

J. nr. 12-2431



UDSKRIFT

af

DOMBOGEN FOR VESTRE LANDSRET

D O M

afsagt den 31. oktober 2005 af Vestre Landsrets 8. afdeling
(dommerne Annette Dellgren, Dorte Jensen og Bodil Ruberg
(kst.)) i 1. instanssag

V.L. B-1909-03

L [REDACTED]

(Advokat Flemming S. Hedegaard, Århus)

mod

Patientskadeankenævnet

(Kammeradvokaten ved advokat Birthe Eskildsen, København).

Parternes påstande:

Under denne sag, der er anlagt den 16. august 2003, har sagsøgeren, L [REDACTED], påstået, at sagsøgte, Patientskadeankenævnet, skal anerkende, at hun ved operationen den 9. april 1999, herunder det postoperative forløb, er påført en patientskade, der er omfattet af patientforsikringsloven.

Patientskadeankenævnet har nedlagt påstand om frifindelse.

Sagens nærmere omstændigheder:

L [REDACTED], der er født den 26. september 1945, blev den 7. april 1999 indlagt på V [REDACTED]. I journalen er der under "AKTUELT" blandt andet anført følgende:

"53-årig kvinde med mangeårig colitis uclerosa. Ved koloskopi den 02.03 er der fundet svær pancolitis.

Det besluttes, at pt. skal have foretaget en kolektomi med en ileostomi. Har været på diæt (minus sukker, mel og laktose) de sidste 2 år. Dette har medført minus smerter i abdomen og minus diarree. Har blodig afføring, ca. 4-5 x om natten og morgenen.
Pt. har udviklet depression."

Den 9. april 1999 blev L [REDACTED] opereret, og der blev foretaget en kolektomi med anlæggelse af ileostomi. Det fremgår af et journalnotat for den 2. marts 1999, at hun selv havde været indstillet på at få anlagt ileostomi.

I journalen fra den 12. april 1999 til den 23. april 1999, hvor L [REDACTED] blev udskrevet, er der blandt andet anført følgende:

"12.04.1999

Det går fuldst. planmæssigt. Stomien vital, og outputtet omkr. 500 ml i døgnet. Pt. spiser efterhånden helt godt.
Er mobiliseret.

...

13.04.1999

Det kniber lidt m. mobiliseringen pga. almen træthed jvt. den lave Hb. kontrolleres i dag og hvis den er faldet til under 6,0 giver yderl. transf. x 3.
Stomien velfungerende og vital.

...

15.04.1999

Pæn og rolig fremgang, spiser og drikker acceptabelt, der er stomifunktion. Cic. Er o.k.

...

16.04.1999

Fortsat fredeligt, idet dog pt. de sidste 3 dage har haft lidt intermitterende kolikker, som er ku-

peret med Ketogan. Stomien fungerer m. aff. og flatus.

Mht. vandladningen er der ved at være spont. vandladning, omend pt. dog synes, det er noget besværet.

...

19.04.1999

Det går stille og roligt, pt. spiser godt. Stomien fungerer, koli.... er aftaget.

...

21.04.1999

Planlagt udskrivelse i morgen.

...

22.04.1999

Pt. har siden igår fået abdominalsmerter, turevis karakter, føler der er meget luft i maven, som hun ikke kan komme af med. Stomiproduktionen er aftaget. Der er ikke kvalme el. opkastninger. Ved obj.us. er abdomen fladt, men betydeligt ømt og ved stet. er der livlige men tilsyneladende normale tarmlyde.

Vi skal have udelukket, at pt. har en postopr. ileus, hvorfor vi bestiller rp. oversigt o. abd.

...

22.04.1999

Oversigten viser ikke ileus. Et lidt luftfattigt billede, men der er jo ikke mistanke om høj ileus.

...

23.04.1999

Maven er nu gået fint igang igen. Stomien fungerer tilfredsstillende. Abdominalsmerterne er væk. Pt. spiser og er mobiliseret. Stemningslejet lidt sænket, snakker lidt med pt. om evt. behov for kontakt med psykiater. Anfører at hun vil tage det op med egen læge.

Udskrives til hjemmet.

Har fuldstændig fast kontrolregime i stomiamb. her. sep. Sulfamethizol

..."

Den 19. maj 1999 blev L [REDACTED] tilset i stomiambulatoriet, og der blev i den anledning anført følgende i journalen:

"...

Pt. tilset akut i Stomiamb. i dag, idet hun har kolikagtige smerter. Stomien fungerer med relativt beskedne output i løbet af dagen og med lidt hyppigere om natten. Der er ingen kvalme og ingen opkastninger og pt. spiser uændret godt.

Ved objektiv undersøgelse findes abdomen fuldstændig blødt, der er lidt induration umiddelbart under umbilicus svarende til cikatricen. Dette tolkes som reaktive forandringer i forbindelse med ophelingen. Beroliger pt. med, at man godt kan få "underlige fornemmelser" i maven så kort tid efter operationen. Det vi skal hæfte os ved, er at der er god stomifunktion og at der ikke er opkastninger.

Pt. har det psykisk meget dårligt og er aktuelt indlagt på Psykiatrisk afdeling. Kan henvende sig hvis der bliver fornyede problemer.

..."

Den 7. juni 1999 blev der i journalen fra organkirurgisk ambulatorium anført følgende:

"Pt. har altovervejende problem i form af kolikagtige smerter, som visse dage stort set er der med 5 minutters mellemrum af 1 minuts varighed.

Stomien fungerer fint, der er ½ liter grødet output dagligt, der er ingen kvalme og der er ingen opkastninger. Pt. har madlede. Et meget pudsigt fænomen er, at når pt. sover, er abdominalsmerterne helt væk.

Har det fortsat psykisk særdeles dårligt, bliver udskrevet fra psykiatrisk afdeling idag. For alle eventualiteters skyld aftaler vi, at vi bestiller en tyndtarmsrøntgenundersøgelse, idet pt. ved objektiv undersøgelse, lige til højre for midtlinien, har et lidt indureret parti.

Kommer til svar i mit amb, når undersøgelsesresultatet foreligger."

I et "ambulant notat" af 19. juli 1999 blev der i journalen anført følgende:

"Pt. har været til tyndtarmspassage og efterfølgende stomiamb. hvor jeg så hende for en 3 ugers tid siden. Det var da begyndt at gå lidt bedre og tyndtarmspassagen er fuldstændig normal. Pt. kommer i dag til fornyet kontrol og hun siger at hun nu har fået tilbagefald af smerter de sidste 14 dage, de er meget typisk relateret til måltiderne og specielt om natten. Er fuldstændigt af samme kolikagtige karakter som tidligere. Pt. har sparsom diurese og er blevet en lille smule utæt, som hun tidligere har været i forbindelse med blærebetændelse. Kan i dag ikke levere en urinprøve. Hun medgives sat mhp. indsendelse af urin til D+R.

Anbefaler pt. at indtage rigelig væske idet hun selv fremfører at hun i dag hvor afføringen i stommen var ganske tynd overhovedet ingen abdominalsmerter havde.

Siger direkte til pt. at jeg ikke ved hvad vi skal gøre med hensyn til smerterne fordi vi ikke obj. har noget at hænge hatten på. Vi er stadig kun godt 3 mdr. efter operationen og tilfældet kan selvfølgelig være adhærencebetinget og skulle i så fald bedre sig betydeligt med tiden.

Derfor vælger vi, hvilket pt. også er mest indstillet på, at se an. Igen om 6 uger."

Den 10. august 1999 blev L [REDACTED] indlagt akut. I journalen blev der blandt andet anført følgende:

Indlægges under diagnosen abdominalia acuta. 53-årig kvinde indlægges akut pga. hyppige kolikagtige smerter og knap 2 dage uden afføring i ileostomi.

...

TIDLIGERE

Pt. med mangeårig colitis uclerosa, opr. for svær pancolitis april måned, V [REDACTED] Efterforløbet kompliceret af smerter i form af hyppige kramper. Pt. er fulgt i amb. af Claus Bisgaard, der i juni måned har foranlediget tyndtarmspassage på

baggrund af koliksmærterne og enduration i området til hø. for stomien. Tyndtarmspassagen var normal.

Pt. har for nylig haft en depression, har været indlagt på Psyk.afd. Det skulle nu gå bedre, er således i eget hjem og behandlet medicinsk

AKTUELLE

De sidste ca. 60 timer ikke haft afføring eller luft i stomien. De alle tids værende kramper er de sidste dage forstærket. Aktuelt med ca. 15 min. mellemrum af 1-2 min. varighed. Smerterne lokaliseret diffust i maven og mellem kolikkerne er der ømhed sv. til midtlinien. Der er ingen opkast eller kvalme, men appetitløshed. Drikker godt. Vandladning normal.

...

OBJEKTIVT

Normalt udseende, grådlabil. AT god. ET middel. Lidt bleg, ingen tegn på cyanose eller icterus.

BT

Puls

St. c. et p. : i.a.

Abdomen: der ses stomi, der virker vital. Der er en anelse grødet aff. i stumpen angiveligt efter e.l. har eksploreret.

Abdomen blødt, palp. sv. til lidt for hø. for citrinen er der induration i et område på 3 x 5-6 cm. Området er voldsomt ømt ved palpation. Ved palp. lateralt er der ingen ømhed bilat. Ej peritoneal.

Tarmlyde meget sparsomme, men normale.

Ekstremiteter: i.a.

/cholectomia et ileostomia antea med baggrund i colitis uclerosa abdominalia/

KONKLUSION

53-årig velkendt kvinde med spasmer og kramper sv. til tyndtarmen efter cholektomi i april måned på baggrund af pancholit.

Kramperne er velkendte, men de sidste 3 dage intensiveret. Desuden ca 60 timer uden afføring i stomi. Appetitløshed, ingen kvalme eller opkastning.

PLAN

Der tages rutineblodprøver. Pt. observeres på AMA og jeg vil diskutere om der skal tages oversigt over abdomen på denne pt. med bagvagten rp. blodprøver efter skema og foreløbig faste.

...

vesp.

Anamnese som anført.

Turevise smerter m. frie intervaller.

Abd.: Blødt m. normale tarmlyde. Stomien uden stenose i lillefingerlængde dybt for fascien."

I journalen fra den 11. august 1999 hedder det:

"Pt. indlagt med sine vanlige klager i form af turevise smerteanfald, 20-30 gange om dagen. Der er fortsat ingen opkastninger, der er normal stomifunktion. Vi observerer pt. i afdelingen et par dage på fuldkost, vurderer analgetikabehovet og ser pt.s kliniske tilstand i al almindelighed. Såfremt tingene ikke løser sig, mener jeg, at vi bliver nødt til at tilbyde eksplorativ laparotomi m.h.p. evt. adhærenceløsning. Pt. vil tænke lidt over dette."

I journalen fra den 12. august 1999 hedder det:

"Pt. har stort set smertetilfælde uafbrudt, associeret med højlydt knurren af luft fra tarmsystemet. Vi kommer ikke udenom at tilbyde pt. eksplorativ laparoskopi m.h.p. adhærencedannelse. Vi vil se, om vi kan få en operationstid imorgen."

Den 13. august 1999 blev L [REDACTED] opereret, og blandt andet følgende er anført i journalen:

"PATOLOGI:

Orale tyndtarm fuldstændig normalt kalibreret. Når man når til ileum er der tiltagende dilatation til max. nærmest armtykkelse ved stomiens passage igennem bugvæggen.

Der lægges nærmest en kinkning, uden at der er adhærencedannelser eller torsion af krøset.

Overraskende er der ikke en eneste adhærence intraabdominalt.

PROCEDURE:

...

Man udvider derfor stomihullet i bugvæggen, resece-
rer 15 cm, lidt medtaget, terminal ileum og trækker
påny tarmen igennem.
Herefter lukkes bugvæggen med fortløbende PDS loop-
suturer, clips i huden...."

Den 16. august 1999 er det i journalen blandt andet anført,
at det "går fuldstændig tilfredsstillende, stomien fungerer
med både luft og afføring".

L [redacted] blev udskrevet den 23. august 2000.

Den 26. januar 2000 blev L [redacted] på ny indlagt akut
på V [redacted] og i journalen er der for denne dag blandt
andet anført følgende:

"44-årig dame med ileostomi p.g.a. colitis ulcerosa
indlægges idet der ikke er kommet noget i ileosto-
miposen det sidste døgn.

...

Aktuelt:

Har haft det fint siden operationen i august 1999
indtil i går kl. 19, hvor pt. fik pludselige opstå-
ede abdominalsmerter, der beksrives som konstante
med forværring. Der er desuden ikke kommet noget i
stomiposen siden kl. 19 i går aftes. Har haft tele-
fonisk kontakt med stomiamb., der anbefalede at pt.
indtog rigelig væske, men pt. har været meget
forkvalmet og har derfor ikke kunnet tage noget
særlig per os.

Øvrige organsystemer:

Psykisk: som anført i behandling for depression, i
øvrigt ingen klager fra øvrige organsystemer syste-
matisk udspurgt.

Pt. har dog fået ledsmerter efter kolektomien og er
sat i Salazopyrin for dette.

...

Objektivt:

Vågen og klar, ikke akut påvirket, lidt bleg.

BT: 135/95, puls 82, tp. 37,5 i øret.

St.p.: vesikulær respiration overalt, ingen bilyde.

St.c.: regelmæssig aktion = p.p. Ingen mislyde.
Abdomen: der ses sufficient cikatrice fra umbilicus til symfyen desuden cikatrice i hø. fossa, ligeledes sufficient og reaktionsløs.

Der ses ileostomi, der virker vital. Der er eksploreret med lille finger. Der kan eksploreres nogen cm ned uden problemer, men den virker lidt stram. Der er direkte ømhed i øvre del af cikatricen og området omkring. Der er antydningssvis metalliske tarmlyde.

Frie og uømme nyreloger.

GU: ej foretaget.

Esktrem.: i.a.

Konklusion:

Det drejer sig om en 54-årig kvinde med ileostomi p.g.a. colitis ulcerosa, der ikke har haft noget i stomiposen det sidste døgn. Har desuden haft abdominal smerter. Er desuden kendt med depression.

...

Kl. 18.30.

A.s.a.

Oversigt viser dilatation af tyndtarmene ned til pt.'s ileostomi. Der eksploreres i stomien, hvor der ikke findes stenose sv.t. bugvæggen.

Der ses an et par timer mhp. der kommer funktion af ileostomien."

I journalen vedrørende den 27. januar 2000 er der anført:

Pt.s oversigtsbilleder viser tegn på mekanisk ileus, der er en fækalophobning umiddelbart under stomien og man kan mistænke, at det er en bolus af dette, der stopper.

Vi vil bede røntgenafdelingen om at lave en akut indhældning gennem stomien.

...

Kl. 21.00

Indhældningen gennem stomien har vist stenose ca. 30 cm under ileostomien. Fortsat hverken flatus eller afføring i posen. Der er indikation for operation. Pt. indforstået...."

Den 28. januar 2000 blev L [redacted] opereret, og i journalen hedder det blandt andet:

"Indhældning gennem stomien viser, at der er et sammenfalden stykke tarm, som strækker sig ca. 60-70 cm ind, hvorefter der er stop og tarmen ovenfor ses luftfyldt og stærkt dilateret. Der er operationsindikation.

...

PATOLOGI:

Strengdannelse, hvor krøset fra ileum rider tværs over abdomen, hen mod venstre fossa. Tyndtarmen er stærkt dilateret, frem til et adhærencepunkt op mod cikatricen, umiddelbart hvor den rider henover ileo-stomikrøset. Distalt herfra er tarmen helt sammenfalden. Der er stort set ingen adhærencer, tarmene imellem, og kaviteten ned mod rectum, der er fjernet, er pænt peritonealiseret. ..."

L [REDACTED] blev herefter udskrevet den 10. februar 2000.

I et brev af 14. januar 2001 rettede L [REDACTED] henvendelse til en patientvejleder i Vejle Amt. I brevet redegjorde hun for sin sygdom og operationerne i forbindelse med sygdommen, herunder at hun mente, at man skulle have lyttet til hende på et tidligere tidspunkt efter den første operation, da hun klagede over smerter.

Administrerende overlæge C [REDACTED] V [REDACTED] foretog den 17. april 2001 anmeldelse efter patientforsikringsloven. Anmeldelsen blev modtaget hos Patientforsikringen den 19. april 2001. Det er heri oplyst, at der var sket skade på L [REDACTED] den 9. april 1999. Om L [REDACTED] helbredstilstand før skaden er det oplyst, at den oprindelige årsag til behandling m.v., er: "Mange år varende kronisk tyktarmsbetændelse (colitis ulcerosa)". Om den indtrufne skade er det anført:

"...

Patienten har igennem mange år, i hvert fald siden slutningen af 80'erne haft en colitis ulcerosa, som er medicinsk behandlet. Tarmen er efterhånden blevet så dårlig og patienten præget af sin sygdom, så der findes indikation for operation, og der er foretaget total kolektomi med anlæggelse af ileostomi. Der er foregået fuldstændig ukompliceret operativt forløb. Patienten har i samme periode haft familiære problemer som har udløst svære psykiske problemer, som samtidig har medført behandling på Psykiatrisk afdeling.

Patienten har dog hele tiden været helt relevant og har gentagne gange klaget over abdominalsmerter, som er forsøgt udredt ved forskellige røntgenundersøgelser uden at man har kunne påvise noget forkert. Som det vil fremgå af journalen, har man foretaget en stomirevision i august 1999, hvor man fandt problemer med tarmens passage gennem bugvæggen og ud. Igen i januar 2000 kommer patienten ind med en regulær tarmslyng på baggrund af en strengdannelse i abdomen. Siden sidste operation har patienten været velbefindende og er fulgt i Medicinsk amb."

Ifølge anmeldelsen var den forventede sygeperiode fra den 7. april 1999 til den 23. maj 1999, heraf 21 dage på sygehus og 30 dage oppegående i hjemmet. Behandlingen af patientskaden sluttede den 10. februar 2000, og det er anført, at skaden ikke havde medført varige mén.

Der er afgivet en lægeerklæring af A. [REDACTED] der er L [REDACTED] praktiserende læge, den 30. juli 2001, hvori der er anført følgende:

"...

b. Hvis skadelidte ikke har fulgt de givne forskrifter har dette da væsentligt forsinket eller forhindret helbredelsen

Har fulgt forskrifterne

5. Skadelidtes nuværende helbredstilstand:

a. (Beskrivelsen bedes meddelt med særlig udførlighed og nøjagtighed for følger efter ulykkestilfældet, der antages at have betydning for en

blivende forringelse af erhvervsevnen, jfr. blankettens forside.)

Får smerter i hø. thoraxområde ved hoste, nysen, anstrengelse eller når hun skal vende sig i sengen. Føler nedsat funktionsniveau p.gr.a. funktions dyspnø.

Har daglig ophost af mindre/moderat mængde sejt slim.

Har altid været ikke -ryger og undgået passiv rygning.

Som form for følgetilstand - p.gr.a. det langvarige forløb - blevet afskediget fra sit lærerjob. Tilkendt delpension fra Lærernes Pensionskasse, sv.t. 30 års ansættelse, mod normalt 37 år.

Fået at vide, at det næppe er sandsynligt, at hun i hendes alder kan få et lærerjob i hendes alder og med hendes kvalifikationer.

b. Er der nu sygelige tilstande (herunder invaliditet) tilstede, som fandtes før ulykkestilfældet?

Nej, ikke vedr. lunge

...

c. Er der efter ulykkestilfældet tilstødt komplikationer, der har indvirket på ulykkesfølgerens forløb?

Nej

...

d. Hvorledes er den almindelige helbredstilstand? Er den blevet forværret af ulykkestilfældet?

God, bortset fra det under 5a nævnte.

6.

a. Mener De, at skadelidte nu er arbejdsdygtig i samme omfang som før ulykkestilfældet?

a) Nej

I benægtende fald:

b. Af hvilken grund anser De skadelidtes arbejdsevne for forringet som følge af ulykkestilfældet?

b) Funktionsdyspnøe. Mistet job, hun kunne have klaret, hvis forløbet efter 1. opr. havde været vellyk.

c. Anser De skadelidtes tilstand for blivende?
- eller mener De, at der er udsigt til bedring, forværring eller eventuelt senere indtrædende komplikationer?

c) Ja

d. Er skadelidte for tiden underkastet nogen behandling, og da hvilken?

d) følges for sin tarmsygdom men ikke for lungerne

e. Hvornår antager De at behandlingen vil kunne afsluttes og det endelige resultat opgives?

e) nu

f. Mener De, at en genoptræning af erhvervsevnen på dertil egnet behandlingssted vil kunne begrænse arbejdsudygtighedsperioden, resp. formindske ulykkestilfældets følger?

f) nej

..."

Efter anmodning fra Patientforsikringen foretog speciallæge i medicinske lungesygdomme, intern medicin og medicinsk allergologi, overlæge, dr. med. M. [redacted] en undersøgelse af L. [redacted] den 7. november 2001, og den 8. november 2001 afgav han en erklæring, hvoraf det blandt andet fremgår:

"...

Lungefunktion ved bodypletysmografisk undersøgelse med måling af diffusionskapaciteten:

Den totale lungekapacitet er let nedsat til 75%, og der er ligeledes en tilsvarende nedsættelse af vitalkapaciteten, den forcerede vitalkapacitet og det forcerede ekspiratoriske volumen i 1 sek. Der er normal FEV-1/FVC-ratio, dvs. ingen tegn på luftvejsobstruktion, ratio = 0,8. Den absolutte diffusionskapacitet er nedsat sv.t. nedsættelse af vitalkapaciteten(79%), men den volumenkorrigerede diffusion er normal(96% af forventet). Der er nor-

mal artierieblodsanalyse med et ilttryk 12,2 kPa og et kuldioxydtryk 5,2 kPa.

Sammenfattende konklusion:

Pt. som forud for i hvert fald den 1. operation angiver at have haft et højt fysisk funktionsniveau og kunnet undervise i gymnastik og svømning samt cykle og følges med raske jævnaldrende uden problemer.

Efter den sidste operation har der været klart nedsat funktionsniveau, hvor pt. ikke har været i stand til ovennævnte aktiviteter, men jeg kan ikke få noget fuldt overblik over, om der også er indtrådt en forværring efter den 1. operation og i tiden indtil den 3. operation.

Pts. symptomer i form af nedsat funktionsniveau modsvares af fundene ved udvidet lungefunktionsmåling, hvor der findes en lettere til moderat lungefunktionsnedsættelse af restriktiv type. Her udover har pt. smerter i hø. side af brystkassen ved dyb vejrtrækning og hoste og ved stærk fysisk anstrengelse, men der har ikke været sympt. som holder pt. vågen, og pt. har også kunnet udføre sine daglige aktiviteter. Pt. angiver, at disse sympt. er tilkommet siden den sidste operation 28.01.00. Det angives også i journalen, at ved den efterfølgende akutte indlæggelse 18.02.00 havde pt. haft disse sympt. forud for indlæggelsen, således at sympt. også var tilstede før pt. fik foretaget udtømning af væskeansamlingen med plastikkateter 03.03.00. Pt. har efterfølgende sat denne procedure i forb. med smerterne, da hun efterfølgende fik meget stærke smerter efter udtømning af væskeansamlingen, men iflg. journalen var sympt. tilstede før. De voldsomme smerter i forbindelse med væskeudtømningen ses relativt ofte, når man udtømmer væskeansamling ved irritation af lungehinden.

Mht. årsagen til ansamlingen i højre side og atelektaserne i hø. lunge og basalat på ve. side bemærkes det, at den præoperative røntgenoptagelse af hjerte og lunger fra 26.01.00 angiver normale forhold i hjerte, lunger og lungehinde.

Det må således betragtes som usandsynligt, at der skulle have været aktivitet i pts. grundsygdom (colitis ulcerosa) med affektion af lungen og lungehinden.

Da tilstanden er opstået i umiddelbar tilslutning til operation med generel anæstesi 28.01.00 må det antages og betragtes som overvejende sandsynlig, at væskeansamlingen og infiltraterne i lungen er opstået som en komplikation til dette. Det vil sige en efterfølgende postoperativ pneumoni (lungebetændelse). Forløbet vil være modificeret af, at pt.

har fået profylaktisk engangsdosis på 3 g Zinacef og 1,5 g Metronidazol i.v. i forbindelse med operationen.

Tilstanden har nu været stationær siden maj 2000 og der forventes ikke at ske yderligere ændringer."

Ved brev til Patientforsikringen af 27. december 2001 fremsatte L [redacted] sine bemærkninger til speciallægeerklæringen. I brevet hedder det blandt andet:

"...

2. Allerede få dage efter operationen havde jeg meget store smerter, men jeg fik at vide, at de skyldtes at det var en stor operation og at tarmene skulle finde deres plads efter indgrebet. Smerterne skulle forsvinde ved at jeg gik meget. Så jeg forsøgte at trave så meget, som det nu var muligt, men jeg havde meget ondt. Den dag jeg skulle udskrives mødte jeg overlæge C [redacted] på gangen. Han kunne se, at jeg ikke havde det godt. Han sagde, at når det gjorde så ondt, så kunne det tyde på, at jeg havde tarmslyng og han ville lade mig røntgenfotografere inden jeg kom hjem. Disse billeder viste dog ikke noget uregelmæssigt, og jeg blev udskrevet med smerter og opfordring til at gå så meget som muligt for at få smerterne væk.

3. Jeg var i de næste 4 måneder til kontrol flere gange, og blev bl.a. spurgt, om jeg tog smertestillende midler, og om det hjalp. Jeg tog ordineret medicin mod smerter, men jeg vidste ikke om det hjalp, men kunne dog ikke sige noget om, hvordan jeg ville have haft det uden disse tabletter. Hvorfor tager du dem så? Blev jeg spurgt. Stomisygeplejersken J [redacted] havde mere end en gang en lillefinger inde i min stomi, og hun sagde, at der var meget snævert og at stomien virkede stram. Overlæge C [redacted] mærkede også på et tidspunkt med en finger i stomien, at den var meget snæver. Jeg fortalte også, at stomien stort set kun fungerede, når jeg lå ned på min højre side, og at jeg kunne få nogle af smerterne til at forsvinde ved at lægge mig på den højre side. På et tidspunkt blev jeg tilbudt en røntgenundersøgelse af tarmen igen. Der var lang tids ventetid og det kunne jeg ikke overse med de smerter jeg havde. Man fremrykkede

så tidspunktet. Denne nye røntgenundersøgelse viste heller ikke noget uregelmæssigt, og jeg fik at vide, at mine smerter var psykiske og at jeg kunne komme på smerteklinik for at lære at leve med smerterne, men der var et års ventetid og det blev ikke nævnt senere. I løbet af de 4 måneder, der gik fra den første til den anden operation tabte jeg mig jævnt. I alt 16 kg fra 64 kg til 48 kg. Jeg kunne ikke have ret meget mad i mig på grund af smerter.

4. Lige efter operationen fik jeg af sygeplejerskerne at vide, at jeg ikke måtte ligge lavt med hovedet. Det vil sige, mit hovedgærde skulle løftes, da jeg havde væske i ansigtet. Jeg havde også problemer med vejrtrækningen og fik den "fløjte" at trække vejret igennem.
5. Efter 5 dages indlæggelse, hvor jeg blev behandlet med panodil, blev jeg igen udskrevet, og skulle så komme til kontrol 2.3. hvor jeg igen blev indlagt akut. I den forløbne uge havde jeg haft meget store smerter og en vagtlæge havde givet mig en indsprøjtning med nobligan. Det var dog uden virkning. Jeg fik også ordineret Dolol tabletter, men dem kunne jeg slet ikke tåle, så opgav dem efter 1½ dags brug. Jeg fik stærk kvalme og blev meget svimmel.
6. Allerede 15 minutter efter indsættelsen af kateteret fik jeg stærke smerter, der i løbet af den næste time blev så voldsomme, at jeg var ude af stand til at røre mig på nogen måde. Besøgende måtte give mig noget at drikke, og jeg bad om noget smertestillende. Det gik mere ned to timer, før der kom en læge, der ville ordinere noget smertestillende. Først efter at have fået en sprøjte kunne jeg køres til røntgenkontrol af det indlagte kateter. Klokkeren 23 var smerterne igen meget store og jeg bad igen om noget smertestillende. Men da fik jeg at vide, at det "normalt var en smertefri behandling, så hvis det gjorde ondt, når jeg bevægede mig, kunne jeg bare ligge stille". Jeg lå fastlåst i samme stilling og var ude af stand til at røre mig. Ved 3-4 tiden om natten var der en sygeplejerske, der mente, at jeg dog skulle have noget mod smerter. Jeg fik enten en Brufen eller en Panodil, men den hjalp ikke. På et tidspunkt fik jeg mig dog kæmpet på toiletet. Jeg skulle jo selv tømme min stomipose. Derefter lå jeg igen i samme stilling på

ryggen til klokken 14 næste dag. Da kunne jeg ikke klare det længere. En tilkaldt læge konstaterede ret hurtigt, at kateteret lå forkert, og da hun ville rette på det så hun, at det var revnet ved indstiksstedet. Kateteret blev herefter taget ud og nu måtte jeg gerne få smertestillende, men det var kun nødvendigt med en enkelt tablet ketogan.

7. Her er indløbet en misforståelse. Min nattesøvn er netop afbrudt flere gange hver nat, da det gør ondt hver gang jeg rører mig i liggende stilling.
 8. Den omtalte vægtnedgang var i tidsrummet fra første til anden operation.
 9. Problemerne med smerter i lungen og vejrtrækningsproblemer er opstået efter indlægningen af kateter.
- ..."

Den 17. april 2002 traf Patientforsikringen afgørelse. Det fremgår heraf blandt andet:

"Patientforsikringen har fundet, at De ikke er berettiget til erstatning efter lov om patientforsikring.

Betingelserne for at yde erstatning efter lovens § 2, stk. 1, nr. 1-4, er ikke opfyldt.

Sagsfremstilling

Patientforsikringen har på baggrund af Deres oplysninger, anmeldelsen fra V [redacted] samt de indhentede lægelige akter lagt følgende hændelsesforløb til grund for sin afgørelse:

De kom i 1989 i medicinsk behandling for colitis ulcerosa (betændelse i tyktarmen). Den 2. marts 1999 var De til undersøgelse på V [redacted], efter en forværring af Deres tilstand, og det blev besluttet at foretage et indgreb. Den 7. april 1999 blev De indlagt på V [redacted] til planlagt operativ fjernelse af tyktarmen med ileostomi, som blev udført den 9. april 1999. De har oplyst, at De efter operationen havde stærke smerter, og at smerterne tiltog således at De den 22. april 1999, hvor De skulle have været udskrevet, i stedet blev røntgenfotograferet på grund af mistanke om tarmslyng.

Det blev efter røntgenundersøgelsen vurderet, at De ikke havde tarmslyng og De blev udskrevet.

De blev tilset akut i stomiambulatoriet den 19. maj 1999 på grund af kolikagtige smerter, og i den følgende periode havde De hyppige smerter, men da baggrunden herfor ikke kunne fastslås blev det besluttet at se tiden an.

Den 10. august blev De indlagt akut under diagnosen abdominalia acuta (smerter i bugregionen). På grund af de uforklarlige smerteanfald blev det besluttet at foretage en eksplorativ laparotomi (operation for at afklare diagnosen). De blev reopereret den 13. august 1999, og der blev fjernet 15 cm. tarm og stomihullet blev udvidet. Efter et tilfredsstillende forløb blev De udskrevet den 23. august 1999.- Den 26. januar 2000 blev De indlagt akut med pludseligt opståede abdominalsmerter, og der var ikke kommet noget i ileostomiposen det sidste døgn. De blev samme dag opereret for tarmslyng.

De blev udskrevet igen den 10. februar 2000, men efter udskrivelsen var De meget træt, og efter en uge fik De smerter i højre lunge. De konsulterede derfor Deres egen læge, der foranledigede en røntgenundersøgelse af brystet. Der blev ved undersøgelsen fundet en væskesamling mellem lungehinderne, og De blev derfor indlagt akut den 18. februar 2000. Under indlæggelsen blev det konstateret, at Deres lungegener skyldtes væske og nogen sammentrykning i højre lunge. Det blev besluttet ikke at foretage noget indgreb men at se tiden an. De havde endvidere ledsmerter i hænder og fødder, som De blev sat i medicinsk behandling for. Ved udskrivelsen den 22. februar 2000 havde De det udmærket, men allerede efter 2 dage fik de smerter i lungen igen. Lørdag den 26. februar 2000 havde De vagtlæge, og den 2. marts 2000 blev De igen indlagt. De fik denne gang anlagt pleuradræn, og der blev tømt væske ud af lungen. De blev udskrevet i velbefindende den 9. marts 2000.

De klagede den 13. marts 2001 over Deres behandlingsforløb, og oplyste at De fortsat havde smerter ved vejrtrækning ud over normal vejrtrækning og smerter i højre lunge ved visse bevægelser.

Begrundelse

Ifølge PFL § 2, 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 V. [REDACTED] 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 behandlingen gennem hele forløbet er udført under hensyn til Deres tilstand, og under hensyn til hvilke behandlingsmåder der har været indikation for at anvende.

Patientforsikringen har endvidere lagt vægt på, at udvikling af forsnævninger af ileostomi og adhærencia er velkendte og uundgåelige komplikationer af behandlingen.

Endelig har Patientforsikringen lagt vægt på, at behandlingen er udført i overensstemmelse med anerkendte retningslinier.

Ifølge PFL § 2, 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.

De har klaget over et langt og kompliceret behandlingsforløb, og over efterfølgende lungegener i form af smerter ved vejrtrækning ud over normal vejrtrækning og smerter i højre lunge ved visse bevægelser.

Det må lægges til grund, at Deres grundsygdom i form af colitis ulcerosa/ileus (tarmstop)/subileus efter fjernelse af tyktarmen og anlæggelse af ileostomi må anses for at være meget alvorlig.

Der er for så vidt angår Deres lungegener lagt vægt på, at det fremgår af den indhentede speciallægevurdering, at Deres totale lungekapacitet er 75 %

af det forventede. Dette skal sammenholdes med, at en lungekapacitet på over 70 % anses som værende normal. Det er således Patientforsikringens opfattelse, at Deres lungegener er relativt begrænsede, når de sammenholdes med Deres alvorlige grundsygdom.

Patientforsikringen finder endvidere, at skader i form af problemer med ileostomien ikke er tilstrækkelig sjældne og heller ikke i Deres tilfælde alvorlig nok til at opfylde lovens krav om sjældenhed og alvor. Der er herved lagt vægt på, at sådanne skader optræder i over 2 % af tilfældende.

På dette grundlag ses De herefter ikke at være berettiget til erstatning efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4."

Denne afgørelse blev påanket til Patientskadeankenævnet, der i et møde den 13. februar 2003 tiltrådte Patientforsikringens afgørelse. I nævnets brev af 26. februar 2003, hvorved afgørelsen blev meddelt L [REDACTED], er det blandt andet anført:

"Begrundelse for afgørelsen:

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

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 Deres behandling på V [REDACTED] i perioden fra den 9. april 1999 til den 9. marts 2000.

Der er lagt vægt på, at tyndtarmspassage den 14. juni 1999 viste normale forhold og ingen tegn på forsnævring. Undersøgende operationer er oftest forbundet med unødige komplikationer, og det er derfor nævnets vurdering, at der ikke før den 13. august 1999 var anledning til at foretage en undersøgende operation.

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

Nævnet finder, at Deres komplikation i form af forsnævring af stomien ikke er tilstrækkelig sjælden til at opfylde bestemmelsens krav om sjældenhed henset til, at komplikationen optræder i mere end 2 % af tilfældene efter anlæggelse af tyndtarmsstomi. Komplikationen findes heller ikke at være tilstrækkelig alvorlig til i sig selv at udløse erstatning efter bestemmelsen henset til alvorligheden af Deres grundsygdom colitis ulcerosa i hele tyktarmen, der nødvendiggjorde operation.

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

Der er under sagens behandling for landsretten indhentet udtalelser fra Retslægerådet, der i en erklæring af 29. oktober 2004 har besvaret de af parterne stillede spørgsmål således:

"Spørgsmål 1:

Er der indikation for at gennemføre den stedfundne operation, den 9. april 1999?

I betragtning af at medicinsk behandling er beskrevet som udsigtsløs, at der ved kikkertundersøgelsen var udtalte og kroniske forandringer i tyktarmen, og endelig da der ved tidligere mikroskopisk undersøgelse af tyktarmsslimhinden var fundet celleforandringer, der kan være forstadiet til kræft, må det operative indgreb i form af fjernelse af tyktarmen anses for velindiceret.

Spørgsmål 2:

Blev operationen den 9. april 1999 korrekt udført?

Operationen blev efter beskrivelsen korrekt udført.

Spørgsmål 3:

Findes der en anden behandlingsmetode/operation, som ud fra et medicinsk synspunkt ville have været lige så effektiv til behandling af sagsøgers sygdom og ville skaden i bekræftende fald være undgået ved anvendelse af en eventuel anden behandlingsmetode/operation?

Fjernelse af tyktarmen må anses for den mest korrekte behandling. Operationen kan foretages på anden og mere kompliceret vis og i flere omgange. Ved denne anlægges ileostomien på anden vis. Hvorvidt den formodede forsnævring, svarende til bugvæggen herved ville kunne være undgået kan ikke afgøres. Spørgsmålet må anses for hypotetisk og kan ikke besvares entydigt.

Spørgsmål 4:

Hvad er årsagen til, at tarmen roterer og derved medfører gener med delvis aflukning af tarmindholdets frie passage?

Årsagen til den delvise aflukning og de formentlig deraf medførende gener fremgår ikke klart af det medfølgende materiale.

Spørgsmål 5:

Må det antages, at en erfaren specialist på området ville have handlet anderledes under operation den 9. april 1999, således at de efterfølgende komplikationer i form af rotation af tarmen og delvis aflukning af tarmens passage ville være undgået?

Operationen den 09.04.99 synes at være udført efter almindelig anerkendt lægefaglig standard.

Spørgsmål 6:

Hvor hyppigt forekommer komplikationer i form af rotation af tarmen med efterfølgende aflukning af tarmens passage efter et indgreb som det udførte, den 9. april 1999?

Forbigående kirurgiske komplikationer efter anlæggelse af ileostomi er ikke ualmindelige (ses hos under 10%), og senere kirurgiske korrektioner bliver nødvendig hos ca. 15% af de opererede. Aflukning af tarmens passage er forholdsvis sjælden, og det er usædvanligt, at det ikke lader sig afsløre ved de foretagne røntgenundersøgelser.

Spørgsmål 7:

Har sagsøgers grundlidelse haft betydning for sygdomsudviklingen?

I bekræftende fald anmodes Retslægerådet om at beskrive, hvilken betydning sagsøgers grundlidelse har haft?

Sagsøgers grundlidelse (blødende tyktarmsbetændelse) kan ikke antages at have haft betydning for sygdomsudviklingen. Derimod kan L [REDACTED] samtidige depression meget vel tænkes at have betydning for tolerance og opfattelse af symptomerne.

Spørgsmål 8:

Er der under det postoperative forløb på V [REDACTED] begået lægefaglige fejl?

Der kan ikke på det foreliggende påvises at være begået lægefaglige fejl under det postoperative forløb på V [REDACTED]

Spørgsmål 9:

Undlod lægerne på V [REDACTED] under det postoperative forløb at foretage undersøgelser eller behandlinger, som havde været egnet til at opdage forsnævringen af tarmens passage på et tidligere tidspunkt end den 13. august 1999?

Efter at der forelå normalt resultat af røntgenundersøgelse af tyndtarmen med kontrast den 14.06.99, kunne der være suppleret med en røntgenundersøgelse i form af kontrastindhældning via stomien eller kikkertundersøgelse. Hvorvidt der ved denne undersøgelsesmodalitet tidligere kunne påvises forsnævring af tarmpassagen kan dog ikke afgøres. Det er dog Retslægerådets opfattelse, at udredningen af symptomerne er foregået i for langsom takt.

Spørgsmål 10:

Blev operationen den 13. august 1999 korrekt udført?

Ja.

Spørgsmål 11:

Blev operationen den 28. januar 2000 korrekt udført?

Ja.

Spørgsmål 12:

Hvad er årsagen til, at sagsøger får væskeansamling i lungehinden.

Efter det foreliggende anses det for sandsynligt, at L [REDACTED] efter operationen har haft

delvis sammenklapning af lungen eller lungebetændelse, hvilket har medført væskeansamling mellem lungehinderne. L [redacted] var desuden umiddelbart efter operationen væskeoverfyldt.

Spørgsmål 13:

Må det antages, at komplikationen i form af væskeansamling i lungehinden ville være undgået, såfremt operationen var udført af en erfaren specialist?

Nej.

Spørgsmål 14:

Findes der en anden behandlingsmetode/operation, som ud fra et medicinsk synspunkt ville have været lige så effektiv til behandling af sagsøgers sygdom og ville skaden i bekræftende fald være undgået ved anvendelse af en eventuel anden behandlingsmetode/operation?

Der menes formentlig behandlingsmetode/operation for tarmslyng. Spørgsmålet må derfor besvares med nej.

Spørgsmål 15:

Hvor hyppigt forekommer komplikationer i form af væskeansamling i lungehinden efter et indgreb som det udførte den 28. januar 2000?

Skønsmæssigt 0-10%.

Spørgsmål 16:

Kan det antages, at sagsøgers nedsatte lungefunktion er en følge af operationen den 28. januar 2000?

Årsagen til den ved lungefunktionsundersøgelsen påviste lave (men dog indenfor normalområdet) lungefunktion er uklar. Forandringerne kan være betinget af smerter ved vejrtrækning, eller at L [redacted] medvirkede dårligt ved undersøgelsen. Påvirkningen af lungevævet er ikke sandsynlig. Fundet er vanskeligt at forklare, og spørgsmålet vedrørende årsag kan ikke besvares.

Spørgsmål 17:

Hvor hyppigt forekommer komplikationer i form af nedsat lungefunktion til 75% efter et indgreb som det udførte, den 28. januar 2000?

Da det ikke er dokumentet, at den let nedsatte lungefunktion (vitalkapacitet) på 75% skyldes indgrebet, kan spørgsmålet ikke besvares.

Spørgsmål 18:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Ad operationen den 9. april 1999

Spørgsmål A:

Hvad var prognosen for helbredelse/bedring af sagsøgers lidelse (colitis ulcerosa) med, henholdsvis uden behandling?

Ved fjernelse af tyktarmen må L. [redacted] anses for helbredt for sin colitis ulcerosa. Uden behandling er prognosen for helbredelse negligeeabel.

Spørgsmål B:

Kunne operationen være gennemført på anden måde end sket?

Der kunne være udført en mere kompliceret operation i flere stadier:

- 1) Først fjernes hovedparten af tyktarmen, med efterladelse af en del af endetarmen, og der anlægges ileostomi.
- 2) Senere tildannes et reservoir af den nederste del af tyndtarmen og der skabe forbindelse til dette fra endetarmen.
- 3) Endnu senere lukkes den ved forrige operation anlagte midlertidige ileostomi.

Det foretagne indgreb - som L. [redacted] ønskede - må anses for at være korrekt i den givne situation og forbundet med færre komplikationer.

Spørgsmål C:

Hvis spørgsmål B besvares bekræftende, bedes alternative operationsmåder anført, herunder eventuelle fordele og ulemper ved disse sammenlignet med den rent faktisk gennemførte operation.

Se ovenfor.

Spørgsmål D:

Ville forsnævring af tyndtarmspassagen og rotation af tarmen være undgået, hvis en anden behandlingsteknik/metode var blevet anvendt?

Spørgsmålet er hypotetisk og kan ikke besvares. Betydningen af eventuel, men ikke dokumenteret "rotation" er usikker.

Spørgsmål E:

Er det muligt i videre omfang end sket at sikre sig, at den foretagne fjernelse af tyktarm og anlæggelse af stomi, er velfungerende?

Ja - den nederste del af tyndtarmen kan undersøges ved røntgenundersøgelse, hvor der indhældes kontrast i stomien eller ved kikkertundersøgelse. Det er imidlertid usikkert, i hvilken grad disse undersøgelser vil give yderligere oplysninger, når der foreligger et normalt resultat af undersøgelsen af tyndtarmen ved kontrast "oppefra".

Spørgsmål F:

På hvilket tidspunkt efter operationen var der grundlag for at få mistanke om forsnævring af tyndtarmspassagen?

22.04, hvor der blev foretaget oversigt over abdomen.

Spørgsmål G:

På hvilket tidspunkt efter operationen var der grundlag for at få mistanke om rotation af tarmen?

Det findes ikke dokumenteret, at årsagen til afløbshindringen var "rotation af tarmene". Mistanke om forsnævring opstod hurtigt, og blev undersøgt med relevant tiltag om end i langsom takt. Grundlaget kan således lidt paradoksalt først siges at være tilstede på grund af de persisterende symptomer efter der forelå to normale undersøgelser, dvs. efter 14.06.99.

Spørgsmål H:

Blev der udført en forsvarlig observation af sagsøger efter operationen?

Observationen må generelt anses for forsvarlig. De manglende tegn til tarmslyng og det normale udfald af røntgenundersøgelse af tyndtarmen (14. juni) har bevirket, at de behandlende læger har konkluderet, at der ikke forelå nogen afløbshindring. Forløbet og de persisterende symptomer viser dog, at der her er tale om et fejlskøn.

Spørgsmål I:

På hvilket tidspunkt var der indikation for en reoperation?

Ultimo juni 1999.

Spørgsmål J:

Afviger sagsøgers komplikationsforløb efter operationen fra et typisk forløb?

Ja.

Ad operation den 13. august 1999

Spørgsmål K:

Kunne der ved behandlingen af sagsøger være anvendt en anden til rådighed stående behandlingsteknik/metode, som ud fra et medicinsk synspunkt ville have været ligeværdig med den konkrete anvendte, og da hvilken?

Nej.

Spørgsmål L:

Hvis spørgsmål K besvares bekræftende, bedes alternative operationsmåder anført, herunder eventuelle fordele og ulemper ved disse sammenlignet med den rent faktisk gennemførte operation?

Bortfalder.

Spørgsmål M:

Er det muligt i videre omfang end sket at sikre sig, at udvidelsen af stomihullet, er velfungerende?

Nej. Der var på dette tidspunkt heller ikke grund hertil.

Spørgsmål N:

Hvad var prognosen for helbredelse/bedring af sagsøgers lidelse (forsnævring af tyndtarmspassagen) med, henholdsvis uden behandling?

Prognosen for helbredelse med operativ behandling må anses for god, hvorimod prognosen uden behandling må anses for ringe.

Spørgsmål O:

På hvilket tidspunkt efter operationen var der grundlag for at få mistanke om mekanisk tarmstop?

Ultimo januar 2000.

Spørgsmål P:

Ville mekanisk tarmstop være undgået, hvis en anden behandlingsteknik/metode var blevet anvendt?

Nej.

Spørgsmål Q:

Hvor ofte indtræder der mekanisk tarmstop efter en operation som den pågældende?

Ca. 10%.

Spørgsmål R:

Blev der udført en forsvarlig observation af sagsøger efter operationen?

Ja.

Spørgsmål S:

Afviger sagsøgers komplikationsforløb efter operationen fra et typisk forløb?

Nej. Senere aflukning af tarmen på grund af strengdannelse er en af de almindeligste komplikationer.

Ad operation den 28. januar 2000

Spørgsmål T:

Hvad var prognosen for helbredelse/bedring af sagsøgers lidelse (mekanisk tarmstop) med, henholdsvis uden behandling?

Spørgsmålet er hypotetisk og kan ikke besvares.

Spørgsmål U:

Blev der udført en forsvarlig observation af sagsøger efter operationen?

Ja, væskeansamlingen mellem lungehinderne har tilsyneladende ikke givet anledning til symptomer på dette tidspunkt.

Spørgsmål V:

Giver sagen Retslægerådet i øvrigt anledning til bemærkninger?

Nej."

Forklaringer:

L. [REDACTED] har forklaret, at operationen den 9. april 1999 ikke var vellykket for hende, selvom den måske teknisk var i orden. Efterfølgende havde hun mange smerter, og da morfinpumpen blev taget fra hende, var smerterne meget vold-

somme. Hun var indlagt på den hospitalsgang, hvor hendes mand, som var død af kræft i 1998, havde været under behandling, og det var svært for hende. Hun fik en efterreaktion, og hun blev indlagt på psykiatrisk afdeling. Da hun vågnede efter den anden operation, forklarede sygeplejersken til hende, at tarmen havde været drejet 180 grader. Smerterne var ikke nær så voldsomme som efter den første operation, og hun fik tildelt enestue og fjernsyn og blev behandlet, som om der var noget, der skulle glattes ud. Hun fik oplyst fra natsygeplejersken, at overlæge C [REDACTED] var "på hælene" på grund af hendes behandlingsforløb. I løbet af de 4 måneder, der gik fra den første til den anden operation, havde hun voldsomme smerter, og hun tabte i alt 16 kg fra 64 kg til 48 kg. I januar 2000 blev det konstateret, at hun havde tarmslyng, og hun blev opereret for tredje gang. Efter at hun fik fjernet væsken i lungerne den 3. marts 2000, har hun haft smerter ved dybe indåndinger, og hun har svært ved at gå på trapper. I almindeligt travetempo kan hun kun gå 2-300 meter, og hun kan kun cykle korte strækninger. Hun har ikke noget arbejde, og den 1. oktober 2005 "ryger" hun helt ud af arbejdsmarkedet, fordi hun fylder 60 år. Hun ville ikke kunne arbejde på fuld tid. Hun har været svømmelærer siden 1970, men hun vil ikke længere kunne overkomme dette arbejde, fordi hun ikke vil kunne redde børnene. Hendes stomi er ikke så god, fordi den sidder lavt på grund af de 2 operationer. Hun føler, at der er en byld omkring stomien, men hendes læge har sagt, at hvis hun kan klare at leve med sine gener, bør hun ikke blive opereret, for det kan gå galt igen. Hun ved ikke, hvorfor hendes egen læge ikke i erklæringen af 30. juli 2001 har anført, at hun har problemer med stomien, for det talte de om, og hun ved derfor ikke, hvorfor han ikke har skrevet det.

Professor O [REDACTED], der har deltaget ved sagens behandling i Retslægerådet, har som vidne forkla-

ret, at han er speciallæge i intern medicin og mave- tarmsygdomme. Der har ikke ved Retslægerådets besvarelse af spørgsmålene deltaget en specialist i lungesygdomme. Der er ved operationen den 9. april 1999 anvendt den klassiske operation for L [redacted] lidelse. Med hensyn til svaret på spørgsmål 9, hvoraf det fremgår, at udredningen af symptomer er foregået i for langsom takt, er det hans opfattelse, at lægerne på V [redacted] kunne have foretaget to yderligere undersøgelser: En røntgenundersøgelse i form af kontrastindhældning via stomien eller kikkertundersøgelse, men han kan ikke udtale sig om, hvorvidt sådanne undersøgelser ville have vist forsnævringen af tarmpassagen. Da røntgenundersøgelsen den 14. juni 1999 ikke viste det forventede, og da patienten havde tabt sig og fortsat havde smerter, ville han selv have foretaget en supplerende undersøgelse midt i juni 1999. Patienten var sårbar, og har derfor kunnet være svær at bedømme. Det er Retslægerådets skøn, at lægerne ventede længe og var tålmodige. Det kan være skønnet, at det var bedst at vente, til man havde et sikkert grundlag, fordi en ny operation kan være forbundet med komplikationer. Det efterfølgende forløb viser dog, at det var et fejlskøn. Spørgsmål D bygger på oplysninger på anden hånd fra en sygeplejerske, og oplysningerne er, når man sammenligner med operationsbeskrivelsen, ikke korrekte. I beskrivelsen er det anført, at der forelå en "kinkning", hvilket betyder, en knækdannelse. Der er ikke i beskrivelsen anført noget om en rotation af tarmen, hvilket dog ikke udelukker, at der har været en rotation, men det er ikke en kendt komplikation i forbindelse med nævnte operation, og komplikationen er ikke beskrevet i litteraturen. Retslægerådet mener ikke, at kunne angive en årsag til, at L [redacted] ved undersøgelsen hos speciallægen viste sig at have en lungeinfektion, der dog lå indenfor normalområdet. Forandringerne kan skyldes, at L [redacted] ikke har trukket vejret godt nok ved undersøgelsen, eller at det har gjort ondt at trække vejret. Der er ikke sammenhæng mellem

operationen og det målte resultat. Efter operationen den 13. august 1999 var L [redacted] for så vidt rask efter sin tarmsygdom. Hun fik senere tarmslyng, hvilket sker for ca. 10% af patienter, der gennemgår en operation i bughulen. I dag har L [redacted] efter Retslægerådets opfattelse, bortset fra stomien, ingen gener på grund af forløbet fra den 9. april til den 13. august 1999.

Parternes synspunkter:

L [redacted] har gjort gældende, at den opståede komplikation under operationen den 9. april 1999 er så sjælden, at den opfylder kriterierne i patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4. Komplikationen er henset til skadens sjældenhed mere omfattende, end hvad hun med rimelighed skulle tåle. Under henvisning til at hun på kun 4 måneder havde tabt sig meget og havde vedvarende smerter, og under hensyn til Retslægerådets besvarelse, hvoraf det fremgår, at udredning af symptomerne, som opstod i forlængelse af operationen den 9. april 1999, foregik i for langsom takt, ville en erfaren specialist have handlet anderledes i det postoperative forløb, således at fejlen burde være opdaget, og hun burde være opereret igen, på et langt tidligere tidspunkt end den 13. august 1999. Dette underbygges også af den forklaring, der er afgivet af professor S [redacted].

L [redacted] har endvidere gjort gældende, at den opståede komplikation i lungerne er så sjælden, at den opfylder kriterierne i lovens § 2, stk. 1, nr. 4, og hun er blevet påført men som følge af patientskaden den 28. januar 2000 i form af nedsat lungefunktion. Der bør i den forbindelse lægges afgørende vægt på speciallægeerklæringen fra overlæge M [redacted] idet Retslægerådet har afgivet sine svar uden medvirken af en specialist i lungesygdomme.

Patientskadeankenævnet har i første række gjort gældende, at det er en betingelse for at yde erstatning, at der ved operationen eller i det post-operative forløb er påført L [REDACTED] [REDACTED] en fysisk skade, jf. patientforsikringslovens dagældende § 1. Retslægerådet har i svaret på spørgsmål A udtalt, at L [REDACTED] ved den foretagne operation den 9. april 1999 må anses for helbredt for sin lidelse (colitis ulcerosa). Efter forklaringen fra professor S [REDACTED] [REDACTED], var L [REDACTED] rask efter operationen den 13. august 1999. Der er derfor ikke noget erstatningsgrundlag.

Patientskadeankenævnet har i anden række gjort gældende, at betingelserne for at yde erstatning i medfør af lovens § 2, stk. 1, nr. 1-4, ikke er opfyldt. Den omstændighed, at Retslægerådet til spørgsmål J og 9 har svaret, at L [REDACTED] [REDACTED] komplikationsforløb afveg fra et typisk forløb, og at udredningen af symptomerne er foregået i for langsom takt, betyder ikke, at L [REDACTED] dermed har løftet sin bevisbyrde for, at en erfaren specialist ville have handlet anderledes, end de behandlende læger gjorde ved behandlingen af hende i forbindelse med og efter operationen den 9. april 1999. Retslægerådets udtalelse giver ikke belæg for at antage, at L [REDACTED] komplikationer efter operationerne den 9. april 1999, 13. august 1999 og 28. januar 2000 overstiger, hvad hun med rimelighed må tåle, når grundlidelsens alvorlighed nødvendiggjorde operation. Sjældenhedsbestemmelsen kan ikke anses for opfyldt, idet forsnævring af stomien forekommer i mere end 2% af tilfældene ved anlæg af stomi.

Patientskadeankenævnet har bestridt, at L [REDACTED] nedsatte lungefunktion kan berettige til erstatning, og har i den forbindelse gjort gældende, at der ikke er nogen god forklaring på væsken i lungen, og at det ikke er dokumenteret, at der var sammenhæng mellem lungesygdom og operationen. Der

bør ved afgørelsen lægges afgørende vægt på Retslægerådets vurdering.

Landsrettens begrundelse og resultat

Ifølge patientforsikringslovens dagældende § 1 var det en forudsætning for patienters ret til erstatning, at de i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende, var påført en fysisk skade.

Det lægges til grund, at L [redacted] havde et stort vægttab og voldsomme smerter i perioden fra operationen den 9. april 1999, indtil hun på ny blev opereret den 13. august 1999. På denne baggrund og efter Retslægerådets besvarelse, herunder navnlig af spørgsmål 9 samt efter den forklaring, der er afgivet af professor O. [redacted], findes lægerne på V [redacted] under det postoperative forløb ikke med den fornødne hurtighed at have foretaget undersøgelser, som havde været egnet til at opdage forsnævringen af tarmens passage på et tidligere tidspunkt end den 13. august 1999.

Efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 5, må det imidlertid antages, at operationen den 9. april 1999 er foretaget efter almindelig anerkendt lægefaglig standard, og i svaret på spørgsmål A er det anført, at L [redacted] efter fjernelsen af tyktarmen må anses for helbredt for sin grundlidelse, colitis ulcerosa.

Vidnet professor O. [redacted] har endvidere forklaret, at L [redacted] efter operationen den 13. august 1999 var rask.

Efter Retslægerådets erklæring og den forklaring, der er afgivet af vidnet O [REDACTED], lægges det til grund, at L [REDACTED] lungefunktion fortsat ligger inden for normalområdet. Det fremgår endvidere af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 16, at årsagen til den ved lungefunktionsundersøgelsen påviste lave, men dog indenfor normalområdet liggende, lungefunktion er uklar, og at fundet er vanskeligt at forklare, og at spørgsmålet vedrørende årsag ikke kan besvares.

På den baggrund finder landsretten ikke, at L [REDACTED] har bevist, at hun er blevet påført en fysisk skade omfattet af lov om patientforsikring ved operationen den 9. april 1999 eller under det postoperative forløb, jf. patientforsikringslovens dagældende § 1, hvorfor der allerede af den grund ikke er noget erstatningsgrundlag.

Patientskadeankenævnets frifindelsespåstand tages derfor til følge.

L [REDACTED] skal betale sagsomkostninger til Patientskadeankenævnet med i alt 26.350 kr. Beløbet dækker 25.000 kr. til udgifter til advokatbistand og 1.350 kr. til dækning af udgifter til materialesamling.

Sagsomkostningerne forrentes efter rentelovens § 8a.

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

Sagsøgte, Patientskadeankenævnet, frifindes.

Sagsøgeren, L [REDACTED], skal betale sagens omkostninger til sagsøgte med 26.350 kr.

De idømte sagsomkostninger skal betales inden 14 dage.

Annette Dellgren

Dorte Jensen

Bodil Ruberg

(kst.)

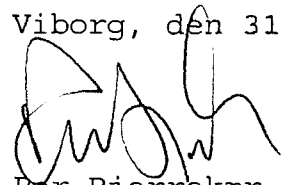
cfr.

Uden betaling.

Udskriftens rigtighed bekræftes.

Vestre Landsret, ⁴

Viborg, den 31. oktober 2005



Per Bjerrekær

retssekretær