

9/63

D O M

afsagt den 7. juni 2000 af Vestre Landsrets 7. afdeling
(dommerne Torben Geneser, Olav D. Larsen og Poul Jensen
(kst.)) i 1. instanssag B-2800-96

D [REDACTED]
(Advokat Finn Andersen, Esbjerg)
mod
Patientskadeankenævnet
(Kammeradvokaten ved advokat Vibeke Borberg, København).

Sagsøgeren, D [REDACTED], har under denne sag, der er anlagt den 20. december 1996, nedlagt påstand om, at sagsøgte, Patientskadeankenævnet, tilpligtes at anerkende, at skaden, der overgik sagsøgeren i forbindelse med operationen på S [REDACTED] [REDACTED] den 3. august 1992, herunder det præ- og postoperative forløb, er omfattet af patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1 eller 4, således at der er tale om en erstatningsberettiget skade.

Sagsøgte har nedlagt påstand om frifindelse.

Sagsøgeren har fri proces og retshjælpsforsikring.

Sagsøgeren, der er født i 1947, havde før sommeren 1992 haft forskellige underlivsproblemer, der gav anledning til en række ambulante undersøgelser og indlæggelser på S [REDACTED] [REDACTED]. Hun fik i 1988 konstateret celleforandringer på livmoderen, hvorefter der blev foretaget frysebehandling med keglesnit. I november 1990 fik sagsøgeren fjernet venstre æggestok og venstre æggeleder, og i 1991 fandt man en pudeformet udfyldning mellem skeden og endetarmen, hvilket gav mistanke om endometriose. Det blev i november 1991 besluttet at behandle sagsøgeren med Danokrine, som er et hormonpræparat, men da sagsøgeren i oktober 1991 havde været indlagt med en blodprop

i hjertet, blev hun tilbudt endnu et forsøg på at få verificeret diagnosen (endometriose) i form af en biopsi (vævsprøve), der blev foretaget den 13. april 1992. Det fremgår af hospitalets journal for den 27. april 1992, at

"mikroskopisvaret viser blødning fra bunden af biopsien. Der drejer sig om ældre blødning samt både akut og kronisk uspecifik inflammation, hvilket fund kan være udtryk for reaktion for nærliggende endometriose, som dog ikke direkte repræsenteres.

.....

Er meget lidt motiveret for at påbegynde Danocrine-behandlingen på grund af den tidligere blodprop.
....."

Den 8. juli 1992 hedder det i patientjournalen:

"Pt. har telefonisk kontaktet afdelingen og oplyser, at smertegenerne nu er så kraftige, at de medfører flere dages sygemelding hver måned.

Vi må være derhenne, hvor behandling med Danocrine eller et af GNRH-analogerne kommer på tale."

Telefonisk kontakt med cardiologisk afdeling, ovl. N[redacted]: Der er ingen kontraindikation mod behandling med disse præparater set ud fra et cardiologisk synspunkt.

Pt. er indkaldt til vort ambulatorium og jeg synes, vi må tilbyde behandling med Danocrine.

overlæge P[redacted]

Sagsøgeren kom til ambulant behandling den 15. juli 1992, og det hedder blandt andet i journalen:

".....

Pt. har jo for lange siden været indstillet på at starte Danocrine-behandling, men nu anfører hun, at formålet med behandlingen var at få amenorrhoea. Så synes hun ikke der er nogen grund til at starte behandlingen, da hun fortsat ikke har haft menstruation siden den 17.1.

Da vi jo samtidig ikke har nogen sikker diagnostik

af endometriose, findes det ikke indiceret at opstarte med behandlingen.

Pt. har jo dog uændret kraftige, kroniske smerter bag uterus om mod endetarmen med forværring nu hver til hver anden uge af ca. 3-4 dages varighed, hvor pt. nærmest er invalideret.

Ovenstående er konfereret med overl. K. [redacted] og overl. K. [redacted], og vi beslutter at konferere pt. med overl. B. [redacted] med henblik på evt. blokadebehandling af pt.'s smerter, der formodes at stamme fra det sacrale plexus.

Pt. er selv interesseret i dette, og hun vil få skriftlig besked efter konf. med overl. B. [redacted].

....."

Der blev iværksat diagnostisk blokadebehandling den 22. juli 1992, og af journalen fremgår det, at hvis der ikke i denne forbindelse dukkede nye momenter op, ville en forsøgsvis kirurgisk fjernelse af det beskrevne parti være indiceret. Af journalen for den 23. og 24. juli 1992 fremgår det, at blokadernes kun gav smertefrihed i blokadetiden.

Sagsøgeren blev den 30. juli 1992 indlagt akut på S [redacted] [redacted] med stærke smerter. Der besluttedes en forsøgsvis fjernelse af det fortykkede, ømme væv svarende til septum recto-vaginale. Operationen fandt sted den 3. august 1992. Sagsøgeren var den 31. juli 1992 af overlæge H. [redacted] [redacted] blevet orienteret om risikoen ved operationen.

Af journalnotaterne den 3. august 1992 fra operationsgangen fremgår det blandt andet:

".....

I
gøres

spinal anæstesi
incisio explorativa
septii rectovagi-
nalis.

Slimhinden svarende til comissura posterior afklippes, hvorefter vaginalbagvæggen åbnes i midtlinien over det fibrøst fortykkede område i septum rectovaginale. Under fridissektionen får man åbnet til lille absceskavitet, hvorfra der udtømmes

blakket sekret.

Der

podes herfra til

D + R

Med en finger i rectum sonderes kaviteten forsigtigt, uden at der kan påvises nogen forbindelse mellem kaviteten og rectum.

Efter udtømmning måler kaviteten i udstrækning ca. $1\frac{1}{2}$ x $1\frac{1}{2}$ cm. Der åbnes bredt til kaviteten, hvorefter vaginalslimhinden lukkes med

enkelte suturer med
god afstand,

og afslutningsvist rekonstrueres comissura posterior, ligeledes med

enkeltsuturer

....."

Nogle timer efter operationen, kl.00.40, og næste morgen blev der blandt andet indført følgende i journalen:

".....

Bemærkede til aften "fornemmelse af noget der sprang", derefter siven af noget ildelugtende væske ud gennem skeden, brunligt, blodigt. Samtidig fornemmelse af boblen i maven.

Objektivt.

Blød i maven, ingen tarmlyde.

GU-inspektion: med andenæbsspekulum: i vaginalbagvæggen forefindes slimhindedefekt på ca. 0,5 cm i diameter. Ligner bristning.

.....

4.8.92

Til morgen tydelig siven af fæces fra vagina. Pt. er smertepåvirket.

.....

Der ses tydelig fæcessiven fra midten af vaginalsåret. Et par suturer gået op.

Exploratio vaginalis: der er smertefuld - kan ikke umiddelbart påvises fistelåbning til rectum - ej heller ved rektal exploration.

.....

Tilfældet konfereres med overl. K [redacted] og med overl. F [redacted] kir. afd. Det aftales, at pt. d.d. overflyttes til kir. afd. 262.

Hun er før operationen gjort opmærksom på, at fisteldannelse ville være risikoen og er ligeledes præoperativt blevet orienteret om, at aflastende stomi kunne blive nødvendigt i en periode.

Udskrives d.d. til ECS afd. 262

Overl. K [redacted]

Sagsøgeren blev den 4. august 1992 overført til C [redacted] [redacted], og den 5. august 1992 gennemførtes en stomiooperation. I journalen hedder det blandt andet:

".....

Ved inspektion findes såret i vaginas bagvæg delvis sprunget - siven af tynd faeces - formentlig oppefra.

Ved rektoskopi kan man ikke se defekten.
Exploratio giver ikke yderligere oplysninger.
Adgang gennem gammel midtliniecikatricen.
Sigmoidium løsnes lateralt, der er ganske rigelig sigomideumslynge.
Tarmen deles med liniære stapler. Proximale tarmben renses op. Hul til stomi i venstre fossa. Tarmen trækkes frem og fashioneres."

Af journalnotater den 8. august 1992 fremgår det, at der blev påbegyndt en skylning af rectum og vagina, og den 10. august 1992 anførtes det, at behandling med antibiotika var ophørt, og at sagsøgeren blev udskrevet med efterfølgende besøg af en hjemmesygeplejerske til colotomi og skylning.

Sagsøgeren blev indlagt akut på C [redacted] den 14. august 1992 med infektion i stomien og sandsynligvis stominekrose (dødt væv). Samme dag blev der foretaget en reoperation af stomien, og den 24. august 1992 blev sagsøgeren udskrevet.

Overlæge F [redacted], C [redacted], henviste den 3. september 1992 sagsøgeren til psykologisk behandling. Det anførtes blandt andet i henvisningen:

"ÅRSAG TIL HENVISNINGEN:

Den 05.08.92 sigmoideostomi pga. fistula rectovaginalis. Stomien blev revideret 14.08.92. Det er en midlertid stomi, som vi regner med at kunne lægge tilbage om nogle måneder. Imidlertid er hun svært deprimeret og ulykkelig over sin situation, og hjemmesygeplejersken har ringet, om hun ikke kan få psykologhjælp."

Den 23. oktober 1992 blev sagsøgeren indlagt på C [REDACTED], og den 27. oktober 1992 blev der foretaget tilbagelægning af tarmen. Det fremgår i denne forbindelse af journalen, at sagsøgeren efter operationen ikke skulle fortsætte med antibiotika, da der ikke havde været peroperativ forurening af betydning. Ifølge journalen blev sårrensning (af stomisåret) foretaget den 3. november 1992. Under den 6. november 1992 hedder det blandt andet i journalen:

"I universel anæstesi fjernes suturer, og såret skiftes. Selve såret er usædvanlig stort, 10 cm lang, gabende ned til fascien. Der er endnu en del nekroser men ingen pus."

Sagsøgeren blev udskrevet den 10. november 1992 til daglig skiftning ved hjemmesygeplejerske.

Af et journalnotat af 17. november 1992 fremgår det, at stomisåret var blevet forbavsende lille i den forløbne tid, og den 8. december 1992 anførtes det i journalen, at såret var lægt.

Under behandlingsforløbet indsendte sagsøgeren den 12. august 1992 en klage til Patientklagenævnet, idet hun angav at have været udsat for en fejlbehandling på S [REDACTED]. I sagsøgerens redegørelse om behandlingsforløbet hedder det blandt andet:

"D. 31-7-92 har jeg en samtale med overl. H [REDACTED] som igen forklarer mig risikoen ved operationen som skal udføres mandag 3-8-92. Samtidig siger han at hvis han kan se at han vil beskadige noget vil han selvfølgelig stoppe,

.....

Mandag d. 3-8-92 kl. ca. 9.00 foregår opr. i rygmarvsbedøvelse og så snart den er overstået kommer K [redacted] her og tager min hånd og siger at jeg kan være ganske rolig der er ikke sket noget, men at de fandt en gammel byld og det de havde frygtet at jeg fejlede (endometriose) ikke var årsagen.

....."

Det fremgik af klagen, at sagsøgeren havde været i forbindelse med Embedslægeinstitutionen Ribe Amt. Embedslægeinstitutionen modtog i anledning af sagsøgerens klage redegørelser dateret henholdsvis den 26. august 1992 fra overlæge N [redacted], der havde foretaget de diagnostiske blokader, og den 3. september 1992 fra overlæge P [redacted], C [redacted] [redacted]. I den sidstnævnte redegørelse hedder det blandt andet:

".....

Ved overflytningen er patienten ked af det, men i øvrigt i god almentilstand. Hendes afføring løber ud af underlivets skede (vagina).

Patienten er meget ømfindtlig i endetarm og underlivsregionen, hvorfor hun ikke udsættes for akut undersøgelse.

Næste dag i fuld bedøvelse undersøger jeg underlivet og ser, at skeden er fyldt med afføring, der stadig siver ned fra den øverste del af skeden. Nedadtil i bagvæggen er et frisksyet operationssår, der delvis er gået lidt op. Det hele er så forurennet, og afføringen løber hurtigt ned, således at hullet ikke direkte kan lokaliseres.

Ved undersøgelse af endetarmen med kikkert og ved palpation med en finger kan man heller ikke direkte lokalisere defekten.

Herefter udfører 1. reservelæge S [redacted] en udføring af tyktarmen i pose (sigmoideostomi), idet tarmen deles, således at der ikke kan løbe afføring ned mere. Efterforløbet var de første dage fredeligt, men hun blev genindlagt den 14.08.92, fordi tarmen havde sluppet sit tag i huden, og den 14.08.92 blev tarmen på ny trukket frem ved 1. reservelæge B [redacted].

Herefter fungerede kolostomien godt, og patienten blev udskrevet den 24.08.92.

....."

Administrerende overlæge K [redacted] og overlæge H [redacted] [redacted] der havde forestået operationen på S [redacted] [redacted] den 3. august 1992, fremsendte en redegørelse dateret den 7. september 1992 til embedslægeinstitutionen, hvori der blev redegjort nærmere for sagsøgerens kontakt med den gynækologiske afdeling tilbage til 1988. Overlægerne skitserede i redegørelsen den gynækologiske problemstilling efter journalgennemgangen og den objektive undersøgelse den 22. juli 1992, og det hedder derefter i redegørelsen blandt andet:

"På det foreliggende var vi - undertegnede overlæger - enige om, at tilbyde patienten operation m.h.p. afklaring af diagnosen samt vurdering af mulighederne for evt. at fjerne det beskrevne ømme væv mellem vagina og rectum.

Velvidende at operationen ville være forbundet med risiko for læsion af rectum med etablering af rectovaginal fistel til følge, blev patienten orienteret indgående herom, inklusive risikoen for at evt. aflastende kolostomi i så fald ville kunne komme på tale.

Patienten anførte hertil, at hendes smerter var så invaliderende, at hun var villig til at udsætte sig for denne risiko.

Den 30.07.1992 indlægges patienten akut p.g.a. accentuerede smerter, og den 31.07.1992 havde en af undertegnede overlæger (H. [redacted]) en samtale med patienten, hvor risikoen ved det planlagte eksplorative indgreb endnu en gang udførligt forklares patienten, der fastholder sit samtykke til operation.

.....

Til patienten blev det umiddelbart postoperativt oplyst, at der var fundet tegn på en lille byld i vævet mellem skeden og endetarmen, beliggende tæt på denne, men uden at vi havde kunnet konstatere nogen forbindelse til endetarmen.

....."

de bemærkninger til Patientskadeankenævnet. Advokaten anførte blandt andet, at sagsøgeren havde følelsesløshed i to fingre på højre hånd, fordi armen ikke var korrekt lejret under storeoperationen den 14. august 1992. Dette forhold medførte, at Patientforsikringen genoptog sagen. I Patientforsikringens afgørelse af 17. august 1994 hedder det blandt andet:

".....

Det er fortsat lægeligt skønnet, at den primære behandling på S. [redacted] er udført efter almindeligt anerkendte retningslinier og er i overensstemmelse med, hvad der efter lægevidenskab og erfaring er det optimale i den givne situation.

Det er ligeledes lægeligt skønnet, at skaden ikke kunnet være undgået ved hjælp af en anden til rådighed stående behandlingsteknik eller behandlingsmetode, som ud fra et medicinsk synspunkt ville have været lige så effektiv til behandling af Deres klients sygdom.

Det er imidlertid lægeligt skønnet, at det varige mén af den opståede komplikation i form af ulnaris parase (lammelse af visse af underarmens og håndens muskler) er af et relativt alvorligt omfang sammenholdt med Deres klients grundlidelse (byld i underlivet).

Idet en sådan alvorlig komplikation må anses for at være sjælden og dermed mere, end hvad Deres klient med rimelighed måtte tåle, har Patientforsikringen vurderet, at Deres klients patientskade, for så vidt angår den påvirkede nervus ulnaris, er omfattet af § 2, stk. 1, nr. 4.

Deres klient er således berettiget til erstatning, såfremt det samlede erstatningsbeløb overstiger den i loven fastsatte minimumsgrænse på kr. 20.000,- jvf. PFL § 5, stk. 2.

For så vidt angår Deres klage over Patientforsikringens afgørelse af 21. juni 1993 skal man meddele, at der ikke foreligger nye oplysninger i sagen, der kan begrunde en ændring af Patientforsikringens afgørelse, for så vidt angår den rektovaginale fistel."

Afgørelsen blev af sagsøgerens advokat indbragt for Patient-skadeankenævnet ved skrivelse af 7. september 1994.

I forbindelse med sagens behandling ved Patientskadeankenævnet blev der stillet en række spørgsmål til speciallæge i obstetrik og gynækologi, professor, overlæge, dr. med. J. [REDACTED], der afgav en udtalelse af 18. august 1995. Besvarelsen af de stillede konkrete spørgsmål var følgende:

"1. Burde der forud for indgrebet den 03.08.92 have foreligget supplerende undersøgelser, herunder intraluminal ultralydundersøgelser ?

Undersøgelsen er foregået for tre år siden. Ultralydteknikken ved sådanne tilfælde blev ikke anvendt helt så meget som idag, hvor man utvivlsomt ville have foretaget en vaginal ultralydundersøgelse.

2. Var der indikation for operation den 3.8.92 ?

Ja, patienten var meget forpint, og det var rimeligt at finde frem til, hvad hun fejlede og så vidt muligt behandle den pågældende lidelse.

3. Er det sandsynligt, at det var en absces og hvorfra skulle den være udgået ?

En absces i septum rectovaginalis er usædvanlig men absolut ikke usandsynlig. Det er vanskeligt at sige, hvorfra den kan være udgået. Det er vel lidt usandsynligt, at den skulle stamme helt tilbage fra konisationen i 1989, men den kunne være opstået efter operationen i 29.11.90. Da sagens akter ikke indholder mikroskopibeskrivelse hverken af den fjernede æggeleder eller det fjernede væv fra operationen den 3.8.92 er det ikke muligt at afgøre.

4. Kunne det have drejet sig om en anden tilstand ?

Det er vanskeligt at forestille sig andre tilstande. Anoskopien før indgrebet er beskrevet normal, ellers kunne man tænke sig en infektionstilstand udgående fra endetarmsvævet. Da forandringerne lå i midtlinien, er det usandsynligt, at det drejede sig om udviklingsbetingede dannelser.

5. Hvor ofte optræder en rektovaginal fistel ved et indgreb som det udførte ?

Et indgreb, som det man foretog den 3.8.92 udføres ret sjældent. Der findes derfor næppe egentlige opgørelser over komplikationer. Man må dog anse, at

risikoen for en læsion af endetarmen er betydelig, når der opereres på et "infiltreret" område i septum rectovaginale, dvs. i fortykket unormalt væv. Det fremgår, at patienten også på forhånd var gjort opmærksom der på.

6. Ville en erfaren specialist have behandlet, som det er sket ?

Ja.

7. Er komplikationerne mere omfattende end hvad patienten med rimelighed må tåle ?

Som nævnt under pkt. 5 var der en af patienten på forhånd kendt risiko for et kompliceret forløb. Efter fremlægningsen af tarmen måtte hun genindlægges for at få stomien rekonstrueret. Endelig var hun indlagt ca. 14 dage i anledning af, at tarmen skulle lægges tilbage. Samlet er forløbet nok noget mere besværligt end man kunne forvente.

Hvis det har drejet sig om en absces, som er opstået i tilslutning til operationen den 29.11.90, må man sige, at der er tale om et så langt forløb, at det er mere end patienten med rimelighed måtte tåle.

8. Øvrige bemærkninger:

Det er beklageligt, at mikroskopibeskrivelser, dyrkninger og journal fra første indlæggelse på kirurgisk afdeling mangler. Jeg ville være mest tryk ved at de fremskaffedes, inden sagen endelig skal afgøres."

Sagsøgeren fik lejlighed til at gennemgå professor J. [redacted] udtalelse sammen med sin advokat, og advokaten fremsatte sine bemærkninger i en skrivelse af 6. september 1995 til Patientskadeankenævnet. Professor J. [redacted] afgav herefter en supplerende erklæring den 25. november 1995. Heri hedder det blandt andet:

"Der er indhentet mikroskopibeskrivelser, dyrkninger og den relevante del af den kirurgiske journal.

Samtidig fremsendes fotokopi af notater fra patienten, som beskriver hendes oplevelse af hendelsesforløbet.

Jeg har påny gennemgået sagens akter. Der er ikke begået nogen lægelig fejl, og da behandlingen er

foretaget af erfarne specialklæger på området kommer § 2, stk. 1 heller ikke i betragtning.

Derimod vil gerne fra min tidligere udtalelse fastholde, at de opståede komplikationer var mere omfattende end patienten med rimelighed måtte tåle (§2, stk. 4), idet der her må tages i betragtning, at patientens lidelse ikke var livstruende."

Patientskadeankenævnet traf afgørelse den 12. juni 1996, hvori det hedder:

"Patientforsikringens afgørelse af 22. december 1992 tiltrædes i det omfang, den er påklaget.

.....

Begrundelse for afgørelsen:

Patientskadeankenævnet finder ikke, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes, end man gjorde på S [REDACTED] i tiden efter den 1. juli 1992. Nævnet finder endvidere ikke, at den til operationen den 3. august 1992 tilstødte komplikation i form af fisteldannelse mellem tarm og skede med midlertidig fremlægning af tarmen til følge var mere omfattende, end hvad D [REDACTED] med rimelighed måtte tåle, når henses til, at risikoen for nævnte komplikation var betydelig, fordi der skulle opereres i fortykket, unormalt væv. Betingelserne for at yde erstatning efter lov om patientforsikring er herefter ikke opfyldt, jf. lovens § 2, stk. 1, nr. 1-4."

Sagsøgeren havde ansøgt om førtidspension den 9. marts 1993. I den forbindelse gennemgik hun en generel helbredsundersøgelse hos sin egen læge, der den 11. juni 1993 blandt andet afgav følgende oplysninger:

"Generel helbredsundersøgelse

.....

D. 27.10.1992 kunne pt.påny indlægges, denne gang til occl. colostomiae et colocolostomia. Maven fungerer nu normalt, men hele indgrebet med de mange komplikationer har påvirket pt. meget, og har efterladt en række følgesymptomer. Pt. har konstante smerter i maven, lokaliseret til underlivet og til

cikatrisen efter colostomien. Smerterne forværres ved længere tids stående arbejde, og ved gang. Hun er meget generet af meteorisme, og hun må meget ofte skifte stilling.

.....

P.g.a. smerter i maven ved ret beskedne anstrengelser, smerter i benet og i maven ved længere tids stående stilling, smerter i brystet ved enhver form for anstrengelse, er pt. ude af stand til at foretage sig et arbejde uden for hjemmet, og i sin hverdag, må hun programere sin arbejdsindsats i hjemmet med små tempi, idet hun har svært ved at støvsuge, hun har svært ved at vride en klud, hun må tage rengøringsarbejde og vask i små portioner.

.....

4. Diagnoser

.....

Følger efter operation for endometrioser.

.....

Følger efter fistel i underlivet, samt fremlægning af tarm i ve. side af maven.

.....

Læsion af underarmsnerve på hø. hånd. Obs. for begyndende refleksdystrofi.

.....

Følger efter blodprop i hjertet.

.....

Uregelmæssig hjerteaktion.

.....

Følger efter brud på hø. overarm.

.....

Lige Lændehvirvelsøjle.

.....

Discusdegeneration af lændehvirvel.

5. Skøn over arbejdsevnen

.....

I sin nuværende tilstand vil pt. være fuldstændig udelukket for at klare sit arbejde som damefrisør. Det må betragtes som utopisk at pt. vil være i stand til at skaffe sig en teoretisk præget uddannelse med arbejdsmuligheder til følge. Hun vil således være henvist til ukvalificeret arbejde, dette ville være umuligt for hende at udføre, dels p.g.a. hendes smerter i maven, dels p.g.a. hendes ikke robuste ryg, dels p.g.a. hendes dårlige hø. hånd og arm og endelig fordi hun ikke tåler større belastninger p.g.a. sin tidligere blodprop i hjertet. Hun har selv forsøgt en form for revalidering ved i en kortere periode, nemlig i 1½ md. af klare sig som ekspedient i en bagerbutik, et arbejde hun ikke kunne klare og måtte ophøre med. Jeg skønner således pts. arbejde overordentligt stærkt nedsat i alle for hende mulige erhverv.

.....

7. Socialmedicinske behandlingsmuligheder

Førtidspension"

Af Førtidspensionsskema A af 9. marts 1993 fremgår det, at sagsøgeren ikke har kunnet passe sin damefrisørsalon siden sommeren 1992, og at hun indstilles til mellemste førtidspension fra den 1. april 1993. I Førtidspensionsskema B hedder det om grundoplysninger indhentet den 6. maj 1993 blandt andet:

"7. Samlet vurdering af de sociale og evt. erhvervsmæssige forhold

Det drejer sig om en 45-årig gift kvinde, der i 16 år har drevet selvstændig frisørsalon, men p.g.a. fejloperation i sommeren 1992, ikke har kunnet genoptage arbejdet i frisørsalonen. Ansøger er i dag så helbredsmæssig dårlig, at hun ikke mere har håb om, at kunne genoptage sit erhverv. Hun har endvidere selv forsøgt at revalidere sig, idet hun har prøvet at tage et butiksjob 15 timer ugentlig, men dette job, kunne hun ej klare. Ægtefælle er fiskeskipper, parret bor i boligforeningslejlighed

og ansøger oplyser, at økonomi er anspændt."

Følgende konklusion, dateret den 5. juli 1993, fremgår af Førtidspensionsskema D:

"Konklusion:

45-årig, gift damefrisør, som søger førtidspension. Ans. har betydelige følger efter gentagne underlivsoperationer i form af vedvarende underlivssm., som forværres under fysisk belastning. Dertil kommer følger efter brud på hø. overarm samt endv. tryklæsion sv.t. nervus ulnaris på hø. side medførende nedsat kraft og føleforstyrrelse i hø. hånds fingre. Har ydermere fået påvist discusdegeneration i lænden. Udover probl. med mave/underliv og bevægeapparat har ans. endv. haft en blodprop i hjertet og har efterfølgende udviklet hjertekrampe samt anstrengelsesprovokeret åndenød. Alder, helbredsforhold og uddannelse peger ikke i retning af revalidering, og med det betydelige skånebehov ans. har for fysisk betonet arbejde, findes arbejdsevnen at være nedsat til under 1/3 af det normale, således at hun opfylder betingelserne for at opnå en mellemste førtidspension efter paragraf 14, stk. 2, nr. 1."

Sagsøgeren blev i august 1993 tilkendt mellemste førtidspension fra 1. april 1993 i overensstemmelse med indstillingen.

Der er under sagen stillet spørgsmål til Retslægerådet, som ved skrivelser af 27. oktober 1998 og 6. juli 1999 har besvaret spørgsmålene således:

"Spørgsmål A:

Var der indikation for at gennemføre den stedfundne operation 3. august 1992?

Retslægerådet finder, at der var indikation for at gennemføre operationen den 03.08.92. Patienten havde på daværende tidspunkt haft flere år med underlivssmerter. Smerterne beskrives som konstante med anfaldsvis forværring. I forbindelse med anfaldene er der ringe effekt af selv stærk smertestillende medicin, og smerterne umuliggør et normalt liv. På denne baggrund skønnes situationen uholdbar og begrundelsen for operationen velindiceret.

Spørgsmål B:

Skulle der med de undersøgelsesmetoder, der var tilgængelige på daværende tidspunkt, være foretaget supplerende undersøgelser, før indgrebet den 3. august 1992 blev udført?

Udredningen af patientens underlivssmerter kunne være suppleret med ultralydsundersøgelse gennem skeden. Ud fra en samlet vurdering finder Retslægerådet imidlertid ikke, at en sådan undersøgelse, uanset resultatet, ville have ændret på indikationen for operation.

Spørgsmål C:

Blev operationen den 3. august 1992 korrekt udført?

Det fremgår af operationsbeskrivelsen fra operationen den 03.08.92, at operationen er udført korrekt, specielt bemærker man sig, at det af operationsbeskrivelsen fremgår, at man har sikret sig, at der ikke er kommunikation mellem formodet betændelsesansamling (absces) og endetarmen (rectum).

Spørgsmål D:

Kunne sagsøgers lidelse være behandlet på anden måde end ved den stedfundne operation 3. august 1992, og ville skaden med overvejende sandsynlighed være undgået ved hjælp af denne behandling?

Inden operationen den 03.08.92 havde man forsøgt at stille en diagnose ved at udhente vævsprøver fra det smertegivende væv i skedens bagvæg. Den mikroskopiske undersøgelse gav ikke nogen specifik diagnose og dermed heller ikke mulighed for en målrettet behandling. Det fremgår ligeledes, at man ikke i tilstrækkeligt omfang var i stand til at lindre patientens smertetilstand med smertebehandling. På denne baggrund finder Retslægerådet, at operationen den 03.08.92 var den rigtige behandling.

Spørgsmål E:

Hvor hyppigt forekommer rektovaginal fistel efter et indgreb som det udførte?

Såvidt det er Retslægerådet bekendt, foreligger der ikke specifikke opgørelser, der kan belyse dette spørgsmål. Retslægerådet skønner dog, at et eksplorativt indgreb i skedebagvæggen, hvor der som beskrevet foreligger et infiltrat, er behæftet med risiko for udviklingen af en abnorm forbindelse mellem skeden og endetarmen (rectovaginal fistel), der er større end 1%.

Spørgsmål 1:

Hvornår må det antages, at den unormale tilstand af fortykket væv i septum rektovaginale er opstået, og hvad må årsagen hertil antages at være.

Fortykket væv mellem skeden og endetarmen er første gang beskrevet 27.09.91. Patientens underlivssmerter debuterede i vinteren 1989-90. Egen læge finder ved gynækologisk undersøgelse forandringer bag livmoderen (06.11.90). Disse fund bekræftes ved undersøgelsen i forbindelse med indlæggelse (28.11.90). Den efterfølgende operation (29.11.90) giver en god forklaring på disse fund, idet man finder livmoderen bagoverbøjet med venstre æggeleder og æggestok bundet ned bag livmoderen. Der beskrives ingen synlig endometriose. Endometriose er forekomst af livmoderslimhinde under for livmoderhulheden. Mikroskopisvaret omtales i journalen, som at der ikke er noget ondartet (05.12.90) eller endometriose (27.09.91), ligesom overlægerne K [redacted] og H [redacted] i deres udtalelse af 07.09.92 (bilag nr. 2) angiver, at mikroskopien viste udvidelse på venstre æggeleder samt blødning i det gule legeme på æggestokken (hæmoragisk corpus luteum cyste). Operationen den 29.11.90 har angiveligt medført bedring af patientens underlivssmerter. Retslægerådet skønner på denne baggrund, at selv om underlivssmerterne angiveligt er debuteret allerede i vinteren 1989-90, beskrives forandringerne svarende til vævet mellem skeden og endetarmen først i september 1991 og er formentlig opstået på et tidspunkt efter operationen foretaget i november 1990. Det fortykkede væv mellem skeden og endetarmen kan forklares ved den ved operationen af 03.08.92 beskrevne betændelsesansamling. På det foreliggende kan man ikke komme diagnosen nærmere.

Spørgsmål 2:

Tilsiger almindelig medicinsk videnskab og erfaring, at symptomerne, der i hvertfald journalmæssigt er beskrevet i november 1990, indicerede et behov for yderligere undersøgelser, herunder ultralydsundersøgelser eller tolkning af symptomerne hos specielt sagkyndige.

I november 1990 beskrives patientens underlivssmerter som svære; i perioder uudholdelige. Dette sammenholdt med, at man ved gynækologisk undersøgelse finder vævsforandringer, der er ømme ved berøring, giver alene en god indikation for den

operation, der foretages den 29.11.90.
Udredningsprogrammet kunne være suppleret med ultralydsundersøgelse gennem skeden, men resultatet af denne ville ikke have ændret på indikationen for operationen.

Spørgsmål 3:

Ville en erfaren specialist på det foreliggende grundlag eller på baggrund af yderligere undersøgelser, såfremt spørgsmål 2 besvares bekræftende, have iværksat en behandling på et tidligere tidspunkt end indgrebet den 3.8.1992.

Behandlingen fulgte anerkendte retningslinier.

Spørgsmål 4:

Besvares spørgsmål 3 bekræftende, ønskes det oplyst, om følgerne af den i spørgsmål 1 nævnte unormale tilstand i så fald med overvejende sandsynlighed kunne have været undgået helt eller delvist - herunder dannelsen af den rektovaginale fistel.

Bortfalder.

Spørgsmål 5:

Ville en erfaren specialist have valgt en anden behandlingsmåde - eventuelt medicinsk, og i bekræftende fald ville følgerne som nævnt i spørgsmål 4 med overvejende sandsynlighed have været undgået.

Bortfalder.

Spørgsmål 6:

Hvad er sandsynligheden for, at der opstår en rektovaginal fistel under en operation som den foretagne.

Der henvises til svar på spørgsmål E.

Spørgsmål 7:

Hvilke forberedelser og forundersøgelser ville en erfaren specialist have foretaget forud for operationen den 3.8.1992 for at sikre sig mod, at der ikke i forbindelse hermed opstod en rektovaginal fistel eller andre komplikationer.

Der henvises til svar på spørgsmål B.

Spørgsmål 8:

Ville en erfaren specialist efter operationen ved suturering eller på anden vis have søgt at sikre, at der ikke blev udløst en rektovaginal fistel.

Der henvises til svar på spørgsmål C.

Spørgsmål 9:

Ville en erfaren specialist have foretaget en stomioperation som følge af den opståede fistel, eller ville der have været andre muligheder.

Stomioperationen var velbegrundet og i overensstemmelse med anerkendt praksis.

Spørgsmål 10:

Hvad er sandsynligheden for, at en stomioperation må omgøres, hvis operationen er udført af en erfaren specialist.

Komplikationer af forskellige sværhedsgrader er hyppige efter kolostomioperationer og ses hos op mod 25%. Omgøring af operationen er kun nødvendig hos ca. 10%.

Spørgsmål 11:

Hvad er årsagen til, at det i dette tilfælde viser sig påkrævet at foretage revision af stomien.

Infektion og utilstrækkelig blodforsyning omkring den yderste del af den fremlagte tarm med gradvis vævsdød og retraktion af tarmenden.

Spørgsmål 12:

Hvad er sandsynligheden for, at der opstår en betændelsestilstand eller bylder i stomioperationssåret, hvis operationen er udført af en erfaren specialist.

Anlæggelse af - eller nedtagning af - en kunstig tarmåbning er urene operationer på grund af tarmens bakterieindhold. Med korrekt operationsteknik og en korrekt antibiotika-forebyggelse forventes sårinfektioner at optræde i op til 10% af tilfældene, men afhængigt af en række patientfaktorer. Væsentlig højere komplikationsrater er dog meddelt i litteraturen.

Spørgsmål 13:

Er der i dette tilfælde opstået en tilstand som nævnt i spørgsmål 12, og hvad er i bekræftende fald årsagen hertil.

Alle patienter, der opereres på tyktarmen, har en betydelig risiko for at få postoperative/infektiose komplikationer på grund af tarmens indhold af sygdomsfremkaldende bakterier. Tyktarmens

karforsyning er desuden marginal og stomiens blodforsyning kan blive utilstrækkelig medførende vævsdød, yderligere forurening, infektion og retraktion af en nyanlagt kolostomi.

Nedtagning af en kolostomi indebærer, at bugvæggen skal lukkes. Udover forureningen må lukningen ofte udføres med en vis stramning i et område, der er præget af kroniske hudforandringer som konsekvens af stomi og stomiposer.

Disse forhold og patientfaktorer anses for at være hovedårsagerne til, at der kan opstå betændelse i stomioperationssår. Operationsteknik har også betydning, men er ikke nærmere oplyst i sagens akter.

Spørgsmål 14:

Hvor hurtigt opheles et stomisår, når efterforløbet er ukompliceret.

Ved anlæggelse af en ny stomi, vil denne sædvanligvis være helet til huden efter ca. 10 dage. Det er dog almindeligt, at der kan være små sårdefekter i nogle uger herefter. Ved lukning af en stomi vil man forvente, at såret er helet på ca. 10 dage.

Spørgsmål 15:

Er det usædvanligt, at et stomisår som i dette tilfælde først er ophelet ca. 4 måneder efter operationen, der nødvendiggjorde anlæggelse af stomien.

Ja.

Spørgsmål 16:

Hvad er sandsynligheden for, at det oprindelige indgreb den 3.8.1992 udløste en rektovaginal fistel, der nødvendiggjorde anlæggelse af stomi, der får et efterforløb som i dette tilfælde.

Kan ikke besvares eksakt, men risikoen må anses for væsentlig. Der henvises i øvrigt til besvarelsen af spørgsmål E.

Spørgsmål 17:

Er det usædvanligt, at der efter opheling af stomisåret stadig udgår invaliderende smerter herfra, og hvad kan årsagen være til sådanne smerter.

Ja. Årsagen kan ikke angives af Retslægerådet.

Spørgsmål 18:

Under henvisning til sagens bilag 13 - den af Patientankenævnte hos professor J. [redacted] indhentede udtalelse af 18. august 1995 - udbedes Retslægerådets udtalelse om, hvorvidt journal-materialet tilligemed oplysninger om resultatet af foretagne undersøgelser er mangelfuldt i et sådant omfang, at det betyder, at Retslægerådets besvarelse af foranstående spørgsmål ikke kan afgives med den sikkerhed, der ellers ville have været tilfældet.

Der savnes et mikroskopisvar fra operationen den 29.11.90 med henblik på, om der skulle være påvist endometriose i det fjernede væv. Det fremgår imidlertid af efterfølgende journalnotater bl.a. af 27.09.91, at der ikke er påvist endometriose. Ligesom overlægerne K. [redacted] og H. [redacted] i deres udtalelse af 07.09.92 (bilag nr. 2) angiver, at mikroskopian viste udvidelse på venstre æggeleder og blødning i det gule legeme på æggestokken. På denne baggrund finder Retslægerådet, at det foreliggende journalmateriale udgør et tilstrækkeligt grundlag for Retslægerådets vurdering.

.....

Spørgsmål 19.

Under henvisning til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål B ønskes det oplyst, om foretagelse af ultralydsundersøgelse muligt kunne have ført til en anden form for operativt indgreb end det, der faktisk blev foretaget?

Spørgsmålet er hypotetisk og kan derfor i princippet ikke besvares, men Retslægerådet finder ud fra en samlet vurdering ikke, at ultralydsundersøgelse ville have ført til en anden form for operativt indgreb.

Spørgsmål 20.

Under henvisning til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål C ønskes Retslægerådets begrundede vurdering af, hvorledes der ved operationen kunne opstå en rektovaginal fistel, hvis det forinden var sikret, at der ikke var kommunikation mellem formodet abces og rectum.

Ved operationen den 03.08.92 blev der ikke påvist forbindelse mellem endetarm og skeden. I efterforløbet kan de lokale vævsreaktioner, der

optræder efter et operativt indgreb, såsom hævelse, blødning, betændelse, vævsirritation og deraf følgende iltmangel i området medføre ødelæggelse af vævet og dermed skabe en forbindelse mellem endetarm og skede.

Spørgsmål 21.

Under henvisning til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål E udbedes en omtrentlig procentangivelse for sandsynligheden af, at der i forbindelse med et eksplorativt indgreb ved skedebagvæggen forekommer en rektovaginal fistel.

Retslægerådet må henvise til tidligere svar på spørgsmål E, men vil skønne risikoen i størrelsesorden 1-10%.

Spørgsmål 22.

Under henvisning til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 3 udbedes en uddybende besvarelse til afklaring af, om der var indikation for at foretage et operativt indgreb på et tidligere tidspunkt end sket.

Det fremgår af journalen, at patienten efter operationen den 29.11.90 havde en bedring af smerterne. Patienten indlægges akut 26.09.91 af egen læge på grund af smerter, og det er her første gang, der beskrives fortykket væv i skedebagvæggen. Efterfølgende foretages undersøgelse af endetarm og vævsprøve fra området 30.09.91. Efterkontrol finder først sted den 04.11.91, idet patienten i mellemtiden er indlagt med blodprop i hjertet. På dette tidspunkt overvejer man hormonbehandling, men afstår fra dette på grund af patientens hjerteproblemer. I stedet forsøger man at komme diagnosen nærmere. Der planlægges fornyet biopsi fra området til den 27.03.92. Indgrebet må imidlertid udsættes, idet patienten forlader afdelingen trods givet råd. Biopsien foretages i stedet for den 14.04.92. Selvom denne undersøgelse ikke giver nogen specifik diagnose, overvejer man alligevel at påbegynde hormonbehandling alene på den kliniske mistanke om endometriose. Imidlertid angives det i journalen, at patienten er meget lidt indstillet på denne behandling. Formålet med behandlingen er at fremkalde en kunstig overgangsalder. Da patienten på dette tidspunkt ikke har haft blødningen de sidste par måneder, vælger man at se tiden an med samtidig smertestillende behandling. I juli 1992 tilbydes patienten blokadebehandling på grund af de vedvarende smerter. Heller ikke denne behandling finder man effektiv, hvorfor man beslutter sig for

at foretage den omtalte operation 03.08.92. Retslægerådet finder på denne baggrund, at behandlingen er foretaget i overensstemmelse med anerkendte retningslinier.

Spørgsmål 23.

Såfremt Retslægerådet besvarer spørgsmål 22 bekræftende, genfremsættes spørgsmål 4.

Bortfalder.

Spørgsmål 24.

Ville en erfaren specialist foruden en ultralydsundersøgelse have foretaget andre forberedelser og forundersøgelser forinden operation den 3. august 1992 for at sikre sig mod, at der ikke i forbindelse hermed opstod en rektovaginal fistel eller andre komplikationer.

Der henvises til tidligere svar på spørgsmål B.

Spørgsmål 25.

Ville en erfaren specialist ved operationens afslutning kunne konstatere, at der var opstået en rektovaginal fistel, og i bekræftende fald ville det da have været muligt at afværge de senere indtrufne komplikationer?

Spørgsmålet er hypotetisk og kan derfor ikke besvares.

Spørgsmål 26.

Under henvisning til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 13 anmodes Retslægerådet om på baggrund af journalmaterialet og sagens øvrige akter at vurdere, om der i dette konkrete tilfælde er opstået en tilstand som nævnt i spørgsmål 12 tillige med en vurdering af, hvad der i bekræftende fald konkret må formodes at være årsagen hertil.

Retslægerådet mener, at der er opstået en tilstand, som nævnt i spørgsmål 12, dvs. en betændelsestilstand i det sår, der opstod efter nedtagning af den kunstige tarmåbning. Denne betændelse er formentlig opstået som konsekvens af et samspil af faktorer, således som det er beskrevet i besvarelsen af spørgsmål 13. Retslægerådet kan ikke ud fra sagens akter vægte de enkelte faktorer, der kan have medvirket. Behandlingsforløbet har været i overensstemmelse med anerkendte forskrifter.

Spørgsmål 27.

Under henvisning til Retslægerådets besvarelse af

spørgsmålene 15 og 16 udbedes en redegørelse for, hvorledes det post-operative forløb jfr. besvarelsen af spørgsmål 15 kan betegnes som usædvanligt samtidig med, at der ved besvarelsen af spørgsmål 16 angives, at risikoen for det faktiske post-operative forløb må anses for væsentlig.

Risikoen for infektiøse komplikationer i efterforløbet af anlæggelse eller nedtagning af kunstige tarmåbninger er omkring 10%, evt. mere, således som det fremgår af Retslægerådets tidligere besvarelse af spørgsmål 12. Infektiøse komplikationer er således ikke sædvanlige, men risikoen må alligevel anses for væsentlig.

Spørgsmål 28.

Kan der i forbindelse med anlæggelse af stomi opstå arvæv, og i bekræftende fald kan dette medføre mærkbare gener herunder eksempelvis tarmslyng.

Operationer i bughulen indebærer muligheden for sammenvoksninger mellem bughinde og indre organer samt ardannelse i bugvæggen. Disse sammenvoksninger er forbundet med en let øget risiko for tarmslyng. Der er ikke i denne sammenhæng specielle forhold, der adskiller operationer med stomi fra andre indgreb i bughulen af tilsvarende omfang.

Spørgsmål 29.

Af sagens bilag 1 under journaltilførslen foretaget under 4. august 1992 fremgår det, at et par sutuer ved vaginalsåret er gået op. Det ønskes oplyst, om dette er en medvirkende årsag til komplikationerne.

Det fremgår af operationsbeskrivelsen fra den 03.08.92, at trådene er anbragt i skedeslimhinden med god afstand. Det, at et par af disse tråde er gået op, skønner Retslægerådet ikke at kunne være en medvirkende årsag til omtalte komplikationer.

Spørgsmål 30.

Giver sagens lægelige oplysninger grundlag for at antage, at sagsøgeren havde en særlig tarmlidelse, f.eks. i form af kronisk betændelsestilstand, på tidspunktet for den stedfundne operation den 3. august 1992.

Nej."

Sagsøgeren har forklaret, at hun skrev den første del af sin redegørelse om behandlingsforløbet i forbindelse med klagen til Patientforsikringsforeningen i september 1992 og resten

forud for en samtale i maj 1993 med overlægerne K [redacted] og B [redacted]. Redegørelsen dækker hendes opfattelse af forløbet. De smerter, hun havde forud for operationen den 3. august 1992, var de samme fra 1988, uanset hvad der blev gjort. Hun var i juli 1992 imod hormonbehandling, fordi det kunne være problematisk i forbindelse med den blodprop, hun havde haft i oktober 1991, hvilket hun havde drøftet med en af lægerne. Hun var ikke vidende om, at overlæge K [redacted] på Cardiologisk Afdeling var blevet spurgt. Der blev ikke foreslået yderligere biopsier efter april 1992. Hun var i smertebehandling hos overlæge B [redacted] i juli 1992, og hun var smertefri i blokadetiden, men bagefter var smerterne de værste, hun havde oplevet. Den 30. juli 1992 var smerterne uudholdelige. Hun fik forud for operationen den 3. august 1992 en orientering om, at hvis hun havde endometriose, var der risiko for, at man ville berøre tarmen, så hun skulle have en stomi. Efter operationen den 3. august 1992 sagde overlæge K [redacted], at de havde fundet en gammel byld, og at operationen var gået godt. Nogle timer efter operationen - omkring kl. 17 - mærkede hun noget, der sprang i underlivet, og hun kaldte på en sygeplejerske, der imidlertid sagde, at det nok gik over. Hun blev først undersøgt af en læge ved 20-tiden. Lægen sagde, at operationssåret var sprunget op, og at de måtte se tiden an. Den 4. august 1992 var overlæge B [redacted] først indstillet på, at man yderligere burde se tiden an. Hun havde meget stærke smerter i perioden mellem operationen den 3. august 1992 og stomioperationen den 5. august 1992. Hun blev indstillet til psykologbehandling primo september, men hun besøgte kun psykologen én gang, fordi hun ikke kunne bruge rådgivningen til noget. Psykologen rådede hende til at sige, at "lægerne var nogle dumme svin". Hun fik morfin flere gange i august-november 1992, men hun kunne dårligt holde til at tage morfinen. På Centralsygehuset forsøgte man at rense stomisåret uden bedøvelse den 2. november 1992, men dagen efter - og også den 6. november 1992 - blev hun helt bedøvet under sårspaltningen. Hun ved ikke, hvad hun fik af antibiotika. Hun blev udskrevet den 10. november 1992 med et sår efter stomien, der havde en diameter på ca. 10 cm og en dybde på ca 6 cm. Hun fik førtidspension på grund af operationen den 3. august 1992 og det efterfølgende forløb. Hun har stadig ondt i maven, formentlig fordi der er skåret i muskulaturen. I dag har hun

smerter svarende til 4 på en skala fra 1 til 10, hvor det inden operationen var 10. Blodproppen har medført, at hun får hjertebanken og åndenød ved fysisk anstrengelse, og at hun hurtigt bliver træt. Disse problemer kan hun sagtens leve med.

H [REDACTED] har forklaret, at han er administrerende overlæge på S [REDACTED]. Han deltog den 22. juli 1992 i en konference med overlægerne B [REDACTED] og B [REDACTED]. Det blev besluttet at forsøge blokadebehandling af sagsøgeren og derefter operation. Hormonbehandling med danokrine havde været overvejet, men blev opgivet på grund af risikoen for bivirkninger. Sagsøgeren havde haft en blodprop; derfor skal man være varsom med hormonbehandling. Hans egen holdning var, at når der ikke var en diagnose på endometriose, skulle man ikke vove sig ud i forsøg. Han fandt det mindre sandsynligt, at der var tale om endometriose. Sagsøgeren, der havde meget stærke smerter, var en patient i nød, så han ville ikke trække sagen i langdrag med yderligere biopsier. Der blev ikke fjernet væv i forbindelse med operationen den 3. august 1992. Når man finder en byld, er det almindelig god faglig skik at få saneret betændelsen og ikke pille for meget ved det med vævsprøver. Den byld, der blev fjernet ved operationen, var på størrelse med en femogtyveøre. Fortykkelsen sad i et vanskeligt område. Undersøgelsen for en fistel til tarmen blev på sædvanlig måde foretaget med øjet og ved at føle med en finger. En fistel kan være meget lille og dermed svær at finde. Der kunne ikke bruges kontrastvæske eller luft til at undersøge for en fistel på grund af risikoen for at skade det sarte væv. Han talte med sagsøgeren umiddelbart efter operationen og sagde, at de havde fundet årsagen til smerterne, og at de ikke havde konstateret en fistel til tarmen. Havde de opdaget fistelen under operationen, ville de have tilkaldt en parenkymkirurg. Sagsøgeren havde nok haft en meget lille fistel i flere år før august 1992.

P [REDACTED] har forklaret, at han er dr. med. Han har nu været pensioneret i 6 år, men var indtil da overlæge på C [REDACTED]. Han husker ikke behandlingen af sagsøgeren. Stomioperation var den eneste mulighed i anledning af den konstaterede fistel. Der skulle også have været foretaget en stomioperation, hvis fistelen var blevet opdaget under operatio-

nen den 3. august 1992. Når man kort tid efter stomioperationen den 5. august 1992 ophørte med at give antibiotika, var det en moderne behandlingsform for at undgå resistens, og den senere infektion skyldtes ikke dette ophør. Stomisåret var usædvanlig stort.

N [redacted] har forklaret, at han i 1992 var anæstesi-overlæge på S [redacted]. Han gav fra 22. juli 1992 sagsøgeren diagnostiske blokader med henblik på at lokalisere smerterne. Blokaderne havde således ikke karakter af smertebehandling. Blokaderne forløb uden komplikationer, og de havde ingen betydning for de meget stærke smerter, som sagsøgeren var plaget af ved indlæggelsen den 30. juli 1992.

Professor, overlæge, dr. med. J [redacted] har afgivet forklaring som sagkyndigt vidne i overensstemmelse med sine erklæringer af 18. august og 25. november 1995. Han har supplerende forklaret, at hormonbehandling af sagsøgeren ikke var nærliggende i juli 1992. Behandling med danokrine var risikabel, fordi sagsøgeren havde haft en blodprop i hjertet. Der kunne have været anvendt et andet hormonpræparat uden en tilsvarende risiko. Det kan ikke udelukkes, at der opstod en betændelsesreaktion som følge af blokadeindsprøjtningerne den 22. og den 23. juli 1992. Den rectovaginale fistel må antages at være opstået under operationen den 3. august 1992. Havde man opdaget fistelen under operationen, kunne man have forsøgt en sammensyning, selvom det nok ikke var lykkedes, da det ikke var sundt væv, der skulle sys i. Risikoen for, at der i forbindelse med en operation som den foreliggende opstår en fistel, er nærmere 1% end 10%.

B [redacted] har forklaret, at han, der nu er overlæge, ikke husker sagsøgerens indlæggelse på C [redacted]. Ifølge journalen tilså han sagsøgeren den 14. august 1992 og konstaterede, at stomien ikke fungerede, hvilket ikke er usædvanligt. Den skulle derfor lægges om. Det er normalt, at man efter en operation vedrørende tilbagelægning af tarmen straks ophører med at give antibiotika.

Sagsøgeren har gjort gældende, at hun har krav på erstatning for skaden i medfør af patientforsikringslovens § 2, stk. 1,

nr. 1, fordi behandlingen af hende i årene 1988-1992 på en række punkter ikke har levet op til lovens specialistmålestok. Behandlingsforløbet må vurderes samlet, og ikrafttrædelsesdatoen den 1. juli 1992 fastsat i lovens § 21 har således ingen betydning for sagens afgørelse.

For det første konstaterede lægerne allerede i 1990-1991 en pudeformet udfyldning mellem sagsøgerens skede og endetarm, og en relevant behandling burde derfor have været iværksat før sommeren 1992.

For det andet blev der ikke foretaget en ultralydsundersøgelse af sagsøgeren, og en sådan undersøgelse kunne muligvis have ændret forløbet.

For det tredje mangler forskellige vævsprøver. Mikroskopisvaret fra operationen i november 1990 er bortkommet, der mangler svar på den fin nålsbiopsi, der blev foretaget i 1991, og der blev ikke udtaget vævsprøver i forbindelse med operationen den 3. august 1992.

For det fjerde blev den hormonbehandling, der blev planlagt den 8. juli 1992, og som ville have været langt mindre risikabel end et operativt indgreb, opgivet senere på måneden, uden at årsagen hertil er nærmere klarlagt. Den blokadebehandling, der i stedet blev iværksat fra den 22. juli 1992, har muligvis påvirket forløbet negativt, idet sagsøgerens smerter blev værre efter blokaderne.

For det femte kunne man havde søgt diagnosen yderligere afklaret ved at foretage endnu en biopsi.

For det sjette blev det ikke - selv om risikoen var forudset - i forbindelse med operationen den 3. august 1992 sikret, at operationen ikke medførte en forbindelse mellem tarmen og skeden. Hvis den pågældende fistel var blevet opdaget under operationen, kunne den ved tilsyning eller på anden måde være blevet lukket, således at en stomioperation var blevet undgået.

For det syvende ophørte antibiotikabehandlingen straks efter

operationen den 27. oktober 1992, hvor tarmen blev lagt tilbage, og denne beslutning havde muligvis negativ betydning for det efterfølgende forløb.

Sagsøgeren har alternativt gjort gældende, at hun har krav på erstatning i medfør af patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4, fordi der i forbindelse med operationen den 3. august 1992 og det efterfølgende behandlingsforløb er indtrådt skader i form af infektioner og komplikationer, der er langt mere omfattende, end hvad hun med rimelighed må tåle. Der foreligger et klart misforhold mellem sagsøgerens grundsygdom, der var ufarlig, og de talrige og alvorlige komplikationer. Operationen den 3. august 1992 udløste således en stomioperation, en akut reoperation af stomien, en operation i forbindelse med tilbagelægning af tarmen, spaltning af bylder i stomioperationssåret, en usædvanlig lang ophelingsperiode samt invaliditet med førtidspension til følge. Selv om de enkelte komplikationer ikke er sjældne, medfører summen af komplikationer, at sagsøgeren har krav på erstatning efter § 2, stk. 1, nr. 4.

Sagsøgte har i første række gjort gældende, at det følger af patientforsikringslovens § 21, at loven finder anvendelse for skader, der forårsages efter den 1. juli 1992, og at sagsøgerens henvisning til forhold før dette tidspunkt derfor ikke har betydning for spørgsmålet om, hvorvidt hun har krav på erstatning i medfør af lovens § 2, stk. 1, nr. 1.

Sagsøgte har endvidere gjort gældende, at der skal ske frifindelse, allerede fordi det ikke er overvejende sandsynligt, at den rectovaginale fistel er forårsaget af behandlingen.

For det tilfælde, at landsretten ikke kan følge dette synspunkt, har sagsøgte endvidere gjort gældende, at sagsøgeren ikke har krav på erstatning efter patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1, idet behandlingen af sagsøgeren før, under og efter operationen den 3. august 1992 var i overensstemmelse med bedste specialiststandard. Dette gælder både S [REDACTED] og C [REDACTED]. Det fremgår af Retslægerådets udtalelser, at operationen den 3. august 1992 var velindiceret, at behandlingen fulgte anerkendte retningslinier, og at operationen blev udført korrekt. Retslægerådet har

tillige fastslået, at den efterfølgende stomioperation var velbegrundet og udført i overensstemmelse med anerkendt praksis.

Sagsøgte har yderligere gjort gældende, at sagsøgeren ikke har krav på erstatning efter patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4, fordi komplikationerne i tilknytning til operationen den 3. august 1992 ikke var mere omfattende, end hvad sagsøgeren med rimelighed må tåle i betragtning af karakteren af hendes grundlidelse. Grundlidelsen var alvorlig, idet sagsøgeren havde været indlagt mange gange og gennem flere år havde haft invaliderende smerter. Operationen den 3. august 1992 var den eneste mulighed for at hjælpe sagsøgeren, og operationen medførte, at hun slap af med de stærke underlivssmerter. Det er alene den opståede fistel og stomioperationen den 5. august 1992, der kan anses for komplikationer i anledning af operationen den 3. august 1992. Under alle omstændigheder er de tilstødte komplikationer ikke så sjældne og alvorlige, at de berettiger til erstatning. Det må herved tages i betragtning, at sagsøgeren blev tilkendt førtidspension på grundlag af en række forhold, herunder blodproppen i hjertet i 1991.

Landsrettens begrundelse og resultat:

Bevisførelsen - herunder navnlig Retslægerådets udtalelser - giver ikke grundlag for at fastslå, at undersøgelserne og behandlingen af sagsøgeren på S [REDACTED] forud for operationen den 3. august 1992 afveg fra den specialismålestok, der fremgår af patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1. Det bemærkes herved, at det følger af ikrafttrædelsesbestemmelsen i lovens § 21, at der under sagen ikke kan tages hensyn til eventuelle erstatningsbegrundende forhold før den 1. juli 1992.

Det lægges efter Retslægerådets udtalelser til grund, at der var indikation for at gennemføre operationen den 3. august 1992, og at operationen blev udført korrekt, samt at den efterfølgende stomioperation var velbegrundet og i overensstemmelse med anerkendt praksis. Herefter kan hverken det forhold, at der ikke blev foretaget en ultralydsundersøgelse før operationen den 3. august 1992, eller det forhold, at en hormonbe-

handling ikke blev forsøgt, begrunde erstatning. Der er heller ikke påvist forhold i forløbet efter operationen, der kan begrunde erstatning efter § 2, stk. 1, nr. 1.

Sagsøgeren har derfor ikke krav på erstatning i medfør af patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1.

Ved afgørelsen af, om sagsøgeren har krav på erstatning efter lovens § 2, stk. 1, nr. 4, må der ved vurderingen af sagsøgerens skade tages hensyn til både den rectovaginale fistel, der opstod i umiddelbar forbindelse med operationen den 3. august 1992, og det efterfølgende - komplicerede - forløb omfattende en stomioperation, omgøring af stomioperationen samt den langvarige sårheling. Efter det foreliggende kan ingen af de nævnte komplikationer isoleret betragtet anses for sjældne. Komplikationerne skal sammenholdes med, at sagsøgeren før august 1992 gennem meget lang tid havde haft underlivssmerter beskrevet som konstante med anfaldsvis forværring. Landsretten finder efter en samlet vurdering, at sagsøgerens skade ikke er mere omfattende, end hvad sagsøgeren med rimelighed må tåle. Sagsøgeren har derfor ikke krav på erstatning i medfør af patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4.

Landsretten tager herefter sagsøgtes frifindelsespåstand til følge.

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

Sagsøgte, Patientskadeankenævnet, frifindes.

Statskassen betaler 50.000 kr. til sagsøgte i sagsomkostninger.

Torben Geneser

Olav D. Larsen

Poul Jensen
kst.

cfr.

Uden betaling.

Udskriftens rigtighed bekræftes.

Vestre Landsret,

Viborg, den 7. juni 2000


Else Bonne
kontorfuldmægtig