



RETEN I HOLSTEBRO DOM

afsagt den 29. juli 2022

Sag BS-8199/2020-HOL

A
(advokat Frode Pagh Bæk)

mod

Ankenævnet for Patienterstatningen
(advokat Stine Pedersen)

Denne afgørelse er truffet af dommer Lasse K. Svensson.

Sagens baggrund og parternes påstande

Retten har modtaget sagen den 20. februar 2020.

Sagen drejer sig om erstatning for patientskade.

A har fremsat følgende påstand:

Ankenævnet for Patienterstatningen tilpligtes at anerkende, at sagsøgeren er påført en skade ved behandlingen af hendes højre skulder på Behandlingssted 1 i perioden den 16. februar 2018 til udgangen af maj 2018.

Ankenævnet for Patienterstatningen har fremsat påstand om frifindelse.

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

Oplysningerne i sagen

Af Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse af 22. august 2019 fremgår:

" ...

Sagens forløb

Patienterstatningen traf den 10. april 2019 afgørelse om, at A ikke havde ret til erstatning. Patienterstatningen vurderede, at hun ikke blev påført en behandlingsskade på Behandlingssted 1. Afgørelsen blev truffet efter § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, i klage- og erstatningsloven.

Sagsfremstilling

Ankenævnet henviser til den sagsfremstilling, der fremgår af Patienterstatningens afgørelse af 10. april 2019.

Bemærkninger fra sagens parter

A (klager)

A har klaget over Patienterstatningens afgørelse af 10. april 2019.

Hun har blandt andet anført, at hun ikke var over 60 år på tidspunktet for behandlingen, men kun lige var fyldt 55 år.

Hun har videre anført, at højre arm var fuldstændig rask forud for ulykken. Det er derfor forkert beskrevet, at bevægeligheden i armen var nedsat inden skaden, ligesom der ikke var slidgigt i armen.

Hun blev ikke tilbudt en operation, fordi hun har diabetes 2, men hendes diabetes er velbehandlet, og hun har ingen problemer med heling og infektioner. Hun er for nyligt blevet opereret uden problemer.

Man opdagede først i maj 2018, at overarmsknoglen var slået skæv og sad for tæt på kroppen, hvorfor hun aldrig får bevægelighed i armen. Hvis hun var blevet opereret, ville armen virke i dag.

Der var endvidere ikke bedring ved kontrollerne, tværtimod, bruddet skred mere og mere.

Region 1

Ankenævnet for Patienterstatningen har ikke modtaget bemærkninger til sagen fra regionen.

Begrundelse for afgørelsen

Ankenævnet for Patienterstatningen er enig i, at A ikke har ret til erstatning efter § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, i klage- og erstatningsloven.

A er ikke påført en skade ved behandlingen på Behandlingssted 1 fra 16. februar 2018 og frem.

Ankenævnet bemærker følgende til afgørelsen:

As sygdomsforløb og nuværende gener skyldes ikke med overvejende sandsynlighed den behandling, hun gennemgik på Behandlingssted 1, men derimod mere sandsynligt det skuldernære brud, hun havde pådraget sig.

Ankenævnet bemærker hertil, at A havde pådraget sig et brud på den øverste del af højre overarm (proximal humerus fraktur). Der var en tværgående brudlinje under ledhovedet med ledhovedet trykket udad uden rotation eller forskydning, og der var en afsprængning af den udvendige knyst. Brud af denne type vil ofte medføre gener i form af smerter og bevægeindskrænkning.

Det er videre ankenævnets vurdering, at behandlingen af As skuldernære brud blev udført, som en erfaren specialist på det pågældende område ville have gjort.

Da A blev undersøgt på skadestuen på Behandlingssted 1 den 16. februar 2018, efter at hun nogle dage tidligere var faldet på ferie og havde slået højre skulder, foretog man en relevant undersøgelse af skulderen. En røntgenundersøgelse bekræftede, at der var et brud i den skuldernære del af overarmen, hvorfor man på relevant vis opstartede konservativ behandling i form af en fikseret mitella og planlagde kontrol.

Ved kontrolundersøgelsen den 23. februar 2018 viste røntgenundersøgelsen en uændret stilling, hvorfor A blev tilbudt operation, men man forklarede også de almindelige risici herved, hvorfor hun valgte konservativ behandling. Hun fortsatte derfor behandling med en colar'n cuff og genoptræning.

Det er ankenævnets vurdering, at kombinationen af de to brud gør, at der er den bedste prognose ved konservativ behandling. Ved denne type brud opnås der almindeligvis ikke et bedre resultat ved operation, end ved konservativ behandling.

Ankenævnet har herved lagt vægt på, at der er alment anerkendte grænser for, hvornår et brud hos en rask patient under 60 år kan accepteres uden operation. Bruddet i ledhalsen er helt acceptabelt, idet det er uforskuet og uden rotation. Bruddet af den udvendige knyst er lige forskuot opad og derfor ligeledes acceptabelt.

Ankenævnet bemærker, at det er en fejl, at Patienterstatningens afgørelse refererer til en aldersgrænse på 60 år, idet A ikke var over 60 år. Den foretagne behandling er dog ligeledes den relevante for patienter under 60 år, hvorfor det ikke ændrer på resultatet.

A har ligeledes angivet, at det var en fejl at angive, at hun havde en forudbestående lidelse i form af slidgigt, ligesom det var forkert, at hun ikke kunne opereres på grund af sin diabetes 2.

Ankenævnet bemærker hertil, at den foretagne behandling er den almindeligt anerkendte behandling af raske patienter, hvorfor det ikke ændrer på resultatet, at A ikke havde slidgigt.

Ankenævnet er enig i, at det forhold, at A havde diabetes, ikke kan anvendes som begrundelse for ikke at operere. Det ændrer imidlertid ikke ankenævnets vurdering af, at behandlingen blev udført i overensstemmelse med erfaren specialiststandard.

Afslutningsvist bemærkes det, at stillingen i bruddet blev erkendt allerede fra første konsultation, hvor det er beskrevet på røntgenundersøgelsen, ikke først i maj 2018, som angivet af A. Det fremgår ligeledes af de foretagne røntgenundersøgelser, at stillingen i bruddet er uforandret i perioden. Således forværredes bruddet ikke mellem kontrollerne som anført i klagen.

Det forhold, at behandlingen ikke kunne helbrede As skuldernære brud, betyder ikke, at behandlingen ikke blev udført, som en erfaren specialist ville have gjort, eller at hun er påført en skade ved behandlingen.

På denne baggrund vurderer ankenævnet, at A ikke er påført en skade, og hun har derfor ikke ret til erstatning efter reglerne i klage- og erstatningsloven.

Ankenævnet stadfæster derfor Patienterstatningens afgørelse af 10. april 2019.

..."

Af speciallægeerklæring fra overlæge B af 12. februar 2019 fremgår:

" ...

Konklusion og resumé

Det drejer sig om en 55-årig kvinde, der den 13. februar 2018 i forbindelse med en ferietur til [By] falder og pådrager sig en højresidig proksimal humerusfraktur. Initialt regner hun med, at det blot er slaget, hvorfor hun først retter henvendelse til lokalsygehus, da hun kommer hjem. Hun ses her på skadestuen på Behandlingssted 1 den 16. februar 2018. Røntgen viser proksimal humerusfraktur med afrivning af tuberculum major. Ved den efterfølgende 10 dages kontrol ses frakturen at være yderligere skredet. Der er diskuteret muligheden for et kirurgisk indgreb, men i journalnotatet står der, at hun i forvejen har nedsat bevægelighed over det pågældende skulderled samt en diabetessygdom. Der er her tale om den modsatte skulder, hvor der er nedsat bevægelighed, og hendes diabetessygdom er en kostreguleret type 2 diabetes. Hun oplyser også, at hun inden traumet havde normal, fri bevægelighed og ingen gener fra skulderleddet.

Der fortsættes med konservativ behandling, til trods for, at der ved røntgen kontrollerne ses gradvis skred af frakturen. Klinisk findes der svært nedsat aktiv samt passiv bevægelighed. Der bestilles derfor en MR-scanning, der udføres den 22. maj 2018. Denne viser en nu ophelet fraktur i displaceret stilling med en tuberculum major, der er oprykket 10 mm. Ved den afsluttende kliniske kontrol den 30. maj 2018 får hun besked på, at få intensiveret sin genoptræning, og at der ikke er yderligere behandlingstiltag.

Jeg finder, der er god overensstemmelse mellem hendes aktuelle traume, den behandling hun har modtaget og hendes aktuelle symptomer.

Der er nu gået et år efter hun er kommet til skade, og jeg forventer således ikke yderligere spontan bedring. Hendes skulderfraktur er ophelet i en så disloceret stilling, at der heller ikke kan forventes yderligere bedring af betydning i forbindelse med et intensiveret fysioterapeutisk genoptræning forløb.

Jeg har heller ikke noget kirurgisk behandlingstilbud, der uden risici og med garanti vil kunne afhjælpe hendes skuldergener. Skulle hun have gennemgået et operativt indgreb, burde det have været foretaget som primære behandling frem for den konservative behandling hun har gennemgået.

Jeg betragter derfor tilstanden som værende af stationær karakter, og hun har således pådraget sig varige mén i form af

1. Konstante smerter, der stråler ud i overarmen og forværres ved belastning
2. Nedsat bevægelighed
3. Nedsat styrke
4. Paræstesier ud i de 3 radiale fingre

Hun har en så reduceret skulderfunktion, at hendes højre arm er at betragte som værende en 0-arm.

..."

Af Retslægerådets udtalelse af 23. december 2021 fremgår:

" ...

Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet besvare de stillede spørgsmål således:

Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes oplyse, om behandlingen af sagsøger på Behandlingssted 1 i perioden den 16.02.2018 til udgangen af maj 2018 var i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer?

Konservativ såvel som kirurgisk behandling af skulderledsnære overarmsfrakturer er altid under overvejelse. Den kirurgiske behandlingsmulighed kan opdeles i to varianter, proteseforsyning eller pladssætning og fixation med skinne og skruer og vælges ud fra frakturens karakter. Ingen af de 3 metoder er i de fleste tilfælde de to øvrige overlegne, hvorfor valget altid beror på et konkret skøn over det mulige slutudkomme. I dette skøn indgår konkurrerende lidelser og risikofaktorer. Erfaringsmæssigt er operation af denne type skulderfrakturer lidet succesfuld, hvorfor det er relevant at gennemføre konservativ behandling som førstevalg.

Spørgsmål 2:

Hvis det lægges til grund, at sagsøger ikke blev tilrådet at blive opereret i sin højre skulder, bedes Retslægerådet oplyse, om dette er i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer?

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet bedes beskrive de varige gener i skulderen, som sagsøger har, og oplyse om disse gener med overvejende sandsynlighed (mere end 50%) er forårsaget af at sagsøger ikke blev opereret i sin højre skulder.

Resume af sygehistorien ligger uden for Retslægerådets portefølje, der henvises til den udarbejdede speciallægeerklæring (bilag 3). Hvis man finder skred i en skulderfraktur ved kontrollerne beror det på et konkret skøn, om man skal sadle om til kirurgisk intervention. Særligt i perioden fra 2 uger til cirka 6 måneder efter frakturens opståen kan det være vanskeligt at skelne strukturer ved den kirurgiske intervention ligesom bløddelene omkring frakturen i den periode vil være meget skrøbelige. Se i øvrigt også besvarelsen af spørgsmål 1. Det kan ud fra det foreliggende ikke med en betydning på mere end 50% afgøres om behandlingsvalget er eneansvarlig for sluttilstanden.

Spørgsmål A:

Retslægerådet bedes beskrive sagsøgers varige gener i skulderen og oplyse, om disse med overvejende sandsynlighed (mere end 50%) er forårsaget af

- a) Grundsygdommen (brud på øverste del af højre overarm)*
- b) Behandlingen på Behandlingssted 1*
- c) Andre behandlingsafhængige forhold, herunder ved sagsøger selv*
- d) En kombination af a-c*

Vedrørende de varige symptomer henvises til speciallægeerklæringen (bilag 3). Disse symptomer er i sin natur og altså med en sandsynlighed på mere end 50% en følge af grundsygdommen i et vist omfang i kombination med sagsøgers øvrige sygdomsbillede med adipositas og diabetes. Uden disse lidelser ses dog også ringe resultater af behandlingen, hvorfor grundsygdommen (frakturen) tillægges størst betydning. Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1.

Spørgsmål B:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

..."

Det fremgår af journaltilførsel af 23. februar 2018 fra Behandlingssted 1, at det af vurdering af undersøgelse er anført, at røntgen af højreskylder viser uændret stilling af frakturen, og at der ses ca. 1 cm. displacering af tuberculum majus, og den er displaceret ca. 1 cm superiort. Det fremgår af plan blandt andet, at der informeres om, at der kan tilbydes operation med fiksering af knoglestykket, da det er displaceret 1 cm, da det kan have betydning for, hvor meget hun kommer til at kunne abducere sit skulderled, men at der ønskes konservativ behandling.

Forklaringer

A har forklaret, at hun nu er 59 år. Hun er førtidspensionist på grund af to diskusprolaps i nakken, hvor nerver til venstre arm kom i klemme. Hun har derfor ikke så mange kræfter i sin venstre arm.

Den 13. februar 2018 faldt hun i forbindelse med en ferie i [By]. Hun slog sin højre skulder. Da de kom tilbage til Danmark, ringede hun til vagtlægen, og hun blev henvist videre til skadestuen. Hun blev også røntgenfotograferet. Lægen omtalte, at der var tre ting galt, dels brud på overarmsknoglen, et afslået stykke knogle, der var skubbet opad, og derudover var der også en revne i en knogle. Lægen satte hendes arm i en slynge, som hun ikke måtte tage af. Armen skulle være helt fikseret. Hun ville senere skulle til en kontrol, hvor det skulle besluttes, hvad der skulle ske. Hun forstod det sådan, at hun skulle opereres, så det afslåede knoglestykke kunne blive sat på plads. Hun havde selv medicin til smertedækning derhjemme. Hun opfattede det som en midlertidig løsning, indtil der blev taget endelig stilling til, hvad der skulle ske.

Den 23. februar 2018 kom hun til kontrol på Behandlingssted 1. Lægen oplyste hende om, at der var to behandlingsmuligheder – dels slynge (collar'n' cuff), dels operation. Lægen sagde, at operation ikke kunne blive aktuelt i hendes tilfælde, da hun havde diabetes, og at der derfor ville være alt for stor risiko for infektion m.v. Hun prøvede på at forklare lægen, at hendes diabetes ikke gav anledning til problemer for hende. Det passer ikke, at hun havde problemer med sin højre arm og skulder. Der var lidt udfordringer med at forstå hinanden, for lægen var vist fra [Land]. Hun blev også røntgenfotograferet, og lægen sagde noget med, at der ikke var forandringer ved bruddet, og det så ud som tidligere. Hun fik ikke valget mellem flere muligheder, da hun fik at vide, at i hendes situation var operation ikke en mulighed. Hun ville have valgt at blive opereret, hvis hun havde haft valget. Hun fik at vide, at hun kunne begynde at lave øvelser, men det var ikke realistisk, da hun jo skulle beholde slyngen på, og den måtte kun tages af, når hun skulle i bad. Hun kunne kun bevæge sine fingre lidt. I september 2018 blev hun opereret for en nedsunken blære. Hun sagde til lægen, at det kunne hun ikke forstå, da hun jo ikke kunne blive opereret, da hun havde diabetes. Den læge, der behandlede hende, sagde, at det var noget værre sludder, og hun blev da også opereret uden nogen form for problemer med opheling. Hun føler ikke, at lægen på Behandlingssted 1 var kompetent, og han var vist også ny.

Hun var til kontrol den 23. marts 2018. Hun sagde ikke, at det gik godt, som det er angivet i journalnotatet. Hun syntes, at lægen og hans undersøgelse var overfladisk. Hun havde lige så mange smerter, som hun plejede at have. De iagttagelser med hendes arms funktion passer ikke med det, hun reelt kunne. Lægen ville heller ikke høre på, at hun fortalte om, at hun havde smerter i armen og hånden. Lægen sagde, at nu skulle hun bare i gang med genoptræning. Hun kan ikke genkende det, der er anført i journalnotatet.

Hun startede til genoptræning, men hun kunne slet ikke gennemføre øvelserne, og programmet måtte lempes og tilpasses til hende flere gange.

Hun kom til 12 ugers kontrol, og den læge, hun mødte her, virkede meget mere kompetent og grundig. Lægen sagde, at overarmsknoglen var fejlstillet og trykket ind mod kroppen, og det var den på alle billederne. Lægen syntes, at det var for dårligt, at det ikke var blevet opdaget tidligere, og at hun burde have været opereret. Nu var det nok for sent, og han ville ikke anbefale, at bruddet, der nu var helet, skulle brækkes op igen. Lægen sagde, at han tidligere havde arbejdet med den slags diagnostik i Behandlingssted 2, så han vidste, hvad han skulle kigge efter.

Den læge tog også hendes udtalelser om den sovende fornemmelse i armen seriøst, og han sendte hende derfor til MR-scanning i Behandlingssted 2. Lægen vendte senere tilbage og oplyste, at den sene, han havde mistanke om, var kommet til skade, ikke var beskadiget, og at han herefter ikke vidste, hvorfor hendes arm og fingre sov.

Hun begyndte herefter at prøve at intensivere sin genoptræning, men det kunne hun ikke, og fysioterapeuten sagde til sidst, at det ikke kunne blive bedre, og hun blev afsluttet i det forløb. Hun træner en gang imellem med en elastik derhjemme nu.

Hun fik også undersøgt, om hendes sovende arm stammede fra noget med nakken, men det gjorde det ikke.

Hendes forsikringsselskab sendte hende til en speciallægeundersøgelse hos overlæge B, som sagde til hende, at den behandling, hun havde fået, var noget af det værste, han havde set, og at dem i Behandlingssted 1, burde have henvist hende til Behandlingssted 3 eller 4. Det med diabetes og manglende operation var også noget vrøvl, da det ikke var en alvorlig form for diabetes, hun led af. Han havde også kigget på billederne og kunne se, at bruddet var skredet mere og mere fra gang til gang, hun var til kontrol. Det burde have været opdaget, og hun burde have været opereret.

Hun lider stadig af alle de smerter, der er beskrevet i speciallægeerklæringen. Hun kan ikke køre bil med manuelt gear, så de måtte købe en anden bil, og hun kan ikke ligge på sin højre side. Hun tager stadig et morfinpræparat for sine smerter. Det er nu alt for sent at operere.

Hun føler sig noget krænket over Retslægerådets brug af betegnelsen adipøs, når de slet ikke har set hende, da hun ikke mener, at den betegnelse passer på hende. Hendes dagligdag er meget besværet, også i forhold til påklædning og håndtering af ting, da hun ikke har sin fulde bevægelighed. Hvis hun var blevet spurgt, havde hun valgt operation, og det var da også hendes forventning, da hun mødte op til kontrol den 23. februar 2018. Hun protesterede ikke mod det, at hun blev anbefalet konservativ behandling, da hun gik ud fra, at det var på et kompetent grundlag.

Hun ved godt, at der er risici ved alt, også ved operation, men hun synes, at valget burde have været hendes. Hun fik bare at vide, at i hendes tilfælde var der kun slyngebehandling. Hun kan ikke genkende det i journalen med, at hun fik forelagt et valg. Lægen i skadestuen havde meget travlt, og lægen ved kon-

trollen den 23. februar 2018 virkede meget "grøn" og uerfaren. Hun fik taget røntgen i forbindelse med alle kontrollerne.

Hun ved ikke, hvorfra lægen har det med, at der i forvejen skulle være problemer med hendes højre skulder og arm. Det er som om, den fejlantagelse har forfulgt hende gennem hele forløbet.

B har forklaret, at han er uddannet speciallæge i ortopædkirurgi og har speciale i skulder- og albuekirurgi og har arbejdet som sektorchef inden for dette felt på Behandlingssted 3. Han har udarbejdet speciallægeerklæring af 12. februar 2019 til brug for sagsøgers forsikringsselskab. "Proximal humerusfraktur med trochanter major-afsprængning" betyder, at et knoglestykke med en af de tre senetilhæftninger til styring af skulderens funktion på, var sprængt fra, og det påvirker skulderens balance og bevægelighed. Vidnet kiggede billedmaterialet igennem. Det er god skik at tilbyde operation, hvis bruddet begynder at skride. Den konservative behandling er bedst ved rene brud.

Vidnet konstaterede, at bruddet skred mere og mere fra gang til gang. De tidligere beskrevne problemer med skulderen var på den anden side, hvor lægerne havde fået byttet om dem. Sagsøger led af en mild form for diabetes uden insulinbehandling, hvilket var uden betydning for, om hun kunne anbefales operation. Vidnet undersøgte sagsøgers funktion på armene, og han vil beskrive hendes højre arm som svært dårlig. Det er baggrunden for, at han beskrev hendes højre arm som en 0-arm ud fra en kombination af manglende bevægelighed og styrke samt smertepåvirkning. Bruddet var helet op i en noget uhensigtsmæssig position ved den konservative behandling, og der kunne ikke på det tidspunkt tilbydes behandling, der ville føre til et bedre resultat. Det passer ikke, når det i Ankenævnets afgørelse er beskrevet, at der ikke var et skred i bruddet ved 10 dages kontrollen. Det er han ikke i tvivl om. Vidnet undrede sig over, at man ikke havde tilbudt et operativt forløb. Et tidligt operativt indgreb ville efter vidnets opfattelse kunne have givet et bedre resultat, hvis man kunne få tingene sat på rigtig plads. Det kan godt passe, at han har sagt noget med, at der er specialister i Behandlingssted 4 og 3.

Der er altid en risiko i forbindelse med et kirurgisk indgreb, men for en skulderalbue specialist ville det være et forholdsvis simpelt indgreb. Vidnet vil vurdere, at prognosen ville være god.

Forevist journaludskrift fra henholdsvis den 16. og den 23. februar 2018 har vidnet bekræftet, at der ved kontrol den 23. februar 2018 er beskrevet en forskydning af det afsprængte knoglestykke 1 cm. opad.

Parternes synspunkter

A har i sit påstandsdokument anført:

"...

ANBRINGENDER:

Til støtte for den nedlagte påstand gøres det gældende,

- at der tilkommer sagsøger erstatning efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, da det må lægges til grund, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have tilrådt sagsøger at blive opereret, hvorved skaden efter al sandsynlighed ville være undgået, jfr. lovens § 20, stk. 1, nr. 1,
- at sagsøgers højre skulder forud for faldet den 13. februar 2018 var fuldstændig rask, og Behandlingssted 1s bemærkninger i journalnotatet af 23. februar 2018 om nedsat bevægelighed i sagsøgers højre skulder er urigtig. Sagsøger har ikke før ulykken den 13. februar 2018 haft problemer med sin højre skulder, hverken grundet artrose (slidgigt) eller af andre årsager,
- at det endvidere er urigtigt, som anførte i førnævnte journalnotat af 23. februar 2018, at sagsøger tilbydes operation med fiksering af knoglestykket,
- at det af journalnotatet af 23. februar 2018 endvidere fremgår, at den behandlende læge (C) tydeligvis tillægger den fejlagtige antagelse om nedsat bevægelighed i sagsøgers højre skulder "grundet artrose" (citater) stor betydning, ligesom lægen som begrundelse for den konservative behandling tillige henviser til øget risiko for infektion grundet sagsøgers diabetes — hvilket også er forkert, da sagsøgers diabetes-sygdom kun er en kostreguleret type 2-diabetes,
- at den behandlende læge således grundet fejlagtige antagelser vedrørende forudbestående lidelser i højre skulder og vedrørende sagsøgers diabetessygdom fraråder sagsøger en operation, som det fremgår af journalnotatet af 23. februar 2018, at man ellers klart ville anbefale, hvis sagsøger "var sund og rask i forvejen", og
- at speciallæge B den 12. februar 2019 stiller sig meget undrende overfor, at Behandlingssted 1 ikke foretog et operativt indgreb i stedet for den anbefalede konservative behandling — uanset at man ved røntgenkontrollerne ser et gradvist skred af frakturen.

Det gøres endvidere gældende, at Retslægerådets udtalelse er ganske uklar og ikke kan føre til andet resultat, ikke mindst henset til de alvor-

lige fejlantagelser fra den behandlende læge på Behandlingssted 1, der gengives i journalnotatet af 23. februar 2018, og som tydeligvis fører til den fatale beslutning om ikke at operere sagsøger.
..."

Ankenævnet for Patienterstatningen har i sit påstandsdokument anført:

" ...

ARGUMENTATION OG ANBRINGENDER

Prøvelse af ankenævnets afgørelse

Til støtte for den nedlagte påstand om frifindelse gøres det gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse af 22. august 2019 (bilag 8).

Ankenævnet er et kollegialt organ med en særlig sagkundskab og erfaring i at bedømme sager efter KEL, da ankenævnet blandt andet har medlemmer med 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 fremlagt 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.

Retsgrundlag

En patient er berettiget til erstatning, hvis patienten ved behandling, undersøgelse eller lignende med overvejende sandsynlighed (mere end 50 %) 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 følger af en (manglende) behandling, undersøgelse eller lignende, som kan danne grundlag for erstatning.

Det er efter KEL § 20, stk. 1, nr. 1, en betingelse for erstatning, at skaden med overvejende sandsynlighed (mere end 50 %) skyldes, at behandlin-

gen ikke er udført i overensstemmelse med, hvordan en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet.

Det forhold, at den gennemførte behandling ikke har haft den ønskede effekt/det ønskede udfald for A, udgør heller ikke en behandlingsskade.

Bevisbyrden for, at A med overvejende sandsynlighed er blevet påført en skade, jf. § KEL 19, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, samt at en eventuel påført skade 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.

Denne bevisbyrde er ikke løftet.

Den konkrete sag

Ankenævnet har med rette vurderet, at A ikke er påført en skade på Behandlingssted 1 fra 16. februar 2018 og frem og derfor ikke har ret til erstatning efter KEL § 19, stk. 1, jf. § 20, stk. 1.

Retslægerådet

Sagen har under forberedelsen været forelagt for Retslægerådet. Retslægerådet har den 23. december 2021 afgivet en udtalelse i sagen, der støtter ankenævnets afgørelse af 22. august 2019, der er til prøvelse i denne sag.

Således støtter udtalelsen, at ankenævnet i sin afgørelse har afvist, at A er påført en behandlingsskade, idet hendes gener med overvejende sandsynlighed ikke er en følge af behandlingen på Behandlingssted 1 og dermed, at der ikke er årsagsforbindelse, jf. KEL § 19, stk. 1, jf. § 20, stk. 1.

Dernæst støtter udtalelsen, at ankenævnet i sin afgørelse har vurderet, at As behandling blev udført efter almindelig anerkendte lægefaglige standarder, jf. KEL § 20, stk. 1, nr. 1, og dermed, at der ikke er et ansvarsgrundlag, jf. KEL 20, stk. 1, nr. 1. Der henvises til specifikke referencer til Retslægerådets svar nedenfor.

Årsagsforbindelse (KEL § 19, stk. 1, jf. § 20, stk. 1)

Ankenævnet har lagt vægt på, at As sygdomsforløb og nuværende gener fra det højresidige skuldernære brud ikke med overvejende sandsynlighed (mere end 50 %) skyldes den behandling, som hun gennemgik på Behandlingssted 1. Derimod skyldes generne mere sandsynligt (mere end 50 %) hendes grundlidelse i form af det højresidige skuldernære brud, som hun pådrog sig den 13. februar 2018.

Det bemærkes i den forbindelse, at A pådrog sig et brud på den øverste del af højre overarm (proximal humerus fraktur). Der var en tværgående brudlinje under ledhovedet med ledhovedet trykket udadtil uden rotation eller forskydning. Derudover var der en afsprængning af den udvendige knyst. Brud af denne type vil ofte medføre gener i form af smerter og bevægeindskrænkning – enslydende med de gener, som A lider af.

Ankenævnets vurdering støttes af Retslægerådets svar på spørgsmål A, da det vurderes overvejende sandsynligt, at As varige gener i skulderen er en følge af grundsygdommen (frakturen) og i et vist omfang i kombination med hendes øvrige sygdomsbillede, hvor grundsygdommen dog tillægges den største betydning for generne.

A har ikke med stævningen og de fremlagte bilag løftet bevisbyrden for, at der er den nødvendige årsagsforbindelse mellem hendes gener og behandlingen, og at generne ikke skyldes andre forhold, herunder grundlidelsen, jf. KEL § 19, stk. 1, jf. § 20, stk. 1. KEL's betingelse om årsagsforbindelse er derfor ikke opfyldt.

Ansvarsgrundlag (KEL § 20, stk. 1, nr. 1)

For det tilfælde, at retten måtte finde det bevist, at A blev påført en skade som følge af behandlingen på Behandlingssted 1, gøres det gældende, at behandlingen af As skuldernære brud blev udført i overensstemmelse med, hvordan en erfaren specialist ville have behandlet, jf. KEL § 20, stk. 1, nr. 1.

Ankenævnet har i den forbindelse med rette lagt vægt på, at man på skadestuen på Behandlingssted 1 den 16. februar 2018, hvor A blev tilset, foretog en relevant undersøgelse af højre skulder/overarm. En røntgenundersøgelse bekræftede, at der var et brud i den skuldernære del af overarmen, og man opstartede på relevant vis konservativ behandling i form af en fikseret mitella (arms-

lynge) og planlagde og udførte relevante kontroller. Retten kan derfor lægge til grund, at man allerede på dette tidspunkt – den 16. februar 2018 – erkendte brud i højre arm/skulder.

A blev i forbindelse med undersøgelsen den 16. februar 2018 på relevant og korrekt vis opstartet i konservativ behandling i form af en fikseret mitella (armslynge) og planlagt kontrol.

Ved kontrolundersøgelsen 23. februar 2018 viste røntgenundersøgelsen en uændret stilling, hvorfor A på relevant vis blev orienteret om behandlingsmulighederne i form af henholdsvis operativt indgreb og konservativ behandling samt de forskellige risici forbundet hermed, jf. bilag A. A valgte i den forbindelse konservativ behandling af bruddet med collar'n' cuff (arm- og skulderfiksering) og genoptræning, jf. bilag A, side 3.

Kombinationen af de to brud i højre skulder/overarm bevirker, at der er den bedste prognose ved konservativ behandling. Ved denne type brud opnås der almindeligvis ikke et bedre resultat ved operation end ved konservativ behandling. Ankenævnet har herved med rette lagt vægt på, at der er alment anerkendte grænser for, hvornår et brud hos en rask person under 60 år kan accepteres uden operation. Bruddet i ledhalsen er helt acceptabelt, idet det er uforskudt og uden rotation. Bruddet af den udvendige knyst er lige forskudt opad og derfor ligeledes acceptabelt.

A har bestridt, at hun havde forudbestående gener i form af slidgigt fra højre skulder. Ud over at dette bestrides som ukorrekt og udokumenteret, idet der netop fremgår modsatte oplysninger af bl.a. bilag A, er den behandling, som A fik, den almindeligt anerkendte behandling af raske patienter. Det ændrer derfor ikke på resultatet af behandlingen, hvorvidt A havde eller ikke havde forudbestående slidgigt.

Ankenævnets vurdering støttes af Retslægerådets svar på spørgsmål 1 og 2, da Retslægerådet finder, at behandlingen af A på Behandlingssted 1 var i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer, herunder at det for denne type fraktur er relevant at gennemføre konservativ behandling som førstevalg, og at operation for denne type fraktur er lidet succesfuld.

Bevisbyrden for, at behandlingen ikke har levet op til gældende regler, påhviler A, og denne bevisbyrde er ikke løftet.

På baggrund af ovenstående gøres det gældende, at behandlingen af A på Behandlingssted 1 i perioden den 16. februar 2018 og frem blev udført i overensstemmelse med, hvordan en erfaren specialist ville have gjort, og A har derfor ikke ret til erstatning.

Samlet set gøres det gældende, at der ikke foreligger et sikkert grundlag for at tilsidesætte ankenævnets vurdering af 22. august 2019 (bilag 8), og der skal derfor ske frifindelse.
..."

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

Rettens begrundelse og resultat

Retten lægger efter journaltilførslen den 23. februar 2018 og overlæge Bs forklaring i retten til grund, at Behandlingssted 1 den 23. februar 2018 var bekendt med, at det afsprængte knoglestykke var forskudt 1 cm. opad.

Retslægerådets har ved besvarelse af spørgsmål 1, 3 og A vurderet, at der for den pågældende type fraktur er flere mulige behandlinger, og at det erfaringsmæssigt er relevant at overveje konservativ behandling som førstevalg, ligesom det dels ud fra det foreliggende ikke med en betydning på mere end 50 % kan afgøres, om behandlingsvalget er eneansvarlig for slutilstanden, dels at grundsygdommen (frakturen) tillægges størst betydning for forårsagelsen af sagsøgers varige gener i skulderen.

Retten finder på den baggrund og efter bevisførelsen i øvrigt ikke, at der af A er ført bevis for, at hun med overvejende sandsynlighed i forbindelse med behandlingen er blevet påført en skade omfattet af Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. Som følge heraf tages Ankenævnet for Patienterstatningens påstand om frifindelse til følge.

Som følge af sagens resultat skal A betale sagsomkostninger til Ankenævnet for Patienterstatningen.

Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb – herunder forelæggelse for Retslægerådet – og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 52.000 kr. Beløbet er fastsat inkl. moms, da det er oplyst, at Ankenævnet for Patienterstatningen ikke er momsregistreret.

THI KENDES FOR RET:

Ankenævnet for Patienterstatningen frifindes.

A skal til Ankenævnet for Patienterstatningen betale sagsomkostninger med 52.000 kr.

Beløbene skal betales inden 14 dage.

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. 29-07-2022 kl. 09:00

Modtagere: Retslægeråd Civilstyrelsen, Sagsøgte Ankenævnet for
Patienterstatningen, Sagsøger A, Advokat (H) Frode Pagh Bæk, Advokat Stine
Pedersen