



Udskrift af dombogen

DOM

Afsagt den 4. december 2015 i sag nr. BS 14A-973/2012:

As

mod

Ankenævnet for Patienterstatningen (tidligere Patientskadeankenævnet)
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg

Sagens baggrund og parternes påstande

Denne sag, der er anlagt den 28. februar 2012, drejer sig om, hvorvidt der i
As tilfælde foreligger en erstatningsberettigende patientskade.

Sagsøger. A, har nedlagt påstand om, at Ankenævnet for Patienterstatningen skal anerkende, at sagsøger er erstatningsberettiget i henhold til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Sagsøgte. Ankenævnet for Patienterstatningen, har nedlagt påstand om frifindelse.

Dommen indeholder ikke en fuldstændig sagsfremstilling, jf. retsplejelovens § 218 a.

Oplysningerne i sagen

Af Patientforsikringens afgørelse af 8. oktober 2010 fremgår blandt andet:

"...

Afgørelse

Patientforsikringen har fundet, at De ikke er berettiget til erstatning efter loven.

Betingelserne for at yde erstatning efter lovens § 20, stk. 1, nr. 4, er ikke opfyldt.

Sagsfremstilling

- Patientforsikringen har på baggrund af Deres oplysninger, anmeldelsen fra X Hospital samt de indhentede lægelige akter lagt følgende hændelsesforløb til grund for sin afgørelse:

De var gravid med tvillinger, da De blev set på X Hospital den 6. april 2009. De

fik her foretaget scanning af maven, som påviste normale forhold. Under graviditeten foretog man glucosebelastning, som fandtes normal.

Den 20. juli 2009 aftaltes det, at De skulle føde børnene ved kejsersnit, da den ene af tvillingerne lå i sædestilling.

Den 30. og 31. juli 2009 havde De hovedpine, og man valgte derfor at undersøge Dem for svangerskabsforgiftning. Proverne var normale.

Den 12. august 2009 fødte De Deres to børn, og selve fødslen forløb planmæssigt. I forbindelse med operationen ordineredes antibiotika og Syntocinon-drop.

Dagen efter var De oppe og gå, men De havde endnu ikke haft afføring eller luftafgang.

Den 14. august 2009 udviklede De imidlertid svære mavesmerter. Man foretog en undersøgelse af maven, som påviste tegn på pseudoobstruktion (akut, massiv udvidelse af tyktarmen).

De blev behandlet med Negostigmin og man tømte herefter tarmen for luft og afføring.

Den 16. august 2009 havde man mistanke om, at der var fri luft i maven. De havde det bedre, og efter at have gennemgået CT-scanningen, mente man, at der var tale om rester fra kejsersnittet, hvorfor man ikke fandt indikation for at foretage operation af Dem.

Den 18. august 2009 fandt man dog indikation for at foretage en ultralydsvejledt udtømmelse af væske, som lå i den venstre side af maven. Man fandt herefter indikation for at dræne væsken samt fortsætte den antibiotiske behandling.

To dage senere informeredes De om, at man mente, at der havde været en perforation af tarmen, og på den baggrund ønskede man at foretage en operativ undersøgelse af tarmene.

Indgrebet blev foretaget den 21. august 2009. Man fandt her dyb betændelse og bylddannelse. Man foretog en delvist operativ fjernelse af tyktarmen og anlagde to stomier.

Dagen efter konstateredes det, at der var god funktion af stomierne. De følgende dage fik De det langsomt bedre, og den 27. august 2009 anlagde man et dræn.

Den 30. august 2009 konstateredes det, at De havde et stort infiltrat på venstre lunge svarende til det sted, man havde anlagt drænet. Ansamlingen i den venstre øvre del af maven blev dræneret den 4. september 2009.

Den 10. september 2009 havde De kvalme og kastede op, hver gang De fik antibiotika. De havde feber, og man fik mistanke om, at De havde problemer med nyrerne.

EKG-undersøgelse påviste normale forhold, men biokemisk var De svært inficeret.

De blev derfor henvist til , hvor man den 18. september 2009 opererede Dem og foretog drænage af en venstresidig byld. To dage senere foretog man endvidere en udskrabning af livmoderen.

Den 7. oktober 2009 fik De at vide, at stomien fungerede tilfredsstillende.

To dage senere fortalte De, at siden operationen foretaget på , havde De haft problemer med kraftnedsættelse og træthedsfølelse i højre side af kroppen.

Man mistænkte, at De muligvis havde haft en lille blodprop i forbindelse med indgrebet.

Den 12. oktober 2009 fik De dog at vide, at CT-scanning af hjernen ikke havde påvist tegn

på blodprop eller anden blødning.

Tre dage senere konstateredes det, at stomiposen var utæt, at De var meget træt, og at De derfor heller ikke bevægede Dem så meget. Man vurderede endvidere, at De var psykisk påvirket som følge af det langvarige behandlingsforløb.

Den 21. oktober 2009 blev De tilbudt krisebehandling, og samme dag aftaltes det, at De skulle have lagt stomierne tilbage.

Fem dage senere konstateredes det, at De havde fået et udslæt på kroppen som følge af en stafylokokinfektion, og man satte Dem derfor i antibiotisk behandling.

Den 2. november 2009 fik De tilbagelagt stomierne.

Den 6. november 2009 blev De udskrevet, og den 2. december 2009 blev Deres behandlingsforløb afsluttet.

Den 12. februar 2010 sås De igen på ~~X~~ Hospital på grund af D-vitaminmangel og forhøjede levertal. De forklarede samtidig, at De led af forstoppelse, og man anbefalede Dem medicinsk behandling samt kostomlægning herfor.

Den 25. marts 2010 fortalte De, at De trøstespiste, og man anbefalede vægttab.

Den 20. april 2010 gik det fremad, og rent psykisk var De i bedring. Deres behandlingsforløb afsluttedes samme dag.

Herefter opstartede De vægttabsbehandling.

Det fremgår af Deres anmeldelse, at De har søgt erstatning for de komplikationer, som opstod efter kejsersnittet foretaget på ~~X~~ Hospital den 12. august 2009. De forklarer, at man opdagede tarmperforationen for sent, og De anfører i den forbindelse, at De som følge heraf har svære vejtrækningsproblemer, vanskeligheder med at udføre almindelig daglige øvelser, smerter i arret, ryggen og ledbånd, ligesom De er angst, søvnforstyrret, sløv og svimmel. De forklarer ligeledes, at De blev påført et unødvendigt langvarigt indlæggelsesforløb.

Begrundelse

Ifølge KEL § 20, stk. 1, nr. 1, ydes der erstatning, hvis undersøgelse eller behandling har afvejet fra, hvad der efter lægevidenskab og erfaring 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 undersøgelse eller behandling.

Patientforsikringen har vurderet, at behandlingen på ~~X~~ Hospital er udført i overensstemmelse med, hvad der efter lægevidenskab og erfaring har været det bedst mulige i den givne situation.

Deres behandling har således været i overensstemmelse med bedste specialiststandard på det pågældende område.

Patientforsikringen har ved sin afgørelse lagt vægt på, at De blev behandlet på korrekt grundlag, og at beslutningen om at foretage kejsersnit var velindikeret henset til det faktum, at det ene af Deres børn lå i sædestilling.

Patientforsikringen har endvidere lagt vægt på, at under hele forløbet forud for, under og efter fødslen foretog man flere relevante diagnostiske vurderinger af Dem.

Patientforsikringen har ligeledes lagt vægt på, at selve kejsersnitsoperationen foretaget den 12. august 2009 blev udført i overensstemmelse med erfaren specialiststandard og efter gældende retningslinier.

Der er i den forbindelse tillige lagt vægt på, at man handlede hurtigt, relevant og adækvat, ligeså snart man konstaterede pseudoobstruktionen, ligesom behandlingen af den perforerede tyktarm behandledes optimalt.

Patientforsikringen har endvidere lagt vægt på, at problemerne med D-vitamin mangel og overvægt ikke skyldes patientskaden, men derimod mere sandsynligt forhold hos Dem selv.

Patientforsikringen finder på den baggrund, at det forhold, at der opstod pseudoobstruktion efter operationen foretaget den 12. august 2009, er en hændelig komplikation til en i øvrigt optimal behandling.

Ifølge KEL § 20, stk. 1, nr. 4, kan der også ydes erstatning, hvis en skade er meget sjælden og mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed må tåle set i forhold til alvorligheden af den sygdom, som behandles. Det vil sige, at patienten ved behandling af en alvorlig sygdom må acceptere større skader end ved mindre alvorlige sygdomme.

Patientforsikringen har fundet, at Deres skade i form af pseudoobstruktion er tilstrækkelig sjælden til at opfylde lovens krav om sjældenhed.

Skaden er imidlertid ikke tilstrækkelig alvorlig set i forhold til den grundlidelse (den komplicerede fødsel), som De blev behandlet for.

Der er i den forbindelse lagt vægt på, at det var nødvendigt at foretage kejsersnit henset til Deres to børns tilstand og placering i livmoderen.

Patientforsikringen finder således, at de komplikationer, De blev påført som følge af kejsersnittet, ikke går ud over, hvad De som patient må tåle, når skaden ses i forhold til alvorligheden af Deres grundlidelse (den komplicerede fødsel) og de risici, der var forbundet med den nødvendige behandling heraf i forhold til Deres børns overlevelse.

..."

Af Patientskadeankenævnets (nu Ankenævnet for Patienterstatningens) afgørelse af 31. august 2011 fremgår blandt andet:

"...

Afgørelse:

Patientforsikringens afgørelse af 8. oktober 2010 tiltrædes.

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 8. oktober 2010.

På baggrund af de fremsendte journaler fra ~~X~~ Hospital har nævnet lagt til grund, at ~~A~~ på nuværende tidspunkt har gener i form af brok i arret efter operationen for Ogilvies syndrom (pseudoobstruktion), og at hun er indkaldt til operation herfor den 13. oktober 2011.

Begrundelse og resultat

Patientskadeankenævnet skal indledningsvis anføre, at nævnet ikke har fundet grundlag for at udsætte behandlingen af Deres klage over Patientforsikringens afgørelse af 8. oktober 2010 med henblik på at afvente den planlagte operation den 13. oktober 2011.

Det er Patientskadeankenævnets vurdering, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ikke ville have handlet anderledes, end man gjorde ved behandlingen af ~~A~~ på ~~X~~ Hospital i perioden fra den 12. august 2009 og frem, jf. klage- og erstatningsloven § 20, stk. 1, nr. 1.

Der er herved lagt vægt på, at ~~A~~ under graviditeten blev kontrolleret i henhold til gældende retningslinjer under hensyn til, at der var tale om en tvillingegraviditet. Der blev foretaget relevante undersøgelser og vurderinger, bl.a. vedrørende valget af fødselsmetode. Der var indikation for planlagt kejsersnit, som blev udført i henhold til den erfarne specialists standard den 12. august 2009, dvs. i graviditetens uge 38. De to piger fik ved fødslen fuld Apgar score og havde en god fødselsvægt.

Der er endvidere lagt vægt på, at behandlingen af den opståede komplikation i form af Ogilvies syndrom (pseudoobstruktion) blev udført i henhold til den erfarne specialists standard med den fornødne udredning og behandling i henhold til symptomerne. Det skal anføres, at der ikke var indikation for operation før den 20. august 2009, hvor man havde grund til mistanke om et større hul i tyktarmen.

Det er på denne baggrund nævnets vurdering, at den opståede skade i form af Ogilvies syndrom (pseudoobstruktion) og følger deraf er en hændelig komplikation, der kan indtræde selv ved optimal behandling.

Patientskadeankenævnet finder, at komplikationen er tilstrækkelig sjælden til at opfylde sjældenhedskravet i klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4. Der er tale om en kendt, men sjælden komplikation til kejsersnit. Årsagen til komplikationen er kendes ikke.

Nævnet finder dog samtidig, at skaden ikke er tilstrækkelig alvorlig til at udløse erstatning efter bestemmelsen.

Det kan oplyses, at både sjældenheds- og alvorlighedskravet skal være opfyldt, for at der kan ydes erstatning efter § 20, stk. 1, nr. 4.

Nævnet har i lighed med Patientforsikringen lagt vægt på, at det var nødvendigt at forløse ~~A~~ ved kejsersnit henset til de to fostres tilstand og placering i livmoderen med den ledende tvilling i underkropspræsentation. Kejsersnittet var nødvendigt for at sikre, at børnene blev født raske og levende. Hvis der ikke var foretaget kejsersnit, ville der have været fare for begge børns udvikling, f.eks. i form af hjerneskade, eller for deres liv.

Nævnet har endvidere lagt vægt på, at ~~A~~ ud fra de i sagen foreliggende oplysninger har haft gener i form af et belastende sygeforløb som beskrevet i Patientforsikringens afgørelse af 8. oktober 2010 med blandt andet flere operationer og anlæggelse af stomier. Stomierne er lagt tilbage ved en vellykket og ukompliceret operation den 2. november 2009, dvs. godt 2½ måned efter kejsersnittet, og funktionerne er herefter i sagens oplysninger beskrevet som genetablerede og normale. Nævnet har endvidere lagt til grund, at ~~A~~ på nuværende tidspunkt har gener i form af arbrok, som skal afhjælpes ved

operation. Der er herudover kosmetiske gener og aftagende psykisk eftervirkning.

Ud fra en samlet vurdering af de foreliggende omstændigheder finder nævnet, at skaden trods dette forløb ikke er tilstrækkelig alvorlig set i forhold til ^{AS} grundlidelse til, at lovens betingelser for at yde erstatning er opfyldt. ^{AS} s gener findes ikke at være mere omfattende, end hvad hun med rimelighed må tåle under de givne omstændigheder. Der ses således ikke at foreligge det udprægede misforhold mellem generne fra skaden og de gener, grundlidelsen ville have medført uden behandling, som bestemmelsen i § 20, stk. 1, nr. 4, fordrer.

Med disse bemærkninger kan Patientskadeankenævnet tiltræde Patientforsikringens afgørelse af 8. oktober 2010.

..."

Af Retslægerådets besvarelse af 5. februar 2014 fremgår følgende:

"Spørgsmål 1:

Har behandlingen på ~~X~~ Hospital fra den 12. august 2009 og frem været i overensstemmelse med almindelige anerkendte retningslinjer?

Indikationen for kejsersnittet den 12.08.09 opfyldte almindelig anerkendte retningslinjer.

Kejsersnittet blev gennemført efter almindelig anerkendte retningslinjer. Blodtabet var 900 ml, hvilket ikke giver anledning til specielle forholdsregler fraset opsætning af koncentreret S-drop (medicin der får livmoderen til at trække sig bedre sammen med henblik på at reducere risikoen for yderligere blødning).

Den 14.08.09 noteres for første gang, at sagsøger har smerter, og der ordineres i overensstemmelse med almindelig anerkendte retningslinjer røntgenbillede, som er foreneligt med Ogilvies syndrom, idet coecum (den første del af tyktarmen) er blæst op med luft, så den måler 15 centimeter, hvilket er langt over det normale. Da indhældning af kontrast i tyktarmen viste "frit indløb til coecums bund", hvilket vil sige, at der ikke var noget, der stoppede tarmen til, blev der i henhold til almindelig anerkendte retningslinjer givet neostigmin, som er et farmakon, der stimulerer tarmens peristaltik. Formålet med neostigminbehandling er at få tarmen til at tømme sig.

Den 15.08.09 kl. 00:10 beskrives fornyet røntgenbillede efter neostigminbehandling, at der er stort set uændrede forhold svarende til tyktarmen, hvilket betyder, at tilstanden på dette tidspunkt var kritisk.

Den 15.08.09 kl. 06:25. Røntgen oversigten over abdomen viser fri luft i abdomen (pneumoperitoneum), som kun kan tilskrives tarmperforation og ikke følger efter selve sectio, da de tidligere oversigter er uden fri luft. Dette bliver først noteret ved en senere revision af billederne den 17.08.09.

Tilstedeværelsen af fri luft er således åbenbart ikke blevet erkendt af hverken radiolog, obstetriker eller kirurg, der har tilset sagsøger. I den radiologiske beskrivelse er det ikke specifikt nævnt, om der er tegn på fri luft eller ej. En dilatation af coecum til 15 centimeter øger risikoen markant for perforation, hvorfor det i henhold til almindelig anerkendt faglig standard er nødvendigt at fokusere på fri luft og at beskrive, om det forefindes eller ej i denne situation. Den behandlende obstetriker og kirurg har heller ikke gjort bemærkninger om dette, jævnfør foreliggende journalmateriale, men det fremgår heller ikke klart, om de har set og vurderet billederne.

Den 15.08.09 kl. 08:11 påbegyndes koloskopisk desufflation ved abdominalkirurg. Denne

procedure er kontraindiceret ved mistanke om tarmperforation, som påvisning af fri luft er et indicium på, da det kan forværre en mindre og måske ikke operationskrævende mikroperforation.

Retslægerådet finder derfor, at det er en fejl, at man ikke har fokuseret på og/eller erkendt tilstedeværelsen af fri luft i abdomen inden der foretages desufflation.

Den 15.08.09 kl. 15:30 ordineres der, da tilstanden ikke er tilfredsstillende, i henhold til anerkendte retningslinjer nyt røntgenbillede af tarmen. Dette viste stort set uændrede forhold svarende til tyktarmen. Det betyder, at tilstanden fortsat var kritisk. Den 17.08.09 blev dette røntgenbillede revurderet, og der beskrives nu forandringer tydende på tarmperforation, hvilket vil sige, at der er gået hul på en tarm, hvorigennem der siver luft og tarmindhold ud i bughulen. Det er en særdeles farlig situation, som Retslægerådet finder er håndteret korrekt, idet det er den kliniske tilstand, der er afgørende for valget mellem operation og mere konservativ behandling som observation eller drænage. Svinger denne behandling må der foretages operation.

Spørgsmål 2:

Giver sagen i øvrigt anledning til bemærkninger fra Retslægerådets side?

Nej.

..."

Af Retslægerådets besvarelse af 20. januar 2015 fremgår:

"Spørgsmål A:

Var *AS* tarm perforeret forud for koloskopisk desufflation den 15.09.11 kl. 8:11?

Svaret bedes begrundet.

Ja – fordi røntgenundersøgelsen (OOA) for undersøgelsen viste luft uden for tarmen (fri luft), hvilket er et indicium på perforeret tarm.

Spørgsmål B:

Er der på baggrund af de lægelige akter grundlag for at konkludere, at den koloskopiske desufflation den 15.09.11 kl. 8:11 forværrede en forudbestående perforation?

Svaret bedes begrundet.

Ja. For at kunne gennemføre koloskopi, er det nødvendigt at puste luft i tarmen, som kan forværre en mindre perforation. Det samme gør sig gældende for selve manipulationen med skopet.

Spørgsmål C:

Skyldes indgrebet den 20.08.09, hvor der blev anlagt stomi:

*AS's grundlidelse i form af Ogilvies syndrom og perforeret tarm
Koloskopisk desufflation den 15.09.11
Andet, herunder *AS* egne forhold
En kombination af forhold a)-c)*

Såfremt svaret er forbundet med usikkerhed bedes det oplyst, hvad der taler for henholdsvis imod en årsagssammenhæng med forhold a), b), c) eller eventuelt en kombination.

Grundlidelsen i form af Ogilvies syndrom og perforation af tarmen var den primære årsag til operationen med stomi den 20.08.09, men koloskopien var medvirkende faktor, jf. besvarelsen af spørgsmål B.

Spørgsmål D:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Spørgsmål 3:

Kan den kikkertundersøgelse, der blev foretaget den 15. august 2009 være årsag til den perforering, der sker, og dermed den luftansamling, der fremkommer den 16. august 2009?

Forud for undersøgelsen var der fri luft, og den mængde øget fri luft, der fremstod ved røntgenundersøgelsen den 16.08.09, var med >50 % sandsynlighed betinget af koloskopi-en.

Spørgsmål 4:

I bekræftende fald anmodes Retslægerådet om at oplyse, om den foretagne kikkertundersøgelse har været i overensstemmelse med almindelige anerkendte retningslinjer.

Nej. Kikkertundersøgelsen er kontraindiceret ved mistanke om perforation på tarmen.

...

Af Retslægerådets besvarelse af 29. juni 2015 fremgår:

"...

Spørgsmål E:

Af svaret på spørgsmål 1 og A i sammenhæng fremgår, at sagsøgerens tilstand var kritisk allerede den 15. august 2009 kl. 00:10, og at hendes tarm var perforeret forud for koloskopien samme dag kl. 8:11. Det fremgår ligeledes af svaret på spørgsmål 1, at tilstanden fortsatte med at være kritisk.

Det fremgår af besvarelsen af spørgsmål C, at den primære årsag til operationen med stomi den 20. august 2009 var grundlidelsen i form af Ogilvies syndrom og perforation af tarmen, men at koloskopien var medvirkende faktor.

Skal svarene i en sammenhæng forstås sådan:

a) at sagsøgeren med overvejende sandsynlighed (mere end 50 procent) ville være blevet opereret alene som følge af grundlidelsen i form af Ogilvies syndrom og perforation af tarmen,

b) at sagsøgeren med overvejende sandsynlighed (mere end 50 procent) ikke ville være blevet opereret som følge af grundlidelsen i form af Ogilvies syndrom og perforation af tarmen i sig selv, eller

c) en anden forståelse?

Såfremt svaret er c), bedes svaret uddybet.

Retslægerådet vurderer, at sagsøger med mere end 50 % sandsynlighed ville være blevet

opereret alene som følge af grundlidelsen i form af Ogilvies syndrom og perforation af tarmen.

Spørgsmålet har hypotetisk karakter, men det kan oplyses, at succesraten ved behandling af Ogilvies syndrom med endoskopisk desufflation varierer fra 36-88 %. Ved neostigminbehandling er den ca. 70 %. Perforationsrisikoen ligger omkring 2-5 % i de forskellige opgørelser. Perforation med påvisning af fri luft er absolut operationsindikation, medmindre patienten er helt upåvirket fra en mindre afkapslet perforation. Ved vedvarende påvirket almentilstand og stærke mavesmerter trods ovenstående behandling er der relativ operationsindikation, idet disse symptomer kan være tegn på truende perforation. Beslutningen om operation afhænger helt af den aktuelle kliniske situation og kan ikke konkretiseres yderligere.

Spørgsmål F:

Retslægerådet bedes i tilknytning til spørgsmål E oplyse om den kritiske tilstand 15. august 2009 kl. 00:10 gav grundlag for en operation med stomi, hvis man på det tidspunkt havde fokuseret på og erkendt, at sagsøgeren havde en perforeret tarm?

Svaret fremgår delvist af besvarelsen af spørgsmål E. Den 15.08.09, kl. 00:10 viste røntgen-oversigten over abdomen ikke tegn på fri luft, hvorfor der ikke var absolut operationsindikation på dette tidspunkt.

Spørgsmål 5:

I tilslutning til besvarelsen af spørgsmål E og F anmodes Retslægerådet om at oplyse, om en stomioperation på et tidligere tidspunkt ville have været af et mindre omfang end den faktiske operation (2 stomier samt fjernelse af materiale fra såvel tyndtarm som tyktarm og fjernelse af 1,5 l. feces)?

Spørgsmålet er hypotetisk, men det kan oplyses, at operationens omfang og kompleksitet generelt er afhængig af, i hvor lang tid, der har været perforation på tarmen med peritonitis. Det gælder også de postoperative komplikationer.

..."

Forklaringer

Der er afgivet forklaring af **A**

A har forklaret blandt andet, at hun forinden de i sagen omhandlede hændelser har fået to børn, der er født normalt. De er nu 13 og 11 år.

Da hun blev gravid med tvillinger, ville hun også helst føde normalt. Hun ville gerne have følelsen af at få børn. Andet var kunstigt. Hun ville ikke have kejsersnit. Det viste sig så, at et af børnene ikke havde vendt sig. Sygehuset begyndte da at tale om kejsersnit, og at der ikke var risiko, hvis kejsersnittet var planlagt. De fortalte om, at der kunne være risiko for blærebetændelse og infektion i såret, men det var en meget lille sandsynlighed. Hun var meget nervøs for, at de skulle komme til at skære forkerte steder i hende eller i børnene, men de sagde, at der ikke var grund til bekymring. Overlægen sagde, at det var bedst at planlægge kejsersnittet for at undgå akut indlæggelse og derfor følgende flere komplikationer. Derfor sagde hun ok. Hun fik at vide, at der blev foretaget mange kejsersnit hver dag, og at der ikke var grund til bekym-

ring. Hun forventede derfor at kunne blive udskrevet dagen efter kejsersnittet sammen med børnene.

Kejsersnittet blev foretaget den 12. august 2009. Det var planlagt. Hun blev overført til barselsgangen, og der var intet særligt. Dagen efter sagde hun til den læge, der havde foretaget kejsersnittet, at hun havde ondt. Han sagde, at det var normalt. I løbet af aftenen den 13. blev det dog værre, og omkring kl. 1 om natten tilkaldte hun en sygeplejerske, fordi hun havde mange smerter. Sygeplejersken ville først give hende morfin i en stikpille, men da hun ikke havde været på toilettet efter operationen, mente sygeplejersken, at det var en dårlig idé. Hun havde også kvalme. Ved 4-5-tiden om morgenen tilkaldte de en læge, der satte et rør ind gennem næsen for at stoppe opkastningsfølelsen. Kl. 6 talte de med gastroenheden om at overføre hende dertil. De sagde, at hun måske havde forstoppelse. Hun blev flyttet den 14. august kl. 6.

I gastroenheden gav de hende medicin. Hun kunne så komme på toilettet, men det var ikke nok, og hun havde stadig smerter. Hun klagede hele vejen igennem over smerter. Hun fik at vide, at det var normalt efter en operation. Desuden havde hun en kæmpemave, der pludselig var tom. De kunne ikke rigtig mærke efter på maven, fordi den var slasket efter fødslen. Hun havde taget mere end 30 kg på.

Hun blev behandlet, men det hjalp ikke. Hun tænkte kun på sine børn, og hun ville gerne amme. Psykisk tænkte hun kun på at blive rask for at kunne se sine nu fire børn.

Personalet sagde, at hun skulle gå for at få gang i tarmene. Hun sagde, det gjorde ondt, men de sagde, det var normalt. Hun skulle hele tiden mobiliseres og spise og drikke.

Hun fik medicin to gange. D. 14. blev der taget røntgen. Billedet viste, at tyktarmen var 15 eller 17 cm. De sagde til hende, at det kunne være kritisk. De ville derfor lave en kikkertundersøgelse. Hun blev hentet om morgenen til operationen, der tog 3 timer. Hun lå på et metalbord. Hun havde ikke fået smertestillende medicin. Hun kunne ikke ligge fladt, fordi hun havde så ondt. En sygeplejerske holdt hende, mens hun græd og græd. Derefter kunne hun ikke sove i flere måneder og var meget bange. De sagde også til hende, at det var en fejl, at hun ikke havde fået smertestillende medicin.

Lægen kunne ikke forstå, hvorfor hun fortsat havde smerter. Selv ville hun bare gerne på barselsgangen til børnene. Hun samlede alle sine kræfter for at gå derhen, men knækkede sammen på gangen. Hun kunne ikke mere. Hun blev så checket, og der blev taget prøver. Hendes mave var stadig blød. De mente, at smerterne skyldtes den hævede tyktarm. Der var ingen, der talte om fri luft.

Det var i hele perioden fra den 13. til den 20., at hun havde mange smerter.

Til sidst var hun helt udmattet. Hun kunne hverken sove eller drikke og græd hele tiden. På stuegangen den 20. august kunne lægen se, at det var helt galt. Hun blev sendt til CT-scanning. Hun kunne se på ham, der scannede, at der var noget helt galt, men han ville ikke sige noget. Hun fik bagefter at vide af lægen, at hun skulle opereres. Hun ville bare have gjort noget. Hun vidste dengang ikke, hvad stomi var. Hun sagde til lægen, at hun skulle fortælle det til hendes familie, da hun selv gerne ville bruge sine kræfter på at overleve. Hun var ikke klar over, at hun skulle have poser hængende ud af maven. De sagde, at de ikke vidste, hvornår perforeringen var sket.

Hun vågnede op i et rum med masser af slanger mv. Hun opdagede først poserne efter nogen tid. De sad alt for tæt, så ingen poser kunne holde. De næste to måneder vågnede hun i afføring. Poserne var utætte. Hun kunne ikke skifte dem selv, og sygeplejersken kunne heller ikke. Hun skulle ofte vente i timevis på at få dem skiftet.

I forløbet kastede hun op hver dag. Hun tabte sig. Hun fik 4-5 slags antibiotika, og kroppen reagerede efter nogle uger. Hun klæde og fik nældefeber på håndfladerne og hele kroppen. Håret begyndte at falde af, og huden også. Efter 3 uger rykkede hun til et almindeligt sengeafsnit. Hun havde hele tiden høj feber og havde rysteture. Hun kunne ikke drikke nok og fik saltvand.

En dag kunne hun ikke få vejret. Det viste sig, at nyrerne var kollapsede, og at hun havde væske på lungerne, fordi nyrerne ikke arbejdede. Hun blev overført til Y. De sagde ikke, hvorfor nyrerne ikke fungerede. Hun kom i dialyse i nogle timer, og så blev nyrefunktionen normal igen. Hun kunne ikke gå, spise eller andet. Hun kunne ingenting og så ikke børnene, der var blevet udskrevet efter to uger.

Hun fik at vide efter nogle uger, at de havde fjernet noget af tarmene, men at hun fortsat havde høje infektionstal. Hun troede selv, at hun skulle dø. På Y blev feberen så høj, at de kom med isposer. Hun blev opereret akut. Resten husker hun ikke. Hun vågnede et sted, hvor hun og en anden lå i respirator. Efterfølgende har hun fået at vide, at de fjernede en væskesamling, som de ikke kunne dræne, og udskrabede hendes livmoder. Det var tredje gang, de åbnede maven, men denne gang blev der åbnet helt op til brystet. De lod hele maven stå åben, for at det skulle vokse sammen af sig selv. Hun skulle have hjælp til alt, hvilket var meget krænkende. På et tidspunkt troede hun, at en af slangerne var gået. Hun følte, hun faldt. De tilkaldte da en fra psykiatriafdelingen, da de troede, hun havde angst. Han spurgte, om hun tænkte på selvmord. Det gjorde hun ikke. Hun kunne ikke engang bevæge sig og havde jo 4 børn. Der skulle hele tiden tømmes væske ud. Hun var meget bange for det. Når det ikke kunne komme ud, måtte de prikke hul i hende igen.

Efter 2 måneder fik hun sat stomierne tilbage. Operationen blev fremskyndet, fordi der var så mange problemer. Hun fik så at vide, at hun skulle træne.

Der gik i alt 2½ måned, før hun kom hjem fra hospitalerne og så sine børn igen. Maven blev stor og bulede ud, og det føltes, som om tarmene kom ud. Intet holdt på tarmene. Hun fik svært ved at holde sig, og det var umuligt at træne. Overlægen sagde, at der var behov for en ny scanning for at se på den arbrok, der var opstået. Der var en stor og en lille brok. Til scanningen fik hun kontraststof, og så begyndte en ny type allergi. Hun gik til egen læge og så på skadestuen. Til sidst blev hun sendt på . Da var hun hævet til dobbelt størrelse over det hele og var helt auberginefarvet. Hun var vist også i respirator. De mente, det var kontrastmidlet. Allergien har hun fortsat. Hun har været i det maksimale antal lysbehandlinger, enten 20 eller 50 gange, men det hjalp ikke. Hun går fortsat på . Hver 3. uge får hun doser oven i de allergipiller, hun tager. Det fortsætter måske hele livet.

Da hun kom hjem efter operationerne, var hun ikke mobil og fik ikke nok søvn, så vægten steg. Hun kom i løbet af nogle måneder op på 113-4 kg. Det er svært at komme ned i vægt, og hun går til diætist. Hun trøstespiser, når hun har smerter. Den eneste operation, hun mangler nu, er den kosmetiske, som skal trække huden lidt pænere sammen. men det kræver et bmi på 25. Hun går også på smerteafdelingen på . Hun har prøvet meget forskelligt medicin. Lige nu får hun 4 slags.

Der er ved en brokoperation indsat et net, der støtter maven. Hun har også et brokbind udenfor. Lægen sagde, at det er arvævet, der gør ondt. Det er kronisk. Arvævet kan ikke fjernes, for hvis de åbner maven igen, kommer der nyt arvæv. Arvæv kan ikke bortopereres.

Hun har nu svært ved at gå til lægen. Hun har dårlig hukommelse og har intet socialt liv. Hun har svært ved at tale om forløbet, og hun bliver hurtigt nervøs uden grund. Hun kan ikke koncentrere sig. Hun har søvnproblemer, når hun har smerter. Hun har ikke talt med en psykiater siden på hospitalet. Hun har ikke råd til at betale psykolog. Hvis kommunen skulle betale det, skulle kommunen ind i hendes journal. Hun bryder sig ikke om, at hele kommunen skal læse i hendes journal. Hun kan ikke dyrke sport, løbe med børnene eller lave andre ting med familien. Der er nu gået 6 år. Der er hele tiden noget at kæmpe med. Det holder ikke op. Nu får hun kontanthjælp. Inden kejsersnittet læste hun edb. Hun ville tage en kontoruddannelse.

Hun bor alene med børnene. Hvis man spurgte hende i dag, ville hun have valgt at føde normalt. Børnene har ikke deres mor, som det er nu. De ældste børn ser ikke deres far. De yngste ser deres. Hun har familie og hjemmehjælp til at hjælpe sig. Hendes familie er flyttet hertil fra  for at hjælpe, hvilket de gør dagligt.

Da hun var indlagt, var der mange sygeplejersker, der sagde, at hun skulle søge erstatning, fordi det ikke var i orden, hvad der var sket. Det var også læger, der sagde det. Hun havde egentlig ikke lyst til at åbne sagen. Hun hav-

de håbet på en undskyldning, men det fik hun ikke.

Retsgrundlag

Af § 20, stk. 1, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet fremgår:

"Erstatning ydes, hvis skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af følgende måder:

1) 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 el. lign., hvorved skaden ville være undgået.

...

4) hvis der som følge af undersøgelse, herunder diagnostiske indgreb, eller behandling indtræder skade i form af infektioner eller andre komplikationer, der er mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed må tåle. Der skal herved tages hensyn til dels skadens alvor, dels patientens sygdom og helbredstilstand i øvrigt samt til skadens sjældenhed og mulighederne i øvrigt for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning."

Parternes synspunkter

Sagsøger har i påstandsdokument af 23. oktober 2015 anført følgende:

Det gøres gældende, at sagsøger principalt har krav på erstatning efter lovens § 20, stk. 1, nr. 1, idet det gøres gældende, at mistanken om Ogilvies Syndrom ikke har medført en optimal behandling, hvilket har givet helt usædvanlige komplikationer, som må tilskrives, at behandlingen ikke har været optimal.

Subsidiært gøres det gældende, at der er tale om, at sagsøger har krav på erstatning efter lovens § 20, stk. 1, nr. 4, idet det gøres gældende, at der dels er tale om overordentlig sjælden skade, der er mere omfattende, end hvad sagsøger med rimelighed måtte tåle i forhold til alvorligheden af den sygdom, som blev behandlet.

Der er alene tale om et helt normalt kejsersnit, som var planlagt, og som ikke blev foretaget akut.

Retslægerådet har ved besvarelsen af spørgsmål 1 (udtalelse af 5. februar 2014) fundet, at det er en fejl, at man ikke har fokuseret på og/eller erkendt tilstedeværelsen af fri luft i abdomen, inden der blev foretaget desufflation.

Retslægerådet har ved besvarelsen af spørgsmål B konkluderet, at den koloskopiske desufflation den 15. september 2009 forværrede den forudbestående perforation.

Ved besvarelsen af spørgsmål 3 har Retslægerådet fundet, at der er en over-

vejende sandsynlighed for (større end 50 %), at den mængde øgede fri luft, der fremstod ved røntgenundersøgelsen den 16. september 2009, var betinget af koloskopien, og derved er det en bekræftelse på spørgsmålet om, hvorvidt kikkertundersøgelsen kan være årsag til den perforering, der skete.

I besvarelsen af spørgsmål 4 har Retslægerådet angivet, at den foretagne kikkertundersøgelse ikke har været i overensstemmelse med almindelige kendte retningslinjer.

Sagen bør tilbagegives til Ankenævnet for Patienterstatning med henblik på at afgøre berettigelsen af erstatningen – herunder størrelsen af denne, der skal fastsættes med baggrund i det ekstremt belastende sygeforløb, der har været, med blandt andet flere operationer og anlæggelse af stomi.

Sagsøgte har i påstandsdokument af 23. oktober 2015 anført følgende:

En patient er berettiget til erstatning efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, hvis følgende betingelser er opfyldt:

Patienten skal ved behandlingen, undersøgelsen m.v. med overvejende sandsynlighed være påført en fysisk skade, jf. lovens § 19, stk. 1, jf. § 20, stk. 1. Følger af grundsygdommen, som patienten blev behandlet for, erstattes ikke. Endvidere skal skaden med overvejende sandsynlighed være forvoldt på en af de i § 20, stk. 1, nr. 1-4, anførte måder.

Efter § 20, stk. 1, nr. 1, er patienten berettiget til erstatning, hvis en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes ved behandlingen, hvorved skaden ville være undgået.

Efter § 20, stk. 1, nr. 4, er man berettiget til erstatning, såfremt patienten er påført en skade, der er mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed må tåle. Der inddrages i denne vurdering skadens alvor og sjældenhed.

Ved afgørelse af 31. august 2011 (bilag 1) tiltrådte Patientskadeankenævnet (nu Ankenævnet for Patienterstatningen), som det nærmere er begrundet i afgørelsen, Patientforsikringens afgørelse af 8. oktober 2010 (bilag 2) om, at **A** ikke var blevet påført en skade i henhold til erstatning efter klage- og erstatningsloven.

Sagsøgte er et af lovgiver udpeget kollegial organ, hvor blandt andet medvirker to sagkyndige medlemmer inden for lægevidenskab. Der skal derfor være et sikker grundlag for at tilsidesætte sagsøgtens afgørelse, og bevisbyrden herfor er

As

Denne bevisbyrde har **A** ikke løftet.

Retslægerådet har godt nok modsat Ankenævnet vurderet, jf. besvarelsen af spørgsmål 1 (udtalelse af 5. februar 2014), at det var en fejl, at man ikke fokuse-

rede på og/eller erkendte tilstedeværelsen af fri luft i abdomen, inden der blev foretaget desufflation. Retslægerådet anfører videre, at denne procedure (koloskopisk desufflation) er kontraindiceret ved mistanke om tarmp perforation, da det kan forværre en mindre og måske ikke operationskrævende mikroperforation.

Retslægerådet har imidlertid samtidig i svaret på det supplerende spørgsmål C (udtalelse af 20. januar 2015) anført, at den primære årsag til operationen den 20. august 2009 med delvis fjernelse af tyktarm og anlæggelse af stomi primært var **AS** grundlidelse (i form af Ogilvies syndrom og perforation af tarmen) – mens koloskopien var medvirkende.

Retslægerådet har endelig i besvarelsen på spørgsmål E (udtalelse af 29. juni 2015) anført, at **A**, med mere end 50 % sandsynlighed ville være blevet opereret alene som følge af hendes grundlidelse.

A har dermed – selvom en erfaren specialist ville have afstået fra koloskopi – ikke påvist, at hun blev påført en skade, der kunne være undgået, jf. § 20, stk. 1, nr. 1.

A opfylder heller ikke betingelserne for anerkendelse i henhold til klage- og erstatningsadgangslovens § 20, stk. 1, nr. 4.

Ankenævnet vurderede med rette, at den hændelige skade ikke med overvejende sandsynlighed er mere omfattende end, hvad **A**, med rimelighed måtte tåle, når der tages hensyn til dels skadens alvor, dels patientens sygdom og helbredstilstand i øvrigt samt skadens sjældenhed og mulighederne for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning.

Ankenævnet lagde ved sin afgørelse vægt på, at skaden ikke er tilstrækkelig alvorlig bl.a. henset til, at det var nødvendigt at foretage kejsersnit for at sikre, at børnene blev født raske og levende, da der i modsat fald ville have været fare for børnenes liv og helbred.

Ankenævnet lagde i den forbindelse bl.a. også vægt på, at **A** har haft gener i form af et belastende sygeforløb med blandt andet flere operationer og anlæggelse af stomier, men at stomierne er lagt tilbage ved en vellykket og ukomplikeret operation i november 2009, hvorefter funktionerne blev genetableret, og at **A** på nuværende tidspunkt har gener i form af arbrok, som skal afhjælpes ved operation, samt kosmetiske gener og en aftagende psykisk eftervirkning.

Vedrørende sagens omkostninger er det gjort gældende, at retten telefonisk har oplyst, at **A** ved anlæggelsen af sagen har opgjort sagsværdien til 150.000 kr., og at arbejdet med sagen har været mere omfangsrigt end sædvanligt, idet sagen har været forelagt for Retslægerådet tre gange, hvilket bør inddrages i opdagende retning ved udmålingen af sagsomkostninger.

Parterne har i det væsentligste procederet i overensstemmelse hermed.

Rettens begrundelse og afgørelse

Retten lægger indledningsvis til grund, at det foretagne kejsersnit var indiceret og udført i overensstemmelse med almindeligt anerkendte retningslinjer og var i overensstemmelse med erfaren specialist-standard.

A fik herefter konstateret Ogilvies syndrom. På baggrund af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål A lægger retten til grund, at der allerede forud for kikkertundersøgelsen var fri luft i maven. Retten lægger endvidere på baggrund af Retslægerådets besvarelse af spørgsmålene 1, 3, 4, B og C til grund, at det var en fejl, at man ikke fokuserede på og/eller erkendte, at der var fri luft i maven, at kikkertundersøgelsen var kontraindiceret ved mistanke om perforation af tarmen, at den øgede mængde luft i maven den 16. december 2009 med mere end 50 % sandsynlighed var betinget af kikkertundersøgelsen, og at denne var medvirkende årsag til operationen den 20. august 2009.

Det fremgår imidlertid samtidig af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål E, at grundlidelsen i form af Ogilvies syndrom og tarmperforation alene med mere end 50 % sandsynlighed ville have ført til operation, samt af besvarelsen af spørgsmål 1, at man efter beskrivelsen af symptomer på tarmperforation den 17. august 2009 håndterede situationen korrekt, idet det primært er den kliniske tilstand, der er afgørende for valget mellem operation og mere konservativ behandling.

På denne baggrund finder retten, at det ikke på det foreliggende grundlag er tilstrækkeligt sandsynliggjort, at **AS** komplikationer helt eller delvist ville være undgået, hvis man havde fulgt erfaren specialist-standard. Betingelserne i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenets § 20, stk. 1, nr. 1, findes således ikke at være opfyldt.

For så vidt angår vurderingen efter lovens § 20, stk. 1, nr. 4, er det ubestridt mellem parterne, at der i **AS** tilfælde var tale om en sjælden komplikation.

Det indgår endvidere i vurderingen, at **A** har gennemgået blandt andet et langt og belastende sygdomsforløb med flere operationer og anlægelse af stomi, at stomierne er lagt tilbage ved en vellykket operation, og at der efter **AS** forklaring er opereret for arbrok, men fortsat er smerter fra arvæv, og udestår en kosmetisk operation.

Retten finder imidlertid efter en samlet vurdering ikke tilstrækkeligt grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets (nu Ankenævnet for Patienterstatnings) vurdering, hvorefter **AS** komplikationer ikke er tilstrækkeligt alvorlige set i forhold til grundlidelsen, der ubehandlet kunne have medført fare for børnenes udvikling eller liv, til at lovens betingelser er opfyldt. Retten finder herunder ikke, at det forhold, at der var tale om et

planlagt kejsersnit, på det foreliggende grundlag kan føre til andet resultat.

Ankenævnet for Patienterstatningens frifindelsespåstand tages således til følge.

Henset til sagens værdi, udfald og forløb skal **A** betale sagsomkostninger med 45.000 kr. inkl. moms til dækning af udgift til advokatbistand til Ankenævnet for Patienterstatningen.

Thi kendes for ret:

Ankenævnet for Patienterstatningen frifindes.

A skal inden 14 dage betale 45.000 kr. i sagsomkostninger til Ankenævnet for Patienterstatningen.

De idømte sagsomkostninger forrentes efter rentelovens § 8 a.

Mette Undall-Behrend
dommer

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Københavns Byret, den 4. december 2015.

Birthe Plum, kontorfuldmægtig