



Udskrift af dombogen

DOM

Afsagt den 7. maj 2018 i sag nr. BS 17-1017/2015:

A

mod
Ankenævnet for Patienterstatningen
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg

Sagens baggrund og parternes påstande

Denne sag drejer sig om, hvor sagsøgeren, A er blevet påført en patientskade (skade eller andre komplikationer, der er mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed må tåle), der er omfattet af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 20, stk. 1, nr. 4, som følge af en tarmoperation i 2011.

Retssagen vedrører derimod ikke - modsat den administrative behandling af erstatningssagen - om samme lovs § 20, stk. 1, nr. 1, er opfyldt.

A påstand er:

Ankenævnet for Patienterstatningen tilpligtes at anerkende, at A blev påført en patientskade som følge af behandlingen på X Sygehus og Y Sygehus den 15. juli 2011 og frem.

Ankenævnet for Patienterstatningens påstand er:

Frifindelse.

Oplysningerne i sagen

Patientforsikringen (nu Patienterstatningen) har den 7. februar 2013 truffet afgørelse i A sag om erstatning i medfør af klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1 og 4. Dele af afgørelsen, herunder navnlig sagsfremstillingen er medtaget, idet Ankenævnet for Patienterstatningen i dens afgørelse har henvist hertil. Af afgørelsen fremgår blandt andet:

" Afgørelse

Du er ikke berettiget til erstatning efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

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

Sagsfremstilling

Du har søgt erstatning, fordi du har haft et langt og svært sygeforløb efter fjernelse af polyp/tumor i endetarmen.

Vi har på baggrund af din anmeldelse, journalmaterialet og sagens øvrige oplysninger lagt følgende hændelsesforløb til grund for afgørelsen:

Du fik i juni 2011 ved koloskopi og CT-skanning påvist en tumor ca. 13. cm. oppe i tarmen.

Den 15. juli 2011 foretog man på X Sygehus operation, idet man ville fjerne det tumorbærende stykke af endetarmen. Man forsøgte at gennemføre operationen med laparoskopi, men måtte undervejs konvertere til åben operation, idet der kom lækage af tarmsammensyningen. Man anlagde i denne forbindelse en aflastende stomi.

Efterfølgende udviklede du temperaturforhøjelse og smerter i maven, og den 21. juli 2011 foretog man reoperation, hvor man ved laparoskopi fandt 5 mm stort hul på [armen. Man skyllede og anlagde dræn.

Du blev udskrevet den 4. august 2011, idet du skulle til kontrol efter 2 måneder.

Efterfølgende var der kolikagtige smerter i maven samt nærmest stop i stomi-output, og du blev genindlagt den 10. august 2011. Man behandlede med smertestillende medicin samt skylning af stomien. Endvidere var der opkastninger og vægttab. Man anlagde en V-sonde.

Den 11. august 2011 var der fækulent opkastning, og man henviste til akut CT-skanning af maven. Denne viste udspilede tyndtarme helt ned til under stomi-niveau. Man skiftede til stor V-sonde og aspirerede ca. 1000 ml. Man udtømte tillige 1700 ml via rektalrør gennem stomien, hvorefter der var bedring i almentilstanden. Om aftenen fik du det alment dårligt igen med blodtryksfald og tegn på sepsis. Du blev derfor overført til intensivafdeling, hvor man tog prøver og opstartede antibiotisk behandling. Man fandt, at du havde et meget nedsat antal blodplader.

På grund af akut svær sepsistilstand foretog man den 12. august 2011 eksplorativ laparotomi, hvor man fandt tyndtarmen præget af ødem og svær kronisk dilatation (udspilet) samt meget hårde fækalier i højre side af tyktarmen, dog uden tegn til infektion. Man løsnede sammenvoksninger. Herefter fortsatte man operationen som åben operation, hvor man fandt problemer med tømning af tyndtarmen via

stomien. Man anlagde derfor en ny tyndtarmsstomi.

I forløbet herefter var præget af multiorgansvigt, dialyse og delir grundet sepsis men dog med stille fremgang i almentilstanden.

Den 14. august 2011 er det noteret, at du havde fået et lille sår i baghovedet af at ligge på en ledning eller et kateter. Der er endvidere noteret begyndende liggesår på ryg og ende.

Den 16. august 2011 foretog man revision af stomi og operationssåret på maven.

Den 19. august 2011 foretog man igen revision af operationssåret, og man kunne begynde at lukke såret.

Den 21. august 2011 foretog man en gastroskopi, idet du natten forinden havde stærkt forhøjet blodtryk og blødte diffust fra maven og stomien. Man fandt dog ikke tegn på noget unormalt. Man mistænkte blødningerne (hæmolyse) for at hidrøre fra enten den givne antibiotika eller clostridium infektion, og man ændrede derfor medicinering.

Den 24. august 2011 viste røntgenundersøgelse infiltrater på begge lunger, og man sugede stor mængde sekret op.

Den 25. august 2011 foretog man fornyet sårskift og lukkede hele såret sammen.

Der var fortsat problemer med hoste og sekret i luftvejene, hjerterytmeforstyrrelser samt med manglende optagelse af næring samt sår ved stomi og cicatrice og angst. Man anlagde en ekstern pacemaker.

Den 7. september 2011 blev du overført til ^Y Sygehus til viderebehandling med dialyse samt for hjerterytmeforstyrrelser.

Her udviklede du urinvejsinfektion samt forværring af infiltrater på lungerne trods antibiotisk behandling. En CT-skanning viste ikke tegn på abscesdannelse.

Den 23. september 2011 er det noteret, at man mistænkte fejlsynkning, idet du var forpustet ved indtagelse af føde og drikke og ikke opnåede tilfredsstillende ernæring samt havde vedholdende lungeinfiltrater. Man opstartede sondeernæring. Herefter var der umiddelbart bedring, men den 26. september 2011 fik du det tiltagende dårligt med vejrtrækningsproblemer, og du blev den 28. september 2011 flyttet tilbage til ^X Sygehus, intensiv afdeling.

Man ønskede fra ^Y Sygehus en CT-skanning af hjernen, idet der var spidsfodsstilling. Man fandt dog på ^X Sygehus ikke indikation herfor, idet man tilskrev spidsfodsstillingen til det lange sygeforløb. Man opstartede fysioterapi samt gav medicin mod

svampeinfektion i lungerne. Der var herefter fremgang. Man gav endvidere skinner til brug for fødderne og henviste til bandagist.

Den 30. september 2011 registrerede ergoterapeuten tegn på fejlsynkning og vurderede, at man skulle fortsætte med sondemad. Du overgik fra intensiv afdeling til medicinsk afdeling.

Den 4. september 2011 fandt man, at du ikke havde fået den ordinerede medicin mod svampeinfektion siden den 30. september. Du var nu begyndt at få svamp i munden, og vejrtrækningen var ikke i bedring. Men genoptog medicineringen.

Herefter var der fremgang i almentilstanden og den fysiske genoptræning.

Grundet opkastninger foretog man en gastroskopi, hvor man ikke umiddelbart fandt nogen forklaring herpå eller på fejlsynkningen.

Den 20. oktober 2011 faldt du i forbindelse med badning (du var alene).

Den 21. oktober 2011 henviste man til en MR-skanning af hjernen for en mulig afklaring af fejlsynkningsproblemerne samt nedsat hørelse og forringet syn og nedsat sensibilitet på højre ben samt spidsfodssyndrom på begge fødder og blæretømningsproblemer. MR skanningen viste normale forhold.

Vi har modtaget journalmateriale fra ørelægerne Z hvoraf fremgår, at du har en arvelig dobbeltsidig hørenedsættelse, lidt værre på venstre øre, og at du gennem de sidste 10 år har haft forværrede problemer med tinnitus.

Efterfølgende udviklede du også dropfod på begge sider, og det gjorde det svært at gå og træne.

Den 9. november 2011 anlagde man en PEG-sonde for at afhjælpe fejlsynkningen.

Den 16. november 2011 blev du udskrevet til Q med henblik på genoptræning.

Den 24. november 2011 mødte du på X Sygehus, idet du havde problemer med stomien. Man fandt, at du havde udviklet et stomi-hernie (brok) og gav dig et brok-bælte med hul til stomien.

Efterfølgende havde du flere problemer med prolaps fra stomien, og du blev undersøgt og behandlet på X Sygehus.

Begrundelse

....

Efter KEL § 20, stk. 2, nr. 4, ydes der erstatning, hvis der ved

undersøgelse eller behandling sker en skade i form af en infektion eller en anden komplikation, der er mere omfattende end, hvad patienten med rimelighed må tåle. Der skat tages hensyn til skadens alvor, patientens sygdom og helbredstilstand samt til skadens sjældenhed og mulighederne for at lage risikoen for dens indtræden i betragtning.

Denne regel betyder, at patienten er berettiget til erstatning for en skade, som skyldes behandlingen, hvis skaden er meget sjælden og meget alvorlig i forhold til den sygdom, patienten blev behandlet for. Men reglen betyder også, at patienten ved behandling af en alvorlig sygdom må acceptere større skader end ved mindre alvorlige sygdomme.

Vi har vurderet, at din skade i form af anastomoselækage med langt og svært sygeforløb med sepsis og varige mén ikke går ud over, hvad du med rimelighed må tåle som led i behandlingen af din sygdom.

Vi har lagt vægt på, at du blev opereret for en tumor med celleforandringer i tarmen, hvilket er en alvorlig sygdom.

Vi har endvidere lagt vægt på, at komplicerede og alvorlige sygeforløb som i dit tilfælde med anastomoselækage og heraf følgende sepsis med multiorgansvigt medførende multiple gener, herunder også varigt mén ses at opstå hos ca. 10 % af patienterne efter rectumresektion. Skaden opfylder således ikke lovens krav om sjældenhed...

...

Vi skal endelig bemærke at vi har vurderet, at din hørenedsættelse ikke alene skyldes det svære sygeforløb, men også i væsentlig grad skyldes almindelige progression i din arvelige hørenedsættelse.

..."

Speciallægekonsulent i øre-næse-halssygdomme, lektor, dr.med.
har ved en udtalelse af 9. november 2013 anført blandt andet:

B

"Grundsygdom

Præmalign polyp i endetarmen.

Sagsfremstilling/aktuelle lidelse

Yderst uheldigt forløb efter endoskopisk operation herfor juli 2011, med næsten alle de komplikationer man kan forestille sig, flere af dem livstruende. Efter patientens opfattelse har en af operationerne også bevirket forværring af forudbestående høretab, der allerede i år 2000 er diagnosticeret på hørecentral som arveligt.

Se i øvrigt PFs sagsfremstilling...

...

Konklusion

Det overrasker mig i grunden, at en sådan serie alvorlige/livstruende

komplikationer er så hyppig, at den er "hvad man må tåle" eller fjernelse af en præmalign rektalpolyp. Sådan en polyp skal man bestemt nødig have!

På denne baggrund er der ikke meget at sige om patientens høretab, som primært er arveligt. Jeg er enig i PF-afgørelsen hvad angår dette, patienten er ikke erstatningsberettiget efter KEL for den forringede hørelse.

..."

Speciallægekonsulent i kirurgi, C har til brug for Patientenskadeankenævnets (nu Ankenævnet for Patienterstatningen) behandling af sagen udarbejdet en lægelig vurdering af 30. december 2012, hvor han blandt andet konkluderer:

"Lægelig vurdering:

Det omfattende sagsmateriale er gennemgået og giver, med baggrund i de mange kommentarer der foreligger fra klager til en stor del af forløbet, anledning til indledningsvist at afklare udgangspunkt for denne speciallægevurdering, der primært bygger på Patientforsikringens præmisser for erstatning og således alene er en vurdering af denne del af sagsforløbet og ikke at de områder der retteligen hører under Patientombuddet, hvortil der også er klaget. Ligeledes er der ikke i denne erklæring taget stilling til de fremførte klager A har vedrørende hørelse, idet disse anses dækket af speciallæge inden for dette område.

Generelt vedr anastomoselækage og mulige komplikationer:

I forbindelse med overvågningsprogrammer af kvalitet i behandling af forskellige sygdomme er oprettet nationale databaser hvilket også gælder for behandling af kræft i tyk- og endetarm. Der opstilles et antal indikatorer i databaserne, herunder hyppigheden af anastomoselækager ved det operative indgreb. Indikatoren bør være under 10 %. Antallet af anastomoselækager ved rektumresektioner (endetarm) var i 2011 på nationalt plan 13 % (10-17). Enkelte videnskabelige undersøgelser, hvor der kan være risiko for det er et selekteret materiale, viser lavere frekvenser, således også det af klager refererede studie, hvor frekvensen angives 7% (p.14/578). Ovenstående nationale database data er indsamlet efter operation af patienter med en kræftsvulst i endetarmen, som udgør den overvejende del af de samlede resektionsoperationer på endetarmen. Der er dog intet grundlag til at antage, at der skulle være en forskel i hyppigheden af lækager uagtet der er tale om godartede eller ondartede svulster i tarmen, idet komplikationerne er procedurerelaterede og ikke diagnosespecifikke.

Anastomoselækage er en af de mest frygtede tidlige komplikationer til kolorektal kirurgi og komplikationen er potentielt livstruende og forbundet med høj morbiditet, nedsat funktionsevne, forlænget hospitalisering, høj risiko for permanent stomi og død. Det primære mål i behandlingen af lækagen er udover at kontrollere selve defekten, den samtidige septicæmi og dennes afledte organ

komplikationer. Omfanget og intensiteten i behandlingen må individualiseres iht årsag til og størrelsen af lækagen ligesom patientens generelle tilstand og mulige komorbiditet må vurderes.

Sepsis: Det skønnes mere end 12.000 danskere årligt udvikler sepsis og at 1/3 af disse vil udvikle septisk shock, dødeligheden ved sepsis er ca 15 % stigende til 50-60 % for patienter med septisk shock. Svær sepsis og septisk shock er de hyppigste dødsårsager på multidisciplinære intensive afdelinger. Tidlig identifikation og korrekt behandling af den septiske tilstand er derfor afgørende for prognosen. Tiden for opstart af antibiotikabehandling er den stærkeste enkeltstående faktor af betydning for overlevelsen og der opstartes bredspektret antibiotisk behandling med et eller flere stoffer med god penetrens, så alle potogene argonismer med stor sandsynlighed rammes (antibioticavalg kan være forskelligt fra hospital til hospital, begrundet i mulig resistensforhold).

Sepsis er en generaliseret fysisk reaktion på en infektion. Med stigende sværhedsgrad af tilstanden ses i tiltagende grad påvirkning af de vitale organer og svigt af organfunktioner.

Koagulationssystemet aktiveres med øget thrombindannelse og nedsat fibrinolytisk aktivitet, hvorved der ses øget tendens til dannelse af mikrothromber.

Hæmolyse, hvor de røde blodlegemers cellemembran ødelægges kan have mange årsager, her under de medikamentelt udløste (ca 7 %), men ellers forårsaget af især infektioner og transfusioner.

Thrombocytopeni er vel kendte komplikationer til sepsis ligesom DIC (Disseminated intravascular coagulation) uden sammenhængen mellem disse koagulationsabnormaliteter og prognose er endeligt dokumenteret. Thrombocytopeni er også kendt bivirkning til behandling med antibiotica ex vis Tazocin, hvor det ses i 0,1-1,0% af tilfældene...

...

Det betyder overordnet at alle patientens nuværende gener må henføres til grundsygdommen og de tilstødte komplikationer som ses i mere end 10 % af tilfældene...

...

Samlet må det konkluderes, trods det både et meget langvarigt og traumatiserende forløb ^A har gennemgået, at der i forsikringsmæssig sammenhæng har været handlet i overensstemmelse med specialiststandard og at de mange komplikationer skyldes den opståede anastomoselækage som ses i ca 10% som komplikation til det operative indgreb, og at de deraf følgerige organpåvirkninger og komplikationer.

..."

Ankenævnet for Patienterstatningen har den 15. januar 2015 truffet afgørelse

i sagen og tiltrådt afgørelsen fra Patienterstatningen. Af afgørelsen fremgår blandt andet:

" **Afgørelse:**

Patientforsikringens afgørelse af 7. februar 2013 tiltrædes.

Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse kan indbringes for domstolene inden 6 måneder efter, at afgørelsen er meddelt. Retten kan stadfæste, ophæve eller ændre afgørelsen.

Sagsfremstilling

Der henvises til sagsfremstillingen i Patientforsikringens afgørelse af 7. februar 2013.

Det kan hertil rettelig bemærkes, at det var 4. oktober 2011, og ikke 4. september 2011 som anført af Patientforsikringen, at man på X Sygehus fandt, at medicineringen mod svampeinfektion ikke var blevet givet, hvorefter den blev startet op igen.

Videre fremgår det af journalen af 21. juli 2011, at man konstaterede et 7 mm stort hul på tarmen, og ikke 5 mm, som anført af Patientforsikringen.

Desuden kan ankenævnet til klagens bemærkning om opstået anastomoselækage oplyse, at der alene var et enkelt tilfælde af anastomoselækage, hvilken blev konstateret og opereret den 21. juli 2011. Den efterfølgende påviste defekt ved en koloskopiundersøgelse var en konstatering af den endnu ikke ophelede lækage, og ikke en ny lækage.

...

Begrundelse og resultat

...

Det er ankenævnets vurdering, at den opståede anastomoselækage med langt og svært sygeforløb til følge er en hændelig komplikation, der kan indtræde selv ved behandling, der er udført i overensstemmelse med, hvorledes en erfaren specialist ville have handlet.

Ankenævnet finder, at komplikationen med anastomoselækage ikke er tilstrækkelig sjælden til at udløse erstatning efter bestemmelsen i klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4.

Der er herved lagt vægt på, at det af national database for 2011 fremgår, at hyppigheden af opståede anastomoselækager efter endetarmsresektion lå på 13 procent. Det til undersøgelsen indsamlede materiale er på baggrund af patienter med kræftsvulst i endetarmen, som udgør den overvejende del af de samlede foretagne resektionsoperationer. Dog er der ikke grundlag for at antage, at der skulle være forskel i hyppigheden af lækager uagtet, om det er god-

eller ondartede svulster i tarmen, idet opståede komplikationer er relaterede til selve operationsproceduren og ikke til den specifikke diagnose.

De har i Deres klage anført, at det i en artikel fra 2009 vedrørende laparoskopisk operation for kolorektal cancer i Danmark fremgår, at risikoen for lækage er 7 procent. Hertil kan det bemærkes, at denne artikel er udfærdiget på baggrund af en videnskabelig undersøgelse med et mere selekteret materiale end den nationale databases opgørelse, og at den desuden er af ældre dato.

Uanset kildevalg er det ankenævnets vurdering, at den opståede komplikation ikke kan anses for sjælden i lovens forstand, idet den forekommer i mere end 2 procent af tilfældene ved denne type kirurgi.

Videre finder ankenævnet, at komplikationen med anastomoselækage og foglerne deraf ikke er tilstrækkelig alvorlige.

Der er ved vurderingen lagt vægt på, at De havde fået påvist en polyp/svulst i endetarmen. På baggrund af vævsprøver med celleforandringer samt billeddiagnostisk materiale blev polyppen klassificeret som en tumor af typen T2N1MO, og der blev identificeret en forstørret lymfeknude uden for tarmen. Begge indikerede fortsat risiko for, at der var tale om en kræftsvulst. Operationen var således nødvendig, for at få fjernet svulsten, be- eller afkræftet kræftdiagnosen, og på den baggrund planlægge den videre behandling ud fra indgrebets fund.

Videre er der lagt vægt på, at indgrebet med fjernelse af polyppen var forbundet med stor risici, særligt henset til polyppens placering højt i endetarmen.

Ud fra en samlet vurdering af de foreliggende omstændigheder finder ankenævnet, at den indtrådte anastomoselækage med efterfølgende langt og svært sygeforløb ikke ligger ud over, hvad De med rimelighed må tåle under de givne omstændigheder.

..."

Retslægerådet har den 22. november 2016 besvaret spørgsmål 1-7 og A-Å og den 31. august 2017 besvaret spørgsmål 8-11 og AA som følger (Spørgsmål som ikke længere har betydning er undtaget):

"Spørgsmål 2:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvor ofte sjældent, der under en operation, som den A modtog, opstår lækage af tarmen, og hvor ofte en sådan lækage resulterer i, at der må skiftes operationsmetode fra laparoskopi til åben operation?

Anastomoselækage forekommer hos 7-13 % af de patienter, der får fjernet en del af deres endetarm med efterfølgende sammensyning af tarmenderne. Skift fra laparoskopisk til åben teknik (konvertering)

under disse indgreb finder sted hos cirka 10 % af patienterne.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvor ofte/sjældent en operation, som den ^A undergik, resulterer i, at de, må anlægges aflastende stomi?

Hos cirka 60%.

Spørgsmål 4:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvorvidt forværringen af ^A høretab kan tilskrives behandlingen den 15. juli 2011 og frem – ud fra kriterierne - sandsynligt, overvejende sandsynligt, mindre sandsynligt og ikke sandsynligt.

Sagsøger havde inden operationen den 15.07.11 et erkendt bilateralt høretab med tinnitus arvelig karakter. Der henvises til audiogrammer fra 1999 og 2003 - af samme årsag har sagsøger været behandlet med høreapparater. I efterforløbet af operationen opstår sepsis med mere, som medfører behandling med ototoksiske præparater.

Audiogram fra den 12.10.11 viser klar forværring af hørelsen på venstre øre (nu asymmetrisk høretab). Det højre høretab er moderat forværret sammenlignet med 2003. Det højre høretab kan forklares som følge af den arvelige lidelse, mens det venstre høretab med god sandsynlighed skyldes en kombination af arvelig lidelse og følgerne af operationen den 15.07.11.

Spørgsmål 5:

Retslægerådet anmodes om at beskrive risikoen for at udvikle følgende komplikation i tilknytning til den behandling, som ^A modtog:

1. Akut svært septisk chok med multiorgansvigt
2. Brok
3. Ophævelse af tarmens normale tønningsrefleks og hyppige afføringer (11-12 i døgnet)
4. Stivhed i fødder, knæ, hænder og fingre (kuskefingre)
5. Small fibre neurology
6. Vansiring fra ar
7. Nedsat hørenedsættelse og tinnitus
8. Tørre og sarte slimhinder med kraftige hosteanfald (hernie hiatus øsofagi)
9. Smerter ved mellemkødet/ anus
10. Impotens
11. Angst og depression

Risikoen bedes angivet punkt for punkt og i procent.

Indgreb svarende til det, der blev udført den 15.07.11, er forbundet med en risiko på cirka 10-15 % for udvikling af arbrok,

afføringsændringer (low anterior resection syndrome) hos 25-80 % og risiko for impotens på 11-44 %. De andre nævnte komplikationer må opfattes som sekundære til den opståede anastomoselækage og følgerne heraf snarere end den initiale behandling.

Spørgsmål 6:

I tilknytning til spørgsmål 5 bedes Retslægerådet oplyse risikoen for at udvikle den samlede og konkrete kombination af gener, som er oplistet i spørgsmål 5?

Risikoen bedes oplyst ud fra kriterierne - sandsynligt, overvejende sandsynligt, mindre sandsynligt og ikke sandsynligt.

Det er ikke muligt at fastslå risikoen for udvikling af netop den anførte samling af multiple komplikationer efter anastomoselækagen.

...

Spørgsmål A:

Retslægerådet bedes oplyse, om der var indikation for at foretage operativt indgreb den 15. juli 2011.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Ja, i 2011 var det i fuld overensstemmelse med almindelig anerkendt lægelig standard at tilbyde operationen. Ved kikkerundersøgelsen var der fundet en meget stor polyp, og vævsprøver fra denne havde vist svær dysplasi men ikke sikre tegn på cancer.

De supplerende undersøgelser tydede på, at det var en relativ tidlig cancer (såkaldt T-2 tumor, hvilket vil sige en kræftsvulst, der ikke er vokset igennem tarmvæggen). Denne beskrivelse er imidlertid usikker, og del er velkendt, at ved tidlig cancer er det svært at skelne mellem en godartet svulst og en egentlig kræftsvulst. Ved billeddiagnostik er det anført, at det drejer sig om en såkaldt N-1 tumor, hvilket vil sige, at der er spredning af kræftsvulsten til lymfeknuder tæt ved tarmen, men det er velkendt, at denne vurdering er behæftet med en betydelig usikkerhed.

På basis af operationen har patologien vist, at det drejer sig om en særdeles stor polyp (målt til 5 cm - derfor formentlig cirka 7cm stor før den skrumpning der ses ved fiksering af tarmen) med svær dysplasi, men uden tegn til cancer. Den type af godartet polyp har en betydelig risiko for at udvikle sig til kræft, og på grund af størrelsen var det teknisk ikke muligt endoskopisk at fjerne den ved en kikkertundersøgelse. Derfor var operationen velbegrundet,

Spørgsmål B:

Retslægerådet, bedes oplyse, om det operative indgreb den 15. juli

2011 foretaget i overensstemmelse med anerkendte retningslinier.

Ja. Lokal behandling af utæthed ved en sammensyning af endetarmen under dække af en stomi, er en fuldt ud accepteret metode til behandling af mindre utæthed ved sammensyning.

Spørgsmål C:

Retslægerådet bedes oplyse, om der var indikation for at konvertere til åben operation under indgrebet den 15. juli 2011.

Ja. Det er almindelig anerkendt lægelig praksis at konvertere fra kikkertoperation til åben operation, såfremt det skønnes nødvendigt,

Spørgsmål D:

Retslægerådet, bedes oplyse, om den anastomoselækage, som nødvendiggjorde konvertering til åben operation, må betragtes som en hændelig komplikation eller om den må anses for at være en følge af at behandlingen ikke blev foretaget i overensstemmelse med almindelige anerkendte retningslinier.

Anastomoselækagen må betragtes som en hændelig komplikation.

Spørgsmål E:

Retslægerådet bedes oplyse, om behandlingen af anastomoselækagen under operationen den 15. juli 2011 må anses for at være i overensstemmelse med anerkendte retningslinier.

Ja.

...

Spørgsmål H:

Retslægerådet bedes oplyse, hvad der var årsag til det operative indgreb den 21. juli 2011.

Klinisk mistanke om anastomoselækage.

...

Spørgsmål P:

Retslægerådet bedes oplyse, hvad der var årsag til operativ åbning af bughulen den 12. august 2011, og om indgrebet var indiceret?

Mistanke om tarmstop (ileus) og svær infektion (sepsis) på baggrund af mulig bughindebetændelse (peritonitis). indgrebet var indiceret

...

Spørgsmål T:

Retslægerådet bedes oplyse, om det multiorgansvigt, der indtrådte efter den 12. august 2011, må betragtes som en hændelig

komplikation, eller om det opstod som følge af at behandlingen ikke blev foretaget i overensstemmelse med almindeligt anerkendte retningslinier.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Udviklingen af multiorgansvigt må betragtes som en hændelig komplikation forårsaget af den fortsatte lækage af tarmanastomosen med udvikling af bughindebetændelse (peritonitis). Risikoen for udvikling af multiorgansvigt efter anastomoselækage er betydelig.

...

Spørgsmål X:

Retslægerådet bedes oplyse, hvilke af A midlertidigt og varige gener der med overvejende sandsynlighed er forårsaget, af anastomoselækagen.

Alle de angivne gener/komplikationer i spørgsmål 5 kan med størst sandsynlighed helt eller delvist tilskrives konsekvenserne af anastomoselækagen.

Spørgsmål Y:

Retslægerådet bedes oplyse, om A som følge af indgrebet den 15 juli 2011 har fået varige gener.

Retslægerådet finder det mest sandsynligt, at den afføringsændring og seksuelle dysfunktion, som operationen den 15.07.11 medførte, ikke nominaliseres igen. Endvidere er sagsøgers ar blivende. Sagens akter tillader ikke konklusion om, hvorvidt de andre gener er varige.

Spørgsmål Z:

Retslægerådet bedes oplyse, hvilke af de eventuelle varige gener, A har fået som følge af indgrebet den 15. juli 2011, der kan henføres til hans grundsygdom (godartet tumor i endetarmen med svære celleforandringer).

Patientens afføringsændring og seksuelle dysfunktion kan alene tilskrives operationen den 15.07.11 snarere end sagsøgers grundsygdom på det pågældende stadium.

Spørgsmål Æ:

Retslægerådet bedes oplyse risikoen angivet i procent for i forbindelse med anastomoselækage at udvikle de komplikationer, som A udviklede efter operationen den 15. juli 2011.

Det er ikke muligt at angive nøjagtig hyppighed af hver af de mange komplikationer, som sagsøger udviklede efter anastomoselækagen.

...

Spørgsmål AA:

Det fremgår af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 4, at det venstre høretab med god sandsynlighed skyldes en kombination af en arvelig lidelse og følgerne af operationen den 15 juli 2011.

Retslægerådet anmodes om at uddybe svaret på spørgsmål 4, herunder foretage en vægtning i procent af de to årsager til det venstre høretab.

Inden aktuelle sygdomsperiode var høretabet stort set symmetrisk (erkendt som arveligt), jf. en TC (gennemsnitlige høretærskel for talefrekvenserne) på højre og venstre øre på 40/45 dB i 2006. Efter andet sygdomsforløb er TC på 45/60 dB (normal taleskelneevne på begge øre) i oktober 2011.

Høretabet på venstre øre forværres, jf. ny høreprøve november 2012 samt at taleskelneevne på venstre øre nu er nede på 55 % (uændret højre øre svarende til 90%). TC er på 45/65 DB.

Konkluderende finder Retslægerådet, at der må formodes, at det høresidige høretab samt hos hovedparten af det venstresidige høretab er arveligt betinget. Det moderat forværede venstresidige høretab fra 2006 – 2011 (oktober) kan skyldes sygdomsforløbet (15 dB/TC venstre øre). Inden det fortsatte sygdomsforløb samt sygdomsbehandling tilkommer en klar forværring af skelneevnen på venstre øre (falder til 55%). Ligeledes kan det venstresidige tab i skelneevne skyldes sygdomsforløbet samt sygdomsbehandling.

Spørgsmål 8:

I forlængelse af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 6, anmodes Retslægerådet venligst om at oplyse, hvorvidt udviklingen af den anførte samling af multiple komplikationer efter anastomoselektagen udgør en risiko på over eller under 2 %?

Idet der henvises til Retslægerådets svar på spørgsmål 6, kan det anføres, at anastomoloselækage kan medføre en lang række forskellige komplikationer, hvoraf nogle er delvist koblete. Der er således mulighed for et nærmest uendeligt antal komplikationsmuligheder for disse komplikationer, hvorfor sandsynligheden af komplikationer kan være lille, uden at den direkte kan kvalificeres.

Spørgsmål 9:

Retslægerådet bedes venligst oplyse, hvorledes et sædvanligt behandlingsforløb forløber for en patient med ^A grundsygdom, herunder oplyses sædvanlig indlæggelsestid og prognose?

Den sædvanlige indlæggelsestid efter en tilsvarende operation, der forløber uden alvorlige postoperative komplikationer, er cirka 3 til 7 dage.

...

Forklaringer

A og overlæge D har afgivet forklaring under hovedforhandlingen.

A har forklaret, at inden sagen underviste i fleksjob på et teknisk gymnasium. En dag, hvor han skulle afholde eksamen, konstaterede han blod i afføringen. Han tog til egen læge, der foretog en undersøgelse men ikke kunne se, hvorfra blodet stammede. Han fik foretaget en undersøgelse 5-7 dage af endetarmen. Der blev taget biosis og konstateret celleforandringer. Der var ikke tale om kræft.

Ved en lægesamtale fik han at vide, at polyppen skulle fjernes ved overskæring af tarmen og sammensyning af tarmender. Han fik udsigt til at kunne være hjemme igen efter få dage. I særlige tilfælde kunne man risikere at få en stomi, der kunne fjernes efter 3 måneder. Han var i fysisk god form inden operationen.

Han underviste uproblematisk uden brug af høreapparater. Han var i fleksjob med 12,3 timer svarende til 1/3 arbejdstid, men med fuld løn.

Han fik at vide, at han skulle have en kikkertoperation. Da han vågede efter operationen, havde han et meget stort ar samt stomi, hvilket overraskede ham. På femtedagen den 20. juli begyndte han at have det dårligt og fik opkast med tarmindehold. Om natten havde han det virkeligt skidt. Han bad om at blive tilset af en læge, hvilket han ikke fik lov til. Han måtte vente til dagpersonalet mødte ved 7-8 tiden. Lægen konstaterede da mistanke om tarmlækage, og han blev opereret samme dag, hvor man fandt tarmindehold i bughulen. Han fik derefter et normalt forløb og blev hjemsendt den 4. august 2011. Et par dage efter stoppede tarmen med at fungere, og han fik afføringsforbedrende medicin, der ikke virkede. Den 10. august 2011 indlagde egen læge ham akut.

Der måtte sættes et rør ind for at tømme stomien for tarmindehold. Om aftenen kunne de ikke måle hans blodtryk, og natten mellem den 11. og 12. august 2011 kom han på intensiv afdeling, da det var meget alvorligt. Han husker ikke meget af forløbet herfra, da han blev lagt i koma. Han husker derfor kun nogle glimt, hvor han i korte perioder blev taget ud af koma. Han mindes mest mange mareridt og uhyggelige drømme.

Den 9. september 2011 blev han overført fra intensiv. Der havde været påvirkninger efter multiorgansvigt. Han kom derefter til dialyseafdelingen i Y. Han havde inden da fået en midlertidig pacemaker.

På intensiv fandt de svampeinfektion, hvilket han igen fik i Y. Han fik det ringere og ringere. På det tidspunkt turde lægerne ikke tage ansvaret for ham, og han blev sendt retur til intensiv afdelingen i X efter 3 uger.

Han var derefter i X indtil den 17. november 2011, fra den 30. september 2011 på lungemedicinsk afdeling. Han blev slået tilbage, da de glemte hans medicin. Han havde i en periode opkast og hostede meget, derfor fik han yderligere en svampeinfektion, der blev behandlet. Han blev udskrevet i november 2011. På dette tidspunkt kunne han kun gå med en rollator.

Stomien forringede hans livskvalitet. Han havde stomi indtil den 4. oktober 2012, hvor den blev lagt tilbage.

Han har fået LARS-syndrom med hyppige afhøringer op til 15 gange i døgnet. Han er blevet opereret for brok. Han skal skylle tarmen 3 gange i døgnet, og derefter skal være i nærheden af et toilet i 45 minutter, da han skal kunne komme ud hyppigt efter en skylning.

Han har smerter i form af tarmkramper og har arvæv i mellemkødet. Han kan ikke cykle på en almindelig sadel til herrecykel, men må bruge damecykel. Han har og får løbende stive fingre og skal motionere hænderne 3 gange om ugen. Hele hans organisme skal trænes for ikke at blive ringere.

Gangfunktionen er i dag fin. Han cykler og træner hos fysioterapeut 2 gange ugentligt, og hver 2-3 uge er han til akupunktur mod smerter. Han kan ikke opnå erektion og kan ikke længere gennemføre et samleje. Han fik i august 2015 et permanent minifleksjob 2 timer om ugen. Han skal hvile, sove og træne mere.

Der er et stort misforhold mellem de første informationer før operationen om, at i 9 ud af 10 tilfælde går det godt, og at der i sjældne tilfælde skal lægges stomi. Det viste sig, at det var en godartet polyp. Han oplevede alle tænkelige komplikationer ved flere operationer efter hinanden.

Han har haft kontakt med læger hos W De har ikke hørt om tilfælde med så mange følgeproblemer og finder hans tilfælde for helt ekstraordinær. Overlæge D har givet udtryk for, at han skal søge erstatning.

Overlæge D har forklaret, at han er speciallæge på X Sygehus og var med til at behandle A på et tidspunkt, efter at lækagen var opstået.

Der havde forud herfor været et langt kompliceret forløb. A var svækket meget, men frisk i hovedet. Der havde været mange forskellige personer med mange specialer involveret med et kompleks forløb. Da det er vigtigt for patienter at have et meget trygt forløb med en gennemgående kontaktperson, gik han ind og blev tovholder i forhold til A En tovholder har blandt andet til opgave at sørge for, at der ikke går vigtige informationer mv. tabt.

Han har forstand på lungemedicin og kirurg, men er ikke ekspert på det kirurgiske område. Han har indsigt til at kunne se og fastsætte et mål for behandlingsforløbet. A havde to gange haft sepsis og havde været i dialysebehandling på grund af organsvigt. A modtog en meget bredspektret behandling. De konstaterede svampeinfektion. A havde også generel nerve- og muskelsvækkelse på grund af meget svært intensivt forløb. Der var fejlsynkning, og A kunne ikke gå eller bevæge sig godt.

Ud fra hans erfaring var det et meget kompliceret forløb. I sammenligning med dem, som han behandler, var tilfældet meget alvorligt. Han vil beskrive A tilfælde som på "trinnet før at A skulle dø". Da han kom ind i billedet, var der stadig meget alvorlige lungeproblemer. Det var nært fatalt, og forløbet var meget langvarigt, hvilket også var med til at gøre det meget alvorligt. Der var således først 4 måneders indlæggelse og et efterfølgende usædvanligt langt genoptræningsforløb.

Efter at der ved en operation er fjernet et tarmstykke, kan der forekomme anastomoselækage, hvis der er en utæt sammensyning. Hvis afføringen ikke kommer forbi, er der risiko for sepsis, og derfor lægges en stomi.

Ud fra hans erfaring er det usædvanligt, at patienter efter en sådan lækage kommer på medicinsk afdeling. Som udgangspunkt kommer de alene på en kirurgisk afdeling for at få stomi.

Han kom ind i billedet, da der var en meget usædvanlig svampeinfektion i lungerne, som kun meget svækkede personer får, men ikke raske. A var svækket i synkefunktionen. Han har ikke tidligere på sin afdeling set en patient med lækage i et sådant tilfælde. Typisk kommer patienten hjem efter få dage, og maksimalt kan patienten have ophold i en måned på kirurgisk afdeling. Han ved, at det kan ske, det som A har været ude for, men han har ikke set det i X hvor der opereres mange patienter, måske 2-4 store operationer dagligt, idet de nu har de pågældende operationer som speciale.

Parternes synspunkter

A har i påstandsdokument af 26. marts 2018 anført blandt andet:

"ANBRINGENDER:

Sjælden og alvorlig komplikation, jf. KEL § 20, stk. 1., nr. 4.

Det gøres overordnet gældende, at A blev påført en sjælden og alvorlig komplikation, som skal anerkendes efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1., nr. 4.

Sjældenhed.

Særligt for så vidt angår sjældenhed gøres det gældende, at der ved denne bedømmelse skal tages udgangspunkt i A kombination af multiple skader, som konkret må anses som værende yderst sjældne.

I den forbindelse fremhæves, at A ud over voldsomme smerter og ubehag blev ramt af akut svær septisk chock, brok, multior-gansvigt, hørenedsættelse, ligesom han fik indlagt stomi.

Det gøres derfor gældende, at fastsættelsen af ”tålegrænsen” for sjældenhedsgrænsen, bør vurderes ud fra det konkrete forløb og de samlede skader, som A blev påført.

Det gøres i den forbindelse gældende, at det konkret er sjældent, at en person i den pågældende alder og med den pågældende grundlidelse kommer ud med den kombination af skader efter en operation for endetarmspolyp, som det skete for A jf. endvidere vurderingen i bilag 10.

Det gøres således gældende, at det ved vurdering af komplikationerne ikke er tilstrækkeligt at henvise til generel statistik vedørende tarmlækage som følge af fjernelse af tumor ved lignende operationer, da A samlede skader i det konkrete forløb har været yderst sjælden.

Det gøres i forlængelse af Retslægerådets besvarelse særligt vedrørende spørgsmål 8 gældende, at lovens krav om sjældenhed må anses som værende opfyldt.

I dette spørgsmål blev Retslægerådet direkte spurgt om, hvorvidt den konkrete komplikation i A patientskadesag udgjorde en risiko på over eller under 2%, hvortil Retslægerådet besvarer, at der er *”mulighed for et nærmest uendeligt antal kombinationsmuligheder for disse komplikationer, hvorfor sandsynligheden af komplikationer kan være lille, uden at den direkte kan kvalificeres”*.

Det fremhæves endnu engang, at det er den konkrete sjældenhed i A sag, der danner udgangspunkt for lovens sjældenhedsvurdering, og at sjældenheden tager udgangspunkt i de mange forskelligartede komplikationer, som i sammenhæng må anses som værende yderst sjælden med et nærmest uendeligt antal kombinationsmuligheder.

Det gøres i forlængelse heraf gældende, at lovens sjældenhedskrav hermed er opfyldt, hvorefter der alene resterer et spørgsmål om komplika-

tionens alvor.

Alvor

For så vidt angår alvor gøres det gældende, at A som følge af behandlingen den 15. juli 2011 blev påført flere livstruende komplikationer, herunder akut svært septisk chock med multiorgansvigt til følge, hvilket klar overstiger lovens krav om alvor.

Det skal fremhæves, at den grundlidelse A blev behandlet for, var en godartet polyp, som alene havde givet anledning til blødning ved endetarmen. Der henvises bl.a. til sagens bilag 1, side 2 nederst. I relation til alvorsvurderingen skal sammenligningsgrundlaget altså være, hvad grundlidelsen ubehandlet kunne have givet af gener for A hvor det skal fremhæves, at der ikke var tale om en malign sygdom, men derimod en godartet polyp, der alene gav dagligdags irritation, men som må betragtes som værende en mild grundsygdom.

Af samme årsag står de mange komplikationer i stor kontrast hertil, hvor A var tæt på at miste livet efter anastomoselækagen med svær sepsis, og den mén og erhvervsmæssige påvirkning han den dag i dag lider under, efter de meget omfattende komplikationer, som tilstødte til behandlingen af hans polyp.

Det gøres herefter gældende, at lovens alvorsgrad er opfyldt.

Samlet gøres det derfor gældende, at der efter en konkret vurdering bør ydes erstatning, idet der foreligger helt usædvanlige sjældne og alvorlige uforudsigelige komplikationer, der klart overstiger lovens "tålegrænse"

Det gøres samlet gældende, at A blev påført en erstatningsberettiget patientskade ved behandlingen på X og Y Sygehus.

...

SAGSVÆRDI:

A har som følge af skaden ret til godtgørelse for svie og smerte, varigt mén samt erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og erhvervsevnetab.

A har været sygemeldt og undergået lægelig behandling i mere end 1 år, og han har derfor ret til maksimal godtgørelse for svie og smerte.

Derudover har han varigt mén som følge af de kroniske gener som følge af operationen, herunder et dårligt fungerende fordøjelsessystem

med mange daglige toiletbesøg, brok, vansir fra operationsarrangene, nedsat hørelse, smerter, stivhed i led samt tørre slimhinder.

Desuden har han ret til erstatning for tabt arbejdsfortjeneste i de perioder, hvor han ikke har kunne arbejde, ligesom han har et ikke udsævanligt erhvervsevnetab.

Hertil kommer eventuelle behandlingsudgifter m.v., som ikke er honoreret gennem offentlig sygesikring.

På baggrund heraf kan sagens værdi opgøres til skønsmæssigt kr. 1.000.000."

Ankenævnet for Patienterstatningen har i påstandsdokument af 26. marts 2018 anført blandt andet:

"Anbringender

Det gøres overordnet gældende, at der ikke er grundlag for at tilside-sætte ankenævnets afgørelse af 15. januar 2015 (bilag 12), hvorved ankenævnet vurderede, at A ikke er blevet påført en patient-skade som følge af behandlingen på X og Y Sygehus den 15. juli 2011 og frem.

Det er A der bærer bevisbyrden for, at lovens betingelser er opfyldt og for, at der er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse.

Den bevisbyrde har A ikke løftet.

Det er en betingelse for anerkendelse efter klage- og erstatningsloven, at patienten med overvejende sandsynlighed er blevet påført en skade ved behandling eller undersøgelse, jf. klage- og erstatningslovens § 19, stk. 1, jf. § 20, stk. 1.

Det er endvidere en betingelse, at skaden er forvoldt på en af de i klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1-4, anførte måder.

Efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, ydes der erstatning, hvis der ved undersøgelse eller behandling sker en skade i form af en infektion eller en anden komplikation, der er mere omfattende end, hvad patienten med rimelighed må tåle. Der skal tages hensyn til skadens alvor, patientens sygdom og helbredstilstand samt til skadens sjældenhed og mulighederne for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning.

Skaden skal således både være tilstrækkelig sjælden og tilstrækkelig al-

vorlig, før skaden er omfattet af klage- og erstatningsloven.

Hørenedsættelse og tinnitus er ikke en følge af behandlingen

Ankenævnet gør gældende, at A højre- og venstresidige høretab og tinnitus ikke med overvejende sandsynlighed er en følge af behandlingen på X og Y Sygehus den 15. juli 2011 og frem.

A hørenedsættelse og tinnitus skyldes mere sandsynligt udviklingen af hans arvelige hørelidelse.

Det understøttes også af Retslægerådets svar på spørgsmål AA, hvoraf det fremgår, at det må formodes, at det højresidige høretab samt hovedparten af det venstresidige høretab er arveligt betinget.

Endvidere har Retslægerådet i samme besvarelse anført, at det moderat forværede venstre- sidige høretab fra 2006 til 2011 kan skyldes sygdomsforløbet, mens det venstresidige tab i skelneevne kan skyldes sygdomsforløbet samt sygdomsbehandlingen.

Retslægerådets besvarelse understøtter ankenævnets vurdering, og besvarelsen udgør dermed ikke et sikkert grundlag for at tilsidesætte ankenævnets vurdering.

Selv hvis retten finder, at A hørenedsættelse og tinnitus skyldes behandlingen, gøres det gældende, at de øvrige betingelser i klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1-4, ikke er opfyldt.

Anastomoselækage og følgerne heraf

Der er mellem parterne enighed om, at anastomoselækagen er en følge af behandlingen på X sygehus.

Det, som retten skal tage stilling til for så vidt angår denne komplikation, er, om betingelserne i klage- og erstatningsloven § 20, stk. 1, nr. 4, er opfyldt.

Ankenævnet gør gældende, at A komplikationer med anastomoselækage og følgerne deraf, hverken er tilstrækkelig sjældne eller tilstrækkelig alvorlige i klage- og erstatningslovens forstand.

Ikke tilstrækkelig sjælden

Ankenævnet gør gældende, at anastomoselækage og følgerne deraf ikke er tilstrækkelig sjælden til at opfylde betingelsen om sjældenhed i lovens § 20, stk. 1, nr. 4, idet de opstår i over 2 % af tilfældene.

Anastomoselækager efter endetarmsresektion opstår i 7-13 % af tilfældene, jf. Retslægerådets besvarelse i spørgsmål 2, hvoraf det fremgår:

”Anastomoselækage forekommer hos 7-13 % af de patienter, der får fjernet en del af deres endetarm med efterfølgende sammensyning af tarm enderne. Skift fra laparoskopisk til åben teknik (konvertering) under disse indgreb finder sted hos cirka 10 % af patienterne.”

Retslægerådet angiver risikoen for at udvikle A komplikationer i besvarelsen af spørgsmål 5, hvoraf det følger, at:

”Indgreb svarende til det, der blev udført den 15.07.11, er forbundet med en risiko på cirka 10-15% for udvikling af arbrok, afføringsændringer (low anterior resection syndrome) hos 25-80 % og risiko for impotens på 11-44 %. De andre nævnte komplikationer må opfattes som sekundære til den opståede anastomose lækage og følgerne heraf snarere end den initiale behandling.”

A har ikke redegjort nærmere for, hvilke komplikationer der skyldes behandlingen.

A har til støtte for sit synspunkt om, at komplikationerne er tilstrækkelig sjældne, henvist til Retslægerådets svar på spørgsmål 8, hvori Retslægerådet bl.a. henviser til besvarelsen af spørgsmål 6. Retslægerådet har i svaret på spørgsmål 6 anført, at det ikke er muligt at fastslå risikoen for udvikling af den anførte samling af multiple komplikationer efter anastomoselækagen.

I besvarelsen af spørgsmål 8 anfører Retslægerådet, at anastomoselækage kan medføre en lang række forskellige komplikationer, hvoraf nogle er delvist koblete. Videre anfører Retslægerådet, at der er mulighed for et nærmest uendeligt antal kombinationsmuligheder for komplikationerne, hvorfor sandsynligheden af disse kan være lille, uden at den direkte kan kvantificeres.

A har ikke ved henvisningen til Retslægerådets svar om, at det ikke er muligt at kvantificere risikoen for at udvikle A multiple komplikationer, løftet bevisbyrden for, at der er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse.

Ikke tilstrækkelig alvorlig

Ankenævnet gør gældende, at komplikationen med anastomoselækage og følgerne deraf ikke er tilstrækkelig alvorlige i forhold til A grundlidelse, ligesom følgerne ikke ligger ud over, hvad A med rimelighed må tåle under de givne omstændigheder.

Der var tale om et velbegrundet indgreb i forbindelse med mistanke om kræft i endetarmen. Dette understøttes af Retslægerådets svar på spørgsmål A, hvoraf det fremgår, at:

”Ja, i 2011 var det i fuld overensstemmelse med almindelig anerkendt lægelig standard at tilbyde operationen. Ved kikkerundersøgelsen var der fundet en meget stor polyp, og vævsprøver fra denne havde vist svær dysplasi, men ikke sikre tegn på cancer.

De supplerende undersøgelser tydede på, at det var en relativ tidlig cancer (såkaldt T-2 tumor, hvilket vil sige en kræftsvulst, der ikke er vokset igennem tarrnæggen). Denne beskrivelse er imidlertid usikker, og det er velkendt, at ved tidlig cancer er det svært at skelne mellem en godartet svulst og en egentlig kræftsvulst. Ved billeddiagnostik er det anført, at det drejer sig om en såkaldt N-1 tumor, hvilket vil sige, at der er spredning af kræftsvulsten til lymfeknuder tæt ved tarmen, men det er velkendt, at denne vurdering er behæftet med en betydelig usikkerhed.

På basis af operationen har patologien vist, at det drejer sig om en særdeles stor polyp (målt til 5 cm - derfor formentlig cirka 7 cm stor før den skrumpning der ses ved fiksering af tarmen) med svær dysplasi, men uden tegn til cancer. Den type af godartet polyp har en betydelig risiko for at udvikle sig til kræft, og på grund af størrelsen var det teknisk ikke muligt endoskopisk at fjerne den ved en kikkertundersøgelse. Derfor var operationen velbegrundet.”

Derudover var indgrebet med fjernelse af polyppen forbundet med en stor risiko, herunder bl.a. på grund af polyppens placering højt oppe i endetarmen.

A fik påvist en polyp/svulst i endetarmen. På baggrund af vævsprøver med celleforandringer samt billeddiagnostisk materiale blev polyppen klassificeret som en tumor af typen T2N1MO, og der blev identificeret en forstørret lymfeknude uden for tarmen.

Både polyppen i endetarmen og den forstørrede lymfeknude uden for endetarmen indikerede fortsat risiko for, at der var tale om en kræftsvulst.

Operationen af A var således nødvendig for at få fjernet svulsten og dermed for at få be- eller afkræftet kræftdiagnosen.

A har i sit sammenfattende processkrift anført, at ” [...] det skal fremhæves, at der ikke var tale om en malign sygdom, men derimod en godartet polyp, der alene gav dagligdags irritation, men som må betragtes som værende en mild sygdom.”

Ankenævnet er ikke enig i, at sygdommen ubehandlet alene "*må betragtes som værende en mild sygdom*".

Såfremt man ikke havde foretaget indgrebet med fjernelsen af polypen, ville den med betydelig risiko have udviklet sig til kræft, jf. Retslægerådet svar på spørgsmål Ø og A.

Det af A anførte i det sammenfattende processkrift og de fremlagte bilag 16 (tidligere lønsedler), 17 (ophør af stilling ved Teknisk Gymnasium), 18 (dokumentation vedr. ledighedsydelse) og 19 (ansættelsesbrev vedr. nyt fleksjob) kan ikke føre til et andet resultat.

A har således ikke løftet bevisbyrden for, at der er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse, og at betingelserne for i klage- og erstatningsloven § 20, stk. 1, nr. 4, er opfyldt."

Parterne har procederet i overensstemmelse med deres påstandsdokumenter.

Rettens begrundelse og afgørelse

Efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 20, stk. 1, nr. 4, ydes erstatning, hvis der indtræder skade i form af infektioner eller andre komplikationer, der er mere omfattende, end hvad A

med rimelighed må tåle. Herved skal der tages hensyn til dels skadens alvor, hans sygdom og helbredstilstand i øvrigt samt til skadens sjældenhed og mulighederne i øvrigt for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning.

Retten lægger til grund, at A forud for operationen den 15. juli 2011 ved koloskopi og CT-scanning havde fået konstateret en polyp/tumor i endetarmen. Ved operationen fik han fjernet en del af endetarmen med efterfølgende sammensyning af tarmenderne. Ved operationen opstod anastomoselækage. Retslægerådet har ved besvarelse af spørgsmål 2 anført, at anastomoselækage forekommer hos 7-13 % af patienter, der får foretaget denne operation. Forud for indgrebet var A i øvrigt sund og rask, og han led ikke af livstruende sygdom.

Retslægerådet har ved besvarelse af spørgsmål A anført, at A havde en særdeles stor godartet polyp med svær dysplasi, men uden tegn til cancer. Typen har en betydelig risiko for at udvikle sig til kræft, og operationen var velbegrundet.

Efter operationen fik A gener og komplikationer i form af akut svært septisk chok med multiorgansvigt, brok, ophævelse af tarmens normale tømningsrefleks og hyppige afføringer, stivhed i fødder, knæ, hænder og fingre, small fibre neurology, vansiring fra ar, delvis nedsat hørened-

sættelse, tørre og sarte slimhinder med kraftige hosteanfald (hernie hiatus oesophagi), smerter ved mellemkødet/anus, impotens samt angst og depression. Efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål D må anastomoselækagen betragtes som en hændelig komplikation, og ved besvarelsen af spørgsmål 5 og X fandt Retslægerådet, at de nævnte gener og komplikationer med størst sandsynlighed helt eller delvist kan tilskrives konsekvenserne af anastomoselækagen.

A var indlagt i perioden fra den 15. juli 2011 til den 4. august 2011. Som følge af smerter i maven samt stomistop blev han genindlagt den 10. august 2011. Den 12. august 2011 blev der på grund af akut svær sepsistilstand foretaget eksplorativ laparotomi. Herefter gennemgik han et længerevarende til dels intensivt behandlingsforløb - med alvorlige/livstruende komplikationer, ligesom han blev påført flere svampeinfektioner - frem til udskrivningen den 16. november 2011. Han måtte have stomi indtil den 4. oktober 2012, ligesom skaden har bevirket en væsentlig begrænsning i hans arbejdsmuligheder, idet han er tilkendt fleksjob med alene 2 timer ugentlig arbejdstid som lærer.

Retten finder, at skadesbilledet og det samlede langvarige behandlings- og indlæggelsesforløb, de omfangsrige gener og komplikationer og opretholdelse af stomi i mere end 14 måneder sammenholdt med A grundsygdom i form af en godartet polyp i endetarmen og hans helbredstilstand i øvrigt opfylder kriteriet om skadens alvor i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 20, stk. 1, nr. 4.

Retslægerådet har ved besvarelsen af spørgsmål 9 anført, at den sædvanlige indlæggelsestid efter en tilsvarende operation, uden alvorlige postoperative komplikationer, er ca. 3 til 7 dage. Ved besvarelsen af spørgsmål 8 har Retslægerådet anført, at anastomoselækage kan medføre en lang række forskellige komplikationer, hvoraf nogle er delvist koblete, og at der er mulighed for et nærmest uendeligt antal kombinationsmuligheder for disse komplikationer, hvorfor sandsynligheden af komplikationer kan være lille, uden at den direkte kan kvantificeres. Retten finder, at Retslægerådets besvarelse om beregning af sandsynlighed bør sammenholdes med Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 2 og 5. Retten bemærker, at dette tillige støttes af den af overlæge

D afgivne forklaring om skadesbilledet.

Retten finder herefter efter en samlet vurdering af det forløb, som A har været igennem efter operationen den 15. juli 2011, at den indtrådte skade er mere omfattende, end hvad han med rimelighed må tåle. Retten har herved lagt vægt på skadens alvor i forhold til A grundsygdom og helbredstilstand i øvrigt samt det oplyste om sjældenheden af den samlede kombination af alle gener og komplikationer efter operationen og det efterfølgende behandlingsforløb.

Af disse grunde finder retten, at A opfylder betingelserne i

lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 20, stk. 1, nr. 4, for at få erstatning.

Retten tager herefter A påstand til følge.

Efter sagens karakter og anslåede værdi, omfang - herunder at sagen har verseret siden 2015 med to forelæggelser for Retslægerådet - og udfald skal Ankenævnet for Patienterstatningen betale sagsomkostninger med 79.000 kr. til A som nedenfor bestemt. 4.000 kr. af beløbet udgår dækning af udgift til retsafgift, og det resterende beløb udgør dækning af udgiften til advokatbistand inklusive moms.

Thi kendes for ret:

Ankenævnet for Patienterstatningen tilpligtes at anerkende, at A blev påført en patientskade som følge af behandlingen på X Sygehus og Y Sygehus den 15. juli 2011 og frem.

I sagsomkostninger skal Ankenævnet for Patienterstatningen betale 79.000 kr. til A

De idømte sagsomkostninger skal betales inden 14 dage og forrentes efter rentelovens § 8 a.

Peter Ulrik Urskov
dommer

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Retten i Kolding, den 7. maj 2018.

Katja Sørensen, Elev