



RETEN I AARHUS DOM

afsagt den 14. november 2022

Sag BS-46433/2020-ARH

A
(advokat Kirstine Margrethe Kryger Dyekjær)

mod

Ankenævnet for Patienterstatningen
(advokat Stine Pedersen)

Denne afgørelse er truffet af retsassessor Jimmy Bøgh Veitland.

Sagens baggrund og parternes påstande

Sagen, der er anlagt den 25. november 2020, drejer sig om prøvelse af sagsøgtes, Ankenævnet for Patienterstatningen, afgørelse af 2. juni 2020, hvorefter sagsøger, A, blev meddelt afslag på erstatning i forbindelse med en skade, opstået i forbindelse med operation på Behandlingssted 1 den 9. maj 2018.

A har nedlagt påstand om, at Ankenævnet for Patienterstatningen skal tilpligtes at anerkende, at A ved operationen den 9. maj 2018 på Behandlingssted 1 blev er påført en erstatningsberettiget patientskade, jf. § 19, stk. 1 og § 20, stk. 1, nr. 1-4 i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet og at sagen hjemvises til fornyet behandling.

A har nedlagt en subsidær påstand om, at sagen hjemvises til fornyet behandling ved Ankenævnet for Patienterstatningen.

Styrelsen for Patienterstatningen har nedlagt påstand om frifindelse, subsidiært hjemvisning af sagen.

Oplysningerne i sagen

Det fremgår af sagen, at A pådrog sig en skade i forbindelse med en operation i området omkring skjoldbruskkirtlen på, Behandlingssted 1, den 9. maj 2018.

Af lægejournalen fra A's læge fremgår, at hun i vinteren 2016/2017 var i undersøgelsesforløb for brystkræft og at hun midt på året 2017 klagede over hævelser i halsen. Det fremgår om de omhandlede sygdomsforløb blandt andet:

" ...

06-12-2016 Knude i mamma (K)

Beh.: --

Diagnoser:

X19 Knude i mamma (K)

Kontakt tekst:

knude i hø bryst
ca 2 uger side opdaget knude i hø mammae
Disp ingen til c. mammae
Tidl fibroadenom fjernet ved OP i 1998
HAR mirena spiral - næsten ingen blødning
Ikke vanligt brystspændinger ved menses

Obj

Hø mammae

Tydelig knude laterale nedre kvadrant ca 2x2 cm
let forskydelig - ligger i dybden
Ikke hud reaktion eller indtrækning
uøm
Iøvrigt krydret mammae centrale og mere cranielt .
Føler ikke tikknytning til palpknude
Axil uden palp glandler
Ve mammae
knudret central uden isolerede tumores

Obs c mammae

Info om dette - informeres om kræftpakke

Er sygeplejeske i almen praksis - kender til dette
Henvises til

...

12-12-2016 Billeddiagnostik

Beh.: Ikke angivet!

Diagnoser:

Klinisk mammografi (xrc40)
 UL-undersøgelse af mamma (xuc40)
 UL af thoraxvæg og axil, inkl. periklavikulær (xuc10)
 Brystkræft: Henvisning til pakkeforløb start (fb01a)
 Brystkræft: Udredning, start første fremmøde (fb01b)
 Brystkræft: Pakkeforløb slut, diagnose afkræftet (fb01x1)
 Punktur og aspiration af cyste i mamma (tha30)

Kontakt tekst:**Røntgensvar/Billeddiagnostisk epikrise**

Afsendt: 12-12-2016 10:59

Afsender**Modtager****Patient**

Læge

...

EPIKRIS:

Radiologisk afdeling

Undersøgelsesdato: 12-12-2016, 11:30.

Radiolog:
 Lægesekretær

Beskrivelse:
 Cancerpakke start

Indikation: Cirka 2 uger siden opdaget knude i højre mamma. 98 opereret
 fibroadenom lateralt i højre mamma.

Mammografi: Parenkymdensitet type 4 - ingen malignsuspekter forandringer. Der
 ses flere runde infiltrater forenelig med simple cyster. I højre aksil ses som
 bifund accessorisk kirtelvæv.

Inspektion og palpation: Inspektorisk ses papillen lidt indadvendt bilateralt.
 Pt. angiver dette er habituel. I højre mamma kl. 9 ses følger efter tidligere
 fjernelse af fibroadenom. I øvrigt ingen anmærkninger inspektorisk. Palpatorisk
 ingen anmærkninger mamma sin. I højre mamma genfindes patientens palpationsfund
 i liggende stilling kl. 7, der palperes en 1 cm fast intumescens. Øvrige del af
 højre og venstre mamma uden palpable forandringer. Ingen palpable lymfeknuder i
 aksillerne.

Ultralyd: Venstre mamma ses uden malignsuspekter forandringer men med multiple
 simple cyster af varierende størrelse. Højre mamma ses også med multiple simple
 cyster, ingen malignsuspekter forandringer. Svarende til palpationsfundet ses en
 simpel cyste. Pt. informeres om indgrebet accepterer på nål udtømmes normalt
 udseende cystevæske - kasseres Efterfølgende er cysten fuldstændig forsvundet
 og ikke længere palpabel.

RD: Normal mammografi - BIRAD 2 - ingen malignitetssuspicio, men med flere
 cyster bilat
 Multiple cyster bilateralt.
 Palpationsfundet kl. 7 i højre mamma forenelig med cyste - tømt på nål

Cancerpakke afsluttes
 Beskrivelsen er godkendt af:

...

15-06-2017 Symptom/klage fra svælg

Beh.:

Diagnoser:

R21 Symptom/klage fra svælg

Kontakt tekst:

Hævelse indvendig i halsen hø side to dage
 Har ikke sovet i nat, føles som om det lukker til når hun ligger ned
 Kan godt få luft
 %feber og forkølelse, hoste
 Selv taget strep. A: neg

Obj.

smerter parajugulært midt
 Collum: adenit bilat submandibulært
 CO: lingua geografica, belægning på tungen , let rødme i fauces

CRP: <5

V: ØLI

P: kontrol om en uge, pt. er bekymret
 IVF, feber, savlen

...

12-11-2017 E-Kons fra ePortalen

Beh.:

Hej Jeg har de sidste uger haft ondt i mine fødder, hofter og hænder specielt når det er koldt. Leddene er hverken stive eller hævede og der er ingen forskel på om jeg bevæger mig eller er i ro. Jeg har derfor tænkt på om ikke det var relevant med nogle blodprøver? Hvad tænker du? Vh.

...

14-11-2017 E-Konsultation fra ePortalen

Beh.:

Hej
 Hvis det fortsætter skal vi tage nogle -
 Tager du D vitamin ??
 du har tidligere været lav her og det kan give muskel smerter.
 Når man først har været lav anbefaler man fast d vitamin tilskud - specielt om efterår / vinter.

Eller skal du bestille tid til vurdering

...

15-11-2017 E-Kons fra ePortalen

Beh.:

Hej Mange tak for dit svar. Jeg har i flere år taget 35 mikrogram D-vitamin dagligt i perioden 1. oktober - 1. april. Jeg plejer ikke at have gener fra knogler og led, men plejer omvendt heller ikke være en frossenpind som nu. Jeg ser an og håber det snart går over. Venlig hilsen

...

21-11-2017 Symptom/klage fra led IKA**Beh.:****Diagnoser:**

L20 Symptom/klage fra led IKA

Kontakt tekst:

ledsmerter fryse ture

Debut med smerter i led - ankler hofter håndled og fingre

Ingen synlig hævelse . ikke bevægelses indskrænkning

Mor psoriasis gigt

Hormon spiral - lette plet blødning ind imellem

%svedeture

kolde fingre fingre - plejer at have varme hænder

Obj

rask udssende - ikke akut påvirket

Led : ingen hævelser eller bevægelsepåvirkning fingre håndled - ankler

5dekliveødemer

st p et c ia

Collum uden adenit

gl thyroidea normal

Vur

?

Plan

vælger at tage rutine prøver og TSH -

d vitamin

Tager fast tilskud

svar mail -

...

23-11-2017 E-Konsultation fra ePortalen**Beh.:**

Hej

Alle blodprøverne er flotte

Der er marginalt forhøjet calcium - tror ikke det betyder noget men vi skal have den tjekket for en ordenskyld.

(det er på 2,58 og normale går til 2,55)

D vitamin ligger flot på 60

Gigt tallet -ccp- er helt normalt

Ingen god forklaring på dine kolde hænder ...

23-11-2017 E-Kons fra ePortalen**Beh.:**

Hej Mange tak for beskeden. Hvornår tænker du jeg bør få kontrolleret Calcium? De kolde fingre kan jeg leve med, men jeg er godt nok træt af smerterne i led og knogler og håber snart at kunne komme igang med motionen igen. Mange hilsner

...

31-01-2018 E-Kons fra ePortalen**Beh.:**

Hej Vil du evt. lave en rekvisition på blodprøver som vi talte om i efteråret? Så kommer jeg og får dem taget en tirsdag i jeres åbne kons. Jeg har fortsat ondt i mine led/knogler, taber hår og fryser hele tiden. Så kan det evt. tages stofskifte tal med igen sammen med S-Calcium? Vh

...

07-02-2018 E-Kons fra ePortalen

Beh.:

Hej Kunne se at mit Calcium desværre er steget til 2.72. Jeg tænker selv det måske vil være relevant, at udelukke, at det høje Calcium ikke skyldes hyperparathyroidisme, ikke mindst set i lyset af mine gener. Hvad tænker du?

...

12-02-2018 Hypercalcaemi uden specifikation

Beh.:

Diagnoser:

T99 Hypercalcaemi uden specifikation

Kontakt tekst:

47 årig kvinde med ondt i knogler og nedsat krafter i arme +ben. Kan ikke dyrke motion sidne sep/okt. Konstant hovedpine , kvalme, opkast
taber hår, Obstipation, drikker 3-4 L dgl, hukommelsesproblemer tristhed , ikke suicidal, mest pga træthed

Vægttab 4 kg på 1 mdr fra 78 til 74 kg

Disp: Ingen kendte til Familiær parathyroidisme

Kendt med hormonelmigræne

Vant til at træne spinning og firmes . Arbejder i lægepraksis 24 t pr uge

Obj: Pænde farver , varm og trø , ingen tegn til kramper på kind

BT: 134/97 p 94

Hals. Ia

Stec.p+c: IA

Ekstr :ingen væske i ben

...

19-02-2018 E-Kons fra ePortalen

Beh.:

Hej Velkommen tilbage fra ferie. Jeg har nu fået tid i Med amb den 15/3. Synes der er længe til. Har det rigtig skidt. Kan jeg evt. få taget blodprøver igen for at sikre at Calcium, Calcium-ion og PTH ikke bare fortsætter med at stige? Vil jo nødig skade min krop. Vh

...

04-05-2018 Primær hyperparathyroidisme

Beh.: Ikke angivet!

Diagnoser:

T99 Primær hyperparathyroidisme

Kontakt tekst:**Ambulantepikrise**

Afsendt: 07-05-2018 13:54

Afsender**Modtager****Patient**

...

EPIKRISE:

Aktuelt:

Medunderskriver:

47-årig kvinde henvist mhp. parathyreoidektomi, har symptomer på hypercalcæmi i form af smerter i muskler og led, træthed og nedsat humør.

Paraklinisk er PTH i niveau 6,9.

Io.ca. 1,38-1,45.

25-hydroxyvitamin D3 62.

e-GFR 81.

Der er normal calcium/creatinin clearance ratio på 0,025, som udelukker FHH.

DXA : T-score lumbalt 0,0, i hoften - 1,3, i armen -1,4. forenelig med diskret osteopeni i hofter og arm. VFR uden tegn til vertebrale sammenfald.

Ved sestamibiskintigrafi er der fundet sestamibioptagende fokus sv.t. position 6 med CT-koaglat med evidens grad 3.

UL-skanning af halsen påviser d.d. en forstørret biskjoldbruskkirtel kaudalt på hø. side målende ca. 2 cm sv.t. position 6.

Pt. informeres om:

Information til pt.:

Pt. er informeret om, at vi anbefaler operation på baggrund af ovennævnte indikation.

Pt. er informeret om, at operationen vil foregå i generel anæstesi, og at der er en lille risiko for blødning og infektion samt hypoparathyroidisme og recurrensparese.

Pt. samtykker.

Pt. indlægges på patienthotel til fokuseret indgreb i lokal anæstesi sv.t. position 6 (kaudalt på hø. side).

FMK opdateret.

Der bliver i dag foretaget anæstesitilsyn.

Er medgivet OP-tid til 09.05

...

09-05-2018 Primær hyperparathyroidisme

Beh.: Ikke angivet!

Diagnoser:

T99 Primær hyperparathyroidisme

Kontakt tekst:**Udskrivningsepikrise**

Afsendt: 11-05-2018 09:00

Afsender

Modtager

Patient

...

EPIKRISE:

Pt. møder til planlagt operation for hyperparathyroidisme. Vi har frilagt og fjernet en tydeligt forstørret parathyreoidea på højre side af halsen. Desværre var der nogen blødning under operationen, og vi har koaguleret lokalt omkring nervus recurrens, hvilket har givet en påvirkning af stemmen.

Der følges op med ambulant opfølgning mhp. forbedring heraf.

Biokemisk pæn normalisering.

Plan om histologisvar som brev, når det foreligger.

Der er ingen suturer at fjerne.

Medicin:

TABFILM Magnesia DAK - 500 mg, PN 500 mg, OR. Indikation: mod forstoppelse.

..."

A blev af egen læge henvist til udredning i Behandlingssted 1 for primær hyperparathyroidisme. Af journaltilførsel af 15. marts 2018 fra klinikken fremgår blandt andet:

" ...

Plan

Patienten skal udredes for primær hyperparathyreoidisme.

Informeres om at dette meget vel kan forklare mange af de symptomer patienten oplever.

At vi nu vil starte et udredningsprogram, som er relativt omfattende, og at der, når alle undersøgelser er i hus, vil blive lagt en plan for det videre forløb.

Informeres om, at dette kan omfatte operation, hvor man vil fjerne den eller de overaktive kirtler, men at der tages endelig stilling til dette, når der foreligger svar på samtlige undersøgelser.

..."

A blev den 21. marts 2018 røntgenundersøgt og den 26. marts 2018 skannet.

Af undersøgelsesbeskrivelsen fra Radiologisk Afdeling fremgår vedrørende røntgenundersøgelsen blandt andet:

" ...

Beskrivelse:

Indikation: Udredning for primær hyperparathyreoidisme. Obs nyresten / nefrokalcinose.

Tomskanning. Ingen tidligere undersøgelser til sammenligning.

Ingen forkalkninger eller konkrementer i nyrene eller medskannede del af ureteres.

Med forbehold for tomskanning ses i øvrigt upåfaldende forhold.

CT diagnose:

Forkalkninger eller konkrementer i nyrer eller urinveje ikke påvist.

..."

Af undersøgelsesbeskrivelsen vedrørende skanningen fra afdelingen for nuklearmedicin blandt andet:

" ...

Undersøgelsesårsag:

47-årig kvinde under udredning for primær hyperparathyreoidisme. PTH har været forhøjet ved 3 på hinanden følgende målinger, højest den 9. februar 2018, hvor det var 8,6; seneste PTH normal, men ioniseret kalcium: 1,45.

Procedure:

Der er foretaget planar thyreoideaskintigrafi og parathyreoideaskintigrafi i anteriorprojektion samt tomografi og lavdosis CT-skanning (SPECT/CT) af collum/thorax. Det skal bemærkes, at lavdosis CT-skanning ikke er diagnostisk, men benyttes til attenuationskorrektur af tomografien samt til lokalisering af eventuelle tomografifund

Thyreoideaskintigrafi:

Regelmæssigt kontureret glandula thyroidea med let inhomogen aktivitetsoptagelse. Glandlen er cervikalt lejret.

Parathyreoideaskintigrafi:

På de statiske billeder ses nytilkommen aktivitetsoptagende fokus beliggende kaudalt for den kaudale del af højre thyreoidealap. På de tomografiske billeder genfindes dette og der ses på lavdosis CT-skanning tydeligt korrelat.

Konklusion:

Sestamibiretinerende fokus kaudalt for højre thyreoidealap (position 6). Fundet er foreneligt med et parathyreoideaadenom.

..."

Om forberedelsesforløbet, forud for operationen den 9. maj 2018, fremgår blandt andet følgende vedrørende operationen og orienteringen herom den 4. maj 2018:

" ...

04.05.18 09:20,

Operation/undersøgelse, planlægning

Elektiv:

Planlagt operation/undersøgelse: PTX pos 6i LA

Operatør: LR

Forventet knivtid: 1 time

■ Lejring til operation

Rygleje

■ Ønsket anæstesi

Lokal infiltrationsanæstesi og sedation

Regional anæstesi

■ Forløb

Indlægges på patienthotel på operationsdagen

Forventet indlæggelsestid: 1 døgn

Supplerende: informeret om fasteregler

BILAG 2
ADVOKATKOMPAGNET A/S

...

04.05.18 09:57,

Anæstesiologisk tilsyn

til fig. indgreb/undersøgelse: Parathyroidektomi

Operationsdato ikke fastlagt ved tilsynet

Tilsynet vedrører indgreb/undersøgelse, der skal foretages: Elektivt

...

Klinisk status, anæstesi

Rask

Ingen daglig medicin

ASA-klassificering

1 Rask patient

Tandstatus, anæstesi

Tandstatus-: Intakt tandsæt

Luftvejsvurdering, præoperativt

Kan lave underbid: Ja

...

Monitoreringsplan, anæstesi

Standard

Plan

Er ligeledes forberedt på GA

Information om/samtykke til anæstesi

Patienten er informeret om og samtykker til den planlagte anæstesi og metode

Patienten har fået udleveret skriftligt materiale

Plan for postoperativ observation

Almindelig observation. Postoperativ medicinering efter observationsafsnittets retningslinjer

04.05.18 10:00,
/ ANNAER

Kontrol ved læge; [REDACTED]

Klinisk kontrol

Aktuelt

Medunderskriver:

47-årig kvinde henvist mhp. parathyreoidektomi, har symptomer på hypercalcæmi i form af smerter i muskler og led, træthed og nedsat humør.

Paraklinisk er PTH i niveau 6,9.

Io.ca. 1,38-1,45.

25-hydroxyvitamin D3 62.

e-GFR 81.

Der er normal calcium/creatinin clearance ratio på 0,025, som udelukker

FHH.

DXA : T-score lumbalt 0,0, i hoften - 1,3, i armen -1,4. forenelig med diskret osteopeni i hofte og arm. VFR uden tegn til vertebrale sammenfald.

Ved sestamibiskintigrafi er der fundet sestamibioptagende fokus sv.t. position 6 med CT-koaglat med evidens grad 3.

UL-skanning af halsen påviser d.d. en forstørret biskjoldbruskkirtel kaudalt på hø. side målede ca. 2 cm sv.t. position 6.

Pt. informeres om:

Information til pt.:

Pt. er informeret om, at vi anbefaler operation på baggrund af ovennævnte indikation.

Pt. er informeret om, at operationen vil foregå i generel anæstesi, og at der er en lille risiko for blødning og infektion samt hypoparathyreoidisme og recurrensparese.

Pt. samtykker.

Pt. indlægges på patienthotel til fokuseret indgreb i lokal anæstesi sv.t. position 6 (kaudalt på hø. side).

FMK opdateret.

Der bliver i dag foretaget anæstesitilsyn.

Er medgivet OP-tid til 09.05

Pt. accepterer ovenstående plan.

Informeret samtykke

..."

Af journaltilførslen efter operationen den 9. maj 2018 kl. 15.32 fra Overlæge 1, fremgår blandt andet:

" ...

09.05.18 15:32,

Resektion af biskjoldbruskkirtel

Beskrivelse: Pt. møder til planlagt operation for hyperparathyreoidisme. Der er fokus nedadtil på højre side af halsen. Informeret samtykke til operationen og sikker kirurgitjek.

I regional og lokal anæstesi med Lidokain og Marcain gøres KBBA30 resektion af biskjoldbruskkirtlen.

PATOLOGI

Meget forstørret parathyreoidea, som ligger meget profund i position 7 sv.t øvre højre parathyreoidea. Efter fjernelse er der desværre markant blødning meget tæt på nervus recurrens indløb, og man bliver nødt til at sikres hæmostase med en del lokal koagulation. Opnår fin hæmostase. Der ilægges også surgicel. Desværre en postoperativ stemmeændring.

PROCEDURE

Efter regional og lokal anæstesi gøres incision skarpt gennem hud og subkutis. Hudlapperne fripræpareres og prætrakealfascien deles i midtlinjen. Går direkte mod nedre højre thyreoideapol. Her findes der ikke umiddelbart nogen patologi sv.t. den nedre højre parathyreoidea. Vi går længere profund for nervus recurrens, hvor der ses en meget stor øvre højre parathyreoidea, som ligger ned langs øsofagus. Denne frilægges i hele circumferencen og fjernes. Lige i relation til deling af karret får man delt et større kar ind til thyreoidea, som desværre bløder kraftigt. Det er vanskeligt at håndtere, og der må tilkobles sug, og vi bruger en del servietter for at skabe hæmostase. Dette ligger meget tæt langs indløbet af recurrens. Vi har jo desværre ingen nervestimulatur med. Der opnås hæmostase, og vi lægger også fribillar. Der lukkes med novosyn 3-0 sv.t. fascie og subkutis. Monosyn 4-0 intrakutant.

Knivtid start: 09.05.18 13:49, Knivtid slut: 09.05.18 14:49

Operator

Plan

Postoperativt desværre nogen stemmeændring, og man må mistænke i hvert fald en midlertidig recurrensparese. Pt. og pårørende informeres herom. Herunder, at vi vil tilbyde laryngoskopi i morgen mhp. verificering. Desuden en kontrol i ambulatoriet senere. I morgen laves kontrol biokemi og efter samtale med pt. lægger vi plan for efterforløb og kontrol. Opstarter Unikalk Forte 1 stk. x 2 og Calcium Sandoz p.n. Henvises til MEA til biokemisk kontrol efter ca. 2 mdr. Bookes til sgpl. samtale efter en uge.

Epikrise er skrevet.

..."

Af patologisk undersøgelse af materiale, fjernet ved operationen, fremgår blandt andet:

" ...

Makroskopi:

01: 07003190506600
Kapselafrænset, brunligt vævsstykke, som måler 25 x 18 x 8 mm. Flækkes på langs og flækkes til to kapsler.

Mikroskopi:

01: Velafrænset parathyreoideavæv, som er domineret af let forstørrede hovedceller med et acinært vækstmønster. Der er tab af fedtceller. Langs den ene kant ses normalt parathyreoideavæv bestående af lidt mindre overvejende hovedceller.
Forandringerne er forenelige med et adenom. Intet malignt.

..."

Af journaltilførsler fra Behandlingssted 1 vedrørende opfølgning på operationen på dagene 10., 11., 16., 18. maj 2018, den 1. og 22. juni 2018 samt den 27. juli 2018 fremgår blandt andet:

" ...

10.05.18 08:28,
LONSTN

Journalnotat

STUEGANG

Pt. ses til stuegang. Har fortsat oplevelse af markant stemmeændring og desuden tendens til fejlsynkning. I øvrigt velbefindende og ingen paræstesier.

Objektiv fysisk undersøgelse

AT, ET, Orientering, bevidsthedsniveau

Alment upåvirket. Stemmen svag og luftfyldt. Fonationstid knap 3 sek.

Fleksibel laryngoskopi

Beskrivelse: Hø. plica vocalis ses immobiliseret i paramedianstilling. Mindre lukkedefekt under fonationen.

Ydre hals

Ingen blødning eller ansamling.

Plan

Pt. informeres om paralyse af hø. plica vocalis hvilket hun motionelt bliver noget påvirket over. Pt. har sunget en del og bruger stemmen som led i hendes arbejde hvorfor hun gør sig en del tanker i den retning. Aktuelt plaget af fejlsynkning og rømmetrang. Medgives gode råd i denne forbindelse. Vi aftaler, at pt. ringes op som vanlig af sygeplejerske om 1 uge. Herefter skal hun indkaldes til kontrol og hist.svar og fiberskopi om 3 uger, hvis der fortsat er paralyse, skal pt. efterfølgende henvises til logopædisk træning. Pt. er d.d. desuden informeret om mulighed om at ansøge om pt. erstatning såfremt det drejer sig om varige mén.



11.05.18 12:05,

Telefonkonsultation

Telefonsamtale med patienten 2 dage efter operation.

Gennemgår det perioperative forløb.

Vedr. behandling af hyperparatyreoidisme fjernede vi en tydelig forstørret øvre højre parathyreoidea med efterfølgende fald i PTH. Postoperativt også normalisering af ioniseret kalk på 1,26 og PTH-fald til 2,3 dagen efter.

Det der fylder mest er jo desværre den påvirkning af nervus recurrens, som kom under operationen.

Der er rejst spørgsmål om hvorfor patienten skulle have lavet operation i lokalbedøvelse, når nu man ikke kunne have nervestimulatur ved dette indgreb.

Desuden følte hun ikke rigtigt at der var et valg, om det skulle være i GA eller LA og herunder en information om at man ikke ville kunne have nervestimulatur med ved LA.

Uanset hvilken operationstype der vælges, er risikoen for nerveskade heldigvis meget lav.

Men som det helt rigtigt anføres, benyttes der ikke nervestimulatur når man opererer i LA.

BILAG
ADVOKATKONFAGNET A/S

Om det kan modvirke risikoen for nerveskade vides endnu ikke, da disse studier ikke er udført.
 Det anføres dog at vi ved operationer i afdelingen her, i både LA og GA, har meget lav risiko for beskadigelse af nerven til stemmebåndet og at vi generelt ikke ser en øget risiko ved LA.
 For nuværende er de væsentlige gener for patienten dels den svage stemme og dels noget styring i forbindelse med synke- og spisefunktionen.
 Desuden nogle spørgsmål om hun kan være klar til at passe arbejdet igen 2 uger efter operationen.
 Undertegnede svarer efter bedste evne, men for nuværende er det stadig lidt uklart hvordan den spontane bedring vil være over de kommende uger.
 Vi har derfor aftalt følgende:
 Kontrol ved telefonsamtale om 1 uge ved undertegnede. Herefter en vurdering af det forventede videre forløb.
 På ny informeres også om mulighed for:
 1) at klage over forløbet,
 2) mulighed for at søge erstatning.
 Uanset hvilke muligheder der vælges, eller ingen af delene, vil jeg anbefale at jeg venter lidt endnu af hensyn til at se det spontane forløb.
 Der er samtykke til ovenstående.

16.05.18 08:15,

telefonkonsultation

Telefonkonsultation

Konf. med Aftalt at selv kontakter pt d . 18/5.

18.05.18 13:58,

ADVOKATKONWAGNET A/S

Journalnotat

Patient som er opereret for hyperparatyreoidisme den 9.5.18.
 Under operationen udviklet recurrensparese på højre side.
 Dette verificeret ved laryngoskopi dagen efter, hvor højre plica vocalis ses i paramedian stilling og med mindre lukkedefekt.
 Postoperativt har det været naturligt noget traumatiserede for patienten.
 Vi har haft telefonisk kontakt nogle gange og hun har fortsat tydelig parese og stemmeproblemer.
 Desuden har der været en synkeproblematik, specielt ved tynde væsker.
 Efter 1 uges tid at vi bør henvise til logopædisk optimering og vejledning.
 Der er samtykke til dette.
 Hun har selv drøftet muligheden for at komme i kontakt med kollegaerne på [redacted], hvortil vi henviser.
 Vedr. såret er der ingen problemer.
 Vedr. calciumbalancen er der heller ikke problemer, der har dog været lette paræstesier.
 Forventer at det forsvinder igen naturligt.
 Vi aftaler at undertegnede kontakter patienten igen om ca. 2 uger, den 1.6.18.
 Samtykke til planen.

rp. henvisning til logopædisk vurdering
 papirbrev /mb).

[sendt som

...

01.06.18 15:03,

Telefonkonsultation

Telefonisk kontakt med patienten ca. 3 uger efter operationen.
 Hun har vedvarende tydelige tegn på recurrensparese. Hun er opstartet træning ved logopæd.
 Der har været overvejelser omkring sygemelding. Hun føler selv, at hun har en del problemer med kontakt til arbejdet og varetagelse af hendes funktioner, som bl.a. er patientvejledning.
 Som det er lige nu, vil jeg anbefale, at hun enten er sygemeldt eller, som minimum, deltidssygemeldt de næste 3 uger.
 Vi har aftalt, at hun møder ind til klinisk kontrol og samtale ved undertegnede den 22.6.18.
 Hun indkaldes til dette.
 Her vil vi drøfte udviklingen af hendes stemme og lavet fornyet laryngoskopi.
 Der er samtykke til planen.
 Endvidere anbefales det at skåne stemmen efter evne og mulighed.
 Kopi af dagens notat til egen læge.

22.06.18 13:30,

ambulant undersøgelse**BILAG II**
ADVOKATKOMPAGNET A/S**Journaloptagelse****Kontaktårsag**

/DE 21.0 primær hyperparathyreoidisme/

Er opereret for hyperparathyreoidisme og efterfølgende recurrenceparese på højre side.

Kommer nu til kontrol heraf.

SIDEN SIDST:

Opstartet med logopædisk træning. Der er anbefalet at minimere mængden af tale og givet nogle forskellige råd omkring træning og fødeindtag.

Er så småt opstartet i arbejde igen og får desværre en del smerter i halsregionen i forbindelse med længere anstrengelser på arbejdet. Har behov for smertestillende i den retning.

Objektiv undersøgelse, ØNH**Fleksibel laryngoskopi**

Beskrivelse: Glat indføring på højre side. Pænt overblik i larynx. Der er flot bevægelighed på venstre side og lette rokkebevægelser på højre side. God kompensation af det venstresidige, men ikke helt lukning.

Ydre hals

Pænt ophelet cicatrice.

Plan

Der er egentlig tegn på begyndende bevægelighed på højre side, men fortsat langt fra normal.

Der anbefales fortsat en hel eller delvis sygemelding mhp. at aflaste stemmen og minimere anstrengelserne af svælg og halsmuskulaturen. Vi har aftalt telefonisk kontakt senere.

Undertegnede følger selv op.

...

27.07.18 12:00,

Telefonkonsultation**BILAG II**
ADVOKATKOMPAGNET A/S

Ambulant telefonsamtale med patienten.

Det drejer sig om status efter operation og nervepåvirkning ved paratyroidektomi.

Patienten har desværre fortsat en kraftig påvirkning af nervens funktion og er hæmmet på flere forskellige måder:

1. Primært en svag og hæs stemme.
2. Har væsentlige problemer med vejtrækning og dyspnø.
3. Har vanskeligheder ved at luftvejene, således at hun kan få noget "galt i halsen" og kan få hosteanfald.
4. Grundet de svære talevanskeligheder, er hun desværre blevet opsagt fra sit arbejde og kan nu ikke aktuelt virke som sygeplejerske i praksis.
5. Både i det praktiske hjemlige med børn og ægtefælle, men nu også på arbejdet, psykisk påvirket af ovennævnte komplikationer.

Vi har drøftet situationen med patienten. Det er naturligvist stærkt beklageligt, at hun er i den situation.

Hun er i gang med logopædisk træning via og er egentlig tilpas med det, men der har ikke været markant effekt for nuværende.

Vi har aftalt at hun skal indkaldes til her.

Vi har endnu en gang informeret om muligheden for at søge erstatning.

Dette er især tydeligt, da det har fået så mangeartede, forskellige påvirkninger af hendes hverdag og herunder arbejde og kontakt til børn og familie.

Endelig er der selvfølgelig også informeret om muligheden for at klage på ny.

Endelig er der givet mulighed for kontakt til undertegnede i tilfælde af yderligere forværring eller ønske om samtale.

Der er udleveret mailadresse mhp. mulighed for mailkorrespondance.

Biokemisk er hun i kontrolforløb i endokrinologisk regi og har senest haft normal PTH og ion-kalk.

De har lagt plan for videre opfølgning dér.

Rp. henvises til mhp. først mulige tid.

..."

A var i efterforløbet til stemmeudredning ved Behandlingssted 2. Af stemmeudredningen fremgår vedrørende de faktuelle oplysninger og afslutningsnotatet blandt andet:

”
...

SELVEVALUERING

VHI (præ/post)	Præ	Post
Total score	99	
Funktionel score	34	
Fysisk score	37	
Emotionel score	28	
Omfanget af krav/gener/problem angives med: 0=ingen/intet / 1=små/let grad / 2=moderate/moderat grad / 3=store/svær grad / 4 = meget store/meget svær grad		
Stemme krav	Præ	Post
Privat/fritid	3	
Erhverv/studie	4	
Subjektive stemmegener	Præ	Post
Hæshed generelt	3	
Hæshed i dag	3	
Rømmetrang	4	
Synketrang	0	
Globulus	0	
Stemmetræthed	3	
Tørhedsfornemmelse	0	
Ømhed i/omkring larynx	0	
Smerter i/omkring larynx	0	
Svien i halsen	0	
Slim i halsen	0	
Tør hoste	0	
Produktiv hoste	0	
Synkeproblemer	3	
Stridor	0	
Vejtrækningsproblemer	2	
Klientens samlede vurdering af problemets omfang	Præ	Post
	3	

...

LOGOPÆDISK VURDERING

Undersøgellesnotat
<i>Herunder funktionsprøver, stemmekvalitet, kropsholdning, konklusion</i>
47-årig kvinde med stemmekrævende erhverv, der efter højresidig thyroideaoperation m. blødningskomplikation og behandling heraf d. 9.5. fik øjeblikkelige stemme- og synkeproblemer, som naturligvis hæmmer, frustrerer og bekymrer i dagligdagen og ift. varetagelse af job som sygeplejerske i lægekonsultation. Beskriver sig selv som meget social og talende, har mand og to børn og har indtil operation sunget [redacted] i sin fritid.
Objektivt høres stemmen svag, dyb, luftfyldt og med skur. Udholdt vokal 4-6- sekunder, nogen bedring efter instruktion. Betydelig begrænsning i styrke og tonehøjdevariation. Generelt gode kommunikative evner ift. tempo, artikulation m.v. Tendens til løftet hage og lidt fremskudt hovedholdning.
Fysisk/helbred: Sygemeldt indtil videre(arbejdsplads presser f. tilbagevending), bedring af thyroidearelaterede symptomer øjeblikkeligt. God kropsfornemmelse og godt helbred, angiver sig psykisk påvirket af den opståede rec.parese og dens følger. Har fra sit sang[redacted]kendskab til hensigtsmæssig respiration og sangstøtte teknik. Ellers sund og rask og modtager ingen anden behandling. Bliver kontaktet af operatør 1.6., der aftales ny laryngoskopi.
Konklusion: Organisk problematik. Det er relevant at tilbyde klienten et logopædisk behandlingsforløb med fokus på indøvelse af hensigtsmæssig, kompenserende stemmebrug/kompenserende strategier og vejledning vedr. tilstanden med det formål, at stemmen restitueres optimalt ift. arbejds- og familieliv. Der medgives stemmehygiejniske råd, skriftlige og mundtlige (specifikt ift. resp/støtte, hovedholdning og pausering mellem fraser) Stemmeforstærker præsenteres kort så klienten ved, at den kan være en mulighed. Der aftales én undervisningsgang om en uge. Til den tid aftales følgende forløb.

...

PSYKOLOGISK UDREDNINGSNOTAT**Udredningsnotat****Psykologens bemærkninger**

er henvist via
 med baggrund i en hørselig recurrensparese, erhvervet efter thyreoidektomi i maj 2018.
 Recurrensparesen har haft stor indvirkning på liv med flere omkostninger både privat
 og arbejdsmæssigt. Aktuelt primært plaget af dårlig samvittighed overfor familien, frustration
 over ikke at kunne kende sig selv samt uvished ift. arbejdsmæssig tilknytning fremadrettet.
 Der er aftalt 3 samtaler med fokus på håndtering af ovenstående.

Psykolog

...

Afslutningsnotat**Logopædens bemærkninger - herunder evt. ændrede organiske/neurologiske forhold**

48-årig kvindelig sygeplejerske der blev henvist fra med højresidig
 recurrensparese efter thyroidektomi i maj 2018.

Aktuelt

Paresen er fortsat aktuell. Seneste laryngoskopi fra december 2018 viste højre stemmelæbe lammet og
 medalt stillet.

Hyperfunktionen er reduceret og stemmen fremstår velkompenseret, men med reduceret fleksibilitet og
 udholdenhed, hvilket må formodes at være permanent. Der angives problemer med lufthunger, særligt i
 forbindelse med fysisk aktivitet (f.eks. støvsugning).

Progression i forløbet

har arbejdet motiveret og engageret igennem forløbet, og indsatsen i forhold til at træne og
 implementere nye stemmebrugsvaner har været tilfredsstillende.

SUBJEKTIVT

udtaler at stemmen er bedret, men at hun stadig oplever store problemer med lufthunger og
 udtrætning af stemmen. De angivne subjektive gener er forværret efter forløbets start, hvilket
 formentligt skyldes at kravene til stemmen er øget efter at er kommet i job praktik.

er indforstået med, at sagen afsluttes på og er bevidst om, at der er behov for fortsat at
 fokusere på kompenserende stemmeadfærd mhp. at opretholde en funktionsdygtig stemme.

OBJEKTIVT**Stemmen auditive udtryk**

Stemmen høres d.d. let luftfyldt og skurrende. Der høres intermitterende kompenserende hyperfunktion
 svarende til grad 1. Det habituelle stemmeleje er neutralt og den habituelle stemmestyrke en anelse
 svag. Ved længerevarende tale bliver stemmen gradvist svagere og tonehøjdevariationen nedsættes.

Max. fonationstid måles til 12 sekunder.

Funktionsprøverne viser, at stemmens fleksibilitet og stamina er nedsat.

Der er let nedsat registeromfang, velkompenseret adduktion (diskrete glottis-klik), stabil udholdt vokal
 (omend en anelse svag) og god afspænding. Styrkereguleringen er mangelfuld, og der kan ikke
 etableres råbefunktion.

Talekarakteristika

Talen observeres hensigtsmæssig med god artikulation og normalt taletempo. Der kan med fordel
 fokuseres på at øge artikulationen yderligere, da dette vil gøre stemmen en anelse mere udholdende.

Fysisk

Åndedrættet initieres højtstående med dertilhørende spændinger i de accessoriske respirationsmuskler.
 Ved påmindelse kan åndedrættet initieres abdominalt.

Kropsholdningen er let sammenfalden men fremstår ellers balanceret.

Psykisk

Er følelsesmæssigt påvirket af situationen.

Konklusion

Stemmen er bedret fra forløbets start, men der er stadig tale om en funktionelt begrænset stemme, der
 især er påvirket svarende til fleksibilitet, udholdenhed og stemmestyrke. På nuværende tidspunkt
 vurderes det derfor ikke muligt for at honorere stemmekrav svarende til længerevarende tale, øget
 stemmestyrke eller samtale ifm fysisk aktivitet.

angiver problemer med stakåndethed, hvilket er foreneligt med en paretisk medalt stillet hø.
 stemmelæbe (jf. laryngoskopi fra december 2018).

kan anvende de hensigtsmæssige teknikker i øvelserne og formår overvejende at overføre de
 hensigtsmæssige stemmebrugsvaner til sin hverdag. Der er dog behov for at arbejde videre med den
 kompenserende stemmeadfærd mhp. at opretholde en så funktionsdygtig stemme som muligt. Der bør
 især fokuseres på artikulation og kropsholdning.

Det vurderes ikke muligt at bedre stemmen yderligere ved logopædisk intervention.

Det anbefales, at tager hensyn til sin stemmes begrænsninger og ikke forsøger at presse stemmen
 til mere end den kan honorere. Dette for at sikre, at hun får mest muligt ud af stemmefunktionen.

Foranstaltning

Sagen afsluttes og henlægges dags dato. Afslutningsnotat sendes ti efter aftale.

.."

Der er fremlagt kontinuitetsark fra Behandlingssted 2

har d. 14.09.2018 været til kontrol af hør. sidig
recurrenspares: [redacted] på Afd.

To dage forinden har hun været til undervisning hos undertegnede i [redacted] hvor det blev besluttet at holde pause i stemmeforløbet til ultimo november. Stemmekvaliteten var luftfyldt og svag, men uden hyperfunktion og afoniske islæt (når [redacted] huskede at bruge sin stemmeteknik). Årsagen til pausen var, at stemmen fremstod afspændt og velkompenseret, og [redacted] kunne demonstrere hensigtsmæssig stemmeteknik, således at hun fik det optimale ud af stemmefunktionen under de givne omstændigheder. Stemmefunktionen vurderedes derfor ikke at kunne kompenseres eller optimeres yderligere på nuværende tidspunkt.

Som led i stemmeundervisningen var der desuden gennemgået, hvordan [redacted] kunne anvende kompenserende kommunikative strategier for bedst muligt at sikre hendes deltagelse i sociale sammenhænge.

Undersøgelsen i [redacted] viste ingen bevægelse i hør. pl. voc., og stemmekvaliteten var angiveligt næsten afonisk (dvs. forværret markant siden [redacted] sidste tid i [redacted]). Dette ifølge den tilstedeværende logopæd i [redacted] der efterfølgende kontaktede undertegnede.

Logopæden og lægen der varetog undersøgelsen i [redacted] har nu sendt [redacted] tilbage til [redacted] med en henvisning til et forløb hos hhv. intern psykolog og intern fysioterapeut. [redacted] var derfor meget opsat på dette, da hun kom til undervisning hos undertegnede i dag.

Undertegnede måtte derfor forklare [redacted] at der er sket en procedure-fejl og at sygehuset desværre ikke kan henvise til forløb på [redacted]. Jeg beklagede over for [redacted] at hun er blevet stillet nogle forløb i udsigt, som ikke er mulige for [redacted] at honorere inden for de givne rammer. [redacted] var overrasket over at høre, at man ikke kan få et længere psykologforløb på [redacted], da hun var blevet lovet dette på sygehuset. Med hensyn til fysioterapeutisk forløb i [redacted] regi er der ikke indikation for dette, da [redacted] kan kompensere stemmen og få det optimale ud af den nuværende stemmefunktion ved at være opmærksom på egen stemmebrugsteknik. Det vurderes derfor ikke at fysioterapi ville kunne ændre ved progressionen i forløbet eller ved stemmefunktionen som sådan. [redacted] informeres om, at sagen er drøftet med intern fysioterapeut.

Undertegnede anbefaler, at [redacted] opsøger en ekstern fysioterapeut med speciale i hoved- og halsregionen mhp at få afhjulpet nogle af hendes gener.

[redacted] fortæller, at hun er meget grådlabil og at hun vågner om morgenen med så voldsomme kæbespændinger, at hun næsten ikke kan åbne munden. Hun angiver at være mentalt udmattet, og at dette giver anledning til kropslige spændinger. Hun har en oplevelse af, at der ikke er blevet taget ordentligt hånd om hendes forløb på [redacted] hvor man ikke har kunnet hjælpe hende med bl.a. hendes synkeproblemer. At hun efterfølgende bliver lovet to tværfaglige forløb på [redacted] som ikke kan bevilges, gør hende yderligere frustreret og opgivende. På baggrund af dette henvises der til en orienterende samtale hos intern psykolog på [redacted] afviser først at tage imod dette, hvis hun alligevel ikke kan få et længere samtaleforløb. Jeg anbefaler dog, at hun tager imod tiden, når hun får indkaldelsen i sin e-boks.

..."

Af afslutningsnotat af 23. november 2018 fra Audiologopæd 1 fremgår blandt andet:

" ...

Da forudsætningen for normal stemmedannelse er, at begge stemmelæber har normal udseende og bevægelighed umuliggør den lammede stemmelæbe almindelig stemmebrug. Den forhindrer således i at honorere normale dagligdags stemmekrav, herunder telefonsamtaler og længerevarende samtaler med/uden baggrundsstøj.

Stemmefunktionen er påvirket i forhold til stemmestyrke, luftspil (hæshed) og udholdenhed. er dermed ikke i stand til at tale længere tid ad gangen eller med kraftig stemmestyrke (herunder råbe).

Aktuelt vurderes det realistisk, at ville kunne tale i op til en time. I løbet af denne time forventes det, at stemmen gradvist vil blive svagere og mere hæst. Såfremt stemmen presses yderligere vil dette forværre stemmefunktionen.

Det anbefales, at deltager i korte, afgrænsede samtaler og undlader at anvende stemmen til aktiviteter, der påvirker den negativt, herunder tale i baggrundsstøj, længerevarende samtaler og stemmebrug med øget stemmestyrke.

..."

A gennemgik på Behandlingssted 3 en synkefunktionsundersøgelse den 16. oktober 2018. Af journaltilførsel herom fremgår blandt andet:

" ...

OBJEKTIVT

Vågen, klar, svarer relevant. Den er hyperfunktionel og lidt luftfyldt.

Cavum oris, oropharynx:

Der ses bidemærker i kinderne, tandstatus er fin, fin gabebevne, symmetriske forhold i oropharynx.

Der gøres

KUDQ12, fiberlaryngoskopi
ZZ1005A, FEES

gennem hø. naris. Fine forhold i rhinopharynx og hypopharynx, sufficient bløde ganelukke, epiglottis er skarprandet, ary-regioner upåfaldende, symmetriske forhold i recesserne. Der ses højresidig recurrensparese og normal bevægelighed af ve. stemmebånd, som kompenserer relativt godt.

Der afprøves med dansk vand, og når pt. indtager små mundfulde og anvender chin-down øvelser, opstår der ingen fejlsynkningsepisode. Når pt. drikke almindeligt vis, kommer der fejlsynkning med hoste. Penetration, men ikke sikker aspiration.

Der forsøges med mælk, postevand og dansk vand og der ses det samme billede.

Til sidst afprøves med cremet konsistensmad og der ses pæn sufficient fødebolus clearing, ikke nogen residual, ingen penetration eller aspiration. Der afstås fra yderligere.

Konklusion

Pt. hartrogen recurrensparese på hø. stemmebånd. Er i forløb ved talepædagog og fysioterapeut på grund af dette.

Pt. har selv fundet teknikker for sin synkefunktion, som hun selv kan anvende for at beskytte luftvejene.

Pt. anbefales at bruge chin-down manøvre.

..."

Den 13. september 2018 mødte A til kontrol i Behandlingssted 1. Der blev i den forbindelse lavet journalnotat af logopæd og af afdelingslægen. Af journalnotaterne fremgår blandt andet:

" ...



13.09.18 12:15,

ØNH Ambulant foniatrik undersøgelse

Klinisk kontrol

Journalnotat

Kontaktårsag

Pt. møder mhp. vurdering af højresidig recurrensparese, som er opstået efter parathyr. operation.
Pt. blev ret hurtig henvist til logopædisk undervisning og aktuelt forløb er sat på stand-by og pt. har opfølgningstid i november.

...

Aktuelt

Pt. har mange gener efter dette indgreb ifa. betydelig dårlig stemme, hæs og svag. Kan ikke opnå styrke. På baggrund af dette har pt. mistet sit job. Desuden oplever pt. talebesvær og bliver hurtigt forpustet under talen samt generelt bliver hun hurtigt forpustet, når hun laver fysisk aktivitet.
Pt. er grådlabil under samtalen pga. situationen. Pt. har også haft problemer med fejlsynkning med tynde væsker, har selv afprøvet forskellige fortykningsmidler og anvendt sugerør til dette.

...

Plan

Pt. oplyser yderligere, at hun har en del spændinger og bliver hurtig træt i halsen.
D.d. tilbydes mulighed for hyaluronsyre inj. i det lammede stemmebånd for at medialisere og opnå bedre stemmekvalitet, men pt. er på nuværende tidspunkt ikke interesseret i kirurgisk intervention.
Pt. er også blevet informeret om, at der er en lille risiko for at få vejtrækningspåvirkning.
Desuden nævnes mulighed for synkefunktionsundersøgelse i FEES, men pt. oplyser, at hun har haft problemer kun med klart tynde væsker og ved dagens undersøgelse observeres, at hjælpe med drejning af hovedet til venstre og nedadtil. Pt. kan sufficient beskytte luftvejene uden fejlsynkning. Dette anbefales hun at fortsætte med. Afventer med synkefunktionsundersøgelsen.
Fra logopædisk side findes indikation til at supplere forløbet med fysioterapeut og psykolog og desuden, hvis det bliver nødvendigt at inddrage talepædagog, som har forløbet med pt.
Det aftales, at pt. skal indkaldes til om ca. 3 mdr. og helst ved ud.
Pt. er fuldt indforstået med planen.

...

13.09.18 12:15,

Logopædnotat

Pt. kommer til kontrol i d.d. pga. højresidig recurrensparese.

Subjektive gener:

Oplever fortsat hæshed og stemmetræthed, hvor hun beskriver udtrætning af musklerne på forsiden af halsen.
Endvidere synkebesvær for tynde væsker og hendes datter tør bl.a. ikke være alene med hende pga. dette.
Bliver under samtalen grådlabil.

Objektivt:

Stemmens auditive udtryk høres d.d. hypofunktionel, lyftfyldt og med indslag af skur.

Uhensigtsmæssige talekarakteristika:

Stemmestyrken fremstår svag og stemmen er aktuelt præget af pt.'s grådlabilitet, hvilket gør det vanskeligt at vurdere yderligere.

Fysisk:

Kropsholdningen fremstår upåfaldende om end lettere spændt pga. situationen. Respirationen er ikke tydeligt højcostal, men der mangler stadig støtte under fonation.

Konklusion:

Der er fortsat tale om en kombineret neurologisk og funktionel stemmeproblematik og det vil være relevant at fortsætte det logopædiske forløb en tid endnu.

Yderligere vurderes det hensigtsmæssigt at tilknytte psykolog og evt. fysioterapeut til forløbet, så alle faktorer der kan give en bedring af tilstanden er prøvet.

Foranstaltning:

Henvises retur til logopædisk bistand ved lokalt kommunikationscenter.

..."

Den 29. maj 2020 blev der som opfølgning på operationen gennemført en knogleskanning, DXA-skanning, hvor der blev konstateret normale forhold og ikke hov for yderligere skanning, med mindre der indtrådte nye risikofaktorer, herunder i form af sygdom eller behandling, der disponere for osteoporose.

A anmeldte den 15. august 2018 skaden som en behandlingsskade til Patienterstatningen.

Omkring sommeren 2019 udfærdigede A en status vedrørende skaden. Af denne status fremgår blandt andet:

" ...

Det er nu mere end et år siden jeg blev opereret og fik min højresidige recurrens parese. Jeg er netop blevet afsluttet fra [redacted] på. Status er, at der nu er tale om en permanent recurrens parese.

Jeg har siden operationen været i forløb hos en logopæd på hvorfra jeg også netop er blevet afsluttet, idet det vurderes, at der ikke kan gøres mere for at bedre min stemmefunktion.

Jeg skal nu indstille mig på at forsøge at leve med min recurrens parese og med de følger den giver mig.

Jeg følges fortsat af en privatpraktiserende fysioterapeut m.h.p. at afhjælpe, de mange kompensatoriske spændinger jeg desværre får i muskulaturen omkring hals og strube som følge af recurrens paresen.

Jobmæssigt: Jeg har været sygemeldt siden operationen den 9/5-2018. Jeg blev fyret pr. 31/12-18, da jeg ikke stemmemæssigt kunne (og fortsat ikke kan) honorere mine arbejdsopgaver med patientkontakt i samme omfang som tidligere.

Aktuelt er jeg i virksomhedspraktik 4 timer dagligt, 4 dage om ugen – herefter er min stemme opbrugt. Denne stemmeudtrætning påvirker i høj grad min kommunikation og sociale kontakt til min mand, børn, øvrige familie og venner, arbejdskolleger og patienter.

Stemmemæssigt: Min stemme udtrættes enormt hurtigt. Jeg kan således ikke tale i længere tid - og slet ikke i et rum med baggrundsstøj. At tale i telefon er ligeledes en stor udfordring.

Udover at stemmen er svag, hæs, luftfyldt og ganske ustabil, får jeg smerter og spændinger i halsmuskulaturen, der hvis ikke de behandles hos fysioterapeuten, trækker helt op i det øverste af kæberegionen. Min stemme fremstår endvidere meget mekanisk i tonen og er påvirket af stridor. Dette forværres jo mere træt stemmen bliver.

Vejrtrækningsmæssigt: Er jeg også enormt påvirket af min recurrens parese. Det lammede stemmebånd står lejret midt i luftrøret og "spærrer" derfor for luften når jeg trækker vejret. Dette mærkes specielt når jeg går, eller på anden måde skal være blot lidt fysisk aktiv. Jeg kan således ikke gå op ad selv små bakker, uden at det sortner for mine øjne - og jeg kan ej heller tale når jeg går roligt ud af en lige vej. Motion har jeg helt måttet opgive og selv det at støvsuge, gøre rent i hjemmet eller ordne vasketøj kræver pauser, for at få styr på vejtrækningen og nedkæmpe svimmelhed.

Fejlsynkning/hoste: Trods den vejledning jeg har fået af ergoterapeuten på [REDACTED] fejlsynker jeg fortsat indimellem. De lærte teknikker har bedret dette, men jeg har fortsat tendens til at fejlsynke tynde væsker. Fejlsynkningen udløser naturligvis voldsomme hosteanfald, hvilket er en stor udfordring, når man ikke kan hoste luftvejene fri, p.g.a. selvsamme recurrens parese som er årsag til fejlsynkningen.

Bugpressen: Recurrens paresen påvirker desværre også fortsat min bugpresse. Dette er en stor belastning i forhold til tunge løft og defækation. Jeg kan ikke længere løfte tunge ting og ej heller komme af med afføring uden at det kræver utrolig lang tid på toilettet og brug af specielle teknikker.

Infektioner: som følge af recurrens paresen oplever jeg nu, at hver eneste lille baktusse jeg møder sætter sig i min hals og at selv simple luftvejsinfektioner bliver en udfordring når man ikke kan hoste. I håbet om at undgå infektioner der kan medføre hoste, har jeg derfor efter anbefaling fra [REDACTED] også ladet mig vaccinere for pneumokokker.

Psykisk: Har de mange omvæltninger i mit liv været en voldsom belastning. Det pludselig at have fået et usynligt handicap og varige mén som de færreste forstår omfanget af, det at miste sit job, det at miste evnen til at tale og begå sig socialt som før, det at måtte give afkald på de fritidsinteresser ([REDACTED] ang og motion) der før gav mig livskvalitet, erkendelsen af at mit liv vil være påvirket for altid - og erkendelsen af, at jeg ikke længere kan motionere for at holde mig sund og rask. Det faktum at jeg ikke længere har stemme til at tale med min mand og mine børn som tidligere - og ej heller kan gå en tur med dem samtidig med vi snakker om hvad vi ser og tænker - og ikke mindst det faktum at min datter på 10 år er decideret bange for at være alene med mig når jeg skal spise/drikke, fordi hun er bange for at jeg fejlsynker og bliver kvalt - alle de ting er belastninger der i høj grad påvirker mig psykisk hver eneste dag.

..."

Den 14. juni 2019 skrev A til Overlæge 1 i forbindelse med at hun skulle være oplyst, at hendes redegørelse for sin status 1 år efter operationen, ikke var videresendt til Patienterstatningen. Overlæge 1 besvarede samme dag. Af svaret fremgår blandt andet:

" ...

Jeg beklager, hvis du ikke føler dig ordentlig informeret af min kollega. Der er bestemt ingen der tror, at det er for sjov eller på anden vis ikke tager dig alvorligt!

Lige nu er din situation særdeles beklagelig og du har på alle måder ret til erstatning for de komplikationer du lider under.

Omvendt er det rigtigt, at vi ikke direkte står for afklaring af dit forløb og berettigelse til erstatning her i afdelingen. Vi står for alt dokumentationen af dit forløb, mens en uvildig speciallæge vurderer graden af mén og behovet for erstatning. Det er standard forløbet ved vurdering af en erstatning. Der er således ingen der stiller spørgsmål ved din situation eller på anden måde rejser tvivl om symptomerne.

Ovenstående gælder vedrørende erstatningskrav, men hjælper jo ikke direkte dig i forhold til dine gener. Jeg vil derfor igen gerne tilbyde at henvise dig til en vurdering ved en anden kollega, hvis du kunne have behov for det? I første omgang kunne det fx være anden overlæge kollega i afdelingen.

..."

Patienterstatningen traf den 27. juni 2019 afgørelsen om, at A ikke var berettiget til erstatning i medfør af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, § 20, stk. 1 til 4. Patienterstatningen anfører om begrundelsen for afgørelsen blandt andet:

" ...

Efter KEL § 20, stk. 1, nr. 1, ydes der erstatning, hvis behandlingen har afvejet fra, hvad en erfaren specialist ville have gjort i den givne situation. Det er en betingelse, at patienten er påført en skade, der med overvejende sandsynlighed ville være undgået ved en bedre behandling.

Denne regel betyder, at patienten er berettiget til erstatning i de tilfælde, hvor en erfaren specialist ville have handlet anderledes, og skaden på den måde med overvejende sandsynlighed ville være undgået.

Vi har vurderet, at behandlingen på _____ var i overensstemmelse med den behandling, som en erfaren specialist ville have foretaget.

Operationen 9. maj 2018 var velbegrunderet, fordi du havde et forhøjet niveau af det hormon, som biskjoldbruskkirtlerne producerer, der bl.a. medførte gener i form af træthed, hjertebanken, åndenød, muskelsmerter, dårligt humør og nedsat energi.

En gennemgang af operationsbeskrivelsen viser desuden, at operationen 9. maj 2018 blev udført i overensstemmelse med anerkendt teknik og velbeskrevet metode.

Operationen blev korrekt udført i lokalbedøvelse, og det var derfor ikke muligt at anvende nervestimulatur, da dette kræver narkose (generel anæstesi), der er forbundet med andre risici, end det indgreb du fik i lokalbedøvelse.

Effekten af en nervestimulatur er desuden omdiskuteret, og det er velkendt, at der selv ved brug af en nervestimulatur ikke er nogen garanti for at undgå skade på nerven til stemmebåndet.

Det forhold, at du fik en stemmebåndslammelse er en hændelig komplikation til operationen 9. maj 2018. Det vil sige, at du fik en skade på dit stemmebånd, selvom operationen 9. maj 2018 var i overensstemmelse med erfaren specialiststandard.

Hændelige komplikationer vurderes i henhold til følgende bestemmelse:

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

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

Vi vurderer, at din behandlingsskade i form af en stemmebåndslammelse ikke er tilstrækkeligt sjælden i forhold til den sygdom, du blev behandlet for. Det betyder, at risikoen for at få en stemmebåndslammelse er mere end 2% ved den type operation, du fik og på baggrund af dine konkrete helbredsmaessige forhold. Vi har lagt vægt på, at der var tale om en stor svulst (adenom), der lå over nerven, og at der var blødning i området. Disse forhold øgede alle risikoen for en stemmebåndslammelse.

Hermed vurderer vi, at du ikke er berettiget til erstatning efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (KEL).

..."

Efter Patienterstatningens afgørelse indførte Overlæge 1 den 2. juli 2019 et journalnotat hvoraf blandt andet fremgår:

"...

Beskrivelse: Der er nu kommet afgørelse på patienterstatningen. Det er vurderet, at pt. ikke er berettiget til erstatning.

Dette formodentlig da man har ment, at det var i overensstemmelse med god beh. og en hændelig komplikation.

Der kan dog gives erstatning, hvis komplikationen er mere end hvad med pt. med rimelighed må kunne tåle. Sidstnævnte synes jeg ikke helt er imødekommet i beskrivelsen fra patienterstatninge

Der er derfor også mulighed for at anke. Pt. er anbefalet dette. Specielt set i lyset af graden af sympt., som i høj grad har medført et behov for ændring i hendes dagligdag. Der er i arkiv i EPJ vedlagt et dokument med gennemgang af de forskellige gener som pt. døjer med i hverdagen. Primært er hun opsagt fra sit arbejde, da hendes stemmeprobl. medfører, at hun ikke kan varetage jobbet. Herudover er der en del yderligere probl. med vejrtrækning, fejlsynkning og hoste samt risiko for infektioner og en del psykiske probl. Overordnet set synes jeg, at ovennævnte markante klager burde retfærdiggøre en erstatning.

En evt. ankesag vil kunne afgøre dette.

Fyldestgørende information om ovennævnte sympt. fra pt.s side er lagt i jr.

..."

Patienterstatningens afgørelse blev den 5. juli 2019 indbragt for Ankenævnet for Patienterstatningen. I indbringelsesskrivelsen henvises blandt andet til v vejledning til udredning og behandling af primær hyperparathyreoidisme, postoperativ sekundær hyperparathyreoidisme og postoperativ hypoparathyreoidisme fra Dansk Knoglemedicinsk Selskab fra 2012 vedrørende valget mellem fuld narkose og lokalbedøvelse.

I forbindelse med sagens behandling ved Ankenævnet for Patienterstatningen, udfærdigede Overlæge 2 den 24. oktober 2019 en lægelige vurdering. Den lægelige vurdering består af besvarelse af spørgsmålene 1 til 5. Af besvarelsen fremgår blandt andet:

" ...

Ad spørgsmål 2:

Patienten gennemgik PTH operation den 9/5 2018 i LA med fjernelse af adenom på hø. side. Der er efterfølgende påvist parese af hø. stemmebånd, tydende på traume af hø. n. recurrentes under operationen.

Hun er påført en skade under operationer, formegentlig grundet blødning og efterfølgende diatermi af kar.

Ad spørgsmål 3:

Indgrebet er udført i henhold til ESS af erfaren special kirurg. Indgrebet blev foretaget i LA og herfor ikke mulighed for anvendt neurosign, da dette kræver GA med indotrachealtube. Indgrebet var velindiceret da patienten havde symptomer på forhøjet serum kalk med risiko for organskade, hvis ubehandlet.

Konklusion: ESS i henhold til udredning, indikation og udførelse.

Ad spørgsmål 4:

a)

Patienten er påført en hændelig og utilsigtet skade under behandlingen, der krævede kirurgi på halsen.

Forekomsten af recurrens parese i relation til parathyroidea kirurgi er i danske materialer mellem 1-2%, hvor en del er forbigående og svinder inden for et år. Patienten har fortsat parese efter et år og hendes risiko for dette er normalt under 2%.

b)

Hun har gennemgået logopædisk behandling og stemmen beskrives efter et år som velkomponeret, en anelse svag i styrke med nedsat tonehøjde og let udtrætning. Hun er afsluttet i logopædisk regi, men er tilbudt 3 samtaler ved psykolog. Funktionelt virker stemmen velkomponeret, nok med en mengrad under 5%.

Ad: spørgsmål 5:

- a) PE's sagkyndige har den fuldt specialviden på området til vurdering af denne sag. Han har desuden tidligere gennem mange år arbejdet på [REDACTED] hvor disse indgreb foretages.
- b) Vi ligger normalt årsvurderingen til grund for varige men. Hun er efterfølgende afsluttet i logopædisk regi.
- c) Hun har fået en skade under operationen.
- d) Teknisk operationsbeskrivelse, der ikke har nogen betydning for vurdering af sagen.
- e) Indgrebet blev udført i LA og herfor ikke mulighed for nervemonitorering.
- f) Det er velkendt og i henhold til ESS at indgrebet kan udføres i LA
- g) Hendes grundsygdom kunne på sigt have givet organskade med nyrepåvirkning.
- h) Hun er primært informeret i henhold til ESS, og operationstider kan ikke beregnes eksakt præoperativt da der er stor variation mellem patienter.
- i) Den opererende kirurg er inhabil og udtaler sig normalt ikke om erstatning, men er pligtig til at anmelde. Det er PE og ankenævnet der vurderer og tildeler erstatning, under hensyn til grundsygdom, indikation, indgreb, skade og mengrad.

... ”

Samme overlæge besvarede den 27. april 2020 fire supplerende spørgsmål, der er besvaret således:

” ...

Ad spørgsmål 1:

Der ligger et stort dansk materiale for operation på skjoldbruskkirtelsen, hvor faktorer ved patienten (vægt, alder og lokalisation af adenom) samt peroperative forhold (adenom vægt, blødning) er vurderet i forhold til risiko for skade på n. laryngeus recurrens som prognostiske faktorer.

Risikoen for skade er under 2% hvis patienten er ung, adenomet under 35 gram, ingen blødning og adenomet er lokaliseret på halsen og er benign.

Grænsen for øget risiko for adenomet størrelse er 35 gram.

Der foreligger ikke en tilsvarende specifik undersøgelse for biskjoldbruskkirtlerne.

Ad spørgsmål 2:

Ved anatomiske forhold som fedme og adenomet er lokaliseret under kravebenet (intra thorakalt) er der ligeledes en øget risiko for skade.

Ad spørgsmål 3:

Sjældenheden har ingen betydning om det er en total eller begrænset skade på nerven. Skaden vurderes normalt efter et år og her vurderes mengraden ud fra om den er totale eller begrænset.

Ad spørgsmål 4:

Den endelige vurdering er efter et år, da man på det tidspunkt regner situationen stationær. Det er det tidspunkt der er gældende for den endelige vurdering.

... ”

Ankenævnet for Patienterstatningen stadfæstede ved afgørelse af 2. juni 2020 Patienterstatningens afgørelse, hvorefter A ikke havde krav på erstatning. Af begrundelsen for afgørelsen fremgår blandt andet:

” ...

Begrundelse for afgørelsen

Ankenævnet for Patienterstatningen er enig i, at [redacted] ikke har ret til erstatning efter § 20, stk. 1, nr. 1 og 4, i klage- og erstatningsloven.

Skaden i form af stemmebåndslammelse er ikke tilstrækkelig alvorlig i forhold til den sygdom, blev behandlet for.

Ankenævnet bemærker følgende til afgørelsen:

Indledningsvist bemærkes, at ankenævnet afgør sagen ud fra en selvstændig lægelig og juridisk vurdering af alle oplysningerne om [redacted] behandlingsforløb og tilstand. Ankenævnet har også indhentet en vejledende udtalelse fra en lægesagkyndig.

Tilkendegivelser fra behandlende læger indgår sammen med sagens øvrige oplysninger, og ankenævnet er ikke ved afgørelsen bundet af sådanne tilkendegivelser og heller ikke forpligtet til at indhente sådanne. Den behandlende læge har pligt til at vejlede om muligheden for at søge erstatning. En tilkendegivelse om, at der er grundlag for erstatning, er dog uden for den pågældendes kompetence.

Der kan ydes erstatning, hvis patienten er påført en skade ved, at behandlingen ikke blev udført, som en erfaren specialist på området ville have gjort under de givne forhold. Det er en betingelse, at skaden med overvejende sandsynlighed er en følge af behandlingen og ikke skyldes den sygdom, som patienten blev behandlet for, eller andre forhold. Det følger af klage- og erstatningslovens § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, nr. 1.

[redacted] er med overvejende sandsynlighed blevet påført en skade i form af stemmebåndslammelse som følge af operationen den 9. maj 2018.

Efter ankenævnets vurdering blev operationen imidlertid udført, som en erfaren specialist på det pågældende område ville have gjort under de givne forhold.

Der var indikation for at udføre indgrebet, da [redacted] havde forhøjet niveau af PTH medførende symptomer i form af bl.a. træthed, muskelsmerter og åndenød.

Efter ankenævnets vurdering var der endvidere indikation for at udføre indgrebet i lokalbedøvelse. Det er almindeligt anerkendt, at lokalbedøvelse kan anvendes ved denne type indgreb, hvis det konkret vurderes at være muligt. Lokalbedøvelse er en mindre indgribende bedøvelsesmetode, som er forbundet med færre risici end ved fuld narkose. Der foreligger ikke oplysninger om forhold ved [redacted] der kontraindicerede anvendelsen af lokalbedøvelse.

Ifølge oplysningerne i operationsbeskrivelsen forløb selve det kirurgiske indgreb planmæssigt under anvendelse af almindelig anerkendt teknik. Det er ikke muligt at anvende nervestimulatur ved indgreb, som udføres i lokalbedøvelse, hvorfor man måtte navigere uden brug af nervestimulatur.

Den skade, som opstod på recurrensnerven, er at betragte som en hændelig komplikation til operationen, som opstod, selvom operationen blev udført, som en erfaren specialist ville have gjort.

Der kan ydes erstatning, hvis der ved undersøgelsen eller behandlingen sker skade i form af en infektion eller en anden komplikation, der er mere omfattende, end patienten med rimelighed må tåle. Der skal tages hensyn til, hvor alvorlig skaden er set i forhold til patientens sygdom og helbredstilstand, skadens sjældenhed og mulighederne for at tage risikoen for skadens indtræden i betragtning. Det følger af klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4.

Det er således et krav, at skaden skyldes den udførte behandling, og at skaden er sjælden og alvorlig i forhold til den sygdom, patienten blev behandlet for. Hvis skaden er sket ved behandlingen af patientens alvorlige sygdom, må patienten acceptere mere omfattende skade, end hvis skaden er sket ved behandlingen af patientens mindre alvorlige sygdom.

Selv hvis det måtte lægges til grund, at skaden er tilstrækkelig sjælden, er skaden efter ankenævnets vurdering ikke alvorlig nok til at give ret til erstatning efter loven.

Ankenævnet lægger vægt på, at [redacted] efter det oplyste allerede inden operationen var generet af diverse symptomer med bl.a. træthed, åndenød, hjertebanken, muskelsmerter og nedsat energi.

Ankenævnet lægger endvidere vægt på, at grundsygdommen med forhøjet PTH ubehandlet kunne medføre kronisk nyreskade.

Selvom de gener, [redacted] fik som følge af skaden, ikke er af uvæsentlig karakter, vurderer ankenævnet således, at der samlet set ikke er tale om en forværring i forhold til de gener, hun ville have haft, hvis hun ikke var blevet opereret. Skaden er som følge heraf ikke mere omfattende, end hvad [redacted] med rimelighed må tåle.

Klage- og erstatningslovens betingelser for at yde erstatning er dermed ikke opfyldt, jf. § 20, stk. 1, nr. 1 og 4.

Ankenævnet stadfæster derfor Patienterstatningens afgørelse af 27. juni 2019.

...

I forbindelse med anmodning om aktindsigt, meddelte Ankenævnet for Patienterstatningen den 25. september 2020 aktindsigt i sagens materiale, med undta-

gelse af de spørgsmål, som Overlæge 2 besvarende henholdsvis den 24. oktober 2019 og den 27. april 2020. Ankenævnet for Patienterstatningen fastholdt den 27. oktober 2020, at der ikke kunne gives aktindsigt i spørgsmålene, og anførte herom blandt andet:

” ...

Derfor kan du ikke få aktindsigt i spørgsmålene

Det er fortsat vores vurdering, at du ikke har ret til aktindsigt i spørgsmålene.

Vi bemærker følgende til afgørelsen:

Den, der er part i en sag, hvori der er eller vil blive truffet afgørelse af en forvaltningsmyndighed, kan forlange at blive gjort bekendt med sagens dokumenter, og retten til aktindsigt omfatter som udgangspunkt alle sagens dokumenter og indførelser i journaler, registre og andre fortegnelser vedrørende den pågældende sags dokumenter. Det følger af forvaltningslovens § 9, stk. 1 og 2.

Forvaltningslovens §§ 12-15 b fastsætter regler om adgangen til at undtage dokumenter og oplysninger fra aktindsigt.

Det følger således af forvaltningslovens § 12, stk. 1, at retten til aktindsigt ikke omfatter interne arbejdsdokumenter.

Det er vores vurdering, at spørgsmålene udgør et internt arbejdsdokument, jf. forvaltningslovens § 12, stk. 1, hvorfor de som udgangspunkt ikke er omfattet af adgangen til aktindsigt. Der er herved lagt vægt på, at der er tale om brevveksling mellem forskellige enheder inden for samme myndighed, idet lægekonsulenterne er fastansat hos Styrelsen for Patientklager.

Vi vurderer, at spørgsmålene ikke er omfattet af bestemmelserne i forvaltningslovens § 13, der alligevel kan give adgang til aktindsigt i interne arbejdsdokumenter.

Der er herved lagt vægt på, at der ikke er tale om en gengivelse af indholdet af den endelige beslutning vedrørende sagens afgørelse eller oplysninger omfattet af notatpligten efter offentlighedsloven.

Der er ligeledes lagt vægt på, at der ikke er tale om et dokument udarbejdet med henblik på tilvejebringelse af bevismæssig eller tilsvarende klarhed med hensyn til sagens faktiske omstændigheder, idet svaret fra den lægesagkyndige er en vejledende udtalelse indeholdende lægens vurdering af sagen.

Meroffentlighedsprincippet

Det skal i forbindelse med behandlingen af en anmodning om aktindsigt overvejes, om der kan gives aktindsigt i dokumenter og oplysninger i videre omfang, end hvad der fremgår af §§ 12-15 b. Dette følger af forvaltningslovens § 10 (meroffentlighedsprincippet).

Ved vurderingen heraf, skal der foretages en afvejning af på den ene side hensynet til de interesser, der ligger bag begæringen om aktindsigt, og på den anden side hensynet til de beskyttelsesinteresser, der ligger bag den pågældende undtagelsesbestemmelse.

Der skal således foretages en afvejning mellem på den ene side hensynet til dine muligheder for at oplyse sagen og på den anden side hensynet til den interne beslutningsproces.

Det er vores vurdering, at hensynet til dit ønske om aktindsigt i spørgsmålene ikke vejer tungere end hensynet til den interne beslutningsproces.

” ...

Der er fremlagt en vejledning til udredning og behandling af primær hyperparathyreoidisme, postoperativ sekundær hyperparathyreoidisme og postoperativ hypoparathyreoidisme fra Dansk Knoglemedicinsk Selskab fra 2012, hvor Overlæge 1 var en af forfatterne, fremgår blandt andet:

” ...

Vejledning til udredning og behandling af hyper- og hypo-parathyreoidisme er udarbejdet af en arbejdsgruppe under Dansk Knoglemedicinsk Selskab. Arbejdsgruppen har sammen med adskillige ad hoc-tilknyttede forfattere udarbejdet en række baggrundsartikler indenfor emnerne: ætiologi, patologi, undersøgelsesmetoder, diagnostik og behandling. Disse baggrundsartikler er tilgængelige på Dansk Knoglemedicinsk Selskabs hjemmeside (www.dkms.dk) og vil løbende blive opdateret. Vejledningen er udarbejdet som en oversigtsartikel baseret på den aktuelle viden om hyperparathyreoidisme, kombineret med en praktisk vejledning i diagnostik og behandling af hyperparathyreoidisme samt postoperativ sekundær hyperparathyreoidisme og hypoparathyreoidisme.

Vejledningen vil blive sendt i høring hos relevante specialeselskaber og myndigheder. Kommentarer og forslag til forbedringer vil blive brugt konstruktivt i færdiggørelsen af vejledningen.

...

1. Definitioner

Hyperparathyreoidisme defineres som en øget sekretion af parathyreoideahormon (PTH) fra en eller flere gll parathyreoideae på grund af:

- En sygelig tilstand i gll. parathyreoideae med hypersekretion af PTH. Tilstanden kan underopdeles i:
 - *Primær hyperparathyreoidisme (PHPT)*: En hyperkalkæmisk tilstand med en uforholdsmæssig høj plasma PTH-koncentration (hyperparathyreoid hyperkalkæmi). Diagnostiske kriterier for PHPT er anført i Faktaboks 1.

...

Faktaboks 1. Diagnostiske kriterier for primær hyperparathyreoidisme

Diagnosen sikres ved at der ved mindst 2 adskilte blodprøvetagninger påvises hyperparathyreoid hyperkalkæmi:

- Plasma calcium (ioniseret, total eller albuminkorrigeret) koncentration over øvre referenceinterval med *samtidigt*
- Plasma PTH koncentration i øver tredjedel, eller over øvre grænse, for referenceintervallet *

Andre årsager til hyperparathyreoid hyperkalkæmi udelukkes, jf. faktaboks 5

* Med de 2. generations assays som hyppigst anvendes vil en plasma PTH koncentration > 5 pmol/l anses for en uforholdsmæssig høj PTH koncentration, hvis der samtidig konstateres hyperkalkæmi.

...

6. Udredning

...

6.3 Supplerende paraklinisk udredning

Mhp. diagnostik af mulige komplikationer til PHPT anbefales et udredningsprogram som anført i Tabel 6.

...

6.3.2 Sygdom i nyre og urinveje

PHPT en kendt risikofaktor for nyresten (39). I et nyere dansk materiale med 177 PHPT patienter undersøgt i perioden 2007-2009, der rutinemæssigt fik foretaget CT-scanning af nyrer og urinveje som led i den diagnostiske udredning, havde 25% (95% KI 19-32 %) forkalkninger i nyrer og urinveje. Intravenøs urografi (IVU) har tidligere været anset for guldstandard ved udredning for nyrestenssygdom. Nyere prospektive undersøgelser har imidlertid vist at lavdosis CT-scanning uden brug af kontrast (*toms scanning*) er at foretrække (40-42). Hos patienter med akutte flanksmerter har CT-toms scanningen en diagnostisk sensitivitet på 96 % med en specificitet på 97 % og en positiv prædiktiv værdi på 99% i forhold til diagnostik foretaget ved hjælp af multiple teknikker (42). I forhold til IVU fører en CT-scanning tillige til en bedre diagnostik af uratsten og patologiske forandringer i nyrer og frøførende urinveje, herunder hydronefrose og ektasi af ureter. Ultralydsscanning anbefales ikke som standarddiagnostisk metode pga. en relativ lav sensitivitet, men kan anvendes hvis man ønsker at undgå røntgenbestråling hos f.eks. gravide.

...

9. Kirurgisk behandling

...

9.3.5 Anæstesi ved parathyroidectomi

Parathyreoideakirurgi udføres som udgangspunkt i general anæstesi (GA). Lokal anæstesi (LA) med let sedering af patienten og anlæggelse af infiltrationsanæstesi omkring incisionslinjen er dog muligt (113). Såvel et fokuseret indgreb som (sub-)total PTX kan foretages i LA (100;113-115). I en serie af udvalgte patienter, som fik foretaget minimal invasiv parathyreoideakirurgi, blev der fundet et ligeværdigt behandlingsresultat ved LA og GA, men LA førte til færre postoperative gener i form smerter, kvalme og opkastninger (113;116). På baggrund af, at der ikke foreligger data fra randomiserede studier, anbefales:

- Som standardprocedure anvendes GA ved PTX
- LA kan overvejes hos patienter hvor GA anses for risikofyldt

(Evidenseniveau IV)

...

10. Komplikationer til parathyreoideakirurgi

Komplikationer til parathyreoideakirurgi forekommer relativt sjældent. I store patientserier er den overordnede forekomst af komplikationer rapporteret til 2-10 %, omfattende såvel komplikationer relateret til selve den operative procedure (inklusivt blødning, infektion, aspiration og kardiovaskulære hændelser) som komplikationer forbundet til det specifikke indgreb som recurrensparese og postoperativ hypokalkæmi. Risiko for komplikationer ved et fokuseret/unilateralt indgreb er mindre end ved bilateral halseksploration (75;96;99;114).

10.1 Efterblødning og postoperative infektioner

Forekomsten er rapporteret til <1 %, men afhængig af det operative forløb kan operationsdræn være nødvendigt.

10.2 Kramper under indgreb i lokal anæstesi

Ved PTX i LA kan der i sjældne tilfælde opstå kramper som følge af lidokainintoksikation (96).

10.3 Recurrensparese

Prævalensen af ensidig permanent recurrensparese efter førstegangs PTX er i de fleste opgørelser rapporteret til at være 0,2-1 %, om end ca. dobbelt så mange patienter får forbigående recurrensparese (96;114;151). Risikoen for recurrensparese er angiveligt den samme ved bilateral halseksploration som ved et fokuseret indgreb (96). Ved reoperation for PHPT er der rapporteret en risiko for permanent recurrensparese på mellem 1,5-10 % (121;152;153).

Ensidig recurrensparese medfører hæshed og en svækket stemmestyrke. Dobbeltsidig recurrensparese ses meget sjældent efter PTX. Patienter med postoperativ recurrensparese tilbydes logopædisk behandling med stemmetræning, hvor optræning af det raske stemmebånd forsøges. I de fleste tilfælde kan der herved opnås en acceptabel stemmefunktion.

Med henblik på vurdering af bevægeligheden af plicae vocales anbefales fiberlaryngoskopi i relation til indgrebet.

..."

Der er fremlagt en artikel vedrørende Person 1's forsvar af en doktorgrad på baggrund af en afhandling vedrørende overvågning af stemmebåndet under operation. Af artiklen af 20. maj 2018 fremgår af stemmebåndsovervågning under operation på baggrund af afhandlingens resultater blandt andet:

" ...

Overvågning av stemmebåndsnervens funksjon under operasjon kan bidra til å redusere stemmebåndslammelser etter kirurgi. I en studie med deltagelse av sentre fra Asia, Europa og USA fant man at streksskade av nerven under operasjon var den hyppigste årsaken til signaltap fra overvåkningssystemet med ledsagende stemmebåndslammelse etter operasjon.

Ny teknologi med kontinuerlig intraoperativ nervemonitorering gjør det mulig å overvåke funksjon av stemmebåndssnerven på et hvert tidspunkt under operasjon. Hvis funksjonen til stemmebåndssnerven trues som følge av kirurgisk påvirkning, vil kirurgen bli varslet. Kirurgen kan dermed endre sin strategi og således forhindre en endelig nerveskade med utfall av stemmebåndssfunksjon.

..."

Af Region 1's vejledning om behandlingen af primær hyperparatyreoidisme, sidst publiceret den 18. maj 2018, fremgår vedrørende operationen:

" ...

Operation

Operationen foretages i fuld anæstesi. Peroperativt anvendes i alle tilfælde nervestimations- og monitoreringsudstyr for at minimere risikoen for læsion af nervus recurrens samt intraoperativ PTH-måling (iPTH). Der tages iPTH måling umiddelbart efter anæstesiens indledning samt 10 minutter efter fjernelse af formodet parathyroideaadenom. I tilfælde af dobbeltadenom tages iPTH-måling 10 minutter efter fjernelse af sidste adenom. Kriteriet for succesfuld ekscision af formodet parathyroideaadenom(-er) er fald i iPTH på 80 % af udgangsværdien eller normalisering.

Følgende operations algoritme bruges:

Fokuseret indgreb – hvor både parathyreoideaskintigrafi og UL-skanning viser et sikkert adenom alternativt hvor enten parathyreoideaskintigrafi eller UL-skanning viser sikkert adenom. Der foretages operation med minimal invasiv teknik med en cikatricelængde på 25 – 30 mm. Adenomet lokaliseres og fjernes.

Hvis adenomet ikke umiddelbart lader sig identificere kan udvides til større unilateral cikatrice eventuelt Kochers incision hvor de 2 kirtler på den pågældende side søges identificeret og adenomet fjernes. Den raske lades in situ.

Dobbeltadenom kan meget sjældent forekomme.

Bilateralt indgreb – hvor parathyreoideaskintigrafi og UL-skanning er negative. Kockers kravesnit. Om nødvendigt søges alle 4 kirtler identificeret. Adenomet fjernes. Ved makroskopiske tegn på hyperplasi kan overvejes at fjerne 3-3½ kirtel. Den ½ - 1 kirtel der efterlades skal være den, som makroskopisk forekommer mest normal. Markering med 1 – 3 titaniumclips kan overvejes af hensyn til den i denne situation forhøjede recidiv-risiko

Der foretages i udvalgte tilfælde peroperativ frysemikroskopisk undersøgelse af eksliceret væv for i tvivlstilfælde at bekræfte, at det fjernede præparat inderholder parathyreoideavæv.

”
...

Der har været forelagt en række spørgsmål for Retslægerådet, der den 15. marts 2022 besvarede de stillede spørgsmål således:

” ...

Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes oplyse, hvilken sygdom sagsøger blev behandlet for den 9. maj 2018 på

Primær hyperparathyroidisme.

Spørgsmål 2:

Retslægerådet bedes oplyse hvilke symptomer sagsøgers grundlidelse, jf. spørgsmål 1 frembød den 9. maj 2018?

Den 4. maj 2018 anføres i notat, at sagsøger har symptomer i form af smerter i muskler og led, træthed og nedsat humør.

Spørgsmål 3:

Såfremt Retslægerådet ikke finder at kunne besvare spørgsmål 2, bedes det om muligt oplyst, hvorledes sagsøgers grundsygdom erfaringsmæssigt generelt set udvikler sig, hvis der ikke sker operation, herunder med angivelse af eventuelle alternative muligheder for sygdommens udvikling, samt angive en skønnet sandsynlighed – gerne udtrykt i % - for, at sagsøgers grundsygdom ubehandlet ville udvikle sig som oplyst. Såfremt svarmulighederne anses for så talrige, at de ikke lader sig beskrive, bedes det oplyst, hvilke muligheder, der anses for de mest sandsynlige.

Spørgsmålet bortfalder.

Spørgsmål 4:

Retslægerådet bedes oplyse:

1. Hvor mange tilfælde af primær hyperparathyreoidisme, som årligt diagnosticeres i Danmark?
2. Om der er et forventet mørketal for udiagnosticeret sygdom på området?
3. Hvor mange af de diagnosticerede lidelser bliver behandlet operativt, angivet i % af årligt antal diagnosticerede?
4. Om det forekommer, at patienter med Primær Hyperparathyreoidisme, ses an på medicinsk behandling eller helt uden behandling, og hvad grunden almindeligvis måtte være hertil. Det bedes endvidere oplyst – så vidt muligt i procent – hvor stor en del af patienterne, som behandles konservativt eller slet ikke behandles.
5. Hvor mange af de diagnosticerede patienter får kroniske nyreskader?

1. Cirka 700 tilfælde årligt, dog færre under covid-19 pandemien.
2. Ja.
3. Behandlingen af primær hyperparathyreoidisme er i langt de fleste tilfælde kirurgisk. Ifølge data fra landspatientregisteret blev der i 2018 foretaget 652 (KBAA30 og KBBA30A) operationer af den type som stort set kun anvendes til primær hyperparathyreoidisme. Dette skal sammenholdes med 600 til 700 ny-diagnosticerede tilfælde om året. Retslægerådet vurderer således, at mere end 90% af patienter med diagnosticeret primær hyperparathyreoidisme behandles med kirurgi. Dette er i fuld overensstemmelse med anbefalingerne fra gældende nationale retningslinje (NBV) for området (<https://endocrinology.dk/nbv/calcium-og-knoglemetabolisme/primær-hyperparathyreoidisme/>).
4. Primær hyperparathyreoidisme kan ses an uden behandling: a) i milde tilfælde, hvor patienten ikke har symptomer eller komplikationer til sygdommen, b) hvis patienten ikke ønsker behandling, c) hvis operation tidligere er forsøgt og fornyet operation skønnes risikofyldt eller d) hvis patienten ikke kan bedøves (med enten lokal eller generel anæstesi) eller bedøvelse skønnes risikofyldt. Symptombærende sygdom kan behandles (men ikke kureres) medicinsk. Medicinsk behandling kan overvejes: a) hvis operation ikke har haft tilstrækkelig effekt, b) hvis kirurgisk behandling er kontraindiceret, eller c) i tilfælde af kræft i skjoldbruskkirtlen. Retslægerådet skønner, at mindre end 10 % af patienter med primær hyperparathyreoidisme observeres uden behandling eller behandles medicinsk (der henvises til besvarelsen af spørgsmål 4, pkt. 3).
5. Forekomsten af nyresten og nyrefunktionsnedsættelse hos patienter med primær hyperparathyreoidisme afhænger af sygdommens sværhedsgrad. Cirka 25 % af danske patienter med primær hyperparathyreoidisme har nyresten eller kalkudfældninger i nyrerne på diagnosetidspunktet. I udenlandske undersøgelser havde 17-40 % af patienterne nyrefunktionsnedsættelse. Der er ikke gode data vedrørende udviklingen af nyresten eller nyrefunktionsnedsættelse hos ubehandlede patienter. Blandt patienter, som opereres for primær hyperparathyreoidisme, vil cirka 10 % få nyresten over de næste 10 år, hvorefter forekomsten af nyresten svarer til baggrundsbefolkningens.

Spørgsmål 5:

Retslægerådet bedes oplyse, om Retslægerådet er enig i, at operation hos sagsøger var velindikeret?

Ja.

Spørgsmål 6:

Retslægerådet bedes oplyse, om størrelsen på det adenom, sagsøger havde kunne erkendes på forundersøgelse den 4. maj 2018? Se hertil bilag 2, side 3.

2 centimeter (cirka diametermål).

Spørgsmål 7:

I forlængelse af spørgsmål 6 anmodes Retslægerådet om at oplyse, om operation i lokalbedøvelse adenomets størrelse taget i betragtning var i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer?

Retslægerådet bedes oplyse, om det har betydning for besvarelsen, at der ved operation i lokalbedøvelse ikke var mulighed for at bruge nervestimulering?

Fremgangsmåden ved operation for primær hyperparathyroidisme indbefatter i Danmark anvendelse af fuld bedøvelse (generel anæstesi) og anvendelse af nervemonitorering. Formålet med nervemonitorering er at undgå eller reducere risikoen for nervelæsion, hvorfor brugen af denne er standard i den vestlige verden inklusiv Danmark. Operation i lokalanæstesi uden nervemonitorering forbeholdes normalt patienter, som af medicinsk årsag har øget risiko ved en generel anæstesi. Det skal anføres, at der ikke findes nationale retningslinjer, som forhindrer anvendelse af lokalanæstesi til operation af primær hyperparathyroidisme. Det skal også anføres, at reduktion af stemmebåndslammelse ved anvendelse af nervemonitorering ikke er videnskabeligt dokumenteret i tilstrækkeligt dimensionerede randomiserede kliniske undersøgelser.

Spørgsmål 8:

Retslægerådet bedes oplyse, hvorvidt den valgte operationsteknik den 9. maj 2018 var i overensstemmelse med dagældende almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer?

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 7.

Spørgsmål 9:

Retslægerådet bedes oplyse, hvor mange Parathyreoideaoperationer der blev udført i Danmark fra maj 2017 til maj 2018, fra maj 2019-maj 2020 og fra maj 2020 til Retslægerådets besvarelse og hvor mange af disse, der blev udført

- 1. i lokal anæstesi?*
- 2. i generel anæstesi?*

Retslægerådet kan anføre, at meget få operationer af hyperparathyroidisme foregår i lokalanæstesi. Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 7.

Spørgsmål 10:

Retslægerådet bedes oplyse om funktionen af en nervestimulering, herunder om det er korrekt, at en nervestimulering bruges til at advare kirurgen, hvis han kommer for tæt på nervus recurrens?

Nervestimulering letter i nogle situationer identifikationen af n. recurrence (nerven til stemmelæben) og kan fortælle kirurgen om nerven er fungerende. Ved afslutning af operationen kan nervestimulering sikre, at nerven fungerer. Ved påvist læsion kan eventuel suturering med anastomose mellem forreste gren af ansa cervicalis og perifer del af nervus recurrens foretages.

Spørgsmål 11:

Retslægerådet bedes oplyse, om operationen den 9. maj 2018 blev udført efter den dagældende anerkendte lægefaglig standard?

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 7.

Spørgsmål 12:

Retslægerådet bedes oplyse, om det er sandsynligt (mere end 50 %), at sagsøgers stemmebånd blev beskadiget under operationen?

Hvis ja bedes Retslægerådet oplyse, hvorledes Retslægerådet vurderer skaden er sket?

Det er mere end 50 % sandsynligt, at skaden er sket under operationen den 9. maj 2018. Ifølge operationsnotatet var der blødning omkring nerven. Blødningen skulle stoppes og i forbindelse med dette er nerveskaden sket. Det er blandt hoved-halskirurger velkendt at opvarmning fra bipolar pincet (instrument til at standse blødning) kan give nerveskade. Der blev konstateret ændring i stemmen umiddelbart efter operationen, og diagnosen blev bekræftet ved en undersøgelse (laryngoskopi) dagen efter, idet den ene stemmelæbe var lammet.

Spørgsmål 13:

Kunne den skade, som sagsøger har fået på sit stemmebånd være indtrådt som følge af grundlidelser?

Nej det vurderes ikke sandsynligt. Der var tale om en benign lidelse (adenom), som ikke er associeret med en læsion af nervus recurrens.

Spørgsmål 14:

Retslægerådet bedes oplyse, hvorledes operation for adenom som følge af hypercalcæmi som følge af Primær hyperparathyroidisme adskiller sig fra operation af skjoldbruskkirtlen, herunder i forhold til risici for varige skader?

Operationsteknikken er anderledes. Der er oftest ikke behov for frilægning af n. recurrence i samme omfang som ved thyroidektomi. Risikoen for skade på n. recurrence er derfor lavere ved operation for primær hyperparathyroidisme end ved hemithyroidektomi og total thyroidektomi (de to standardindgreb på gl. thyroidea).

Spørgsmål 15:

Retslægerådet bedes om muligt oplyse, hvor hyppigt – om muligt udtrykt i % - der indtræder en skade, som den, sagsøger er blevet påført i forbindelse med en operation som den omhandlede i tilfælde, der kan sammenlignes med sagsøgers.

Retslægerådet vurderer at risikoen ligger mellem 0,3 og 1,1% målt på patientniveau. Hvis man måler på "nerves at risk" (der er to "nerves at risk", hvis man skal på begge sider af halsen for at finde parathyroideaadenomet) er den mindre. Danske studier viser endvidere, at et fokuseret indgreb, som det der var planlagt til sagsøger ligger på cirka 0,5%.

Spørgsmål 16:

Retslægerådet bedes oplyse, om der konkret hos sagsøger var risikofaktorer som de risikofaktorer, der er omtalt i bilag 23 som kontraindikerende operationen eller som medførte højere risiko for varige skader af operationen (over 2 %)?

Retslægerådet vurderer ikke, at der forelå risikofaktorer, som skulle forøge risikoen for varig skade på n. recurrence som eksempelvis tidligere operation på halsen, tidligere strålebehandling eller struma.

..."

Forklaringer

A har afgivet partsforklaring og der er afgivet vidneforklaring af B.

A har forklaret, at hun er 51 år og uddannet sygeplejerske. Hun har siden arbejdet som sygeplejerske, hvilket hun

også gør nu. Hun arbejder 28 timer om ugen i en almindelig lægepraksis, hvor hun har arbejdet i 3 år. Hun har beskeden patientkontakt i form af vaccinationer og lignende, hvor hun ikke skal bruge stemmen så meget. Hun arbejder 4 dage om ugen, og den sidste dag bruges til behandling, dels hos logopæd, dels hos fysioterapeut i forhold til halstræning med henblik på at reducere spændinger i hals og kæbe. Der er tale om spændinger i halsens venstre sides kæbe og kæbeled, idet der er en forøget belastning som følge af, at den højre side er lammet. Inden hun fik børn, havde hun arbejdet fuldtid, men da hendes mand arbejdede en del i udlandet, gik hun på nedsat tid af hensyn til børnene. Hun arbejdede således 29 timer om ugen af den grund. Hun dyrkede forud for operationen spinning og fitness et par gange om ugen, ligesom hun sang en gang om ugen og løb og cyklede.

Lidelsen, der begrundede operationen, påvirkede omfanget af hendes aktiviteter, idet hun ikke havde kraften til det uden at hun blev overanstrengt. Efter et par uger kontaktede hun sin læge, der tog nogle blodprøver, idet han overvejede, om det kunne være en stofskiftelidelse. Han gav udtryk for, at han ikke var bekymret, idet det kunne forbindes med gigt eller begyndende overgangsalder. Der blev dog ikke fundet tegn på sygdom i blodprøverne, der kun viste marginalt afvigende værdier. Hun fik imidlertid flere symptomer, hvorfor hun googledde disse og blev opmærksom på hypercalcæmi, som hun nævnte for lægen. Der blev taget nye blodprøver, og han ringede en sen fredag, hvor han bekræftede, at det var hypercalcæmi. Af samme grund blev hun straks, og inden lægen tog på ferie, henvist til Behandlingssted 1, hvilket var i februar 2018. Et par måneder efter henvisningen blev hun indkaldt til samtale på Behandlingssted 1.

Hun var ikke på noget tidspunkt forud for operationen sygemeldt, og hun kunne også deltage i sang, men hun var ude af stand til at dyrke motion som før. Hun gjorde dog hvad hun kunne for at holde sig i form.

I foråret 2018 skete det flere gange, at hun vågnede med en følelse af hjertebanken, hvor hun også fornemmede vejrtrækningsproblemer. Det skete typisk om natten. Når hun tjekkede puls og blodtryk var begge dele imidlertid normale.

Lidelsen er forbundet med en voksende biskjoldbruskkirtel, der danner forøgede mængder PTH, der medvirker til kalkstofskiftet og som derfor i forhøjede mængder træffer kalk ud af kroppen. Den eneste behandling var et kirurgisk indgreb. Hun fik oplyst, at der var tale om en rutineoperation. Operationen hjalp også på grundlidelsen. Hun var ikke i tvivl om, at hun skulle tage imod operationen og Overlæge 1 var også en af de mest erfarne på det felt. Ved mødet den 4. maj 2018 med kirurgen m.fl. spurgte hun til risikoen for stemmeskader, idet hun havde læst, at risikoen herfor var mellem 0,2 og 0,5 %, hvilket blev bekræftet. På denne fælleskonference blev alene fuld narkose

nævnt, hvorimod lokalbedøvelse ikke blev omtalt. Dette skete først på operationsdagen.

På operationsdagen mødte hun kl. 10.00, men hun kom først til efter frokost. Hun blev flyttet til kæbekirurgisk afdeling på grund af, at der kunne lånes en operationsstue. Den nærmere baggrund herfor fik hun ikke at vide. Det var i øvrigt ikke akut, og derfor var hun overrasket over tempoet, idet hun havde set, at ventetiden kunne være mellem 6 og 9 måneder.

Overlæge 1 var den eneste, der anvendte lokalbedøvelse i forbindelse med operationen, men han sagde, at det ikke var kompliceret og at de vidste, hvad de gik efter. Det blev ikke omtalt, at der ikke ved lokalbedøvelse kunne anvendes nervestimulatur, og det var hun lidt frustreret over. Ved telefonkonsultationen den 11. maj 2018 sagde Overlæge 1, at de måtte operere lidt i blinde, ligesom han forklarede om årsagen til stemmebåndsskaden.

Under operationen hørte hun Overlæge 1 sige noget om, at der var en blødning og at der var behov for et sug. Hun konstaterede også, at blødningen blev brændt inden hun blev lagt i fuld narkose. Der var ramt et blodkar, hvor den fremkaldte blødning var svær at stoppe.

Hun havde dagen efter hverken ondt i muskler eller knogler. Problemerne i halsen forbandt hun i stedet med den smertestillende behandling. Da det ikke forsvandt og stemmen således ikke blev bedre, kontaktede hun selv Behandlingssted 2, idet Behandlingssted 1 ville se tiden an. Logopæden sagde, at hun skulle i gang med stemmetræning med det samme, idet det kunne betyde større skade at afvente. Hun startede derfor i et forløb efter 14 dage, herunder med øvelser. Disse har hjulpet meget, men stemmen har ikke den samme styrke og udholdenhed som før.

Generne har siden operationen været de samme, og træningen gør alene, at den nuværende tilstand kan vedligeholdes.

Hun blev opsagt i juni 2018 til fratrædelse den 31. december 2018 og hun var sygemeldt til foråret 2019, hvor hun af jobcenteret blev sendt i virksomhedspraktik på et autoværksted. Hun kontaktede en læge, som hun tidligere havde arbejdet sammen med, og derigennem fik hun kontakt til sin nuværende arbejdsplads. Hun startede i praktik i midten af marts 2019 og blev fastansat den 1. august 2019. I modsætning til da hun tidligere arbejdede på deltid, kan hun ikke nu arbejde fuldtid.

Fra maj 2018 til i dag er tilstanden uforandret, og hun har derfor stadig udfordringer med stemmen. Hun bliver hæs og får ondt ved længere tids tale og hun

kan ikke tale med baggrundsstøj. Hun har vejrtrækningsproblemer, da det lamme stemmebånd fylder halvdelen af luftrøret, hvilket er svært at styre, når hun ikke sidder ned. Hun dyrker ikke andet end yoga nu. Hun kan ikke lave bugpres, og hun kan ikke hoste og har synkebesvær på grund af problemer i de øvre luftveje. Hun er stadig psykisk påvirket af hændelsen og følgerne af den.

Hun opfatter det sådan, og gjorde det også den gang, som om, at brugen af lokalbedøvelse var en form for eksperiment.

Forespurgt af advokat Stine Pedersen forklarede hun, at den formelle grund til hendes afskedigelse pr. 31. december 2018 var nedskæringer og omstruktureringer i den forbindelse. Det var dog hendes sygdom, der var den reelle begrundelse.

B har forklaret, at han siden 2003 har været gift med **A** og at de har to børn. Han er Direktør i en Virksomhed med kontor i udlandet. Mens børnene var små, var **A** på deltid, hvilket udelukkende var af hensyn til børnene.

Han bemærkede i slutningen af 2017, at hun blev syg, idet hun havde smerter af forskellig art, ligesom hun dyrkede mindre motion og bevægede sig mindre end tidligere.

Han var med på sygehuset i forbindelse med operationen den 9. maj 2018, hvor der var et formøde med en kirurg og en anæstesilæge. Det var ikke den kirurg, der skulle forestå operationen, der deltog i formødet. De talte ved formødet om lokalbedøvelse i stedet for fuld bedøvelse, idet overlægen var begyndt på at gennemføre operationen i lokalbedøvelse. Det var ikke noget der skulle være problematisk. Efter formødet gik de til kæbekirurgisk afdeling, hvilket undrede ham lidt. Han kan ikke i dag huske, hvad forklaring var på, at operationen skulle foregå på kæbekirurgisk afdeling. Overlægen kom til stedet og fortalte om operationen, herunder at der var som at smutte en mandel.

Operationen var sat til at vare en halv time, men det tog længere tid. På et tidspunkt kom overlægen ud til ham og startede med at sige ups. Han beklagede at der var sket en fejl, idet der var opstået en blødning tæt på en stemmenerve, og den skulle standses. **A** blev derfor lagt i fuld bedøvelse. Efter operationen kom hun på patienthotellet. Hun var meget hæs og sagde, at det ikke var så godt. Med hendes baggrund som sygeplejerske, var det noget, hun var bedre til at vurdere end han var. Hun har fortsat problemer med stemmen og hun udtrættes hurtigt stemmemæssigt.

Parternes synspunkter

A har i sit påstandsdokument til støtte for den nedlagte påstand anført:

" ...

ANBRINGENDER:

Til støtte for den nedlagte påstand gøres det gældende:

- at** Der er det fornødne sikre grundlag for at tilsidesætte Ankenævnet for Patienterstatnings afgørelse af 2. juni 2020, idet det gøres gældende;
- at** Ankenævnet for Patienterstatnings lægekonsulent i sin vejledning af Ankenævnet for Patienterstatning har taget udgangspunkt i en anden lidelse end den, sagsøger blev opereret for,
- at** Retten i øvrigt ikke kan lægge nævneværdig vægt på Ankenævnet for Patienterstatnings lægekonsulents vejledning, da retten ikke kan få oplyst, hvad konsulenten er blevet spurgt om,
- at** sagsøger ved operationen den 9. maj 2018 pådrog sig en erstatningsberettiget patientskade i form af højresidig recurrensparese,
- at** sagsøgers recurrensparese er permanent og ikkeforbigående,
- at** en recurrensparese er en generende komplikation med hæshed og stemmetræthed som dominerende symptomer, men hvor også vejrtrækning, bugpresse samt hoste- og synkefunktion påvirkes og hæmmer bl.a. fysisk aktivitet,
- at** der jf. Retslægerådets besvarelse ikke var særlige forhold hos sagsøger, som kunne medføre en særlig risiko for hende,
- at** sagsøger som følge af skaden oplever store udfordringer og begrænsninger i dagligdagen og dermed en generelt nedsat livskvalitet,
- at** sagsøger forud for operationen den 9. maj 2018 var fuldstændig rask bortset fra følgerne af adenomet – følger som helt forsvandt efter operationen,
- at** en operation som den foretagne som det helt klare udgangspunkt udføres i generel anæstesi, men kan udføres i lokal anæstesi, hvis det må anses for risikofyldt at operere den pågældende patient i generel anæstesi,

- at** det ikke var forbundet med særlige risici at operere sagsøger i generel anæstesi, men at det blev fravalgt pga. pladsproblemer på afdelingen,
- at** skaden kunne have været undgået ved anvendelse af anden operationsteknik, jf. KEL § 20, stk. 1, nr. 3
- at** det ved operation i lokal anæstesi ikke er muligt at anvende nervestimulatur,
- at** overvågning af stemmebåndsnervens funktion under operation bidrager til at reducere stemmebåndslammelser efter kirurgi, ellers ville der ikke være nogen grund til, som Retslægerådet anfører i spørgsmål 7, at brug af nervestimulatur er standard i den vestlige verden,
- at** operationen som følge af ovenstående ikke blev udført i overensstemmelse med den behandling, en erfaren specialist ville have foretaget, jf. KEL § 20, stk. 1, nr. 1,
- at** det er overvejende sandsynligt, at skaden ville være undgået, hvis specialiststandarden var blevet fulgt (generel anæstesi), da der i så fald kunne være anvendt nervestimulatur, subsidiært at det er overvejende sandsynligt at skaden kunne have været undgået, jf. KEL § 10, stk. 1, nr. 3 hvis man havde anvendt en anden (= den planlagte) behandlingsmetode,
- at** risikoen for ensidig permanent recurrensparese er omkring 0,5 %, hvorfor sagsøgers skade er tilstrækkelig sjælden i forhold til den sygdom, hun blev behandlet for, jf. KEL § 20, stk. 1, nr. 4,
- at** den påførte skade går ud over hvad sagsøger med rimelighed må tåle, jf. KEL § 20, stk. 1, nr. 4,
- ..."

Styrelsen for Patientklager har i sit påstandsdokument til støtte for den nedlagte påstand anført:

" ...

2. ARGUMENTATION OG ANBRINGENDER

2.1 Frifindelse

2.1.1 *Prøvelse af ankenævnets afgørelse - bevisbyrde*

Til støtte for den nedlagte påstand om frifindelse gøres det gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse af 2. juni 2020 (bilag 22).

Ankenævnet er et kollegialt organ med en særlig sagkundskab og erfaring i at bedømme sager efter KEL, da ankenævnet består af medlemmer med juridisk og lægevidenskabelig baggrund, og da ankenævnet behandler et stort antal sager. Dette må tages i betragtning ved bevisbedømmelsen, og der skal derfor foreligge et sikkert grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse.

Det er A, der har bevisbyrden. Der er ikke under sagen fremkommet sådanne oplysninger, som kan danne grundlag for en tilsidesættelse af ankenævnets afgørelse. A har derfor ikke løftet sin bevisbyrde for, at der er et tilstrækkeligt sikkert grundlag for at tilsidesætte afgørelsen.

2.1.2 *Retsgrundlag*

En patient er berettiget til erstatning, hvis patienten ved behandling, undersøgelse eller lignende med overvejende sandsynlighed er blevet påført en skade, jf. KEL § 19, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, og skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af de i § 20, stk. 1, nr. 1-4, anførte måder.

Følger af selve grundlidelsen og dens forløb berettiger ikke til erstatning efter KEL, og det er således alene skade som følge af en (manglende) behandling, undersøgelse eller lignende, som kan danne grundlag for erstatning.

De behandlingsskridt, som blev iværksat, skal bedømmes ud fra de objektive fund og subjektive klager samt ud fra den medicinsk-videnskabelige indsigt og erfaring, som var til stede på behandlingstidspunktet, og ikke ud fra en viden, som er opnået efterfølgende.

Det er efter KEL § 20, stk. 1, nr. 1, en betingelse for erstatning, at skaden med overvejende sandsynlighed skyldes, at behandlingen ikke er udført i overensstemmelse med, hvordan en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet.

Bevisbyrden for, at skaden med overvejende sandsynlighed skyldes, at behandlingen ikke er udført i overensstemmelse med, hvordan en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet, påhviler A.

Efter KEL § 20, stk. 1, nr. 4, kan der ydes erstatning, hvis der som følge af undersøgelse, herunder diagnostiske indgreb, eller behandling indtræder skade i form af infektioner eller andre komplikationer, der er mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed må tåle. Der skal herved tages hensyn til dels skadens alvor, dels patientens sygdom og helbredstilstand i øvrigt samt til skadens sjældenhed og mulighederne i øvrigt for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning.

Efter fast praksis er det en betingelse for erstatningsberettigelse efter KEL § 20, stk. 1, nr. 4, at de i ordlyden udtrykte kriterier om sjældenhed og alvorlighed begge er opfyldt.

Ved vurdering af, om alvorlighedskriteriet er opfyldt, er det afgørende grundlidelsens relative alvorlighed og sagsøgerens helbredstilstand i øvrigt set i forhold til den indtrufne skade. Ved behandling af en alvorlig sygdom må patienten acceptere mere omfattende skader end ved behandling af en mindre alvorlig sygdom.

For så vidt angår kriteriet om sjældenhed fremgår det af forarbejderne og praksis, at betingelsen kun er opfyldt, hvis hyppigheden er mindre end 2 %.

Det bemærkes tillige, at det er ankenævnets afgørelse, der er til prøvelse i sagen, og at lægefaglige tilkendegivelser og vurderinger i øvrigt samt lægefaglige vejledninger, der tilsiger en anden vurdering af behandlingen på Behandlingssted 1, ikke i sig selv kan føre til en tilsidesættelse af ankenævnets afgørelse. Tilkendegivelser fra behandlende læger indgår sammen med sagens øvrige oplysninger, og ankenævnet er ikke ved afgørelsen bundet af sådanne tilkendegivelser og heller ikke forpligtet til at indhente sådanne. Den behandlende læge har pligt til at vejlede om muligheden for at søge erstatning. En tilkendegivelse om, at der er grundlag for erstatning, er dog uden for den pågældendes kompetence. Ankenævnet har i øvrigt været bekendt med de i sagen fremlagte bilag, men ankenævnet foretager en selvstændig vurdering af sagens lægefaglige spørgsmål. Det kræver et tilstrækkeligt sikkert grundlag for at ankenævnets afgørelse kan tilsidesættes.

2.1.3 *Den konkrete sag*

2.1.3.1 Ankenævnets afgørelse af 2. juni 2020 (bilag 22)

Det bemærkes indledningsvist, at ankenævnet har fundet, at A med overvejende sandsynlighed er påført en skade i form af stemmebåndslammelse som følge af operationen den 9. maj 2018, og at der således ikke er tvist mellem parterne om, hvorvidt betingelsen om årsagssammenhæng er opfyldt, jf. KEL § 19, stk. 1, jf. § 20, stk. 1.

Derimod består tvisten i, hvorvidt der er et ansvarsgrundlag for den påførte skade, som kan berettige A til eventuel erstatning.

KEL § 20, stk. 1, nr. 1

Det gøres gældende, at ankenævnet med rette har fundet, at behandlingen af A's grundlidelse på Behandlingssted 1 den 9. maj 2018, hvor man ledes en erfaren specialist på det pågældende område ville have gjort under de givne forhold.

Endvidere gøres det gældende, at der var indikation for at udføre operationen set i forhold til A's gener og risici ved grundlidelsen ubehandlet, og at der tillige var indikation for at udføre operationen med lokalbedøvelse.

Dertil bemærkes, at ankenævnet med rette har lagt vægt på, at det er almindelig anerkendt, at lokalbedøvelse kan anvendes ved denne type operation, hvis det konkret vurderes at være muligt. Lokalbedøvelse er en mindre indgribende bedøvelsesmetode forbundet med færre risici end ved fuld narkose. Der foreligger ikke oplysninger om forhold ved A, der kontraindicerede anvendelse af lokalbedøvelse. Når operationen udføres med lokalbedøvelse, er det ikke muligt at anvende nervestimulatur.

Det bestrides, at den anvendte behandling, herunder operationsteknik, valg af bedøvelsesmetode og heraf (ikke) anvendelse af nervestimulatur, med overvejende sandsynlighed har medført, at den påførte skade ikke kunne være undgået.

Endvidere bestrides det, at valg af bedøvelsesmetode blev ændret, herunder at der skulle være sket et fravalg af fuld bedøvelsepga.

pladsproblemer på afdelingen, idet det blandt andet fremgår i journalen fra Behandlingssted 1 forud for operationen, at der var planlagt lokalbedøvelse.

Det gøres sammenfattende gældende, at den opståede skade på recurrensnerven må betragtes som en hændelig komplikation til operationen, som blev udført, som en erfaren specialist ville have gjort, og at der således ikke er grundlag for erstatning efter KEL § 20, stk. 1, nr. 1.

KEL § 20, stk. 1, nr. 4

Hændelige komplikationer kan imidlertid give ret til erstatning, såfremt skaderne er mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed må tåle. I den forbindelse skal der ses på skadernes relative sjældenhed og på skadernes alvorlighed. Det er en betingelse for erstatningsberettigelse, at de to kriterier om sjældenhed og alvorlighed begge er opfyldt, hvorfor A's behandlingsskade ikke kan berettige til erstatning, hvis begge eller blot det ene kriterie ikke er opfyldt.

Det gøres gældende, at selv hvis det måtte lægges til grund, at skaden er tilstrækkelig sjælden, da har ankenævnet med rette fundet, at skaden i form af stemmebåndslammelse er ikke tilstrækkelig alvorlig i forhold til den grundlidelse, A blev behandlet for.

Dertil bemærkes, at ankenævnet ved vurdering af alvorlighed har lagt vægt på, at A allerede inden operationen var generet af symptomer som følge af sin grundlidelse i form af blandt andet træthed, åndenød, hjertebanken, muskelsmerter og nedsat energi, samt at grundlidelsen ubehandlet kunne medføre kronisk nyreskade.

Det bemærkes videre, at det af sagens bilag, herunder blandt andet egen læges journal og journal fra Behandlingssted 1, fremgår, at A var væsentlig helbredsmæssigt påvirket i en længere periode forud for operationen, herunder at hun ikke kunne motionere, havde søvnbesvær, nedsat humør, hukommelsesproblemer, hovedpine samt knoglesmerter og nedsat kraft i arme og ben.

Selvom generne som følge af skaden ikke er af uvæsentlig karakter, har ankenævnet med rette vurderet, at der samlet set ikke er tale om et misforhold i forhold til de gener, hun allerede havde, oghendes

nuværende gener, samt de gener, hun ville have haft, hvis hun ikke var blevet opereret.

Det gøres sammenfattende gældende, at skaden ikke er mere omfattende, end hvad A med rimelighed må tåle, og at der således ikke er grundlag for erstatning efter KEL § 20, stk. 1, nr. 4.

2.1.3.2 Retslægerådets udtalelse af 15. marts 2022

Sagen har under forberedelsen været forelagt for Retslægerådet, som har afgivet en udtalelse af 15. marts 2022, der understøtter ankenævnets afgørelse af 2. juni 2020, der er til prøvelse i denne sag.

Det fremgår af svaret på spørgsmål 5, at Retslægerådet er enig i ankenævnets vurdering af, at operationen var velindikeret.

Af svarene på spørgsmål 7, 8, 9 og 11 fremgår, at fremgangsmåden ved operationer af hyperparathyroidisme som udgangspunkt foregår ved anvendelse af fuld bedøvelse og anvendelse af nervemonitorering, og at få af de operationer foregår med lokalbedøvelse. Dog fremgår det også, at der ikke findes retningslinjer, der forhindrer brugen af lokalbedøvelse fremfor fuld bedøvelse. I spørgsmålene om, hvorvidt operationen og den valgte operationsteknik blev udført i overensstemmelse med almindelige anerkendte retningslinjer, har Retslægerådet henvist til ovenstående, og det må således lægges til grund, at operationen er udført i overensstemmelse med lægefaglige retningslinjer.

Dertil fremgår det af svarene på spørgsmål 7 og 10, at anvendelse af nevestimulator i nogle situationer letter identifikationen af nervus-recurrence, men også, at det ikke er tilstrækkeligt videnskabeligt dokumenteret, at anvendelse af nervestimulatore mindsker risikoen for stemmebåndslammelse.

I svaret på spørgsmål 4 (4.4) fremgår det, at grundlidelsen kan ses an uden behandling, hvis patienten ikke har symptomer eller komplikationer som følge heraf, og at symptomgivende sygdom kan behandles (men ikke kureres) medicinsk, hvilket understøtter, A's grundlidelse var symptomgivende.

Dertil fremgår det af svaret på spørgsmål 4 (4.5), at operation af grundlidelsen med overvejende sandsynlighed vil nedsætte risikoen for nyresten og nyrefunktionsnedsættelse.

For så vidt angår KEL § 20, stk. 1, nr. 1, fremgår det sammenfattende af Retslægerådets besvarelse, som vurderet af ankenævnet, at anvendelse af lokalbedøvelse til denne operation ikke er i uoverensstemmelse med lægefaglige standarder.

For så vidt angår KEL § 20, stk. 1, nr. 4, og det blandt andet heri indeholdte alvorlighedskriterie, fremgår det af besvarelsen, at grundlidelsen var symptomgivende i en sådan grad, at den skulle kureres med operation og ikke blot behandles med medicin. Som ankenævnet også har lagt vægt på, har Retslægerådet anført, at grundlidelsen ubehandlet kan medføre kronisk nyreskade.

Derfor bestrides det overordnet, at ankenævnets afgørelse af 2. juni 2020 (bilag 22) er tilsidesat med Retslægerådets besvarelse, hvorefter ankenævnet fastholder, at A ikke er påført en erstatningsberettigende behandlingsskade omfattet af KEL ved behandlingen på Behandlingssted 1 den 9. maj 2018.

Det gøres således gældende, at A ikke kan løfte bevisbyrden for, at behandlingen ikke har været i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer, samt at behandlingsskaden er tilstrækkelig alvorlig.

Sammenfattende gøres det gældende, at der under sagen ikke er tilvejebragt et tilstrækkeligt sikkert grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse af 2. juni 2020 (bilag 22), hvorfor der skal ske frifindelse.

..."

Parterne har under hovedforhandlingen nærmere redegjort for deres opfattelse af sagen.

Rettens begrundelse og resultat

Det fremgår af afgørelserne fra henholdsvis Patienterstatningen af 27. juni 2019 og Ankenævnet for Patienterstatningen af 2. juni 2020, at det lægges til grund, at A ved operationen den 9. maj 2018 for hyperparathyreoidisme blev påført en skade på stemmebåndet, recurrensparese, jf. lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 19, stk. 1.

Efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 20, stk. 1, nr. 1, skal der ved vurderingen af, hvorvidt recurrensparesen, som A blev påført, kan begrunde udbetaling af erstatning, tages hensyn til, i hvilket omfang behandlingen af grundlidelsen, primærhyper-

parathyreoidisme, afviger fra den behandling, som en erfaren specialist ville have givet, og i hvilket omfang denne afvigelse har betydning for skadens indtræden eller omfang.

A gennemgik den 9. maj 2018 en operation for primær hyperparathyreoidisme efter hun forinden havde gennemgået en række undersøgelser på baggrund af, at hun udviste symptomer på hypercalcæmi, hvilket blev beskrevet som smerter i muskler og led, træthed og nedsat humør. Af journaltilførslen for operationen den 9. maj 2018 fremgår, at operationen blev gennemført i lokalbedøvelse, hvilket A har forklaret, at hun først på operationsdagen blev gjort bekendt med i forbindelse med, at operationen skulle gennemføres på en anden afdeling. Under operationen opstod en større blødning, og håndteringen af blødningen, der lå tæt på stemmebåndet, medførte det, der i første omfang blev vurderet som i hvert fald en midlertidig lammelse af stemmebåndet, recurrensparese. Det er endvidere af den opererende overlæge, Overlæge 1, anført, at der desværre ikke var en nervestimulatur med ved operationen, da den ikke kan anvendes ved lokalbedøvelse. Efterfølgende viste det sig, at recurrensparesen var af mere varig karakter.

Om det forudgående forløb fremgår af journaltilførsel den 4. maj 2018 kl. 9.20, udført af Overlæge 3, Afdeling 1, at den ønskede bedøvelse er lokalbedøvelse og at der er orienteret om fastegeler. Af journaltilførsel samme dag kl. 9.57 fremgår, at monitoreringsplanen for anæstesi er standard og at der ligeledes er forberedt på fuld narkose, ligesom der er givet samtykke til den planlagte anæstesi. Denne tilførsel er udført af afdelingslæge, Afdeling 2. Af journaltilførsel fra samme dag kl. 10.00, udført af overlæge, Diabetes og Hormonsygdomme, med læge som medunderskriver, fremgår, at A blev informeret om, at operationen ville foregå i fuld narkose, og at der var en lille risiko for blandt andet recurrensparese. Det fremgår ligeledes, at A skulle indlægges på patienthotel til fokuseret indgreb i lokalbedøvelse. Det lægges på baggrund af A's forklaring til grund, at hun den 4. maj 2018 i forbindelse med forberedelsen af operationen, trods de modsatrettede angivelser i journalen, alene blev informeret om, at operationen skulle forgå i fuld narkose, og at lokalbedøvelse først blev nævnt på operationsdagen, den 9. maj 2018.

Af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 3 i erklæringen af 15. marts 2020 fremgår, at operation for primær hyperparathyreoidisme i Danmark indbefatter anvendelse fuld narkose og nervemonitorering. Det fremgår ligeledes af besvarelsen, at denne metode er standard, dels i Danmark, og dels i den vestlige verden som helhed. Om formålet med nervemonitoreringen anføres, at det er for at

undgå eller reducere risikoen for nervelæsion. Gennemførelse af operationen under anvendelse af lokalbedøvelse, og således uden nervemonitorering, forbeholdes patienter, der af medicinske grunde har en øget risiko ved fuld narkose. En tilsvarende beskrivelse af valget mellem fuld narkose og lokalbedøvelse fremgår af vejledning til udredning og behandling af primær hyperparathyreoidisme, postoperativ sekundær hyperparathyreoidisme og postoperativ hypoparathyreoidisme fra Dansk Knoglemedicinsk Selskab fra 2012, punkt 9.3.5.

Navnlig på baggrund af Retslægerådets erklæring, sammenholdt med vejledningen fra 2012 fra Dansk Knoglemedicinsk Selskab vedrørende udredning og behandling af primær hyperparathyreoidisme, postoperativ sekundær hyperparathyreoidisme og postoperativ hypoparathyreoidisme, afveg behandlingen, hvor operationen blev gennemført i lokalbedøvelse, fra almindelig specialiststandard, hvor operationen gennemføres i fuld narkose og med indsættelse af nervemonitorering for at undgå eller begrænse risikoen for nervelæsioner som den, A blev påført ved operationen den 9. maj 2018. Der er herved lagt vægt på, at der ikke foreligger oplysninger om, at A af medicinske grunde havde en forøget risiko ved fuld narkose, eller om, at grundlidelsen havde en sådan karakter, at operationen skulle foretages under omstændigheder, hvor det kun kunne ske i lokalbedøvelse, og dermed uden nervemonitorering. Som følge af baggrunden for og udbredelse af brugen af nervemonitorering ved operation for primær hyperparathyreoidisme, findes det endvidere sandsynliggjort, uanset der ikke, som Retslægerådet anfører i besvarelsen af spørgsmål 7, foreligger videnskabelig dokumentation for effekten i tilstrækkeligt dimensionerede randomiserede kliniske undersøgelser, at fuld narkose med nervemonitorering kunne have hindret læsionen af stemmebåndet eller begrænset følgerne heraf. Herefter opfylder A betingelserne for at få erstatning i medfør af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 20, stk. 1, nr. 1, hvorfor hendes påstand tages til følge.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb, herunder af sagen har været forelagt Retslægerådet, og udfald fastsat til 77.000,00 kr. hvoraf 2.000,00 kr. er til dækning af retsafgift og 75.000,00 kr. er til dækning af advokatudgift. Dette beløb er inklusiv moms, idet A er ikke momsregistreret.

THI KENDES FOR RET:

Ankenævnet for Patienterstatningen skal anerkende, at A er påført en erstatningsberettigende skade ved operationen den 9. maj 2018 på Behandlingssted 1.

Sagen hjemvises til Ankenævnet for Patienterstatningen.

Ankenævnet for Patienterstatningen skal inden 14 dage til A betale 75.000,00 kr. i sagsomkostninger.

Sagsomkostningerne forrentes i medfør af rentelovens § 8a.



Vejledning

Retten har afsagt dom i sagen.

Hvis du er utilfreds med afgørelsen, kan du som udgangspunkt anke (klage over) dommen til landsretten. Hvis du kun er utilfreds med dommens afgørelse om sagsomkostninger, kan du kære (klage over) denne del af afgørelsen til landsretten.

Ikke alle afgørelser kan ankes eller kæres

Du kan kun anke dommen, hvis forskellen mellem byrettens dom og det resultat, du ønsker at opnå i landsretten, er over 20.000 kr. Hvis forskellen er mindre, skal du have tilladelse fra Procesbevillingsnævnet for at anke.

Landsretten kan afvise at behandle en ankesag, hvis landsretten vurderer, at der ikke er udsigt til, at sagen vil få et andet udfald i landsretten.

Du kan kun kære afgørelser om sagsomkostninger, hvis omkostningsbeløbet er fastsat til mere end 20.000 kr., eller hvis retten har bestemt, at ingen af parterne skal betale sagsomkostninger, og du kræver, at modparten skal betale mere end 20.000 kr. I andre situationer kan du kun kære omkostningsafgørelsen, hvis du får tilladelse fra Procesbevillingsnævnet.

Frister for at anke og kære

Fristen for at anke er **4 uger** fra dommens dato. Hvis du ikke kan anke uden en tilladelse fra Procesbevillingsnævnet, skal du indlevere en ansøgning til Procesbevillingsnævnet inden **4 uger**.

Fristen for at kære omkostningsafgørelsen er **2 uger** fra dommens dato. Hvis du ikke kan kære afgørelsen uden tilladelse fra Procesbevillingsnævnet, skal du indlevere en ansøgning til Procesbevillingsnævnet inden **2 uger**.

Sådan gør du, hvis du vil anke eller kære

Du kan anke dommen på minretssag.dk ved at trykke på knappen "Opret appel" og derefter vælge "Anke" og følge vejledningen. Hvis du vil kære omkostningsafgørelsen, skal du vælge "Kære" og følge vejledningen.

Hvis du søger om tilladelse til anke eller kære hos Procesbevillingsnævnet, skal du indlevere din ansøgning til Procesbevillingsnævnet. Du kan ikke indlevere

ansøgningen på minretssag.dk.

Du kan læse mere på domstol.dk.

Publiceret til portalen d. 14-11-2022 kl. 13:36

Modtagere: Sagsøgte Styrelsen for Patientklager, Sagsøger A, Advokat (H)

Kirstine Margrethe Kryger Dyekjær, Advokat Stine Pedersen