08.11 var indiceret, idet sagsogers fistel ikke havde lukket sig efter et halvt år med aflastende stomi.

Spørgsmål E:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om det var i overensstemmelse med dagældende almindelige kendte lægefaglige retningslinjer at fjerne det sidste stykke af endetarmen og foretage en colonanalanastomose, som beskrevet i journalnotat af 30. august 2011 (bilag 1, side 10-11), for at undgå en blivende stomi og for at bevare tarmkontinuiteten?

Retslægerådet vurderer, at det var i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægefaglig praksis at fjerne den resterende del af endetarmen grundet en stor defekt i tarmen og foretage en colo-anal anastomose, idet alternativet ville være en permanent stomi.

Spørgsmål F:

Var årsagen til, at lægerne måtte fjerne det sidste stykke af endetarmen under operationen den 30. august 2011:

- a) **A** grundsygdom,
- b) en komplikation til behandlingen af grundsygdommen,
- c) at nogle af operationerne den 21. februar 2011, 2. marts 2011 eller 30. august 2011 eventuelt blev udført i strid med almindeligt anerkendte retningslinjer, jf. besvarelsen af spørgsmål A, C og E, eller
- d) andet.

Svaret bedes begrundet.

Årsagen til, at lægerne måtte fjerne det sidste stykke af endetarmen den 30.08.11 var b): en komplikation til behandlingen af grundsygdommen.

Spørgsmål G:

Supplerende til spørgsmål 10 anmodes Retslægerådet om at angive hyppigheden for, at der ved operationer, som de i sagen udførte, opstår lækage ved sammensyningen af tarmen. Om muligt gerne i procent og ellers i prosaform.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 11.

Spørgsmål H:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Retslægerådet vurderer, at sagsogers sygeforløb er en følge af velkendte, men sjældne komplikationer til endometriosekirurgi."

Den 26. juni 2015 har Retslægerådet besvaret supplerende spørgsmål, således:

"Spørgsmål J:

Ved spørgsmål G har sagsogte anmodet Retslægerådet om at oplyse, hvad hyppigheden er for, at der opstår lækage ved sammensyning af tarmen. Retslægerådet har besvaret spørgsmål G ved at henvise til besvarelsen af spørgsmål 11, som imidlertid ikke angår hyppigheden af lækage ved sammensyning af tarmen som sådan, men hyppigheden af forskellige mulige følger af lækage ved sammensyning af tarmen.

Retslægerådet bedes derfor besvare spørgsmål G på ny.

Retslægerådet bedes i den forbindelse inddrage det forhold, at det af "Landsdækkende database for kræft i tyk- og endetarm - national årsrapport 2013", bilag A, side 13) vedrørende hyppigheden af anastomoselækage i forbindelse med elektiv kirurgi ved rektumcancer (hvor der ligesom ved endometriose i endetarmen udføres en resektion og anastomose på endetarmen), fremgår, at hyppigheden i Danmark er opgjort til 10-15 procent.

Retslægerådet vurderer, at risikoen for lækage ved sammensyning af tarmen ved et indgreb som det i sagen aktuelle, er meget begrænset, skønsmæssigt mindre end 5 %. En lækage kan, som aktuelt, medføre dannelse af en fistel (en alternativ konsekvens af anastomose lækage kan være bughindebetændelse og/eller dannelse af en byld i bughulen). Risikoen for en fisteldannelse følger af Retslægerådets tidligere besvarelse af spørgsmål 11 (skønsmæssigt ligeledes mindre end 5 %).

Risikoen for anastomolækage ved tarmkræftkirurgi er fundet større, men idet der her er tale om en anden sygdom, kan risikomønstrene ved kirurgiske indgreb ikke umiddelbart sammenlignes.

Spørgsmål K:

På baggrund af Retslægerådets svar på spørgsmål 1 bedes Retslægerådet oplyse, om anastomoselækagen efter operationen den 21. februar 2011 er årsag til fisteldannelsen hos sagsøgeren?

Retslægerådet vurderer, at anastomoselækagen må anses at være årsagen til fisteldannelsen.

Spørgsmål L:

I fortsættelse af spørgsmål K anmodes Retslægerådet om at oplyse, hvad hyppigheden er for, at anastomoselækager medfører fistler henholdsvis fistler, der ikke kan lukkes?

Retslægerådet anmodes om at angive hyppigheden i procent hvis muligt og ellers i prosaform.

Retslægerådet vurderer, at risikoen for dannelse af fistler og fistler, der ikke kan lukkes som følge af anastomoselækage, er mindre end 5 % henholdsvis mindre end 2 %.

Spørgsmål M:

Hvad er hyppigheden for, at der ved operationer, som den sagsøgeren fik

udført, opstår et ændret og vekslende afføringsmonster, imperiositet og fragmenteret defæktion, jf. journalnotat af 11. februar 2013 (bilag 13, side 10) og journalnotat af 5. april 2013 (bilag 12, side 1)?

Retslægerådet anmodes om at angive hyppigheden i procent hvis muligt og ellers i prosaform.

Retslægerådet kan oplyse, at afføringsændringer af karakter som sagsøgers er meget hyppigt forekommende efter fjernelse af nederste del af endetarmen (rektum). Dette beskrives således hos mellem 25 og 80 % af patienterne.

Spørgsmål N:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?
nej."

Forklaringer

A har forklaret, at hun er 41 år og gift. Hun har ingen børn. Hun er uddannet i butik og kører nu som konsulent

Det er et udfarende job. Hun begyndte at mærke smerter i begyndelsen af 00'erne, da hun var 27-28 år, og hun stoppede med at tage p-piller. Hun mærkede, at hun havde rigtig ondt omkring sin menstruation. Det krævede sygedage op til menstruation. Smerterne tog til over en årrække, og specielt omkring menstruation. Hun begyndte at tage p-piller igen, efter det var konstateret, at hun led af endometriose. I 2005 mødte hun sin nuværende mand. Hun røg på det tidspunkt ind og ud af sygehuset med forskellige ting. Hun har døjet med nyresten, så det har hun også været indlagt med. Hun har haft aborteret et par gange, hvor hun har blødt enormt meget. Hun fik på et tidspunkt en mr-scanning, idet man ville undersøge, om hun havde en discusprolaps, men hun fik at vide, at der bare var lidt slidgigt. Første gang hun hørte det nævnt, at det kunne være endometriose, var i midten af '00'erne, omkring år 2006. I 2005 fik hun at vide, at venstre nyre var sat ud, og det var formentlig i forbindelse hermed, at endometriose blev nævnt. Men hun tog det ikke rigtig for noget, da hun ikke vidste, hvad det var. Fra hun var 28 år og frem til år 2010 var hendes situation lidt status quo. Hun havde ondt i benene. Hun skulle på et tidspunkt kaste op samtidig med toiletbesøg, og hun havde hedeture. Hun tænkte, at det måske var allergi. Hun fandt ud af, at hendes symptomer kom samtidig med hendes menstruation. Hun blev mere og mere træt. Nærmest kronisk træt. En sommer i august måned havde de besøg af nogle venner, og de talte sammen, om det ikke at have børn. Parret fortalte, at de ikke kunne få børn pga en underlivssygdom. Og kvinden i parret nævnte endometriose. Hun havde herefter brug for at få stillet en diagnose. Og dagen efter kontaktede hun læge. Fem dage senere var hun til undersøgelse på C. Lægen undersøgte hende gynækologisk og sagde, at hun havde en meget svær vaginal endometriose. Lægen sagde også, at hun måtte have meget ondt ved samleje. Hvilket hun havde og pludselig var der en masse ting, der faldt på plads. Hun fik en henvisning til B. Lægen på C sagde, at de ville slet ikke røre ved det, men at man på B var specialister. Det var i året 2010. Hun fik af lægerne at vide, at de havde gode

erfaringer med endometriose. Og de sagde, at det var et mindre indgreb, der skulle foretages. De havde kun gode erfaringer. De sagde, at det kunne ske, at hun skulle have midlertidig stomi, men det skete ikke særlig tit. Så derfor hæftede hun sig ikke særligt ved det. Lægerne sagde, at hun bare skulle være indlagt 7 dage. Og holde sig i ro 14 dage. Men hun fik en betændelsestilstand. Hun var faktisk ved at blive gjort klar til udskrivning, da hun syntes, det lignede afføring, som kom ud gennem skeden. Hun skulle derfor undersøges igen og blev ikke udskrevet. Samme aften fik hun anlagt en stomi. Den fik hun fjernet et år senere. Hun var sengeliggende hele 2011. Hun blev ramt af tarmslyng, og maven gik i stå. Hun tabte 10 kg på 4 dage. Den 31. august 2011 blev hun opereret. Hendes dagligdag inden operationen havde fungeret, uanset hun havde smerter. Hun kunne sagtens passe sit arbejde og dyrke sin sport. Hun fik at vide, at hun ville få det bedre efter operationen, og når operationen var overstået, skulle hun ikke have flere gener. Lægerne sagde også, at sandsynligheden for, at hun ville blive gravid, ville være højere efter operationen, dog skulle hun måske have hjælp til at blive gravid, men den hjælp kunne man give hende. Hun er efter operationen smertefri. Men hun har mange problemer, da hun er blevet inkontinens. Hendes sociale liv er gået i stå. Hun overvejer altid, hvad hun siger ja til. Hun skal altid tidligt hjem. Og hun kigger altid efter toiletter, der hvor hun er. Hendes ringmuskel fungerer ikke. Hun er inkontinens på afføringssiden. Hun skal hele tiden tænke over, hvad hun indtager. Hun passer sit arbejde, idet hun kan arbejde hjemmefra, og hun booker selv sine møder. Hun har fleksible arbejdsforhold. De dage, hvor hun skal ud at køre i forbindelse med sit arbejde, er hun nødt til at mærke efter om morgenen, hvordan hun har det. Og nogle gange må hun aflyse sit møde. Hun skal planlægge sin dag meget. Hun kan ikke have et 8-16 job. Hun har haft en § 56. Hun har lært at indrette sin dag. § 56 er ikke fornyet, men den ligger der. Hendes afføring er meget lind. Hun har også ufrivillig luftafgang. Hun kan svinge 5 kg på en uge. Det afhænger af, hvad og hvor meget, hun indtager. Når hendes mave reagerer, kan det give uheldige konsekvenser. Siden 2011 har hun ikke haft smerter, heller ikke ved samleje, men hun er blevet inkontinens. Hendes helbredstilstand er derfor ikke blevet bedre og hele hendes sociale liv er gået i stå. Alt det sjove er slut. Det er en stor hæmsko. Nogle af lægerne syntes, hun skulle anmelde sagen til patientforsikringen. Alt det hun har været igennem, skulle hun sket ikke have været igennem. Hun er den eneste sammen med en anden pige, det er gået sådan for. Den pige, har hun kontakt med i dag. Lægerne har sagt, at de aldrig har haft en patient, der blev så syg, som hun er blevet. Hun fik anbefalet operationen, så hun kunne have samleje uden smerter og for at blive fri for smerter i underlivet. Det var ligesom, hun havde en cement blok ved tarmen. Smerten kom, når hun skulle menstruer, ellers havde hun ikke ondt. Hun fik også at vide, at operationen ville forbedre hendes chancer for graviditet. Hun fik ikke at vide, hvordan situationen ville være, hvis hun ikke fik operationen. Lægerne anbefalede hende operationen, men det var op til hende selv. Hun var nervøs for den midlertidige stomi. Og hun ville jo gerne havde det bedre. Inden operationen skulle lægerne huske at sætte kateter op, men det glemte de. Så da det så galt ud, anlagde de kateter på høje side ved akut nyredræn. Hun

havde derfor både stomi og nyredræn. Der har ikke været tale om, at hun vil miste højre nyre.

Parternes synspunkter

A har gjort gældende, at der er tale om en patientskade omfattet af lov om klage- og erstatningsadgang inden for Sundhedsvæsenet § 20 stk. 1, nr. 4, idet det må anses som overvejende sandsynligt, at sagsøgeren som følge af den modtagne behandling er påført komplikationer, der er mere omfattende, end hvad hun med rimelighed måtte tåle. Det gøres herunder navnlig gældende

- at sagsøgerens grundsygdom nok var alvorlig, men den var ikke livs- eller velfærdstruende på en måde, så sagsøgeren ikke kunne have valgt at leve med det,
- at hun havde levet med sygdommen og de heraf følgende periodevis smerter i en årrække forud for operationen,
- at komplikationen i form af dannelse af en fistel, der ikke operativt kunne lukkes, er en sjældent forekommende komplikation, der indtræder i under 2 % af tilfældene, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 11 B og spørgsmål J,
- at den komplikation, at en fjernelse af hele endetarmen med samtidig udførelse af en colonanal anastomose blev nødvendig, er en følge, der indtræffer meget sjældent ved behandling af endometriose og formentlig i under 2 % af tilfældene jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 11 C,
- at skaden i form af inkontinens på afføringssiden nok er en almindelig følge ved operationer til fjernelse af endetarmen, men at den er meget sjælden følge til fjernelse af endometriose, som jo var den sygdom, sagsøgeren blev behandlet for,
- at sagens indbringelse Patienterstatningen, Ankenævnet for Patienterstatningen og domstolene er helt i tråd med de råd, hun i efterforløbet modtog fra de behandlende læger,
- at skaden har haft stor betydning for sagsøgerens hverdag og herunder arbejdsliv.

Patientskadeankenævnet har gjort gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte sagsøgtets afgørelse af 10. oktober 2013 (bilag 13).

Det må ved bevisbedømmelsen tages i betragtning, at Ankenævnet for Patienterstatningen 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 klage- og erstatningsloven, og at der derfor skal være et sikkert grundlag for at tilsidesætte afgørelsen. Det gores overordnet gældende, at sagsøgeren ikke har ført bevis herfor.

En patient er berettiget til erstatning efter klage- og erstatningsloven, hvis patienten ved behandlingen, undersøgelsen eller lignende med overvejende sandsynlighed er blevet påført en skade, jf. § 19, stk. 1, jf. § 20 stk. 1, og skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af de i § 20, stk. 1, nr. 1-4 anførte måder.

Det er en forudsætning for anerkendelse efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, at der som følge af behandlingen indtræder skade i form af komplikationer, der er mere omfattende end, hvad patienten med rimelighed må tåle. Der skal tages hensyn til skadens alvor, patientens sygdom og helbredstilstand i øvrigt samt til skadens sjældenhed og mulighederne for at tage risikoen for skaden i betragtning.

Efter fast praksis, er det en betingelse for erstatningsberettigelse efter § 20, stk. 1, nr. 4, at de i ordlyden udtrykte kriterier om sjældenhed og alvorlighed begge er opfyldte. Hvis alvorlighedskriteriet *ikke* er opfyldt, er det uden betydning, at sjældenhedskriteriet *er* opfyldt.

Ved vurderingen af, om alvorlighedskriteriet er opfyldt, er det afgørende grundlidelsens relative alvorlighed og sagsøgerens helbredstilstand i øvrigt set i forhold til den indtrufne skade. Det er således ikke i sig selv afgørende, om sagsøgerens grundlidelse er livstruende.

Sagsøgte vurderede ved afgørelse af 10. oktober 2013 (bilag 9), at sagsøgerens skade i form af fjernelse af det sidste stykke af tyktarmen, som har påført sagsøgeren gener i form af inkontinens på afføringssiden, ikke er tilstrækkelig alvorlig til at udløse erstatning efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, idet sagsøgerens grundlidelse i form af endometriose er en alvorlig tilstand, som ubehandlet indebærer en relativ stor risiko for at medføre svære helbredsgener, og som er vanskelig at behandle.

I overensstemmelse hermed må det på baggrund af sagens lægelige akter, jf. bilag 1, s. 1, og bilag 3, s. 12-13, og Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 10 lægges til grund, at sagsøgerens grundlidelse - dyb og svær endometriose igennem en længere årrække, som bl.a. har påført hende gener i form af smerter ved menstruation og samleje, fertilitetsproblemer, fjernelse af venstre nyre samt påvirkning af tarmen - er alvorlig, hvorfor der skal meget til for at der kan ydes erstatning efter loven.

Hertil kommer, at der var lægelig indikation for at gennemføre operationen med henblik på fjernelse af et større endometrioseinfiltrat, jf. bilag 1, s. 2, og Retslægerådets svar på spørgsmål 10. Der var således behov for at gennem-

føre den foretagne behandling, selv om sagsøgerens grundlidelse er vanskelig at behandle.

Efter en samlet vurdering af de foreliggende omstændigheder er sagsøgerens skade ikke tilstrækkelig alvorlig set i forhold til den grundlidelse, som hun blev behandlet for.

Det gøres derfor gældende, at sagsøgeren ikke opfylder betingelserne for anerkendelse i henhold til klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4.

Det ændrer ikke herved, at skaden i dette konkrete tilfælde opfylder sjældenhedskriteriet, således som det må udledes af Retslægerådets svar på spørgsmål 11, J og L. Det er som anført ovenfor *ikke* tilstrækkeligt, at sjældenhedskriteriet er opfyldt.

Rettens begrundelse og afgørelse

Det følger af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 20, stk. 1, nr. 4, at der ved vurderingen af, om **A** skade er mere omfattende, end hvad hun som patient med rimelighed måtte tåle, skal tages hensyn til dels skadens alvor, dels hendes sygdom og helbredstilstand i øvrigt samt skadens sjældenhed og mulighederne i øvrigt for at tage den i betragtning.

Efter bestemmelsens indhold skal således både kriteriet om skadens alvor og skadens sjældenhed være opfyldt for at skaden er omfattet af § 20, stk. 1, nr. 4.

Ifølge Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 11 sammenholdt med svarene til spørgsmål J og L finder retten, at det kan lægges til grund, at skaden må anses for sjælden.

Når der skal foretages en vurdering af, hvorvidt skaden er alvorlig, er der flere forhold, der er relevante at tage med i vurderingen, herunder grundlidelsen, der er behandlet for og øvrige helbredsforhold.

Ifølge Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 10, synes der ud fra de lægelige akter at have været en god grund til at tilråde sagsøger en operation med henblik på fjernelse af endometrioseinfiltraterne. Det fremgår ligeledes af Retslægerådets bevarelse af spørgsmål D og E, at operationen den 30. august 2011 var indiceret samt, at det var i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægefaglig praksis at fjerne den resterende del af endetarm grundet en stor defekt i tarmen og foretage en colo-anal anastomose, idet alternativer ville være en permanent stomi.

Det er rettens opfattelse, at Retslægerådets besvarelse ikke giver anledning til at anse grundsygdommen som livstruende men dog, at der var indikation

for at foretage operationen, henset til svær endometriose igennem en længere årrække med medfølgende smerter.

Det fremgår af sagens oplysninger, at *A* efter operationen den 30. august 2011 ikke længere har smerter, samt at hun i et eller andet omfang kan passe sit fuldtidsjob.

Uanset det må lægges til grund, at der var tale om en sjælden komplikation, findes det ikke godtgjort, at *A* har pådraget sig en skade af en sådan alvorlig karakter set i forhold til hendes grundlidelse, at denne er omfattet af § 20, stk. 1, nr. 4.

Retten tager derfor Patientskadeankenævnets påstand om frifindelse til følge.

Efter sagens udfald, karakter og omfang, herunder at der er indhentet flere udtalelser fra Retslægerådet samt udfærdiget materialesamling skal *A* betale sagens omkostninger til Patientskadeankenævnet med 32.000 kr., der også dækker omkostninger til advokatbistand. Beløbet er inklusiv moms.

Thi kendes for ret:

Patientskadeankenævnet frifindes.

A skal inden 14 dage betale sagens omkostninger til Patientskadeankenævnet med 32.000 kr.

Alexia Jensen
kst. dommer

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Retten i Odense, den 25. november 2015.

Lene Andersen, kontorfuldmægtig