



Udskrift af dombogen

DOM

Afsagt den 22. september 2011 i sag nr. BS 150-1989/2008:

mod
Patientskadeankenævnet
Vimmelskaftet 43
1161 København K

Denne sag, der er anlagt den 27. august 2008, drejer sig om, hvorvidt sagsøgeren **A** allerede i 1996 havde en læsion af bagerste korsbånd og popliteussenen, og han i bekræftende fald er påført en patientskade, jf. patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1, ved at læsionen af bagerste korsbånd og popliteussenen forblev ubehandlet i perioden 1996 – 2006, samt om han er berettiget til erstatning for psykiske forhold.

Parternes påstande

A har endeligt nedlagt påstand om, at sagsøgte, Patientskadeankenævnet, skal anerkende, at han er påført en patientskade ved, at en læsion af bagerste korsbånd og popliteussenen forblev ubehandlet i perioden 1996 – 2006.

A har endvidere påstået, at Patientskadeankenævnet skal anerkende, at han som led i udmåling af erstatning for anerkendt patientskade skal have erstatning for psykiske forhold.

Patientskadeankenævnet har over for **A** første påstand påstået frifindelse, og over for hans anden påstand påstået afvisning, subsidiært frifindelse.

A har fri proces.

Oplysningerne i sagen

I september 1996 var **A** udsat for et traume mod venstre knæ i forbindelse med et uheld på skateboard. Forinden havde han haft mindre knæskader og en større skade på det højre knæ.

Patientforsikringen har ved afgørelse af 11. december 2006 anerkendt, at

A påført en patientskade i form af forsinket behandling for korsbåndsskade og utilstrækkelig behandling for brusk-skader i venstre knæ, jf. patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1.

Patientforsikringen har ved afgørelse af 22. maj 2007 endvidere anerkendt, at A er påført en patientskade i form af følger af ikke optimalt placeret korsbåndstransplantat, jf. patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1.

A har fået udbetalt svie- og smertegodtgørelse med 50.000 kr. og godtgørelse for varigt mén svarende til en méngrad på 10 %.

Patientskadeankenævnet har ved afgørelse af 20. februar 2008 tiltrådt Patientforsikringens afgørelser af 11. december 2006 og 22. maj 2007. Af afgørelsen fremgår blandt andet følgende:

"Sagens baggrund:

Ved Patientforsikringens afgørelse af 11. december 2006 blev De fundet berettiget til erstatning efter lov om patientforsikring vedrørende Deres behandling på SYGEHUS perioden fra 1997 og de følgende år.

Ved brev af 7. marts 2007 har De klaget over afgørelsen.

Ved Patientforsikringens afgørelse af 22. maj 2007 blev De foreløbig tilkendt godtgørelse for svie og smerte med skønsmæssigt 50.000 kr. Ved afgørelsen fandt Patientforsikringen tillige, at godtgørelsen skulle påhvile SYGEHUS OG HOSPITAL ligeligt, idet korsbåndstransplantatet ved operationen i marts 1998 på sidstnævnte hospital ikke var placeret optimalt.

Ved brev modtaget i Patientskadeankenævnet den 25. maj 2007 har De fremsat yderligere bemærkninger til sagen, idet De har beskrevet forløbet.

Ved brev modtaget i Patientskadeankenævnet den 29. maj 2007 har De fremsat yderligere bemærkninger til sagen.

Nævnet har anset Deres klage også at angå Patientforsikringens afgørelse af 22. maj 2007.

Patientskadeankenævnet har indhentet en udtalelse fra Patientforsikringen og har modtaget sagens akter. De har modtaget kopi af udtalelsen samt Patientforsikringens lægelige vurderinger.

Patientforsikringen har i sin udtalelse af 19. september 2007 fastholdt afgørelsen.

De har den 20. februar 2008 afleveret tegninger, der illustrerer, hvorledes skaden er opstået.

Deres klage har herefter været behandlet på et møde i Patientskadeankenævnet den 20. februar 2008.

Sagsfremstilling:

Der henvises til sagsfremstillingen i Patientforsikringens afgørelse af 11. december 2006, hvoraf følgende fremgår:

”...

Det er oplyst, at De i oktober 1996 forvred venstre knæ. De blev undersøgt på Sygehus, hvor man vurderede, at generne kunne afhjælpes med anlæggelse af en bandage, og efterfølgende genoptræning.

På grund af fortsatte gener, blev der foretaget en kikkertundersøgelse den 24. januar 1997. Her fandt man skader på forreste korsbånd og menisken. Endvidere fjernede man et afrevet bruskstykke.

De havde fortsatte gener i knæet, og man vurderede, at det skyldtes den store bruskskade i knæet. De blev derfor henvist til Sygehus. Her fik De udtaget brusk, som blev dyrket, og indsat igen som et transplantat, for at lukke defekten. Det skete den 22. august 1997.

De har oplyst, at De i september 1997 faldt og slog knæet, fordi De havde fået udleveret nogle krykker, der let skred. De havde smerter i knæet, men på Sygehus vurderede man, at faldet ikke havde betydet noget for knæet. I December 1997 blev De afsluttet fra Sygehus, idet De skulle vurderes på Hospital, mhp. evt. korsbåndsoperation.

Det er oplyst, at man i marts måned 1998, på Hospital, indsatte et korsbåndstransplantat som forreste korsbånd i venstre knæ. Bageste korsbånd og begge meniske blev vurderet intakt.

De havde fortsat problemer fra knæet i form af en vis løshed, samt aflåsningstilfælde. I perioder var der smerter. Der blev derfor lavet MR-scanning den 9. november 1999. Man fandt korsbåndstransplantatet i god position, og bageste korsbånd intakt. Meniskerne var degenererede.

Ved kikkertoperation den 3. maj 2000 på Hospital vurderede man at korsbåndstransplantatet var velfungerende.

Endvidere var bageste korsbånd intakt. Den laterale menisk var også god, men den mediale menisk var svært skadet. Man fastgjorde det løse meniskstykke. Der var bedring i knæet i de følgende måneder, men ved vrid i knæet vendte generne tilbage.

På mistanke om, at menisken havde løsnet sig igen, blev De på ny opereret den 5. oktober 2000. Man vurderede, at læsionen af menisken denne gang var stor til at den kunne fastgøres, i stedet fjernede man den løsrevne del af menisken.

Den 23. januar 2001 blev De henvist til Sygehus igen på grund af fortsat instabilitet i venstre knæ, og forværring af smerterne. Man havde umiddelbart ikke noget behandlingstilbud, men De blev fulgt ved regelmæssige kontroller, og også i perioder trænet i fysioterapien. I perioder havde De gener, mest i forbindelse med sport når knæet var i yderstilling. De kunne dog angiveligt løbe lange ture og hoppe på benet.

På Sygehus fik De foretaget kikkertundersøgelse af knæet den 24. marts 2003. Man fandt korsbånd og menisk intakte. I en del af knæet var der dårlige bruskforhold. Man høstede derfor lidt brusk fra andet sted i knæet mhp. transplantation. Transplantation blev foretaget den 15. maj 2003.

I forløbet efter operationen fik De bl.a. to Diclon tabletter. Et NSAID, der mistænkes for at være brusknedbrydende. Sygehuset vurderede dog, at de to tabletter ikke havde gjort nogen skade.

De modtog fysioterapi, men fortsatte med at have gener. Knæet føltes ikke stabilt, og der var smerter ved løb. De blev afsluttet fra HOSPITAL den 5. februar 2004.

Den 24. april 2005 blev De henvist til Hospital. Man vurderede, at der var grundlag for at rekonstruerer korsbåndet. Forinden var De også til undersøgelse på Sygehus, for at få en vurdering fra knæeksperten der. Ved undersøgelse den 10. oktober 2005 blev det vurderet, at forreste korsbånd (transplantet) var intakt, men ikke optimalt placeret, og derfor gav noget skuffeløshed. Endvidere var bagerste korsbånd beskadiget. Det blev derfor anbefalet at lave en helt ny forreste korsbåndsoperation, med nye borehuller, og rekonstruktion af bageste korsbånd.

I overensstemmelse med denne anbefaling blev De opereret på Hospital den 13. oktober 2005, hvor man fjernede det tidligere transplantat. De ønskede derefter at blive opereret på Sygehus, med indsættelse af de to korsbåndstransplantater, og dette blev gjort den 14. februar 2006. Ved kontrol den 3. april 2006, mente

man at operationen var forløbet godt.

Ved efterfølgende kontroller på . Sygehus klagede De imidlertid fortsat over løshed i knæet, og diffuse smerter. Objektivt var der ved kontrol den 6. oktober 2006 løshed i knæet. Man vurderede at korsbåndene, sad korrekt og havde ikke behandlingstilbud.

De har endvidere været undersøgt på Privathospitalet , og forventer yderligere undersøgelse mhp. Evt. fremtidig behandling. ...”

Begrundelsen for Patientskadeankenævnets afgørelse:

Da sagen vedrører spørgsmål om skader indtruffet før den 1. januar 2007, finder den dagældende lov om patientforsikring anvendelse, jf. § 63, stk. 2, nr. 2, i klage- og erstatningsloven.

Patientskadeankenævnet kan tiltræde, at der foreligger ansvarsgrundlag i overensstemmelse med Patientforsikringsens afgørelser af 11. december 2006 og 22. maj 2007.

Efter patientforsikringslovens § 5, stk. 1, fastsættes erstatning og godtgørelse efter reglerne i erstatningsansvarsloven.

...

Patientskadeankenævnet kan tiltræde, at godtgørelsen skal deles ligeligt mellem sygehus og Hospital, idet begge sygehuse har medvirket til skadens opståen.

sygehus undlod at operere Dem i sommeren 1997, og har efterfølgende undladt at reoperere. Hospital placerede ikke korsbåndstransplantatet optimalt.

...

Det bemærkes, at Patientskadeankenævnet ikke har taget stilling til, hvorvidt De har pådraget Dem en depression som følge af behandlingsforløbet, da det følger af patientforsikringsloven af 14. oktober 1992 § 1, stk. 1, og § 2, stk. 2, at der ydes kun erstatning til patienter, som med overvejende sandsynlighed er påført fysisk skade i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende foretaget på et offentligt sygehus. Nævnet har denne forbindelse noteret sig, at der allerede i 1999 i de sociale akter fra Kommune angives, at De i juni 1998 afbrød jobteamet, da De havde dårligt fysisk/psykisk. Nævnet finder således ikke, at spørgsmålet om en eventuel depression kan behandles. ”

Af journalnotaterne for den 22. november 1996 fra

Sygehus,

Ortopædkirurgisk Afdeling T fremgår blandt andet følgende:

LAGE tilkaldes. Undersøger og finder neg. Lachman, men tegn på bageste korsbåndsruptur. Knæet er sidestabilt. Ingen sikker ømhed over ledlinier. Ikke tegn på læsion af de posteriore strukturer. Efter aftale med skrives hen op til rp. Artroskopi i fuld anæstesi og der skal sættes tid af til evt. operation af bagre korsbånd med hamstrings.”

Den planlagte artroskopi blev gennemført den 24. januar 1997. Af journalnotaterne herfor fremgår blandt andet følgende:

”Venstre knæ: Øm posteromed. og bagre løs.
Informeres om den planlagte artroskopi, hvor en evt. meniskskade vil blive opereret. Bageste korsbånd bliver kun rekonstrueret, hvis forholdene tillader det.

T operationsgangen

...

Stabilitetstest viser øget AP-løshed med lidt recurvatum. Skopien afslører en partiel forreste korsbåndsskade, hvor den antromediale fascikkel er revet af proksimalt og vokset på PCL. Den posterolat. fascikkel strammer pænt op. PCL er en smule løst, og der er ca. 4-5 mm bagudglidning. Herefter klart stop. Popliteussenen har endvidere været sæde for skade, men strammer op. Ingen posteromedial skade.

Man finder en Bucket-handlelæsion i mediale meniskbaghorn i kapslen, denne friskes op, fikseres med 3 pinde og er herefter stabil. I laterale menisks baghorn finder man en skade på overgang til centrale tredjedel. Skaden er i overgangen mellem hvid/hvid- og hvid/rød-område. Man laver trepanering og indsætter 2 pinde, herefter er læsionen stabil. I laterale ledkammer findes tibiabrusk pæn, men der er følger efter osteokondral skade på femurkondylen målende 1 x 2 cm på den vægtbærende del. Den dækket i bunden, det er en grad III læsion. På mediale femurkondyl findes et 2 x 2 cm stort stykke af brusk afrevet fra den subkondrale knogle. Forsøger at fikse det med orthofix, det er imidlertid fuldstændig ustabilt, hvorfor det må fjernes. Orthofixpindene bankes ind kondylen.

Der er ikke indikation for ligamentrekonstruktion på baggrund af de 2 menisklæsioner og bruskskaderne, som gør at patienten i en periode ikke må belaste knæet og ikke må bøje mere end 90°. Endvidere er der tale om moderat instabilitet.

Patientens gener er udmærket forklaret fra de beskrevne fund.”

Ved en MR-skanning af A's venstre knæ foretaget den 30. maj 1997 på Sygehus blev det konstateret, at PCL fremtrådte intakt men grassil.

A blev den 17. juli 1997 opereret på Sygehus, hvor begge meniske blev fundet intakte og fastsiddende uden læsioner, ligesom begge korsbånd var intakte.

Den 5. december 1997 blev A venstre knæ undersøgt på Hospital. Det fremgår af journalnotaterne, at der blev konstateret betydelig skuffe- og Lachmann-løshed, men at det så vidt det kunne bedømmes var forrest løshed, og at tibia ikke faldt tilbage. Der blev planlagt rekonstruktion i venstre knæ.

A blev den 22. august 1997 indlagt på Sygehus med henblik på kondrocyttransplantation i venstre knæ.

Den 18. marts 1998 fik A foretaget en rekonstruktion af forreste korsbånd i venstre knæ. Det fremgår af journalnotaterne for operationen, at der på grund af divergerende oplysninger indledningsvist blev foretaget en artroskopi, hvor der blev konstateret forreste korsbåndsruptur, og at det bagerste korsbånd var intakt.

Af journalnotater foretaget den 7. april 1998 af LÆGE fremgår blandt andet følgende:

"H/M fælleskonf.:

Opr. for forreste korsbåndsskade den 18.03.98, rekonstruktion. Her beskrives bageste korsbånd fuldstændig intakt. Får talt med i dagen efter og som mener, at bageste korsbånd skulle have været strakt, det kan jeg ikke se er beskrevet, mener nu selv han er bageste løs.

Objektivt

Er der god stabilitet på ve. side. Ingen tegn på bageste løshed. Fuldstændig stabil sv.t. forreste korsbånd. Ingen sidevaklen.

...

Er informeret om så vidt jeg kan se, er det både fra opr.beskrivelsen og klinisk ingen tegn på, at bageste korsbånd er strakt eller overrevet."

Ved konsultation i ambulatoriet på Hospital den 23. november 1998 blev der fundet tydelig skuffeløshed, positiv Lachmann og lille Pivot Shift og tydeligt ligamentstop.

Ifølge journalnotater for den 4. juni 1999 fra Hospitals M-ambulatorium blev A oplyst om radioskopi fund, nemlig at korsbåndet var fundet fuldstændig intakt, og knæet vurderet fuldstændig stabilt i anæstesi. Desuden fremgår det, at bagerste korsbånd både ved skanning og ved to påfølgende artroskopier er fundet normalt, og at det primære problem er hans manglende muskelstyrke.

Af journalnotater for den 27. august 1999 fremgår det, at A

den 23. juli 1999 havde været på skadestuen på Sygehus efter at have fået smerter i venstre knæ efter et vridtraume, og at smerterne forsvandt efter manipulation.

Den 9. november 1999 fik A i foretaget en MR-skanning af det venstre knæ. Det fremgår af undersøgelsessvaret, at MR-skanningen viste, at det forreste korsbånd efter rekonstruktion stod veldefineret og med normal kaliber og i normal position. Endvidere var bageste korsbånd intakt. Den laterale menisk var antydningvis degenereret, mens den mediale menisk var udtalt degenereret og med gennemgående læsion. I øvrigt konstateredes lette artroseforandringer i knæleddet.

A var ifølge journalnotat for den 3. maj 2000 fra Hospital indstillet på venstresidig knæartroskopi efter fornyet vridtraume af venstre knæ med efterfølgende aflåsningstilfælde. Han havde dog også tilfælde, der kunne ligne knæsvigt. MR-skanning viste læsion af mediale menisk, degeneration af laterale menisk, følger efter rekonstruktion af ACL samt lettere artroseforandringer i knæet.

Speciallæge har ved speciallægeerklæring af 13. februar 2001 vurderet, at der hos A intet sikkert psykisk abnormt var bortset et tidligere misbrug af hash.

Af journalnotater fra Sygehus for den 23. oktober 2001 fremgår blandt andet følgende:

"Objektivt

Der synes at være en meniskpil, som generer pt. ganske betydeligt, men også synes jeg både forreste og bageste instabilitet har også nogen rotationssmerter. Pt. har som anført et langt forløb, og jeg vil bede fysioterapeuterne her i huset være med til at vurdere pt. egentlige problem, inden jeg vil gå ind og diskutere et evt. behandlingsforløb."

Den 21. marts 2003 blev A indlagt på Sygehus med henblik på planlagt artroskopi og mikrofaktuering. Af journalnotatet herfor fremgår det under aktuelle, at han ingen smerter har i knæet ved daglige gøremål og angiveligt kan løbe 10 kilometer samt hoppe på benet, men at han ikke kan dyrke sport, da knæet så kommer ud i positioner, hvor han får smertelige jag på indersiden af knæleddet.

Der blev den 22. juni 2005 på ny foretaget MR-skanning af A's venstre knæ. Af undersøgelsesresultatet fremgår blandt andet følgende:

"Viser de kollaterale ligamenter normale. Der er følger efter ACL-rekonstruktion, der giver en del artefakter, men senen er intakt. PCL vinkler ca. 90 grader, men er intakt."

Der blev den 5. august 2005 af A'S, venstre knæ taget stående røntgenbilleder, der viste en anelse afsmalning idet mediale ledkammer. Der blev desuden taget belastningsbilleder, hvor der konstateredes en relativ tydelig forreste løshed, hvorimod der ikke var nogen bagerste løshed sammenlignet med det højre knæ.

A blev den 29. august 2005 undersøgt af på Privathospital, hvor det blev konkluderet, at der var korsbåndsinstabilitet med overvejende bageste moment samt smerter grundet slidgigtforandringer. Det blev foreslået, at man prøvede, om A'S symptomer bedredes med en 4 punkts PCL donjoy, og hvis det var tilfældet, at han enten beholdt denne, eller fik rekonstrueret PCL (bagerste korsbånd).

Den 10. oktober 2005 blev A undersøgt på Sygehus af overlæge for en sekundær opinion forinden planlagt operation i venstre knæ. Af journalnotaterne fremgår blandt andet følgende:

"OBJEKTIVT

Egentlig pæne konturer. Let hævelse og forandringer medialt mest forenelig med følger efter operation. Der er ømhed medialt og let krepitation, men ingen egentlig skurren. Faktisk fri bevægelse uden overstrækning. Der er ingen medial eller lateral løshed. Ingen udadrotationsløshed.

Ved 25 grader er der dog en tydelig bagudglidning med element af udadrotation. Ved 70 grader er der en moderat forreste skuffeløshed, men ingen bagudglidning.

Røntgenoptagelse viser følger efter forreste korsbåndskonstruktion med en meget positivplaceret tibiakanal og en lidt stejlt placeret femurkanal. Begge med anlagt metal interferensskruer.

Udmålt på KT-1000 er der en øget AP løshed ved 25 grader på 4 mm. På 70 grader ved 1 mm. Dertil skal bemærkes at han også har en forreste skuffeløshed og Lachman løshed på højre side.

Det er min vurdering, at pt. har et intakt men for posterior placeret forreste korsbånd, hvilket afstedkommer skuffeløshed i 70 grader. Derudover har han en partiel bageste korsbåndsskade formentlig med hovedlokalisering sv.t. det posteromedial bundle med deraf følgende løshed i let bøjet knæ.

Jeg vil derfor foreslå en 2-stadie operation, hvor man primært går ind og vurderer knæet, fjerner interferensskrue og optransplanterer med knogle sv.t. borekanalerne. Herefter sekundært revisions forreste korsbåndskonstruktion samt rekonstruktion af det bageste korsbånd.

Jeg vil umiddelbart ikke tilbyde yderligere bruskbehandling på nuværende tidspunkt. Vil tilstræbe at pt. får stabilt knæ, før jeg overhovedet overvejer

fornyset bruskkirurgisk behandling.”

A

blev den 13. oktober 2005 opereret.

Ved en skopi på Sygehus den 14. februar 2006 blev der fundet intakt men slap PCL (bagerste korsbånd). Der blev derfor foretaget både ACL og PCL rekonstruktion. Ifølge journalnotater fra Sygehus for den 16. juni 2006 var uændret generet af sit knæ, og det fremgår, at det flydte hele hans tilværelse. Han følte stadig, at skinnebenet skred bagud, og at havde murrende smerter.

Af journalnotater fra Sygehus for den 6. oktober 2006 fremgår blandt andet følgende:

”Stadig problemer med venstre knæ. Har været hos , som har forklaret ham, at han ikke kan få lavet en brustransplantation med mindre han har et stabilt knæ. Har været hos , som anbefaler ham revisionskorsbåndsrekonstruktion bageste korsbånd. Er generet af diffuse smerter og uro i benet, kan også føle at knæet svigter, men det er sjældent. Føler dog at knæet er tydelig løst, og han kan selv ved aktivering af quadriceps få skinnebenet til at skride frem og tilbage, og han har fornemmelse af at korsbåndene er væk, resorberede, da det er allografter.

OBJEKTIVT

er knæet som tidligere, pæne konturer, fri bevægelse, tydelig AP-løshed ved 70 grader, som ophæves på 20 grader. Der er mindre bagudglidning med ophævet step-off, men også let forreste løshed men med fast endepunkt i begge retninger.

Udmålt på

KT-1000

Finder jeg en AP-forskel på 5 mm med plateau-knæ.

Der er ingen rotationsløshed.

RU viser, såvidt jeg kan vurdere, velbeliggende borekanaler, spec. i tibia sv.t. PCL og ACL i femur kunne man godt få indtryk af at ACL står lidt stejlt, men alt i alt pænt beliggende.”

Overlæge har i en redegørelse af 7. september 2006 til Patientforsikringen anført blandt andet følgende:

”Undertegnede har gennemlæst de tilsendte sagsdokumenter fra Patientforsikringen samt gennemset almindelige røntgenoptagelser og MR-skanningsbilleder optaget på Sygehus i 2005.

...

Punkt 1)

Der burde efter min mening have været foretaget en rekonstruktion af

forreste korsbånd i 1997 for at stabilisere knæleddet før man foretog bruskoperation.

Punkt 2)

Undertegnede finder, at bruskskaden i størrelse, omfang og hos pågældende unge patient falder inden for indikationsrammerne for brusktransplantation med ACI-teknik. ACI-operationen skulle efter min mening være foregået efter stabiliseringsoperationen.

Punkt 3)

Brusktransplantationen med ACI-teknik blev udført efter bedste specialiststandard. ACI-teknikken har været kendt i 15 år på international basis, men er fortsat en kontroversiel og eksperimentel behandling af bruskskader. Operationen blev dog udført på det center i Danmark som dengang og fortsat har den største ekspertise med teknikken.

...

Punkt 5)

Korsbåndsoperationen marts 1998 blev ikke udført efter bedste specialiststandard. Det største problem er, at tibiaborekanalen ligger næsten 1 cm for lagt posteriort, det medfører, at transplantatet kommer til at stå stejlt og knæleddet vil være både skuffeløst og løst efter operationen. Det tekniske udstyr til placering af tibiakanalen har ikke ændret sig væsentlig siden 1998 i forhold til det udstyr man bruger i dag. Femurkanalen er placeret lidt for stejlt, men med den teknik som blev brugt i 1998 var det ikke muligt at placere femurkanalen på anden vis.

Teknikken har ændret sig i de seneste par år, således at femurkanalen i dag kan placeres anderledes.

Punkt 6)

Under hele forløbet har der været meget uenighed om patienten har haft en skade på bageste korsbånd.

Efter grundig gennemlæsning og efter gennemsyn af røntgenbilleder er min konklusion, at patienten ikke har haft en skade på bageste korsbånd.

På intet røntgenbillede er tibia gledet abnormt bagud i forhold til femur, på ingen af MR-skanningsbillederne kan man påvise skader på bageste korsbånd. Ved en enkelt undersøgelse udført på Sygehus er der påvist en bageste skuffeløshed på 1 mm, hvilket ikke kan forklares ved en skade på bageste korsbånd. Jeg tror heller ikke på den teori, at en del af bageste korsbånd har været beskadiget. En beskadigelse af det posteromediale del af bageste korsbånd bør medføre både en røntgenologisk og en klinisk påviselig skuffeløshed også ved 70 graders fleksion."

Ved undersøgelse på Privathospital den 12. september 2006
konstaterede let bagudglidning af
venstre knæ med 7-8 mm sammenlignet med det højre ben og klart ligament

stop anteriort og posteriort. Det blev foreslået at forsøge om en aircast PCL skinne påvirkede knæfunktionen positivt.

A har i en klage af 7. marts 2007 til Patientskadeankenævnet nøje redegjort for forløbet og beskrevet de undersøgelser, der er foretaget af lægerne.

Speciallæge i psykiatri, P har i en speciallægeerklæring af 19. juni 2007 stillet diagnosen F 22.9 Paranoid psykose for A. Af speciallægeerklæringen fremgår blandt andet følgende:

"Vurdering:

32-årig mand uden uddannelse som reelt ikke har haft kontakt til det danske arbejdsmarked i mere end 10 år. Klienten har levet af passiv ydelse og har modtaget kontanthjælp. Klienten opfatter sig selv som syg. Han mener sig fejlopereret og har ganske konkrete og har muligvis bizarre symptomer knyttet til begge knæled. Klienten tolker på sensitiv og paranoid vis alle sine problemer ud fra denne problematik, og der foregår derfor en paranoid bearbejdning, der formodentlig tidvis er psykotisk. Dette har en betydelig indvirkning på klientens funktionsniveau."

Patientskadeankenævnets speciallægekonsulent, overlæge A'S har den 4. december 2007 vurderet, at grundlidelse er svært knætraume med læsion af begge korsbånd, bruskskade samt meniskskade og har konkluderet, at der ikke er faktuelle fejl af betydning for sagsbehandlingen, at han er enig i anerkendelse, at der ikke er mermén men en forlænget behandling, og at han mener, man skal holde sig meget tæt til speciallægeerklæringen fra

Speciallæge i psykiatri, B har i en erklæring af 28. april 2008 konkluderet, at der ikke er grundlag for at vurdere A som psykotisk end sige med persekutorisk symptomer. Af erklæringen fremgår blandt andet følgende:

"Som sagt har jeg selv talt med ham efterhånden 5 gange og han er meget vedholdende i sit ønske om at få gjort sine knæ bedre, hvilket jo også har medvirket til, at han blev opereret disse 16 gange. Problemet er jo, at der ikke har været nogen bedring i hans symptomer, og at han er blevet fejlbehandlet og derfor klager over denne fejlbehandling. Hans optagethed af problematikken har selvfølgelig efterhånden taget et alt for dominerende omfang og kunne, hvis det fortsætter længere, invalidere resten af hans tilværelse, men han er slet der på nuværende tidspunkt. Han har på intet tidspunkt haft paranoide symptomer, det være sig vrangforestillinger eller hallucinationer. Hans måde at tale, tænke og forsøge at løse problemer på, er ej heller uden for det normale. Han har unægtelig været meget stædig og udholdende, hvilket formentlig er noget karakterologisk, som bl.a. nok også medførte at han var så optaget og dygtig til idræt."

Overlæge, dr. med. **U** har den 15. maj 2009 bekræftet, at han ved artroskopi af **A's** venstre knæ den 24. januar 1997 fandt udbredt meniskskader og bruskskader samt en bagerste korsbåndsskade, og at det planlagdes på et tidspunkt at rekonstruere bagerste korsbånd, hvis det ellers gik. Det er endvidere bekræftet, at der i januar 1997 blev konstateret en bagerste korsbåndslæsion i venstre knæ, dels af **A** og dels af

Sagen har været forelagt for Retslægerådet, der i en erklæring af 6. oktober 2010 har udtalt blandt andet følgende:

"Spørgsmål 1:

*Er der sammenhæng mellem **A's** knæskade i 1996 – og den senere påviste bagerste korsbåndsskade, som **A** blev opereret for i 2006?*

Om muligt bedes graden af sandsynlighed for en årsagssammenhæng angivet, herunder om en årsagssammenhæng er mulig, sandsynlig, eller overvejende sandsynlig.

Retslægerådet finder det særdeles usikkert, om der er direkte sammenhæng mellem forvridningstraume mod venstre knæled i 1996 og den cirka ti år senere påviste bagre korsbåndsskade. Det drejer sig om et meget alvorligt forvridningstraume med delvis beskadigelse af venstre knæleds forreste korsbånd, beskadigelse af popliteussenen, betydelig beskadigelse af begge menisker og betydelig beskadigelse af brusken på begge lårbensknoer.

Derimod var der ikke sikre indikationer på beskadigelse af bagre korsbånd.

Forløbet herefter har trods intensiv behandling og gentagne operative indgreb vedvarende været kompliceret af instabilitet og smerter fra knæet efterhånden med udvikling af slidgigt i indvendige ledkammer og på grund af talrige større eller mindre forvridningstilfælde af knæet formentligt overbelastning og gentagne smålæsioner i bagre korsbånd medførende tiltagende dårlig funktion af dette.

Retslægerådet anser det derfor for muligt, at der er en indirekte sammenhæng imellem forvridningstraumet i 1996 og den cirka ti år senere påviste bagre korsbåndslæsion.

...

Spørgsmål 3:

*Blev undersøgelser og diagnosticeringer af **A's** bagerste korsbånd i behandlingsforløbet fra 1996 og frem til 2006 udført lægeligt optimalt.*

Spørgsmål 4:

Blev undersøgelser og diagnosticeringer af *A's* : bagerste korsbånd i behandlingsforløbet fra 1996 og frem til 2006 udført i henhold til almindelig lægefaglige anerkendt retningslinjer?

Ad spørgsmål 3 og 4:

Det er Retslægerådets vurdering, at undersøgelser og diagnosticeringer af sagsøgers eventuelle bagre korsbåndslæsion i ti-års forløbet er udført i henhold til alment lægefagligt anerkendte retningslinjer af velestimerede specialister på området.

Spørgsmål 5:

Har en eventuel overset skade på bagerste korsbånd medført anden skade på *A's* : knæ, herunder skade på menisken?

Besvarelsen bedes begrundet og graden af sandsynlighed bedes angivet.

Retslægerådet finder ikke, at der har været tale om en overset skade på bagre korsbånd.

Spørgsmål 6:

a. Er der lægelige holdepunkter for at *A* : led af en psykisk lidelse forud for behandlingsforløbet som startede i 1996. Her henvises især men ikke udelukkende til sagens bilag 9 smat 31-36.

b. Finder Retslægerådet at *A* : i dag har en psykisk lidelse eller en psykisk diagnose. I givet fald hvilken. Her henvises især, men ikke udelukkende til sagens bilag 9 samt 31-36.

6 a:

Der er ikke holdepunkter for, at sagsøger opfyldte diagnostisk kriterier for nogen psykisk lidelse før påbegyndelse af behandlingsforløb i 1996. Han er beskrevet som personlighedsmæssigt præget af at være rigid.

6 b:

I de fremsendte akter er det beskrevet, at sagsøger mentalt har været påvirket af det langvarige sygdomsforløb, således at han blandt andet vedholdende har givet udtryk for at føle sig fejlbehandlet. Det har været overvejet, om hans opfattelse til tider har haft en sindssygelig karakter, men dette er ikke dokumenteret sikkert. Sagsøger modtager psykiatrisk behandling, og det er under dette forløb vurderet, at hans personlighedsmæssige egenart i betydelig grad har påvirket hans opfattelse af behandlingsforløbet.

Retslægerådet finder det fortsat ikke dokumenteret, at sagsøger opfylder diagnostiske kriterier for nogen specifik psykisk lidelse.

...

Spørgsmål 9:

Anses det for at være lægeligt optimalt eller i overensstemmelse med almindelig anerkendte retningslinjer, at der blev udført ACI-behandlinger i knæ i 1997?

A's

Ved benægtende svar bedes nærmere begrundelse angivet.

Det er Retslægerådets vurdering, at de fleste specialister på området først ville udføre brusktransplantation til knæleddet, efter at der var gjort mest muligt for at stabilisere dette led, hvilket ikke var tilfældet ved brusktransplantationsoperationen i august 1997. Det er den generelle mening, at et stabilt knæ øger chancen for et godt resultat efter en brusktransplantation.

Spørgsmål 10:

Anses det for at være lægeligt optimalt eller i overensstemmelse med almindelig anerkendte retningslinjer, at der blev udført ACI-behandlinger i knæ i 2003?

A's

Ved benægtende svar bedes nærmere begrundelse angivet.

Forud for brusktransplantationen i 2003 viste klinisk undersøgelse lettere instabilitet i venstre knæled, mens artroskopi viste, at rekonstruktion af det forreste korsbånd holdt, og at det bagerste korsbånd var intakt. På denne baggrund kunne man vurdere, at den konstaterede lettere løshed formentlig skyldtes den manglende stabiliserende effekt af indvendige menisk (som var fjernet) og især den mangelfulde muskelfunktion omkring venstre knæled og dermed konkludere, at knæstabiliteten ikke kunne bedres yderligere før en ny brusktransplantation.

Spørgsmål 11:

Hvis behandlinger er foregået forkert eller i forkert rækkefølge, bedes Retslægerådet uddybe om dette har forringet mulighederne for efterfølgende behandling og helbredelse.

Besvarelsen bedes begrundet og graden af sandsynlighed bedes angivet.

Det er Retslægerådets vurdering, at der ikke er foretaget nogen forkert behandling, men at chancerne for et godt resultat ved den første brusktransplantationsoperation i 1997 ville have været forbedret, hvis der forinden var blevet foretaget stabiliserende operation på forreste korsbånd.

Retslægerådet finder det imidlertid tvivlsomt, om en sådan ændring i behandlingsforløbet havde ført til et andet slutresultat på baggrund af læsionerne opstået ved det alvorlige forvridningstraume i oktober 1996,

læsioner, som trods optimal behandling medfører alvorlige, varige gener hos op til 50%”

Forklaringer

A har forklaret, at han er blevet opereret 14 gange i det venstre knæ. De 7 af operationerne har været omfattende. I perioden fra 1996 – 2005 har han ikke været udsat for yderligere større traumer, som har kunnet påføre skader på knæene. Det er hans opfattelse, at den skade, i 1996 konstaterede på bagerste korsbånd, er den samme som den, i 2005 konstaterede i 2005. Fra 1996 til 2005 blev der ikke foretaget røntgenundersøgelser af knæet i bøjet tilstand, og røntgenundersøgelserne har været foretaget stående. vist et røntgenbillede, hvor man kunne se, at borekanalen sad tørket. Første gang popliteussenen blev rekonstrueret var i 2010. I 2010 fik han på én gang foretaget en operation af forreste og bagerste korsbånd samt af popliteussenen. Det var , der foretog den operation. Han har fået at vide, at manglende popliteussene har en negativ indvirkning på korsbåndsrekonstruktioner. havde ikke alt materiale til sin rådighed, idet der manglede journalmateriale fra Sygehus for perioden 1996 – 1997. Dette konstaterede han ved gennemgang af bilagslisten. Da han kontaktede Patientforsikringen herom, fik han at vide, at det var godt nok. Han har ikke indtryk af, at Patientforsikringen indhentede det supplerende materiale. Han husker tydeligt, at journalen fra Sygehus kun gik til 1994 ifølge den oversigt over dokumenter, havde fået til sendt. Den person, han talte med hos Patientforsikringen gav udtryk for, at havde nok materiale. Da han påklagede sagen til Patientskadeankenævnet, udarbejdede han en beskrivelse af hændelsesforløbet. Dengang han kom til skade med det højre knæ, var han i gang med en uddannelse som teknisk tegner. Endvidere havde han diverse småjobs, og der var planer om, at han skulle til Marseilles for at skate. Han har lige fået sin hf-eksamen. Det har taget ham 6 år. I den periode, han har været syg, er han ikke blevet tilbudt arbejde. Før han kom til skade, var han blevet tilbudt en læreplads som elektriker. Da et kunstigt knæ har en begrænset levetid, skal han holde ud så lang tid som muligt, og håbet er, at han kan vente til, han bliver 50 år med at få kunstige knæ. Psykiaterens konklusion kan få alvorlige konsekvenser for ham. Det lange forløb har i høj grad påvirket ham, og han har været nedtrykt i lang tid. Hans muligheder for at få en uddannelse og et arbejde er i høj grad påvirket af de psykiske belastninger, forløbet har haft for ham. Han havde diskussion med M om, hvorvidt der var noget galt med det bagerste korsbånd. Hun sagde, at der ikke var noget galt med det bagerste korsbånd.

U har forklaret, at det ofte er beskrivelsen af tilskadekomsten, der kan give mistanke om skade på bagerste korsbånd. Desuden kan man konstatere det ved at skubbe underbenet bagud, hvorved man kan se, om knæet er løst og giver efter. Løsheden kan ikke fremprovokeres, hvis

patienten er anspændt. Hvis man ikke kan få løsheden frem, betyder det ikke, at der ikke er noget galt med det bagerste korsbånd. Der kan løst bagerste korsbånd konstateres ved, at der tages røntgenbilleder af patienten liggende med bøjede knæ. I forskningsprojekter bruges metoden med at foretage røntgenundersøgelse af patienten, der ligger. Man kan med måleudstyr måle løsheden. A havde skade på andre dele, hvorfor det er en anden problematik. Når patienten ligger ned med bøjet knæ, vil det glide bagud, hvis det bagerste korsbånd er beskadiget. Hvis der er skade på det forreste korsbånd, kan der opstå tvivl om, om der er skade på det bagerste korsbånd. Han så A på Sygehus i 1996. Som han husker det, var problemet, at A havde fået en alvorlig knæskade, og der havde været et kæmpe vrid på knæet. Der var skade på menisk, brusk og ledbånd. På grund af den udbredte skade i knæet var det nødvendigt at begynde med meniskerne og brusken. Det bagerste korsbånd var slappere, end det burde være. Han er specialist i idrætsskader og i knæskader. Ved undersøgelse af knæet sammenlignes med det andet knæ, hvis det ikke fejler noget. Er det andet knæ også løst, kan man foretage en røntgenundersøgelse, hvor man kan sammenligne knoglernes placering. Han foretog artroskopi af A's venstre knæ. Det bagerste korsbånd var ikke revet over, men det var for slapt. Det indebærer et større slid og et løsere knæ. Det er normalt at afvente, inden der gøres noget for at behandle løsheden. Den gang var det at kunne gro brusk helt ny viden, og det var kun på Z Sygehus, man gjorde det. På Z Sygehus kunne de imidlertid ikke lave ledbåndene og korsbåndene. Det var man specialister i på G Sygehus. I dag ved man, at man får et dårligt resultat at forsøge at rekonstruere brusken, hvis knæet ikke er stabilt. Om det slappe bagerste korsbånd, han konstaterede i 1996, er det samme som det, A konstaterede i 2006, er vanskeligt at sige, men det fremgår af den almindelige lægefaglige litteratur, at et løst korsbånd ikke bliver mere stramt igen. At det bagerste korsbånd er slapt, medfører ikke skade på menisken. Den skade, A pådrog sig, var så alvorlig, at det uanset hvad ville give problemer, og det kan ikke siges, om det ville være blevet værre eller bedre, hvis man havde lavet det fra begyndelsen. Hvis alt var forløbet så godt, som det kunne, ville A's knæ have været så godt som muligt efter et par år. Da han foretog artroskopian i januar 1997, konstaterede han, at noget af det forreste korsbånd var revet over og vokset fast på det bagerste korsbånd, hvilket ville give en smule stabilitet i knæet, hvilket det er bedre, end når det ikke sker. Det har ikke nogen praktisk betydning om det bagerste korsbånd er revet over eller løst. Popliteussene kan ikke beskadiges, uden at det bagerste korsbånd er blevet strakt for langt. Det er videnskabeligt dokumenteret. Når man er inde i knæet og har fat i korsbåndet, kan man ikke tage fejl. Foretager man en røntgenundersøgelse, hvor knæet presses bagud, kan man ikke se skaden på det bagerste korsbånd, hvis patienten spænder op. Løsheden i det bagerste korsbånd skulle ikke nødvendigvis opereres. Man venter altid og ser, hvordan det går. Man vil afvente og se, om det bliver værre. Det er let at se, om det bagerste korsbånd er beskadiget, hvis man

ved, hvordan man skal gøre. Det er noget, han har publiceret en artikel om, og han har stor erfaring i at konstatere, om der er sket skade på det bagerste korsbånd. Han har senest undersøgt ^A for ca. 1 år siden. Det var efter, han havde udfærdiget erklæringen af 15. maj 2009, og det var i forbindelse med, at ^A overvejede en operation med henblik på stabilisering af knæet. Han har løbende tilset ^A

. Da der var andre, der behandlede knæet, blandede han sig ikke i behandlingen af det bagerste korsbånd. Man er tilbageholdende med at operere det bagerste korsbånd. I 1997 var ^A bagerste korsbånd kun lidt løst, hvorfor det ikke skulle have været opereret før ACI-rekonstruktionen.

^{A's} har forklaret, at han og ^A assisteret af ^A i 2010 har opereret ^A. Han havde med ^{A's} accept holdt et indlæg på et jubilæums symposium i ^A om, hvordan det kan gå en knæskadet patient i systemet. Han har aldrig oplevet et så kompliceret forløb som det, ^A har haft. Det var på denne baggrund, at de besluttede at tilbyde ^A endnu en operation i 2010. Det var en operation, hvor der blev foretaget en ny rekonstruktion af forreste og bagerste korsbånd samt af popliteussenen. Popliteussenen er med til at stabilisere en rotation af knæet, og den var ikke tidligere blevet opereret hos ^A. Det er umuligt at sige noget om, hvorvidt skaden på popliteussenen er oprindelig. Han har læst sig til, at der i 1996 var en skade på popliteussenen, men det fremgik ikke, hvilket omfang den havde. Det, han konstaterede, var, at den nok var overstrakt. Knæet bærer præg af de tidligere alvorlige skader og operationer. Brusken på indersiden er i dårlig kvalitet og kan sammenlignes med slidgigt. Der er ad 2 omgange lavet brusktransplantation, og der opnås ikke helt normal brusk herved. Selv i dag er teknikken ikke sådan, at man kan få helt normal brusk. ^{A's} knæ har degenerative forandringer, og det kan man ikke lave brusktransplantation på. Slidgigten er resultatet af skaderne. I heldigste fald kan ^A håbe på, at der er bremset en udvikling, da knæet efter den sidste operation er blevet lidt mere stabilt. En knæprotese har været på tale. Hvis man ikke opererer på al ustabilitet på en gang, bliver knæet løst igen. Opererer man kun på en del, bliver det løst igen. Derfor er der forud for operationen i 2010 foretaget gentagne undersøgelser for at påvise anden løshed i knæet. Det er nok fordi, de har lavet opstramning af forreste og bagerste korsbånd samt popliteussenen, at resultatet nu er blevet bedre. Han har kunnet læse, at der har været knæsvigt, men det behøver ikke at give en skade. Efter den først operation af det forreste korsbånd er ^A knæ blevet ustabil igen. Han har ikke på noget tidspunkt set ^{A's} knæ stabilt. Et optimalt forløb ville have været, at man på et tidligt tidspunkt havde konstateret en skade på popliteussenen, men han ved ikke, hvordan man skulle have erkendt det. Så ville behandlingsforløbet optimalt nok have indebåret flere operationer, og det kunne måske have strakt sig over 2 år. Han har

spekuleret over, hvad der kunne have været gjort anderledes. Der har været mange meget kompetente folk inde over, og det har været svært at teste sig frem til den ustabilitet, der har været på popliteussenen, og det har ligeledes været svært at konstatere skaden på det bagerste korsbånd. Fra MR-skanningerne har man ikke kunnet se skaden på det bagerste korsbånd. Det har været en klinisk test, der for nogle har ført til en fornemmelse af løshed, men den har ikke kunnet konstateret ved billedokumentationen. Det bagerste korsbånd kan se fuldstændig normalt ud på MR-skanning og ved artroskopering, når det har været delvist læderet og er helet, og han har ikke konstateret skaderne ved undersøgelsen den 5. oktober 2010. Det var et ret voldsomt knætraume, ^A havde været udsat for. Det ville have medført mén selv med en optimal behandling. Han har set en filoptagelse af ^{A's} tilskadekomst. Et korsbånd, der en gang har været slapt, er altid slapt. I forhold til traumet er der stor risiko for varige mén, der kan ende med en tidligere knæprotese. Det er ikke muligt at sige, om forløbet har medført et mer mén.

^A har forklaret, at han har haft ^A som klient. En anden psykiater havde diagnosticeret ^A til paranoid psykotisk. Den diagnose har han ikke fundet belæg for. Sidste gang, han så ^A var 5. maj 2010. Han set ^A i alt ca. 10 gange fordelt over 2 perioder. I det første forløb, der var i 2008, var ^A i i perioder deprimeret. Da han så ^A i maj 2010, så han tegn på langvarig belastningsreaktion med kognitive forstyrrelser, hukommelsesbesvær ved korttidshukommelsen og indlæringsbesvær. Det har været noget af en Odysse, ^A har været igennem i form af en lang række belastninger, traumer. Der er måske en personligheds diagnose, idet ^A er stædig og vedholdende. Udtrykket rigid dækker ikke, men er ^A er stædig, vedholdende og udholdende, hvilket kunne medføre, at ^A kunne blive psykisk syg, men det er han ikke blevet. Belastningsreaktionen er afstedkommet af forløbet. ^A magter næppe en uddannelse og et job som molekylær biolog, men han kunne nok blive teknisk tegner. Det kræver en længere række gentagne belastninger og skuffelser, for at der opstår en belastningsreaktion. Det er operationer, der ikke er lykkedes, aflysninger af operationer og afvisninger, der har ført til belastningsreaktionen. Det er hele forløbet fra skaden i højre knæ i 1994 til i dag, der har ført til belastningsreaktionen. Det afhænger af situationen før belastningerne, og det varierer, hvor mange belastninger skal til.

Parternes synspunkter

^A har anført, at Patientskadeankenævnets afgørelse af 26. februar 2008 skal omgøres, idet man i behandlingsforløbet overså defekt af det bagerste korsbånd og popliteussenen, der som følge af overstrækning skulle have været opereret kort efter ulykken i 1996. Desuden må det efter

forklaringen lægges til grund, at ikke samtlige relevante journaler har indgået i sagens behandling ved Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet. Det fremgår af journalmaterialet, at man på hospital fandt indikation på operation af bagerste korsbånd i 2005, og at man ved operationen i 2006 fandt skader. Det er ved Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1 bekræftet, at der er fundet en læsion af bagerste korsbånd og af popliteussenen. Da Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet anfører, at der ikke var skade på bagerste korsbånd, er det således faktisk forkert, hvorfor Patientskadeankenævnets afgørelse allerede på denne baggrund skal tilsidesættes. Der er i perioden 1996 til 2006 ikke indtrådt nogen ændring i tilstanden med hensyn til løshed, ligesom der ikke er gjort andre kliniske eller radiologiske fund. Indikationen for at operere bagerste korsbånd som sket ved hospital baserer sig således ikke på nye oplysninger eller nye fund. Det må derfor lægges til grund, at skaden på bagerste korsbånd og popliteussenen ikke var en ny skade opstået umiddelbart før 2006, ligesom det må lægges til grund, at indikationen på skaden og dermed behandlingen også har været til stede i perioden 1996/1997 og frem til operationen fandt sted i 2006. Dette underbygges af, at overlæge U i 1997 klinisk konstaterede en skade på bagerste korsbånd og popliteussenen, hvilket kort tid efter blev bekræftet af overlæge H. Imidlertid blev det valgt at afvente udbedring af brusk-læsionen, hvorved skaden på bagerste korsbånd og popliteussenen blev glemt. Der er i behandlingsforløbet konstateret 16 kliniske og radiologiske fund. Det må lægges til grund, at skaden var oprindelig, da generne har været uændrede, og de kliniske og radiologiske fund har været uændrede, sammenholdt med at to overlæger faktisk diagnosticerede skade på bagerste korsbånd og popliteussenen i 1997. Dertil kommer, at forvridningstraumet var alvorligt med relevant skadepotentiale, og der er ikke siden indtrådt et andet lignende alvorligt traume. Det er derfor en lægelig fejl og i strid med bedste specialiststandard, at der ikke tidligere end 2006 skete behandling af skaden. Bedste specialiststandard tilsagde liggende røntgenundersøgelse, hvilket ikke skete før i 2005. Da Retslægerådets besvarelse ikke anvender overvejende sandsynlighed – altså svarende til 50,1 % – men ”sikre indikationer” som beviskrav, hvorfor besvarelsen ikke bevismæssigt kan anvendes. Det må anses for overvejende sandsynligt, at der forelå skader på bagerste korsbånd og popliteussenen allerede i 1996. Skaderne blev faktisk konstateret med indikation for operation, men der blev som følge af brist i kommunikationen på hospitalet ikke fulgt ordentligt op herpå. Dette strider mod bedste specialiststandard. Der skal derfor ydes erstatning for alle kausale og adækvate følger. Det må lægges til grund, at der har været tale om et for ham meget traumatisk forløb af fejlslagne behandlinger, der som følge af fejl har stået på uafbrudt igennem 10 år, og at han er blevet psykisk voldsomt påvirket af sagens forløb. Det er ved Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 6 b bekræftet, at forløbet har medført en væsentlig indvirkning på hans psyke. Det er ved speciallæge i A forklaring godtgjort, at ved forløbet er påført en langvarig belastningsreaktion, hvilken

diagnose blev stillet i 2010. Forud for 1996 var han helt rask, og hans stædighed og vedholdenhed lå inden for normal området. De psykiske forhold skal derfor indgå i erstatningsudmålingen. Det forhold, at han muligt har været psykisk modtagelig og særlig labil over for at blive påvirket af et sygdomsforløb som det faktiske over 10 år med gentagne fejlslagne operationer og behandlinger, divergerende lægelig opfattelse og som hos ham har afledt dyb mistro, er erstatningsretligt irrelevant.

Patientskadeankenævnet skal derfor svare fuld erstatning for alle følger, også selv om disse må anses for påvirket af forudbestående komponenter hos ham, medmindre Patientskadeankenævnet beviser, at tilstanden ville være opstået selv ved et optimalt sygeforløb. Skadevolderen må tage skadelidte, således som skadelidte er. Selvom den psykiske tilstand hos A, uanset forløbet også for sjæleligt fuldt sunde personer er egnet til at være psykisk traumatiserende, kun kan opstå på grund af, at han har haft en forudgående psykisk svaghed/labilitet, så kan det ikke lægges til grund, at følgerne af psykisk karakter ville være opstået under et optimalt syge- og behandlingsforløb. Der skal derfor udmåles fuld erstatning for også psykiske forhold. Med et optimalt undersøgelses- og behandlingsforløb af det bagerste korsbånd og popliteussenen samt kort tid herefter en ACI rekonstruktion af brusken, ville omfattende midlertidige og varige fysiske såvel som psykiske gener med overvejende sandsynlighed kunne have været undgået. Bevisbyrdekravet må lempes i nærværende sag, da der i hvert fald i 2 tilfælde er begået fejl eller forsømmelse.

Patientskadeankenævnet har anført, at der ikke foreligger et sikkert grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets afgørelse af 26. februar 2008, hvorved det anerkendtes, at A var blevet udsat for en patientskade som følge af behandlingen på B sygehus og at han var blevet udsat for en patientskade som følge af operationen på C Hospital i marts 1998, da korsbåndstransplantatet ikke blev placeret optimalt, jf. den dagældende patientforsikringslovs § 2, stk. 1, nr. 1. Den allerede ubetalte godtgørelse for varigt mén på 10 % dækker hele patientskaden. A har ikke løftet bevisbyrden for, at han pådrog sig erstatningsberettigende fysisk skade på bagerste korsbånd og popliteussenen, samt at psykiske følger også har betydning for erstatningen. Det er efter den dagældende patientforsikringslovs § 1, stk. 1, alene fysiske skader påført i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende foretaget på et offentligt sygehus, der kan være en erstatningsberettigende patientskade. Der kan alene ydes erstatning, hvis skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af de i § 2, stk. 1, nr. 1-4, nævnte måder. Erstatning forudsætter således, at det må antages, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes ved undersøgelse, behandling eller lignende, hvorved skaden ville være undgået. En skade som følge af, at der ikke blev stillet en rigtig diagnose af patientens sygdom erstattes efter den dagældende patientforsikringslovs § 3, stk. 1, kun i de i § 2, stk. 1, nr. 1 og 2, nævnte tilfælde. A beskadigede ved

forvridningstraumet i 1996 delvist venstre knæleds forreste korsbånd, popliteussenen, begge menisker og brusken på begge lårbensknoer, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1. Der er ikke i forbindelse med undersøgelser og behandlinger på [redacted] sygehus [redacted] eller på [redacted] Hospital i perioden 1996 – 2006 overset en skade på bagerste korsbånd. Der var ikke før 2006 sikre indikationer på beskadigelse af bagerste korsbånd, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1 og 5, ligesom det er særdeles usikkert, om der er direkte sammenhæng mellem forvridningstraumet mod venstre knæled i 1996 og den ca. 10 år påviste bagre korsbåndsskade. Skaden på [redacted] A'S bagerste korsbånd er derfor ikke en følge af undersøgelser og behandlinger i perioden 1996 – 2006, men en følge af forvridningstraumet i 1996. Der var ikke grundlag for at transplantere det bagerste korsbånd på et tidligere tidspunkt end i februar 2006. Der har således ikke i forløbet været sikre tegn på skade på bagerste korsbånd på røntgenbilleder eller MR-skanningerne. Heller ikke ved de løbende kliniske undersøgelser gennem årene er der beskrevet gener, der er typiske for skader på bagerste korsbånd. Måtte det antages, at [redacted] A'S

bagerste korsbåndsskade måtte anses for at være en direkte følge af knæskaden i 1996, kan det ikke antages, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes ved undersøgelse, behandling eller lignende, hvorefter hans beskadigelse af bagerste korsbånd ville være blevet diagnosticeret tidligere og hvorved skaden – i form af midlertidige og varige fysiske gener – ville være undgået. Undersøgelser og diagnosticeringer er udført i henhold til alment lægefagligt anerkendte retningslinjer af velestimerede specialister på området. Det er endvidere ikke sandsynliggjort, at en ændring i behandlingsforløbet havde medført, at skaden ville være undgået.

Retslægerådet har oplyst, at læsionerne efter traumet i 1996 trods optimal behandling medfører alvorlige, varige gener hos op til 50 %. Det bestrides som urigtigt og udokumenteret, at man undlod at behandle en konstateret beskadiget popliteussene. Selv i det tilfælde, at en konstateret beskadiget popliteussene ikke blev behandlet i tide, er det ikke overvejende sandsynligt, at en sådan ændring i behandlingsforløbet havde medført, at skaden ville have været undgået. Det er allerede anerkendt, og der er udbetalt erstatning for, at [redacted] A ikke fik sit knæ stabiliseret tidligere og senest inden, der blev foretaget bruskoperationer. [redacted] A'S 2. påstand er ikke egnet til at indgå i en domskonklusion, hvorfor den skal afvises. Da

[redacted] A ikke opfylder de diagnostiske kriterier for nogen specifik psykisk lidelse, har han ikke en psykisk lidelse, der kan anerkendes efter loven. Selvom retten måtte finde, at han har en psykisk lidelse, er den ikke forårsaget af forhold, der berettiger til anerkendelse efter loven, jf. lov nr. 430 fra 2003 § 3, stk. 1. Der foreligger ingen dokumentation for, at en eventuel psykisk lidelse kan anses for opstået som følge af undersøgelser og behandlinger på [redacted] sygehus i [redacted] eller/og [redacted] Hospital, der ligger efter den 1. januar 2004. Det bestrides, at ikke alt relevant journalmateriale er indgået i de administrative afgørelser.

Rettens begrundelse og afgørelse

Bagerste korsbånd og popliteussenen

Det er ubestridt, at brusktransplantation blev foretaget, før der var foretaget mest muligt for at stabilisere ^{A'S} knæ, og at det forreste korsbåndstransplantat i marts 1998 ikke blev placeret optimalt, hvilket udgør en patientskade, jf. den dagældende patientforsikringslovs § 2, stk. 1, nr. 1, hvorfor der er udbetalt godtgørelse svarende til et varigt mén på 10 % og den efter loven maksimale svie- og smertegodtgørelse.

Det lægges til grund, at det forvridningstraume ^{A'S} venstre knæ var udsat for i 1996 var af meget alvorlig karakter og ville medføre varige gener hos op til 50 % trods optimal behandling. Det lægges endvidere til grund, at han ved forvridningstraumet foruden en delvis beskadigelse af det forreste korsbånd blev påført beskadigelse af popliteussenen, betydelig skade af begge menisker og betydelig beskadigelse af brusken på begge lårbensknoer. Der har været divergerende opfattelser af, hvorvidt hans bagerste korsbånd var beskadiget.

Efter bevisførelsen må det antages, at overlæge ^U ved den kliniske undersøgelse den 22. november 1996 fandt tegn på bagerste korsbåndsruputur, og at det ved den efterfølgende artroskopi den 24. januar 1997 blev fundet, at det bagerste korsbånd var "en smule løst" med ca. 4-5 mm bagudglidning, samtidig med at det blev konstateret, at en del af det forreste korsbånd var vokset på det bagerste korsbånd.

Det må efter overlæge ^{U'S} forklaring antages, at det havde en stabiliserende effekt, at en del af det forreste korsbånd var vokset fast på det bagerste korsbånd, og at stillingtagen til en eventuel rekonstruktion af det bagerste korsbånd efter hans opfattelse skulle afvente en eventuel udvikling i knæets tilstand.

Ved overlæge ^{B'S} undersøgelse af ^A den 10. oktober 2005 blev der fundet en partiel det bagerste korsbåndsskade formentlig med hovedlokalisering svarende til det posteromedial bundle.

Efter overlæge ^{U'S} ; forklaring kan man vanskeligt sige, hvorvidt den løshed i bagerste korsbånd, han fandt i 1996, er identisk med den skade, overlæge ^B konstaterede den 10. oktober 2005.

Retslægerådet, der har haft samtlige journaloplysninger med videre til rådighed, har vurderet, at der ikke var sikre indikationer på beskadigelse af det bagerste korsbånd.

Sammenholdt med Retslægerådets besvarelse, hvorefter det er særdeles usikkert, om der er direkte sammenhæng mellem forvridningstraumet i 1996 og den ca. ti år senere påviste bagerste korsbåndsskade, men at det er muligt, at

der er en indirekte sammenhæng, samt at der ikke har været tale om en overset skade på bagre korsbånd, men at undersøgelser og diagnosticeringer af A's eventuelle bagre korsbåndslæsion i ti-års forløbet er udført i henhold til alment lægefagligt anerkendte retningslinjer af velestimerede specialister på området, findes det herefter ikke godtgjort, at A er påført erstatningsberettigende patientskade på bagreste korsbånd og popliteussenen.

A har først under hovedforhandlingen anført, at overlæge A, Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet ikke har haft alt relevant journalmateriale til rådighed. Således som sagen foreligger for retten, kan det imidlertid ikke antages, at der er begået fejl i sagsbehandlingen hos Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet, som kan medføre, at der er grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets afgørelse.

Som følge heraf tages Patientskadeankenævnets påstand om frifindelse til følge.

Psykisk skade

A's påstand må forstås som en påstand om, at Patientskadeankenævnet skal anerkende, at han ved patientskaden tillige er påført en psykisk skade.

A opfylder ifølge Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 6 b ikke diagnostiske kriterier for nogen specifik psykisk lidelse.

Efter speciallæge i psykiatri A forklaring, kunne han ikke stille en psykiatrisk diagnose for A i 2008, mens der i maj 2010 kunne konstateres en langvarig belastningsreaktion hos A.

Uanset at A har været mentalt påvirket af det lange undersøgelses- og behandlingsforløb, er det således ikke godtgjort, at han i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende foretaget på sygehus eller på vegne af dette eller af privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner her i landet efter 1. januar 2004 er påført en erstatningsberettigende psykisk skade, jf. patientforsikringslovens § 2, jf. § 1.

Patientskadeankenævnets påstand om frifindelse tages derfor til følge.

Sagsomkostninger

Statskassen skal betale sagsomkostninger til Patientskadeankenævnet med i alt 143.750 kr. Beløbet omfatter et passende beløb til dækning af udgifter til advokatbistand inklusive moms og materialesamling. Retten har lagt vægt på sagens udfald, omfang, karakter samt på, at sagen har været forelagt Retslægerådet.

Thi kendes for ret:

Sagsøgte, Patientskadeankenævnet, frifindes.

Statskassen skal inden 14 dage betale sagsomkostninger til sagsøgte, Patientskadeankenævnet, med 143.750 kr. inkl. moms.

Lisbeth Kjærgaard
Kst. dommer

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Retten i Lyngby, den 22. september 2011.


Christina Ritto Friis, Kontorfuldmægtig