



RETTEEN I RANDERS DOM

afsagt den 13. januar 2023

Sag BS-10653/2017-RAN

A

(advokat Lone Damgaard Horup)

mod

Ankenævnet for Patienterstatning
(advokat Anders Falkenberg Laursen)

Denne afgørelse er truffet af dommer Kirsten Schmidt.

Sagens baggrund og parternes påstande

Retten har modtaget sagen den 21. juni 2017.

Sagen drejer sig om, hvorvidt en behandlingsskade berettiger til erstatning.

Sagsøger, A, har fremsat påstand om, at sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatning, skal anerkende, at hun ved behandlingen den 12. januar 2015 blev påført en patientskade.

Ankenævnet for Patienterstatning har fremsat påstand om frifindelse, subsidiært hjemvisning.

Dommen indeholder ikke en fuldstændig sagsfremstilling, jf. retsplejelovens § 218 a.

Oplysningerne i sagen

Parterne har været enige om, at sagsforløbet som beskrevet i Patienterstatningens afgørelse af 6. juli 2016 kan lægges til grund som ubestridt:

"...

Den 11. januar 2015 fik du et smæld ved venstre ankel i forbindelse med en håndboldkamp og havde herefter smerter og hævelse i området. Du blev undersøgt på skadestuen på Hospital 1 samme dag. Undersøgelsen viste en tydelig defekt i akillessenenens forløb, og at du ikke kunne strække i fodledet (plantarflektere). En akillessenetest (Thompson test) viste ingen funktionstegn fra akillessenen. Man vurderede, at din akillessene var fuldstændig bristet, og at der var grundlag for at foretage operation.

Ved operation 12. januar 2015 fik du syet akillessenen sammen. Efter operationen fik du lagt foden i en walkerstøvle med kiler og blev instrueret i at aflaste foden det første stykke tid.

Ved kontrol 26. januar 2015 havde du smerter, men ingen rødme eller hævelse ved operationsarret. Du fik fjernet en kile fra støvlen.

Den 2. februar 2015 fik du fjernet endnu en kile fra støvlen. Ved en undersøgelse konstaterede man, at din fod svævede i støvlen. Du blev opfordret til at presse foden ned til kilerne i støvlen, så længe du ikke fik smerter.

Ved kontrollen 9. februar 2015 fik du fjernet den sidste kile fra støvlen. Du havde smerter ved berøring og bevægelse af foden. Du skulle komme til ny kontrol og blev samtidig henvist til genoptræning.

På grund af smerter i forbindelse med din genoptræning var du til ekstra kontrol 17. februar 2015. Undersøgelsen viste hævelse på begge sider af anklen og på fodens yderside. Lægmusklerne var bløde og uden ømhed, og der var funktion af akillessenen.

Ved ambulant kontrol 23. februar 2015 havde du smerter og en sovende fornemmelse på begge sider af anklen. En røntgenundersøgelse viste ingen tegn på brud eller ledskred. Du skulle behandle smerterne med Tradolan (nerve-medicin) og en kompressionsstrømpe.

Den 9. marts 2015 var du til ekstra kontrol på sygehuset. Der havde været effekt af nervemedicinen, da smerterne var aftaget, og du nu kunne føle dine tæer. Din behandling blev igen afsluttet.

Ved en ambulant kontrol 28. oktober 2015 var smerterne blevet mindre, men der var fortsat hævelse. Du havde let nedsat bevægelighed i anklen. Du blev opfordret til at fortsætte den iværksatte genoptræning.

Den 29. december 2015 var du plaget smerter og nedsat følesans omkring venstre hæl. En undersøgelse på Hospital 1 viste, at der var nedsat kraft og spænding i akillessenen, ligesom der var ømhed ved Baxter-ner-

vens forløb bag på hælen. Man vurderede, at din akillessene var forlænget. Du blev derfor opfordret til at fortsætte genoptræning. Du blev også henvist til en neurologisk afdeling (smerteklinik) for at få behandlet dine smerter.

En undersøgelse på neurologisk afdeling på Hospital 2 12. januar 2016 viste, at du havde en haltende gang på grund af svære føleforstyrrelser og smerter ved venstre hæl og ankelled. Der skulle foretages en nerveledningsundersøgelse. Du blev behandlet med blokadeplaster og fik tilføjet en anden type nervemedicin (Lyrica) til din behandling.

Nerveledningsundersøgelse 4. marts 2016 viste, at venstre suralis-nerve var påvirket, og at der var nedsat følesans på ydersiden af hæl og underben.
..."

Det er oplyst, at A den 23. februar 2015 begyndte at arbejde deltids med indledningsvist 2 timer dagligt efter sygemeldingen den 13. januar 2015.

A blev den 4. marts 2016 undersøgt på Privathospital 1, der den 2. maj 2016 konkluderede, at "Undersøgelsen forenelig med venstresidig nervus suralislæsion."

Af lægelig vurdering udarbejdet af Lægefaglig konsulent 1, Patienterstatningen, fremgår:

"...

Patienten har et sammensat symptombillede. I Journalerne er anført at det kunne dreje sig om reflexdystrofi, men som kasus er beskrevet i journalerne, opfylder patienten ikke Budapestkriterierne på CRPS. Der er, ved nerveledningsundersøgelse, påvist en skade på nervus suralis. Nerven bringer følesans til ydersiden af bagfoden fremmod ankelknoen. Baseret på foreliggende dokumenter, ser det imidlertid ud til at nervesmerter først tilkom efter nogle måneder.

Dette kan passe med, at nerven er blevet fanget i arvæv, en komplikation, som man ikke kan gardere sig mod. Undertegnede finder at dette med overvejende sandsynlighed er forklaringen på patientens neuralgiforme smerter.

Behandlingen af achillessenerupturer går i retning af konservativ behandling, men det er ikke fejl at sy senen. Der er imidlertid brugt en sutur som i producentens datablad, anføres at være kontraindiceret, hvor der vil være tension i det væv som sys sammen. Strengt taget altså, ikke ESS. Baseret på journalnotaterne, har dette dog med overvejende sandsynlighed ikke haft indflydelse på slutresultatet.

Efterbehandlingen med plaststøvl med kiler var i tråd med ESS, og patienten blev fulgt godt op med kontroller og adækvate undersøgelser og terapiforsøg. Forventet sygeperiode ved ukompliceret forløb, immobilisering i 8 uger med

tiltagende belastning. Varierende tid for at opnå god bevægelighed og smertefrihed, gennemsnit 3 måneder.

Konklusion:

Undertegnede finder ikke, at der foreligger skade som følge af fejl ved behandlingen.

..."

Ankenævnet for Patienterstatningen traf den 22. december 2016 følgende afgørelse:

" ...

Ankenævnet for Patienterstatningen er enig i Patienterstatningens afgørelse af 6. juli 2016, som derfor stadfæstes.

Ankenævnet begrundet dog afgørelsen på en anden måde.

A har ikke ret til erstatning for den skade, der skete som følge af behandlingen.

Begrundelse for afgørelsen

Ankenævnet for Patienterstatningen er enig i, at A ikke har ret til erstatning efter klage- og erstatningsloven. Ankenævnet begrundet dog sin afgørelse på en anden måde end Patienterstatningen.

A er med overvejende sandsynlighed påført en skade ved behandlingen på Hospital 1 den 12. januar 2015. Skaden i form af påvirkning af suralis nerven er dog ikke mere omfattende, end hvad A med rimelighed må tåle.

Ankenævnet bemærker følgende til afgørelsen:

A er med overvejende sandsynlighed blevet påført en skade i form af påvirkning af suralis nerven ved operationen den 12. januar 2015 på Hospital 1

Behandlingen, herunder operationen, blev udført, som en erfaren specialist på det pågældende område ville have gjort under de givne forhold.

Der var grundlag for at udføre operationen, fordi As venstre achillessene var bristet (achillesseneruptur).

Operationen blev udført efter anerkendt metode. Der opstod alligevel en skade i form af påvirkning af suralis nerven.

Efter ankenævnets opfattelse bør en achillesseneruptur behandles operativt, medmindre særlige forhold taler imod (se nedenfor), idet operativ behandling

samlet set giver det bedste resultat, fordi man hurtigere normaliserer muskelstyrken, nedsætter risikoen for re-ruptur, senen heler med mindre forlængelse og sygeforløbet er kortere end ved konservativ behandling.

Konservativ (ikke operativ) behandling af en achilleseneruptur bør anvendes, når der er tale om en ældre patient, eller en patient hvis tilstand eller andre forhold taler imod, at man foretager operation. Fordelene ved konservativ behandling er, at man undgår infektion eller nerveskade som følge af behandlingen.

Behandlingsmetoderne er derfor ikke ligeværdige, og konservativ behandling af en achilleseneruptur er dermed heller ikke lige så effektiv som behandling med operation.

A har derfor ikke ret til erstatning efter § 20, stk. 1, nr. 3, i klage- og erstatningsloven.

Skaden i form af påvirkning af suralis nerven er en hændelig komplikation til indgrebet, som opstod, selvom operationen blev udført, som en erfaren specialist ville have gjort.

Skaden er ikke tilstrækkelig sjælden til, at den giver ret til erstatning efter loven. Det skyldes, at denne komplikation sker i mere end to procent af de tilfælde, hvor man opererer bristede achillessener.

Skaden er heller ikke alvorlig nok til at give ret til erstatning efter loven.

As tilstand var alvorlig. Formålet med operationen var at genoprette funktionen af achillessenen bedst muligt. Operationen medførte, at **A** har smerter og føleforstyrrelser omkring achillessenen samt hælregionen.

De gener, **A** fik som følge af skaden, står ikke i alvorligt misforhold til de gener, hun ville have haft, hvis hun ikke var blevet opereret, idet senen ville være helet med forlængelse og betydende nedsat kraft over anklen ved nedad føring af foden.

Skaden er efter ankenævnets vurdering ikke mere omfattende, end hvad **A** med rimelighed må tåle.

For så vidt angår **A** bemærkninger om, at hun forud for operationen ikke blev gjort bekendt med, at der kunne være risiko for skade på nervus suralis, kan det generelt oplyses, at Ankenævnet for Patienterstatningen alene træffer afgørelse om, hvorvidt et konkret behandlingsforløb giver ret til erstatning som følge af en påført skade. Klage over manglende information fra en sundhedsperson, skal indgives til Styrelsen for Patientsikkerhed. Hvis klagen angår en bestemt sundhedsperson, skal klagen indgives til Sundhedsvæsenets

Disciplinærnævn. Oplysninger om begge slags klager kan findes på www.stps.dk.

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 6. juli 2016, dog med en ændret begrundelse.
..."

Af informationsmateriale fra Hospital 3 om konservativ behandling af en overrevet akillessene, hvor foden fikseres i en bandage/støvle i otte uger i en aflastende stilling, mens senen vokser sammen, fremgår, at patienten først efter fem uger må begynde at støtte på foden og bevæge i fodledet. Efter tre uger vil den nederste kile i støvlen fjernes, så foden begynder at blive rettet op, og efter fem uger fjernes den sidste kile. Patienten må efter fem uger støtte på foden med støvlen på – dog inden for smertegrænsen, og efter otte uger er senen ophelet, hvorefter genoptræning kan påbegyndes. Tolv uger efter operationen må patienten gå almindeligt ned af trapper.

I informationsmateriale fra Hospital 4 anføres:

"...

Nyere forskning viser, at behandling uden operation, hvor man holder fod/ankel immobiliseret i gips eller i en støvle i et par måneder, er lige så effektiv som operation. Samtidig er der ved denne behandling betydelig mindre risiko for bivirkninger end ved en operation, herunder alvorlige bivirkninger som dyb infektion og verveskader.

..."

Retslægerådet har den 23. december 2021 afgivet udtalelse:

"...

Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet besvare de stillede spørgsmål således:

Spørgsmål 1.1:

Var det på tidspunktet for behandlingen af sagsøgers akillesseneruptur almindeligt lægefagligt anerkendt, at akillesseneruptur kunne behandles både operativt og ikke operativt (konservativ behandling).

1.1.1 Var den konservative behandling af akillesseneruptur på operationstidspunktet en metode, der var anvendt blandt specialister.

Ja. Der eksisterer i dag fortsat forskellige behandlinger af akillessene læsioner fra non-operative metoder til operative metoder enten åbne eller per-cutane

(mini invasive). Der er ikke opnået konsensus om hvilken behandlingsmetode, der er at foretrække for den enkelte patient. En aktuel metaanalyse oplyser konklusivt, at operative metoder nedsætter risikoen for re-ruptur, men også, at operative metoder er behæftet med højere komplikations rate. (Meta-Analysis Foot Ankle Surg, (2020):280-288, Review Cochrane Database Syst Rev, (2004), doi:10.1002/14651858.CD003674.pub2) Ugeskr Læger (2015): "Ved behandling af akut akillesseneruptur er det funktionsmæssige resultat efter operativ og ikke-operativ behandling ligeværdigt. Ved operativ behandling ses 3-5% risiko for reruptur og op mod 27-33% risiko for andre komplikationer... Ved ikkeoperativ behandling ses 9-13% risiko for reruptur og 3-8% risiko for andre komplikationer. Ikke-operativ behandling af akut akillesseneruptur fører til øget risiko for reruptur, og operativ behandling fører til øget risiko for andre komplikationer.

Der er ikke klar evidens for, hvilken behandling, der fører til det bedste resultat. Ved ikkeoperativ behandling er det afgørende, at den rette ekspertise og logistik er til stede i behandlingsforløbet, så man ikke risikerer, at ikkeoperativ behandling i stedet bliver til ingen behandling."

Spørgsmål 1.2:

Er det medicinsk anerkendt, at konservativ behandling af akillesseneruptur har været en foreliggende mulighed på danske sygehuse i hvert fald de sidste fem år.

1.2.1 Såfremt spørgsmålet besvares benægtende, bedes Retslægerådet oplyse, hvornår det tidligst var muligt at behandle akillesseneruptur konservativt i Danmark.

Ja.

Spørgsmål 1.3:

Er det medicinsk anerkendt, at der ved den operative behandling på operationstidspunktet kunne foreligge bivirkninger i form af nerveskade, infektion og adhærencedannelse, som ikke ses ved den konservative behandling?

Ja. Adhærencedannelse kan også forekomme ved non-operativ behandling. Derudover kan der i forbindelse med den ikke-operative behandling i det, som følge af skaden, opståede hæmatom (blodsamling) i yderst sjældne tilfælde opstå infektion i området på samme måde som ved andre kvæstelser med hæmatomdannelse. En sådan infektion vil typisk være en følge af bakterier i blodbanen af anden årsag.

Spørgsmål 1.4:

Er det medicinsk anerkendt på skadetidspunktet den 11. januar 2015, at man i undersøgelser og publikationer, hvor man ved metaanalyse har sammenlignet den operative og den ikke operative behandling, ikke har fundet nogen signifikant øget risiko for reruptur i den ikke opererede gruppe, såfremt begge de sammenlignelige grupper er behandlet med et funktionelt genoptræningsprogram.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1.1.

Spørgsmål 1.5:

Er det medicinsk anerkendt, at man på skadetidspunktet et år efter behandling af akilleseneruptur ved undersøgelse af sammenlignelige grupper ikke har fundet nogen påviselig funktionel forskel mellem den operativ og konservativ behandling (ergo og fysioterapeut vurdering).

Retslægerådet kan ikke påtage sig at reviewe al faglitteratur om emnet. Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1.1.

Spørgsmål 1.6:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, hvor mange danske patienter med akut akilleseneruptur, der i operationsåret (år 2015) blev behandlet med konservativ behandling, og hvor mange, som blev operativt behandlet. Spørgsmålet kan også accepteres besvaret med forholdsmæssig procentangivelse.

Spørgsmålet er generelt og Retslægerådet kan ikke påtage sig at reviewe al faglitteratur for emnet. Der kan henvises til Landspatientregisteret.

Spørgsmålet 1.7:

Kan Retslægerådet oplyse, om der på nogle danske sygehuse på skadetidspunktet i deres instruktionsmateriale tilrådes konservativ behandling af akilleseneruptur som første valg.

Spørgsmålet er generelt og besvares ikke af Retslægerådet idet Rådet ikke kan påtage sig at reviewe al faglitteratur for emnet. Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1.1 For mere info kan henvises til: https://danskssportsmedicin.dk/wp-content/uploads/2019/07/maria_-dadb-statusrapport-2019.04.16_endelig-version.pdf. Hvorvidt der findes instruksmateriale kan dokumenteres ved en direkte forespørgsel til landets ortopædkirurgiske afdelinger og akutafdelinger. Dette ligger dog uden for Retslægerådets opgaveportefølje.

Spørgsmål 1.8:

Retslægerådet bedes oplyse, om man på operationstidspunktet ved sammenligning af bivirkninger, konservativt behandling og operativ behandling, som begge følges op af et konkret optræningsforløb, kan foretrække den ene behandlingsmetode frem for den anden.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1.1. Behandlingsmetoder oplyses patienten og valg af metode tages af patienten på oplyst grundlag, typisk i samtale med behandlende læge.

Spørgsmål 1.9:

A var på operationstidspunktet under immunosuppressiv behandling (Methotrexat). Kan Retslægerådet be-/afkræfte, at denne omstændighed taler for, at man skulle have valgt konservativ behandling.

Methotrexat (antiinflammatorisk gigt medicin) påvirker dit immunsystem og dæmper betændelsen. Intet taler her per se for, at konservativ behandling skulle være valgt. Når man er i behandling med immunsuppressive medikamenter vil der være et reduceret inflammatorisk respons ved såvel kirurgisk som konservativ behandling.

Spørgsmål 2.1:

Er det Retslægerådet opfattelse, at As ændret følsomhed i nervens forsyningsområde skuldes beskadigelse af nerven som følge af det operative indgreb den 11.01.2015.

2.1.1 Retslægerådet anmodes om at oplyse, om As causaltilnærmende smerter har vist sig vanskelige at behandle medikamentelt.

Ja. EMG undersøgelse den 4. marts 2016 på Privathospital 1. Resultat: N suralis sin læderet. Om smerter er vanskelige at behandle kan Retslægerådet ikke forholde sig til grundet "vanskelig" i denne sammenhæng ikke er defineret.

Spørgsmål 3.1:

Retslægerådet bedes oplyse, om en skade på nervus suralis som sagsøgerens efter almindelig lægefaglig erfaring er sjældent forekommende (dvs. mindre end 2%) ved operationer med suturering af akillessene efter ruptur.

3.1.1 Med henvisning til bilag 5 side 2 anmodes Retslægerådet om at vurdere, hvorvidt sagsøgerens symptomer med causaltilnærmende smerter er en sjælden (dvs. mindre end 2%) komplikation som følge af nervus suralis overskæring.

Større nerveskader er sjældent (mindre end 2 %) forekommende i forbindelse med aktuelle kirurgi. Derimod kan små grene til hudforsyningen i operationsområdet ikke undviges, og der vil altid opstå små områder med påvirket følesans.

Spørgsmål 4.1:

Retslægerådet bedes oplyse, om den operative behandling af sagsøgerens akillesseneruptur på Hospital 1 på operationstidspunktet var i overensstemmelse med de dagældende almenanerkendte lægefaglige retningslinjer for operativ behandling af akillesseneruptur under hensyn til, at sagsøger på operationstidspunktet var under immunosuppressiv behandling (Methotrexat).

Behandlingen på Hospital 1 var i overensstemmelse med de dagældende alment anerkendte lægefaglige retningslinjer for operativ behandling af akillesseneruptur under hensyn til, at sagsøger på operationstidspunktet var under immunosuppressiv behandling (Methotrexat).

Spørgsmål A:

Retslægerådet bedes oplyse, om behandlingen af sagsøgerens akillesseneruptur på Hospital 1 den 11. januar 2015 og 12. januar 2015 var i overensstemmelse med de dagældende alment anerkendte lægefaglige retningslinjer.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 3.1.

Spørgsmål B:

Retslægerådet bedes oplyse, om nerveskaden på nervus suralis med overvejende sandsynlighed (dvs. mere end 50% sandsynlighed) er forårsaget af overskæring af nervus suralis i forbindelse med operationen den 11. januar 2015 eller indlejring af nerven i arvævsdannelse i det postoperative forløb.

Retslægerådet bedes i den forbindelse oplyse, om det er af betydning for Retslægerådet besvarelse, at der først er beskrevet føleændringer den 23. februar 2015, dvs. 6 uger efter operationen (bilag A, s9).

Nerveskaden på nervus suralis sin er mest sandsynligt (med mere end 50% sandsynlighed) forårsaget af overskæring af nervus suralis sin.

Spørgsmål C:

Retslægerådet bedes oplyse, hvad der taler for og imod at behandle akillesseneruptur henholdsvis operativt og konservativt, herunder oplyse risikoen for re-ruptur efter begge behandlingsmetoder, forudsat at de på behandlingstidspunktet gældende almene anerkendte lægefaglig retningslinjer blev fulgt

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1.1.

Spørgsmål D:

Med henvisning til bilag C, s 36 og D, s. 2 bedes Retslægerådet oplyse, om en nerveskade som sagsøgerens efter almindelig lægefaglig erfaring er ofte forekommende (dvs. mere end 2%) ved operationer med suturering af akillessene efter ruptur.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1.1, hvilket svar refererer til væsentligt nyere studier end studierne omtalt i bilag C og D. Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 3.1.1.

Spørgsmål E:

Retslægerådet bedes oplyse, om sagsøgerens gener som beskrevet i journalnotat af 4. december 2015 (bilag A, s. 12-13) er forårsaget af:

- a) Sagsøgers grundlidelse i form af akillesseneruptur*
- b) Operationen den 12. januar 2015*
- c) Behandlingen af sagsøgeren i øvrigt*
- d) Forhold hos sagsøgeren selv, herunder dannelse af arvæv efter operationen*
- e) Andre forhold*
- f) En kombination af a-e.*

Retslægerådet bedes begrunde sit svar herunder angive, hvad der taler for og imod en årsagsforbindelse samt angive, hvilke bilag der tillægges afgørende betydning for besvarelsen.

Hvis der er tvivl om årsagsforbindelsen, bedes Retslægerådet forklare og begrunde, hvori denne tvivl består.

I bilagene findes der ingen ortopædkirurgiske notater, der andrager akillesse-
nen med dato den 4. december 2015.

Spørgsmål F:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

..."

Forklaringer

A har forklaret, at hun i dag er 60 år. Hun er kontoruddannet. Hun modtager i dag overgangsydelse. Hun spillede i januar 2015 en håndboldkamp, da hun midt i scoring af et mål, hørte et smæld og faldt ned på underlaget. Hun blev indlagt og blev undersøgt af to læger. Hendes akillessene var sprunget. Hun blev sendt hjem med henblik på at blive opereret dagen efter, da der ikke var ledig tid til operationen samme dag. Hun fik en støvle på. Hun blev indlagt til operation dagen efter. Hun fik at vide, at hun skulle opereres. Hun blev ikke orienteret om andre behandlingsmuligheder. Hun var meget nervøs for operationen. Hun var fastende med henblik på fuld narkose. En anden patient kom tilbage efter operation og sagde, at hun ikke havde været i fuld narkose. Hun bad om at få bekræftet, at hun ville blive lagt i fuld narkose. Hun var meget nervøs og oprevet lige op til operationen, der ikke skulle foregå i fuld narkose. Det endte med, at hun fik beroligende medicin og operationen blev gennemført. Hun blev udskrevet dagen efter med en støvle og krykker. Hun havde store smerter og tænkte ikke over, at smerterne lige umiddelbart efter operationen skulle have været usædvanlige. Under en kontrol tog lægen støvlen af, hvor foden var rødlilla, uden at lægen kunne se, at arret så forkert ud. Det var altid meget smertefuldt for hende at skulle have støvlen af og på. Hun fik på et tidspunkt antibiotika, da man frygtede, at der var infektion i operationsarret. Hun fik på et tidspunkt morfin, hvilket påvirkede hendes hverdag meget. Hun gennemgik et genoptræningsforløb. Hun var ikke på forhånd oplyst om varigheden heraf. Hun kunne kort tid efter operationen have spasmer i sin fod. Spasmerne har hen over tid været aftagende, men kan fortsat optræde i dag. Under undersøgelsen på ^{Privathospital 1} fik hun at vide, at hun havde en nerveskade efter operationen i sin fod.

Nerveskaden betyder i dag, at hun ikke længere kan dyrke sport eller danse til en fest. Nogle dage kan hun ikke gå særlig langt eller f.eks. gå ud at handle, an-

dre dage kan hun gå lidt længere. Hun må da gå på tåspidserne, da det konstant gør ondt at træde ned på foden med en fornemmelse af nålespidser mod foden. Hun har, selv når hun sidder, en konstant summen i foden. Hun er nødt til at have en bil med automatgear. Hun kan ikke længere gå i sko med hæl, men må gå i bløde, flade sko. Det er ubehageligt at gå i bare fødder. Den smertestillende medicin tog ikke smerterne helt; men påvirkede hende på en ubehagelig måde. Hun har en oplevelse af, at foden enten "brænder" eller "er omgivet af isterninger". Hun kan om natten vågne op med smerter i foden.

Hun fik på skadestidspunktet medicin, da hun havde blæner i hænderne. Hun fik medicinen on/off i perioder over nogle år. Hun gik til kontrol på Center 1

Det er flere år siden, hun sidst har fået den medicin. Hun husker ikke at have fået oplyst årsagen til blænerne. Hun havde ikke bivirkninger af medicinen. Hun har hele livet døjet med ryggen nærmere bestemt lænden og spillede håndbold med et mavebælte. Hun havde derudover ikke helbredsmæssige problemer. Hun fik ikke medicin. Hun har ikke forud for operationen haft helbredsmæssige problemer med fødderne.

Hun var i 2019 involveret i en trafikulykke, hvorefter hun har været plaget af hovedpine og nakkesmerter. Hun er under udredning for PTSD som følge af trafikulykken. Ulykken har medført, at hun mistede sit job. Hun vendte efter nogen tid tilbage til sit arbejde efter operationen og stoppede i forbindelse med trafikulykken. Det undersøges i dag, om hun er berettiget til førtidspension.

Parternes synspunkter

A har i sit påstandsdokument anført følgende anbringender:

" ...

- at der på baggrund af det fremlagte bilag i sagen samt Retslægerådets besvarelse er tilstrækkeligt sikkert grundlag for at tilsidesætte Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse.
- at der er årsagsforbindelse mellem operationen/ behandlingen på Hospital 1 den 12.01.2015 og den optrådte skade i form af påvirkning af suralis nerven som har medført sagsøgers lidelser i form af kausale smerter og nedsat følsomhed jf. KEL § 19 stk. 1 jf. § 20 stk. 1
- at bevisbyrden er løftet for, at skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af de i KEL § 20 stk. 1 nr. 1-4 anførte måder.
- at skaden ud fra en efterfølgende vurdering kunne være undgået ud fra en anden til rådighed stående behandlingsteknik eller behandlingsmetode, som ville have været lige så effektiv til behandling af patientens sygdom jf. KEL § 20 stk. 1 nr. 3

- at det fremgår af Retslægerådets besvarelse jf. svar på spørgsmål 1 at konservativ behandling (non- operativ behandling) og operativ behandling er ligebyrdige behandlingsformer
- at skaden på nervus suralis, læderingen, ud fra en efterfølgende vurdering kunne være undgået ved konservativ behandling
- at det må vægtes, at sagsøger ikke er blevet tilbudt eller orienteret om muligheden for ikke operativ behandling og risikoen forbundet hermed, hvorved skaden på nervus suralis kunne være undgået ved andet valg.
- at den dominerende behandlingsform på skadestidspunktet jf. de fremlagte bilag ikke var operativ behandling, men tilsyneladende blot den man " normalt " anvendte på Hospital 1 jf. den lægelige vurdering foretaget for Patienterstatningens afgørelse jf. bilag 7
- at bevisbyrden er løftet for at skaden, ved en efterfølgende vurdering, kunne være undgået ved hjælp af en anden til rådighed stående behandlingsteknik – eller metode som ud fra et medicinsk synspunkt ville have været lige så effektiv, hvorved betingelserne i KEL § 20 stk. 1 nr. 3 er opfyldt
- at der som følge af operationen den 12.01.2015 indtrådte skade i form af infektioner og komplikationer der er mere omfattende end sagsøger må tåle jf. KEL § 20 stk. 1 nr. 4
- at kriterierne om sjældenhed og alvorlighed i KEL § 20 stk. 1 nr. 4 er opfyldte jf Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 3.1 hvoraf fremgår at større nerveskader er sjældent forekommende i forbindelse med aktuelle kirurgi.
- at det fremgår af forarbejderne til loven og KEL, at kriteriet om sjældenhed er opfyldt hvis hyppigheden er mindre end 2 %
- at alvorlighedskriteriet er opfyldt. Der henvises til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 2.1., hvor det fremgår, at man ved operationen har lederet nervus suralis jf. tillige de fremlagte lægelige bilag jf. fortegnelse over sygdomsforløb og smertestillende midler hvoraf fremgår, at følgeskaderne / smerterne er vanskelig at behandle medicamentelt.
- at det er dokumenteret, at følgerne af den operative behandling har medført en større grad af helbredsforringelse end grundsygdommen uden den operative behandling. Jf. Retslægerådets vurderede sjældenhed / risiko for efterfølgende svære komplikationer/ gener ved operativ behandling
- at forholdet opstået ved den operative behandling og det efterfølgende atypiske forløb med udvikling af CRPS lignende smertesyndrom, går ud over hvad sagsøger med rimelighed må tåle.

- at sagsøger har løftet bevisbyrden for at såvel betingelsen i KEL § 20 stk. 1nr. 3 og / eller KEL § 20 stk. 1 nr.4. er opfyldte og der dermed er tilstrækkeligt grundlag for, at tilsidesætte Ankenævnets afgørelse, hvorved sagen skal hjemvises til fornyet behandling med udmåling af erstatning og godtgørelse hos patientskademidighederne.

..."

Ankenævnet for Patienterstatning har i sit påstandsdokument anført følgende anbringender:

" ...

3.1 Frifindelsespåstanden

Der er ikke grundlag for at tilsidesætte Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse af 22. december 2016 (bilag 8).

Det må ved bevisbedømmelsen tages i betragtning, at Ankenævnet for Patienterstatningen på grund af sin sammensætning, der bl.a. omfatter medlemmer med lægevidenskabelig baggrund, brugen af speciallægekonsulenter ved afgørelserne, og gennem behandling af et stort antal sager har en særlig erfaring i at bedømme sager efter klage- og erstatningsloven, og at der derfor skal være et sikkert grundlag for at tilsidesætte afgørelsen.

A har bevisbyrden herfor. Der er ikke fremlagte oplysninger om As forhold som ankenævnet ikke har været bekendt med.

3.1.1 KEL § 19, stk. 1

En patient er berettiget til erstatning efter klage- og erstatningsloven, hvis patienten ved behandlingen, undersøgelsen 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 KEL § 20, stk. 1, nr. 1-4, anførte måder.

Normale følger af grundsygdommen eller komplikationer, der kan henføres til selve grundsygdommens forløb, kan ikke anerkendes som en erstatningsberettigende skade efter klage- og erstatningsloven.

Ankenævnet har i afgørelsen af 22. december 2016 (bilag 8) vurderet, at A med overvejende sandsynlighed ved behandlingen den 12. januar 2015 på Hospital 1 blev påført en skade i form af påvirkning af suralis nerven, jf. KEL § 19, stk. 1.

Det er endvidere en forudsætning for erstatning eller godtgørelse efter loven, at *skaden* med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af de i KEL § 20, stk. 1, nr. 1-4, anførte måder.

3.1.2 KEL § 20, stk. 1, nr. 3 – "Ligeværdig behandlingsmetode"

Af klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 3, fremgår det, at erstatning ydes, hvis skaden efter en efterfølgende vurdering kunne være undgået ved hjælp af en anden til rådighed stående behandlingsteknik eller -metode, som ud fra et medicinsk synspunkt ville have været lige så effektiv til behandling af patientens sygdom.

Der er ikke grundlag for at tilsidesætte ankenævnets vurdering om, at operativ behandling og konservativ behandling ikke er ligeværdige behandlingsmetoder, og konservativ behandling af en akillesseneruptur er dermed heller ikke lige så effektiv som behandling med operation.

Dette støttes på, at en akillesseneruptur bør behandles operativt, medmindre særlige forhold taler imod, idet operativ behandling samlet set giver det bedste resultat, fordi man hurtigere normaliserer muskelstyrken, nedsætter risikoen for re-ruptur, senen heler med mindre forlængelse og sygeforløbet er kortere end ved konservativ behandling.

Det støttes endvidere på, at konservativ (ikke operativ) behandling af en akillesseneruptur kun bør anvendes, når der er tale om en ældre patient, eller en patient hvis tilstand eller andre forhold taler imod, at man foretager operation.

Retslægerådets udtalelse understøtter ankenævnets afgørelse, idet rådet blandt andet udtaler, at der ikke er noget, der taler for at man *per se* skulle have valgt at give A en konservativ behandling, herunder heller ikke det forhold, at hun var i immunosuppressiv behandling (Methotrexat), da immunsuppressive medicin medfører reduceret inflammatorisk respons ved både kirurgisk og konservativ behandling (spørgsmål 1.9).

Retslægerådets udtalelse understøtter yderligere ankenævnet afgørelse derved, at rådet anfører, at ikkeoperativ behandling af akut akillesseneruptur fører til øget risiko for re-ruptur (spørgsmål 1.1.1.). I den sammenhæng skal også fremhæves, at rådet udtaler, at for at undgå risikoen for, at en konservativ behandling ender med at være ingen behandling, er det afgørende, at den rette ekspertise og logistik er til stede i behandlingsforløbet.

Den omstændighed, at den konservative behandlingsform muligvis var den dominerende behandlingsform på operationstidspunktet (operationsfrekvens faldet til 25 % i årene 2010-2014, hvor den forud lå på 50 %) kan ikke føre til et andet resultat. I den sammenhæng bemærkes det, at sagsøgeren ikke har fremlagt dokumentation for, at konservativ behandling var førstevalg fra Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Hovedstaden samt alle universitetshospitaler i Danmark som anført.

Heller ikke de med stævningen fremlagte lægevidenskabelige artikler (bilag 9-12) kan føre til en tilsidesættelse af ankenævnets afgørelse, idet det bemærkes, at Retslægerådet ved sin udtalelser også havde adgang til udtalelserne.

Det bemærkes i øvrigt, at det fremgår af den lægevidenskabelige artikel i bilag 9, at der er en betydelig større risiko for re-ruptur ved konservativ behandling (9-13 %) i forhold til operativ behandling (3-5%). Videre fremgår det, at den bedste behandling muligvis varierer fra patient til patient.

I øvrigt bestrides de af A deducerede konklusioner ud fra artiklen i bilag 9, herunder at konservativ behandling er at foretrække frem for operativ behandling. Det fremgår tværtimod af konklusionen i artiklen i bilag 9, at der ikke er klar evidens for, hvilken behandling der fører til det bedste resultat.

Herudover bemærkes det, at det fremgår af det indledende konkluderende/fede afsnit øverst i artiklen i bilag 10, at der overordnet er en tendens til at favorisere operation frem for konservativ behandling, og at et lægestudie viste bedre funktionelt resultat, kortere sygeforløb og større patienttilfredshed ved operation fremfor konservativ behandling.

Ankenævnet er i øvrigt ikke bundet af andre speciallægers vurderinger eller lægevidenskabelige generelle artikler på området. Ankenævnet foretager derimod selv en vurdering af sagens lægefaglige spørgsmål i den konkrete sag.

Det bestrides afslutningsvis, at man burde have valgt konservativ behandling fremfor operation, idet A på tidspunktet for operationen den 12. januar 2015 var i behandling med Methotrexat, som giver øget risiko for infektion ved operative behandling, som følge af et nedsat immunforsvar. Tværtimod understøtter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1.9 ankenævnets vurdering, idet rådet tydeligt i sin besvarelse af spørgsmål 4.1 skriver, at behandlingen på Hospital 1 var i overensstemmelse med de dækkende alment anerkendte retningslinjer for operativ behandling af akilles-seneruptur under hensyn til, at sagsøgeren på operationstidspunktet var under immunosuppressiv behandling (Methotrexat).

3.1.3 KEL § 20, stk. 1, nr. 4 – "Tålereglen"

Det er en forudsætning for anerkendelse efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, at der som følge af behandlingen indtræder skade i form af komplikationer, der er mere omfattende end, hvad patienten med rimelighed må tåle. Der skal tages hensyn til skadens alvor, patientens sygdom og helbredstilstand i øvrigt samt til skadens sjældenhed og mulighederne for at tage risikoen for skaden i betragtning.

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

Ved vurderingen af, om alvorlighedskriteriet er opfyldt, er det afgørende grundlidelsens relative alvorlighed og patientens helbredstilstand i øvrigt set i forhold til den indtrufne skade. Erstatning kan derfor ikke ydes for selv alvorlige skader, hvis grundsygdommen ubehandlet ville have indebåret nærliggende risiko for alvorlig invaliditet eller for patientens død.

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

Ankenævnet vurderede ved afgørelsen af 22. december 2016 (bilag 8), at As skade i form af påvirkning af suralis nerven var en hændelig komplikation, der hverken var tilstrækkelig sjælden eller tilstrækkelig alvorlig set i forhold til As grundlidelse. Der er ikke ved Retslægerådets udtalelse tilvejebragt grundlag for at tilsidesætte denne vurdering.

Ankenævnet har lagt vægt på, at skaden med påvirkning af suralis nerven sker i mere end 2 procent af de tilfælde, hvor man opererer bristede akillesener. Nævnets vurdering strider ikke mod Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 3.1, hvorefter større nerveskader er sjældent (mindre end 2 %) forekommende i forbindelse med den aktuelle kirurgi, hvorimod små grene i hudforsyningen i operationsområdet ikke kan undviges, og der altid vil opstå små områder med påvirket følesans. Rådet har således ikke ved sin besvarelse forholdt sig til, i hvilket omfang As skade er en større nerveskade eller en almindelig og forventelig påvirkning af følesansen.

Videre har ankenævnet lagt vægt på, As grundlidelse i form af overrivning af akillessenen var alvorlig. Formålet med operationen var at genoprette funktionen af akillessenen bedst muligt. Operationen medførte, at A har smerter og føleforstyrrelser omkring akillessenen samt hælregionen. De gener, A fik, som følge af skaden, står ikke i misforhold til de gener, hun ville have haft, hvis hun ikke var blevet opereret, idet senen ville være helet med forlængelse og betydende nedsat kraft over anklen og nedadføring af foden.

Retslægerådet har ikke udtalt sig om, hvorvidt rådet anser As nerveskade for at være alvorlig.

Der er herefter ikke tilvejebragt grundlag for at tilsidesætte ankenævnets vurdering af, at patientskaden hverken er tilstrækkelig sjælden eller alvorlig efter KEL § 20, stk. 1, nr. 4.

Det bestrides, at A har udviklet komplekst regionalt smertesyndrom (CPRS) som følge af behandlingen. Dette er heller ikke underbygget af Retslægerådets udtalelse.

Ankenævnet er overordnet instans i forhold til Patienterstatningen, og det forhold, at Patienterstatningen i en helt anden konkret sag (bilag 13), har vurderet, at en nerveskade i forbindelse med operation for overrevet akillessene er tilstrækkelig sjælden og alvorlig, giver i sagens natur ikke grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse.

3.2 Hjemvisningspåstanden

Såfremt retten under nærværende retssag måtte finde, at den anmeldte patientskade skal anerkendes, skal sagen herefter hjemvises med henblik på eventuel udmåling af erstatning og godtgørelse hos patientskademmyndighederne.

...”

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

Retten's begrundelse og resultat

Ankenævnet for Patienterstatning er et sagkyndigt, kollegialt nævn med deltagelse af lægevidenskabelig sagkyndige medlemmer. Der skal derfor foreligge et sikkert grundlag for, at domstolene kan tilsidesætte nævnets vurdering.

A blev den 12. januar 2015 operativt behandlet for en akillessenelæsion. Efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1 er der forskellige behandlingsmetoder af akillessenelæsioner fra ikke-operative til operative metoder, og der er ikke konsensus om, hvilken behandlingsmetode der må foretrækkes til den enkelte patient. Det fremgår videre, at en aktuel metaanalyse konkluderer, at operative metoder nedsætter risiko for reruptur, men også at operative metoder er behæftet med højere komplikationsrate, og at ikke-operativ behandling fører til øget risiko for reruptur. Det fremgår endelig, at der ikke er klar evidens for, hvilken behandling der fører til det bedste resultat.

Efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 2.1 blev As nervus suralis beskadiget under operationen, hvilket efter besvarelse af spørgsmål 1.3 er en medicinsk anerkendt bivirkning ved en operativ behandling.

Der er herefter ikke et sikkert grundlag for at fastslå, at As helbreds-mæssige forhold den 12. januar 2021 burde have medført, at der var foretaget ikke-operativ behandling af akillessenelæsionen, hvorfor der ikke er grundlag for at tilsidesætte nævnets vurdering af, at skaden ikke er omfattet af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 20, stk. 1, nr. 3.

Retten lægger efter de fremkomne oplysninger til grund, at As tilstand forud for operationen var alvorlig, og at operationen skulle genoprette akillessenens funktion. Retten lægger videre til grund, at operationen medførte en nerveskade, og at A som følge heraf gennemgik et længerevarende genoptræningsforløb, og at hun fortsat har gener og smerter. Efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1.3 og 3.1. er en beskadigelse af nervus suralis en medicinsk anerkendt bivirkning ved en operativ behandling, hvor større nerveskader er sjældent forekommende.

Uanset patientvejledning fra Hospital 3 og de fremlagte beskrivelser af funktionel genoptræning ved et sædvanligt genoptræningsforløb er det ikke med sikkerhed godtgjort, at skaden er en sjælden og alvorlig komplikation, ligesom det ikke med sikkerhed er godtgjort, at komplikationen er mere omfattende end, hvad A med rimelighed må tåle, hvorfor der ikke er grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets vurdering af, at skaden ikke er omfattet af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 20, stk. 1, nr. 4.

Retten tager herefter Ankenævnet for Patienterstatnings påstand om frifindelse til følge.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, sagens forløb, herunder at sagen har været forelagt Retslægerådet, og sagens udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 50.000 kr. med tillæg af moms, i alt 62.500 kr. Ankenævnet for Patienterstatning er ikke momsregistreret.

THI KENDES FOR RET:

Ankenævnet for Patienterstatning frifindes.

A skal inden 14 dage til Ankenævnet for Patienterstatning betale sagsomkostninger med 62.500 kr.

Sagsomkostningerne bliver forrentet efter rentelovens § 8 a.



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. 26-01-2023 kl. 14:36

Modtagere: Advokat (L) Lone Damgaard Horup, Advokat (H) Sanne H.
Christensen, Sagsøger A (afsluttet), Sagsøgte Ankenævnet for
Patienterstatning (afsluttet)