

DOM

afsagt den 16. december 2014 i sag nr. BS 5-180/2014

A
mod
Patientskadeankenævnet
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg

Parternes påstande

Under denne sag, der er anlagt den 23. januar 2014, har sagsøgeren, **A** nedlagt påstand om, at sagsøgte, Patientskadeankenævnet, tilpligtes at anerkende, at sagsøgerens nyresvigt er opstået som en følge af forsinket diagnosticering, hvorved sagsøgerens nyrefunktion er nedsat med 50 %. Sagen skal derfor hjemvises til Patientskadeankenævnet til fastsættelse af sagsøgerens mén på grundlag af en nedsat nyrefunktion på 50 %.

Sagsøgte har nedlagt påstand om frifindelse.

Sagens omstændigheder:

Den 20. januar 2006 gik **A** til egen læge, dels fordi han havde et stigende alkoholmisbrug, som han ønskede hjælp til at komme ud af, og dels fordi han gennem de sidste par dage havde fået hævelse af og smerter i højre knæ, uden at han havde slået dette. Han fik recept på et middel mod abstinenser efter alkoholmisbrug og en henvisning til alkoholrådgivningen og blev rådet til at anskaffe sig krykker med henblik på aflastning af knæet. Den 23. januar 2006 blev han påny tilset af egen læge. Der var stadig smerter i højre knæ, som var meget hævet, og han blev rådet til at aflaste knæet. Den 24. januar 2006 fik han det tiltagende dårligt og blev indlagt på **B** hvor man på mistanke om blodprop i lungerne overflyttede ham til **C**. Denne mistanke blev afkræftet, og han blev flyttet tilbage til **B**. Her fandt man, at hans tilstand skyldtes blodforgiftning som følge af infektion i højre knæ. Den 5. februar 2006 blev han opereret i højre knæ, hvor man rensede op og fandt manglende forreste korsbånd i knæet. Man foretog endvidere dyrkning, hvorved man fandt, at han havde en infektion i knæet med stafylokokker. Han blev herefter sat i behandling med antibiotika. I efterforløbet undergik han et langvarigt og kompliceret behandlingsforløb grundet lever og nyresvigt, ansamling af serøs væske i bughulen, lungebetændelse, blodning i mave-tarm-kanalen grundet sår i

tolvfingertarmen samt betændelse i hjertets endotelbeklædte inderside. Han blev udskrevet i slutningen af juni 2006, hvorefter han blev fulgt ved hjemmeplejen og undergik et genoptræningsforløb.

A klagede over behandlingen hos den praktiserende læge, og den 17. januar 2012 traf Patientforsikringen afgørelse om, at A's skade i form af blodforgiftningen var omfattet af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. Patientforsikringen begrundede afgørelsen således:

"

Begrundelse

Efter KEL § 21, stk. 1, erstattes skade som følge af, at der ikke er blevet stillet en rigtig diagnose af patientens sygdom, kun i de tilfælde, der er nævnt i lovens § 20, stk. 1, nr. 1 og 2. Efter praksis gælder denne regel også, hvis diagnosen er blevet stillet for sent.

Efter KEL § 20, stk. 1, nr. 1, ydes der erstatning, hvis undersøgelse eller behandling

har afvejet fra, hvad en erfaren specialist ville have gjort i den givne situation. Det er en betingelse, at patienten er påført en skade, der med overvejende

sandsynlighed

ville være undgået ved en bedre behandling.

Denne regel betyder, at patienten er berettiget til erstatning i de tilfælde, hvor en erfaren specialist ville have handlet anderledes, og skaden på den måde med overvejende sandsynlighed ville være undgået.

Patient forsikringen har vurderet, at behandlingen hos din egen læge ikke er udført i

overensstemmelse med, hvad der efter lægevidenskab og erfaring har været det bedst

mulige i den givne situation.

Vi har ved afgørelsen lagt vægt på, at man ved undersøgelsen af knæet den 23. januar 2006 skulle have taget stilling til om der var varme og rødme omkring knæet

og om din almentilstand var påvirket og om du havde feber.

Vi har også lagt vægt på, at dit knæ beskrives som hævet, hvilket må tolkes som en ansamling inde i knæet (intraartikulær ansamling). I den forbindelse burde man have

udført en punktur af knæet. Herved havde man med overvejende sandsynlighed fundet tegn på infektion i knæet og indlagt dig akut til opstart med intravenøs antibiotikabehandling, hvorved du med overvejende sandsynlighed havde undgået udvikling af blodforgiftning."

Af speciallægeerklæring udarbejdet den 14. maj 2012 af speciallæge i medicinske lungesygdomme og intern medicin **D** fremgår blandt andet:

".....

Problemstilling

Jf. 1) drejer det sig om en dengang 63 årig mand, som på baggrund af infektion i knæet udvikler stafylokok sepsis og multiorgansvigt.

...

Der ønskes

.....

3) en vurdering af betydningen af patientens alkoholmisbrug i forhold til organsvigt

...

Alkohol

Pt. oplyser at have haft et jævnt stort forbrug igennem mindst 30 år (10 genstande dagligt), som han dog ikke selv har omfattet som et problem; nærmere et normal fænomen i hans arbejdsmæssige sammenhæng, bl.a. som tømmer ved **E** i perioden 1980-2005. Angiver dog også at han flere gange i forløbet har været i antabus kure undervejs. Iflg. pt. har der ikke været sygemeldinger eller sociale problemer pga. alkoholforbruget.

Iht. ref. 6) eskalerer pt.s alkoholforbrug i løbet af 2005 og især de seneste 3 måneder

op til den akutte indlæggelse dec. 2006. Dagligt angives 3 liter rødvis, sv.t. 24 genstande dagligt. Pt. starter Risolid behandling 20.01.2006 og henvises til alkoholrådgivning.

Efter den langvarige indlæggelse 2006 har pt. haft et mindre dagligt alkoholforbrug

1-2 genstande og været indlagt til afrusning august 2009. Siden total alkoholabstinent.

...

3) Jf. alkohol anamnese er der ingen tvivl om, at pt. også inden den akutte indlæggelse 24.01.2006 havde levercirrhose af formentlig alkoholisk genese, men denne havde på intet tidspunkt givet anledning til kliniske manifestationer. Iht. sagsakterne havde pt. forinden indlæggelsen haft påvirkede levertal, men pt. var ikke

kendt i Med. afd. V inden indlæggelsen i 2006. Ved den akutte indlæggelse findes der forhøjede levertal, men pt. fremstår ikke encephalopatisk, der er ingen ascites eller blødning. Pt. har således ikke ved indlæggelsen dekompenseret leverlidelse. Forløbet under indlæggelsen kan opdeles i 2 perioder før og efter tegn på

dekompenaseret leverlidelse:

Fra 24.01 Er pt. præget af sin sepsis fra en purulent artrit i hø. knæ ligesom metabolisk acidose pga. Metformin beh. Der blev dyrket Staph. aureus i ledvæske

og

fra blodet. Det er primært den septiske tilstand, som giver anledning til de primære organsvigt i form af nyresvigt pga. ATIN (måske forværret af forudgående NSAID behandling). Primær EKKO udført 24.01 viser ikke tegn på hjereteinsufficiens. Behovet for Intotropi må skyldes pt.s sepsis. Pt.s polypnø er udløst af hans acidose som sek. medfører lungeudtrætning og respiratorbehandling. Der er ingen lungeemboli eller pneumoni på rtg. af thorax. Pt.s tilstand er præget af sepsis med nyresvigt og pt. er dialysekrævende.

Fra 29.01 hvor pt.s levercirrhose giver sig til kende i form af dannelse af ascitesvæske, stigende levertal og tilkomst af esophagusvaricer ved gastrokopi 07.01, som ikke var at se ved 1. gastrokopi 26.01. (Vurderes ikke på noget

tidspunkt

encefalopatisk). Tilstøder der en lang række yderligere infektioner: endocarditis, lungebetændelser, bakteriel peritonitis i ascitesvæsken med

enterokokker, bakteræmi

med enterokokker. Der tilstøder gastrointestinale blødninger dels pga. esophagusvariceblødning tidligt i forløbet, som behandles med banding ved gastroskopi 07.02 2006, men følgende blødninger er af arteriel genese fra duodenalt ulcus, som det først efter adskillige gastroskopier og angiografier lykkedes at coile sufficient 27.02. Herefter stabiliserer pt. sig efterhånden med hensyn til mavetarmblødningerne.

Det langvarige forløb med dialysekrævende nyreinsufficiens skyldes nok udover langvarig infektion/nyretoksisk antibiotika også tilkomst af et hepatorenalt syndrom. Dette støttes af, at pt. i en lang periode er præget af lavt natrium ligesom lav urinudskillelse af natrium.

Nyresvigtet retter sig hurtigt, da det behandles som hepatorenalt syndrom med Glypressin, Pt.s infektioner, både den primære i knæet og de senere tilstødende kan delvis tilskrives en stærkt øget infektionsrisiko og øget risiko for alvorlige infektioner ved alkoholikere.

Iflg. oversigtsartikel fra **F** er der en mere end 20 gange forøget risiko for at dø af infektioner, hvis man har alkoholisk levercirrhose i forhold til baggrundsbefolkningen.

Man kan således konkludere, at pt.s primære nyresvigt ikke skyldes hans alkoholmisbrug, men at dette har været med til at forlænge organsvigtet primært fra hans nyrer og medvirket til de mange tilstødende infektioner. Pt.s svære blødninger fra tarmen i sygdomsforløbet skyldtes ulcusblødninger, kun en gang i forløbet (9 dage efter debut af ascites) var der blødning fra esophagusvaricer (som følge af levercirrhosen)

....."

Den 29. oktober 2012 traf Patientforsikringen afgørelse om, at **A** var berettiget til 10.500 kr. i godtgørelse for svie og smerte og

56.916 kr. i foreløbig godtgørelse for varigt mén. Af afgørelsen fremgår blandt andet, at Patientforsikringen ved ménvurderingen har lagt vægt på, at **A** nyrefunktion i følge en indhentet speciallægeerklæring er stabil, men nedsat med 50 %.

A påklagede afgørelsen til Patientskadeankenævnet, som den 2. september 2013 traf følgende afgørelse:

"
Vedr. Deres behandling hos **G** den 20. januar 2006 og frem.

Ved Patientforsikringens afgørelse af 22. juni 2012 (sagsnr. 11-2896) fik De afslag på behandling af Deres klage, idet Patientforsikringen vurderede, at Deres krav var forældet, jf. patientforsikringslovens § 19, stk. 1.

Patientforsikringen anerkendte ved afgørelse af 17. januar 2012, at De er påført en erstatningsberettigende skade i form af blodforgiftning, jf. klage- og erstatningslovens § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1.

Ved Patientforsikringens afgørelse af 29. oktober 2012 fik De tilkendt 67.416 kr. i godtgørelse, herunder 10.500 kr. i godtgørelse for svie og smerte og 56.916 kr. i godtgørelse varigt mén på 10 procent for nedsat nyrefunktion som følge af forsinket diagnosticering og behandling af infektionen.

De har ved skrivelse af 27. december 2012 klaget over afgørelsen til Patientskadeankenævnet. Det er anført blandt andet, at patientforsikringens vurdering af den forventede sygeperiode på 90 dage er for lang, at De i 3 måneder ingen nyrefunktion havde, at nyrefunktionen nu er mindre end 50 procent, samt at den før skaden var 100 procent.

Efterfølgende har Patientforsikringen ved afgørelse af 10. juni 2013 tilkendt dem yderligere 117.823 kr. i erstatning og godtgørelse, herunder 2.407 kr. i erstatning for helbredelsesudgifter og andet tab, 58.500 kr. i godtgørelse for svie og smerte samt 56.916 kr. i godtgørelse varigt mén på 10 procent for indsættelse af hofteprotese som følge fald og derved pådraget brud på lårbenshalsen.

Det bemærkes, at Patientforsikringens afgørelse af 10. juni 2013 ikke er påklaget til Patientskadenævnet.

Patientskadeankenævnet har på møde den 30. august 2013 truffet følgende

Afgørelse:

Patientforsikringens afgørelse af 29. oktober 2012 ændres, således at De findes ikke at være påført et varigt mén på 10 procent på grund af nedsat nyrefunktion som følge af forsinket diagnosticering og behandling af infektionen.

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

Sagsfremstilling

Der henvises til sagsfremstillingen i Patientforsikringens afgørelse af 17. januar 2012.

Patientskadeankenævnet skal til sagsfremstillingen supplerende bemærke, at det fremgår af sagen, at De er diagnosticeret med type 2 diabetes og kronisk leversygdom, samt at Deres nyrefunktion ved indlæggelsen den 24. januar 2006 var moderat svært påvirket med forhøjet plasma creatinin på 193 mikromol/L.

Derudover fremgår det af sagen, at nyrefunktionen aftog yderligere med udvikling af nyresvigt og behov for dialyse, samt at man den 18. marts 2006 på mistanke om nyresvigt iværksatte behandling med glypressin, og at denne behandling hurtigt førte til en bedring i nyrefunktionen.

Endvidere fremgår det, at dialysebehandling ophørte i marts 2006, og at nyrefunktionen efterfølgende blev næsten normal med plasma creatinin 83-111 mikromol/L (normal værdi 60-100) i maj-august 2006. Videre fremgår det af sagen, at Deres nyrefunktion langsomt er aftaget i perioden 2006-2012, således at plasma creatinin er steget fra 151 i november 2006 til 181 i oktober 2012.

Begrundelse og resultat

Patientskadeankenævnet skal indledningsvist bemærke, at lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet (klage- og erstatningsloven) kun finder anvendelse på spørgsmål om skader indtrådt efter den 1. januar 2007. Da denne sag vedrører spørgsmål om skader indtrådt før den 1. januar 2007, er det rettelig lov om patientforsikring, der finder anvendelse.

Patientskadeankenævnet kan tiltræde, at der er grundlag for at yde erstatning, jf. lov om patientforsikring § 3, stk. 1, jf. § 2, stk. 1, nr. 1.

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

Det bemærkes, at der alene er klaget over Patientforsikringens afgørelse af 29. oktober 2012 for så vidt angår spørgsmålet om godtgørelse for svie og smerte samt varigt mén, hvorfor nævnet i det følgende alene behandler disse godtgørelsesposter.

Svie og smerte

Nævnet kan med henvisning til Patientforsikringens begrundelse tiltræde, at De er berettiget til 10.500 kr. i godtgørelse for svie og smerte, jf. erstatningsansvarslovens § 3.

Det bemærkes, at De ved Patientforsikringens afgørelse af 10. juni 2013, som ikke er påklaget, er tilkendt yderligere 58.500 kr. i godtgørelse for svie og smerte, og at De således samlet er tilkendt den i erstatningsansvarslovens fastsatte maksimale godtgørelse for svie og smerte.

Varigt mén

Det er Patientskadeankenævnets vurdering, at De ikke ved patientskaden i form af følger efter forsinket diagnosticering af infektion i højre knæ er påført et varigt mén på 5 procent eller derover i form af nedsat nyrefunktion, jf. erstatningsansvarslovens § 4.

Herved har nævnet lagt vægt på, at man den 24. januar 2006 konstaterede blodforgiftning som følge af infektion i højre knæ. Videre har nævnet lagt vægt på, at der efterfølgende opstod multiorgansvigt.

Desuden har nævnet lagt vægt på, at Deres nyrefunktion ved indlæggelsen den 24. januar 2006 var moderat svært påvirket med forhøjet plasma creatinin på 193 mikromol/L, og at nyrefunktionen i maj-august 2006 var næsten normal (plasma creatinin 83-111 mikromol/L mod normal værdi (60-100)). Videre har nævnet lagt vægt på, at De forud for indlæggelsen led af type 2 diabetes og kronisk leversygdom samt havde et alkoholoverforbrug.

Nævnet har ligeledes lagt vægt på, at det fremgår af speciallægeerklæring af 14. maj

2012 indhentet af patientforsikringen, at Deres nyrefunktion er nedsat med 50 procent. Videre har nævnet lagt vægt på, at Deres nyrefunktion i perioden 2006-

2012

langsomt er aftaget, således at plasma creatinin er steget fra 151 mikromol/L i november 2006 til 181 mikromol/L i oktober 2012.

Ud fra en samlet vurdering af de foreliggende omstændigheder, finder nævnet, at

Deres gener i form af nedsat nyrefunktion med overvejende sandsynlighed primært skyldes Deres forud bestående lidelser og forhold hos dem selv. Således er det nævnets vurdering, at den del af Deres varige gener i form af nedsat nyrefunktion der kan tilskrives Patientskaden ikke kan begrunde en godtgørelse for varigt mén på 5 procent eller derover.

Det bemærkes, at behandling med erythropoietin (EPO) efter nævnets opfattelse med overvejende sandsynlighed må tilskrives Deres nedsatte nyrefunktion,

Med disse bemærkninger kan Patientskadeankenævnet tiltræde resultatet i Patientforsikringens afgørelse af 29. oktober 2012.

....."

Af lægeerklæring af 30. maj 2013 udarbejdet af overlæge dr. med. H til brug for Patientskadeankenævnets behandling af sagen fremgår:

"

Vedr. J.nr. 13/764 A

Patientskadeankenævnet har anmodet om en udtalelse, og herunder særligt vurdering af følgende:

1. Er A påført en skade i form af blodforgiftning
2. Skadens omfang
3. I hvilket omfang er sygeforløbet blevet forlænget som følge af patientskaden
4. I hvilket omfang påvirker patientskaden AS funktionsevne

i

dagligdagen og i erhvervsmæssig henseende

Vurdering med særligt fokus på nyresygdom

1. A er med overvejende sandsynlighed påført en skade i form af blodforgiftning
2. Skadens omfang er med overvejende sandsynlighed akut organsvigt med behov for behandling på intensivafdeling til understøttelse af kredsløb og lungefunktion
3. Sygeforløbet er med overvejende sandsynlighed blevet forlænget i nogle måneder som følge af patientskaden
4. Patientskaden er med overvejende sandsynlighed ikke årsagen til AS nuværende nedsatte nyrefunktion

Begrundelse

1.

Betændelse i knæledet, såkaldt *bakterielt arthritis*, er en alvorlig infektion, som

efter

gældende retningslinjer behandles ved akut hospitalsindlæggelse med antibiotika direkte ind i blodbanen (intravenøs indgift). Behandlingsvarigheden med antibiotika afhænger af sygdomsudviklingen, i reglen 3-6 uger, evt. længere. Ved

påbegyndelse

af denne handling 20.01.06 er det sandsynligt, at *A's* knæledsinfektion *ikke* havde udviklet sig til en blodforgiftning.

2. + 3.

Det er overvejende sandsynligt, at blodforgiftning 24.01.06 førte til svær akut sygdomspåvirkning med svigt af flere organer og behov for behandling på intensivafdeling.

Generel øget risiko for komplikationer

Med baggrund i *A's* alvorlige kroniske sygdomme og alkoholoverforbrug *FOR* infektionen i knæet er det sandsynligt, at knæledsinfektionen på trods af korrekt behandling med indlæggelse og antibiotika 20.01.06 ville have ført et langvarigt sygdomsforløb.

I henhold til hospitalsjournal, egen læge journal og speciallægeerklæring v. *D*

14.05.12 havde *A* type 2 diabetes og alkoholbetinget

leversygdom. Alkoholindtagelsen havde været øget i månederne før knæledsinfektionen (op til 3 l rødvin dagligt), hvilket var en af årsagerne til

A's henvendelse til egen læge 20.01.06 mhp. antabus- og abstinensbehandling. Det kan oplyses, at disse kroniske lidelser samt alkoholoverforbrug ved enhver akut sygdom - som i dette tilfælde en knæledsinfektion - vil indebære en markant øget risiko for alvorlige komplikationer

i

form af infektioner som f.eks. lungebetændelse og urinvejsinfektion, hjertekarsygdom, blødning i mave-tarmsystemet, forværring i leversygdom og nyresvigt (se nedenstående).

Akut nyresvigt

I henhold til speciallægeerklæring v. *D* 14.05.12 havde *A* normal nyrefunktion forud indlæggelsen 24.01.06. Der foreligger i det modtagne materiale ingen nøjagtig information om nyrefunktionen fra tiden før knæledsinfektionen i form af p-creatinin værdi. Ved indlæggelsen var nyrefunktionen moderat svært påvirket med forhøjet plasma creatinin på 193 mikromol/L. Nyrefunktionen aftog yderligere med udvikling af nyresvigt og behov for dialyse. Det kan oplyses, at akut nyresvigt er en kendt komplikation til bl.a. svære infektioner. Særligt udsatte er patienter med alvorlige kroniske sygdomme.

På

mistanke om nyresvigt betinget af den kroniske leversygdom, såkaldt hepatorenalt syndrom, påbegyndtes 18.03.06 behandling med lægemidler glypressin.

Denne behandling førte til en hurtig bedring i nyrefunktionen. Det kan oplyses, at hepatorenalt syndrom er en forholdvis almindelig komplikation til fremskreden leversygdom, som er karakteriseret ved cirkulationsforstyrrelser og akut nyresvigt. Det er således overvejende sandsynligt, at *AS* kroniske leversygdom var af medvirkende årsag til akut nyresvigt. Dialysebehandling ophørte i marts 2006, og nyrefunktionen blev efterfølgende næsten normal med plasma creatinin 83 - 111 mikromol/l (normal værdi 60-100) i maj-august 2006. *A* genvandt således en god nyrefunktion efter sit akutte nyresvigt.

Øvrige komplikationer under indlæggelsen

Indlæggelsesforløbet var præget af infektioner, som overvejende sandsynligt kan tilskrives en markant øget infektionstilbøjelighed som følge af diabetes, alkoholisk leversygdom og alkoholoverforbrug forud for indlæggelsen. Desuden blødning fra åreknuder på spiserøret, såkaldt *oesofagus-varicer*, samt væskeophobning i bughulen, såkaldt *ascites*, som er en kendte alvorlige komplikationer til skrumpelever.

Sammenfattende vurderes det således, at *AS* blodforgiftning i 2006 førte til svær akut sygdom med forbigående livstruende organsvigt og behov for intensivt terapi samt efterfølgende almen svækkelse. De efterfølgende komplikationer og det meget langvarige sygdomsforløb, herunder langvarigt behov for dialyse, kan dog med overvejende sandsynlighed primært tilskrives de forud eksisterende kroniske sygdomme og alkoholoverforbrug.

4.

Udvikling i nyrefunktion i perioden 2006-2012

Over de seneste 6 år er *AS* nyrefunktion aftaget langsomt, således at plasma creatinin er steget fra 151 i november 2006 til 181 i oktober 2012.

Det vurderes overvejende sandsynligt, at denne forværring primært skyldes de kroniske sygdomme og næppe kan relateres til blodforgiftningen (patientskaden) i januar 2006. Den aktuelle behandling med erythropoietin (EPO) gives pga. blodmangel sekundært til nuværende nyrefunktion."

A anmodede efterfølgende Patientskadeankenævnet om genoptagelse. Patientskadeankenævnet traf den 12. december 2013 afgørelse om ikke at genoptage sagen. Nævnet begrundede afgørelsen således:

".....

Begrundelse og resultat

Efter erstatningsansvarslovens § 11 kan en afsluttet sag om godtgørelse eller erstatning genoptages, hvis sagens faktiske omstændigheder ændrer sig væsentligt i forhold til dem, der blev lagt til grund ved sagens afslutning.

Nævnet finder, at der ikke er grundlag for at genoptage sagens behandling efter erstatningsansvarslovens § 11.

Der er herved lagt vægt på, at nævnet ved afgørelsen af 2. september 2013 lagde til grund, at **AS** gener i form af nedsat nyrefunktion med overvejende sandsynlighed primært skyldes hans forud bestående lidelser og forhold hos ham selv, og at den del af **AS** varige gener i form af nedsat nyrefunktion, der kan tilskrives Patientskaden, ikke kan begrunde en godtgørelse for varigt men på 5 procent eller derover.

De har i genoptagelsesansøgning anført, at **AS** creatinin og carbamid niveauer i 2005 lå inden for normalværdierne, og De har fremsendt journalmateriale fra biokemisk afdeling på **B** i 2005.

Nævnet skal hertil bemærke, at nævnet ved sin afgørelse af 2. september 2013 var bekendt med, at **A** havde normal nyrefunktion forud indlæggelsen 24. januar 2006.

Det er på denne baggrund nævnets vurdering, at sagens faktiske omstændigheder ikke har ændret sig væsentligt i forhold til dem, der blev lagt til grund ved sagens afslutning.

Der findes herefter ikke grundlag for at genoptage sagen til fornyet behandling.
....."

Af sagens oplysninger fremgår, at normalværdien af plasma creatinin i blodet er mellem 60 og 100.

Hos **A** er der blandt andet målt følgende værdier:

23. maj 2005	72	
26. juli 2005	81	
24. oktober 2005	88	
24. januar 2006	193	
(maj - august 2006 83 - 111, jf. HS erklæring)		
13. september 2006	146	
20. marts 2007	164	
15. oktober 2007	180	
14. januar 2008	206	
25. august 2008	201	
19. marts 2009	297	
26. august 2009	162	
24. marts 2010	200	
9. juni 2010	279	

10. september 2010	159
28. marts 2011	173
16. september 2011	175
10. april 2012	179
1. oktober 2012	181
11. marts 2013	169
6. september 2013	154
20. marts 2014	149

Forklaringer

Sagsøgeren **A** har forklaret, at han er udlært tømrer, og at han efter ansættelse hos to forskellige tømrermestre blev ansat som tømrer på **E** i 1980. Han arbejdede på **E** frem til 2005. Speciallæge **D/S** angivelse af hans alkoholforbrug er ikke korrekt. Han har således ikke haft et forbrug på ti genstande dagligt. Han har drukket "jævnt godt", men ikke i det angivne omfang. I lange perioder drak han måske et par genstande om dagen. Der var også tidspunkter, hvor han ikke drak alkohol. Han fungerede således som tillidsmand og drak selvfølgelig ikke i forbindelse med møder med videre. Da han modtog **D/S** lægeerklæring, forsøgte han at komme i kontakt med hende for at få rettet misforståelsen, hvilket ikke lykkedes. Han skrev i stedet et brev til Patientforsikringen, hvori han rettede misforståelserne.

Han var eneforsørger i sin familie. De havde hus, bil og tre børn. Hans hustru var hjemmegående. Han var derfor nødt til at påtage sig arbejde ved siden af sit arbejde på hospitalet. I lange perioder arbejdede han for **I** på **J** om aftenen. Han havde således slet ikke tid til at drikke som anført af **D**.

I dag har han det udmærket. Han får ikke længere insulin for sin sukkersyge, men klarer sig ved at spise sundt. Han går til kontrol hver tredje måned både vedrørende sukkersygen og vedrørende nyrefunktionen. Hans blodtryk er i dag normalt.

Vedrørende sagens faktum har han forklaret, at han den 23. januar 2006 gik til læge, fordi han havde ondt i sit knæ. For lægen overskyggede hans alkoholforbrug imidlertid problemerne med knæet. Han blev henvist til alkoholrådgivningen og blev rådgivet om at købe nogle krykker. Det blev ikke bedre med knæet, og efter nogle dage kunne han slet ikke gå. Han tog en taxa hen til lægen, selvom det kun drejede sig om 400 meter. Lægen undersøgte fortsat ikke hans knæ ordenligt, og han fik ingen behandling. Han kan ikke forstå, at en læge kan få lov til at fortsætte sin praksis efter sådan en fejl. Den 23. januar 2006 skulle han passe sin datter på 11 år. Sidst på eftermiddagen opdagede datteren, at han begyndte at tale sort. Hans eks-hustru ringede herefter efter en ambulance. Han blev således retteligt indlagt den 23. januar 2006. Det er hans opfattelse, at de ikke rigtig vidste, hvad de

skulle gøre ved ham på sygehuset. Først den 18. marts 2006 kom han på nyrekonferencen og fik noget medicin mod nyresvigtet. Herefter gik det hurtigt fremad. Det var imidlertid alt for sent. Han stoppede i dialyse den 23. marts 2006. Da han blev udskrevet i juni måned 2006, var han fortsat meget dårlig. Han sad i kørestol indtil januar 2007. Han havde fuld hjemmepleje, idet han ingenting kunne selv. Han sad i kørestol primært fordi, at han var blevet "tabt" på hospitalet og havde brækket lårbensknoglen.

Under sin indlæggelse var hospitalspersonalet sikre på, at han skulle dø. Hans familie blev tilkaldt for at sige farvel til ham. I dag er han ikke det samme menneske, som før han blev indlagt. Han går stadig til regelmæssig kontrol og har svært ved at holde blodprocenten. Det fremgår af resultatet af hans blodprøver, at der har været store udsving i indholdet af kreatinin i blodet. I foråret 2009 var tallet meget højt på grund af en lungebetændelse. Han har ingen erindring om, at han skulle have været indlagt til afrusning i august 2009 som anført i  erklæring. Han kan huske, at han var indlagt, fordi han pludselig havde svært ved at huske og tale. I sommeren 2010 havde han igen meget høje tal. Dette skyldtes, at han var indlagt med henblik på at få taget en lungebiopsi. I den forbindelse var han i narkose, hvilket formentligt har givet anledning til de høje tal.

Parternes synspunkter

Sagsøgeren har til støtte for sin påstand overordnet gjort gældende, at sagsøgerens nedsatte nyrefunktion er en følge af forsinket diagnosticering af infektionen i højre knæ.

Sagsøgeren har været i arbejde frem til 2005, og det alkoholforbrug, der er beskrevet i  lægeerklæring af 14. maj 2012, er overdrevet. Forud for infektionen i knæet havde han aldrig haft problemer med sine nyrer, hvilket ligeledes fremgår af tallene fra 2005. Nyresvigtet indtraf i forbindelse med infektionen og skyldes således ikke hans alkoholforbrug, hvilket ligeledes fremgår af konklusionen i speciallægeerklæringen afgivet af .

Det fremgår af lægeerklæringerne, at sagsøgeren på trods af sine forhøjede levertal ikke inden indlæggelsen den 23. januar 2006 havde haft en leverlidelse, der påvirkede de andre organer. Påvirkningen af nyrerne må således være indtruffet i forbindelse med infektionstilstanden.

Sagsøgeren vejede kun 55 kg, da han blev udskrevet i juni 2006. Det er almindeligt kendt, at creatininproduktionen er proportional med muskelmassen. Creatinin indholdet er derfor typisk højere hos yngre mænd end hos kvinder, børn og ældre samt personer, som har en lille muskelmasse på grund af sygdom. Grunden til, at sagsøgeren havde lave creatinin tal i forbindelse med udskrivelsen var således, at han var syg og undervægtig. I maj 2012 vejede han 65 kg og havde genvundet en del af sin muskelmasse. I

den forbindelse steg creatininindholdet i blodet. Der kan således ikke lægges afgørende vægt på, at sagsøgeren i en periode efter udskrivelse havde normale creatinintal.

I Patientskadeankenævnet har kun to ud af 8 medlemmer lægefaglig baggrund. Der er således primært tale om en politisk udpegning af medlemmerne, og man kan derfor ikke uden videre blot lægge Patientskadenævnets afgørelse til grund.

Sagsøgte har til støtte for frifindelsespåstanden gjort gældende, at sagsøgeren ikke har tilvejebragt grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets afgørelse af 2. september 2013. Det er sagsøgeren, der bærer bevisbyrden for, at der er grundlag for at tilsidesætte nævnets afgørelse, og det gøres overordnet gældende, at sagsøgeren ikke har løftet denne bevisbyrde.

Det må ved bevisbedømmelsen tages i betragtning, at Patientskadeankenævnet på grund af sin sammensætning, der bl.a. omfatter medlemmer med lægevidenskabelig baggrund, brugen af speciallægekonsulenter ved afgørelserne, og gennem behandling af et stort antal sager har en særlig erfaring i at bedømme sager efter klage og erstatningsloven, og at der derfor skal være et sikkert grundlag for at tilsidesætte afgørelsen.

Det gøres gældende, at Patientskadeankenævnet med rette vurderede, at sagsøgerens nedsatte nyrefunktion ikke er en følge af den anerkendte patientskade. Ud fra en samlet vurdering af de foreliggende omstændigheder, fandt nævnet, at sagsøgerens nedsatte nyrefunktion med overvejende sandsynlighed primært skyldes sagsøgerens forudbestående lidelser og forhold hos ham selv. Den del af den nedsatte nyrefunktion, der kunne henføre til patientskaden, havde ikke et omfang, der kunne begrunde en godtgørelse for varigt mén på mindst 5 %.

Under retssagen er fremkommet to bilag, der ikke har været forelagt nævnet. Det drejer sig dels om nogle laboratoriesvar (bilag 12), dels om et brev af 10. oktober 2014 fra

på ^K ^B (bilag 13). Af dette fremgår, at sagsøgeren havde forhøjet blodtryk, men at dette var velbehandlet.

Disse to bilag giver ikke grundlag for at tilsidesætte nævnets afgørelse.

Rettens begrundelse og afgørelse

Det er ikke godtgjort, at sagsøgerens nedsatte nyrefunktion er opstået som en følge af forsinket diagnosticering af infektionen i højre knæ.

Retten har herved lagt vægt på, at sagsøgeren forud for indlæggelsen den 23. januar 2006 led af type 2 diabetes og kronisk leversygdom, samt at

sagsøgeren havde et overforbrug af alkohol.

Uanset om nyrefunktionen må antages at have været normal forud for indlæggelsen, finder retten ikke grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets vurdering, hvorefter den nedsatte nyrefunktion med overvejende sandsynlighed primært skyldes sagsøgerens forudbestående lidelser og forhold hos ham selv.

Som følge heraf tages Patientskadeankenævnets frifindelsespåstand til følge.

Efter sagens forløb og udfald skal sagsøgeren til sagsøgte betale sagens omkostninger med 18.000 kr. incl. moms.

Thi kendes for ret:

Sagsøgte Patientskadeankenævnet frifindes.

Sagsøgeren *A* skal inden 14 dage til sagsøgte Patientskadeankenævnet betale sagens omkostninger med 18.000 kr.

Retten hævet.

Tina van Steen

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Retten i Aarhus , den 16. december 2014.

Ida Lærke Sørensen, retsassistent