



Udskrift af dombogen

DOM

Afsagt den 12. maj 2015 i sag nr. BS 3-142/2014:

A

mod

**Ankenævnet for Patienterstatning (tidl. Patientskadeankenævnet)
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg**

Denne sag, der er anlagt den 22. januar 2014, omhandler, hvorvidt sagsøgeren, A, er berettiget til godtgørelse for varigt mén samt for svie og smerte, som følge af den lægelige behandling han fik på B i perioden 9. november - 28. november 2005.

Påstande

Sagsøgeren, A, har påstået, at sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatning (tidl. Patientskadeankenævnet), tilpligtes at anerkende, at sagsøgeren som følge af de patientskader, sagsøgeren var udsat for ved behandlingen på B i perioden 9. november til 28. november 2005, har pådraget sig et varigt mén på ikke under 20%, subsidiært en af retten fastsat mindre méngrad, ligesom sagsøgte tilpligtes at anerkende, at sagsøgeren som følge af patientskaden er berettiget til svie- og smertegodtgørelse svarende til det dagældende lovgiverfastsatte maksimum, jf. erstatningsansvarslovens § 3, subsidiært en mindre svie- og smertegodtgørelse for en kortere periode end det lovgiverfastsatte maksimum.

Sagsøgte har påstået frifindelse.

Sagsfremstilling

Sagsøgeren blev efter et vagtlægebesøg indlagt på B kort efter midnat den 10. november 2005.

Han blev samme dag kl. 21.00 opereret og fik fjerne blindtarmen. Det fremgår af journalnotat af 10. november 2005 fra B, at han havde betydelige mængder pus i bughulen. Endvidere fremgår det, at sagsøgeren skulle have 3 dages antibiotisk behandling efter operationen.

I dagene efter operationen havde sagsøgeren gener i form af oppustethed og stærke daglige opkast af større mængder galde.

Den 16. november 2005 blev der foretaget en ultralydsundersøgelse af

sagsøgeren. Den 17. november 2005 blev der foretaget en CT-scanning af ham. Han blev udskrevet den 21. november 2005.

Sagsøgeren blev den 27. november 2005 igen indlagt på B .
 . Dagen efter blev han opereret, og af journalnotat af 28. november 2005 fremgår det, at der ved operationen blev fjernet 3 bylder fra hans bughule og 50 cm af tyndtarmen. Den 7. december 2005 blev han udskrevet fra hospitalet. Det fremgår af udskrivningsepikrise af 8. december 2005, at der alene blev fjernet 3 cm af sagsøgerens tyndtarm. Der er imidlertid enighed mellem sagens parter om, at der blev fjernet 50 cm af tyndtarmen.

Den 27. juli 2006 blev sagsøgeren opereret for brok på C .

Sagsøgeren klagede efterfølgende over behandlingen på B
 i perioden 10. november - 28. november 2005 til Patientforsikringen. Ved afgørelse af 26. august 2009 fandt Patientforsikringen, at sagsøgeren ikke var berettiget til erstatning, idet Patientforsikringen vurderede, at sagsøgeren ikke havde pådraget sig en patientskade i forbindelse med den pågældende behandling.

Dette tiltrådte sagsøgte efterfølgende ved afgørelse af 12. februar 2010.

Sagsøgeren indbragte afgørelsen for retten. I forbindelse med retssagens forberedelse blev der indhentet en udtalelse fra Retslægerådet. Af Retslægerådets udtalelse af 27. januar 2011 fremgår det bl.a.:

"Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes venligst oplyse, om sagsøger i forbindelse med operationen den 10. november 2005 blev behandlet i overensstemmelse med anerkendt praksis.

I benægtende fald bedes Retslægerådet venligst uddybe sin besvarelse.

Nej. Sagsøger udviste sikre tegn til peritonitis (difus slipomhed og perkussionsømhed) og burde have været opereret på første ledige operationsleje. Han havde bughindebetændelse forårsaget af perforeret blindtarmsbetændelse. Han burde have været behandlet med Tazocin (antibiotikum) i stedet for Anhypen og Metronidazol (efterfølgende Zinacef (cefuroxim) og Metronidazol). I stedet for Tazocin kunne man have behandlet med Zinacef, Metronidazol og Citroxin. Den anvendte antibiotikabehandling er ikke sufficient. Peroperativ ampicillin 3 g og Metronidazol 1,5 g fulgt op af kun 3 dages fortsat behandling med ceruroxim 750 mg x 3 og 500 mg Metronidazol til en peritonitis er ikke dækkende, hverken hvad angår spektrum eller dosering af ampicilling og cefuroxim, mens Metronidazol er i orden. Det er især cefuroxim, som efterlader mange E-coli og alle enterokokker udækket, og doseringen er kun 50 % af det anbefalede, som dog stadig ikke ville være dækkende. Tilsyneladende er der ikke podet peroperativt, hvilket

er en fejl.

Spørgsmål 2:

Retslægerådet bedes venligst oplyse, om sagsøger i forbindelse med det efterfølgende forløb i perioden 10. til 27. november 2005 ved  blev behandlet i overensstemmelse med anerkendt praksis, herunder i relation til den antibiotiske behandling af sagsøger.

I benægtende fald bedes Retslægerådet venligst uddybe sin besvarelse.

Vedrørende antibiotika se besvarelsen af spørgsmål 1.

Det blev besluttet at reoperere sagsøger 28.11.05. En reoperation 18 dage efter åbning af bughulen skal være på meget vigtig indikation, idet det kan være forbundet med store vanskeligheder. Ifølge operationsbeskrivelsen var dette også tilfældet her, og man måtte fjerne de nederste 50 cm tyndtarm som følge af beskadigelse under udløsningen af tarmen. Reoperationen kostede sagsøger tab af 50 cm tyndtarm og nødvendiggjorde senere operation for et stort bugvæggsbræk. Det kan ikke afgøres, om indikation for at reoperere var korrekt, idet dette beror på et klinisk skøn.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet bedes venligst oplyse, om det ud fra sagens lægelige akter kan konstateres, at sagsøger i dag lider af kroniske maveproblemer og i givet fald beskrive disse gener nærmere.

Det fremgår af et senere udskrivningskort fra , at sagsøger har kronisk diare, hvilket formentlig er en følge af tabet af tyndtarm ved reoperationen. Han vil have et livslangt behov for B12-vitaminindsprøjtninger på grund af tabet af tyndtarm, og dette er ikke nævnt hverken i kirurgisk journal fra  eller i udskrivningskortene. Dette må anses for en fejl.

Spørgsmål 4:

Såfremt spørgsmål 1 og/eller 2 besvares benægtende, bedes Retslægerådet venligst oplyse, om der må antages at være årsagssammenhæng mellem sagsøgers kroniske problemer, og det forhold at sagsøger ikke er blevet behandlet i overensstemmelse med anerkendt praksis.

Det kan ikke vurderes, om tidligere operation ville have ændret forløbet. Man skal her tage i betragtning, at der formentlig var tale om perforeret blindtarmsbetændelse allerede ved indlæggelsen.

(...)

Spørgsmål A:

Retslægerådet bedes oplyse, hvilken sygdom sagsøgeren må anses for at have lidt af på indlæggelsestidspunktet 10. november 2005 kort efter midnat.

Retslægerådet bedes herunder oplyse, om sagsøgerens blindtarm var perforeret på indlæggelsestidspunktet.

Såfremt det ikke med sikkerhed kan fastslås, om blindtarmen var perforeret, bedes om muligt sandsynligheden herfor angivet, idet det i så fald endvidere bedes anført, hvilke omstændigheder der måtte tale for eller imod, at sagsøgerens blindtarm allerede var perforeret.

Perforeret blindtarmsbetændelse. Sagsøger var diffust peritoneal, hvorfor man må formode, at blindtarmen var perforeret på indlæggelsestidspunktet. Der er ikke oplysninger, som decideret taler imod denne opfattelse."

Sagsøgte besluttede herefter ved afgørelse af 13. april 2011 at genoptage sagen. Sagsøgte anerkendte, at sagsøgeren var påført en patientskade og hjemviste sagen til Patientforsikringen med henblik på fastsættelse af erstatningens størrelse.

Den 18. juni 2012 traf Patientforsikringen afgørelse i sagen. Af afgørelsen fremgår det bl.a., at:

"Afgørelse

A er ikke berettiget til erstatning efter lov om patientforsikring (PFL), fordi erstatningsbeløbet er under lovens minimumsgrænse på 10.000 kr.

(...)

Begrundelse

Det er i Patientskadeankenævnet anerkendt, at **A** er påført en erstatningsberettigende skade efter patientskade-forsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1.

Efter PFL § 5, stk. 2, jf. stk. 1, kan der kun ydes erstatning, hvis erstatningsbeløbet er større end 10.000 kr.

Vi har opgjort, at erstatningen efter erstatningsansvarsloven (...) ikke overstige 10.000 kr.

Beregningen er foretaget på følgende måde, (...):

Svie og smerte efter erstatningsansvarslovens § 3 (...)

Der kan efter erstatningsansvarslovens § 3 ydes godtgørelse for svie og smerte for den forængelse af sygeperioden, som en skade har medført. Godtgørelsen er en midlertidig kompensation for den fysiske lidelse, der kan følge en skade.

*Det er vores vurdering, at din klient **A** ikke er blevet påført et forlænget sygeforløb, idet han også ville have haft et sygdomsforløb så sammenlængde, selvom skade ikke var indtrådt.*

Der kan således ikke beregnes godtgørelse for svie og smerte.

Varigt mén efter erstatningsansvarslovens § 4 (se vejledningens punkt 4)

*Vi har vurderet, at **A** ikke har fået et varigt mén på 5% eller derover. **A** er derfor ikke berettiget til godtgørelse for varigt mén.*

Vi har ved afgørelse lagt vægt på, at generne med overvejende sandsynlighed ikke ville være blevet reduceret i et omfang, som kan berettigede til et varigt mén på 5% eller derover, hvis patientskaden ikke var indtrådt.

Vi har i den forbindelse lagt vægt på, at Retslægerådet har vurderet, at der ikke blev anvendt korrekt antibiotika, og det ikke blev givet længe nok.

*Samtidig har Retslægerådet anført, at **A's** blindtarm med overvejende sandsynlighed var perforeret allerede på indlæggelsestidspunktet, og at man ikke kan vurdere, om en hurtigere operation og anvendelse af andet antibiotikum ville have ændret forløbet.*

Det er derfor vores vurdering, at det med overvejende sandsynlighed var grundsygdommen i form af perforeret blindtarm, der forårsagede det efterfølgende forløb, og ikke behandlingen heraf.

(...)

En beregning af godtgørelse og erstatning som følge af den anerkendte patientskade kommer således ikke til at overstige 10.000 kr."

Denne afgørelse blev tiltrådt af sagsøgte den 12. september 2013 med følgende begrundelse:

"Begrundelse og resultat

Af de grunde, der er anført af Patientforsikringen, kan Patientskadeankenævnet tiltræde, at der principelt er grundlag for at yde erstatning efter lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 1. Nævnet finder dog samtidig, at A samlede krav på godtgørelse og erstatning som følge af patientskaden ikke overstige 10.000 kr., hvorfor der ikke ydes erstatning, jf. lovens § 5, stk. 2.

Nævnet kan supplerende bemærke, at det er nævnets vurdering, at A med overvejende sandsynlighed ville have haft behov for reoperation med fjernelse af en del af tyndtarmen som følge af hans grundsygdom (perforeret apendicit), selvom han havde modtaget en antibiotikabehandling, som havde været i overensstemmelse med den erfarne specialists standard. Nævnet har lagt vægt på, at A's blindtarm var perforeret på indlæggelsestidspunktet.

Nævnet fandt ved afgørelse af 13. april 2011, at A gener med overvejende sandsynlighed ville have været reduceret såfremt antibiotikabehandlingen havde været i overensstemmelse med specialiststandarden. Imidlertid finder nævnet, at de reducerede gener ikke ville haft et omfang, hvorved sygeforløbet ville have været kortere, eller som kunne berettiget til godtgørelse for svie og smerte på 10.000 kr. eller et varigt mén på 5 procent.

Med disse bemærkninger kan Patientskadeankenævnet tiltræde resultatet og begrundelse i Patientskadeforsikringens afgørelse af 18. juli 2012."

Der er under nærværende sag indhentet yderligere en udtalelse fra Retslægerådet. Af udtalelse af 7. november 2014 fremgår det bl.a., at:

"Spørgsmål 6:

Under henvisning til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1, herunder at doseringen på Cefuroxim kun var på 50% af det anbefalede, som dog efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1 stadig ikke ville være dækkende, anmodes Retslægerådet venligst om at oplyse, om Retslægerådet finder det sandsynligt, at den efterfølgende operation den 28. november 2005 kunne have været undgået, såfremt sagsøger havde modtaget en adækvat antibiotikabehandling efter operationen den 10. november 2005?

Såfremt der er usikkerhed om svaret, anmodes Retslægerådet så vidt muligt om at angive graden af sandsynlighed for, at operationen den 28. november 2005 kunne have været undgået.

Retslægerådet vurderer, at risikoen for reoperation den 28.11.05 kunne reduceres, hvis sagsøger var blevet behandlet med adækvate antibiotika i tilstrækkelige doser, men det er ikke muligt at graduere sandsynligheden.

(...)"

Forklaring

Sagsøgeren har forklaret, at han, kort forinden han blev indlagt på

A den 9. november 2005, havde opsagt sit job for at blive freelance-konsulent indenfor gartneribranchen. Det har han måtte opgive på grund af hans gener. Generne er først kommet efter indlæggelsen på **B**

Han vågner som regel tidligt om morgenen og har ondt i maven, og han har adskillige diarréer i løbet af dagen. Om eftermiddagen har han som regel også store mængder tarmluft. Han har af og til "uheld", hvor han ikke når på toilet. Det var tidligere et stort problem, men han har lært at indrette sig, og han "har fået bedre styr på det", især efter han blev sat i behandling med Imodium. Generne medfører, at han ikke har noget socialt liv. Når han i dag skal nogen steder, har han valget mellem at overdosere sig med Imodium eller at undlade at spise.

Efter en brokoperation på **C** i 2006 fik han af vide, at han i forbindelse med operationen den 28. november 2005 havde fået fjernet 50 cm tyndtarm. Lægen, der udførte brokoperationen, henviste ham til **B**. Her blev der forsøgt forskellige medikamenter med svingende resultatet.

Procedure

Sagsøgeren har gjort gældende, at Retslægerådet i forbindelse med sine besvarelser af henholdsvis 27. januar 2011 og 7. november 2014 har vurderet, at der er begået ikke mindre end tre fejl fra sygehusets side i forbindelse med behandlingen af sagsøgeren. Alle disse tre fejl er at anse som patientskader, jf. den dagældende patientforsikringslovs § 2, stk. 1.

For det første burde sagsøgeren være blevet opereret på første ledige sengeleje efter indlæggelsen på sygehuset, jf. Retslægerådets besvarelse af bl.a. spørgsmål 1.

Retslægerådet har i besvarelsen af spørgsmål 4 anført, at det dog er usikkert om en tidligere operation ville have ændret forløbet. Denne bevisusikkerhed bør ikke komme sagsøgeren til skade, og det må således lægges til grund, at en tidligere operation ville have ændret forløbet, og den efterfølgende reoperation den 28. november 2005, som kostede sagsøgeren tab af 50 cm tyndtarm og nødvendiggjorde senere operation for et stort bugvægsbrok, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 2, kunne være undgået, såfremt sagsøgeren var blevet opereret ved første ledige sengeleje efter indlæggelsen på sygehuset.

For det andet var den påståede peroperative antibiotikabehandling ikke tilstrækkelig, herunder var der ikke podet peroperativt, jf. bl.a. Retslæge-

rådets besvarelsen af spørgsmål 1.

Retslægerådet har bl.a. ved besvarelsen af spørgsmål 6 vurderet, at risikoen for reoperation den 28. november 2005 kunne være reduceret, hvis sagsøgeren var blevet behandlet med adækvate antibiotika i tilstrækkelige doser, men at det har ikke været muligt at graduere sandsynligheden.

Heller ikke denne bevisusikkerhed bør komme sagsøgeren til skade, og det må derfor lægges til grund, at en adækvat antibiotikabehandling i tilstrækkelige doser ville have medført, at det ikke havde været nødvendigt at reoperere sagsøgeren.

Sagsøgeren har endvidere gjort gældende, at han slet ikke kom i antibiotisk behandling, før efter man havde konstateret den voldsomme bughulebetændelse den 17. november 2005. Uanset om dette lægges til grund i sagen eller ej, må det med Retslægerådets besvarelse af bl.a. spørgsmål 4 konstateres, at sagsøgeren ikke har fået sufficient antibiotisk behandling.

For det tredje var det en fejl, at sagsøgeren ikke fik oplyst, at han ville have et livslangt behov for B-12 vitaminindsprøjtninger på grund af det efterfølgende tab af 50 cm tyndtarm i forbindelse med reoperationen, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 3.

På grund af mangelfulde oplysninger fra B kom sagsøgeren først i medicinsk behandling for sin kroniske diarré, efter han havde gennemgået den efterfølgende brokoperation på C på trods af, at han løbende gjorde opmærksom på de massive problemer, han havde. Sagsøgeren har i den forbindelse bemærket, at han efter reoperationen den 28. november 2005 alene fik at vide, at han havde fået fjernet blot 3 cm af tyndtarmen, hvilket tillige underbygges af udskrivningsepikrise af 8. december 2005 fra B. Realiteten var imidlertid, at han havde fået fjernet 50 cm af tyndtarmen. C blev opmærksom på dette i efterforløbet, hvor sagsøgeren fik foretaget en brokoperation. Det er således anført, at man her blev opmærksom på, at der rent faktisk var fjernet 50 cm tyndtarm, og at sagsøgeren burde sættes i medicinsk behandling for at reducere de kroniske problemer med diarré. Sagsøgeren har således først efter at være vejledt herom på C den 5. september 2006 indtaget medicin mod den kroniske diarré, indledningsvis i form af Questranpulver og efterfølgende i form af Loperamid. Dette har dog langt fra elimineret sagsøgerens problemer med afføringsinkontinens, men har dog mindsket generne en smule.

De kroniske gener, som sagsøgeren lider af i dag, må alene antages at skyldes reoperationen, hvor han bl.a. fik fjernet 50 cm af sin tyndtarm, jf. bl.a. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 2, og at denne reoperation som ovenfor anført kunne være undgået, såfremt sagsøgeren ikke havde været udsat for de pågældende fejl fra sygehusets side.

Sagsøgeren lider i dag af afføringsinkontinens som følge af patientskaden, og disse gener har påført sagsøgeren en varig méngrad på ikke under 20 %, jf. bl.a. Arbejdsskadestyrelsens vejledende méntabel punkt F.2.6. og F.2.7.

Sagsøgeren har videre gjort gældende, at hans sygeforløb er blevet forlænget i væsentlig grad – udover den sygeperiode som grundsygdommen ville medføre – og, at sagsøgeren som følge heraf er berettiget til svie- og smertegodtgørelse, svarende til det dagældende lovgiverfastsatte maksimum efter erstatningsansvarsloven § 3, subsidiært, at sagsøgeren er berettiget til svie- og smertegodtgørelse for en kortere periode, bl.a. som følge af den manglende oplysning om, at han efter reoperationen kunne reducere sin gener ved medicinsk behandling, og således først i september 2006 påbegyndte adækvat behandling for at reducere generne af den anførte afføringsinkontinens.

Vedrørende spørgsmålet om vurderingen af bevisusikkerheden har sagsøgeren gjort gældende, at kravene til beviserne for en årssagssammenhæng mellem en patientskade og en patients efterfølgende skader lempes, når der – som i nærværende sag – er begået deciderede fejl fra sygehusets side, jf. bl.a. U.2002.1690H og U.2009.1835.H.

Sagsøgte har til støtte for sin påstand gjort gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte sagsøgtes afgørelse af 12. september 2013, hvorved sagsøgte stadfæstede Patienterstatningens (tidl. Patientforsikringen) afgørelse af 12. juni 2012 om, at sagsøgeren ikke var berettiget til erstatning efter lov om patientforsikring, da erstatningsbeløbet var under lovens minimumsgrænse på 10.000,- kr.

Da denne sag vedrører et behandlingsforløb i 2005, skal sagen afgøres efter den på det tidspunkt gældende patientforsikringslov.

Det følger af denne lovs § 5, at erstatning og godtgørelse fastsættes efter reglerne i lov om erstatningsansvar, og at erstatning kun ydes, såfremt den overstiger 10.000,- kr.

Der skal foreligge et sikkert grundlag for at tilsidesætte nævnets afgørelse. Det er sagsøgeren, der har bevisbyrden herfor, og han har ikke løftet denne bevisbyrde.

Sagsøgeren har ikke tilvejebragt et sikkert grundlag for at tilsidesætte vurderingen af, at hans samlede krav på godtgørelse og erstatning som følge af den anerkendte patientskade ikke overstiger 10.000,- kr.

Sagsøgte har bemærket, at sagsøgte ved sin afgørelse af 13. april 2011 anerkendte, at sagsøgeren var påført en patientskade efter den dagældende patientforsikringslovs § 2, stk. 1, nr. 1 og fandt, at sagsøgerens gener med overvejende sandsynlighed ville være reduceret, såfremt antibiotikabehandlingen havde været i overensstemmelse med specialiststandarden.

Dette kan dog ikke føre til, at der er grundlag for at tilsidesætte sagsøgtes efterfølgende vurdering i afgørelse af 12. september 2013 af, at de reducerede gener ikke ville have haft et omfang, hvorved sygeforløbet ville have været kortere, eller som kunne berettigede til godtgørelse i form af svie og smerte og/eller et varigt mén på 5%.

Dette har sagsøgte støttet på, at sagsøgeren med overvejende sandsynlighed ville have haft behov for reoperation med fjernelse af en del af tyndtarmen allerede som følge af hans grundsygdom i form af perforeret blindtarm, også selv om han havde modtaget en antibiotikabehandling, som havde været i overensstemmelse med den erfarne specialiststandard.

Selv om en del sagsøgerens gener kan henføres til den manglende antibiotikabehandling, kan det efter sagsøgtes vurdering ikke berettigede til en erstatning/godtgørelse på minimum 10.000,- kr.

Sagsøgte har ved sin vurdering lagt på vægt på Retslægerådets besvarelse i erklæring af 27. januar 2011 af spørgsmål 4 om, at sagsøgerens blindtarm med overvejende sandsynlighed var perforeret allerede på indlæggelsestidspunktet, og at man ikke kunne vurdere, om en hurtigere operation og anvendelse af antibiotikum ville have ændret forløbet. Det vurderedes derfor med overvejende sandsynlighed, at det var grundsygdommen i form af perforeret blindtarm, der forårsagede det efterfølgende forløb.

Sagsøgte har videre vurderet, at sagsøgeren med overvejende sandsynlighed ville have behov for reoperation som følge af grundsygdommen, selv om han havde modtaget adækvat antibiotikabehandling.

Retslægerådet har i erklæring af 7. november 2014 anført, at risiko for reoperation den 28. november 2005 ville kunne reduceres, men at det ikke er muligt at graduere sandsynligheden. Det er dermed ikke godtgjort, at det er overvejende sandsynligt, at reoperation ville være undgået, hvis der var givet tilstrækkelig antibiotika. Der foreligger derfor ikke med Retslægerådets erklæring det fornødne sikre grundlag for at tilsidesætte nævnets afgørelse.

Det er ej heller overvejende sandsynligt, at alle sagsøgerens nuværende gener kan henføres til reoperationen den 28. november 2005.

Der er ikke med Retslægerådets erklæring tilvejebragt noget sikkert grundlag for at tilsidesætte denne vurdering, ligesom der ikke er grundlag for bevislempelse i denne sag.

Der er derfor ikke grundlag for at tilsidesætte sagsøgtes vurdering om, at der ikke kan ydes godtgørelse for svie og smerte efter erstatningsansvarslovens § 3, idet sagsøgeren ikke er blevet påført et forlænget sygeforløb. Sagsøgeren er med overvejende sandsynlighed ikke blevet påført et forlænget sygeforløb som følge af den anerkendte patientskade, idet han ville have haft et tilsvarende sygdomsforløb, selv om patientskaden ikke var indtrådt.

Endelig er der ikke grundlag for at yde godtgørelse for varigt mén efter erstatningsansvarslovens § 4. Sagsøgerens gener ville med overvejende sandsynlighed ikke være blevet reduceret i et omfang, som kan berettige til et varigt mén på 5% eller derover, hvis patientskaden ikke var indtrådt.

Rettens begrundelse og resultat

Det er i retspraksis fastslået, at der skal tilvejebringes et sikkert grundlag for at tilsidesætte sagsøgtets afgørelse. Det påhviler sagsøgeren at tilvejebringe dette sikre grundlag.

Retslægerådet har ved sin besvarelse af spørgsmål 6 anført, at risikoen for reoperation kunne reduceres, såfremt sagsøgeren var blevet behandlet adækvat, men det er ikke muligt at graduere sandsynligheden.

Det følger af forarbejderne til den dagældende patientforsikringslovs § 2, og retspraksis, at betingelsen om årsagsforbindelse i bestemmelsen kan lempes, når der ved behandlingen af patienten klart er begået fejl, og det i øvrigt findes rimeligt.

Sagsøgeren har ikke godtgjort, at han ikke modtog antibiotisk behandling efter operationen den 10. november 2005. Retten lægger derfor til grund, at sagsøgeren modtog antibiotisk behandling i tre dage efter operationen. Retslægerådet har imidlertid ved besvarelsen af spørgsmål 1 bl.a. anført, at antibiotikabehandlingen ikke har været tilstrækkelig. Der er alene anvendt en dosering på 50 % af det anbefalede, og selv den anbefalede dosering er ikke dækkende. Endvidere har Retslægerådet anført, at der tilsyneladende ikke er podet peroperativt og anført, at dette er en fejl.

Da der således er begået klare fejl, og det i øvrigt findes rimeligt, finder retten derfor, at der er grundlag for at lempe beviskravet til årssagssammenhæng i denne sag. Da det ikke har været muligt for Retslægerådet at graduere sandsynligheden kommer tvivlen sagsøgeren til gode.

På den baggrund finder retten, at sagsøgeren har løftet bevisbyrden for årssagssammenhæng mellem hans nuværende gener og den anerkendte patientskade.

Retslægerådet har ved besvarelsen af spørgsmål 3 anført, at sagsøgeren i dag har kronisk diarré/afføringsinkontinens.

Det følger af Arbejdsskadestyrelsens vejledende méntabel, at let afføringsinkontinens udgør en méngrad på 15 %. Da sagsøgeren ikke, ved eksempelvis indhentelse af en udtalelse fra Arbejdsskadestyrelsen, har godtgjort, at sagsøgerens gener udgør en højere méngrad, er der ikke grundlag for at fastsætte et varigt mén på mere end 15 %.

For at være berettiget til godtgørelse for svie og smerte efter erstatningsansvarslovens § 3, 1. pkt., er det en betingelse, at skadelidte er syg. Kriteriet "er syg" skal forstås således, at det normalt er en forudsætning, at skadelidte er sygemeldt og undergivet en vis form for behandling. Sagsøgeren blev indlagt den 27. november 2005 på **B** og udskrevet den 7. december 2005. Retten finder herved, at sagsøgeren har krav på godtgørelse for svie og smerte i denne periode på 11 dage. Det er ikke dokumenteret, at sagsøgeren har været sygemeldt eller undergivet behandling efter udskrivelsen den 7. december 2005. Retten finder derfor ikke grundlag for at anse sagsøgeren for syg i denne periode, og han har derfor ikke krav på yderligere godtgørelse for svie og smerte efter erstatningsansvarslovens § 3, 1. pkt.

Efter oplysningerne om karakteren og omfanget af de helbredsmæssige gene, som patientskaden har medført, finder retten, at der skal udmåles godtgørelse for svie og smerte efter erstatningsansvarslovens § 3, 2. pkt. Efter en samlet vurdering fastsættes denne godtgørelse skønsmæssigt til en periode på 100 dage.

Sagsøgte er i overvejende grad den tabende part, idet sagsøgeren har fået overvejende medhold i sin påstand, svarende til en økonomisk værdi på ca. 141.500 kr. Derfor skal sagsøgte betale sagsomkostninger til sagsøgeren som nedenfor anført, jf. retsplejelovens § 312, stk. 1 og § 316.

Sagsomkostningerne er fastsat således, at 3.720 kr. dækker udgiften til retsavgift, og 43.750 kr. inkl. moms vedrører udgiften til sagsøgerens advokatbi-stand.

Thi kendes for ret:

Sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatning, tilpligtes at anerkende, at sagsøgeren, **A**, som følge af den patientskade, som sagsøgeren pådrog sig ved behandlingen på **B** i perioden 9. november - 28. november 2005, har pådraget sig et varigt mén på 15 %, og at han er berettiget til godtgørelse for svie og smerte for en periode på 111 dage.

Inden 14 dage skal sagsøgte til sagsøgeren betale 47.470 kr. i sagsomkostninger. Sagsomkostningerne forrentes efter rentelovens § 8a.

Casper Klindt Sølbeck
kst. dommer

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Retten i Odense, den 12. maj 2015.

Tine Bathum, kontorfuldmægtig