

MODTAGET

UDSKRIFT
AF
HØJESTERETS DOMBOG

HØJESTERETS DOM
afsagt onsdag den 4. marts 2009

Sag 311/2007

(1. afdeling)

[redacted]
(advokat [redacted])

mod

Patientskadeankenævnet

(kammeradvokaten ved advokat [redacted])

I tidligere instans er afsagt dom af Østre Landsrets 11. afdeling den 8. maj 2007.

I pådommelsen har deltaget fem dommere: [redacted]
[redacted]

Påstande

Appellanten, [redacted] har gentaget sin påstand.

Indstævnte, Patientskadeankenævnet, har påstået stadfæstelse.

Anbringender

[redacted] har præciserende anført, at den grundsygdom, som skadernes alvor skal bedømmes i forhold til, er tilbagelægningen af stomi, som blev foretaget ved operationen den 19. september 2001. Tilbagelægning af stomi er en relativ ukompliceret operation med lav dødelighed, når den udføres af specialister. Hans operation førte imidlertid til bylder, betændelsestilstand, nyresvigt og trykskader på nerverne. Disse komplikationer er alle relativt

sjældne ved en tilbagelægning af stomi, og det må anses for særdeles sjældent, at disse komplikationer alle indtræder samtidigt.

Patientskadeankenævnet har heroverfor anført, at vurderingen af skadernes alvor og [redacted] sygdom og helbredstilstand i øvrigt skal ske i forhold til det samlede sygdomsforløb, herunder den oprindelige grundlidelse i form af perforeret, betændt udposning af tyktarmen og hans tilstand under den intensive behandling i oktober-november 2001. I forbindelse med tilbagelægningen opstod anastomoselækage og sårinfektion, som førte til, at [redacted] udviklede blodforgiftning og nyresvigt. Anastomoselækage og sårinfektion er imidlertid ikke sjældne komplikationer ved en tilbagelægning af stomi, og det var den heraf følgende blodforgiftning, som førte til det livstruende multiorgansvigt, der nødvendiggjorde, at [redacted] blev lagt i respirator. Den herved indtrådte kritiske tilstand førte til, at han i en lang periode var bevidstløs eller sederet, og nerveskadene må antages at være opstået i denne periode. På denne baggrund er [redacted] skader hverken alvorlige eller sjældne, og betingelserne i patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4, er dermed ikke opfyldt.

Supplerende sagsfremstilling

I [redacted] journal vedrørende den neurofysiologiske undersøgelse, som blev foretaget på [redacted] den 25. juli 2002, hedder det bl.a.:

"Indtryk:

...

Ved klinisk undersøgelse i dag findes svær kraftnedsættelse og atrofi af ulnarisinnerverede muskler i begge hænder samt mindre udtalt sv.t. de lange fingerflexorer. Sensibilitetsudfald sv.t. ulnarisgebetet bilat. Desuden findes kraftnedsættelse (grad 2-3) sv.t. h. m. EDB og ext. hall. longus samt i mindre grad (grad 5-) sv.t. m. tibialis ant. på h. side. Mindre udtalt kraftnedsættelse sv.t. EDB og ext. hall. longus på ve. side (grad 4). Diskret hypæstesi distalt i fødderne. Bevarede senerereflekser inkl. achillesreflekser.

...

Læsionen af n.n. ulnares kan ikke lokaliseres med sikkerhed, og det kan ikke udelukkes, at der har foreligget total axonal degeneration med efterfølgende nerveregeneration. Der findes desuden diskrete abnorme sensoriske aktionspotentialer i h. n. medianus og ve. n. radialis med amplitude på nedre grænse af det normale. Disse fund kan være udtryk for et mere udbredt fibertab (axonal degeneration) af sensoriske fibre, som udtryk for en let sensorisk polyneuropati, dog næppe seqv. efter "critical illness" polyneuropati. Mest sandsynligt seqv. efter meget svær kompression af begge n. ulnaris ved albuen på basis af en let polyneuropati eller en multiple mononeurit som led i f.eks. vasculit skal også

overvejes. Der kan forventes en vis yderligere remission, dog næppe tilfredsstillende klinisk restitution."

I en speciallægeerklæring af 2. december 2002 udarbejdet af overlæge [redacted] til brug for Patientforsikringen hedder det bl.a.:

"Sagsfremstilling:

...

Genindlægges 18.05.01 pga. konstante smerter nedadtil i abdomen. Man finder ved den objektive undersøgelse direkte samt indirekte ømhed sv.t. højre fossa, hvorfor der den 18.05.01 foretages akut operation, hvor man finder sigmoideum med større divertikulit-forandringer samt abscesdannelse og perforation med pus i peritoneum. Man resekerer 20 cm af colon sigmoideum som indeholder det patologiske stykke. Rectumstumpen blindlukkes og orale sigmoideum føres ud som kolostomi. Det postoperative forløb ukompliceret, og patienten udskrives den 13.05.01 mhp. sener tilbagelægning af stomien. Mhp. dette foretages der den 10.09.01 koloskopi af både den blindlukkede del af rectum/sigmoideum samt den fungerende del af colon. Man finder her normale forhold. Patienten genindlægges den 18.09.01,

...

Resultat af samtale samt objektiv undersøgelse foretaget på [redacted] den 26.11.02:

...

Aktuelt

...

Patientens største problem er dog nedsat kraft i begge hænder, mest udtalt på højre side i 4. og 5. finger, hvor der ligeledes er lettere paræstesier. Disse 2 fingre kan kun eksten-deres med aktiv hjælp. Tilstanden har dog bedret sig let siden indlæggelserne. Endvidere lider patienten af hyppige kramper i højre underekstremitet samt føleforstyrrelser i højre 1. tå.

...

Socialt

Udlært tømrer og for nuværende indehaver af eget firma. Er aktuelt langtidssygemeldt. Ugift. Bor alene, ingen børn. Har hjemmesygpl. hver 2. dag til skift af stomi, idet patientens motoriske tilstand gør at han ikke selv kan skifte stomien på nuværende tidspunkt.

Objektivt

...

Ekstremiteter inkl. grov neurologisk undersøgelse viser nedsat kraft og tonus i både højre og venstre overekstremitet, specielt i hænderne. Endvidere nedsat følesans specielt sv.t. højre 4.-5. finger, mindre udtalt på de øvrige 3 fingre på højre side. Normal følesans på venstre. Underekstremiteterne findes med normal kraft og tonus, dog nedsat sensibilitet medalt på højre side.

Konklusion af patientforløbet:

Den behandling patienten fik foretaget på [redacted] Sygehus i perioden 05.02.01 til 16.10.01 har været i overensstemmelse med hvad der efter lægevidenskabelig erfaring har været den bedst mulige i den givne situation, og ligeledes har behandlingen på [redacted] Sygehus været i overensstemmelse med specialiststandarden. Patientens lange sygdomsforløb må betegnes som konsekvens af patientens grundsygdom som var perforeret divertikulit, og ikke som komplikation til behandlingen. Patientens nuværende gener kan alle tilskrives operationsfølger, men operationerne er foretaget pga. patientens alvorlige grundsygdom. Ved litteraturgennemgang finder man risikoen for anastomoseinsufficiens ved koloanastomoser mellem 10 og 18%, og ligeledes ved litteraturgennemgang finder man at dødeligheden i forbindelse med perforeret divertikulit at være ca. 15%. Denne stiger til 25% hvis tilstanden medfører intensiv terapi og stiger atter til mellem 36-70% hvis der som i patientens tilfælde er behov for dialyse. Dødeligheden i forbindelse med genetablering af en tarmkontinuitet i form af en koloanastomose varierer i de store materialer, men ligger mellem 1 og 2% stærkt afhængig af patientens alder og almentilstand før operation.

Vedr. patientens neurologisk udfald er det min vurdering, ligesom den neurologiske vurdering, at symptomerne formentlig stammer fra det lange sengeforløb med trykgener. Således komplikation til behandling af patientens grundmorbus.

Patientens alder taget i betragtning, skal man forsøge og forbedre patientens abdominale tilstand, idet han jo er plaget af hyppige stomiskift og er meget afhængig af stomisygpl. Jeg mener således ikke på nuværende tidspunkt, at man skal betragte patientens gastrointestinale tilstand som stationær, men at man nok bør henvise patienten til specialafdeling, hvor man er vant til at operere multiopererede patienter mhp. vurdering. Evt. behandling kunne i første omgang være forsøg på tilbagelægning af kolostomien, og efter ca. 3 måneder da forsøg på tilbagelægning af loopileostomien, hvorefter patienten vil være stomifri. Alternativt hvis kolostomien ikke kan lægges tilbage, kunne man lægge ileostomien tilbage, hvilket er et væsentligt mindre indgreb, således at afføringshyppigheden formentlig vil aftage betragteligt. Patientens dagligdag vil herved blive væsentligt forbedret. Mhp. de neurologiske udfald, kan man nok forvente lidt forbedring, men det er næppe sandsynligt at patienten kan genoptage sit arbejde som håndværker. Det skal dog bemærkes, at undertegnede ikke er neurologisk specialist."

Højesterets begrundelse og resultat

Efter patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4, skal der ved vurderingen af, om [redacted] nerveskader er mere omfattende, end hvad han som patient med rimelighed må tåle, tages hensyn til dels skadernes alvor, dels hans sygdom og helbredstilstand i øvrigt samt til skadernes sjældenhed og mulighederne i øvrigt for at tage risikoen for deres indtræden i betragtning.

Fire dommere - [redacted] -
udtaler:

I maj 2001 blev [redacted] opereret for en alvorlig tarmlidelse, og i forbindelse hermed blev der anlagt en kolostomi. Forløbet efter operationen var ukompliceret, og han blev udskrevet med henblik på senere tilbagelægning af stomien. Herefter blev han i september samme år genindlagt for at få lagt tarmen tilbage og dermed få reableret normal tarmfunktion. Efter tilbagelægningen af tarmen opstod der alvorlige komplikationer som følge af lækage i sammensyningen af tarmen, herunder blodforgiftning, der førte til, at han lå i respirator i ca. en måned. Han blev herved påført trykbetingede nerveskader (lejringskader) med nedsat funktionsevne i arme og ben til følge.

I Retslægerådets svar på spørgsmål 2, der er afgivet bl.a. på grundlag af erklæring af 25. juli 2002 fra [redacted] Neurocenter, er det om nerveskaderne anført, at der er tab af muskulatur i arme og ben, kraftnedsættelse og følelnedsættelse i muskler innerveret af en af håndens nerver på begge sider samt af en af nerverne til højre fod og ben. Af erklæring af 2. december 2002 fra overlæge [redacted] fremgår bl.a., at [redacted] har nedsat kraft i begge hænder, mest udtalt i højre hånds 4. og 5. finger, hvor der ligeledes er nedsat følesans. Endvidere lider han af hyppige kramper i højre underekstremitet samt føleforstyrrelser i højre storetå. Der er ikke forelagt Højesteret nærmere oplysninger om størrelsen af det erhvervsevnetab eller den méngrad, der kan henføres til nerveskaderne.

Efter Retslægerådets svar på spørgsmål 12 må det lægges til grund, at [redacted] tarmlidelse var livstruende, og efter svarene på spørgsmål D og H lægger vi endvidere til grund, at der ved tilbagelægning af tarmen efter en kolostomi er en ikke ubetydelig risiko for alvorlige komplikationer.

På denne baggrund finder vi ikke grundlag for at fastslå, at nerveskaderne er mere omfattende, end hvad [redacted] med rimelighed måtte tåle i forbindelse med tilbagelægningen af tarmen som led i den samlede behandling af tarmlidelsen.

Vi tiltræder herefter, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets afgørelse, og stemmer derfor for at stadfæste dommen.

Dommer [redacted] udtaler:

Operationen i maj 2001 var efter det oplyste vellykket, og forløbet derefter og frem til operationen i september samme år ukompliceret. Jeg finder derfor, at der ved vurderingen af, hvad [redacted] med rimelighed måtte tåle, skal lægges afgørende vægt på hans helbredstilstand i september forud for tilbagelægningen af tarmen. Også denne operation var forbundet med en risiko for komplikationer, men denne var dog væsentligt mindre end de risici, der bestod forud for operationen i maj 2001. De lejringskader i form af nerveskader, som [redacted] søger erstatning for, er ikke omfattet af de risici ved operationen i september, som Retslægerådet har udtalt sig om i svaret på spørgsmål D. Retslægerådet har imidlertid ikke været i stand til at kvantificere forekomsten af sådanne nerveskader, jf. svaret på spørgsmål 5, men da de er opstået som afledede, men ikke nødvendige, følger af de komplikationer, der omtales i spørgsmål D, herunder bl.a. tarmlækage og blodforgiftning, finder jeg det ubetænkeligt at lægge til grund, at de må optræde i noget mindre omfang end komplikationerne omfattet af spørgsmål D.

[redacted] har som følge af nerveskaderne måttet opgive sit erhverv som tømrer og er tilkendt førtidspension bl.a. på grund af skaderne.

På denne baggrund finder jeg, at der er tilstrækkeligt grundlag for at fastslå, at nerveskaderne er mere omfattende, end hvad [redacted] med rimelighed måtte tåle i forbindelse med tilbagelægningen af tarmen ved operationen i september 2001.

Jeg stemmer derfor for at tage [redacted] påstand til følge.

Afgørelsen træffes efter stemmeflertallet.

Thi kendes for ret:

Landsrettens dom stadfæstes.

I sagsomkostninger for Højesteret skal [redacted] betale 30.000 kr. til Patient-skadeankenævnet.

De idømte sagsomkostningsbeløb skal betales inden 14 dage efter denne højesteretsdoms afsigelse og forrentes efter rentelovens § 8 a.

- 7 -

--00000--

Udskriftens rigtighed bekræftes.

Højesteret, den 4. marts 2009

[Handwritten signature]

[Redacted signature] n

kontorfuldmægtig