

UDSKRIFT
AF
ØSTRE LANDSRETS DOMBOG

D O M

Afsagt den 13. oktober 2003 af Østre Landsrets 1. afdeling
(landsdommerne A. F. Wehner, Jan Reckendorff og Lone Andersen
(kst.)).

1. afd. nr. B-2822-01:

E [REDACTED]
(advokat Lars Søndergaard)

mod

Patientskadeankenævnet
(advokat Tina Brøndum (prøve)).

Under denne sag, der er anlagt den 28. september 2001, har
sagsøgeren, E [REDACTED], nedlagt påstand om, at sagsøgte,
Patientskadeankenævnet, dømmes til at anerkende, at sagsøge-
ren er berettiget til erstatning efter lov om patientforsik-
ring i anledning af sagsøgerens behandling på K [REDACTED]
[REDACTED] den 23. september 1999, og det efter-
følgende forløb frem til den 17. december 1999.

Sagsøgte, Patientskadeankenævnet, har påstået frifindelse.

Sagens omstændigheder:

E [REDACTED] blev den 23. og den 29. september 1999 opereret på K [REDACTED]. Efter endt behandling og udskrivelse den 17. december 1999 indgav han den 5. januar 2000 anmeldelse til Patientforsikringen efter lov om patientforsikring. A [REDACTED] indgav tilsvarende en anmeldelse, der blev modtaget i Patientforsikringen den 21. februar 2000.

Patientforsikringen traf den 31. august 2000 afgørelse om, at E [REDACTED] ikke var berettiget til erstatning efter lov om patientforsikring. Patientforsikringen lagde følgende hændelsesforløb til grund:

" ...

Den 23. september 1999 blev De indlagt akut på grund af ca. 1 døgn varende mavesmerter. Ved operation samme dag fandtes en drejning af den første del af tyktarmen med en helt nekrotisk (vævsdød) blindtarm. Den øvrige del af tyktarmen føltes normal. Man fjernede den sidste del af tyndtarmen og den første del af tyktarmen.

Efter operationen kom der ikke gang i tarmfunktionen, og den 27. september forlod De afdelingen mod givet råd. De blev efterfølgende indlagt på psykiatrisk afdeling, hvorfra De blev tilbageflyttet til kirurgisk afdeling den 29. september. Ved røntgenundersøgelse fandt man tegn på tyndtarmsileus (tarmslyng). De blev opereret akut den 29. september. Man fandt, at anastomosen (den åbne forbindelse mellem tarmene) var pæn og uden tegn på lækage. Da man ikke med sikkerhed kunne føle noget abnormt i den øvrige del af tyktarmen, foretog man koloskopi, som viste en tumor i colon sigmoideum (den slyngede del af tyktarmen). Man fjernede tumoren, og tarmen blev lagt frem til huden. Forløbet var derefter langvarigt og kompliceret af sårinfektion samt nyreinsufficiens.

..."

E [REDACTED] indbragte den 22. november 2000 Patientforsikringens afgørelse til Patientskadeankenævnet, der den 24.

april 2001 tiltrådte Patientforsikringens afgørelse med følgende begrundelse:

"!...

Efter lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 1, ydes der erstatning, hvis en erfaren specialist på det pågældende område ville have handlet anderledes, hvorved skade med overvejende sandsynlighed ville være undgået.

Patientskadeankenævnet finder, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ikke ville have handlet anderledes, end man gjorde ved operationerne på K [REDACTED] [REDACTED] den 23. september og den 29. september 1999. Nævnet finder, at det var den svære sygdomstilstand med ondartet tumor i den S-formede del af tyktarmen, som medførte det svære forløb.

Der er herved lagt vægt på, at E [REDACTED] blev opereret hurtigt efter indlæggelsen den 23. september 1999, og at der blev foretaget et korrekt indgreb, hvor man fjernede den vævsdøde del af tarmen. Man foretog under operationen relevant og tilstrækkelig undersøgelse i form af gennemføling af den øvrige tyktarm. Da man ved operationen fandt en god forklaring på sygdomstilstanden, var det i overensstemmelse med bedste specialiststandard ikke at iværksætte en kikkertundersøgelse. Årsagen til, at man ved gennemfølingen af tarmen ikke fandt tumoren, må tilskrives de vanskelige undersøgelsesforhold under en akut operation, hvor tarmene er hævede (ødematøse) og udspillede. Det var ligeledes korrekt, at man anlagde kolostomi, idet risiko for anastomoselækage ved en primær sammensyning ville være betydelig.

Det er nævnets vurdering, at polyneuropatien med overvejende sandsynlighed skyldes sygdomstilstanden, som formentlig har forværret en latent polyneuropati på grund af, at E [REDACTED] har sukkersyge og et stort alkoholforbrug.

I henhold til patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4, kan erstatning ydes, hvis der som følge af undersøgelse eller behandling indtræder skade i form af komplikationer, der er mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed må tåle. Der skal herved tages hensyn 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. Det drejer sig især

om sjældne og meget belastende komplikationer i forhold til sygdommen og dens behandling.

Nævnet finder, at de opståede komplikationer i form af stomi og arbrok ikke er tilstrækkelig sjældne til at udløse erstatning efter lovens § 2, stk. 1, nr. 4, henset til, at begge komplikationer forekommer forholdsvis hyppigt ved den pågældende operationstype.

Komplikationerne findes heller ikke at være tilstrækkeligt alvorlige til at være erstatningsberettigende efter den nævnte bestemmelse set i forhold til hans nævnte grundlidelser.

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

..."

Sagsøgeren henvendte sig herefter til afdelingslæge J. [redacted] [redacted] der er speciallæge i kirurgi og kirurgiske mave-tarmsygdomme på R. [redacted]. Denne udarbejdede den 11. august 2001 en speciallægeerklæring, hvoraf fremgår:

"...

1. Jeg har haft samtale og undersøgt ovenstående patient på kirurgisk afd. C, R. [redacted], d. 9/8-2001.

Jeg har gennemlæst ovenstående patients journal vedr.:

2. Indlæggelsen på kirurgisk afd. D, K. [redacted] fra det første notat fra 23/9-1999 til det sidste journalnotat fra d. 16/12-1999.
3. Anmeldelser til Patientforsikringen fra patientens egen læge (lægehuset i R. [redacted] og fra kir.afd. D, K. [redacted] (Overlæge A. [redacted]).
4. Patientforsikringens afgørelse af 31/8-2000 og Patientankenævnets afgørelse af 24/4-2001.

Ad. 1.

Nuværende symptomer:

Det er nu ca. 22 mdr. siden pt. gennemgik de 2 operationer (henholdsvis 23/9 og 29/9-1999).

Mave-tarm:

Pt. har normal appetit, kan spise alt, har siden operationen haft en vægtøgning på 14 kg - fra 72 til 86 kg. Stomien fungerer uden problemer, ingen hud eller pose problemer.

Der er ingen sekretion eller gener fra endetarmen.

Har siden operationerne haft et meget stort bugvægsbrok som følge af sårinfektion - pt. fik d. 25/11-1999 foretaget hudtransplantation.

Der er ingen smerter fra dette område, men generet af tyngde fornemmelse p.g.af frembulning af maveindhold og især kosmetiske gener samt psykiske gener p.g.af det store og skæmmende ar/brok.

Huden er meget tynd og ligger direkte ovenpå tarme, og der anvendes dagl. en fed creme på huden (transplantatet) for at undgå udtørring.

Pt. anvender et selvkonstrueret elastisk bind som brokbandage for at holde maveindhold delvis på plads. Der har ikke været symptomer på indeklemning af brokindhold (tarme).

Pt. oplyser, at han har været til kontrol kikkertundersøgelse (koloscopi) af tyktarmen samt endetarm (rectoskopi) på kir.afd., K [redacted] for 3 mdr. siden. Man fandt en polyp i endetarmen, som blev fjernet og sendt til vævsundersøgelse, men han er ikke oplyst om resultatet af vævsundersøgelsen. Der er planlagt ultralydsundersøgelse af bughulen i september i år.

Pt. har på K [redacted] forespurgt om muligheden for ny operation med det formål at genetablere tarmkontinuiteten (fjerne stomien), men han er blevet frarådet dette p.g.af meget stor risiko for komplikationer ved en ny operation.

Bevægeapparat:

Har siden operationerne været generet af kronisk nervebetændelse på underben og fødder - perifer polyneuropathi.

Pt. oplyser, at han på G [redacted] blev orienteret om at det skyldes det langvarige/kritiske sygdomsforløb, og en medvirkende årsag kan/må være hans sukkersyge og påståede øgede alkoholindtagelse i det dagl. - han oplyser, at inden operationerne var det dagl. alkoholindtag på mellem 5-7 genstande, og at sukkersygen var velbehandlet på diæt, motion og tabletter

Efter operationerne var der tendens til dropfødder p.g.af den langvarige immobilisering. Fik fysiurgisk behl. herfor indtil for et år siden.

Nervebetændelsen giver fortsat betydelige gener med nogen forværring igennem de sidste 3-4 måneder.

Pt. har smerter i alle døgnets 24 timer både i hvile og i ro.

Han beskriver det som om han går på nålepudder/vat - nogle gange skærende smerter som om han går direkte på de bare knogler.

Endvidere let tendens til væskeophobning omkring ankler.

Han er ude af stand til at motionere overhovedet - heller ikke almindelige spadsereture p.g.af ovenstående symptomer.

Til at lindre symptomerne fra underekstremiteterne er pt. sat i behandling med tabl. Gabapentin 600 mg.X3.

Sukkersyge:

Kontrolleres hos egen læge. B med diæt og tabl. Diamicron.

Centralnervesystem, hjerte og lunger, urinveje:

Ingen klager. Får tabl. for forhøjet blodtryk - velbehandlet.

Medicin:

Tabl. Diamicron 80 mg. X 2 (for sukkersyge)

Tabl. Gabapentin 2 tabl. X 3 (for smerter fra under-ekstremiteter)

Tabl. Cozaar 1 tabl. dagl. (for forhøjet blodtryk)

Tabl. Centyi med Kaliumklorid 1 tabl. dagl. (for hævede ankler/forhøjet blodtryk)

Tobak:

Intet forbrug.

Spiritus:

Intet dagl forbrug.

Socialt:

Arbejder som deltids assurandør for forsikringsfirmaet Tre Kroner.

Kan ikke arbejde på fuld tid p.g.af følgetilstande efter sygdomsperioden.

Objektiv undersøgelse:

...

Abdomen: Med pt. stående ses stor ensartet frembulning af hele bugvæg og en mindre isoleret frembulning på ca. 12 x 7 cm opad til og en lille smule mod højre - isoleret bugvægsbrok med en brokport (defekt i bugvæg) på de anførte 12 x 7 cm med indhold af tarm. Der findes en stor bugvægsdefekt på ca. 40 x 30 cm gående fra øvre del af bugvæg og gående ned til mons pubis. Hele dette område er kun dækket af tynd hud (hudtransplantatet) uden underliggende muskel og man ser/føler tarm lige under denne hud. Huden overalt intakt uden sår. Muskelkanter ligger trukket ud på begge sider.

Stomien er placeret i nedre venstre side af bugvæg (venstre fossa iliaca). Stomi er ca. 4-5 cm høj med god blodforsyning. Ingen forsnævring og intet stomibrok.

Der er ingen ømhed, ingen abnorme udyldninger i.øv. Normale tarmlyde. Ingen lyskebrok. Ensartet puls i begge lyske pulsårer.

Med pt. liggende findes identiske forhold, bortset fra at de beskrevne frembulinger falder lidt ind uden dog at forsvinde helt.

...

Underekstremiteter: Går med lidt besvær/usikkert. Der er ingen sikre neurologiske udfaldssymptomer. Ingen abnorme hævelser. Normale perifere pulsforhold. Ingen synlige abnormiteter ved knogler/led.

Konklusion:

Pt. var indlagt knapt 3 mdr. på K[redigeret]-dels på kir.afd, psyk.afd. og intensiv afd. efter 3 operationer henholdsvis d. 23/9-1999, d. 29/9-1999 og d. 25/11-1999.

...

Forløbet efterfølgende var langvarigt og kompliceret af multiorgansvigt, som medførte at pt. blev behl. på intensiv afd., fik anlagt trakeostomi, måtte have dialyse, fik sårinfektion, blev behandlet for dyb infektion (byld) i bughulen og gennemgik d. 25/11-1999 ny operation (hudtransplantation) p.g. af stor bugvægsdefekt.

I dag har pt. følgetilstande i form af:

40 x 30 cm stor bugvægsdefekt, der er dækket med hudtransplantat, som er placeret direkte oven på tarme.

12 x 7 cm stort bugvægsbrok opad til og lidt til højre og brokket indeholder tarm.

Stor frembulende bugvæg i stående stilling.

Store kosmetiske og psykiske gener p.g.af ovenstående.

Perifer polyneropathi (nervebetændelse) fra underekstremiteterne.

Man må forvente, at disse følgetilstande er blivende og næppe ville kunne korrigeres.

Ad. 2

Ved den første operation d. 23/9-1999 beskriver man flg.:

"Blakket væske i peritoneum, der er coecal volvulus med helt nekrotisk coecum. Øvrige del af colon palpatorisk nat., leveren upåfaldende. Tyndtarmene let dilaterede."

Man beskriver således, at den første del af tyktarmen (coecum) ikke har fået tilstrækkelig blodforsyning p. g. af blodtilførslen har været nedsat/helt ophævet til dette tarmsegment p. g. af at tarmen har været drejet om sin egen akse, og derved har blodforsyningen været aflukket, og dette har medført vævsdød.

Isoleret coecum volvulus findes næppe!

Når man har en volvulus tilsand i dette område (højre side af tyktarmen) vil dette også resultere i kompromitteret blodforsyning af den øvrige del af højre colon halvdel, og man må således forvente at man peroperativt vil finde vævsdød eller en begyndende vævsdød af den øvrige højre colon halvdel (ascendens).

Dette var ikke tilfældet i aktuelle casus.

Under procedure beskrivelsen ved operationen beskriver man flg.:

"Coecum mobiliseres, idet peritoneum incideres lateralt. Man mobilisere tillige en del af ascendens."

Dette betyder, at højre colon halvdel (coecum og ascendens) har haft den helt normale tilhæftning til

bughinden (peritoneum), og derfor har det ikke været muligt for tarmen at dreje sig om sin egen akse og derved kompromittere blodforsyningen til dette område.

Ved operationen har man følt den øvrige del af tyktarmen igennem.

Selv meget rutinerede kirurger vil ofte have meget svært ved manuelt at føle tyktarmen sufficient igennem under operation - især hvis pt. er adipøs og der findes udspillede tarme.

Rent anatomisk kan tyktarmen have et sådan forløb, at visse områder ikke lader sig gennemføle sufficient. Dette er oftest ved det område man kalder "venstre flexur" - hvor tyktarmen går op som et meget spidst V højt oppe i venstre side af bughulen mod milten og sv. til den nederste del af den S-formede del af tyktarmen (sigmoideum) - ned mod overgangen til endetarmen.

Endvidere kan man have en svulst i endetarmen, som oftest heller ikke lader sig palpere fra bughulens side med mindre man skaffer sig operativ adgang til bækkenet.

I et notat fra journalen d. 26/9-1999 - 3. dag efter operation - rejses mistanke om tumor ved venstre flexur (sign. T [redacted]) og man overvejer, at foretage en røntgenundersøgelse, hvis pt.s tarmfunktion ikke kommer i gang.

Jeg finder det ikke sandsynligt, at det har drejet sig om volvulus tilstand ved operationen d. 23/9-1999.

Årsagen til den nekrotiske coecum og appendix må skyldes den ikke diagnostiserede kræftsvulst i den S-formede del tyktarmen (sigmoideum) nedadtil i venstre side af abdomen. Denne har medført forsnævring af tarmlumen og har medført colon ileus ("tarmslyng af tyktarm") således at luft og afføring ikke har kunnet passere normalt og har medført udspiling af tyktarm og især coecum.

Rent operationsteknisk er operationerne d. 23/9 og 29/9-1999 udført korrekt. Dog vil jeg anføre, at ingen af de to operatører ved de to operationer havde specialistanerkendelse i kirurgi eller kirurgiske-ma-vetarmsygdomme på operationstidspunkt, så vidt jeg er orienteret.

I anmeldelsen til Patientforsikringen fra Adm. Overlæge, dr. Med. A. [REDACTED] anfører denne:

"Det primære sygdomsbillede er derfor mistolket som coecal volvulus, hvor det reelt drejede sig om en colon ileus tilstand".

Dette udsagn er identisk med min konklusion.
..."

Til brug for sagens behandling er der to gange stillet spørgsmål til Retslægerådet.

Retslægerådet besvarede i en erklæring af 3. juli 2002 følgende spørgsmål således:

"...

Spørgsmål 1:

Er det overensstemmende med lægefaglig praksis, at der i forbindelse med operationen den 23. september 1999 ikke blev iværksat en så grundig undersøgelse ved palpation, kikkert eller anden form for undersøgelse at man opdagede den tumor, der blev fjernet ved operation den 29. september 1999?

Ved operationen 23.09.99 anføres colon (tyktarmen) som værende normal, bortset fra den nekrotiske (vævsdøde) del i højre side (coecum). Tilstanden blev opfattet som cøkal volvulus (snoning af tarmen). Der var derfor ikke grundlag for yderligere undersøgelse af resten af tyktarmen.

Spørgsmål 2:

Er de nedenfor nævnte gener/sygdomstilstande delt eller delvist udløst af, at tumoren ikke blev fjernet den 23. september 1999:

- A) blivende stomi
- B) arbrok i et stort område
- C) polyneuropati

På grund af videreudvikling af tarmslyngstilstanden blev E. [REDACTED] reopereret 29.09.99, hvor årsagen lokaliseredes til en lille (ca. 3 cm stor) svulst i venstre side af tyktarmen (colon sigmoideum), hvilket ikke med sikkerhed kunne erkendes palpatorisk, men først ved kikkertundersøgelse udført under operationen. På grund af de medtagne dilaterede tarme udføres stomi, og efterfølgende optræder multiorgan-

svigt og arbrokdannelse på grund af sårinfektion. Da første operation (23.09.99) også udførtes på grund af akut intraabdominal lidelse, som i sig selv indebærer risiko for stomianlæggelse (temporær eller blivende), sårinfektion og efterfølgende arbrokdannelse, kan spørgsmål 2A og 2B ikke besvares, se dog spørgsmål B. Hvad angår spørgsmål 2C om, hvorvidt udviklingen af polyneuropati kunne have været forhindret ved tumor-fjernelse den 23.09.99, kan dette ikke besvares, idet E [redacted] polyneuropati kan have mange årsager, dels på grund af hans sukkersyge, dels på grund af hans alkoholmisbrug og dels på grund af det udviklede multiorgansvigt.

Spørgsmål 3:

Mener Retslægerådet, at tumoren kunne være fundet/diagnostiseret ved undersøgelsen/operationen den 23. september 1999, eller på et tidspunkt, der ligger tidligere end den 29. september 1999?

Ifølge operationsbeskrivelsen 23.09.99 blev tyktarmen gennempalperet, og ved den efterfølgende operation, hvor det var klart, at tarmslyngstilstanden var forårsaget af lidelse i tyktarmen, kunne man heller ikke med sikkerhed palpere noget patologisk, men den lille svulst blev påvist ved kikkertundersøgelse. De diagnostiske forløb i perioden fra indlæggelsen 23.09.99 til 29.09.99 skønnes derfor udført efter gældende retningslinjer.

Spørgsmål 4:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Det er anført mange steder i journalen, at E [redacted] har et alkoholmisbrug af en sådan størrelse, som vides at øge risikoen for komplikationer med ca. 100%, hvilket kan have bidraget til det komplicerede forløb.

Spørgsmål A:

Blev behandlingen af sagsøger den 23. september 1999 udført i overensstemmelse med almindelige anerkendte lægefaglige retningslinier?

Ja.

Spørgsmål B:

Er det usædvanligt, at stomi og arbrok opstår i forbindelse med den behandling, sagsøger har modtaget den 23. september 1999?

Det er sjældent, at stomi er nødvendig og at arbrok opstår efter behandlingen udført 23.09.99, men mere hyppigt efter en operation, som udført den 29.09.99.

Spørgsmål C:

Hidrører sagsøgers gener i form af polyneuropati fra sagsøgers grundlidelse i form af tumor i tyktarmen eller den behandling, sagsøger modtog på K [redacted] den 23. september 1999?

E [redacted] polyneuropati kan have flere årsager. Hans sukkersyge, hans alkoholmisbrug eller det udviklede multiorgansvigt efter de to operationer.

Spørgsmål D:

Hvis sagsøgers gener hidrører både fra grundlidelsen og behandlingen, i hvilket omfang hidrører sagsøgers gener da fra grundlidelsen henholdsvis behandlingen?

Kan ikke besvares, jævnfør svar på spørgsmål C og spørgsmål 2C.

..."

I Retslægerådets erklæring af 24. oktober 2002 besvaredes følgende, supplerende spørgsmål således:

"...

Spørgsmål 5:

Retslægerådet har ved besvarelsen af spørgsmål 1 fundet, at der ikke var grundlag for yderligere undersøgelse af resten af tyktarmen.

Henset til, at J [redacted] sagens bilag 1, side 6 har beskrevet følgende:

Isoleret coecum volvulus findes næppe!

Når man har en volvulus tilstand i dette område (højre side af tyktarmen) vil dette også resultere i kompromitteret blodforsyning af den øvrige del af højre colon halvdel, og man må således forvente at man peroperativt vil finde vævsdød eller en begyndende vævsdød af den øvrige højre colon halvdel (ascendens).

Dette var ikke tilfældet i aktuelle casus.

Under procedure beskrivelsen ved operationen beskriver man flg:

"Coecum mobiliseres, idet peritoneum incideres lateral. Man mobiliserer tillige en del af ascendens"

Dette betyder, at højre colon halvdel (coecum og ascendens) har haft de helt normale tilhæftning til bughinden (peritoneum), og derfor har det ikke været muligt for tarmen at dreje sig om sin egen akse og derved kompromittere blodforsyningen til dette område.

anmodes Retslægerådet om at oplyse, om der efter Retslægerådets opfattelse var baggrund for at opfatte sagsøgers tilstand som cøkal volvulus i forbindelse med operationen den 23. september 1999?

Svaret bedes begrundet.

I operationsbeskrivelsen anføres "at der er cøkal volvulus med hel nekrotisk coecum, øvrige del af colon palpatorisk normal". Den operative procedure indbefatter mobilisering af coecum samt en del af colon ascendens. Retslægerådet kan tilslutte sig, at journalnotaterne ikke klart indicerer, at det har drejet sig om en cøkal volvulus, men udfra det foreliggende sparsomme journalmateriale kan konklusivt svar herpå ikke gives.

Spørgsmål 6:

Burde den opererende læge på baggrund af de observationer, der blev gjort i forbindelse med operationen den 23. september 1999 have forsøgt at finde en anden forklaring på sagsøgers daværende symptomer end cøkal volvulus?

Operatøren har, ifølge operationsbeskrivelsen, opfattet tilstanden som betinget af cøkal volvulus og anført den øvrige del af tyktarmen som normal. På denne baggrund finder Retslægerådet ikke, at anden forklaring på symptomerne og fundet af nekrotisk coecum burde have været eftersøgt.

Spørgsmål 7:

Burde den opererende læge i forbindelse med operationen den 23. september 1999, på baggrund af de gjorte observationer, have gennemført en anden og grundigere undersøgelse af sagsøger?

Nej, jf. svar på spørgsmål 5 og 6.

Spørgsmål 8:

På baggrund af, at den fjernede ondartede svulst er blevet udmålt til en større på 48x32 mm., bedes Retslægerådet oplyse, om en grundig undersøgelse ved pal-

pation den 23. september 1999 burde have ført til, at svulsten var blevet opdaget og diagnosticeret, eventuelt i forbindelse med supplerende kikkertundersøgelse ved samme lejlighed?

En svulst på 48 x 32 mm kan selv ved grundig palpation, evt. overses, afhængig af lokalisation og fedtindhold i tarmkrøs. Udfra foreliggende operationsbeskrivelse finder Retslægerådet ikke, at yderligere undersøgelser, f.eks. kikkertundersøgelse, burde have været udført under operationen.

Spørgsmål 9:

Retslægerådet bedes oplyse, om sandsynligheden for at blivende

- a) stomi
- b) arbrok i et stort område
- c) polyneropathi

er blevet forøget af, at der er blevet gennemført to indgreb, henholdsvis den 23. september 1999 og den 29. september 1999 i forhold til, hvis der kun var sket et indgreb?

Den nærmere sandsynlighed bedes anslået.

En re-operation øger risiko for stomi og arbrok, men ikke for polyneuropati. Sandsynlighedens størrelse kan ikke angives, idet den afhænger af de patientspecifikke forhold og operationsfund, som ikke udfra journalmaterialet lader sig kvantitere nøjagtigt.

Spørgsmål 10:

Retslægerådet har i besvarelsen af spørgsmål 4 anført, at sagsøger har et alkoholmisbrug af en sådan størrelse, som vides at øge risikoen for komplikationer med ca. 100%, hvilket kan have bidraget til det komplicerede forløb.

I den anledning anmodes Retslægerådet om at oplyse, hvilket alkoholforbrug Retslægerådet har lagt til grund at sagsøger havde umiddelbart forud for indlæggelsen, samt at oplyse, hvor disse oplysninger stammer fra?

Retslægerådet anmodes desuden om at oplyse, hvilke af de i denne sag forekommende komplikationer, der er øget med ca. 100%.

Det er anført i journalnotatet af 28.09.99 (kontinuation 5), at patienten har et spiritusforbrug på ca. 2 flasker rødvin dagligt, hvilket ligger til grund for

Retslægerådets udtalelse. Retslægerådet har, udfra det foreliggende materiale, ikke mulighed for at verificere denne udtalelse. Alkoholmisbrug vides at øge komplikationsrisikoen ved operative indgreb hvad angår hjerte, tromboemboliske og infektionskomplikationer, men denne viden giver ikke mulighed for at konkludere, hvilken rolle patientens alkoholmisbrug har haft for de specifikt opståede komplikationer sammenholdt med de mange andre faktorer, der bidrager (tarmslyng, re-operation, etc.).

Det skal tilføjes, at blot indtagelse af 4 genstande dagligt og derover synes at øge komplikationsrisikoen med ca. 100%.

Spørgsmål 11:

I tilslutning til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål B, bedes Retslægerådet oplyse, hvor stor muligheden er for at stomi er nødvendig, og at arbrok opstår efter en operation, som udført den 29. september 1999?

I tilslutning hertil bedes Retslægerådet oplyse om risikoen for, at stomi er nødvendig, og at arbrok opstår, er forøget af, at der fandt to indgreb sted, i stedet for kun et indgreb.

Anlæggelse af stomi sker udfra en samlet vurdering af patientens almentilstand og de operative fund, og udfra det foreliggende materiale findes de udførte procedurer udført efter gældende retningslinier. Risikoen for stomianlæggelse og udvikling af arbrok øges ved to indgreb i stedet for et, idet andet indgreb er udført på grund af indtrådt komplikation.

Spørgsmål 12:

Retslægerådet anmodes om i tilslutning til besvarelsen af spørgsmål C om at oplyse den relative sandsynlighed for, at sagsøgers polyneropathi var henholdsvis sukkersyge, sagsøgers alkoholmisbrug eller det udviklede multiorgansvigt efter de to operationer som årsag.

I tilslutning hertil bedes der nærmere redegjort for sværheden af, og betydningen af sagsøgers sukkersyge og hans alkoholmisbrug, ligesom det ønskes oplyst, hvad der var årsag til multiorgansvigtet efter de to operationer.

Det kan ikke belyses udfra det foreliggende materiale. Årsagen til multiorgansvigtet efter de to operationer skyldes hovedsageligt udviklingen af tarmslyng og sepsis."

Af supplerende erklæring fra speciallæge J. [REDACTED] den 9. juni 2003 fremgår, at der på listen over følgetilstande er tilføjet stomi.

Under sagen er sagsøgerens journal vedrørende indlæggelsen på A [REDACTED] fremlagt og forelagt i uddrag. Af journalen den 23. september 1999 fremgår, at han ikke havde noget alkoholmisbrug, mens det af journalen den 28. september 2000 fremgår, at han havde et spiritusforbrug på ca. 2 flasker rødvin dagligt.

Forklaringer:

Under sagen er der afgivet forklaring af sagsøgeren, E [REDACTED].

E [REDACTED] har forklaret blandt andet, at han er født i 1946. Han har siden 1975 arbejdet som assurandør, hvilket han fortsat gør, men nu på nedsat tid. Han har aldrig tidligere været alvorlig syg. Dagen før indlæggelsen den 23. september 1999 havde han en stikkende fornemmelse i begge sider af underlivet. Hans egen praktiserende læge sendte ham til sygehuset. Han gentog flere gange på sygehuset, at han havde smerter i begge sider af underlivet. Efter den første operation havde han ikke smerter, idet han fik smertelindring efter behov ved henvendelse til personalet. Han fik nogle mærkelige tvangstanker og forlod sygehuset. Da han kom tilbage til sygehuset, havde han "mere styr på det". Efter den anden operation gik han i koma og vågnede først op 3 uger senere. Han vågnede op med en meget smertefuld stikken i fødderne og troede aldrig, han kom til at gå igen. Smerteklinikken på G [REDACTED] fandt efterfølgende noget medicin, der hjælper, men han kan "mærke" det hele tiden. Af øvrige gener har han fået en stomi, der dog nu fungerer glimrende. Endvidere har han brok

og fremstående bugvæg. Dette gør ikke ondt, men er skæmmende og påvirker ham psykisk.

Sukkersygen blev opdaget ca. ½ år før operationerne i forbindelse med, at han skulle med i en pensionsordning. Sukkersygen er nu velbehandlet.

Med hensyn til alkoholindtagelse er det ikke korrekt, at han drak 10 genstande dagligt. Det var forskelligt, hvor meget han drak, og det var ikke dagligt. Hvis han har oplyst til speciallæge J. [REDACTED] at det i gennemsnit var 5-7 genstande dagligt, er det nok mere rigtigt. I hans arbejde kan man ikke lugte af spiritus, fordi man har megen kundekontakt.

Procedurer:

Sagsøgeren har indledningsvist bemærket, at sagsøgeren inden operationen den 23. september 1999 havde et glimrende helbred.

Til støtte for sin påstand om, at en erfaren specialist på det pågældende område ville have handlet anderledes, henvises til speciallæge G. [REDACTED] erklæring, hvorefter der skete en fejldiagnosticering ved operationen den 23. september 1999. Først ved operationen den 29. september 1999 blev sygdommen korrekt diagnosticeret som en tumor i sagsøgerens højre side af underlivet, og derefter korrekt behandlet. To operationer er langt mere belastende for en patient, end hvis én operation er tilstrækkelig, hvilket ses af det lange efterforløb. De opererende læger ved operationen den 23. september 1999 stillede sig tilfreds med en konklusion, der ikke passede til præmisserne. Uanset, at sagsøgeren ikke fik det bedre efter operationen, blev han ikke nærmere undersøgt, selv om der var mistanke om en tumor allerede den 26. september 1999. Tumoren, der var stor og befandt sig på et tilgængeligt sted,

burde være fundet ved gennemføling af tarmene ved operationen den 23. september 1999. Den behandling sagsøgeren fik, var således ikke optimal og opfylder derfor ikke kravet om bedste specialiststandard, som nævnt i patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1.

Behandlingen medførte fysiske skader. Det fremgår af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål B, at stomi og arbrok sjældent opstår efter en operation som den, der blev udført den 23. september 1999, men mere hyppigt efter en operation, som den der blev udført den 29. september 1999. Med hensyn til sagsøgerens polyneuropati (nervebetændelse) fremgår det af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål C, at denne kan have flere årsager, nemlig sukkersyge, alkoholmisbrug eller det udviklede multiorgansvigt efter de to operationer. Den blotte mulighed for at skaderne kan have andre årsager end behandlingen er ikke nok til at bringe skaderne ud af lov om patientforsikring. Samtlige sagsøgerens gener, uanset at han havde en alvorlig sygdom, der kan medføre følgeskader, kunne altså være undgået, hvis han var blevet korrekt behandlet med det samme, således at operationen den 29. september 1999 ikke havde været nødvendig. Skaderne er direkte følger af den manglende speciallisterstandard.

Endelig gøres det gældende, at der bør ydes erstatning i medfør af patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4, idet der er indtrådt skader, der er mere omfattende end, hvad sagsøgeren med rimelighed må tåle og som var årsag til et langvarigt og kompliceret forløb efterfølgende. Skaderne skal vurderes hver for sig. Stomi er den mest nærliggende af følgerne, der kan henregnes til den nødvendige operation. Det fremgår dog af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 11, at risikoen for stomianlæggelse og udvikling af arbrok øges ved to indgreb i stedet for et. Polyneuropati er en meget sjælden skade.

Alt i alt taler skadernes alvor, sjældenhed og karakteren af sagsøgerens grundlidelse for at der ydes erstatning.

Sagsøgte har til støtte for sin frifindelsespåstand anført, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte sagsøgtes afgørelse af 5. april 2001, der med rette har stadfæstet Patientforsikringens afgørelse af 31. august 2000. Sagsøgtes afgørelse bygger på lægelige vurderinger, og da sagsøgte under sagernes behandling er bistået af høj lægefaglig ekspertise, kan sagsøgtes afgørelser alene tilsidesættes, hvis der er sikkert grundlag herfor.

Overordnet har sagsøgte bemærket, at der ikke ydes erstatning for følgerne af selve grundsygdommen. Det bestrides, at sagsøgerens komplikationer kan henføres til forhold omfattet af patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1 og nr. 4.

Til støtte for at sagsøgeren ikke har krav på erstatning efter patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1, gøres det gældende, at behandlingen af sagsøgeren før, under og efter operationerne den 23. og 29. september 1999 på K [REDACTED] [REDACTED] var i overensstemmelse med bedste specialiststandard. Det fremgår af speciallæge G [REDACTED] erklæring, at operationerne den 23. og den 29. september 1999 er udført korrekt, og at selv meget rutinerede kirurger ofte vil have svært ved at føle tyktarmen tilstrækkelig igennem under en operation. Der henvises endvidere til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 8, hvor af fremgår at en svulst på 32 gange 48 mm, kan overses selv ved grundig palpation, afhængigt af lokalisation og fedtindhold i tarmkrøs. Retslægerådet bemærker i besvarelsen af samme spørgsmål, at yderligere undersøgelser, f.eks. kikkertundersøgelse, ikke ud fra den foreliggende operationsbeskrivelse burde være udført. Sagsøgeren er således blevet relevant og tilstrækkeligt undersøgt. Den konkrete undersøgelsessituation har betydning for denne

vurdering, idet det i denne forbindelse bemærkes, at omkredsen af tyktarmen er 3 gange større end den senere fundne svulst.

Det tiltrædes, at der kan ydes erstatning såfremt diagnosen på grund af manglende specialiststandard ikke er blevet fastslået tidligere. Der henvises her til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 3, hvorefter de diagnostiske forløb i perioden fra indlæggelsen 23. september til 29. september 1999 skønnes udført efter gældende retningslinier. Der kan derfor heller ikke ydes erstatning på denne baggrund.

I det hele taget er behandlingen af sagsøgeren den 23. september 1999 udført i overensstemmelse med almindelig anerkendte lægefaglige retningslinier, jf. Retslægerådets besvarelser af spørgsmål A, 3, 6, 7 og 8.

Til støtte for at sagsøgeren ikke har krav på erstatning efter patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4, gøres gældende, at polyneuropatien skyldes grundsygdommen, og at de øvrige opståede komplikationer ikke er tilstrækkelig sjældne til at udløse erstatning efter denne bestemmelse. Endelig gøres det gældende, at komplikationerne ikke overstiger grænsen for, hvad sagsøgeren med rimelighed må tåle, når der henses til karakteren af sagsøgerens alvorlige grundlidelse.

Landsretten udtaler:

Efter bevisførelsen, herunder navnlig Retslægerådets udtalelser og til dels lægeerklæringen fra speciallæge J [REDACTED] finder landsretten ikke grundlag for at fastslå, at den behandling, sagsøgeren modtog på A [REDACTED] i forbindelse med operationen den 23. september 1999, ikke var i overensstemmelse med bedste specialistbehandling.

Landsretten har særligt lagt vægt på Retslægerådets besvarelser af spørgsmål A, 3, 6, 7 og 8 samt speciallæge J. [redacted] [redacted] bemærkninger om, at operationen den 23. september 1999 var operationsteknisk korrekt gennemført, og at en svulst på den foreliggende størrelse selv for rutinerede kirurger er vanskelig at mærke ved gennemførelse af tarmene. Sagsøgeren findes herefter ikke at have ret til erstatning efter patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1.

Retslægerådet har i besvarelsen af spørgsmål 2, C, D og 12 anført, at sagsøgerens polyneuropati kan skyldes hans sygdomme, hans alkoholmisbrug eller det udviklede multiorgansvigt efter de to operationer, men kan ikke udtale sig om den relative sandsynlighed for årsagen til lidelsen. Retten finder det herefter ikke godtgjort, at denne lidelse med overvejende sandsynlighed er forvoldt ved behandlingen af sagsøgeren, hvorfor denne ikke kan danne grundlag for erstatning efter patientforsikringsloven. For så vidt angår sagsøgerens øvrige gener findes disse ikke tilstrækkelige sjældne eller alvorlige i forhold til sagsøgerens grundlidelse - kræft i tyktarmen - til at kunne føre til erstatning efter patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4.

Herefter tages sagsøgte frifindelsespåstand til følge.

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

Patientskadeankenævnet frifindes.

Inden 14 dage betaler sagsøgeren, E. [redacted], i sagsomkostninger til sagsøgte, Patientskadeankenævnet, 10.000 kr.

(Sign.)

— — —
Udskriftens rigtighed bekræftes. Østre Landsrets kontor, den 13/10-03

P.j.v.


Hanne Petersen
sektionsleder