

RETTEEN I ROSKILDE



Udskrift af dombogen

DOM

Afsagt den 4. november 2013 i sag nr. BS 4A-2504/2009:

A

mod
Patientskadeankenævnet
Vimmelskaflet 43, 2.
1161 København K

Sagens baggrund og parternes påstande

Denne sag, hvori dom er affattet uden fuldstændig sagsfremstilling, jf. retsplejelovens § 218 a, vedrører en prøvelse af sagsøgte Patientskadeankenævnets afgørelse af 17. marts 2009, hvorved nævnet fandt, at sagsøger **A** var påført en skade i form af et forlænget sygeforløb, men at skaden ikke fandtes erstatningsberettigende, da sagsøgers samlede krav ikke ville overstige 10.000 kr.

Sagsøger har nedlagt påstand om, at sagsøgte skal anerkende, at sagsøger er berettiget til erstatning i henhold til lov om klage og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet som følge af de komplikationer, som indtrådte i forbindelse med indlæggelse på **B** i forløbet fra den 10. maj 2007.

Sagsøgte har påstået frifindelse.

Oplysningerne i sagen

Sagsøger har skønsmæssigt opgjort sit erstatningskrav således:

Erstatning for forlængelse af uddannelse	50.000 kr.
Godtgørelse for svie og smerte	70.000 kr.
Méngodtgørelse	<u>161.000 kr.</u>
	<u>291.000 kr.</u>

Den 2. oktober 2008 traf Patientforsikringen sålydende afgørelse:

" ...

Afgørelse

Patientforsikringen har fundet, at De ikke er berettiget til erstatning efter loven, idet erstatningsbeløbet ikke overstiger kr. 10.000,00.

Afgørelsen er truffet i henhold til KEL § 24, stk. 2.

Sagsfremstilling

Patientforsikringen har på baggrund af oplysningerne i Deres anmeldelse, anmeldelsen fra B samt de indhentede lægelige akter lagt følgende hændelsesforløb til grund for sin afgørelse:

De henvendte Dem på skadestuen på B den 11. december 2006, fordi De havde fået pludselige mavesmerter. De var tit plaget af smerter fra venstre side af maven, da De havde en irritabel tyktarm. Undersøgelsen gav mistanke om blindtarmsbetændelse, hvorfor De blev indlagt.

Samme dag fik De foretaget kikkertundersøgelse af Deres tarms. Undersøgelsen gav mistanke om sygdommen morbus Crohn, da der blev fundet betændelsestilstand i tarmene. De blev sat i medicinsk behandling.

Ved en tyndtarmsrøntgen i marts 2007 blev der fundet to forsnævringer på tyndtarmen. Der var derfor grundlag for operation. Operation fandt sted den 10. maj 2007. Ved operationen blev der fjernet tarm samt lavet en kunstig passage. Den 12. maj 2007 kl. 11:35 havde De nedsat blodtryk og Deres infektionstal samt nyretal var markant forhøjet, hvorfor der blev bestilt akut CT-skanning. Den 13. maj kl 9:30 var De fortsat dårlig tilpas og havde smerter i maven. Derudover var Deres blodtryk stadig lavt. Der blev ordineret to liter intravenøs væske. Kort efter blev De svært påvirket med meget lavt blodtryk, hvilket blev tolket som dehydrering. På grund af en forværring i Deres tilstand blev der senere samme dag foretaget en CT-skanning af maven, som viste fri væske samt luftbobler. Dette gav mistanke om lækage ved den operativt sammenføjede del af tarmen (anastomoselækage).

De blev derfor opereret senere på dagen den 13. maj 2007. Ved operationen blev der fjernet yderligere tarm samt anlagt stomi. Efter operationen blev De indlagt på intensivafdelingen på grund af blodforgiftning. I slutning af maj faldt infektionstallene og De blev udskrevet den 5. juni 2007.

Den 11. december 2007 fik De fjernet stomien ved operation.

Det fremgår af anmeldelsen, at De søger erstatning på grund af manglende indikation for operationen den 10. maj 2007, selve operationen samt det postoperative forløb frem til den 13. maj 2007. Derudover fremgår det af anmeldelsen, at De ikke føler at have modtaget tilstrækkelig information om risici før operation.

Begrundelse

Ifølge KEL § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1 er patienten berettiget til erstat-

ning, hvis undersøgelse og diagnosticering har afvejet fra, hvad der efter lægevidenskab og erfaring havde været den bedst mulige i den givne situation, og dette med overvejende sandsynlig har medført en skade. Det er imidlertid ikke en betingelse, at der er begået fejl af lægen eller andre i forbindelse med behandlingen.

Den medicinske behandling kan kontrollere en infektion i slimhinden, men når først der opstår forsnævring, er der ikke noget alternativ til operation. Der var således indikation for operationen 10. maj 2007, og den blev udført i overensstemmelse med alment anerkendte retningslinier. Operationen blev foretaget laparoskopisk, hvorfor blod- og væsketabet er mindre. Der gives derfor sædvanligvis ikke intravenøs væske i det postoperative døgn.

Patientforsikringen har imidlertid fundet, at der på B ikke blev handlet i overensstemmelse med bedste specialist standard den 12. maj 2007 og den 13. maj 2007.

Den 12. maj 2007 havde De lavt blodtryk og markant forhøjet infektionstal og nyretal, hvorfor der helt relevant blev ordineret en akut CT-skanning på mistanke om anastomoselækage. Denne undersøgelse blev imidlertid ikke foretaget og den efterfølgende dag havde De stadig lav blodtryk. Der blev ordineret to liter intravenøs væske. Herefter blev De igen svært påvirket med meget lavt blodtryk. Igen blev det tolket som dehydrering og først et par timer senere, da Deres mave var udtalt øm, blev skanningen gennemført.

Patientforsikringen har vurderet, at det ikke var i overensstemmelse med bedste specialist standard, at mistanken om anastomoselækage den 12. maj 2007 ikke blev af- eller bekræftet i løbet af ganske få timer. Der er ved vurderingen lagt vægt på, at der ved mistanke om anastomoselækage skal foretages akut CT-skanning, fordi der er tale om en potentiel livsfarlig komplikation.

Patientforsikringen har endvidere vurderet, at det ikke var i overensstemmelse med bedste specialist standard at tolke Deres symptomer den 13. maj 2007 som dehydrering. Patientforsikringen har lagt vægt på, at De var blevet laparoskopisk opereret, og at De havde alle tegn på anastomoselækage og deraf følgende blodforgiftning i form af kredsløbsproblemer og nyrepåvirkning.

Forløbet fra den 12. maj 2007 og frem til reoperationen den 13. maj 2007 har således ikke været i overensstemmelse med bedste specialist standard, hvilket med overvejende sandsynlig medførte et forlænget sygeforløb. De er således blevet påført en skade i form af forlænget sygeforløb.

Patientforsikringen har imidlertid fundet, at skaden ikke er omfattet af loven, idet erstatningens størrelse ikke ses at overstige den undergrænse på kr. 10.000.00, der er fastsat i KEL § 24. stk. 2.

Det skal i den forbindelse bemærkes, at Patientforsikringen ikke kan anerkende skaden i form af anastomoselækage medførende reoperation og forløbet med stomi.

Patientforsikringen har lagt vægt på, at anastomoselækagen ikke med overvejende sandsynlighed er opstået som følge af, at behandlingen har afvejet fra bedste specialiststandard, men at der mest sandsynligt er tale om en hændelig komplikation, som også kan opstå selv ved optimal behandling indenfor det pågældende område. Anastomoselækagen var således en hændelig og utilsigtede komplikation til operationen.

Ifølge KEL § 20, stk. 1, nr. 4, kan der ydes erstatning, hvis der i forbindelse med undersøgelse, herunder diagnostisk indgreb eller behandling, indtræder skade i form af infektioner eller andre komplikationer, der er mere omfattende end, hvad patienten med rimelighed må tåle. Der skal herved tages hensyn til dels skadens alvor, dels patientens sygdom og helbredstilstand i øvrigt, samt til skadens sjældenhed og mulighederne i øvrigt for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning.

Patientforsikringen har fundet, at Deres skade i form af anastomoselækage medførende reoperation og stomi i forbindelse operationen for forsnævring på tyndtarmen ikke er tilstrækkelig sjælden til at opfylde lovens krav om sjældenhed. Der er i den forbindelse lagt vægt på, at anastomoselækage tilstøder i mere end 5 procent af tilfældene. Betingelserne for at yde erstatning efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet er således ikke opfyldt for så vidt angår anastomoselækagen og deraf medførende forløb med stomi.

Den anerkendte patientskade i form af forsinket diagnosticering af anastomoselækagen har ikke påført Dem et varigt men på 5 procent eller derover. De er derfor ikke berettiget til godtgørelse for varigt mén, jf. erstatningsansvarslovens (EAL) § 4, stk. 1, sidste punkt. Patientforsikringen har lagt vægt på, at forsinkelsen af operationen for anastomoselækagen ikke med overvejende sandsynlighed har haft indflydelse på Deres nuværende gener.

Deres sygeforløb blev forlænget som følge af den forsinkede diagnosticering af anastomoselækagen. Godtgørelse for svie og smerte ydes med en fast takst for hver sygedag De har været syg som følge af patientskaden. Taksten for svie og smerte er på kr. 160,- pr. dag. Patientforsikringen har vurderet, at De som følge af Deres grundlidelse og anastomoselækagen ville have været indlagt i 14 dage. Der kan derfor ikke ydes godtgørelse for denne periode. Patientforsikringen har vurderet, at De er berettiget til godtgørelse for svie og smerte fra den 25. maj 2007 og frem til den 5. juni 2007, hvor De blev udskrevet. De er således berettiget til godtgørelse for svie og smerte for i alt 12 dage, hvilket gør Dem berettiget til kr. 1920,-.

Det er Patientforsikringen vurdering, at patientskaden hverken har haft midlertidig eller varig indflydelse på Deres indkomst i et omfang, der kan bringe den samlede erstatning og godtgørelse over kr. 10.000,-.

Forsinkelsen ses ikke umiddelbart at have påført Dem helbredsudgifter.

En udmåling af erstatning og godtgørelse fører således ikke til et beløb på over kr. 10.000,-.

..."

Den 17. marts 2009 traf sagsøgte sålydende afgørelse:

"...

Afgørelse:

Patientforsikringens afgørelse af 2. oktober 2008 tiltrædes.

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

Sagsfremstilling

Der henvises til sagsfremstillingen i Patientforsikringens afgørelse af 2. oktober 2008.

Begrundelse og resultat

Nævnet tiltræder, at behandlingen på **B** i forløbet fra den 12. maj 2007 og frem til reoperationen den 13. maj 2007 ikke var i overensstemmelse med bedste specialiststandard, og at der således principielt er grundlag for at yde erstatning efter klage- og erstatningsloven § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1. Nævnet finder dog samtidig, at **A's** samlede krav på godtgørelse og erstatning som følge af patientskaden ikke ville overstige 10.000 kr., hvorfor der ikke ydes erstatning, jf. § 24, stk. 2.

Det bemærkes herved, at nævnet tiltræder Patientforsikringens afgrænsning af den erstatningsberettigende skade, således, at denne ikke omfatter nødvendigheden af stomianlæggelse og senere nedtagning heraf, men alene forlængelse af sygeforløbet frem til den 5. juni 2007.

Nævnet finder i øvrigt, at **A** efterfølgende ville have fået anlagt stomi, også i tilfælde af, at man på **B** havde foretaget den ordinerede CT-skanning og havde opereret for anastomoselækagen noget tidligere.

Med disse bemærkninger kan Patientskadeankenævnet tiltræde resultatet og

begrundelsen i Patientforsikringens afgørelse af 2. oktober 2008.

..."

Sagsøger blev raskmeldt den 31. januar 2008, men gik fortsat til kontrol på hospitalet.

Det fremgår af journalnotat af 25. marts 2009:

"...

Klinisk er tilstanden ikke tilfredsstillende. Har daglige højresidige abdominalsmerter og vekslende afføringsmønster fra 0-2-3 tynde i døgnet.

..."

I journalnotat af 9. september 2009 hedder det:

"...

Klin. er tilstanden uændret præget af kvalme samt intermitterende højresidige kolikagtige abd.smerter samt vekslende aff.mønster med 2-4 aff. i døgnet af vekslende konsistens.

..."

Der er under sagen afgivet tre erklæringer af Retslægerådet, henholdsvis af 19. juni 2010, 14. oktober 2011 og 18. september 2012.

Retslægerådet har under spørgsmål AE afgivet sålydende svar vedrørende den diagnostiske udredning af den opståede anastomoselækage:

"...

På baggrund af supplerende bilag i form af laboratoriesvar og bestilling af CT kan det fastslås, at journalnotat ved  fejlagtigt er dateret den 12. maj 2007. Det skulle rettelig være den 13. maj 2007 - øvrige notater dateret den 13. maj 2007 vurderes at være korrekt daterede. Set i det lys ændrer rådet sin vurdering af svar på spørgsmål 11, 12 og R til:

Spørgsmål 11:

Den diagnostiske udredning blev udført efter almindelig anerkendt faglig standard.

Spørgsmål 12:

Se svaret på spørgsmål 11.

Spørgsmål R:

Sepsis opstod som følge af anastomoselækagen. Der var ikke tale om forsinket diagnostik heraf.

..."

Retslægerådet har under spørgsmål S på spørgsmålet om den mod sepsis

iværksatte behandling var velindiceret og blev udført i overensstemmelse med lægefagligt anerkendte retningslinier afgivet følgende erklæring:

"...

De sagkyndige er ikke enige i besvarelsen af dette spørgsmål, idet to af de voterende, overlæge D og professor E, anfører:

Den iværksatte behandling var velindiceret, men ikke udført i overensstemmelse med almindeligt anerkendte principper. Der blev behandlet med Cefuroxim og Metronidazol, men man anbefaler behandlingen suppleret med Ciprofloxacin. Alternativt monoterapi med Tazocin.

Behandlingen har været for snæver og medfører et noget protraheret forløb, der først bedres ved tillæg af Ciprofloxacin.

Den tredje voterende, professor F, besvarer spørgsmålet således:

Mikrobiologerne finder, at den givne empiriske antibiotikabehandling er for smal. Han er enig i, at mortalitet i disse situationer ofte er associeret til insuffICIENT antibiotisk behandling, men der er forskellig tradition forskellige steder og ingen kontrollerede undersøgelser, der viser, hvad der er mest hensigtsmæssig. Faktisk rettede sagsøger sig også på den givne behandling, og de behandlende læger var opmærksomme på temperaturudvikling samt tog stilling til antibiotika. Han mener derfor, at dette problem i denne sag er et "minor point" og finder ikke grundlag for at kritisere den givne behandling. ...".

Flertallet har under spørgsmål AL anset den mod sepsis iværksatte behandling for en lægelig fejl.

Det fremgår af journalnotat af 21. maj 2007, at behandling med ciprofloxacin først blev påbegyndt den 21. maj 2007.

Retslægerådet har som svar på spørgsmål 6 og 7 udtalt, at operationen den 10. maj 2007 var velindiceret og udført i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægefaglig standard.

Under spørgsmål E har rådet udtalt, at sagsøger ville have løbet en stor risiko ved ikke at blive opereret i form af væggtab, underernæring og tarmslyng.

Retslægerådet har som svar på spørgsmål 9 udtalt, at risikoen for anastomoselækage er ca. 5 % generelt.

Anastomoselækagen betegnes af Retslægerådet i spørgsmål F som en hændelig komplikation til operationen.

Retslægerådet har under spørgsmål O svaret, at anlæggelse af stomi stort set altid er nødvendigt ved anastomoselækage.

Retslægerådet har under spørgsmål P beskrevet sagsøgers gener således:

"...

Sagsøger havde tynd afføring fire gange dagligt efter tilbagelægning af stomien. Skyldes formentlig galdesyremalabsorption, hvilket er en konsekvens af det manglende stykke tyndtarm. Formentlig et større problem som følge af reoperationen, men det bemærkes, at en del patienter med Mb. Crohn har et lignende problem.

"..."

Retslægerådet har under spørgsmål V, X og Y udtalt, at åben operation den 13. maj 2007 var nødvendig, og at operationen og behandlingen af infektion i såret blev udført i overensstemmelse med lægefagligt almindeligt anerkendte retningslinier.

Retslægerådet har i spørgsmål AM anført, at den iværksatte behandling mod sepsis ikke har påført sagsøger blivende følger eller forårsaget forværring af sådanne.

Retslægerådet har i spørgsmål Ø og AO oplyst, at varigheden af indlæggelse efter operationen den 10. maj 2007 ville være 3-5 dage, og at indlæggelse efter en anastomoselækage ville være mellem 2-4 uger afhængig af udvikling af nye komplikationer.

Spørgsmål 21 er i Retslægerådets udtalelse af 18. september 2012 sålydende:

"...

Hvor hyppigt forekommer det, at der efter en operation, som den der blev foretaget den 10. maj 2007, opstår et forløb, der samlet set nødvendiggør reoperation, indbefatter en livstruende situation med organsvigt, respiratorbehandling, stort åbent sår og 9-måneders sygemelding?

Spørgsmålet er tidligere delvist besvaret. Risikoen for anastomoselækage er ca. 5 %. Anastomoselækage er en alvorlig og undertiden livstruende komplikation. Forløbet dog meget varierende. Dødeligheden efter tarmresektion hos patienter med morbus Crohn er mindre end 1 %.

"..."

Retslægerådet har i spørgsmål AB udtalt, at tabet af tyndtarmen ved reoperationen har haft den største betydning for diarrétilbøjeligheden.

Retslægerådet har i spørgsmål 17 b udtalt, at det i daglig praksis ofte forekommer, at der ikke dagligt føres notater, som det var tilfældet den 12. maj 2007.

Forklaringer

Der er under sagen afgivet forklaring af sagsøger og af

G

Parternes synspunkter

Sagsøger har i henhold til sit påstandsdokument gjort følgende anbringender gældende:

" ...

1 - Klage- og Erstatningslovens § 20, stk. 1, 1. pkt.:

Ifølge Klage- Erstatningslovens § 20, stk. 1, 1. pkt., skal erstatning ydes, hvis skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en sådan måde, at skaden antageligt ville være undgået, hvis en erfaren specialist på det pågældende område ville have handlet anderledes ved undersøgelse, behandling eller lignende.

I begrundelsen for sin afgørelse af 17. marts 2009 (bilag 5) har Patientskadeankenævnet erkendt, at behandlingen på B i forløbet fra den 12. maj 2007 og frem til reoperationen den 13. maj 2007 ikke var i overensstemmelse med bedste specialiststandard, og at der er grundlag for at yde erstatning efter Klage- og Erstatningslovens § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, 1. pkt.

Dertil kommer, at Retslægerådets flertal ved besvarelsen af spørgsmål S og AL har udtalt, at der blev begået lægelige fejl i forbindelse med behandlingen mod blodforgiftning (sepsis).

Endelig må det betragtes som en lægelig fejl, der også bevismæssigt må komme Patientskadeankenævnet til skade, at der ikke foreligger journalnotater fra den 12. maj 2007.

2 - Klage- og Erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4:

Ifølge Klage- og Erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, skal erstatning ydes, hvis skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt ved behandling, som har medført skade i form af infektioner eller andre komplikationer, der er mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed må tåle. Der skal herved tages hensyn dels til skadens alvor, dels patientens sygdom og helbredstilstand i øvrigt samt til skadens sjældenhed og mulighederne i øvrigt for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning.

Ved vurderingen af, om sjældenhedskriteriet er opfyldt, skal afgørende vægt lægges på den af komplikationen følgende helbredsforringelse, mens selve komplikationens sjældenhed har underordnet betydning. Endvidere skal der lægges afgørende vægt på summen af komplikationer og det samlede skadesforløb og ikke på de enkelte komplikationers sjældenhed hver for sig.

I forbindelse med behandlinger udviklede A's anastomose-lækage med deraf følgende blodforgiftning (sepsis). Hun måtte reope-

reses ved en åben operation, og da lunger, lever og nyrer satte ud, blev lagt hun i respirator. Derudover fik hun anlagt dobbelt midlertidig stomi, som først blev tilbagelagt efter mere end et halvt år. Efter reoperationen lå hun på intensivafdeling i flere uger.

Ifølge Retslægerådets besvarelse af spørgsmål Ø og AO kunne A i tilfælde af et ukompliceret behandlingsforløb have forventet cirka 3-5 dages indlæggelse efter operationen den 10. maj 2007. Som følge af patientskaden var hun imidlertid indlagt i 26 dage efter operationen den 10. maj 2007. Hun var sygemeldt fra sin stilling som økonomielever i næsten 9 måneder, indtil hun blev opsagt på grund af sit sygefravær, og som følge deraf fik hun forlænget sin uddannelse med næsten 1 år.

Som følge af behandlingsforløbet lider A fortsat under en række varige følger efter behandlingsforløbet, herunder neuropatismerter, diarretilbøjelighed, ændret afføringsmønster på grund af kort tarm samt store skæmmende ar på kroppen (vansir). Der henvises i den forbindelse til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål AB og P.

Alvoren af A's helbredsforringelse som følge af komplikationerne skal ses i relation til, at hun på operationstidspunktet var en kun 19-årig ung kvinde i god form, og at der på operationstidspunktet ikke var nævneværdig aktivitet i grundlidelsen morbus Crohn. Endvidere skal komplikationernes alvor ses i relation til, at komplikationerne ikke opstod i forbindelse med behandlingen for selve grundlidelsen, men i forbindelse med de efterfølgende behandlinger.

Skaderne er således mere omfattende, end hvad A med rimelighed må tåle henset til skadernes alvor, grundsygdommen, skadernes sjældenhed og mulighederne i øvrigt for tage risikoen for deres indtræden i betragtning.

Skaderne er derfor med overvejende sandsynlighed forvoldt på den i Klage- og Erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, anførte måde og bør derfor anerkendes som erstatningsberettigende.

3 - Klage- og erstatningslovens § 24:

Ifølge Klage- og Erstatningslovens § 24, stk. 1, skal A krav på erstatning og godtgørelse fastsættes efter reglerne i erstatningsansvarsloven. Ifølge lovens § 24, stk. 2, ydes erstatning imidlertid kun, såfremt den overstiger 10.000 kroner.

Da patientskaden medførte, at A var sygemeldt i cirka 9 måneder og af den grund fik forlænget sin uddannelse med et år, er hun berettiget til godtgørelse for svie og smerte med maksimumbeløbet på 70.000 kroner og til erstatning for forlængelse af uddannelse med cirka 60.000 kroner.

Derudover har patientskaden påført **A** varige mén i form af bl.a. smerter, afføringsproblemer og vansir, og hun er derfor ydermere berettiget til godtgørelse for varigt mén på skønsmæssigt cirka 20 %, svarende til en méngodtgørelse på cirka 161.000 kroner. Dertil kommer erstatning for eventuelt tab af erhvervsevne.

Det gøres derfor gældende, at **A** opfylder betingelsen i Klage- og Erstatningslovens § 24, stk. 2. Den endelige erstatningsudmåling foretages af Patientforsikringen med klageadgang til Patientskadeankenævnet.
..."

Sagsøgte har i henhold til sit påstandsdokument gjort følgende anbringender gældende:

"...

Der er ikke grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets afgørelse af 17. marts 2009 (bilag 5), hvorved nævnet tiltrådte Patientforsikringens afgørelse af 2. oktober 2008 (bilag 4) om, at sagsøgeren ikke var berettiget til erstatning som følge af behandlingsforløb på **B** i maj 2007.

Patientskadeankenævnet fandt, at behandlingen på **B** i forløbet fra den 12. maj 2007 og frem til reoperationen den 13. maj 2007 ikke var i overensstemmelse med bedste specialiststandard, og at der således principielt var grundlag for at yde erstatning og godtgørelse efter klage- og erstatningslovens § 31, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1. Imidlertid vurderede Patientskadeankenævnet, at den erstatning og godtgørelse, som sagsøgeren var berettiget til, imidlertid ikke oversteg kr. 10.000,-, hvorfor der ikke ydes ikke erstatning, jf. § 24, stk. 2.

På baggrund af Retslægerådets erklæring er der ikke grundlag for at ændre denne del af nævnets afgørelse, da end ikke betingelserne for at anerkende forløbet fra 12. til 13. maj 2007, er opfyldt.

Retslægerådet anfører bl.a.:

- Medicinsk behandling med Prednisolon var i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægefaglig standard, og primær operation ville kun komme på tale med perforation eller vedvarende symptomer på tarmslyng (spm. 4 og 5).
- Operationen den 10. maj 2007 var velindiceret og udført i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægefaglig standard (spm. 6 og 7).
- Anastomoselækagen var en hændelig komplikation til operationen den 10. maj 2007 (spm. F).
- Den diagnostiske udredning af anastomoselækagen blev udført i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægefaglig standard (spm. 11 smh. med spm. AE).

Retslægerådet anfører vedrørende behandlingen mod sepsis, at den ikke var i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægefaglig standard, og to af rådets medlemmer anfører tillige, at det er en lægelig fejl (spm. S og AL). I forlængelse heraf anfører rådet imidlertid, at den iværksatte behandling ikke har påført sagsøgeren blivende følger eller forårsaget forværring af sådanne (spm. AM). Denne del af behandlingen kan dermed heller ikke anerkendes som en patientskade i medfør af § 20, stk. 1, nr. 1.

Endelig er det ikke en lægelig fejl, at der ikke er journalnotater fra 12. maj 2007 (spm 17b).

Selv om det måtte lægges til grund, at forløbet fra 12. til 13. maj 2007 ikke havde været i overensstemmelse med specialiststandarden i medfør af lovens § 20, stk. 1, nr. 1, er sagsøgeren ikke blevet påført en merskade som følge heraf.

Retslægerådet har bl.a. anført:

- De blivende fysiske følger ville med >50 % sandsynlighed have været af samme omfang, hvis sagsøgeren var blevet opereret tidligere (spm. 16 og AD).
- Behandlingen ville selv med den forsinkede diagnosticering med >50 % sandsynlighed have været den samme (spm. AA).
- Den iværksatte behandling mod sepsis har ikke påført sagsøgeren blivende følger eller forårsaget forværring af sådanne (spm. AM).

Patientskadeankenævnet har herudover fundet, at anlæggelsen af stomi og den senere nedtagning heraf, ikke var forårsaget af den forsinkede diagnosticering af anastomoselækagen, og at sagsøgeren efterfølgende ville have fået anlagt stomi, selv om man på ~~B~~ havde foretaget den ordinerede CT-scanning og havde opereret for anastomoselækagen noget tidligere. Skaden i form af anastomoselækage medførende reoperation og forløbet med stomi er altså ikke anerkendt som en erstatningsberettigende patientskade.

Som begrundelse herfor anfører Patientforsikringen i sin afgørelse, der er tiltrådt af Patientskadeankenævnet, at sagsøgerens skade i form af anastomoselækage ikke er tilstrækkelig sjælden til at opfylde lovens krav herom, jf. § 20, stk. 1, nr. 4. Der er i den forbindelse lagt vægt på, at anastomoselækage tilstøder i mere end 5 % af tilfældene.

Retslægerådet anfører i overensstemmelse hermed i svaret på spm. 9 og 21, at risikoen for anastomoselækage er ca. 5 %.

På baggrund af Retslægerådets erklæringer i sagen er der ikke grundlag for at anerkende et yderligere forløb som en patientskade eller i øvrigt at ændre Patientskadeankenævnets afgørelse.

... "

Rettens begrundelse og afgørelse

Sagsøger led af Morbus Crohn, der er en alvorlig sygdom, men ifølge Retslægerådet ikke i sig selv livstruende.

Operationen den 10. maj 2007 var ifølge Retslægerådet en nødvendig operation, idet sagsøger ved ikke at blive opereret ville have løbet en stor risiko i form af underernæring, tarmslyng m.v. Anastomoselækagen var en hændelig komplikation som følge af operationen. Risikoen for en anastomoselækage er ifølge Retslægerådet ca. 5 %.

Under henvisning til Retslægerådets svar på spørgsmål AE blev den diagnostiske udredning af den opståede anastomoselækage udført efter almindelig anerkendt faglig lægestandard, ligesom der ikke var tale om, at sepsis blev forværret på grund af en forsinket diagnostisering.

Sagsøgte afgørelse om, at det var en fejl, at der ikke blev foretaget en akut CT-scanning den 12. maj 2007, og at forløbet fra 12. maj til reoperationen den 13. maj 2007 ikke har været i overensstemmelse med bedste specialiststandard, kan herefter ikke tiltrædes.

Derimod findes det i overensstemmelse med Retslægerådets flertal, jf. spørgsmål S og AL, at være en lægelig fejl, at sagsøger ved behandlingen af sepsis ikke modtog ciprofloxacin førend den 23. maj 2012, og at dette kan have medført et noget protraheret forløb.

Retslægerådet har i spørgsmål AM svaret, at den iværksatte behandling mod sepsis ikke har påført sagsøger blivende følger eller forårsaget forværring af sådanne.

Retten finder herefter, at den forsinkede behandling med ciprofloxacin kan hjemle erstatning efter KEL § 20, stk. 1, nr. 1, men at fejlen ikke anses at have medført en skade, der er omfattet af loven, idet erstatningens størrelse for den kortvarige forlængelse af behandlingsforløbet ikke kan anses at overstige den i KEL § 24, stk. 2, nævnte undergrænse på 10.000 kr.

Ifølge Retslægerådets svar i spørgsmål 17 b kan det ikke anses for en lægelig fejl, at der ikke er journalnotater fra 12. maj 2007.

Ifølge Retslægerådets erklæringer i spørgsmål 9 og spørgsmål 21 opstår anastomoselækage i ca. 5 % af de operationer, som sagsøger fik udført den 10. maj 2007. Sagsøgers 2-4 uger længere indlæggelse, stomigener og diarrétilbøjelighed er forårsaget af anastomoselækagen.

Under henvisning til sagsøgers alvorlige sygdom, og den heraf påkrævede operation, sammenholdt med at skaden i form af anastomoselækagen ikke kan anses for sjælden med en forekomst på ca. 5 %, findes skaden ikke at være mere omfattende, end hvad sagsøger med rimelighed må tåle. Sagsø-

gers skade findes herefter ikke erstatningsberettiget, jfr. KEL § 20, stk. 1, nr. 4.

Sagsøgtes frifindelsespåstand tages derfor til følge.

Sagsøger skal dække sagsøgtes udgift til advokatbistand med 60.000 kr. Der er ved fastsættelsen af beløbet taget udgangspunkt i de vejledende salærtakster og taget hensyn til sagens alder herunder at sagen tre gange har været forelagt Retslægerådet.

Thi kendes for ret:

Sagsøgte, Patientskadeankenævnet, frifindes for den af sagsøger, A
, nedlagte påstand.

Sagsøger skal inden 14 dage til sagsøgte betale 60.000 kr. i sagsomkostninger.

Ove Ulrichsen

/doc

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Retten i Roskilde, den 4. november 2013.


Dorte Christiansen, kontorfuldmægtig