

UDSKRIFT
AF
ØSTRE LANDSRETS DOMBOG

D O M

Afsagt den 12. januar 2009 af Østre Landsrets 10. afdeling (landsdommerne Blinkenberg, Teilmann og Jon Fridrik Kjølbro).

10. afd. nr. B-3110-03:

F

(advokat Sysette Vinding Kruse, besk.)

mod

Patientskadeankenævnet

(Kammeradvokaten v/advokat Kristine Schmidt Usterud)

Påstande

Under denne sag, der er anlagt den 24. oktober 2003, har sagsøgeren, E nedlagt påstand om, at den af Patientskadenævnet den 6. maj 2003 truffne afgørelse om stationærtidspunktet tilsidesættes, og at sagsøgerens stationærtidspunkt fastsættes til et senere tidspunkt end den 5. december 2001.

Sagsøgte, Patientskadeankenævnet, har påstået frifindelse.

Sagsfremstilling

Sagen drejer sig om fastsættelse af stationærtidspunktet for en af Patientskadeankenævnet anerkendt patientskade, som E blev påført i forbindelse med behandling på et hospital.

Den 22. april 2002 anerkendte Patientforsikringen, at E var berettiget til erstatning. Den 9. oktober 2002 traf Patientforsikringen afgørelse om erstatningens størrelse. Af afgørelsen fremgår blandt andet:

"Stationærtidspunkt

På grundlag af de lægelige oplysninger i sagen har Patientforsikringen vurderet, at Deres tilstand var stationær den 5. december 2001.

Ved stationærtidspunktet forstås det tidspunkt, hvor det efter en lægelig vurdering er blevet bedømt, at Deres helbredstilstand ikke blev væsentlig bedre.

Stationærtidspunktet anvendes i erstatningsretten som en skæringsdato mellem skadens midlertidige og varige følger.

Patientforsikringen har ved fastsættelsen af stationærtidspunktet lagt vægt på, at det fremgår af journalnotat fra den 5. december 2001, at De nu havde god appetit og spiste rigeligt. De havde ingen ventrikelretentionssymptomer og ingen tarmfunktionsforstyrrelser. De havde nu igen kort men tæt hårvækst som udtryk for, at hårtabsfasen var vendt til restitutionfasen. De havde imidlertid fortsat ikke kunnet tage på i vægt og vejede ca. 44 kg. På grundlag af efterfølgende oplysninger om Deres tilstand finder Patientforsikringen, at Deres helbredstilstand ikke er blevet væsentlig bedre efter den 5. december 2001."

Afgørelsen blev af E påklaget til Patientskadeankenævnet, der den 6. maj 2003 tiltrådte Patientforsikringens afgørelse. Af afgørelsen fremgår blandt andet:

"Ved Patientforsikringens afgørelse af 22. april 2002 ... blev Deres medlem E anset for at være påført en efter patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4, erstatningsberettigende skade i form af anastomoselækage efter gastrojejunostomi i forbindelse med hendes behandling på A Sygehus i perioden fra den 21. juni 2001 til den 29. august 2001.

Ved Patientforsikringens afgørelse af 9. oktober 2002 blev stationærtidspunktet fastsat til den 5. december 2001, og der blev tilkendt E godtgørelse for svie og smerte samt erstatning for forskellige positive udgifter, men meddelt afslag på godtgørelse for varigt mén, ligesom der ikke blev fundet grundlag for erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og erhvervsevnetab.

I et brev af 27. november 2002 har De på E's vegne påklaget Patientforsikringens afgørelse af 9. oktober 2002 til Patientskadeankenævnet.

Nævnet er efter patientforsikringsloven § 14, stk. 3, sammensat af en formand (dommer), 1 medlem udpeget af sundhedsministeren, 2 læger udpeget af Sundhedsstyrelsen, 2 medlemmer udpeget af Amdsrådsforeningen og Hovedstadens Sygehusfællesskab, 2 medlemmer udpeget af De Samvirkende Invalideorganisationer og 1 medlem udpeget af Forbrugerrådet.

...

Deres klage har herefter været behandlet på et møde i Patientskadeankenævnet den 10. april 2003, hvor nævnet traf følgende:

A F G Ø R E L S E:

Patientforsikringens afgørelse af 9. oktober 2002 tiltrædes.

...

Begrundelse for afgørelsen:

Det tiltrædes, at der er erstatningsgrundlag i patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4.

Efter patientforsikringslovens § 5, stk. 1, fastsættes erstatning og godtgørelse efter reglementet i erstatningsansvarsloven.

Stationærtidspunktet er det tidspunkt, hvor det må antages, at skadelidtes helbredstilstand selv med yderligere relevant behandling ikke vil blive forbedret.

Patientskadeankenævnet kan tiltræde, at Patientforsikringen i E's tilfælde har fastsat stationærtidspunktet til den 5. december 2001. Der er herved lagt vægt på, at det af journalen fra den 5. december 2001 fremgår, at E ikke længere har synkeproblemer af betydning, og at hun har god appetit og spiser rigeligt. Videre var hårtabsfasen på dette tidspunkt ophørt, og hun havde ingen mave- og tarmforstyrrelser.

...

Sagsfremstilling:

Den 21. juni 2001 fik E på A Sygehus foretaget en operation som følge af delvis forsnævring svarende til en i 1995 udført sammensyning mellem mavesækken og tovfingertarmen. Af journalen fra den 20. juni 2001 fremgår, at E ved indlæggelsen var kronisk medtaget. Hun var således bleg og træt og led af blodmangel. Endvidere fremgår, at E havde tabt 20 kg i løbet af de sidste 1½ år.

Ved operationen blev der ført en tyndtarmsslynge op til mavesækken (gastrojejunostomi), og der blev lavet en anastomose mellem til- og fraforende tyndtarmsben (enterostomia ad modum Braun). Efter operationen opstod der anastomoselækage svarende til Braun-anastomosen, hvorfor E den 1. juli 2001 blev reopereret. En røntgenundersøgelse med kontrast den 6. juli 2001 viste normalt udløb i tyndtarmen og ingen tegn på lækage. Efterforløbet var langvarigt og kompliceret af

lungeproblemer og betændelse i sammenføjnngen mellem mave og tarm. E blev udskrevet den 29. august 2001.

Ved efterfølgende kontrol klagede E over vægttab og et betydeligt hårtab i sygeforløbet samt gener fra halsen efter åbning af luftrøret (tracheostomi). Af journalen fra den 5. december 2001 fremgår, at E havde det betydeligt bedre. Således var der ingen halsgener af betydning, og håret var nu kort og tæt.

Den 1. marts 1989 var der blevet tilkendt E mellemste førtidspension svarende til en nedsættelse af erhvervsevnen med ca. 2/3. Af pensionsakterne fremgår, at E på afgørelsestidspunktet led af epilepsi og begyndende demens. Endvidere havde E let slidgigt i fingrene, og man fandt let til moderat slidgigtsforandring i halshvirvelsøjlen. Videre havde E behandlingskrævende astma og allergi.

Med virkning fra den 1. juni 2001 blev der tilkendt E højeste førtidspension, da hendes erhvervsevne var nedsat til en ubetydelighed. Ved afgørelsen blev der lagt vægt på, at der var sket en væsentlig forværring af hendes helbreds-mæssige forhold. Således fremgår blandt andet, at E nu havde udbredt slidgigt i fingre, knæ, fødder og nakke. Endvidere fremgår, at hun havde besvær med at holde på ting, og at hun havde nedsat kraft i hænderne."

Af den i afgørelsen omtalte journal fra A Sygehus fremgår blandt andet:

"...

10.10.2001

ORGANKIRURGISK AMB.:

Pt. Møder sammen med vir til første kliniske kontrol efter udskrivelsen efter det langvarige sygehusophold i sommer. Pt. har sidst haft kontakt med vores afd. 29.08.01.

Siden udskrivelsen har pt. stort set været velbefindende, og mave-tarmfunktionen er helt upåfaldende. Der er ikke madlede, kvalme eller opkastninger. Pt. har indtryk af normal funktion af gastroenterostomien, og der er ikke anamnestisk mistanke om steatorrhoea eller hgnende, men hovedproblemet er, at det for pt. har været helt umuligt at tage på i vægt. Hun vejer lige omkring 44 kg, og det er 7-8 kg mindre end pt.s habitualvægt.

Der har været et betydeligt hårtab, men ikke hårfarvetab i sygdomsforløbet, men hårudvæksten er så småt begyndt.

Hovedproblemerne på det seneste har været gigtsymptomer og lungeproblemer, men her har medicinsk afdeling iværksat undersøgelsesprocedure, som har inkluderet en bronkoskopi, udført i Vejle for knap en uge siden.

Jeg lover pt. at etablere kontakt til klinisk diætist, og efter pt. er gået aftales med J. , at pt. bliver indkaldt til klinisk diætist til diætgenngang og rådgivning meget snart. Pt. tilbydes ny klinisk kontrol ved undertegnede om ca. 2 måneder.

...

05.12.2001

ORGANKIR. AMB.:

Pt. møder glad og frisk, idet hun frejdigt fortæller om, at det nu går bedre med energien, men hun har ikke kunnet tage så meget som 100 gram på i vægt siden sidst, idet sidste vægt var 43,7 kg (vægten blev angivet til 44 kg den 10.10.01).

Pt. har haft 2 kons. hos klinisk diætist og skal have næste 29.12.

Der er ikke betydende synkeproblemer. Pt. har god appetit og spiser rigeligt. Hun har ingen ventrikelretentionssymptomer og ingen tarmfunktionsforstyrrelser, idet der er regelmæssig normal afføring hver dag.

Pt. er for så vidt meget tilfreds med resultatet efter ventrikel-/tarmoperationen. Hun føler også, at de postoperative komplikationer efterhånden er ved at være overstået.

Der er f.eks. nu kort, men tæt hårvækst, som udtryk for at hårtabsfasen nu er vendt til restitutionen. Ledproblemerne er beskrevet ved overlæge J. , se notat i med. afd.'s journal 31.10.01. Pt. klarer sig med de givne råd derfra, og har afslået evt. operationsafhjælpning af ledproblemerne. Der er heller ikke større analgetikbehov.

Det er lidt ejendommeligt, at pt. endnu ikke har kunnet tage på i vægt. Jeg tilbyder, at ville forelægge journalen for med. overlæge (

). Hvis man derfra mener at have tilbud til pt. vil hun godt indkaldes til en kons. i med. amb., men ellers tilbydes pt. næste kliniske kons. om 2 mdr. ved undertegnede.

I mellemtiden lover jeg at udfylde papirerne til patientforsikringen, som evt. kan suppleres med en tfl. kons. til pt.'s nr. J. , overlæge

...

...

11.02.2002.

ORGANKIRURGISK AMB.:

Pt. møder til en klinisk kontrol som aftalt.

Siden sidst har pt. været indlagt 4 dage på dermatologisk afd., B. hospital.

(Der foreligger en epikrise dateret 24.01.01, hvor det fremgår, at man ikke har kunnet underbygge diagnosen vasculitis, og hvor det nævnes, at pt. afsluttes til opfølgning ved med. afd., A sygehus).

Det er uklart, hvorfor pt. ikke har været hos vore medicinske kollegaer siden sidste kons. ved undertegnede 05.12.01.

Siden sidst:

Pt. har ledsymptomer og langesymptomer.

Hun angiver at spise godt og har ingen mekaniske funktionsforstyrrelser vedr. funktionen af oesophagus, ventrikel, gastroenteroanastomosen eller tarmfunktionerne, men der er stadig vægttab fra ca. 44 kg den 05.12.01 til nu 39,5 kg.

Pt. medbringer en seddel, hvor hun plæderer for hjælp nu. Jfr. LABKA foreligger der blodprøver fra såvel 10.01.02, som 06.02.02. Alle de mange blodprøver er normale.

Pt. angiver, at hun blev sat i Prednisonbehandling ved egen læge før indlæggelsen på dermatologisk afd. Hun får nu 15 dg Prednison dgl.

OBJEKTIVT:

Det er tydeligt, at pt. er i dårligere AT nu end for to måneder siden. Hun er meget appellerende om indlæggelse, og i så fald skal det være i medicinsk afdeling, da de kirurgiske problemer som anført er afklaret på tilfredsstillende vis efter pt.'s vurdering.

Jeg lover pt. at anmode medicinsk atd. om at planlægge en indlæggelse til observation nogle dage. I første omgang afsluttes pt. fra organkir. amb."

Af en speciallægeerkiæring af 10. juli 2002 fra overlæge A , der er udarbejdet til brug for Patientforsikringens behandling af sagen, fremgår blandt andet:

"Speciallægeundersøgelse af E

Efter anmodning har jeg den 9. juli 2002 undersøgt ovennævnte med henblik på de tre konkrete spørgsmål:

1. Nuværende tilstand?
2. Relationen mellem den komplicerende anastomoselækage efter ventrikeloperation den 21. juni 2001 og den nuværende tilstand?
3. Er tilstanden medicinsk stationær.

Ad 1: Det væsentligste problem er den lave kropsvægt som pt. trods angiveligt god appetit og normalt fødeindtag, ikke har kunnet bringe op over 42-44 kg. Hun har ingen egentlig ventrikeldyspepsi i form af måltidsrelaterede smerter, kvalme eller opkastning og ingen dumping-gener, men 1-2 timer efter måhideme kommer der regelmæssigt diarré, ledsaget af mere diffuse mavekneb.

Der er fortsat moderat anæmi, senest hæmoglobin 6,7. Pt. føler sig udtrættet efter mindste anstrengelse, og kan ikke klare almindelig husførelse (støvsugning, gulv-vask). Det medfører uoverkommeligheds-følelse og nedtrykthed, af pt. beskrevet som reel depression.

Hun har siden barndommen haft astma, og har gennem nogle år haft gigtsmerter, med deformation af de små fingerled, angiveligt forværret efter operationsforløbet sommeren 2001. Får aktuelt prednison 5 mg dgl. for lungeproblemerne.

Objektivt virker pt. kronisk medtaget, bleg, mager, lidt sammenfalden (Osteoporose?) Vægt 44,2 kg (med let påklædning). Hårvæksten normaliseret.

Respirationen upåfaldende, men finderleddene deformerede med let ulnar diviation, jf ovenfor.

Abdomen: Blødt, fladt, uømt med sufficente cicatricer efter Kehr-incision, forlænget nedadtil som midtliniesnit. Ingen hypertrofi eller kelioldannelse, men lidt indtrækning i forhold til omgivende sparsomt subcutis.

Extremiteter: Ingen deklive ødemer.

Ad 2: Ved indlæggelsen til operation på A Sygehus den 20. juni 2001 er pt. beskrevet som kronisk medtaget, bleg, træt og anæmisk med vægttab på ca. 20 kg i løbet af de seneste 1½ år. Der foreligger ingen oplysning om vægten ved indlæggelsen, men på anæsthesiskema fra reoperation på C Sygehus den 10. juli 2001 er angivet 67,5 kg. Pt. har medbragt billeder af sig selv, dels fra 1998, hvor hun nærmest fremtræder overvægtig, dels fra juni 2001, lige før operationen på A Sygehus - hvor hun nok har tabt sig noget, men må betegnes som normalvægtig. hns

Under det komplicerede forløb efter konvertering til Billroth-II anastomose faldt vægten til 42-44 kg, og det har ikke siden været muligt at bringe den højere op. Pt. er nærmest ukendelig i forhold til de præoperative billeder, og almentilstanden er som anført ovenfor tilsvarende dårlig. Der er givetvis tale om malabsorption, selv om der ikke beskrives fedtdiarré, hvorimod der ikke er holdepunkt for ventrikeltømningsproblemer eller "lille ventrikel-syndrom".

Det svært komplicerede og langvarige forløb efter den ganske lille lækage fra Braun-anastomosen kan jo nok have haft betydning for almentilstanden i de følgende måneder, men alt andet lige måtte pt. forventes at være fuldt restitueret nu, efter 1 års forløb. Det er hun imidlertid slet ikke, specielt er vægten uændret, og jeg synes der savnes en medicinsk-gastroenterologisk undredning af graden af malabsorption, samt en røntgenundersøgelse af tyndtarmen til vurdering af, om der kunne foreligge en korttarmssyndrom. (Kan Braun-anastomosen være anlagt længere analt end tilsigtet? Er der under det komplicerede forløb opstået en intern fistel – evt. enterocolisk?).

Gigten og den steroidbehandlede lungelidelse indgår også i det aktuelle sygdomsbillede, mens det efter min opfattelse er mere end tvivlsomt om er nogen direkte sammenhæng med den postoperative anastomoselækage.

Ad 3) Hvis ikke tyndtarmsundersøgelse og malabsorptionsudredning giver grundlag for nye terapeutiske tiltag må tilstanden anses for medicinsk stationær."

Fra oktober 2002 var E. i behandling hos overlæge B på
D Sygehus. Af journalen fremgår blandt andet:

"22.10.2002

...

KONKLUSION

Pt. er helt klart malabsorptionspræget, lav albumin, forhøjet alkalisk fosfatase, lav calcium 2,13 og forhøjet PTH 21. Jeg ved ikke præcis hvad hun fejler, om det blot skyldes ventrikulretentionen, men cøliaki må afgjort udelukkes, e.l. har også nævnt diagnosen Whipple, det ser vi i biopsierne fra tyndtarmen.

...

17.02.2003 ...

GASTROENTEROLOGISK AMB.

Pt. møder op i dag i en sørgelig forfatning. Calcium ion. kun 1,18, hgb. 5,0. Alkalisk fosfatase 900. Kort sagt massiv malabsorptionssyndrom med svært vægttab og hypokalciæmi. Hun har ondt over det hele fordi hun "spiser sine egne knogler".

Vi er nød til at indlægge hende og lå gjort noget effektivt ved det. ...

18.02.2003

51-årig kvinde indlægges til nærmere udredning af massive malabsorptions-symptomer.

...

18.11.03 ...

Lægenotat

Endelig er kalk nu kommet op på 2,2. Hun har det faktisk også rigtig godt i øjeblikket.

Der aftales følgende kalkstrategi: ..."

Den 24. oktober 2003 indbragte E
landsretten.

Patientskadeankenævnets afgørelse for

Til brug for retssagen indhentede E 's
fra overlæge B

advokat en udtalelse af 25. april 2004

, hvoraf blandt andet fremgår:

"E 's , advokat har bedt om en udtalelse fra undertegnede omkring pt.'s situation de seneste år og om hvorvidt der er sket forbedring af hendes almentilstand.

Jeg kender E siden 22.10.2002. Blev henvist til mig med en vægt på omkring 43 kg. Har gennemgået et langt forløb med tarmresektion, Billroth II anastomose og gastrojejunostomi. Der har efterfølgende været en lang række komplikationer. Det konstateres, at der er massiv steatore med et fedttab på 52 g i døgnet, altså 7 gange øvre normalgrænse. Det tyder på en pankreatogen steatore pga. dårlig sammenblanding af bugspyttet efter operationerne samt tarmresektion. Er sat i behandling med Pankreom forte og har faktisk taget 10 kg på siden dag.

Har desuden haft vanskeligheder ved at styre kalkværdierne, har det fortsat. Det har været nødvendigt, at give D-vitamin som injektion og pt. kører med et fast regime i øjeblikket med 2 ml calciferol intramuskulært hver uge. På denne samlede behandling er det efterhånden lykket at bringe hendes vægt op på 52,5 kg den 22.3.04 og sikre, at kalkværdierne kun er marginalt nedsat med en calcium-ion, der sidst er målt til 1,13, hvor normalen er over 1,17. Efterhånden er hendes hæmoglobinværdier også hævet til normale eller let nedsatte værdier, mellem 6 og 8.

Konklusion

Alt i alt vurderes det, at den nuværende hormon- og vitaminsubstitution samt Pankreconbehandling har bedret situationen betydeligt i den periode jeg har kendt patienten fra oktober 2002 og til nu."

Til brug for retssagen blev Arbejdsskadestyrelsen endvidere anmodet om en udtalelse. Til brug for denne udtalelse blev der indhentet en speciallægeerklæring af 13. marts 2006 fra afdelingslæge J , hvoraf blandt andet fremgår:

"...

Forløb nr. 2

23.03.01 pt. henvist til overlæge M , kirurgisk afdeling C Sygehus

Af henvisningen fremgår, at pt. nu atter har henvendt sig på grund af forsnævring af sammensyning imellem mavesæk og tolvfingertarm.

Der anføres, at pt. har haft et vægttab fra 60 kg til 47-48 kg.

Der er den 23.03.01 foretaget seneste ballonudvidelse, hvorefter sammensyningen var passabel for kikkert.

Pt. bedes vurderet ved overlæge R. med henblik på operation.

26.04.01 ses pt. på C Sygehus Gastroskoperes i generel anæstesi, hvor der findes en snæver, deformeret sammensyning, som præcis kan passeres med skopet. Der foretages ny udvidelse af sammensyningen.

Pt. anbefales omdannelse af Billroth I sammensyningen til en Billroth II sammensyning med etablering af en sammensyning imellem mavesæk og tyndtarm.

Pt. anmoder om at indgrebet skulle kunne gennemføres på C Sygehus , men man ønsker at operere pt. på A Sygehus

Der gennemfører man den 21.06.01 operationen med omlægning af B1 anastomosen til en BII anastomose med en Braun enteroanastomose.

Der opstår anastomoselækage, som forsøges opereret, men uden held, således at pt. 06.07.01 overflyttes til kirurgisk afdeling C Sygehus , til videre behandling heraf

Re-opereres i 2 omgange, på grund af lækagen, med primært drænage af abscesser og medicinsk infektionsbehandling.

Efter et langvarigt intensiv forløb stabiliseres pt. ultimo juli 2001.

Har under intensiv forløbet epileptiske trækninger og tilses af neurolog, som foreslår eeg-udredning.

Overflyttes 31.07.01 til intensiv afdeling A Sygehus med henblik på færdigbehandling der. Udskrives den 29.08.01. Efterfølgende set til kontroller 10.01.01 [10.10.01] og 05.12.01.

Som anført i erstatningssagen er forløbet 05.12.01 optimistisk beskrevet, men det er dog pointeret, at pt's vægt ikke er gået op. Pt. har haft et hårtab, som synes at være stagneret.

Efterfølgende beskrives det i det ambulante notat fra 11.02.02 at pt. på ny møder til klinisk kontrol. Det pointeres, at pt. er i en tydeligt dårlige almentilstand end 2 måneder tidligere, har haft et yderligere vægttab fra 44 til 39,5 kg.

Spiser godt, men på trods heraf ingen vægtopgang. Prednisonbehandles i samråd imellem egen læge og dermatologisk afdeling. Man mistænkte, at pt. kunne have vaskulitis.

...

Efterfølgende medicinsk udredning:

Pt. modtages den 22.10.02 ved D Sygehus af B , hvor der foretages udredning for malabsorption.

Hun har fortsat en lav vægt på 42 kg. Der foretages gastroskopi, som viser moderat retention af føderester i toppen af mavesækken, men skopet kan føres glat igennem sammensyningerne. Der er taget vævsprøver m.h.p. om pt. skulle have cøliaki.

Der findes ikke forandringer tydende på cøliaki, derimod findes i blodprøver tegn til kalkmangel og vitaminmangel. Har ekstremt lav vitamin D-niveau på mindre end 10 nmol/l. Har forhøjet basisk fosfatase, har anæmi med blodprocent på 5.

Der findes svært forøget afføringsudskillelse af fedt.

På den baggrund iværksættes der pancreonbehandling med prompte effekt på pt's massive steatoré og diaré (pancreon: bugspytkirtelenzym).

Ny røntgenundersøgelse af tyndtarm viser retention, men må formentlig anses for at være et motilitetsproblem.

Da pt. tilsyneladende ikke optager tilstrækkeligt jern er det besluttet at give pt. i.v. jernbehandling. Herefter normalisering af blodprocenten.

Pt. har nu været fortsat fulgt ved overlæge B , medicinsk afdeling, D Sygehus på grund af den svære malabsorption, som har krævet, at pt. medicineres med intramuskulær vitamin D, intravenøs jern, samt dagligt tilskud af bugspytkirtelenzym i form af pancreon.

Pt's biokemiske forhold og vægtmæssige forhold synes på den foreliggende behandling at være stabiliseret i løbet af 2004, uden at en specifik dato kan angives.

Går nu fortsat til regelmæssige kontroller ved D Sygehus.

...

Konklusion:

Pt. som oppebærer mellemste førtidspension på baggrund af nedsat arbejdsfunktion, som følge af epilepsi, slidgigt og astma/bronkitis. Pensionen tildelt 1989.

Efterfølgende svær ulcusproblemstilling med debut 1994, operation 1995.

Komplicerende anastomoselækage med reoperation x 3.

Opnår ikke tilfredsstillende operationsresultat og må ballonudvides ved gentagne kikkertundersøgelse i slutningen af 1990'erne.

2001 kompliceret omlægning af Billroth I til Billroth II anastomose med Braun anastomose. Særlig svært sygdomsforløb med langt intensivt forløb.

Efterfølgende efterladt med svære medicinske sequelae i form af svær malabsorption, som omfatter både bugspytkirtelenzymer, kalk og vitamin-D balance, samt jernbalance.

Pt. er efterladt med følgende sequelae;

- Funktionel bugspytkirtel insufficiens. Det skal pointeres at bugspytkirtelens funktion ikke er undersøgt, hvilket formentlig også er vanskeligt, på baggrund af de etablerede anastomoser. Under alle omstændigheder er der behov for bugspytkirtelenzymbehandling.
- Der er behov for vitamin D supplement, hvilket kan skyldes problemer med fedtoptagelsen. Får betydeligt supplement af både Unikalk m. D-vitamin, udover D-vitamin injektioner.

- Der er nedsat jernoptagelse, pt. har været forsøgt behandlet med alene jerntabletter, hvilket ikke har været tilstrækkeligt, hvorfor pt. nu regelmæssigt får jerninfusioner.
- Pt's svære malabsorptionstilstand, som persisterede i lang tid efter 2. operation er et tilført sequelae, som pt. ikke havde inden nedlægning af sin Billroth I til Billroth II juni 2001.
- Pt. har naturligvis haft et vægttab op til operationen 2001 på grund af stenosesymptomerne, men hun havde ikke tegn til malabsorption.
- Malabsorptionssequelae må således betragtes som værende forårsaget af ovennævnte operation 2001, uden at man dog har nogen god forklaring.
- Der kan være tale om blind-loop-syndrom, med samtidig bakteriel overvækst i tyndtarmen. Dette er ikke undersøgt.

Af en udtalelse af 17. oktober 2006 fra Arbejdsskadestyrelsen fremgår blandt andet:

”

Vurdering

Merménen er vurderet til 25 procent, jf. erstatningsansvarsloven § 4.

Stationærtidspunktet er vurderet til den 05.12.2001, jf. erstatningsansvarslovens § 2 og 3.

Vi er blevet bedt om en udtalelse om méngraden og stationærtidspunkt efter patientskade efter erstatningsansvarslovens § 10.

Styrelsens speciallægekonsulenter i mavetarmkirurgi og intern medicin samt vores koordinerende overlæge har medvirket til at vurdere méngraden og stationærtidspunktet.

...

”

Begrundelse for stationærtidspunkt

Vi har lagt vægt på sagens lægelige oplysninger, herunder kopi af akter fra
A Sygehus, speciallægeerklæring af 13.3.2006 ved afdelingslæge J
og fra C Sygehus

Stationærtidspunktet er fastsat til 5.12.2001, hvorefter der ikke sker en væsentlig forbedring af helbredstilstanden.

Det fremgår af journalnotat fra A Sygehus af 5.12.2001, at l: havde god appetit og spiste rigeligt, ingen mavesæksgener med ophobning af mad og ingen tarmfunktionsforstyrrelse og hårtabet var stoppet.

Stationærtidspunktet er det tidspunkt, hvor der efter relevant lægelig behandling efter hændelsen ikke kan forventes yderligere væsentlig varig bedring.”

På baggrund af speciallægeerklæringen og Arbejdsskadestyrelsens udtalelse blev sagen genoptaget af Patientskadeankenævnet, der den 26. januar 2007 ændrede afgørelsen for så vidt angår varigt mén, men fastholdt afgørelsen for så vidt angår stationærtidspunktet. Af afgørelsen fremgår blandt andet:

“ ...

På baggrund af speciallægeerklæringen af 13. marts 2006 og Arbejdsskadestyrelsens udtalelse af 17. oktober 2006 har Patientskadeankenævnet ved formandsafgørelse af 22. december 2006 genoptaget behandlingen af sagen.

Sagen har herefter været behandlet på et møde i Patientskadeankenævnet den 11. januar 2007.

Patientskadeankenævnet er sammensat af en formand (dommer), 2 sagkyndige medlemmer udpeget af Sundhedsstyrelsen, 1 medlem udpeget af regionsrådene i forening, 1 medlem udpeget af Advokatrådet, 1 medlem udpeget af Forbrugerrådet og 1 medlem udpeget af De samvirkende Invalideorganisationer, jf. § 34, stk. 4, i lov nr. 547 af 24. juni 2005 om klage og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Der blev truffet følgende

A F G Ø R E L S E:

Patientforsikringens afgørelse af 22. april 2002 ændres således, at E¹ § 5 : varige mén som følge af patientskaden fastsættes til 25 procent svarende til en godtgørelse på 86.000 kr. med tillæg af renter fra den 21. juni 2001.

...

Begrundelse for afgørelsen:

Efter patientforsikringslovens 5, stk. 1, fastsættes erstatning og godtgørelse efter reglerne i erstatningsansvarsloven. Da patientskaden er indtrådt før den 1. juli 2002, finder erstatningsansvarsloven anvendelse i den dagældende affattelse.

Stationærtidspunktet for en skadelidtes helbredstilstand er det tidspunkt, hvor det må antages, at den skadelidtes helbredstilstand ikke selv med yderligere relevant behandling vil blive forbedret.

Patientskadeankenævnet skal fastholde, at E¹ § 5 helbredstilstand i forhold til patientskade var stationær den 5. december 2001.

Patientskadeankenævnet har herved lagt vægt på speciallægeerklæring af 13. marts 2006, hvoraf fremgår, at der ikke er sket en varig bedring i E's tilstand efter den 5. december 2001.

Det fremgår således, at E vedblivende vil skulle indtage D-vitaminer, kalk, jern og bugspytkirtelenzym som følge af den insufficiante bugspytkirtel og malabsorptionen. Nævnet har videre lagt vægt på journalnotat af 5. december 2001, hvoraf fremgik, at E ikke længere havde synkeproblemer af betydning, og at hun havde god appetit og spiste rigeligt. Endvidere var hårtab og tarmfunktionsforstyrrelsen ophørt.

Om den beløbsmæssige opgørelse af E's krav på godtgørelse for varigt mén bemærkes følgende:

Godtgørelse for varigt mén fastsættes efter erstatningsansvarslovens § 4 under hensyn til skades medicinske art og omfang og de forvoldte ulemper i skadelidtes personlige livsførelse, idet méngraden fastsættes efter forholdene på det tidspunkt, hvor skadelidtes helbredstilstand bliver stationær.

Patientskadeankenævnet finder, at E som følge af patientskaden er påført et varigt mén på 25 procent."

Forklaringer

Der er for landsrettens afgivet forklaring af E, overlæge B og læge H.

E har forklaret blandt andet, at hun blev udskrevet den 1. september 2001 til hjemmet. Hun fik en rollator. Hun kunne hverken gå eller stå. Hun fik ikke anvist en særlig diæt. Hun var til kontrol den 10. oktober 2001. Lægen vurderede, at det gik bedre, men hun havde det ikke bedre. Hun blev ved med at tabe sig i vægt. Hun havde diaré og smerter. Hun blev vejledt om, hvad hun skulle spise. Hun var til kontrol igen den 5. december 2001. Beskrivelsen i journalen er udtryk for lægens subjektive vurdering. Samtalen med lægen varede ca. 10 minutter. Hun havde det ikke godt på det tidspunkt. Hun kunne gå selv. Tidligere var hun kommet i kørestol. Det passer ikke, at der var regelmæssig afføring. Hun havde problemer med hårtab. Hun var til kontrol den 11. februar 2002. Hun sagde til lægen, at han var nødt til at gøre noget. Hun kunne ikke tåle at tabe sig yderligere. Hun ønskede at tage på i vægt. Hun havde ingen kræfter. Hun kunne ikke lave så meget, som hun gerne ville. Hun oplevede, at hun havde fået det værre siden december 2001. Hun fik ikke lejlighed til at fortælle, at hun havde fået det værre. Hun fortsatte med at tabe sig i foråret 2002, og vægten kom ned på 37-38 kg. Hun havde diaré og kastede op. Hun kon-

taktede sin egen læge, der henviste hende til D Sygehus, hvor hun kom i behandling hos overlæge B. Hun gik til behandling på D Sygehus én gang om ugen i ca. halvandet år. Behandlingen hjalp, og problemerne med diaré og opkast ophørte. Nu går hun til ambulante behandlinger på D Sygehus ca. hver 3. uge. I april 2004 var hendes tilstand stabiliseret, og hun havde overvundet vægttabet. I dag vejer hun 44 kg.

B har forklaret blandt andet, at han er overlæge på D Sygehus, der modtog en henvisning fra en praktiserende læge med henblik på udredning af E's

dårlige tilstand. En Billroth II operation giver normalt vægttab på grund af dårlig fordøjelse og større udskillelse af fedt, men E's vægttab var større end normalt. Hun havde kalkstofskifteproblemer og var "begyndt at spise af knogleme". Det var gået nogenlunde lige efter operationen. Det må forventes, at patienten får dårligere hugspyt efter en operation, men i E's tilfælde var det mere end normalt. Hun fik større doser D-vitamin. Hun blev behandlet med ugentlige indsprøjtninger af vitaminer m.v. Efterfølgende gik man over til månedlige indsprøjtninger, som E skal fortsætte med resten af sit liv. I 2005 var E's vægt oppe på 56,6 kg. Efterfølgende er vægten gået ned igen. Fra oktober 2002 til april 2004 fik E det bedre, navnlig med hensyn til vægten. E's udgangspunkt har haft betydning for vægttabet, der også skal ses i lyset af, at hun har en konkurrerende lungelidelse.

H har forklaret blandt andet, at han er praktiserende læge. Han har haft E som patient siden 1993. Han var bekendt med, at hun fik foretaget en Billroth II operation i juni 2001. Efter hun var blevet udskrevet fra hospitalet, kontaktede hun ham flere gange, fordi hun havde problemer med vægten. Hun kunne ikke tage på og tabte sig. På et tidspunkt var vægten nede på ca. 42 kg. I 1995 havde hun vejet ca. 64 kg. Den 15. marts 2002 var vægten nede på 43-44 kg med tøj på. Det er ikke unormalt, at en patient taber sig i vægt, efter at have fået foretaget en Billroth II operation, men E's

wægttab var stort. Det var et alarmsymptom. Hun burde ikke tabe sig så meget. Han var bekymret og begyndte at undersøge mulige årsager. Han kunne konstatere, at hun havde problemer med at optage fedt, vitaminer og mineraler. Han havde grund til at mistænke, at hun havde problemer med malabsorption, og han henviste hende til D Sygehus, der i december 2001 overtog behandlingen af hende. Hendes vægttab var det dominerende problem, men hun havde også andre problemer, blandt andet med gigt og astma. Efterfølgende tog han sig af de andre sygdomme, hun led af, mens D Sygehus behand-

lede hendes vægt- og maveproblemer. Behandlingen på D Sygehus begyndte at virke efter nogen tid, vistnok efter ca. 1 år, og i løbet af 2002 begyndte hun at tage på i vægt.

Procedure

Sagsøgeren har til støtte for påstanden gjort gældende, at der er tilvejebragt det fornødne sikre grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets vurdering, selv om den støttes af Arbejdsskadestyrelsens udtalelse. Sagsøgerens sygdomsforløb har været overordentligt kompliceret, og sagsøgerens tilstand blev klart forværret efter den 5. december 2001. Efter forklaringerne fik sagsøgeren det bedre i begyndelsen, men efterfølgende fik hun det igen værre. Efter de afgivne forklaringer har sagsøgeren haft et unormalt stort vægttab, der ikke alene kan forklares med operationen, og vægttabet fortsatte efter den 5. december 2001. Det var først i forbindelse med de efterfølgende behandlinger i 2002-2004, at tilstanden blev stabiliseret, og det tog lang tid at få stabiliseret tilstanden. Stationærtidspunktet bør derfor tidligst fastsættes til den 1. maj 2004.

Sagsøgte har til støtte for påstanden gjort gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets afgørelser af 6. maj 2003 og 26. januar 2007. Patientskadeankenævnet har ved begge afgørelser med rette vurderet, at E'S helbredstilstand efter erstatningsbegivenheden den 21. juni 2001 var stationær den 5. december 2001. Det støttes af de i sagen fremlagte lægelige akter, blandt andet journal fra A Sygehus og af Arbejdsskadestyrelsens udtalelse af 17. oktober 2006, hvor Arbejdsskadestyrelsen i overensstemmelse med Patientskadeankenævnet vurderer stationærtidspunktet til den 5. december 2001. At E efterfølgende fik det værre og angiveligt senere har fået det bedre igen, ændrer ikke herved, idet det bemærkes, at Arbejdsskadestyrelsen har været i besiddelse af det efterfølgende lægelige materiale, som E påberåber sig til støtte for sin påstand. E har således ikke tilvejebragt et grundlag for landsretten til at tilsidesætte Patientskadeankenævnets afgørelse om fastsættelse af stationærtidspunktet til den 5. december 2001. E har heller ikke i øvrigt godtgjort, at Patientskadeankenævnets afgørelse skulle være behæftet med fejl eller mangler, der kunne begrunde en tilsidesættelse af Patientskadeankenævnets afgørelse.

Landsrettens begrundelse og resultat

Ved afgørelse af 22. april 2002 anerkendte Patientforsikringen, at E blev påført en skade i form af anastomoselækage efter gastrojejunostomi i forbindelse med hendes behandling på A Sygehus i perioden fra 21. juni 2001 til den 29. august 2001, og at skaden er omfattet af den dagældende patientforsikringslov § 2, stk. 1, nr. 4.

Det følger af den dagældende patientforsikringslovs § 5, at erstatning og godtgørelse fastsættes efter reglerne i lov om erstatningsansvar.

Efter § 3, stk. 1, i den dagældende lov om erstatningsansvar har skadelidte krav på godtgørelse for svie og smerte fra skadens indtræden, indtil skadelidtes helbredstilstand er blevet stationær.

Der er mellem parterne uenighed om, hvornår E's helbredstilstand var stationær.

Stationærtidspunktet skal vurderes i forhold til den anerkendte skade i form af lækage efter operationen.

Den 6. maj 2003 tihørte Patientskadeankenævnet, der var bistået af sagkyndige medlemmer, på baggrund af de på det tidspunkt foreliggende lægelige oplysninger, herunder journalen fra A Sygehus og udtalelsen af 10. juli 2002 fra overlæge A, at Patientforsikringen i afgørelse af 9. oktober 2002 havde fastsat stationærtidspunktet til den 5. december 2001.

Den 26. januar 2007 fastholdt Patientskadeankenævnet denne vurdering på baggrund af de på det tidspunkt foreliggende lægelige oplysninger, herunder journalen fra D Sygehus, udtalelsen af 25. april 2004 fra overlæge B og erklæringen af 13. marts 2006 fra speciallæge J, samt en udtalelse af 17. oktober 2006 fra Arbejdsskadestyrelsen, der bistået af styrelsens speciallægekonsulenter i mave-tarmkirurgi og intern medicin samt styrelsens koordinerende overlæge ligeledes vurderede, at stationærtidspunktet var 5. december 2001.

Efter bevisførelsen for landsretten er der ikke grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets skøn, hvorefter E's helbredstilstand i forhold til den anerkendte skade var stationær den 5. december 2001.

Det forhold, at E ... efter forklaringerne, journalen fra D Sygehus og udtalelsen af 25. april 2004 fra overlæge B ... efter den 5. december 2001 fik det dårligere og fra oktober 2002 til april 2004 var i medicinsk behandling for en række komplikationer, herunder malabsorption og vægttab med en vis bedring til følge, kan ikke føre til andet resultat.

Landsretten har herved lagt vægt på journalnotaterne fra D Sygehus af 29. august 2001, 10. oktober 2001 og 5. december 2001. Landsretten har endvidere lagt vægt på, at der efter erklæringen af 13. marts 2006 ikke er sket en varig bedring af E's helbredstilstand efter den 5. december 2001, og at hun vedvarende har behov for medicinsk behandling. Endvidere har landsretten lagt vægt på, at E ... forud for operationen den 21. juni 2001 havde haft et langvarigt sygdomsforløb, herunder med betydeligt vægttab.

Landsretten frifinder derfor Patientskadeankenævnet.

Som følge af sagens udfald skal E ... betale sagsomkostninger til Patientskadeankenævnet som nedenfor bestemt. Beløbet er til dækning af udgiften til advokatbistand. Der er ved afgørelsen lagt vægt på sagens værdi og karakter. Da E ... er meddelt fri proces og har retshjælpsforsikring, skal sagsomkostningerne betales af retshjælpsforsikringen, subsidiært statskassen.

T h i k e n d e s f o r r e t :

Sagsøgte, Patientskadeankenævnet, frifindes.

I sagsomkostninger skal E ... inden 14 dage betale 35.000 kr. til sagsøgte, Patientskadeankenævnet.

Sagsomkostningerne forrentes efter rentelovens § 8a.

(Sign.)

Udskriftens rigtighed bekræftes. Østre Landsrets kontor, den 12 JAN 2008

P.j.v.
