



RETEN I ESBJERG
DOM
afsagt den 27. februar 2019

Sag BS-1541/2016-ESB

A
(advokat Charlotte Gransøe)

mod

Ankenævnet for Patienterstatningen
(Kammeradvokaten v/ advokat Anders Bang Mønster Hansen v/ advokatfuldmægtig Katarina Rasmussen)

Denne afgørelse er truffet af dommer Aage Flebo.

Sagens baggrund og parternes påstande

Denne sag, der er anlagt den 18. august 2016, vedrører prøvelse af en afgørelse fra Ankenævnet for Patienterstatningen.

A har påstået principalt, at Ankenævnet for Patienterstatningen skal tilpligtes at anerkende, at A ved behandlingen på Hospital X fra den 15. august 2012 og frem blev påført en patientskade, jf. § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, nr. 1 eller 4 i lov nr. 24 af 21. januar 2009, subsidiært, at sagen skal hjemvises.

Ankenævnet for Patienterstatningen har påstået frifindelse.

Sagens oplysninger

Af Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse af 11. august 2016 fremgår:

"...

AFGØRELSE

Ankenævnet for Patienterstatningen er enig i Patienterstatningens afgørelse af 5. februar 2016, som derfor stadfæstes.

A har ikke ret til erstatning for den skade, der skete som følge af behandlingen.

...

Begrundelse for afgørelsen

Ankenævnet for Patienterstatningen er enig i, at A ikke har ret til erstatning efter § 20, stk. 1, og nr. 4, i klage- og erstatningsloven.

Skaden i form af hul i sammensyningen af spiserør og tyndtarm efter operationen den 15. august 2012 er ikke mere omfattende, end hvad A med rimelighed må tåle.

Ankenævnet bemærker følgende til afgørelsen:

A er med overvejende sandsynlighed påført skade i form af hul i sammensyningen af hendes spiserør og tyndtarm som en komplikation til operationen den 15. august 2012.

Operationen den 15. august 2012 og den efterfølgende behandling blev udført, som en erfaren specialist på det pågældende område ville have gjort under de givne forhold.

Der var lægeligt grundlag for at udføre operationen den 15. august 2012. Operationen blev foretaget, fordi A havde svært nedsat funktion af spiserøret, svært nedsat tømningshastighed af mavesækken for så vidt angår både flydende og fast føde samt dumping syndrom som fastslået ved undersøgelse i Belgien.

Ved operationen blev mavesækken og et stykke af den nederste del af spiserøret fjernet, og på grund af svære sammenvoksninger i vævet som følge af tidligere operative indgreb blev enderne af tyndtarmen og spiserøret syet sammen.

Der opstod efter operationen hul i sammensyningen mellem spiserøret og tyndtarmen.

Efter ankenævnets vurdering var dette hul sammensyningen med overvejende sandsynlighed en hændelig komplikation til operationen, som op-

stod, selvom operationen blev udført, som en erfaren spedalist ville have gjort.

Til klagen bemærker ankenævnet, at hullet i sammensyningen ikke med overvejende sandsynlighed skete, fordi der ikke blev fjernet nok af spiserøret og derved syet i sygt og slapt væv. Det er ikke overvejende sandsynligt, at et hul i sammensyningen var undgået ved fjernelse af yderligere væv.

Ankenævnet henviser i øvrigt til, at der efter operationen ved flere gastroskopier blev påvist god passage ved det sammensyede væv og ingen tegn på tilbageholdt føde ved sammensyningen. Operationen fik dermed den ønskede effekt at skabe passage gennem spiserør og tyndtarm. A har dog fortsat gener.

Hendes nuværende gener skyldes dog ikke med overvejende sandsynlighed operationskomplikationen i form af hul i sammensyningen, idet hendes gener og tilstand med overvejende sandsynlighed skyldes hendes alvorlige sygdomme, som ikke kan helbredes.

Efter ankenævnets vurdering er skaden i form af hul i sammensyningen af spiserør og tyndtarm ikke sjældnen i klage- og erstatningslovens forstand. Det skyldes, at denne komplikation sker i mere end to procent af de lignende tilfælde, hvor man opererer for svært nedsat funktion af spiserøret.

Ankenævnet vurderer også, at skaden ikke er tilstrækkelig alvorlig til at give ret til erstatning efter loven. Den konkrete skade medførte med overvejende sandsynlighed et forlænget og mere kompliceret sygeforløb for hende. Skaden er dog ikke årsagen til A's nuværende gener, og hun har således ikke varige følger efter operationskomplikationen.

A blev behandlet for en særdeles alvorlig tilstand begrundet i mangeårig svært nedsat funktion af spiserøret, svært nedsat tømning-besvær af mavesækken kombineret med dumpingsyndrom.

Generne som følge af skaden er ikke mere omfattende, end hvad A med rimelighed må tåle.

På den baggrund vurderer ankenævnet, at A ikke har ret til erstatning efter reglerne i klage- og erstatningsloven.

Ankenævnet stadfæster derfor Patienterstatningens afgørelse af 5. februar 2016.
..."

Af Retslægerådets erklæring af 23. august 2017 fremgår:

"...

Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet besvare de stillede spørgsmål således:

Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes oplyse om operationen den 15. august 2012 blev udført i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer? Besvarelsen bedes begrundet.

Retslægerådet vurderer, at det kirurgiske indgreb blev udført efter grundige overvejelser, diagnostiske undersøgelser og konference med specialister på området. Der var holdepunkt for en sjældent forekommende dysfunktion af både spiserøret og mavesækken med nedsat motilitet. Patienten, som havde haft et alvorligt vægttab, var svært plaget af reduceret fødepassage trods tidligere kirurgisk behandling. Både indikationen for operationen og den tekniske gennemførelse af denne findes at være i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægelige retningslinjer.

Spørgsmål 2:

Rerslægerådet bedes oplyse i hvor mange procent af tilfældene, der opstår hul i sammensyningen ved operationer som den foretagne den 15. august 2012? Besvarelsen bedes begrundet.

Raten af anastomoselækage er rapporteret mellem 3-14%. Fra dansk Esophagus, Cardia, - og Ventrikelkarcinom database er indikatorværdien <5 %. I 2016 var forekomsten 4,6 %.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet bedes beskrive A's grundlidelse og de normale, forventelige følger af denne? Besvarelsen bedes begrundet.

Sagsøger led at svært nedsat funktion af spiserørets motorik (achalasia oesphagi) og nedsat tømningsevne af mavesækken, samt dumping påvist ved specialistundersøgelse i Belgien i marts 2012.

De forventelige følger heraf svarer til sagsøgers beskrevne symptomer i form af reduceret fødepassage, vægttab, smerter, kvalme, sure opstød og opkastninger.

Spørgsmål 4:

Retslægerådet bedes beskrive hvilken prognose, der normalt er ved behandling af grundlidelsen? Besvarelsen bedes begrundet.

Spørgsmålet lader sig ikke besvare. Der savnes opgørelser af kombinationen af svær achalasia oesophagi og hæmmet tømning af mavesækken, da kombinationen af de to tilstande er sjælden. Der henvises ligeledes til besvarelsen af spørgsmål 3.

Spørgsmål 5:

Retslægerådet bedes oplyse, hvorvidt grundsygdommen ubehandlet ville have medført nærliggende risiko for alvorlig invaliditet eller død?

Retslægerådet finder, at grundsygdommen ubehandlet ville have været forbundet med en øget risiko for både invaliditet og død på grund af svær underernæring.

Spørgsmål 6:

Retslægerådet bedes oplyse om A ved undersøgelse og behandling på Hospital X fra den 15. august 2012 og frem med ovenvejende sandsynlighed (mere end 50 procent) blev påført en skade? Besvarelsen bedes begrundet.

Herunder bedes Retslægerådet oplyse, hvori skaden består.

Ja, skaden bestod i efterfølgende udvikling af en kendt komplikation (lækage af sammensyning mellem spiserør og tyndtarmen) med deraf følgende yderligere komplikationer samt med komplikationer i form af betændelse i venstre brystkassehalvdel, som medfører adskillige ekstra kikkundersøgelser og drænanlæggelser i venstrebrystkassehalvdel samt ekstra operation i brystkassen med oprensning (dekortikation) af lungen for at sanere infektion og for at få lungen til at ekspandere igen. Månedlangt indlæggelsesforløb.

Spørgsmål 7:

Retslægerådet bedes oplyse om A's behandlingsforløb på Hospital X fra den 15. august 2012 er forløbet normalt? Besvarelsen bedes begrundet.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 4.

Spørgsmål 8:

Ved benægtende svar på spørgsmål 7, bedes Retslægerådet oplyse hvordan A's forløb med behandling af akalasi adskiller sig? Besvarelsen bedes begrundet.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 7 og 4.

Spørgsmål 9:

Retslægerådet bedes oplyse i hvor mange procent af tilfældene behandling af akalasi forløber som i A's tilfælde? Besvarelsen bedes begrundet.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 4.

Spørgsmål 10:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

A. Er det Retslægerådets vurdering, at sagsøgerens nuværende gener med overvejende sandsynlighed er forårsaget af

- a) Sagsøgerens grundlidelser i form af achalasia cardia og/eller dumping syndrom,
- b) Operationen den 15. august 2012.
- c) En kombination af a) og b, eller
- d) Andre forhold

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

B. Retslægerådet bedes vurdere, om det er overvejende sandsynligt, at et hul i sammensyningen, som opstået hos sagsøgeren, kunne have været undgået ved fjernelse af yderligere væv af spiserør og tyndtarm under operationen den 15. august 2012.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Nej.

A a)Ja.

A b)Nej

A c)Nej

A d) Dumping syndrom. Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 3.

Ved opfølgning efter operationen er der sikret sufficient passage i sammensyningen (anastomosen) mellem spiserøret og tyndtarmen, hvorfor sagsøgers fortsatte symptomer må tilskrives den nedsatte motilitet som følge af achalasi i den efterladte del af spiserøret.

B. Nej. En højere sammensyning på spiserøret må formodes at øge risikoen for lækage, og der er intet lægevidenskabeligt holdepunkt for at fjernelse af et parti af tyndtarmen uafhængigt ville have nedsat risikoen herfor. Desuden indebærer en højere sammensyning af spiserøret en thorakotomi samtidig med deraffølgende højere morbiditets- og mortalitetsrisiko for patienten.

..."

Forklaring

A har forklaret, at hun i 13-års alderen begyndte at kaste op. Hun var teenager, og man troede, at det var anoreksi. Det blev konstateret, at hun lider af akalasi. Hun levede et almindeligt ungdomsliv. Hun gik på efterskole, dyrkede gymnastik på eliteplan og var aktiv i FDF, hvor hun mødte B De boede i Canada og Florida. Hun arbejdede på fuld tid, og hun fik to dejlige børn på trods af sin akalasi. Børnene blev født i 2007 og 2009 og er nu 11 og 9 år.

I 2010 fik hun dumpingsyndrom i form af blandt andet smerter efter måltiderne. Hun har fået foretaget en række ballonudvidelser. Hun arbejdede da på et plejecenter i Tistrup.

Hun er blevet fulgt af professor Læge 1. Han mente, at hun skulle give operationen et år for at mærke den fulde effekt af den. Hun fik revalidering og læste til socialrådgiver i et år. Det gik ikke. Forvaltningen og lægerne mente, at hun skulle have pension. Det var hun ikke parat til.

I 2010-2011 spiste hun normalt. Hun kunne en teknik med at presse maden ned med væske. Hun havde taget 25 kg på under graviditeten. Hendes normalvægt inden graviditeten var 41-42 kg. Da hun vejede 39 kg havde hun reelt kun tabt sig 2-3 kg i forhold hendes normalvægt. Hun havde ikke kvalme. Hun havde opkastninger og smerter i forbindelse med sure opstod, men hun kunne lave en normal tilværelse.

Efter operationen har hun ud over de symptomer, Retslægerådet har beskrevet i svaret på spørgsmål 3, haft mange andre gener. Hun har kroniske smerter. Hun spiser 34 piller hver dag, hun får indsprøjtninger hver anden dag, og medicinudgiften har de sidste 10 måneder været 40.000 kr. Hun har leverskade. Hendes tænder er ødelagt på grund af utilstrækkelig kost. Hun har haft blodpropper. Hun kan ikke længere danne B12. Hendes tarme står helt stille, så hun kan ikke selv komme af med afføringen. Hun får afføringsmedicin af samme type, som man giver til patienter, der ligger i koma. Man er begyndt at tale om en stomi. Der kan gå op til 16 dage mellem hendes toiletbesøg. Hun har fået indopereret en sonde i hjertet. 10 timer i døgnet er hun bundet til en maskine for at få næring. Hun optager ikke længere næring gennem tarmene.

Læge 1 har sagt til hende, at han, da hun lå på operationsbordet, var i tvivl, om han skulle fjerne 5-10 cm af spiserøret. Spiserøret var udvidet et stykke op. Han har sagt, at han efterfølgende har fortrudt, at han ikke tog et stykke mere af spiserøret. Han har også sagt, at det er bristningen i sammensyningen, der er årsagen til hendes gener. Han har flere gange sagt til hende, at operationen aldrig skulle have været foretaget.

Hun har flere problematikker, herunder motorikbesværet. Hun er et enestående tilfælde. Læge 1 sagde, at operationen er lavet på kræftpatienter, men ikke på en patient som hende.

Hun var til undersøgelse i Belgien. Hun har ikke i Belgien drøftet spørgsmålet om fjernelse af hele mavesækken. Hun har aldrig fået konklusionen fra Belgien at vide. Den så hun først, at hun så journalen dernede fra. Hvis hun havde kendt til den belgiske konklusion, havde hun ikke sagt ja til operationen i 2012.

Inden operationen fik hun at vide, at hun ville få et liv uden dumpingsyndrom og uden opkastninger. Hun skulle spise små, hyppige måltider, og det var hun helt indforstået med. Hun glædede sig til at få operationen lavet. Lægerne talte ikke om risiciene ved operationen. Hvis hun ikke var blevet opereret, ville hun fortsat have smerter efter måltiderne. Formålet med operationen var netop at komme disse smerter og opkastningerne til livs. Hun fik at vide, at der ville gå 14 dage efter operationen.

Hun har efter operationen været afskåret fra almindeligt socialt liv. Hun har været indlagt det meste af tiden og har været meget væk fra sine døtre. Man har meget oftere end forventet måttet skifte kateter. Hendes vener er ved at være brugt op. Hun har siden operationen haft et liv, hvor hun ikke har kunnet være til stede for sine børn og sin mand. På søndag skal hun for 7. gang ud af de sidste 8 år fejre sin fødselsdag på OUH. Hendes børn er angste for at miste deres mor. Det er et timeglas, der render ud, i og med de snart ikke kan lægge et kateter mere.

Parternes synspunkter

Af A's påstandsdokument fremgår:

"...

ANBRINBENDER:

Det gøres overordnet gældende, at der er det fornødne sikre grundlag for tilsidesættelse af Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse af 11. august 2016.

Det gøres gældende, at A ved operationen den 15. august 2012 blev påført en skade, da der gik hul på sammensyningen af spiserøret og tarmen, jf. KEL § 19, stk. 1 og § 20, stk. 1.

Det gøres gældende, at operationen den 15. august 2012 ikke blev udført i overensstemmelse med erfaren specialiststandard. Der burde i forbindelse med operationen være fjernet mere af spiserøret, så sammensyningen var sket på helt frisk væv og ikke syg væv. Dermed havde det kunnet hele bedre, og risikoen for en bristning sammensyningen ville derved have været mindsket. Retslægerådet medgiver da også i besvarelsen af spørgsmål 6 at A er blevet påført en skade i forbindelse med behandlingen i form af en bristning i sammensyningen.

Det gøres i forlængelse heraf gældende, at operationskomplikationen i form af hul i sammensyningen af spiserør og tyndtarm er en sjælden, og i A's tilfælde, en alvorlig komplikation. Dette fordi lidelsen her må ses i sammenhæng med de ekstraordinære komplikationer det har medført for A's helbredstilstand i øvrigt.

Retslægerådets besvarelse i spørgsmål 2 ændrer ikke herpå, idet man derved alene udtaler sig omkring forekomsten af bristninger i sammensyningen, mens man altså ikke forholder sig til de komplikationer og gener bristningen har medført for A konkret. Besvarelsen i spørgsmål 3 siger således ikke noget omkring den konkrete sjældenhed.

Det gøres endvidere gældende, at komplikationerne efter A's behandlingsforløb af hendes akalasi samlet set går ud over hvad hun med rimelighed må tale, jf. KEL § 20, stk. 1, nr. 4.

Der henvises særligt til lægelig udtalelse fra Læge 2, bilag 5, hvorefter det fremgår, at A "...Har på alle måder måttet lide med følgetilstande efter behandlingen af akalasi, som er langt ud over, hvad man vil anse for sædvanligt eller rimeligt i forhold til grundsygdommen."

Derved indikerer den behandlende lægelige ekspertise altså, at grundsygdommen antageligt ikke i sig selv ville medføre tilsvarende invaliderende komplikationer for A. Der var altså ikke noget forud for operationen som indikerede, at A's sygdom ville udvikle sig i samme retning desuagtet operationsforløbet.

At Retslægerådet videre i besvarelsen af spørgsmål 5 angiver, at A's grundsygdom ubehandlet ville have været forbundet med øget risiko for invaliditet og død må derfor også tolkes med nogen tvivl, idet

retslægerrådet netop i spørgsmål 4 angiver at der ikke findes opgørelser af sager med netop den kombination af lidelser som A har.

Faktum er i den forbindelse, at A forud for operationen havde mere betydeligt livskvalitet og helbredsmæssig funktionalitet end det er tilfældet i dag. Derved står de efterfølgende komplikationer altså i et betydeligt misforhold til det symptombillede som A's grundlæggende gav forud for operationsforløbet.

Operationsforløbet og de efterfølgende komplikationer har således i dag medført, at A sidder tilbage med betydelige kroniske smerter, øget træthed, hyppige blodforgiftninger, kramper og manglende evne til at optage næring hvilket står i væsentligt misforhold til hendes symptombillede forud for operationen.

Belgiske læger med ekspertise indenfor området rådede da også til, at man afstod fra operation, men i stedet forsøgte anden behandling, dette fremgår af sagens bilag 18.

Sammenfattende gøres det således gældende, at A er blevet påført en patientskade, jf. § 19, stk. 1 og § 20, stk. 1, nr. 1 eller 4 i forbindelse med operationsforløbet på Hospital X .
..."

Af Ankenævnet for Patienterstatningens påstandsdokument fremgår:

"...

Anbringender

Til støtte for den nedlagte påstand gøres det overordnet gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse af 14. august 2015 (bilag 8), hvorved ankenævnet vurderede, at A ikke ved behandlingen den 15. august 2012 og frem på Hospital X blev påført en erstatningsberettigende skade, jf. § 19, stk. 1, jf. § 20, stk. 1 i klage- og erstatningsloven.

En patient er berettiget til erstatning efter klage- og erstatningsloven, hvis følgende betingelser er opfyldt: Patienten skal ved undersøgelsen, behandlingen m.v. med overvejende sandsynlighed være påført en skade, jf. lovens § 19, stk. 1, jf. § 20, stk. 1. Endvidere skal skaden med overvejende sandsynlighed være forvoldt på en af de i § 20, stk 1, nr. 1-4, anførte måder.

Det er alene følger af behandlingen, der berettiger til erstatning efter loven. Følger af selve grundlidelsen og dens normale forløb berettiger ikke til erstatning efter loven.

Ankenævnet har på grund af sin sammensætning, der bla. omfatter medlemmer med lægevidenskabelig baggrund, brugen af lægekonsulenter og gennem behandlingen af et stort antal sager, en særlig erfaring i at bedømme sager efter klage- og erstatningsloven. og der skal derfor være et sikkert grundlag for at tilsidesætte afgørelsen, jf. FED 2007.161V.

Det er sagsøgeren, der har bevisbyrden for, at der er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse. Denne bevisbyrde har A ikke løftet.

For så vidt angår betingelsen i klage- og erstatningslovens § 19, stk. 1, har A ikke godtgjort et grundlag for at tilsidesætte ankenævnets vurdering af at hendes nuværende gener ikke med overvejende sandsynlighed er forårsaget af operationskomplikationen i form af hul i sammensyningen af hendes spiserør og tyndtarm, og vurderingen af at skaden i form af hul i sammensyningen af A's spiserør og tyndtarm ikke medførte varige følger.

A har heller ikke godtgjort et grundlag for at tilsidesætte ankenævnets vurdering af, at A's nuværende gener med overvejende sandsynlighed skyldes hendes alvorlige og uhelbredelige grundsygdomme, achalasia cardia og dumping syndrom, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 10A.

§ 20, stk. 1, nr. 1

Efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1, ydes der erstatning, hvis en erfaren specialist under de samme forhold ville have handlet anderledes ved behandlingen, undersøgelsen m.v., og at skaden derved ville være undgået.

A har ikke godtgjort, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes end sket ved behandling på Hospital X i perioden fra den 15. august 2012 og frem.

I den forbindelse gøres det gældende, at der var lægelig indikation for at udføre operationen den 15. august 2012. Der var indikation for operationen, idet A havde en svært nedsat funktion af spiserøret, svært nedsat tømningshastighed af mavesækken, for så vidt angår både flyde og fast føde, samt dumping syndrom som fastslået ved undersøgelse

i Belgien (bilag 2 og bilag 3). Det understøttes endvidere af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1.

Det bestrides som udokumenteret, at det under operationen den 15. august 2012 opståede hul i sammensyningen mellem spiserøret og tyndtarmen med overvejende sandsynlighed skete, fordi der ikke blev fjernet nok af spiserøret, og sygt og slapt væv blev som følge deraf syet sammen.

A har ikke godtgjort, at det er overvejende sandsynligt, at et hul i sammensyningen kunne have været undgået ved fjernelse af yderligere væv under operationen den 15. august 2012, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 10B.

Dertil kommer, at der efter operationen ved flere gastroskopier, herunder gastroskopi af 26. august 2012 (bilag 3), blev påvist god passage ved det sammensyede væv og ingen tegn på tilbageholdt føde ved sammensyningen. Operationen fik dermed den ønskede effekt ved at skabe passage gennem spiserør og tyndtarm.

Det gøres afslutningsvis gældende, at hullet i sammensyningen med overvejende sandsynlighed var en hændelig komplikation til operationen den 15. august 2012. Skaden opstod, selvom operationen blev udført i overensstemmelse med specialiststandard.

Klage- og erstatningslovens § 29, stk. 1, nr. 1

Efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, ydes der erstatning, hvis der som følge af behandlingen indtræder skade i form af komplikationer, der er mere omfattende end, hvad patienten med rimelighed må tåle.

Ved denne vurdering skal der tages hensyn til skadens alvor i relation til karakteren og alvoren af patientens grundsygdom. Jo mere alvorlig patientens grundsygdom er, des mere betydelig risiko for skader må accepteres.

Derudover skal skadens sjældenhed tages i betragtning, idet der efter fast praksis kun kan ydes erstatning for komplikationer, der erfaringsmæssigt indtræder i mindre end 2 % af tilsvarende tilfælde.

Efter fast praksis er det en betingelse for erstatningsberettigelse efter § 20, stk. 1, nr. 4, at de i ordlyden udtrykte kriterier om sjældenhed og alvorlighed begge er opfyldte.

A har ikke godtgjort, at skaden i form af hul i sammensyningen af hendes spiserør og tyndtarm opfylder sjældenhedskriteriet i klage- og erstatningslovens forstand. Denne komplikation forekommer i mere end 2 % af lignende tilfælde, hvor der opereres for svært nedsat funktion af spiserøret, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 2.

Hertil kommer, at A heller ikke har godtgjort, at skaden i form af hul i sammensyningen er tilstrækkelig alvorlig til at berettige til erstatning i henhold til klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4. Ankenævnet vurderede med rette, at den konkrete skade med overvejende sandsynlighed alene medførte et forlænget og mere kompliceret sygeforløb.

Det gøres i den forbindelse gældende, at A's grundsygdom er af særdeles alvorlig karakter, da hun lider af mangeårig svært nedsat funktion af spiserøret og svært nedsat tømningsbesvær af mavesækken kombineret med dumpingsyndrom. Det fremgår desuden af Retslægerådets besvarelsen af spørgsmål 5, at "...grundsygdommen ubehandlet ville have været forbundet med en øget risiko for både invaliditet og død på grund af svær underernæring."

A har således ikke godtgjort, at der er en skade, der i relation til hendes grundlidelse og helbredstilstand i øvrigt er tilstrækkelig sjælden og alvorlig. Derfor er der ikke grundlag for at anerkende skaden i form af hul i sammensyningen af hendes spiserør og tyndtarm som omfattet af klage- og erstatningslovens 20, stk. 1, nr.4.
..."

Parterne har under hovedforhandlingen procederet i overensstemmelse med det i påstandsdokumenterne anførte.

Rettens begrundelse og afgørelse

Ved operationen den 15. august 2012 blev mavesækken og et stykke af den nederste del af spiserøret fjernet, og enderne af tyndtarmen og spiserøret blev syet sammen. Efter operationen opstod der hul i sammensyningen mellem spiserøret og tyndtarmen.

Efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1, ydes erstatning, hvis skaden i form af det opståede hul i sammensyningen mellem spiserøret og tyndtarmen med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en sådan måde, at det må antages, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes ved undersøgelsen eller behandlingen, hvorved skaden ville være undgået.

Efter Retslægerådets svar på spørgsmål 1 lægger retten til grund, at operationen blev udført efter grundige overvejelser, diagnostiske undersøgelser og konference med specialister på området, og at indikationen for operationen var i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægelige retningslinjer.

Konklusionen i brevet af 25. januar 2012 fra Hospital Y, Belgien, hvor A har indlagt fra den 19. til den 25. januar 2012, og hvoraf fremgår, at man foreslog at behandle med Sandostatin og foreløbigt vente med en operation, kan ikke føre til en anden vurdering af spørgsmålet, om der var indikation for operationen. Retten har herved lagt vægt på professor Læge I's journalnotat af 22. juni 2012, hvoraf fremgår blandt andet, at der havde været effekt af Sandostatinbehandling, men at A's hovedproblem aktuelt var synkebesvær, og at man derfor overvejede en fjernelse af mavesækken og den nederste del af spiserøret.

Efter Retslægerådets svar på spørgsmål 1 lægger retten videre til grund, at den tekniske gennemførelse af operationen var i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægelige retningslinjer.

Efter Retslægerådets svar på spørgsmål B lægger retten til grund, at det ikke er overvejende sandsynligt, at et hul i sammensyningen mellem spiserøret og tyndtarmen kunne have været undgået ved fjernelse af yderligere væv af spiserør og tyndtarm.

På baggrund af det anførte er der ikke grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse vedr. klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1.

Efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, ydes erstatning, hvis skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en sådan måde, at der som følge af undersøgelse og 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.

Som anført opstod der efter operationen hul i sammensyningen mellem spiserøret og tyndtarmen. Det fremgår af Retslægerådets svar på spørgsmål 6, at der som følge heraf opstod komplikationer i form af betændelse i venstre brystkassehalvdel, som medførte adskillige ekstra kikkertundersøgelser og drænanlæggelser i venstre brystkassehalvdel samt ekstra operation i brystkassen med oprensning af lunge for at sanere infektion og for at få lungen til at ekspandere igen. Endelig fremgår, at der var tale om et månedlangt indlæggelsesforløb.

Efter Retslægerådets svar på spørgsmål 2 lægger retten til grund, at hul i sammensyningen ved operationer som den foretagne forekommer i mere end 2 % af tilfældene, hvilket overstiger den i praksis fastsatte grænse på 1-2 % for at anse skaden for sjælden.

Det fremgår af Retslægerådets svar på spørgsmål 3 og 5, at A led af svært nedsat funktion af spiserørets motorik og nedsat tømningsevne af mavesækken samt dumping, at de forventelige følger heraf svarer til de beskrevne symptomer i form af reduceret fødepassage, vægttab, smerter, kvalme, sure opstød og opkastninger, og at grundsygdommen ubehandlet ville have været forbundet med en øget risiko for både invaliditet og død på grund af svær underernæring.

Sammenholdes komplikationen, der ikke er sjælden, med A's grundsygdom, der er alvorlig, finder retten, at der ikke er et sikkert grundlag for at tilsidesætte ankenævnets vurdering af, at skaden ikke er tilstrækkeligt alvorlig til at give ret til erstatning efter loven.

Efter Retslægerådets svar på spørgsmål A lægger retten til grund, at A's nuværende gener ikke er en følge af operationen den 15. august 2012, men derimod en følge af grundsygdommen. Der er herefter ikke grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse for så vidt angår hendes nuværende gener.

Der er herefter ikke grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse vedr. klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4.

Samlet tages Ankenævnet for Patienterstatningens påstand om frifindelse herfter til følge.

Efter sagens udfald sammenholdt med parternes påstande skal A betale sagsomkostninger til Ankenævnet for Patienterstatningen med 75.000 kr. til dækning af udgift til advokatbistand.

Beløbet er fastsat inklusiv moms, da Ankenævnet for Patienterstatningen ikke er momsregistreret. Retten har ved fastsættelsen af beløbet lagt vægt på sagens økonomiske værdi og omfang, herunder at sagen har været forelagt for Retslægerådet.

Thi kendes for ret

Ankenævnet for Patienterstatningen frifindes.

A skal til Ankenævnet for Patienterstatningen betale 75.000 kr. i sagsomkostninger.

Det idømte beløb skal betales inden 14 dage.

Sagsomkostningerne forrentes efter rentelovens § 8 a.



Vejledning

Retten har afsagt dom i sagen.

Hvis du er utilfreds med afgørelsen, kan du som udgangspunkt anke dommen til landsretten. Hvis du kun er utilfreds med dommens afgørelse om sagsomkostninger, kan du kære denne del af afgørelsen til landsretten.

Ikke alle afgørelser kan ankes eller kæres

Dommen kan kun ankes, hvis forskellen mellem byrettens dom og det resultat, du ønsker at opnå i landsretten, er over 20.000 kr. Hvis forskellen er mindre, skal du have tilladelse fra Procesbevillingsnævnet for at anke.

Landsretten kan afvise at behandle en ankesag, hvis landsretten vurderer, at der ikke er udsigt til, at sagen vil få et andet udfald i landsretten.

Du kan kun kære afgørelser om sagsomkostninger, hvis omkostningsbeløbet er fastsat til mere end 20.000 kr., eller hvis retten har bestemt, at ingen af parterne skal betale sagsomkostninger, og du kræver, at modparten skal betale mere end 20.000 kr. I andre situationer kan omkostningsafgørelsen kun kæres, hvis du får tilladelse fra Procesbevillingsnævnet.

Frister for at anke og kære

Fristen for at anke er 4 uger fra dommens afsigelse. Hvis du ikke kan anke uden en tilladelse fra Procesbevillingsnævnet, skal du indlevere en ansøgning til Procesbevillingsnævnet inden 4 uger.

Fristen for at kære omkostningsafgørelsen er 2 uger fra dommens afsigelse.

Hvis du ikke kan kære afgørelsen uden tilladelse fra Procesbevillingsnævnet, skal du indlevere en ansøgning til Procesbevillingsnævnet inden 2 uger.

Sådan gør du, hvis du vil anke eller kære

Du kan anke dommen på minretssag.dk ved at trykke på knappen "Opret appel" og derefter vælge "Anke" og følge vejledningen der. Hvis du vil kære omkostningsafgørelsen, skal du vælge "Kære" og følge vejledningen der.

Hvis du ønsker at søge tilladelse til anke eller kære hos Procesbevillingsnævnet, skal du indlevere din ansøgning til Procesbevillingsnævnet. Du kan ikke indle-

vere ansøgningen på minretssag.dk. Du kan få mere vejledning om, hvordan du søger tilladelse hos Procesbevillingsnævnet på domstol.dk.

Du kan få mere vejledning blandt andet om retsafgift på domstol.dk.

Publiceret til portalen d. 27-02-2019 kl. 13:00

Modtagere: Advokat Ida Randbæk Gade, Advokat (L) Anders Bang Mønster
Hansen, Sagsøger A Sagsøgte Ankenævnet for
Patienterstatningen