

EMB

 MODTAGET
28 NOV. 2003

Kammeradvokaten
Vimmelskaftet 47
1161 København K

J. nr. 44-0659 RIK

UDSKRIFT

af

DOMBOGEN FOR VESTRE LANDSRET

D O M

afsagt den 27. november 2003 af Vestre Landsrets 11. afdeling
(dommerne Olav D. Larsen, Fabrin og Lone Drengsgaard (kst.))
i 1. instanssag B-2715-00

K [REDACTED]

(advokat M. Kammer Pedersen, Frederikshavn)

mod

Patientskadeankenævnet

(Kammeradvokaten ved advokat Kirstine Emborg Bünemann).

Under denne sag, der er anlagt den 29. november 2000, har
sagsøgeren, K [REDACTED] nedlagt endelig påstand
om, at sagsøgte, Patientskadeankenævnet, tilpligtes at anerkende,
at sagsøgeren som følge af en erstatningsberettiget skade i henhold
til patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1, har pådraget sig en
mængdegrad på 70 %, subsidiært mindre end 70 % men højere end 50 %.

Sagsøgte har påstået frifindelse.

Patientforsikringen traf som meddelt i en skrivelse af 9. oktober
1996 til sagsøgeren følgende afgørelse:

" ...

Den 31. januar 1996 blev De indlagt på mistanke om tarmslyng.
Rektoskopi (indvendig undersøgelse af endetarmen og den nederste
del af den slyngede del af tyktarmen: sigmoideum) foretaget den 1.
februar 1996 viste en let spastisk tarm, der var svær at

komme igennem, men ellers normale forhold. De blev derfor udskrevet den 1. februar 1996 med henblik på røntgenundersøgelse af tarmen den 13. februar 1996.

Imidlertid blev De atter indlagt den 7. februar 1996 på grund af mavesmerter med udspilet abdomen (underliv), atter på mistanke om tarmslyng. Ved undersøgelse konstaterede man, at der var colon ileus (stop i tyktarmen), hvorfor De samme dag blev akut opereret. Ved operationen fandt man en lille svulst som lukkede tarmen af, hvorfor svulsten blev fjernet sammen med en del af den tværgående del af tyktarmen samt den nedadgående del af tyktarmen (hemikolektomi). Efter tarmresektionen (fjernelsen) foretog man primær anastomose (sammensyning af tarmen).

Umiddelbart efter operationen var Deres tilstand tilfredsstillende, men den 9. februar 1996 anføres det, at der var mange smerter. Den 10. februar 1996 angives det, at der har været 3,1 liter aspirat (udsuget væske), men at der er gået luft fra tarmen. Den 11. februar 1996 angives det, at der var lidt serøs (let flydende og klar) siven fra såret, og den 12. februar 1996 angives det, at der var tynd afføring samt flatusafgang (luft).

De følgende dage var der colilugtende sekret fra såret, og om morgnen den 15. februar 1996 var De dårlig med tegn på bughindebetændelse.

De blev derfor overført til Å [REDACTED], hvor De samme dag blev opereret med fremlægning af tyktarmen til huden og blindlukning af endetarmen. Der var svær bughindebetændelse, som krævede langvarig behandling, med bl.a gentagne skiftninger og revisioner.

Den 18. marts 1996 blev De udskrevet. Ved udskrivelsen anføres det, at De havde det godt, at såret knap nok var helt rent, men at dette kunne passes hjemme, og at stomien var velfungerende.

Ifølge PFL § 2, stk. 1, nr. 1, kan erstatning ydes, hvis det må antages, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes ved undersøgelse, behandling eller lignende, hvorved skaden ville være undgået.

Denne regel betyder, at patienten er berettiget til erstatning, hvis undersøgelse eller behandling har afvejet fra, hvad der efter lægevidenskab og erfa-

ring ville have været den bedst mulige i den givne situation.

Det er endvidere en betingelse, at skaden med overvejende sandsynlighed ville være undgået. Det er derimod ikke en betingelse, at der er begået fejl af lægen eller andre i forbindelse med undersøgelsen eller behandling.

Patientforsikringen har vurderet, at den primære operation den 7. februar 1996 på F [REDACTED] blev udført i overensstemmelse med almindeligt anerkendte retningslinier. Det forhold, at der opstod anastomoselækage kan ikke tilbageføres til, at der skulle være forhold under operationen der ikke er foregået i overensstemmelse med bedst mulig lægelig standard.

Imidlertid finder Patientforsikringen, at man på et tidligere tidspunkt end den 15. februar 1996 burde have mistænkt at der var anastomoselækage. Behandlingen i form af kolostomi ville have været den samme, men såfremt man den 12. februar 1996 havde erkendt, at der var anastomoselækage og opereret Dem på dette tidspunkt, ville det efterfølgende sygeforløb med overvejende sandsynlighed ikke have været så langvarigt.

På den baggrund har Patientforsikringen fundet, at den opståede skade i form af et forlænget sygeforløb er omfattet af PFL § 2, stk. 1, nr. 1. De er således berettiget til erstatning, såfremt det samlede erstatningsbeløb overstiger den i loven fastsatte minimumsgrænse på kr. 20.000,-, jfr. PFL § 5, stk. 2.

Det er ikke på nuværende tidspunkt muligt for Patientforsikringen at tage stilling til fastsættelsen af et eventuelt varigt mén, idet Patientforsikringen ikke kan vurdere, om Deres tilstand er stationær. Det vil derfor være nødvendigt at indhente yderligere journalmateriale og en lægeerklæring primo januar 1997. Patientforsikringen skal derfor på dette tidspunkt vende tilbage til sagen. ..."

Patientforsikringen traf den 26. juni 1997 blandt andet afgørelse om, at sagsøgeren var berettiget til godtgørelse for varigt mén med en méngrad på 5 % som følge af behandlingsskaden. Det fremgår af afgørelsen om fastsættelse af méngraden:

"...

Patientforsikringen har valgt at fastsætte godtgørelse for varigt mén skønsmæssigt ud fra en vurdering af, at den forsinkede diagnose formentlig har medført et mere besværligt operativt indgreb den 15. februar 1996 og et længere sygeforløb, som i et vist omfang kan have haft indflydelse på Deres nuværende helbredstilstand.

Patientforsikringen har ved fastsættelsen af varigt mén endvidere lagt vægt på, at De har en permanent stomi og et stort bugvægsbrok, som ikke kan opereres, og som må holdes på plads af et korset (brokbind), og som har betydet tab af muskler i maveregionen. Patientforsikringen skal bemærke, at disse gener ikke relaterer sig til patientskaden, som alene bestod i en forsinket diagnose og behandling af anastomoselæsionen. De nævnte gener ville således være indtrådt, uanset om man havde diagnosticeret læsionen rettidigt.

Patientforsikringen skal samtidig understrege, at selve anastomoselæsionen og følgerne heraf ikke er anerkendt som en patientskade ved afgørelsen den 9. oktober 1996, idet anastomoselæsioner optræder for hyppigt i tilknytning til operationer for stop i tyktarmen. Samtidig fandtes de indtrådte komplikationer i form af anastomoselæsion med efterfølgende permanent stomi og bugvægsbrok ikke tilstrækkeligt alvorlige til anerkendelse efter PFL. § 2, stk. 1, nr. 4 henset til Deres alvorlige grundsygdom. ..."

Sagsøgeren indbragte Patientforsikringens afgørelse om blandt andet varigt mén for sagsøgte, der indhentede en speciallægeerklæring fra overlæge J. [redacted] Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling A, A. [redacted] og en vejledende udtalelse om méngraden efter erstatningsansvarslovens § 10 fra Arbejdsskadestyrelsen.

I speciallægeerklæringen af 1. juni 1999, der er baseret på journalmateriale fra F. [redacted] og A. [redacted] samt på en undersøgelse af sagsøgeren foretaget den 25. maj 1999, konkluderes:

"...

Patienten har efterfølgende udviklet et gigantisk bugvægsbrok, som har givet ham et betydeligt funktionstab ... og desuden en permanent kolostomi. Vi har på Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling frarådet patienten forsøg på re-etablering af tarmkontinuiteten og på reparation af det store bugvægsbrok, da indgrebet anses for overordentlig risikabelt. Det er efter min mening sandsynligt, at patienten ikke havde endt med en permanent stomi og et stort ventralhernie, hvis der var sket en rettidig diagnose og behandling af anastomoseinsufficiensen og den subkutane sårruptur. Ifølge Arbejdsskadestyrelsens méntabel berettiger et bugvægsbrok, der ikke kan opereres, en ménprocent på mindst 25. I betragtning af ovenfor beskrevne svære funktionstab pga. mangel på bugvægsmuskulatur finder jeg bugvægsbrokket i sig selv berettiger til en ménprocent på 50. Herudover finder jeg, at en permanent kolostomi giver en ménprocent på 20, alt i alt således en ménprocent på 70."

Patientforsikringen fastholdt i en skrivelse af 19. august 1999 sin afgørelse af 26. juni 1997.

Arbejdsskadestyrelsen vurderede den 22. november 1999 sagsøgerens méngrad til 50 % på baggrund af speciallægeerklæringen fra J [REDACTED] med følgende begrundelse:

"...

Det fremgår af de lægelige oplysninger, at der er tale om stor bugvægsbrok der giver smerter og bevægeindskrænkning samt seksualforstyrrelser. Skadelidte har ikke kunnet bruge et specialtilpasset brokbind, og skadelidte bruger derfor et selvkonstrueret brokbind, som kun delvist kan holde brokket på plads. Skadelidte har en permanent kolestomi på midten af tyktarmen.

Disse gener har vi samlet vurderet til 50 procent mén.

Vi har lagt vægt på, at i følge Arbejdsskadestyrelsens méntabel vurderes bugvægsbrok, der ikke kan opereres til 25 procent og kolestomi på midten af tyktarmen vurderes til 25 procent. ..."

Sagsøgte ændrede den 27. juni 2000 Patientforsikringens afgørelse om varigt mén og fastsatte dette til 20 %. I sagsøgtes afgørelse anføres det om varigt mén:

"...

Patientskadeankenævnet har lagt vægt på, at baggrunden for operationen af K [REDACTED] var, at man havde fundet en 1,5 cm bred kræftsvulst, der voksede hele vejen rundt i tarmens circumference og som lukkede tarmen af. Nævnet har videre lagt vægt på, at lækage i en anastomose ikke er sjældent forekommende, og at de komplikationer der indtræder, når der opstår anastomoselækage er omfattende og ofte resulterer i permanent stomi og bugvægsbrok. På denne baggrund er det Patientskadeankenævnets vurdering, at hovedparten af K [REDACTED] gener skyldes selve det forhold, at der opstod anastomoselækage den 12. februar 1996, og ikke den omstændighed, at behandlingen heraf først blev sat i værk den 15. februar 1996.

Med hensyn til overlæge J [REDACTED] konklusion i speciallægeerklæring af 1. juni 1999 ... samt med hensyn til Arbejdsskadestyrelsens udtalelse af 22. november 1999, ... finder Patientskadeankenævnet, at der i det nævnte sagsmateriale ikke sondres mellem hvilken del, der er forårsaget af anastomoselækagen, og hvilken del der er forårsaget af den anerkendte behandlingsskade.

Nævnet finder herefter at måtte lægge til grund, at K [REDACTED] med overvejende sandsynlighed, uanset at man havde iværksat behandling af anastomoselækagen allerede den 12. februar 1996, i dag ville have haft permanent kolostomi, samt bugvægsbrok, men nævnet kan lægge til grund, at omfanget af bugvægsbrokket og de deraf følgende gener ville have været mindre. ..."

Sagsøgeren anlagde sagen mod sagsøgte med påstand om - som præciseret i et processkrift af 28. februar 2001 - at sagsøgte tilpligtes at anerkende, at sagsøgeren som følge af en erstatningsberettiget skade i henhold til patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1, har pådraget sig en méngrad på 70 %, subsidiært en méngrad på mere end 20 %.

Retslægerådet har den 28. november 2002 og den 25. marts 2003 besvaret følgende spørgsmål således:

"Spørgsmål A.

Retslægerådet bedes oplyse, om årsagen til sagsøgers permanente kolostomi mest sandsynligt er den operation for tarmkræft, som sagsøger fik foretaget den 7. februar 1996, eller den 3 dage forsinkede diagnosticering af anastomoselækagen.

Årsagen til anlæggelse af permanent kolostomi skyldes den indtrådte komplikation med anastomoselækage efter operationen for akut tarmslyng den 07.02.96. Se spørgsmål E.

Spørgsmål B.

Retslægerådet bedes oplyse, om årsagen til sagsøgers bugvægsbrok mest sandsynligt er den operation for tarmkræft, som sagsøger fik foretaget den 7. februar 1996 eller den 3 dage forsinkede diagnosticering af anastomoselækagen.

Årsagen til sagsøgers bugvægsbrok er følgevirkninger af re-operationen den 15.02.96 for bughindebetændelse som følge af anastomoselækage, idet det efterfølgende var nødvendigt at udføre "lynslåsbehandling" d.v.s. at undgå sædvanlig sammensyning af bugvæggen for at forhindre yderligere komplikationer som følge af bughindebetændelsen. Udvikling af bugvægsbrok er hyppig efter denne type behandling, som er udført efter gældende retningslinjer.

Spørgsmål C.

Retslægerådet bedes oplyse, om den 3 dage forsinkede diagnosticering af anastomoselækagen må antages at have haft nogen betydning for det forhold, at der måtte anlægges en permanent kolostomi, og i givet fald hvilken betydning.

Ved re-operation for anastomoselækage efter tyktarmsoperation er anlæggelse af kolostomi hyppig, idet sammensyning af tarmstykkerne ikke kan foretages på grund af bughindebetændelsen.

Spørgsmål D.

Retslægerådet bedes oplyse, om den 3 dage forsinkede diagnosticering af anastomoselækagen må antages at have haft nogen betydning for udviklingen af sagsøgers bugvægsbrok, og i givet fald hvilken betydning.

Se svar på spørgsmål B.

Spørgsmål E.

Giver sagen Retslægerådet i øvrigt anledning til bemærkninger?

Det anføres i alle spørgsmål, at der er en 3-døgns forsinkelse af diagnosen af anastomoselækage, en tidsramme, som savner dokumentation. Diagnosen anastomoselækage er ofte vanskelig. Det er ikke muligt at give sikre udsagn omkring graden af nedsat risiko for permanent stomi og bugvægsbrok, såfremt re-operationen havde været udført et par dage tidligere.

Det er kritisabelt, at der ikke i perioden 07 - 15.02.1996 foreligger en objektiv bedømmelse af abdominal ømhed i journalen. De manglende oplysninger og vurderinger i journalen vanskeliggør nøje vurdering af forsinket diagnose af anastomoselækagen.

Retslægerådet finder yderligere, at patientens tilstand og røntgenundersøgelsen 30.01.96 tydede på mekanisk ileus (afspærring af tyktarmen) med et stop nær venstre colonfleksur, og at det var en fejl, at dette ikke umiddelbart medførte yderligere undersøgelse (og behandling).

Retslægerådet finder desuden, at det er kritisabelt, at der ved operationen den 07.02.96 for svær colonileus blev foretaget primær anastomose (direkte sammensyning af tarmenderne), uden at der forinden var foretaget udrensning (skylning) af den udspilede tarm, ligesom der ikke foreligger overvejelser, som berettiger primær sammensyning i stedet for anlæggelse af stomi.

Spørgsmål 1.

Retslægerådet anmodes om at oplyse, såfremt den korrekte lægelige behandling af K [redacted] [redacted] var igangsat straks symptomerne fremkom, hvorvidt:

Spørgsmål 1 a.

K [redacted] da kunne have undgået at have fået fjernet bugvægsmuskulaturen,

K [redacted] (KHP) fik ikke fjernet bugvægsmuskulaturen ved re-operationen. Diagnosen anastomoselækage (bristet tarmsammensyning) er ofte vanskelig, og der foreligger ikke journaloplysninger, som indicerer behandling (re-operation),

straks symptomerne fremkom. Se i øvrigt spørgsmål E.

Spørgsmål 1b.

K[redacted] da kunne have undgået at have fået et permanent indoperabelt brok,

Se spørgsmål 1a.

Spørgsmål 1c.

K[redacted] da kunne have undgået at få permanent stomi,

Se spørgsmål 1a.

Spørgsmål 1d.

K[redacted] da kunne have undgået at få de gener, som er beskrevet i overlæge J[redacted] speciallægeundersøgelse.

Se spørgsmål 1a.

Spørgsmål 2.

Retslægerådet bedes vurdere, hvor stor en del af K[redacted] lidelser, som skal tilskrives anastomoselækagen og hvor stor en del af K[redacted] lidelser, som skal tilskrives behandlingsskaden.

I relation hertil bedes Retslægerådet vurdere, hvilken méngrad som er påført K[redacted] som følge af behandlingsskaden.

K[redacted] gener tilskrives den indtrådte komplikation med anastomoselækage. Risikoen herfor var øget på grund af de forhold, der er nævnt i svaret på spørgsmål E. Retslægerådet vurderer ikke méngrad, men det er rådets opfattelse, at det komplicerede forløb har ført til en svær invaliditet.

...

Spørgsmål F:

Retslægerådet har i svaret på spørgsmål E udtalt, at det var kritisabelt, at der ikke i journalen for perioden 7. til 15. februar 1996 var oplysninger om abdominal ømhed. Fastholdes denne bedømmelse, hvis årsagen hertil er, at sagsøgeren ikke gav udtryk for en sådan ømhed - og skal kritikken forstås således, at der er begået fejl fra hospitalets side eller blot udøvet et fejlskøn.

Spørgsmål G:

Retslægerådet har endvidere i svaret på spørgsmål E udtalt, at det var en fejl, at der ikke blev foretaget en yderligere undersøgelse (og behandling) af sagsøgeren den 30. januar 1996.

Hvilken betydning har dette haft for udviklingen i sagsøgerens helbredstilstand.

Spørgsmål H:

Retslægerådet har yderligere i svaret på spørgsmål E udtalt, at det var kritisabelt, at der ved operationen den 7. februar 1996 blev foretaget primær anastomose, uden at der forinden var foretaget udrensning af den udspilede tarm.

Er denne kritik udtryk for, at der blev begået fejl eller foretaget fejlskøn, og hvilken betydning har dette haft for anastomoselækagens opståen og følgerne - som bedes specificeret - for udviklingen i sagsøgerens helbredstilstand?

Spørgsmål I:

Retslægerådet har endelig i svaret på spørgsmål E udtalt kritik af, at der ikke i journaltilførslen er omtalt sådanne overvejsler, som berettigede primær sammensyning i stedet for anlæggelse af stomi i forbindelse med operationen den 7. februar 1996.

Retslægerådet bedes oplyse, om det må karakteriseres som en fejl eller et fejlskøn, at der ikke blev anlagt stomi i forbindelse med operationen.

Retslægerådet bedes endvidere oplyse, om stomien i givet fald ville have været midlertidig eller permanent.

Retslægerådet bedes endelig oplyse, hvilken betydning den manglende anlæggelse af stomi i forbindelse med operationen den 7. februar 1996 har haft for udviklingen i sagsøgerens helbredstilstand.

Spørgsmål J:

Retslægerådet bedes oplyse, om det kan karakteriseres som en fejl, at der efter operationen af sagsøgeren den 7. februar 1996 opstod en anastomoselækage, om dette må antages at skyldes et fejlskøn i forbindelse med operationen, eller om dette må karakteriseres som et hændeligt uheld.

Ad spørgsmål F, G, H, I og J:

Tarmslyng på grund af afspærring af tyktarmen (mekanisk colonileus) bør diagnosticeres og behandles akut, da der blandt andet er risiko for bristning af tarmen og alvorlige eventuelt dødelige komplikationer som konsekvens af fækal forurening af bughulen med bughindebetændelse, blodforgiftning og sekundært organsvigt. Efter almindelig anerkendt praksis mistænkes tilstanden ved udspilet bug, koliksmarter og tarmstop, og diagnosen skal da understøttes af en akut røntgenundersøgelse med oversigtsbilleder af bughulen. Hvis billederne viser tegn på mekanisk colonileus skal oversigtsbilledet suppleres akut med en indhældning af kontrast gennem endetarmen. Når diagnosen således er stillet, skal tilstanden behandles ved en akut operation.

Denne anerkendte praksis med hensyn til diagnostik og behandling blev ikke fulgt i forbindelse med indlæggelsen af K. [REDACTED] 31.01.96 uanset typisk klinik og røntgenoversigtsbillede, der tydede på mekanisk colonileus med afspærring nær venstre colonfleksur. Dette anser Retslægerådet for en lægelig fejl.

Operation for venstresidig coloncancer med mekanisk ileus indebærer ofte af sikkerhedsgrunde en aflastende stomi og operativ behandling i 2 seancer, idet en fjernelse af svulsten med primær direkte sammensyning af tarmenderne uden stomi er forbundet med en risiko for manglende heling af sammensyningen og bristning blandt andet som følge af dårlig blodforsyning og diameterforskel svarende til det øvre tarmafsnit, der er udspilet og påvirket i forskellig grad. Risikoen vil blandt andet afhænge af, hvor længe afspærringen har bestået og af, hvor meget tarmindehold der er, men også af diameterforskellen mellem øvre udspilede og nedre sammenfaldne tarm, og af hvor meget det øvre tarmstykkets blodforsyning er blevet påvirket af tilstanden. Selvom princippet med en aflastende stomi og operation i flere seancer er den alment anerkendte fremgangsmåde, er det dog godtgjort i nyere litteratur, at man under gunstige forhold uden skade kan afvige herfra og efter tarmtømning (lavage) på operationsbordet vælge en operation uden aflastende stomi med direkte sammensyning af tarmenderne.

Operationsbeskrivelsen fra 07.02.96 er lemfældig, da den ikke redegør for tarmens tilstand. Da ileus-tilstanden ifølge de foreliggende røntgenbilleder havde bestået længe (fra 31.01.96), finder rådet, at det er usandsynligt, at tarmen 07.02.96 var eg-

net til primær anastomose uden aflastende stomi. Hertil kommer, at tarmen ikke blev tømt under operationen (lavage). Rådet finder, at der på grund af disse forhold var en væsentligt forøget risiko for bristning af sammensyningen (anastomoselækage), og rådet anser derfor, at valget af en operation uden aflastende stomi var en lægelig fejl.

Med en øget risiko for anastomoselækage er det i den postoperative periode væsentligt at være opmærksom på denne komplikation. Vurderingen af forløbet, og særligt vigtigt af palpationsømheden af bugen, bør derfor ske regelmæssigt og journalføres af hensyn til alle, der er involveret i behandlingen. Formålet hermed er, at en reoperation kan ske uden diagnostisk forsinkelse, så skadevirkningen ved en ruptur (se ovenfor) kan begrænses.

Rådet kan ikke ud fra sagens akter med sikkerhed vide, hvor omhyggeligt K. [redacted] er blevet observeret i denne postoperative periode og kan således ikke tage stilling til, om der her er begået lægelige fejl, men rådet har udtalt en kritik af journalføringen. Hvis ømheden af bugen ikke er blevet regelmæssigt og objektivt vurderet ved palpation, vil rådet i betragtning af den nærliggende risiko for anastomoselækage anse det for en lægelig fejl.

Med betegnelserne "aflastende stomi" og "operation i flere seancer" menes, at stomien nedtages og tarmkontinuiteten genskabes ved en selvstændig og senere operation f.eks. 3-6 måneder efter det primære indgreb. Aflastende stomier er principielt temporære, medmindre særlige forhold gør sig gældende.

Spørgsmål K:

Retslægerådet bedes oplyse, hvornår anastomoselækagen må antages at have kunnet diagnosticeres, hvis det fornødne undersøgelser var blevet foretaget.

Som anført i svaret på spørgsmål E kan Retslægerådet ikke ud fra de foreliggende sagsakter vurdere, hvor meget tidligere anastomoselækagen eventuelt kunne have været diagnosticeret.

Spørgsmål L:

Retslægerådet bedes oplyse, hvilke følger anastomoselækage sædvanligvis medfører for patienter, som har fået foretaget en operation som den, sagsøgeren fik foretaget den 7. februar 1996, under de i øvrigt givne forhold.

Spørgsmål M:

Retslægerådet bedes oplyse, hvor hyppigt anastomoselækage efter en operation som den den 7. februar 1996 foretagne nødvendiggør en permanent stomi.

Ad spørgsmål L og M:

Der kan ikke gives noget konkret svar. Generelt kan anføres, at følgerne blandt andet afhænger af, hvor hurtigt reoperation med aflastende stomi og anden relevant behandling iværksættes. Komplikationen er altid alvorlig, men ved hurtig behandling kan skadevirkningerne ofte, men ikke altid, begrænses. Ved sen behandling vil der ofte, men ikke altid, være udbredt bughindebetændelse, bugvægsinfektion, blodforgiftning og eventuelt multipelt organsvigt med risiko for invaliditet og død afhængigt af infektionens nærmere natur og af patientforhold.

Spørgsmål N:

Retslægerådet bedes oplyse, om anastomoselækagen må antages at skyldes, at der er begået fejl eller udvist forsømmelighed fra hospitalets side, om der er udvist fejlskøn, eller om den må karakteriseres som et hændeligt uheld.

Rådet finder, at risikoen for anastomoselækage var væsentligt forøget, fordi man 31.01.96 og 07.02.96 afveg fra alment anerkendt praksis. Der henvises til besvarelsen af spørgsmål F-J.

Spørgsmål O:

Retslægerådet bedes oplyse, hvilke af sagsøgerens lidelser/gener efter operationen den 7. februar 1996 der skyldes anastomoselækagen.

Der henvises til det tidligere svar på spørgsmål A og B. Rådet kan tilføje, at stomien ud fra sagsakterne er anset for permanent, fordi man har vurderet, at K [redacted] i sin nuværende tilstand ikke vil kunne tåle en fornyet operation med genskabelse af tarmkontinuiteten. ..."

Sagsøgte genoptog sagen på baggrund af Retslægerådets besvarelser, og nævnets formand traf på nævnets vegne den 27. maj 2003 afgørelse om, at sagsøgerens varige mén som følge af patientskaden fastsættes til 50 %.

I afgørelsen er om grundlaget for den nu fastsatte mængdegrad anført:

"...

Ved fastsættelsen af det varige mén er der lagt vægt på Arbejdsskadestyrelsens vejledende udtalelse af 22. november 1999, hvor det samlede varige mén er vurderet til 50 procent på grund af bugvægsbrok og kolostomi. Nævnet har endvidere lagt vægt på Retslægerådet fandt, at man ved operationen den 7. februar 1996 foretog anastomose uden forudgående udrensning af den udspilede tarm, og at der ikke forelå oplysninger om overvejelser, som berettigede til primær sammensyning (anastomose) uden samtidig anlæggelse af aflastende stomi. ..."

Sagsøgeren har forklaret, at han arbejdede på Danyard i 6-7 år efter tidligere at have arbejdet i en årrække på havet, herunder på langfart. På Danyard arbejdede han i dokken og blev senere uddannet til at håndtere miljøfarligt affald. Han var fysisk stærk og kunne uden problemer løfte 100 kg op på en lastbil. Han havde aldrig været syg af betydning.

Efter behandlingen har han fået både fysiske og psykiske problemer. Han kan på grund af stomien kun falde i søvn på højre side. Efter ca. 2 timer vågner han på grund af smerter og må dreje sig, hvilket han ikke kan gøre i søvne. Han kan ligge på venstre side maksimalt i en time, før han som følge af smerter igen må vende sig. Han kan i alt maksimalt ligge i sengen 5-6 timer som følge af smerterne, som aftager, når han har været i bevægelse i et par timer. I dagligdagen kan han ikke tage ordentligt fat mere, for så skal han til kiropraktor bagefter. Ved løft skal han passe på sin ryg og være meget omhyggelig med emnets vægt og sin løftestilling, da han ingen mavemuskler har i højre side. Han er endvidere følelsesløs hen over maven, hvor han ingen nerver har. Det er armene og skuldrene, der klarer det hele for ham, men her opstår der også ømhed. Han kan godt gå på trapper, men skal

bruge armene meget, når han skal ind i og ud af biler. Han har problemer med at komme op fra siddende eller liggende stilling. Han skal hele tiden tænke på sine bevægelser. Seksuelt må de indrette sig, så kun hans kone er aktiv. Hvis han skal til fest, skal han på grund af luftafgang passe på, hvad han spiser dagen i forvejen, da stomien ikke indeholder en lukkemekanisme. Han kan næsten kun gå i joggingtøj, fordi stomien sidder så højt. Det påvirker ham psykisk, og han kan heller ikke synge eller danse mere, hvilket han ellers tidligere var god til. Han kan ikke løbe eller i det hele taget udfolde sig ret meget fysisk, men kan dog gå ture. Hans livskvalitet er meget påvirket. Han har altid været glad for at arbejde og havde tidligere ry for at kunne arbejde i et højt tempo. Han har i forbindelse med senere undersøgelser fået oplyst, at der ikke er spor efter kræften.

Sagsøgeren har gjort gældende, at der ved fastsættelse af méngraden efter erstatningsansvarslovens § 4 skal tages hensyn til såvel skadens medicinske art og omfang som til de forvoldte ulemper i hans personlige livsførelse. De medicinske følger er permanent kolostomi og brok. Retslægerådet har angivet, at generne skyldes lækagen og har kritiseret behandlingsforløbet, som forøgede risikoen herfor. Også speciallæge J. [redacted] angiver, at sagsøgeren ikke var endt med at have en permanent stomi og brok ved en rettidig diagnose og behandling. Det er Retslægerådets opfattelse, at det komplicerede forløb har ført til en svær invaliditet, og speciallæge J. [redacted] beskriver, at sagsøgeren har udviklet et gigantisk bugvægsbrok. Sagsøgeren har beskrevet øvrige gener i form af søvnbesvær, smerter og bevægelsesindskrænkninger m.v. Speciallæge J. [redacted], der har haft journalmaterialet fra sygehuset, og som den eneste har undersøgt sagsøgeren, når frem til en samlet méngrad på 70 %. Sagsøgte har forhøjet méngraden til 50 % baseret på den vejledende udtalelse fra Arbejdsskadestyrelsen, som er udarbej-

det på baggrund af journalmaterialet. Sagsøgte har ikke taget hensyn til, at der efter Retslægerådets opfattelse er tale om en svær invaliditet. Fastsættelsen af méngraden på baggrund af normalsituationen i méntabellen er konkret ikke korrekt. Sagsøgtes afgørelse er endvidere truffet alene af nævnets formand, og der har ved afgørelsen således ikke medvirket den ekspertise, som er det normale udgangspunkt, hvilket svækker afgørelsens værdi. Speciallægeerklæringen fra J [REDACTED] [REDACTED] bør tillægges større vægt, og der er i praksis eksempler på, at en speciallægeerklæring med en méngrad, der overstiger Arbejdsskadestyrelsens, er blevet lagt til grund. En konkret vurdering fører til, at méntabellens normer skal fraviges, idet følgerne overstiger det sædvanlige.

Sagsøgte har gjort gældende, at det er sagsøgtes afgørelse af 27. maj 2003 om en méngrad på 50 %, der er til prøvelse. Denne afgørelse er truffet på baggrund af samtlige foreliggende oplysninger, herunder Retslægerådets udtalelse om, at skaden er væsentligt større end først antaget, og udtalelsen fra Arbejdsskadestyrelsen. Alle sagsøgerens gener er nu henført til patientskaden. Det skøn, som sagsøgte udøver, er domstolene tilbageholdende med at ændre, særligt hvor der, som her, foreligger en vejledende udtalelse fra Arbejdsskadestyrelsen. Arbejdsskadestyrelsen benytter lægefaglig bistand, har stor ekspertise og medvirker til at sikre en ensartet vurdering og behandling af sagerne. Sagsøgte har med den seneste afgørelse anerkendt, at samtlige gener er en følge af fejlene, og at der ikke skal ske fradrag for grundlidelsen, hvilket er i overensstemmelse med Retslægerådets vurdering. Sagsøgerens lidelser er beskrevet i J [REDACTED] speciallægeerklæring, som har dannet baggrund for Arbejdsskadestyrelsens vurdering. Sagen har ikke været kontroversiel for sagsøgte, og nævnets formand har derfor kunnet træffe afgørelse, da afgørelsen for sagsøgeren var den mest gunstige, han kunne opnå. J [REDACTED] har fejlagtigt anført, at

brok giver minimum 25 % mén, men dette skal i stedet være maksimalt 25 % mén, og grundlaget for J [REDACTED] beregning af méngraden er dermed ikke korrekt. Retslægerådets angivelse af en svær invaliditet kan ikke forstås som en méngrad på mere end 50 %, og sagsøgeren har heller ikke i øvrigt godtgjort, at der foreligger sådanne særlige omstændigheder, at sagsøgtes afgørelse skal tilsidesættes.

;

Landsrettens begrundelse og resultat:

Godtgørelse for varigt mén efter en erstatningsberettiget patientskade skal fastsættes efter reglerne i erstatningsansvarsloven, jf. patientforsikringslovens § 5. Godtgørelsen, som efter erstatningsansvarslovens § 4 fastsættes til et kapitalbeløb, der beregnes under hensyn til skadens medicinske art og omfang og de forvoldte ulemper i skadelidtes personlige livsførelse, er i lovens forarbejder forudsat i almindelighed at skulle fastlægges på baggrund af den administrativt udarbejdede méntabel, jf. herved Folketingstidende 1983-84, 2. samling, tillæg A, spalte 89-90.

Sagsøgte har ved den seneste afgørelse af 27. maj 2003 fastsat sagsøgerens méngrad til 50 % i henhold til méntabellens angivelser for de omhandlede skader uden fradrag for grundlideligheden. Afgørelsen er truffet på baggrund af Retslægerådets besvarelser af spørgsmål under sagen og den vejledende udtalelse fra Arbejdsskadestyrelsen. Arbejdsskadestyrelsen har i den vejledende udtalelse, som er udarbejdet på baggrund af speciallægeerklæringen fra overlæge J [REDACTED] vurderet méngraden til i alt 50 % på baggrund af, at generne fra bugvægsbrok, der ikke kan opereres, og kolostomi på midten af tyktarmen ifølge Arbejdsskadestyrelsens méntabel vurderes til at medføre henholdsvis maksimalt 25% og 25 % mén. Det er ved speciallægeerklæringen fra overlæge J [REDACTED] ikke godtgjort, at Arbejdsskadestyrelsens vejledende udtalelse,

som er udarbejdet under medvirken af lægekonsulent, er åbenbart urigtig. Uanset Retslægerådets angivelse af, at det komplicerede forløb har ført til en svær invaliditet for sagsøgeren, er der endvidere ikke herved eller ved det i øvrigt oplyste grundlag for at tilsidesætte det skøn over sagsøgerens méngrad, som sagsøgte har foretaget i forbindelse med den seneste afgørelse af 27. maj 2003.

Landsretten tager derfor sagsøgtes frifindelsespåstand til følge.

Efter sagens udfald og forløb, herunder særligt at sagsøgte først i maj 2003 efter Retslægerådets besvarelser genoptog sagen og forhøjede sagsøgerens méngrad, ophæves sagens omkostninger.

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

Sagsøgte, Patientskadeankenævnet, frifindes.

Ingen af parterne skal betale sagsomkostninger til den anden part.

Olav D. Larsen

Fabrin

Lone Drengsgaard

(kst.)

cfr.

Uden betaling.

Udskriftens rigtighed bekræftes.

Vestre Landsret.

Viborg, den 27.11.03.

R. Nielsen

klfm.