

Retten i Nykøbing F.



Udskrift af dombogen

/anfa

DOM

Afsagt den 27. juni 2013 i sag nr. BS 1-1700/2011:

A

mod
Patientskadeankenævnet
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg

Sagens baggrund og parternes påstande

Under sag, der er anlagt den 26. oktober 2011, har sagsøgeren, **A**, nedlagt påstand om, at sagsøgte, Patientskadeankenævnet, skal anerkende, at **A** er berettiget til erstatning i henhold til lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet, som følge af de komplikationer, som indtrådte i forbindelse med indlæggelse på **C** i januar 2010.

Patientskadeankenævnet har nedlagt påstand om frifindelse.

Oplysningerne i sagen

I 2001 fik **A** konstateret lidelsen Morbus Crohn og blev fra 2004 medicineret herfor. I 2006 skiftede **A** præparat, men blev i 2009 fejlbehandlet hermed, hvilket medførte, at **A** blev påført en hudsygdom, i hvilken forbindelse han blev tilkendt erstatning. **A** blev herefter indstillet til operation for sin Morbus Crohn lidelse.

Herefter fandt følgende forløb sted som gengivet i Patientforsikringens afgørelse af 26. august 2010:

" ...

Sagsfremstilling

Patientforsikringen har på baggrund af oplysningerne i Deres anmeldelse, anmeldelsen fra C samt de indhentede lægelige akter lagt følgende hændelsesforløb til grund for sin afgørelse:

På grund af stenoserende Morbus Crohn på ileocøkal niveau blev De opereret på C en 14. januar 2010 med henblik på tyndtarmsreduktion. Operationen forløb umiddelbart ukompliceret, og De fik fjernet 30 cm tyndtarm og sammenføjet tarmenderne (anastomose).

Efterfølgende udviklede De anastomoselækage (utæthed ved tarmsammenføjningen) med heraf følgende tarmslyngstilstand, bughindebetændelse og betændelsesansamling, og De blev akut opereret den 19. januar 2010, hvorunder De fik anlagt en midlertidig stomi til aflastning.

Deres efterfølgende behandlingsforløb blev yderligere kompliceret af, at De på grund af bughindebetændelsen også udviklede blodforgiftning, lungebetændelse og sammenfald på lungerne. De var endvidere plaget af delir, konfusion og tangerende til tider psykotisk tilstand på grund af Deres dårlige helbredstilstand. I tæt relation til selve stomien udviklede De endvidere tegn på fisteldannelse (unaturlig forbindelse), hvorfor De blev opereret over to gange, henholdsvis den 1. og 3. februar 2010, hvor De fik taget stomien ned og fjernet yderligere 12 cm af tarmen inklusiv fistlen. Der blev ført en ny midlertidig stomi ud gennem samme hul. De var herefter indlagt frem til den 27. februar 2010, hvor De blev udskrives til fortsat opfølgning og stomitilbagelægning tidligst efter 6 måneder.

De har søgt erstatning, fordi der efter operationen den 14. januar 2010 opstod lækage med heraf følgende kompliceret forløb med blandt andet flere re-operationer og betændelsestilstande. De har oplyst, at De på grund af patientskaden endvidere har haft behov for genoptræning og psykologbehandling.

..."

A anmeldte den 10. marts 2010 sagen som en patientskade til Patientforsikringen. Det fremgår af anmeldelsen:

"..."

4. Patientskaden

Hvilken skade påført i sundhedsvæsenet søger du erstatning for? (Fx komplikation i forbindelse med operation, infektion).

Jeg søger erstatning for de skader der er sket i hele indlæggelsesforløbet. Blandt andet; lækage i sammensyningen, 3 x operation, blodforgiftning, tarmslyng, bughulebetændelse, lungebetændelse, sammenfald på lunger,

akut delir/ psykose... Forløbet har efter min opfattelse været langt mere kompliceret, ud over hvad man med rimelighed bør tåle, i forhold til en tyndtarmsreduktion. Grundsygdommen mb. Crohn og deraf nødvendig operation er ikke af en karakter der burde medføre så alvorlige og voldsomme komplikationer samt langstrakt, både fysisk og psykisk efter- og genoptræningsforløb. I øvrigt er det på opfordring fra lægerne på gastroenterologisk afd. jeg søger erstatning.

..."

Tillige anmeldte skaden til Patientforsikringen.
anførte i anmeldelsen bl.a.:

" ...

8. Sygehusets bemærkninger

Patienten fik foretaget elektiv ileocøkalresektion den 14.01.10.

Under operationen fandt man sidste 30 cm af terminale ileum fortykket, ødematøs og inflammeret. Ileum var bundet ned til retroperitoneum. Der var ingen pus, ingen tegn til peritonit.

Man vælger at anlægge en primær anastomose.

På 5. dagen får patienten tegn på anastomoseinsufficiens og må reopereres.

Der anlægges ileostomi, og man resekerer defekten. Imidlertid udvikler patienten ny fistel svarende til den serokutane overgang ved stomien, og patienten må reopereres.

Ved første reoperation fandt man ikke fistlen. Patienten måtte reopereres to døgn efter, og man fandt da fistlen og foretog en tyndtarmsresektion og lagde en nyileostomi.

..."

Den 26. august 2010 traf Patientforsikringen følgende afgørelse i sagen:

" ...

Begrundelse

Patientforsikringen skal indledningsvist bemærket, at optimal behandling, efter Patientforsikringens vurdering, havde tilsagt, at man ved operation den 1. februar 2010 havde konfereret med en mere erfaren kollega, førend man havde afsluttet indgrebet uden fund af den fistel, som der var objektive tegn på. Men selvom det antages, at den mere erfarne kollega havde været i stand til at genfinde fistlen allerede ved indgrebet den 1. februar 2010, har dette forhold dog ikke påført Dem en erstatningsudløsende patientskade, eftersom det alene har medført et unødigt indgreb samt ét døgn forsinkelse i henhold til den optimale behandling af fistlen.

Ifølge KEL § 20, stk. 1, nr. 4, kan der ydes erstatning, hvis en skade er meget sjælden og mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed må tåle set i forhold til alvorligheden af den sygdom, som behandles. Det vil sige, at patienten ved behandling af en alvorlig sygdom må acceptere større skader end ved mindre alvorlige sygdomme.

Det skal bemærkes, at både lovens krav om sjældenhed og lovens krav om alvorlighed skal være opfyldte, førend en patientskade kan anses for en erstatningsberettigende skade efter denne bestemmelse.

Patientforsikringen har fundet, at både Deres skade i form af anastomose-lækage, med heraf følgende kompliceret forløb, samt Deres skade i form af fisteldannelse svarende til den anlagte stomi ikke er tilstrækkelige sjældne til at opfylde lovens krav om sjældenhed.

For så vidt angår anastomoselækagen, med heraf følgende kompliceret forløb, har Patientforsikringen lagt vægt på, at dette er en velkendt komplikation til den type operation, som De fik foretaget den 14. januar 2010, og at et sådant komplikationsforløb ses relativt hyppigt efter sådanne indgreb. Det skal i den forbindelse bemærkes, at det er fast praksis, at skader som indtræder relativt hyppigt ikke kan anses for at opfylde lovens krav om sjældenhed.

For så vidt angår fisteldannelsen svarende til den anlagte stomi, har Patientforsikringen lagt vægt på, at dette også er en velkendt komplikation, særligt henset til Deres grundlidelse med Morbus Crohn, og at en sådan komplikation også ses relativt hyppigt efter indgreb med anlæggelse af stomi.

Da lovens krav om sjældenhed således ikke er opfyldt, er De ikke berettiget til erstatning som følge heraf.

..."

A påklagede denne afgørelse til Patientskadeankenævnet den 1. september 2010, hvorefter Patientskadeankenævnet den 26. april 2011 traf følgende afgørelse:

"..."

Patientskadeankenævnet har på møde den 13. april 2010 truffet følgende

Afgørelse:

Patientforsikringens afgørelse af 26. august 2010 tiltrædes.

...

Begrundelse og resultat

Af de grunde, der er anført af Patientforsikringen, tiltræder Patientskadeankenævnet afgørelsen.

Nævnet skal supplerende bemærke, at man handlede korrekt og rettidigt i forbindelse med den opståede anastomoselækage, og at det ikke er et erstatningsberettigende forhold, at der først var operationsfaciliteter og personale til rådighed 7 timer efter, at man fandt indikation for reoperation.

Nævnet kan i øvrigt tiltræde, at det forhold, at man ikke genfandt fistlen ved reoperationen den 1. februar 2010 alene medførte en reoperation, samt et forlænget sygeforløb på få dage.

For så vidt angår sjældenhedsvurderingen i klage- og erstatningsloven § 20, stk. 1, nr. 4 skal nævnet bemærke, at fisteldannelse og anastomoselækage er hyppige komplikationer der ses hos mere end 5 % af patienter med morbus Crohn. Dette på trods af Deres alder og fysik, at De ikke på operationstidspunktet havde aktivitet af sygdommen, og at operationen forløb ukompliceret.

..."

Der er i forbindelse med sagen fremlagt omfattende journalmateriale vedrørende A's sygdomsforløb. Det fremgår heraf om sygdomsforløbet efter udskrivning den 27. februar bl.a.:

"...

12.03.10
09.15

...

Han er sygemeldt fra sit job som lærer, jeg vurderer ikke at han kan genoptage arbejdet før sommerferien.

Vi vil om nødvendigt dokumentere hans sygefravær, idet stress også vil være en negativ faktor i forhold til mb. Crohn.

Pt. fik foretaget den ileocokal resektion pga komplikationer til Remicadebehandling med pustulosis palmoplantaris, som medførte svær påvirkning af gangfunktionen.

I forbindelse med aktuelle operation blussede dette op, og pt. har haft svære

sår på fødderne og har haft meget svært ved at gå.

Det går nu alt sammen bedre, og han behandles af dermatologerne i F

..."

I erklæring, angiveligt af 10. maj 2010, fra fysioterapeut G, fremgår bl.a.:

"...

Status.

Ved vurderingen den 10.03.10 var A alment fysisk afkræftet. Gang: Langsomt tempo, let foroverbøjet holdning, kort skridtlængde, klarer distance på ca. 100 m. Trapper: Klarer en etage med enkelt benskifte og gelænderstøtte. Styrke i UE og OE generelt nedsat. Kan rejse sig 3 gange fra stol med brug af armlæn. Truncus stabilitet nedsat med tendens til fleksionspræget holdning. Nedsat kondition, klarer at cykle 5 minutter på kondicykel ved relativ lav intensitet. Kort efter aktivitetsstart opstår funktionsdyspnoe.

A oplyser at han er fysisk træt og ikke overkommer meget i hverdagen.

A kan f.eks. ikke udføre almindelige daglige aktiviteter som at passe sine to børn, køre børnene til institution eller lave mad.

...

A profiterer af træningen og A's funktions- og aktivitetsniveau hjemme er øget. A kører nu selv bil, bringer børnene til institution og cykler ture udendørs. Men A er stadig fysisk afkræftet og psykisk påvirket og klarer væsentligt mindre end før indlæggelsesforløbet. Genoptræningen med fysioterapeut forventes at fortsætte 3 uger endnu. Derefter er planen at A skal træne videre selv i et fitnesscenter og møde til nogle kontroltider hos undertegnede mhp. vejledning i fortsat træning og truncusstabiliserende øvelser.

..."

I forbindelse med Patientskadeankenævnets behandling af sagen har overlæge dr.med. B i udtalelse af 17. februar 2011 anført bl.a.:

"...

Lægelig vurdering:

Patienten har et erkendt stenoserende område i distale ileus pga. Crohns sygdom. Der blev derfor foretaget ileocökål resektion 14.1.2010. Tarmenderne blev syet over og der blev foretaget en site- to-site nstoose med stapler. Der opstod postoperativ anastomoselækage sv. til ileocoeca-

anastomosens hjørne. Der var ca. 2 liter inficeret gammelt og frisk blod i bughulen samt absces og der blev foretaget re-operation 19.1.2010 med anlægning af aflastende stomi. Udvikler fistel i tæt relation til selve stomiet. Der foretages re-operation 1.2.2010, hvor stomien tages ned og tarmen vurderes uden fund af fistel. Der konfereres med overlæge om at undlade resektion da fistlen ikke blev fundet. Reoperer igen og foretager tyndtarmsresektion. Forløbet herefter langvarigt. Udskrives med kontrol og tilbagelægning af stomien senere.

Konklusion:

Jeg mener umiddelbart, at patienten er behandlet i overensstemmelse med bedste specialiststandard. Ved anden reoperation blev der konfereret med overlæge om, at undlade re-operation. Det havde været passende, hvis overlægen selv havde været med til at gennemgå tarmen. Operation igen kunne muligvis have været undgået. Det havde kun været få dages ekstra indlæggelse og ekstra laparotomi. Den eneste betydning har været, at patienten har fået en operation ekstra og ca. 2 dages ekstra indlæggelse. Anastomoselækage er hyppig (> 5%) specielt hos patienter med morbus Crohn. Det samme gælder for fistulering, som er kendt ved Crohns sygdom. Komplikationerne er generelt behandlet efter anerkendte retningslinier. Jeg er enig i PF's afgørelse.

..."

Efterfølgende udviklede der sig i relation til den midlertidige stomi fisteldannelser og senere i forløbet udviklede **A** en håndboldstor byld i bughulen og hul på tyktarmen, hvilket medførte ny operation med anlæggelse af permanent stomi til følge.

I forbindelse med sagens behandling har Retslægerådet afgivet udtalelse af 5. juli 2012, hvoraf fremgår:

"...

Spørgsmål 1:

Retslægerådet anmodes med baggrund i sagens lægelige bilag at beskrive sagsøgers gener forud for operationsforløbet i januar 2010.

Sagsøger led af kronisk tarmbetændelse (Crohns sygdom) lokaliseret i det nederste stykke af tyndtarmen (terminale ileum), hvilket er den hyppigste lokalisation. Blev fra 2004 behandlet med TNF-alfa hæmmende behandling, sidst med Remicade. I løbet af 2009 tilkom betydende hudsygdom, som er en mulig komplikation til behandling med TNF-alfa antistof. Forinden havde man dog overvejet operativ behandling af tyndtarmssygdommen, idet der var påvist udtalt forsnævring og periodevist optrådte mavesmerter. Grundlaget for operation forstærkedes efterfølgende, idet hudsygdommen forværredes.

Spørgsmål 2:

Retslægerådet bedes oplyse, hvorledes et sædvanligt behandlingsforløb ville have forløbet, herunder beskrivelse af forventet sygeperiode med ileocøkal resektion?

Retslægerådet bedes i forlængelse heraf beskrive de komplikationer, som indtrådte ved operationsforløbet i januar 2010 på C, herunder en beskrivelse af både midlertidige og fremtidige konsekvenser af komplikationen.

Det første afsnit i spørgsmålet er af generel karakter. Det kan dog oplyses, at man ved operation for Crohn's sygdom fjerner det stykke af tarmen, hvor der er påviselig stenose, som hindrer naturlig passage af tarmindehold. Ved sygdom i den nederste del af tyndtarm foretages ileocøkal resektion med fjernelse af syg tyndtarm inklusive overgangen mellem tynd- og tyktarm. Afhængigt af det operative fund og patientens almene tilstand kan man enten vælge at sy tarmen sammen, således at den naturlige tarmfunktion bevares, eller at fremlægge tyndtarmen som en midlertidig stomi. Denne vil så kunne lægges tilbage efter nogle måneder ved en fornyet operation. Uanset hvilken metode der vælges, vil man i ukomplicerede tilfælde forvente ca. en uges indlæggelse på hospital efterfulgt af 4-6 ugers rekreation.

Sagsøger blev re-opereret (19.01.2010) for bristning i sammensyningen på tarmen (anastomoseinsufficiens) med anlæggelse af stomi. Senere re-opereret 01.02.2010 fordi der var observeret afgang af tarmindehold i kanten af stomien som tegn på en fistel til tarmen. Ved operationen kunne man ikke lokalisere fistlen og på grund af svære sammenvoksninger (adhærencer) mellem tarmene, blev det anset for at være for risikabelt at udløsne tarmen yderligere. 03.02.2010 blev der foretaget fornyet operation på grund af forværring i tilstanden. Her lykkedes det at få udløsnet tarmen og få fistlen ved stomien identificeret. Der blev fjernet yderligere 12 cm tyndtarm og anlagt en ny stomi. De umiddelbare konsekvenser af de indtrådte komplikationer var således 3 ekstra operationer og et deraf følgende langvarigt og kompliceret indlæggelsesforløb. De fremtidige konsekvenser er det ikke muligt for Retslægerådet at udtale sig om.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet bedes beskrive A's sandsynlige forløb, såfremt han ikke var blevet opereret, men derimod fortsat medicin/konservativ behandling af Morbus Crohn.

Kan ikke besvares, da det er rent hypotetisk. Konsekvensen af operationerne kan være problemer med næringsoptagelse, operationsarret eller andre fysiske/psykiske gener, men det kan Retslægerådet ikke udtale sig om på grundlag af det foreliggende materiale. Det er kun tiden på længere sigt, der

kan afgøre dette.

Spørgsmål 4:

Fulgte behandlingen på ☒ i januar 2010 anerkendt lægefaglig standard?

Ja.

Spørgsmål 5:

Levede behandlingen på ☒ i januar 2010 op til en erfaren specialist på det pågældende område?

Retslægerådet forholder sig udelukkende til almindelig anerkendt lægefaglig standard.

Spørgsmål 6:

Retslægerådet bedes angive hyppigheden for den ved operationen tiltrådte komplikation (anastomoselækagen), herunder med det efterfølgende behandlingsforløb, for en patient som ☒ , herunder ikke mindst set i lyset af dennes alder og fysiske form?

Spørgsmålet kan ikke besvares entydigt, da det afhænger af mange faktorer vedrørende såvel forhold omkring tarmsygdommen og eventuelle andre ledsagende sygdomme. Generelt er risikoen for anastomoselækage ved ileocøkal resektion for Mb. Crohn mindre end 10%.

Spørgsmål A:

Var der indikation for den operation, som ☒ fik foretaget på ☒ den 14. januar 2010?

Ja. Sagsøger havde betydelige bivirkninger til den medicinske behandling, og der var blevet påvist kraftig indsnævring (stenose) nederst i tyndtarmen med udvidelse af tarmen ovenfor indsnævringen (præstenotisk dilatation).

Sagsøger ønskede ikke at fortsætte den medicinske behandling på baggrund af bivirkningerne, hvorfor der var risiko for, at tarmen kunne aflukkes. På den baggrund var der god indikation for den operation, der blev foretaget 14.01.2010.

Spørgsmål B:

Hvilken betydning må det antages at have haft for ☒ sygeforløb, hvis den fistel, der blev lokaliseret om morgenen den 2. februar 2010 (bilag 11), var blevet lokaliseret aftenen før?

Kan ikke besvares, da det er rent hypotetisk.

Spørgsmål C:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej."

Retslægerådet har den 15. februar 2013 afgivet supplerende udtalelse, hvoraf fremgår:

"...

Spørgsmål 7:

Med henvisning til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 6 spørges uddybende med følgende spørgsmål:

- a) *Hvor hyppigt forekommer anastomose lækage på en mb. Crohn patient, når crohn ikke er aktiv?*
- b) *Hvor hyppigt forekommer anastomose lækage for 30-årige mænd med ideal-bmi, og som betragtes i god form?*
- c) *Hvor hyppigt opstår der som her multiple infektioner i abdomen og lungeinsufficiens, således at patienten i en periode må være indlagt på intensivafdeling?*
- d) *Hvor hyppigt opstår der fistler som følge af reoperation efter anastomose lækage?*
- e) *Hvor hyppigt vil det være nødvendigt at foretage reoperation for fistler, fordi disse ikke i første omgang kan lokaliseres?*
- f) *Hvor hyppigt er det herefter nødvendigt på grund af fistlerne og infektion omkring stomien at foretage resektion af yderligere tyndtarm?*

Ad a og b:

Almindeligvis er risikoen for anastomoselækage efter ileocekal resektion eller lignende indgreb hos en yngre rask person er ca. 1-3 %. For en patient med Crohn vil den være større, skønsmæssigt ca. 3-5 %. Man kan ikke i den foreliggende litteratur skelne mellem patienter med aktiv og inaktiv Crohn.

- c) Infektioner og lungeinsufficiens var en følge af lækagen, og risikoen for dette, når der er opstået lækage, er skønsmæssigt ca. 10 %.
- d) Generelt meget sjældent, men hyppigere hos patienter med mb. Crohn. Retslægerådets skøn er 1-5 % i denne situation.
- e) Umuligt at besvare. Man må formode, at fistlen var der ved første reoperation den 01.02.10, men blot ikke blev erkendt.
- f) Dette spørgsmål kan ikke besvares helt simpelt. Reoperation på det givne tidspunkt, som lå mere end 14 dage efter primære operation, er altid forbundet med meget store vanskeligheder. Derfor bør man undgå reoperation på det tidspunkt, hvis det overhovedet er muligt. Det er også afspejlet i overlæge D's journalnotat den 01.02.10. Når man vælger at reoperere for fistel, er det altid nødvendigt at foretage resektion af yderligere tyndtarm.

Spørgsmål 8:

Med det forbehold der ligger i, at spørgsmålet er hypotetisk, anmodes Retslægerådet om at oplyse, om det ville have været nødvendigt at foretage operation i januar 2010, hvis hudsygdommen ikke var indtrådt?

Spørgsmålet er hypotetisk. Og det er relateret til, om en fortsat behandling med Remikade kunne have betydet, at kirurgi ikke havde været nødvendigt. Her peger det meste litteratur på, at Remikade formentlig kan udskyde behovet for kirurgi, men der er formentlig ikke grund til at formode, at det på længere sigt overflødiggør kirurgi.

Spørgsmål 9:

Medførte hudsygdommen en forøgelse af risikoen for anastomose lækage og/eller de i øvrigt tilstødte komplikationer ved operationen i januar 2010?

Nej.

Spørgsmål 10:

Giver sagen herefter Retslægerådet anledning til yderligere bemærkninger?

Nej.

Spørgsmål D:

- a) *Hvornår hyppigt opstår anastomoselækage efter udførelse af anastomose?*
- b) *Hvor hyppigt opstår anastomoselækage hos patienter med morbus Crohn efter udførelse af anastomose?*

Spørgsmål E:

- a) *Hvor hyppigt opstår der fisteldannelsen efter indgreb med anlæggelse af stomi?*
- b) *Hvor hyppigt opstår der fisteldannelsen hos patienter med morbus Crohn efter indgreb med anlæggelse af stomi?*

Ad spørgsmål D og E:

Se besvarelsen af spørgsmål 7.

Spørgsmål F:

Hvornår var der første gang lægelig dokumentation for infektionen efter operationen d. 14. januar 2010?

Den 19.01.10.

Spørgsmål G:

Var der tegn på infektion den 1. februar 2010?

Ja, vurderet ud fra de kliniske oplysninger og resultatet af blodprøverne.

Spørgsmål H:

Hvad var sandsynligvis årsagen til infektionen? Var grundlidelsen Morbus Crohn en medvirkende årsag til infektionen?

Infektionen var forårsaget af anastomoselkagen og muligvis af fistlen. Og begge komplikationer ses hyppigere hos patienter med mb. Crohn.

Spørgsmål J:

Hvornår var der første gang lægelig dokumentation for fisteldannelsen efter operationen d. 19. januar 2010?

Den 01.02.10

Spørgsmål K:

Hvornår må fistlen antages at være dannet?

Kan ikke vurderes.

Spørgsmål L:

Hvad var sandsynligvis årsagen til fisteldannelsen? Var grundlidelsen Morbus Crohn en medvirkende årsag til fisteldannelsen?

Man kan ikke afgøre den præcise årsag, men fistler ses hyppigere hos patienter med mb. Crohn.

Spørgsmål M:

Hvilken betydning havde fistlen for infektionsforløbet?

Kan ikke afgøres. Fistlen er kun beskrevet til at være få cm. lang, og derfor kan det primært have drejet sig om lokal infektion svarende til stomi-området.

Spørgsmål N:

Hvor mange fistler blev konstateret ved operationen den 3. februar 2010?

En.

Spørgsmål O:

Er der senere konstateret fistler efter operationen den 3. februar 2010?

Nej.

Spørgsmål P:

*Var der i perioden fra den 14. januar til den 27. februar 2010 tegn på aktivitet i **Als** Morbus Crohn lidelse? I bekræftende fald, hvilken betydning havde det for sygeforløbet i denne periode, herunder*

infektionsforløbet og fisteldannelsen?

Der er ikke tegn på aktivitet i Crohn lidelsen. Specielt bemærkes, at der ikke var Crohn-forandringer i det stykke tyndtarm, som blev fjernet den 03.02.10.

Spørgsmål Q:

Var det infektionen eller andre forhold, der var årsagen til, at A var indlagt indtil 27. februar 2010?

Årsagen til det lange efterforløb, var infektion og reoperation.

Spørgsmål R:

Hvilken betydning må det antages at have haft for sygeforløbet og helbredelsen, at fistlen først blev lokaliseret ved operationen den 3. februar 2010 og ikke ved operationen den 1. februar 2010?

Ingen.

Spørgsmål S:

Hvad var årsagen til A lungeinsufficiens og hvilken sammenhæng havde den A's øvrige gener?

Lungeinsufficiensen var betinget af væskeudsivning i lungehulen (beskrevet som eksudat). Begge dele er hyppige komplikationer til bughindebetændelse.

Spørgsmål T:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til yderligere bemærkninger?

Nej.

..."

Forklaringer

Der er under sagen afgivet forklaring af A og E. Forklaringerne gives ikke i dommen, jf. retsplejelovens § 218 a, stk. 2.

Parternes synspunkter

A's advokat har i et påstandsdokument anført følgende hovedanbringender, der er gentaget og uddybet under hovedforhandlingen:

"...

Ifølge Klage- og Erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, skal erstatning ydes, hvis denne med overvejende sandsynlighed er forvoldt ved behandling, som

har medført skade i form af infektioner eller andre komplikationer, der er mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed må tåle. Der skal her ved tages hensyn til dels skadens alvor, dels patientens sygdom og helbreds-tilstand i øvrigt samt til skadens sjældenhed og mulighederne i øvrigt for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning.

Ved vurderingen af, om sjældenhedskriteriet er opfyldt, skal der lægges afgørende vægt på den af komplikationen følgende helbredsforringelse, medens selve komplikationens sjældenhed har underordnet betydning. Endvidere skal der lægges afgørende vægt på summen af komplikationer og det samlede skadesforløb og ikke på de enkelte komplikationers sjældenhed hver for sig.

I forbindelse med behandlinger udviklede **A** anastomo-selækage med deraf følgende tarmslyngstilstand, bughindebetændelse og betændelsesansamling, blodforgiftning, lungebetændelse, sammenfald på lungerne, delir, konfusion tangerende til psykotisk tilstand og i relation til den midlertidige stomi udviklede fisteldannelser. Senere i forløbet udviklede **A** endvidere en håndbold-stor byld i bughulen, han fik hul på tyktarmen og han fik anlagt permanent stomi.

Som følge af behandlingsforløbet var **A** sygemeldt indtil den 1. juni 2011, hvor han blev raskmeldt. **A** lider dog fortsat under en række varige følger efter behandlingsforløbet, herunder kronisk diar-ré, brok og rygproblemer, som er forårsaget af arvæv efter behandlingen og de deraf følgende komplikationer. Endvidere har behandlingsforløbet som nævnt medført, at **A** har fået anlagt permanent stomi.

Ifølge retslægerådets udtalelse kunne **A** i tilfælde af et ukom-pliceret behandlingsforløb have forventet cirka én uges indlæggelse på hos-pital efterfulgt af 4-6 ugers rekreation.

I modsætning til Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet har Rets-lægerådet vurderet, at risikoen for anastomoselækage efter ileocøkal re-sektion for en patient med Morbus Crohn skønsmæssigt er cirka 3-5 %, og at risikoen for fisteldannelse som følge af re-operation efter anastomo-selækage generelt er meget sjælden og i denne situation er cirka 1-5 %.

Alvoren af **A's** helbredsforringelser som følge af komplikati-onerne skal ses i relation til, at han på operationstidspunktet var en 30-årig ung mand i god form, og at der på operationstidspunktet ikke var aktivitet i grundlidelsen Morbus Crohn. Endvidere skal komplikationernes alvor ses i relation til, at komplikationerne ikke kun opstod i forbindelse med behand-lingen for selve grundlidelsen men også i forbindelse med de efterfølgende behandlinger.

Skaderne er således mere omfattende, end hvad **A** med rime-lighed må tåle henset til skadernes alvor, **A's** grundsygdom, skadernes sjældenhed og mulighederne i øvrigt for at tage risikoen for deres

indtræden i betragtning.

Skaderne er derfor med overvejende sandsynlighed forvoldt på den i Klage- og Erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, anførte måde og bør derfor anerkendes som erstatningsberettigende.

A bestrider de af Patientskadeankenævnet anførte anbringender.

..."

Patientskadeankenævnets advokat har i et påstandsdokument anført følgende hovedanbringender, der er gentaget og uddybet under hovedforhandlingen:

"...

Til støtte for frifindelsespåstanden gøres det gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets afgørelse af 26. april 2011 (bilag 26), hvorefter **A** ikke er berettiget til erstatning efter klage- og erstatningsloven (KEL).

Der kan i medfør KEL § 20, stk. 1, nr. 4, ydes erstatning, hvis der som følge af en undersøgelse eller behandling indtræder skade i form af komplikationer, der er mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed må tåle. Vurderingen skal foretages ud fra to kriterier; skadens relative alvor i forhold til alvoren af patientens grundsygdom og helbredstilstand i øvrigt, samt skadens sjældenhed. Begge kriterier skal være opfyldt for, at der kan ydes erstatning efter bestemmelsen.

Det bestrides, at nogen af disse kriterier er opfyldt i denne sag, hvorfor **A** ikke er erstatningsberettiget efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4.

Ad skadens relative alvor

I forhold til kriteriet om skadens relative alvor skal behandlingen med overvejende sandsynlighed have medført en større grad af helbredsforværring, end hvad grundsygdommen ubehandlet ville have medført på længere sigt.

Ved vurderingen bør det tillægges betydelig vægt, at behandlingen alene påført **A** et - om end meget kompliceret og langvarigt - forlænget behandlingsforløb. Sagsøgeren har ikke løftet bevisbyrden for, at behandlingen har påført ham betydelige varige gener. Heroverfor står, at **A** led af en meget alvorlig tarmlidelse.

Der henvises i øvrigt til anbringenderne nedenfor om skadens sjældenhed.

Ad skadens sjældenhed

Hvad angår sjældenhedskriteriet, kan erstatning kun ydes for komplikationer, der sjældent indtræder. Udgangspunktet er ifølge forarbejderne og praksis, at hyppigheden af komplikationen skal være mindre end 2 % for at opfylde kriteriet.

Retslægerådet har i besvarelsen af spørgsmål 7 oplyst, at anastomoselækage efter et indgreb, som det **A**, fik foretaget, er ca. 3-5 % for Morbus Crohn patienter.

Det er ligeledes oplyst, at risikoen for infektioner og lungeinsufficiens, når der er påstået lækage, er skønsmæssigt 10 %. Fisteldannelse er hyppigere hos Morbus Crohn patienter end andre, og risikoen er her ca. 1-5 % ifølge Retslægerådets skøn.

Retslægerådet har besvaret spørgsmål H med, at infektionen var forårsaget af anastomoselækagen og muligvis af fistlen og tilføjet, at begge komplikationer ses hyppigere hos patienter med Morbus Crohn.

I øvrigt har Retslægerådet oplyst, at det må antages, at det ingen betydning for sygeforløbet og helbredelsen har haft, at fistlen først blev lokaliseret ved operationen den 3. februar 2010 og ikke ved operationen den 1. februar 2010.

Retslægerådet har endvidere besvaret spørgsmål S med, at **A's** lungeinsufficiens var betinget af væskeudsivning i lungehulen, og at begge dele er hyppige komplikationer til bughindebetændelse.

Retslægerådets besvarelser understøtter således, at de indtrådte komplikationer ikke var så sjældne, at det berettiger **A** til erstatning efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4. Dette er også i overensstemmelse med Patientforsikringens lægekonsulents vurdering, jf. bilag 19, samt Patientskadeankenævnets lægekonsulents vurdering, jf. 21.

Dertil kommer, at **A** igennem 10 år havde lidt af Morbus Crohn (bilag 2 og bilag 11, side 2), og at han både forud for og under behandlingen på **C** blev oplyst om de risici, der var forbundet med behandlingen (bilag 11).

Som det fremgår af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1, havde **A** været i behandling for lidelsen fra 2004. I 2009 tilkom en betydelig hudsygdom som en mulig komplikation til medicinen. Forinden havde man overvejet operativ behandling af tyndtarmssygdommen, idet der var påvist udtalt forsnævring og periodevist optrådte mavesmerter. Grundlaget for operationen forstærkedes, da hudsygdommen forværredes.

Det fremgår af de lægelige akter, at **A** periodevist havde meget svære smerter på grund af lidelsen, hvilket flere gange førte til ind-

læggelse, se bl.a. bilag 2, continuation 1, notat af 18. november 2008. Det er anført i bilag 2, continuation 9, notat af 5. juni 2006, at **A** blev indlagt pga. opblussen i Morbus Crohn, og at han havde "smerter så voldsomme, at pt. er ved at besvime." Ca. en måned forinden var **A** også blevet akut indlagt med kraftige smerter, som tolkedes som mulig opblussen i Morbus Crohn, jf. bilag 2, continuation 3, notat af 4. maj 2006.

Det fremgår af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål A, at "Sagsøger havde betydelige bivirkninger til den medicinske behandling, og der var påvist kraftig indsnævring nederst i tyndtarmen (stenose) med udvidelse af tarmen ovenfor indsnævringen (præstenotisk dilatation).

Sagsøger ønskede ikke at fortsætte den medicinske behandling på baggrund af bivirkningerne, hvorfor der var risiko for, at tarmen kunne aflukkes. På den baggrund var der god indikation for den operation, der blev foretaget 14.01.10."

Yderligere har Retslægerådet angivet i besvarelsen af spørgsmål 8, at der ikke er grund til at formode, at den medicinske behandling på længere sigt overflødiggør kirurgi.

A havde en alvorlig tarmlidelse, der før eller siden ville nødvendiggøre operation for, at tarmen ikke skulle aflukkes. Alvoren af det samlede komplikationsforløb skal ses i lyset heraf.

Sammenfatning

Sammenfattende gøres det gældende, at komplikationsforløbet ikke samlet set opfylder lovens krav om sjældenhed og den relative alvor, henset til grundlidelsens karakter og hyppigheden af de indtrådte komplikationer, der for det første ikke er meget sjældne, og for det andet er mere hyppige specifikt for Morbus Crohn patienter end for andre.

Det gøres det gældende, at **A** ikke har løftet bevisbyrden for, at komplikationerne var så sjældne, at skaden overstiger, hvad **A** med rimelighed må tåle.

..."

Rettens begrundelse og afgørelse

Efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, skal der ved vurderingen af, om **A** skade er mere omfattende, end hvad han som patient med rimelighed må tåle, tages hensyn til skadens alvor, dels hans sygdom og helbredstilstand i øvrigt samt til skadens sjældenhed og mulighederne i øvrigt for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning.

A led på tidspunktet for operationen den 14. januar 2010 af

kronisk tarmbetændelse i nederste del af tyndtarmen (Crohns sygdom), som han i flere år forinden havde været i medicinsk behandling for, hvilket havde medført hudsygdom. Tyndtarmsygdommen medførte, at der periodevist optrådte mavesmerter, og der var påvist udtalt forsnævring. Der var risiko for, at tarmen kunne aflukkes, hvorfor der var god indikation for operation, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1 og A.

Efter operation den 14. januar 2010 tilstødte der komplikationer i form af anastomoselækage, hvorfor A blev re-opereret den 19. januar 2010 med anlæggelse af stomi, hvorefter der tiltrådte komplikation i form af fisteldannelse som der blev foretaget mislykket re-operation for den 1. februar 2010 og succesfuld re-operation for den 3. februar 2010, hvor der blev fjernet et yderligere stykke af tyndtarmen og anlagt ny stomi. Som følge heraf var der et langvarigt og kompliceret indlæggelsesforløb, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 2, bl.a. på grund af infektioner og lungeinsufficiens betinget af væskeudsivning i lungehulen.

Retten finder, at det samlede skadesbillede som beskrevet ovenfor sammenholdt med A's grundsygdom og helbredstilstand i øvrigt opfylder kriteriet i klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, om skadens alvor. Retten har herved tillige lagt vægt på, at der ved et sædvanligt behandlingsforløb ved operation for Crohns sygdom, hvor der fjernes et stykke af tarmen, i ukomplicerede tilfælde må forventes ca. en uges indlæggelse efterfulgt af 4-6 ugers rekreation, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 2.

Efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 7, lægges det til grund, risikoen for anastomoselækage for en patient med Crohn skønsmæssigt er ca. 3-5% af tilfældene, og at infektioner og lungeinsufficiens opstod som følge af lækagen, hvilket skønsmæssigt sker i 10 % af de tilfælde, hvor der er opstået lækage. Endelig lægges det til grund, at det generelt er meget sjældent, at der opstår fistler, som følge af reoperation efter anastomoselækage, men skønsmæssigt i 1-5 % af tilfældene hos patienter med Crohn.

Efter en samlet vurdering af det forløb, som A har været igennem efter operationen den 14. januar 2010, findes de indtrådte skader herefter at have været mere omfattende, end hvad han som patient med rimelighed må tåle. Retten har herved lagt vægt på skadens alvor i forhold til

A's sygdom og helbredstilstand i øvrigt og det oplyste om skadernes sjældenhed. Der er herved lagt vægt på kombinationen af komplikationer, og således det samlede forløb med flere komplikationer.

Herefter opfylder A betingelserne for at få erstatning i medfør af klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, hvorfor A's påstand tages til følge.

Efter sagens karakter, forløb og udfald skal Patientskadeankenævnet betale sagsomkostninger til A, der fastsættes til 45.000 kr. Beløbet

udgøres af 4.000 kr. til dækning af udgift til retsafgift og 491,25 kr. til dækning af udlæg til betaling for journaludskrift, mens det resterende beløb udgør dækning af udgift til advokatbistand. Der er herved taget udgangspunkt i landsretspræsidenternes vejledende takster, som der ikke har været grundlag for at fravige. Der er taget hensyn til, at sagen to gange har været forelagt Retslægerådet.

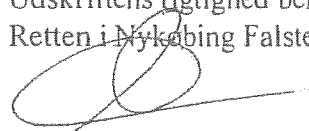
Thi kendes for ret:

Patientskadeankenævnet skal anerkende, at **A** er berettiget til erstatning i henhold til lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet, som følge af de komplikationer, som indtrådte i forbindelse med indlæggelse på **C** i januar 2010.

Patientskadeankenævnet skal inden 14 dage i sagsomkostninger til **A** betale 45.000 kr.

Thomas Faarup
dommer

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Retten i Nykøbing Falster, den 27. juni 2013.



Anne Faarup, Kontorfuldmægtig