

UDSKRIFT
AF
ØSTRE LANDSRETS DOMBOG

D O M

Afsagt den 3. juli 2009 af Østre Landsrets 15. afdeling
(landsdommeme Henrik Bitsch, B. Vollmond og Jacob Scherfig (kst.)).

15. afd. m. B-647-06:

J

(advokat Lasse Dalberg)

mod

Patientskadeankenævnet

(Kammeradvokaten v/ advokat Birthe Eskildsen).

Under denne sag, der er anlagt den 23. februar 2006, har sagsøgeren, J
nedlagt påstand om, at sagsøgte, Patientskadeankenævnet, skal anerkende, at de følger, J
blev påført ved en anastomoselækage indtrådt i forbindelse med en operation
den 5. november 2003 på A Sygehus, er en erstatningsberettigende patientskade i henhold
til lov om patientforsikring.

Patientskadeankenævnet har påstået fiifindelse.

Sagsfremstilling

Patientskadeankenævnet har den 23. august 2005 truffet afgørelse i J ' 5
sag om erstatning i medfør af patientforsikringsloven. Af afgørelsen fremgår blandt andet:

"Ved Patientforsikringens afgørelse af 14. januar 2005 ... fik De afslag på erstatning efter lov om patientforsikring vedrørende Deres behandling på A Sygehus den 5. november 2003.

...

Patientforsikringens afgørelse af 14. januar 2005 tiltrædes.

...

Begrundelse for afgørelsen:

I henhold til lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 1, kan erstatning ydes, hvis en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes, hvorved skaden med overvejende sandsynlighed ville være undgået.

Nævnet finder, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ikke ville have handlet anderledes, end man gjorde ved behandlingen på A Sygehus.

Nævnet har herved lagt vægt på, at operationen den 5. november 2003 blev foretaget på korrekt indikation og i overensstemmelse med anerkendte retningslinjer.

Således blev De udredt på grund af rektal prolaps med blødning. Man fandt mistanke om en tumor i rectum, men kunne ikke afgøre, om der var tale om malignitet. På grund af slap analsphincter fandt man indikation for at foretage rectumresektion nedefra. Der var lidet tegn på malignitet.

Det forhold, at De efter operationen blev dårlig og udviklede tegn på anastomoselækage anses af nævnet for at være en hændelig komplikation, som man reagerede relevant på i form af operativ åbning af bughulen og anlæggelse af stomi. Endelig er der lagt vægt på, at De blev fulgt tæt på intensivafdelingen.

I henhold til patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4, kan der ydes erstatning, hvis der som følge af undersøgelse eller behandling indtræder skade i form af komplikationer, der er mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed må tåle. Der skal herved tages hensyn dels til skadens alvor set i forhold til patientens sygdom og helbredstilstand i øvrigt, samt til skadens sjældenhed og muligheden for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning. Det drejer sig især om sjældne og meget belastende komplikationer i forhold til sygdommen og dens behandling.

Nævnet finder, at Deres komplikation i form af anastomoselækage og gener som følge heraf ikke er tilstrækkelig sjælden til at udløse erstatning efter bestemmelsen i lovens § 2, stk. 1, nr. 4. Der er herved lagt vægt på, at anastomoselækage og gener som følge heraf er velkendte i forbindelse med rectumresektioner som i Deres tilfælde.

Videre finder nævnet, at komplikationen ikke er tilstrækkelig alvorlig til at udløse erstatning henset til alvorligheden af Deres grundsygdom, der nødvendiggjorde en operation. Nævnet er opmærksom på, at De har måttet gennemleve et belastende forløb, men bemærker, at en del af særligt Deres psykiske gener og lungegener, ikke med overvejende sandsynlighed har sammenhæng med indgrebet den 5. november 2003.

Betingelse for at yde erstatning efter patientforsikringsloven er således ikke opfyldt, jf. lovens § 2, stk. 1, m. 1 og 4.

Sagsfremstilling:

Patientskadeankenævnet henviser til Patientforsikringens afgørelse af 14. januar 2005, hvoraf følgende blandt andet fremgår:

”... De blev den 11. september 2003 set på ^A Sygehus efter henvisning fra egen læge på mistanke om prolaps i endetarmen. De havde tidligere været indlagt med blødning fra endetarmen og irriteret tyktarm og havde i 2003 haft en lille hjemebloodprop uden følger. De lider af kronisk astma og bronchitis. Man fandt efter endt undersøgelse indikation for at foretage en kikkertundersøgelse af endetarmen.

Kikkertundersøgelsen viste en 5-6 cm lang tumor i endetarmen og en dårligt fungerende ringmuskel. Man fandt derfor indikation for en operation med fjernelse af en del af endetarmen.

Den 5. november 2003 fik De på ^A Sygehus foretaget operation med fjernelse af prolaps i endetarmen, hvor man samtidig fjernede en del af tarmen. Efter operationen fik De tiltagende mavesmerter og feber.

Man konstaterede den 6. november 2003, at Deres mave var lettere op-drejet og øm. Man havde mistanke om, at sammensyningen i tarmen var bristet, hvorfor De fik væske og antibiotika. Man fandt herefter indikation for reoperation, hvilket blev foretaget samme aften. Man fandt ved reoperationen lækage af sammensyningen, hvorefter man anlagde en aflastende stomi. De blev herefter tiltagende dårlig og overført til intensiv afdelingen.

De blev i perioden fra den 7. november 2003 til den 17. november 2003 behandlet på intensivafdelingen, da De var påvirket respiratorisk og præget af blodforgiftning.

Den 18. november 2003 blev De tilbageflyttet til stamafdelingen, da De var i bedring. De havde god stomifunktion, men havde fortsat vejrtrækningsbesvær.

Den 24. november 2003 gik det tarmmæssigt tilfredsstillende. De havde dog fortsat vejrtrækningsbesvær. Deres sår på maven var endvidere defekt, hvorfor man fjernede de påsatte klips og rensede op. De havde fortsat mange smerter.

De blev udskrevet den 12. december 2003 til videre kontrol. På udskrivningsdagen havde De fortsat 3 små defekter i såret, som skulle skiftes hver dag. Deres stomi fungerede fint.

Efter udskrivelsen var De til jævnlig kontrol, hvor De var både fysisk og psykisk påvirket af det lange indlæggelsesforløb.

De blev indlagt den 25. februar 2004 på grund af forhøjede levertal og smerter. Ultralydsscanning af maven viste ikke tegn på galde ophobning i galdegangene. De blev herefter overflyttet til medicinsk afdeling.

Det fremgår af sagen, at De fik konstateret kronisk lymfatisk leukemi.

Ved kontrol den 10. juni 2004 fandt man, at stomien fungerede fint. Man så et meget stort bugvægsbrok, som generede Dem. De fik udleveret et brokbælte indtil endelig stillingtagen til brokoperation..."

Af journalnotat fra Å Sygehus, Organkirurgisk afdeling, vedrørende en forundersøgelse den 11. september 2003 fremgår blandt andet:

"...

HENVISNINGSÅRSAG

Henvist på mistanke om rektal prolaps.

...

AKTUELT

Geimem de sidste 3 år haft afføringsforstyrrelser således, at pt., når hun står og går, føler, at det presser og får så afføringstrang, men har ofte frustran afføring, idet der kun kvitteres slim og blod. Ind imellem kommer der så lidt mere regulært, knoldet afføring. I de slemme perioder skal pt. på toilettet hver ½ time. Har colon hritabile-lignende symptomer og en tendens til kvahne og madlede. Muligvis lille vægttab.

..."

Lægelig konsulent med speciale i kirurgi og kirurgisk gastroenterologi S har til bmg for Patientforsikringens behandling af sagen udarbejdet lægelig vurdering af 12. januar 2005, hvor den konkluderende vurdering er sålydende:

"Patienten er udredt og behandlet i overensstemmelse med bedste specialist standard.

Anastomoselækage ved lave rectumresektioner af denne type ses i over 2% af tilfældene. Operationen er foretaget på god indikation, og jeg finder derfor ikke, at komplikationen anastomoselækage er erstatningsberettiget i hht. Patientforsikringsloven.

Patienten klager i øvrigt over, at det lange hospitalsophold har påvirket kort-tidshukommelsen og givet tiltagende gener i patientens kroniske lungesygdom. Jeg mener, at disse forandringer med overvejende sandsynlighed kan tilskrives behandlingen af patientens grundsygdom og komplikationerne til denne behandling.

Jeg mener derfor, at sagen bør afvises."

Speciallægekonsulent i kirurgisk gastroenterologi, overlæge, dr.med. F

har til brug for Patientskadeankenævnets behandling af sagen udarbejdet notat af 14. juni 2005, hvor konklusionen er sålydende:

"Der var indikation for det primære indgreb. Udredning og behandling har fulgt anerkendte retningslinier som er i overensstemmelse med bedste specialist standard. Anastomoselækage ved lave rectumresektioner forekommer i mere end 2% af tilfældene. Lang indlæggelse, problemer med hukommelsen og fysiske gener er følger der ses efter til anastomoselækage og reoperationen. Anastomoselækage og forekomst af brok er for hyppig til at udløse erstatning. Inden det primære indgreb er der i journalen beskrevet, at patienten har store lungegrænser samt depression af eksogene årsager (får antidepressiva). Jeg er enig i [Patientforsikringens] afgørelse."

Retslægerådet har den 22. marts 2007 og den 11. oktober 2007 besvaret henholdsvis spørgsmål 1-13 og spørgsmål 14-20 fra sagens parter således:

Spørgsmål 1:

Hvilken tarmlidelse led sagsøger J af på tidspunktet for henvisningen til organkirurgisk afdeling på A Sygehus i september måned 2003?

Prolaps af endetarmen (rektalprolaps).

Spørgsmål 2:

Hvilke andre lidelser led J på dette tidspunkt?

Af tilgængeligt journalmateriale fremgår det, at sagsøger lider af kronisk astma/bronkit, samt mindre forbigående hjerneblødning april 2003. Sagsøger var, forud for indlæggelsen, i antidepressiv behandling. Baggrunden for denne behandling kendes ikke.

Spørgsmål 3:

Det fremgår af journalnotaterne fra A Sygehus, at der i forbindelse med sigmoideoskopi var fundet en 5-6 cm lang tumor, en "NT2N1M0, oppe i rectum".

Det fremgår videre samme dag, at der skulle foretages skopi med henblik på udtagelse af nye biopsier til fastlæggelse af, om der var tale om en malign tumor.

Kan det på grundlag af journalmaterialet konstateres, om det inden operationen den 5. november 2003 var fastslået, om der var tale om en malign eller en ikke malign tumor?

Det var inden operationen 05.11.03 ved mikroskopisk undersøgelse afkræftet mistanke om eventuel malign tumor, og den præoperative diagnose var således total rektumprolaps.

...

Spørgsmål 6:

Blev der ved operationen rent faktisk fundet en tumor?

Der blev ved operationen, i overensstemmelse med de præoperative undersøgelser, påvist en rektumprolaps og ikke en tumor.

Spørgsmål 7:

Retslægerådet bedes oplyse, om J's tarmlidelse før operationen var livstruende eller i øvrigt indebar risiko for væsentlig forværring.

En rektumprolaps er sædvanligvis ikke livstruende, men giver anledning til afføringsgener og forringet livskvalitet.

Spørgsmål 8:

Retslægerådet bedes oplyse, hvor hyppigt anastomoselækage optræder i forbindelse med prolapsoperationer i endetarm og andre operationer, der er fuldt ud sammenlignelige med prolapsoperationer.

Spørgsmålet er hypotetisk, men ved den pågældende relevante operation opstår anastomoselækage hos under 5 %.

Spørgsmål 9:

Det bedes oplyst, i hvor mange procent af tilfælde, hvor der er foretaget prolapsoperationer (eller hermed fuldt ud sammenlignelige operationer), det er nødvendigt med reoperation.

Hvis der opstår anastomoselækage med komplicerende bughindebetændelse, er reoperation indiceret (se spørgsmål 8).

Spørgsmål 10:

Retslægerådet bedes oplyse, hvor lang sygeperiode – herunder hvor lang hospitalsindlæggelse, eventuelt sengelæje i hjemmet og antal oppegående sygedage – der må forventes ved en komplikationsfri prolapsoperation. Sygeperioden bedes i denne forbindelse betragtet som den periode, der hengår, indtil patienten kan genoptage sine normale funktioner.

Spørgsmålet er hypotetisk og afhænger af en lang række faktorer, herunder komplicerende lidelser. Retslægerådet udtaler sig ikke om rekonvalescensproblematik.

Spørgsmål 11:

Retslægerådet bedes oplyse, hvilke følger der i den konkrete situation må anses for sandsynlige følger af prolapsoperationen og anastomoselækagen. Det bedes herunder særligt oplyst, om nedenstående kan anses for følger af anastomoselækagen:

- 1. Blodforgiftning*
- 2. Langvarigt ophold på intensiv afdeling*
- 3. Forringet lungefunktion*
- 4. Betydelig brokdannelse*
- 5. Anlæggelse af stomi*
- 6. Nedsat korttidshukommelse*
- 7. Eventuelle andre fysiske og psykiske gener.*

Den tilstødte komplikation med anastomoselækage medførte bughindebetændelse, efterfølgende ophold på intensivafdeling, anlæggelse af stomi og brokdannelse. Eventuelle senfølger i form af forringet lungefunktion, nedsat korttidshukommelse eller andre fysiske og psykiske gener kan ikke bedømmes ud fra det foreliggende materiale, blandt andet grundet mangel på detaljeret præoperativ bedømmelse af disse funktioner.

Spørgsmål 12:

I det omfang Retslægerådet finder, at en eller flere af de i foranstående spørgsmål angivne følger er følger af operationen eller anastomoselækagen, bedes det oplyst, i hvor mange procentdele af prolapsoperationer (og helt tilsvarende operationer) der skønsmæssigt indtræder midlertidige eller varige følger, som beskrevet.

Spørgsmålet er hypotetisk, men de i spørgsmål 11 anførte alvorlige komplikationer indtræder hos under 5 % ved den pågældende operation.

...

Spørgsmål 14:

I besvarelsen af spørgsmål 8 har Retslægerådet oplyst, at anastomoselækage ved den pågældende relevante operation opstår hos under 5 % af patienterne.

I besvarelsen af spørgsmål 9 har Retslægerådet oplyst, at reoperation er indiceret, hvis der opstår anastomoselækage "med komplicerende bughindebetændelse".

Retslægerådet bedes oplyse, hvor hyppigt anastomoselækage medfører komplicerende bughindebetændelse, set i forhold til det samlede antal prolapsoperationer som den aktuelle.

Operation for rectumprolaps kan udføres med forskellige operationsteknikker, afhængig af patientens alder, funktionstilstand, komplicerende lidelser et cetera. Litteraturen tillader ikke mere detaljeret besvarelse af spørgsmålet ved den aktuelt udførte relevante operation.

Spørgsmål 15:

Retslægerådet har besvaret spørgsmål 10 med, at spørgsmålet var hypotetisk

Oplysning om forventet varighed af hospitalsindlæggelser, eventuelt sengeleje i hjemmet og forventet antal oppegående sygedage må formodes at indgå i forbindelse med de oplysninger, der fra hospitalsside gives til patienterne inden et operativt indgreb.

Spørgsmålet kan på denne baggrund ikke betragtes som hypotetisk.

Det ønskes alene oplyst, hvilken information der normalt må forventes at blive givet til en patient vedrørende varighed af hospitalsophold, varighed af sengeleje i hjemmet og antal oppegående sygedage, såfremt operationen forløber komplikationsfrit.

Hospitals- og rekonvalescensophold afhænger af mange forhold, herunder patientens funktionstilstand, komplicerende lidelser, et cetera, som ikke tillader en specifik besvarelse for den aktuelle patient. Hospitalsophold efter en komplikationsfri rektumprolapsoperation, som den udførte, er ved et helt ukompliceret forløb sædvanligvis mellem 2-5 dage. Retslægerådet udtaler sig ikke om rekonvalescensproblematik.

Spørgsmål 16:

I besvarelsen af spørgsmål 11 bedes Retslægerådet præcisere, om det er korrekt forstået, at eventuelle senfølger i form af forringet lungefunktion, nedsat korttidshukommelse og eventuelle andre fysiske og psykiske gener kan være følger af anastomoselækage med bughindebetændelse og efterfølgende ophold på intensiv afdeling, men at det blot ikke i den foreliggende sag er tilstrækkeligt behøvet, i hvilket omfang dette er tilfældet.

Langtidsfølger efter ARDS kan forekomme og er i litteraturen beskrevet dels i form af påvirket lungefunktion, dels i form af forskellige psykiske gener med påvirket livskvalitet til følge.

A: Pulmonalt: Ifølge journalnotat viste den efterfølgende kontrol i lungeklinikken, cirka 1 måned efter udskrivelsen, et thoraxrøntgen beskrevet som normaliseret, ilttension som normal. Der omtales en enkelt funktionsundersøgelse (FEV1) visende 80 % af det forventede. På grund af manglende oplysninger om dynamiske lungefunktionsmål forud for operationen og med de foreliggende oplysninger om tidligere lungesymptomer, kan dette ikke umiddelbart tages som evidens for pulmonale seqv. cf. tidligere besvarelse 11.3 og spørgsmål 17.

B: Psykisk: Sagsøgers psykiske status og mentale funktionsniveau postoperativt kan ikke vurderes kvalificeret. Sagsøger er på indlæggelsestidspunktet beskrevet som dels depressiv, dels med angstanfald efter en episode af transitorisk cerebral ischæmi nogle måneder tidligere, og sagsøgeren kan på dette tidspunkt kun rumme få oplysninger ad gangen. Den samlede mentale funktionsstatus præoperativt kendes ikke, hvorfor eventuelle ændringer som følge af ARDS ikke kan vurderes.

Spørgsmål 17:

Hvilke psykiske lidelser og hvilke lidelser i luftvejene havde sagsøger inden operationen (der henvises herved bl.a. til journaltilførsel af 1. september 2003 fra A Sygehus)?

Ifølge foreliggende journaloplysninger led sagsøger forud for operationen af:

A: Flere år varende Kronisk Obstruktiv Lungesygdom langtidsbehandlet med bronchodilatorerende inhalationsmedicin og inhalationssteroid. På basis af journaloplysninger skønnes status ved indlæggelse til operation i 2003 uændret fra 2000, hvor sagsøger allerede var i samme behandling. (Lungesygdom dengang omtalt som astmatisk bronchitis). Thoraxrøntgen formid for operationen er beskrevet som normalt, bortset fra let udvidede lungegrænser. Oplysning om lungefunktionsmål på dette tidspunkt og tidligere foreligger ikke.

B: Depressionstendens igennem flere år. Sagsøger er i antidepressiv behandling formid for indlæggelsen til operation. Baggrunden for denne behandling, såvel som sagsøgers mentale funktionsniveau præoperativt kendes ikke, jf. spørgsmål 16.

Det foreliggende materiale tillader ikke en vurdering af graden af disse lidelser, hverken før eller efter operationen og dermed eventuel følgetilstand af ARDS.

...

Spørgsmål 19:

I besvarelsen af spørgsmål 12 har Retslægerådet oplyst, at de i spørgsmålet anførte alvorlige komplikationer indtræder hos under 5 % ved den pågældende operation.

Sammenholdt med spørgsmål 8 kunne det konkluderes, at der i alle tilfælde, hvor der opstår anastomoselækage, kan forventes følger svarende til dem, der er beskrevet i spørgsmål 11.

Ved vurderingen efter den pågældende § 2, stk. 1, nr. 4 i patientforsikringsloven er det – efter den praksis, der er fulgt i disse sager – afgørende, om følgerne indtræder i mere eller mindre end 2 % af tilfældene.

Retslægerådet anmodes derfor om at præcisere, om det samlede skadebillede, som er anerkendt i spørgsmål 11, dvs. bughindebetændelse, efterfølgende ophold på intensiv afdeling, anlæggelse af stomi samt brokdannelse, kan antages at optræde i mere eller mindre end 2 % af alle tilfælde, hvor der foretages rectumprolapsoperation.

Såfremt der ikke foreligger tilstrækkeligt statistisk materiale til vurderingen, bedes det så vidt muligt oplyst, i hvor mange tilfælde rectumprolapsoperationer med efterfølgende anastomoselækage, der ses såvel bughindebetændelse som efterfølgende ophold på intensiv afdeling, anlæggelse af stomi samt brokdannelse.

Se besvarelsen af spørgsmål 14. Litteraturen tillader ikke en nærmere præcisering af, hvor hyppigt det samlede skadebillede, som opstod efter rectumprolapsoperationen er mere eller mindre end 2 %, men blot mindre end 5 %.

...”

Afbrev af 25. marts 2008 fra Sundhedsstyrelsen til Grove & Partnere Advokatfirma, der repræsenterer J i sagen, fremgår blandt andet:

"I brev af den 18. februar 2008 anmoder Grove & Partnere om statistisk materiale, der kan belyse, hvor ofte der opstår midlertidige og varige følger efter rectumprolapoperation, herunder reoperation og anastomoselækage.

Desværre foreligger der ikke i Sundhedsstyrelsen oplysninger til belysning af de stillede spørgsmål. Sundhedsstyrelsens patientregister (Landspatientregisteret) indeholder oplysninger om alle patientkontakter til danske sygehuse. Disse oplysninger omfatter information om komplikationer til behandlinger, men det er ikke muligt entydigt at koble komplikation til operation.

Til trods for at der ikke kan laves denne entydige kobling mellem komplikation og operation, kan nedenstående fungere som indikation for relevante komplikationsregistreringer.

Der er i Landspatientregisteret for året 2006 registreret 198 personer med diagnosen 'Anastomoselækage' ... og 18 personer med diagnosen 'Postopr. komplikation ved anastomose og stoma i gastr.kanal' ... Desuden er registreret 328 operationer, 'Reoperation ved sutur eller anastomoseinsufficiens efter gastroenterologisk operation' ..., i 2006 fordelt på 311 personer.

..."

Professor, overlæge, dr.med. N , og overkirurg,
dr.med. S , der er udmeldt som skøns mænd, har
den 4. august 2008 besvaret følgende skønstema:

1. Det bedes oplyst, hvor hyppigt (beskrevet i procentdele af antallet af rectumprolapsoperationer og helt tilsvarende operationer) der opstår anastomoselækager med følger dels som blodforgiftning med ophold på intensiv afdeling dels som anlæggelse af stomi og brokdannelse.

Det bedes supplerende oplyst, hvor hyppigt der tillige indtræder yderligere følger i form af forringet lungefunktion og nedsat korttidshukommelse.

2. Med hensyn til Deres kliniske erfaring bedes det oplyst, hvor ofte De eller den afdeling, De er eller har været tilknyttet til, foretager rectumprolapsoperationer og helt tilsvarende operationer. Det bedes i tilslutning hertil oplyst, hvilke operationer der er tale om.

I skønserklæringen hedder det:

"Ad 1)

Det akutte indgreb som patienten gennemgik den 5/11 2003 kaldes perineal resektion af rectosigmoideum ad modum Altemeier. Via endetarmsåbningen

fjernes således endetarmen (rectum) og en varierende længde af venstre del af tyktarmen (sigmoideum). Tyktarmen sys herefter ned til analkanalen.

Indgrebet beskrives i litteraturen som et sikkert indgreb man især reserverer til ældre patienter med rektalprolaps og hvor ledsagende sygdomme skønnes at øge risikoen for et konvendonelt indgreb med operation via bughulen, hvilket kan forgå ved en åben operation eller ved kikkertoperation (laparoskopisk). Risikoen for anastomoselækage ved den operation, som [S] fik foretaget, beskrives i litteraturen som sjælden (0-5 %). Når denne komplikation opstår, er situationen alvorlig med et forløb som beskrevet (re-operation med stomi, langvarigt ophold på intensiv afdeling, blodforgiftning og luftvejsbesvær). Den 6/11 2003 blev patienten re-opereret pga tegn til bughindebetændelse. Man fandt bughindebetændelse pga forurening med afføring som følge af anastomoselækage. I den situation kan det være teknisk svært at anlægge stomi og risikoen for sårinfektion (bugvæggen) er klart øget. En svær sårinfektion hos en kritisk syg patient øger risikoen for udvikling af brokdaumelse i operationsarret og ved stomien.

Hvorvidt en forringet lungefunktion og nedsat korttidshukommelse er en følge af patientens langvarige ophold på intensiv afdeling kan vi ikke udtale os om, blot konstatere at patienten er kendt med kronisk astma/bronkitis og gennemgik i 2003 et forløb med en lille blodprop i hjernen. For at besvare spørgsmålet anbefales konsultation af anæstesiologisk/neurologisk/hmgemedicinsk ekspertise.

Ad2)

[S] har arbejdet som colorectal kirurg siden 1990. Fra 1997 har jeg arbejdet i Århus, hvor vi opererer cirka 20 rektalprolaps om året. Største delen af disse operationer er udført af [S] som operatør eller assistent. Hele panoramaet af forskellige operationer for rektalprolaps (perineale, åbne/laparoskopiske abdominale) forefindes på afdelingen. I mine 18 år som colorectal kirurg har jeg set en patient med anastomoselækage efter Altemeiers operation.

[N] har ca. 20 års erfaring med operation for rektalprolaps inklusive den operation, som [S] har fået foretaget. Afdelingen foretager ca. 20 operationer om året herunder 3-4 Altemeiers operationer. Vi har også behandlet en patient for anastomoselækage.”

Af brev af 4. januar 2009 fra overlæge, dr.med. N og overkirurg, dr.med. S til advokat Axel Grove fremgår følgende:

”Under henvisning til tidligere fremsendte erklæring den 4. August er det vores kliniske erfaring, at frekvensen af anastomoselækage med fuldt ud så alvorligt forløb og følger som i den aktuelle sag, optræder ved mindre end 2% af operationerne.

Dette skøn er afgivet udelukkende på baggrund af den kliniske erfaring, idet der efter vort kendskab ikke findes tilstrækkelige valide oplysninger i den videnskabelige litteratur eller fra databaser om den generelle risiko for anastomoselækage og et forløb som i den aktuelle sag.”

Ved brev af 22. januar 2009 til advokat Axel Grove har overkirurg, dr.med. S oplyst, at Århus Universitets Hospital foretager 20 rektalprolapsoperationer om året, heraf 4-5 Altemeiers operationer.

Retslægerådet har den 28. april 2009 besvaret nogle supplerende spørgsmål således:

”Spørgsmål A:

...

På baggrund af det nu fremkomne yderligere lægelige materiale, Sundhedsstyrelsens brev af 25. marts 2008 og erklæringer af 4. august 2008 og 4. januar 2009 afgivet af overlæge, dr.med. N. og overkirurg dr.med. S bedes Retslægerådet om at meddele om det nu foreliggende materiale giver anledning til tilføjelser, ændringer eller bemærkninger i øvrigt i forhold til de allerede foreliggende besvarelser af spørgsmålene 1-20.

Erklæringerne fra Sundhedsstyrelsen 25.03.08 samt af overlæge N og overlæge S af 04.08.08 og 19.01.09 giver ikke anledning til tilføjelser, ændringer eller bemærkninger ud over allerede foreliggende besvarelse fra Retslægerådet, hvad angår spørgsmålene 1-20. Det skal dog præciseres, at alle forespurgt medgiver usikkerhed omkring risiko for anastomoselækage ved denne relativt sjældne operation, som kun foretages på specielle risikopatienter, hvilket den aktuelle patient tilhører. Risiko for anastomoselækage kan derfor ikke for den pågældende patient specificeres nærmere ud over at være <5%.

Spørgsmål B:

Specielt anmodes Retslægerådet om at oplyse, om det nu foreliggende yderligere materiale giver anledning til en ændret besvarelse af spørgsmål 19.

Nej, se spørgsmål A.”

Under hovedforhandlingen har J . fremvist et antal fotos, der angives at være taget for nylig. På disse fotos kan den betydelige størrelse af bugvægsbrokket ses.

Forklaringer

J har forklaret blandt andet, at hun havde arbejdet 35 år som syerske, inden hun i 1998 flyttede til Vejle. Hun var herefter i en periode arbejdsløs og fik derefter arbejde som syerske og senere deltidsarbejde i en forretning. Hun var i arbejde, indtil hun fik en blodprop i april 2003. Hun var herefter sygemeldt på grund af depression, indtil den under sagen omhandlede operation blev foretaget i november 2003. Hun havde fra 2000 til

operationen afføringsproblemer som beskrevet i journalen vedrørende fonmdersøgelsen den 11. september 2003. I forbindelse med, at der var mistanke om, at hun havde tarmkræft, blev hun informeret om, at der kunne blive tale om stomi. Da mistanken om kræft blev afkræftet, fik hun af den behandlende læge oplyst, at hun i forbindelse med operationen måtte forvente 8 dages indlæggelse på sygehuset og herefter 14 sygedage i hjemmet. Der blev ikke talt om risiko for stomi eller brok. Hun kan ikke huske så meget fra opholdet på intensivafdelingen. I perioder under indlæggelsen på denne afdeling anvendte hun iltmaske. Hun havde stomi fra november 2003 til august 2004. Stomien var belastende på grund af tekniske problemer med tætheden. Hun fik også hudirritation, der var lugtgener, og hun kunne ikke dyrke sport som hidtil. Hun fik i 2004 diagnosticeret leukæmi. Denne sygdom er holdt i ave, og hendes blodtal er fine. Hun fik konstateret brok omkring marts 2004. Brokket blev herefter værre og værre. Brokket har været, som den er nu, de seneste 3 år. Hvis hun ikke anvender brokbind, hænger og tynger brokket. Hun er nødt til at have en pude under maven, når hun skal sove. Hun kan ikke udføre tungt arbejde på grund af brokket. Hun har smerter som følge af brokket. På grund af disse smerter anvender hun dagligt morfinplaster og tager anche smertestillende midler. Under en konsultation omkring 2005 om mulig operation af brokket gav plastikkirurgen udtryk for, at der var 50 % risiko for, at hun ville dø i forbindelse med en operation. Kirurgen, der skulle operere, talte senere om en risiko på 18-20 % for dødsfald i forbindelse med operationen. Hun har derfor besluttet ikke at lade sig operere. Hun har modtaget førtidspension siden efteråret 2004.

Procedure

J. har til støtte for den nedlagte påstand gjort gældende, at følge efter den bristede sammensyning i tarmen i form af bughindebetændelse, efterfølgende ophold på intensivafdeling, anlæggelse af stomi og brokdannelse har karakter af komplikationer, der er mere omfattende, end hvad J med rimelighed må tåle, hvorfor der er tale om en patientskade, der skal anerkendes efter patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4. Ved bedømmelsen af, om skaden er mere omfattende, end hvad J med rimelighed må tåle, skal der i medfør af patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4, 2. pkt., tages hensyn til skadens alvor i forhold til patientens sygdom og helbredstilstand i øvrigt, samt til skadens sjældenhed og muligheden for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning.

Retslægerådet har ved besvarelsen af spørgsmål 11 fastslået, at den omtvistede anastomoselækage har medført komplikationer i form af bughindebetændelse, efterfølgende ophold på intensivafdeling, anlæggelse af stomi og brokdannelse. Retslægerådet har endvidere ved besvarelsen af spørgsmål 1 og 3 fastslået, at J. S. grundsygdom var en ufarlig endetarmsprolaps, idet man inden operationen den 5. november 2003 ved mikroskopisk undersøgelse havde afkræftet mistanken om eventuel malign tumor. Den præoperative diagnose var således prolaps i endetarmen, en lidelse som ifølge Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 7 ikke er livstruende, men kan give anledning til afføringsgener og forringet livskvalitet.

I skønsrapporten af 4. august 2008 fra professor, overlæge, dr.med. N. og overkirurg, dr.med. S. er det under besvarelsen af spørgsmål 1 anført, at indgrebet i litteraturen beskrives som et sikkert indgreb.

Det gøres således gældende, at skadesbilledet efter anastomoselækagen i form af bughindebetændelse, længere ophold på intensivafdeling, anlæggelse af stomi i en periode på 9 måneder samt en omfattende brokdannelse har en alvorlighed, som står i misforhold til alvorligheden af grundsygdommen, der var helt ufarlig.

Ved bedømmelsen af, om komplikationerne er tilstrækkelig sjældne, har såvel Patientforsikringens som Patienteskadeankenævnets lægekonsulent lagt stor vægt på, at man vurderer, at anastomoselækage forekommer i mere end 2 % af tilfældene ved denne type operation. Ved vurderingen af sjældenhedskriteriet i henhold til patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4, er det imidlertid ikke afgørende, hvorvidt selve anastomoselækagen er en sjælden komplikation efter operationen, men derimod hvorvidt de konstaterede følger efter denne lækage må anses for sjældne følger efter det oprindelige indgreb. De lægefaglige skøn, der har dannet grundlag for Patientforsikringens og Patienteskadeankenævnets afgørelser, er således baseret på et forkert grundlag.

Omkring det konkrete skadesbilledes sjældenhed har Retslægerådet ved besvarelsen af spørgsmål 12 og 19 anført, at de alvorlige komplikationer, som J. S. er påført, indtræder hos under 5 % ved den pågældende operation, samt at litteraturen ikke tillader en nærmere præcisering heraf, henimod om hyppigheden er mere eller mindre end 2 %.

Da Retslægerrådet ikke på baggrund af litteraturen har set sig i stand til at præcisere hyppigheden nærmere, og da Retslægerrådet ikke udtaler sig om deres kliniske erfaring, er der på J. begæring indhentet en sagkyndig udtalelse fra to af Dansk Gastroenterologisk Selskab udpegede specialister med stor klinisk erfaring på området, nemlig professor, overlæge, dr.med. N og overkirurg, dr.med. S. I en supplerende skønsrapport af 4. januar 2009 anfører de, at det er deres kliniske erfaring, at frekvensen af anastomoselækage med fuldt ud så alvorligt forløb og følger som i den aktuelle sag, optræder ved mindre end 2 % af operationerne.

Det må på denne baggrund lægges til grund, at et forløb fuldt ud så alvorligt som J.'s kun ses i meget sjældne tilfælde, hvorved den i patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4, indeholdte sjældenhedsbetingelse tillige må anses for opfyldt.

Det bemærkes, at Retslægerrådet ved besvarelsen af spørgsmål 11, 16 og 17 anfører, at man på det foreliggende grundlag ikke er i stand til at vurdere, om der er årsagssammenhæng for så vidt angår den forringede lungefunktion samt de kognitive problemer. Det er Patientskadeankenævnet, som har oplysningspligten i disse sager, og Patientskadeankenævnet har således ikke foranlediget disse spørgsmål belyst i nødvendigt omfang. Dette spørgsmål må Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet derfor undersøge nærmere, hvis der som en konsekvens af nærværende sag skal foretages en udmålingsafgørelse.

Patientskadeankenævnet har til støtte for frifindelsespåstanden gjort gældende, at der ikke er et sikkert grundlag for at tilsidesætte nogen del af Patientskadeankenævnets afgørelse af 23. august 2005, hvorved Patientskadeankenævnet vurderede, at hverken betingelse i den dagældende patientforsikringslovs § 2, stk. 1, nr. 1, eller § 2, stk. 1, nr. 4, var opfyldt.

Det gøres herved gældende, at Patientskadeankenævnet ud fra de i sagen foreliggende oplysninger berettiget kunne lægge til grund, at operationen den 5. november 2003 blev foretaget på en korrekt indikation og helt i overensstemmelse med anerkendte retningslinjer, og at det forhold, at J. efter operationen blev dårlig og udviklede tegn på anastomoselækage, må anses for at være en hændelig komplikation, som der blev reageret relevant på.

Det gøres ligeledes gældende, at Patientskadeankenævnet med rette har kunnet lægge vægt på, at komplikationen i form af anastomoselækagen og genene som følge heraf ikke har

været tilstrækkelige til at udløse erstatning, idet Patientskadeankenævnet berettiget har kunnet lægge vægt på, at de omhandlede gener er velkendte i forbindelse med rektumresektioner som i J 15 tilfælde.

Det gøres ligeledes gældende, at komplikationen ikke er tilstrækkelig alvorlig til at udløse erstatning henset til alvorligheden af J 15 grundsygdom, der nødvendigvis gjorde operationen.

Det skal understreges, at Patientskadeankenævnet ved sin afgørelse har været opmærksom på, at J 15 havde måttet gennemleve et belastet forløb, men det er herved bemærket, at en del af J 15 gener, særligt de psykiske gener og lungegener, ikke med overvejende sandsynlighed havde sammenhæng med operationen den 5. november 2003.

Det bestrides således, at de omhandlede gener er en følge af patientskaden, hvilket underbygges blandt andet af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 17.

At Patientskadeankenævnet har truffet en korrekt afgørelse underbygges ligeledes af de foreliggende besvarelser fra Retslægerådet af henholdsvis 22. marts og 11. oktober 2007 samt af 28. april 2009. Særligt skal besvarelsen af spørgsmål A fremhæves, hvor Retslægerådet har henvist til, at der i det til bmg for retssagen indhentede materiale af alle forespurgte medgives usikkerhed omkring risikoen for anastomoselækage. Retslægerådet har herved uændret vurderet, at risikoen for anastomoselækage ikke har kunnet specificeres nærmere, ud over at denne er under 5 %.

Det gøres gældende, at det er J 15, der har bevisbyrden for, at der skulle foreligge et sikkert grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets afgørelse, og at J 15 ikke har løftet denne bevisbyrde.

Landsrettens begrundelse og resultat

Efter patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4, skal der ved vurderingen af, om J 15 skade er mere omfattende, end hvad hun som patient med rimelighed må tåle, tages hensyn til dels skadens alvor, dels hendes sygdom og helbredstilstand i øvrigt samt til

skadens sjældenhed og mulighederne i øvrigt for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning.

Det lægges til grund, at J : på tidspunktet for operationen den 5. november 2003 led af prolaps af endetarmen, der sædvanligvis ikke er livstmende, men giver anledning til afføringsgener og forringet livskvalitet. Ligeledes led hun af kronisk astma/bronkit og havde haft en mindre, forbigående hjemmeblødning i april 2003, ligesom hun fomed for indlæggelsen var i antidepressiv behandling, jf Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1, 2 og 7. Det lægges videre til grund, at en tidligere mistanke om eventuel malign tumor i endetarmen var afkræftet inden operationen, jf Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 3.

Efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 11 lægges det endvidere til grund, at den tilstødte komplikation med anastomoselækage medførte bughindebetændelse, efterfølgende ophold på intensivafdeling, anlæggelse af stomi og brokdannelse, hvorimod det ikke findes godtgjort, at forringet lungefunktion, nedsat korttidshukommelse eller andre fysiske og psykiske gener skyldes det foretagne indgreb og den tilstødte komplikation.

Landsretten finder, at det samlede skadesbillede i form af bughindebetændelse, efterfølgende ophold på intensivafdeling, anlæggelse af stomi og navnlig det meget store bughindebrok sammenholdt med J:s grundsygdom i form af prolaps af endetarmen og hendes helbredstilstand i øvrigt opfylder kriteriet i patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4, om skadens alvor. Landsretten har herved tillige lagt vægt på, at det foretagne indgreb i litteraturen betegnes som "et sikkert indgreb", jf professor, overlæge, dr.med. N og overkirurg, dr.med. S's besvarelse af spørgsmål 1 i skønstematet.

Efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 19 lægges det til grund, at litteraturen ikke tillader en nærmere præcisering af, om det samlede skadesbillede, der opstod efter operationen, optræder i mere eller mindre end 2 % af alle tilfælde, hvor der foretages rektumprolapsoperation, men at det optræder i mindre end 5 % af tilfældene.

Henset til professor, overlæge, dr.med. N og overkirurg, dr.med. S's erklæring af 4. januar 2009, hvorved det er deres "kliniske erfaring, at frekvensen af anastomoselækage med fuldt ud så alvorligt forløb og følger som i den aktuelle sag, optræder ved mindre end 2 % af operationerne", findes J imidlertid at have

godtgjort, at det samlede skadesbillede opfylder kriteriet om sjældenhed i patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4. Landsretten bemærker herved, at erklæringen ikke er uforenelig med det af Retslægerådet oplyste.

Efter en samlet vurdering af det forløb, som J har været igennem efter operationen den 5. november 2003, findes den indtrådte skade herefter at have været mere omfattende, end hvad hun som patient med rimelighed må tåle. Landsretten har herved lagt vægt på skadens alvor i forhold til hendes sygdom og helbredstilstand i øvrigt og det oplyste om skadens sjældenhed. Hun opfylder derfor betingelserne for at få erstatning i medfør af patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4.

Herefter tages J's påstand til følge.

Efter sagens karakter, forløb og udfald skal Patientskadeankenævnet betale sagsomkostninger til J som nedenfor bestemt. 2.820 kr. af beløbet udgør dækning af udgift til retsafgift, 9.000 kr. udgør dækning af udgift til syn og skøn, og det resterende beløb udgør dækning af udgift til advokatbistand.

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

Sagsøgte, Patientskadeankenævnet, skal anerkende, at de følger, sagsøger, J, blev påført ved en anastomoselækage indtrådt i forbindelse med en operation den 5. november 2003 på A Sygehus, er en erstatningsberettigende patientskade i henhold til lov om patientforsikring.

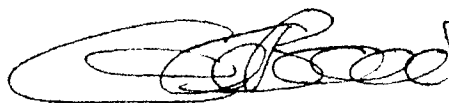
I sagsomkostninger skal Patientskadeankenævnet inden 14 dage betale 51.820 kr. til J

Sagsomkostningerne forrentes efter rentelovens § 8 a.

(Sign.)

— — —
Udskriftens rigtighed bekræftes. Østre Landsrets kontor, den – 3 JULI 2009

P.j.v.



Vicky Grenaa Bodi
overassistent