



Udskrift af dombogen

DOM

Afsagt den 28. september 2016 i sag nr. BS 44C-3946/2013:

A

mod

Ankenævnet for Patienterstatningen

Finsensvej 15

2000 Frederiksberg

Sagens baggrund og parternes påstande

Denne sag, der er anlagt den 18. september 2013, angår, om sagsøger blev påført en patientskade i forbindelse med en knæoperation på **B** den 16. juni 2010.

Sagsøger, **A**, har nedlagt påstand om, at Ankenævnet for Patienterstatningen tilpligtes at anerkende, at hun er blevet påført en patientskade i forbindelse med behandlingen på **B**, jf. lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1.

Sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, har principalt nedlagt påstand om frifindelse, subsidiært hjemvisning.

A har under hovedforhandlingen tilkendegivet, at såfremt hendes påstand tages til følge, tilslutter hun sig, at sagen skal genbehandles i Ankenævnet for Patienterstatningen eller i nævnets underinstans.

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

Oplysningerne i sagen

1. **A**'s **B** helbred og behandlingsforløbet på **B** i 2010

A blev som 12-årig i 1986 opereret for mus i venstre knæ. Musen var opstået som følge af, at knæet vrikkede indad, da hun hinkede.

Den 18. februar 1997 blev **A** i sin bil påkørt af en

bagfrakommende lastbil. Af en erklæring afgivet af speciallæge i neurokirurgi, **C**, til **D** Forsikring den 1. juli 1998 i anledning af færdselsulykken fremgår bl.a., at **A** oplyste, at hun ikke længere havde gener af museoperationen i 1986. Hendes klager vedrørende følgerne af færdselsulykken angik nakke, hoved samt smerter i højre sæderegion strålende ud i højre ben. Objektivt om benene anførte speciallægen, at de ikke frembød noget neurologisk abnormt. Strakt passivt benløft højre/venstre var 70/80 grader. Den 5. april 2000 traf Arbejdsskadestyrelsen afgørelse om, at **A** som følge af færdselsulykken havde en méngrad på 15 procent og et varigt erhvervsevnetab på 65 procent. Hun var den 1. februar 2000 blevet tilkendt førtidspension. På grund af tiltagende smerter i lænd, højre side af bækken og højre hofte blev **A** i 2009 henvist til neurologisk undersøgelse. Undersøgelsen konkluderede, at smerterne ikke var af neuropatisk karakter.

Den 14. januar 2010 kl. 13:48 opsøgte **A** skadestuen på **E**. Af journalen fremgår, at hun kl. 13:30 samme dag var gledet uden at falde, og at hun efterfølgende havde smerter i nakken, lænd og venstre knæ. Der blev ikke foretaget behandling på skadestuen.

A's egen læge henviste hende den 29. januar 2010 til røntgenundersøgelse af hendes venstre knæ og til reumatologisk undersøgelse af samme.

Røntgenundersøgelsen konkluderede den 4. februar 2010, at venstre knæ viste tegn på begyndende slidgigt.

Af journalen fra den reumatologiske undersøgelse i marts 2010 fremgår bl.a.:

"AKTUELLE

I jan. gled pt. i det glatte fore, skred ud i benet og vred voldsomt i ve. knæ. Efterfølgende konstateret slidgigt i ve. knæ, hvor der tidl. har været en muselæsion.

Efterfølgende har pt. haft mange lændesmerter. Føler sitren i lårene, nedsat muskelstyrke, primært i ve. ben. Har altid følt nedsat kraft hø. ben, og at ve. ben var benet med mest styrke. Føler sig nu svag i begge ben. Har været ved fysioterapeut uden effekt og henvises nu til udredning for prolaps.

Der er ikke udstrålende smerter til benene, men lændesmerter. ... Har god følesans i benene. ...

I hele perioden har generne været uændrede, men ikke forværrede.

...

OBJEKTIVT

...

Strakt benløft på ho. side til 40 gr. med udstråling til knæniveau, fri strakt benløft på ve. side. Der er hyperrefleksi af høj. achillessene, afsvækket på ve. side. I øvr. normale patellar- og mediale hasereflekser, dog afsvækket universelt. Der er universel nedsat kraft over quadriceps. Kan gå på tæer og stå på hæle. Normal sensibilitet.

VURDERING

Lidt atypiske symptomer, muligvis lidt nedsat muskelstyrke bilat., men ifølge pt. fornem-

mes det mest på ve. side. Også let nedsat hælfgang på ve. side.
..."

Den 3. marts 2010 fik **A** på **B** **A's**
foretaget MR-skanning af sit knæ. Af journalnotat fra
konsultation hos speciallæge i ortopædkirurgi på **B**
den 9. marts 2010 fremgår bl.a.:

"Skanningen har vist patellofemoral artrose samt begyndende artrose medially og lateralt
samt degenerativer forandringer i mediale menisk. Disse forandringer er selvfølgelig ikke
kommet i forbindelse med pt.s skade for ca. 7 uger siden, men under alle omstændigheder
er pt.s symptomer starter i forbindelse med skaden.
Det kan dreje sig om en pludselig forværring i artrose med ekstra brusklesion. ...
Der er ikke gået ret lang tid siden skaden, og umiddelbart synes jeg, at man bør afvente
spontanforløbet.
..."

Der var ved konsultation den 10. maj 2010 ikke bedring med
A's knæ. Hun blev derfor tilbudt artroskopi (kikkertundersøgelse)
med meniskresektion og housecleaning.

Operationen blev foretaget på **B** onsdag den 16. juni
2010. **A** var under operationen bedøvet i en halv ti-
me, og efter opvågning og instruks om postoperativt regime blev hun ud-
skrevet. Af journalen fremgår om **A's** efterfølgende
henvendelser til **B** bl.a.:

"17-06-2010 spl. notat
Patienten har kontaktet os pga. en del smerter og at knæet er meget hævet. Ser an til i
morgen og kontakter os, hvis det ikke er mindre hævet i morgen. der er medgivet tid til
klinisk kontrol.
..."

21-06-2010 Opringning fra pt pga. hævelse af knæ
Pt. ringer da knæet fortsat er meget hævet. Der har ikke været nogen effekt af isbandager/
elevation/mobilisation. Pt. fortæller at låret også er begyndt at hæve i weekenden.
...
Pt. har svært ved at komme til PHV pga. manglende mulighed for transport. Har derfor rå-
det pt. til at søge egen læge d.d.
F, spl.

23-06-2010 ringer pga hævet knæ AFJ / spl
ringer pga hævet knæ. Har været hos egen læge i mandags - sat i penicilin behandling
som forebyggelse pga hæmatom.
Benet er ikke hævet mere op, ingen feber, ingen rødme lidt smerter.
holder benet op, med is bandage på.

Pt ser om ikke det bliver bedere inden fredag (ringer igen)
...

24-06-2010 kontrol
...

Havde kraftig hævelse af knæleddet og hævelsen har langsom fortaget sig, men er nu hævet nærmest svarende til hele benet dog minus fod.

Huden på underbenet lidt spændt og skinnende. Der er dyb lægømhed.

Ved undersøgelse for Homan angives ømhed helt op på bagsiden af låret. Lårromfanget er betydeligt øget i forhold til højre side.

Selve knæleddet findes med moderat til spændt ansamling. Der er desuden ømhed ...

Umiddelbart ingen infektionstegn, derimod må man opretholde mistanke om DVT.

D-dimer dog normal men pt. bør ultralydsscannes.

...

G ...

Speciallæge i ortopædkirurgi

28-06-2010 Opringning fra pt.

Pt. ringer for at fortælle, at hun fik foretaget UL den 24/6-10 som planlagt. UL afkræftede

DVT men viste stort hæmatom. Der blev udtomt 40-50 ml blod. Pt. synes at hævelsen er faldet en smule og smerter aftaget lidt

F , spl.

12-07-2010 telefonisk

Har fortsat hævet knæ. Hævelsen omkring knæleddet synes at være i aftagende. Ønsker ekstra kontrol og eftersom pt. har svær ved at bøje og svært ved at aktivere quadriceps, er der indikation for tilsyn, råd og vejledning hos fysioterapeuten samt udarbejdelse af GOP til kommunen.

Pt. bestiller tid både til fys. og til kontrol hos mig.

G ...

Speciallæge i ortopædkirurgi

16-07-2010 kontrol

...

Knæet fortsat meget hævet men hævelsen omkring knæet har været i aftagende. Har mange smerter og dårlig bevægelighed.

Objektivt.

næsten håndboldstor ansamling i knæleddet samt odem af underben og der er smerter proksimalt for knæet ved berøring.

Bevæger fra 0 til 30 grader. Været indlagt 2 dage på E på mistanke om DVT som blev afkræftet. Fik samtidig udtomt ca. 40 ml blod fra knæleddet.

Er henvist til fysioterapi.

Ny tid om 4-6 uger.

G ...

Speciallæge i ortopædkirurgi

16-07-2010 Fysioterapinotat

...

10-08-2010 Kontrol

...

Situationen er ikke holdbar. Pt. har ikke fået bedre bevægelighed, har mange smerter næsten konstant, forværring ved belastning. Hævelsen er faldet en lille smule, men fortsat stor blød ansamling. ... Der er indikation for fornyet artroskopi med løsning af adhærencer og brisement. ...

Der bestilles MR-skanning af knæleddet mhp. nyttilkomne skader.

G ...

Speciallæge i ortopædkirurgi

..."

Efter MR-skanningen fandtes fornyet kikkertundersøgelse med løsning og brisement fortsat indiceret. **A** valgte at få denne foretaget på **H** i stedet for **B**. Operationen på **H** fandt sted den 1. november 2010.

Efter reoperationen på **H** den 1. november 2010 fortsatte **A** sit genoptræningsforløb hos fysioterapeuter i **I** Kommune.

Den 24. februar 2011 fik **A** foretaget en nerveledningsundersøgelse hos speciallæge i klinisk neurofysiologi. **J** som konkluderede:

"Svær skade på ve n. femoralis og klinisk også på m. iliopsoas, mindre på n. obturatorius."

Af journalnotater fra **K** den 25. marts 2011 fremgår:

"Pt. moder til kontrol med henblik på svar på nerveledningsundersøgelse.

...

Ud fra undersøgelsesresultatet kan konkluderes, at nervemuskulær skade sandsynligvis er på iskæmisk basis og prognosen for restitution formentlig vil være god i forhold til nerve-restitution, lidt usikker i forhold til restitution af musklerne.

Behandling er varig fysioterapeutisk træning.

..."

På foranledning af forsikringsselskabet **L** afgav speciallæge i ortopedkirurgi, **M**, 3. november 2011 erklæring angående **A's** ulykkestilfælde den 14. januar 2010. Det hedder i erklæringen bl.a.:

"Klager:

Skadelidte er højrehåndet dominant.

Klager fra venstre ben:

Klage nr.1:

Smerte fra venstre knæ, på indersiden. Smerterne er til stede dagligt og hele tiden, mindst om morgenen. Vågner 2-3 gange om natten på grund af disse smerter. Smerterne forværres af belastning.

Klage nr.2:

Halten idet, der er vægtaflastning på det venstre knæ, det skyldes en kombination af muskelsvagthed omkring låret og smerterne. Der er konstant halten fra allerførste skridt. Halten skyldes for så vidt gælder muskelsvækkelsen, at benet løftes og benet svinges frem ved hoften da kvadriceps på den venstre side, ikke kan strække knæet og dermed medvirke til at svinge benet frem.

Klage nr.3:

Instabilitet og usikkerhedsfomemmelse sv.t. venstre knæ. Skal således se, hvor foden sættes og være meget påpasselig ved ujævnt underlag og trappegang nedad. Høje hæle er helt

forbi.

Klage nr.4:

Giving-a-way fænomen sv.t svigt af venstre ben, det forekommer flere gange dagligt, har dog lært at undgå at falde, klarer sig med at lægge vægten på det højre eller holde sig til møbel. Anvender en albuestok i højre side herfor.

Klage nr.5:

Hævelse af venstre knæ. Knæet er konstant hævet op og det bliver værre ved belastning og op ad dagen.

Klage nr.6:

Kosmetisk udseende af venstre knæ, der er udtalt svind af lårbensmuskulaturen og knæet er hævet, hvorfor det har et knoklet udseende.

Sammenlagt betyder ovennævnte gener, at skadelidtes aktiviteter er blevet indskrænket ganske betydeligt, kan ikke lege med sine børn, har måttet købe bil med automatgear, skal anvende albuestok eller kropsbåren ortose. Det har også negativ betydning i forbindelse med skadelidtes pasning af hus og have. Kan ikke ligge på knæ, kan heller ikke gå på hug på grund af manglende muskelfunktion i venstre quadriceps femoris. Har opgivet at cykle. Har udtalt nedsat gangdistance. Gangdistancen, før der skal holde pause, på grund af smerter og træthed er omkring 200 meter i langsomt tempo. Har fået invalidskilt til bilen. Får hjælp til aftagning på påtagning af fodtøj og strømper på den venstre fod. Ovennævnte gener betyder samlet, at både det sociale og det familiære liv, er svært påvirket af den manglende funktionsevne i det venstre ben.

Gener fra lænd:

Klage nr.1:

Smerte. Lændesmerterne er til stede dagligt men ikke hele tiden. Mindst i liggende stilling, bliver værre i siddende og værst i stående. Skal skifte stilling i stående for at aflaste smerterne. Smerterne i lænden er lokaliseret til lænden og der ingen udstråling.

Hjælpermidler:

Blød halskrave. Af kommunen, er der udleveret korestol til længere ture, rollator, albuestok og den skinne til knæet, som endnu ikke er udleveret. Desuden toiletforhøj.

Objektivt:

...

Venstre knæ: Der er medalt et ældre, noget bredt ar 5 cm langt 1 cm. bredt sv.t. antero-mediale del af knæet. lateralt er der sv.t. samme lokalisering anterolateralt en lodret gående 5 cm lang cicatrice. Der er desuden huller fra kikkertoperation. Knæet er præget af intraartikulær ansamling og der er anslag af patella. Der er retropatellar skuren.

Der er betydelig ømhed på mediale ledlinie og sv.t. distale tilhæftning af mediale kollaterale ligament, lateralt ingen ømhed. Der er fuld stabilitet på strakt, passende sideløshed på 15 gr flekteret knæ og negativ Lachmann. Bevægelighed fra 0-90 gr og ikke mere. Benet kan ikke aktivt rettes ud fra denne stilling på grund af nedsat styrke i kvadriceps musklen.

Omfang knæ venstre/højre 50/47cm

Omfang 10cm over patella venstre/højre 53/55 cm

Omfang 20cm over patella venstre/højre 61/65 cm.

...

Neurologisk:

Underekstremiteter: Fuld kontrol over afføring- og vandladning. Der er normal egal følesans på underekstremiteterne også sv.t. hele venstre femur. Der er ingen patellarrefleks på den venstre side, på højre side normal patellarrefleks, egale normale achillesreflekser og

normal plantarrespons. Blændet knæhælforsøg med venstre ben er umuligt, da benet ikke kan løftes fra underlaget, på højre ben er der blændet knæhælforsøg med fuld sikkerhed. Der er intakt positionssans i begge l. tær. Højre ben findes med normal hofteflexion med fuld styrke, venstre ben kan ikke løftes fra underlaget. Højre knæ har fuld ekstension styrke som ikke kan brydes, på venstre er der ingen ekstensionsstyrke over knæ. Ved flex/ ex over fodled og l.tå findes normale forhold på højre side, på venstre side er der nedsat kraft ved ekstension over fodled og l.tå til omkring styrke 4. Der er normal fleksionskraft over fodled og l.tå på venstre side. Der er på begge sider negativ Lasegue.

Læbensstand: Let usikkerhed på den højre side i forhold til venstre.

Diagnoser:

Compartment syndrom ve. lår	Nerve/muskelskade ve. lår pga hævelse
Fractura chondracis gen sin	Bruskskade ve. knæ
Laesio menisci med. gen sin	Skade inderste menisk ve. knæ
Lumbago	Lændesmerter
Adipositas (BMP=35)	Svær overvægt

Konklusion:

Kundens sygehistorie: Se ovenfor.

Oplysninger om evt forudbestående: Med hensyn til lænden var der veldokumenteret forudbestående både i form af gener og MR Fund. Der er dog tydeligt øgede gener i form af smerteforværring og en del af de MR dokumenterede forandringer kan være aktuelle. Med hensyn til ve. knæ var der en åben knæoperation med muse fangst i 12 års alderen. Ingen gener herfra og indtil den aktuelle skade. Ved kikkertundersøgelsen den 16.06.10 findes akutte forandringer i form af meniskskade og stor brusklæsion 1x1,5 cm og løse bruskestykker, men også ældre skader i form af svær slidgigt i leddet mellem femur og patella samt exostose (knogleudbygning, slidgigtbetinget).

Oplysning om kundens nuværende gener og årsagen:

Forværringen i generne fra lænd og knæ kan tvangsfrit tilskrives skaden den 14.01.10. Generne i form af lammelserne i ve. lårsmuskulatur, mest quadriceps skyldes ikke selve faldet 14.01.10. Denne væsentlige permanente invaliditet er efter alt at domme indtrådt pga hævelsen af knæ og lår i dagene efter kikkertundersøgelsen. Denne hævelse, der er monstros og veldokumenteret med foto i sagsakterne, fik ikke lægelig opmærksomhed og der blev derfor ikke taget stilling til muligheden for aflastende operation for at tage trykket af ve. lårs muskler og nerver, der pga trykket fra hævelsen og den deraf manglende blodforsyning (iskæmi) formentlig har taget permanent skade. En aflastende operation kunne potentielt have forebygget denne skade.

En samlet prognose: Lammelserne i ve lår er stationære. Der er risiko for forværring af generne fra lænd og ve knæ pga fejlbelastningen sfa lammelserne og kundens overvægt. Der vil efter alt at domme være behov for vedligeholdende træning vejledt af fysioterapeut formentlig permanent. Desuden smertestillende medicin fremover. Det er tvivlsomt om yderligere operationer i lænd og ve. knæ kan komme på tale, men det kan ikke udelukkes. ..."

På vegne af  indgav hendes praktiserende læge den 8. november 2011 anmeldelse til Patientforsikringen.

2. Patientforsikringens og Patientskadeankenævnets (nu Ankenævnet for Patienterstatningen) afgørelser

Patientforsikringen traf den 14. juni 2012 følgende afgørelse:

"Patientforsikringen vender hermed tilbage til  anmeldelse om erstatning efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (KEL) i

forbindelse med behandling på **B** den 15. januar 2010 og frem.

Afgørelse

A er ikke berettiget til erstatning efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Betingelserne for at yde erstatning efter lovens § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, er ikke opfyldt.

Sagsfremstilling

A har søgt erstatning, fordi hun mener, at hun i forbindelse med en operation i sit venstre knæ fik ødelagt nervebaner og muskler, og at hun har fået smerter i venstre knæ og lår efter behandlingen af knæet, hvilket giver hende mange gener i hverdagen.

Vi har på baggrund af anmeldelsen, journalmaterialet og sagens øvrige oplysninger lagt følgende hændelsesforløb til grund for afgørelsen:

Den 15. januar 2010 gled **A** på et fortov og vred om på venstre knæ. Hun blev set på skadestuen på **E**, hvor man vurderede, at hun havde forstuvet knæet.

Den 26. februar 2010 blev **A** set på **B**. Hun havde siden traumat haft svært ved at støtte på benet, og havde nu smerter på indersiden og fortil i knæleddet. Der blev foretaget en MR-scanning, og som den 9. marts viste svære degenerative forandringer (slidgigt) mellem knæskallen og lårbensknoglen samt begyndende slidgigt på indersiden og ydersiden i knæet og på den indre menisk. Man anbefalede konservativ behandling.

Den 12. marts 2010 blev **A** undersøgt på reumatologisk afdeling, **E** da hun efter faldet havde følt nedsat muskelstyrke, primært i venstre ben. Man fandt frit strakt benløft på venstre side, men der var afsvækket akillesenerefleks, og nedsat kraft over lårmusklen (quadriceps). Man fandt også efter en MR-scanning prolaps i lænderyggen med rodpåvirkning.

Ved kontrol den 10. maj 2010 var **A's** gener uforandrede, så man tilbød operation af menisken og brusken, samt oprensning af knæet. Hun blev opereret den 16. juni 2010. Operationen varede ca. 30 minutter, hvor man fandt svær slidgigt og betændelse, og man afglattede los bruske. Der var anlagt blodtomhed i 15 minutter, og der blev ikke anlagt perifert blok (smertebehandling). Hun fik efterfølgende instruktion i genoptræning.

Den følgende uge var **A** flere gange i kontakt med **B**, da hun havde smerter og hævelse af benet.

A blev set til kontrol den 24. juni 2010, hvor der var diffus hævelse af knæet. Man mistænkte en dvb blodprop, som dog blev afkræftet med ultralydsscanning samme dag på **E**. Her udtømtes 40 ml blodig væske fra knæet.

I juli 2010 var **A** flere gange i kontakt med **B**. Hendes knæ vedblev med at være hævet. Hun havde også problemer med bevægeligheden af knæet (10 til 30 grader) og aktivering af lårmusklen. Hun kom i fysioterapi, og der blev udarbejdet en genoptræningsplan.

Ved kontrol den 10. august 2010 var **A's** ben ikke blevet bedre. Man fandt grundlag for at kikkertoperere knæet for losning af arvæv og brisement forcé (bojning af knæet under bedovelse for bedring af bevægeligheden). Operationen blev foretaget den 1. november 2010 på **H**, hvor man fandt uændrede forhold i knæet bortset fra, at der var vævsdannelse (fibrose). Der blev heller ikke ved dette indgreb lagt smerteblok.

Det fremgår af fysioterapinotater af den 19. november 2011, at **A** havde massivt muskelsvind af lårmusklen, problemer med bevægeligheden af knæet, og til tider manglende kraft i foden under gang.

Kontrol på **N** den 24. februar 2011 viste, at der var svar på virkning af nerver. Der blev foretaget en nerveledningsundersøgelse på **E**, som den 25. marts 2010 viste en påvirkning af nervus femoralis, men man mente at prognosen for restitution af nerven var god.

Der er fremsendt en speciallægeerklæring, som vurderer, **A's** gener fra venstre ben skyldes følger efter et compartmentsyndrom svarende til venstre lår i forbindelse med en kikkertundersøgelse.

Begrundelse

Efter KEL § 19, stk. i, og § 20, stk. 1, ydes der erstatning, hvis patienten er blevet påført en skade.

Det er endvidere en betingelse, at skaden med overvejende sandsynlighed er en følge af den behandling eller undersøgelse, som patienten har fået, og ikke en følge af den sygdom, patienten blev behandlet for.

Vi har vurderet, at **A** ikke er blevet påført en skade som følge af behandlingen på **B**.

Vi har ved afgørelsen lagt vægt på, der var godt grundlag for operationen den 16. juni på **B**, da **A** havde betydelige gener fra knæet.

Vi har også lagt vægt på, at operationen den 16. juni 2010 var kortvarig, og at der ikke blev anlagt blok (smertebehandling), som kunne have forårsaget nervepåvirkningerne. Vi vurderer i øvrigt, at det ikke er sandsynligt, at der opstod compartmentsyndrom i forbindelse med indgrebet.

Vi har også lagt vægt på, at **A's** gener med nedsat kraft af lårmusklen tilkom forud for indgrebet på **B**, og at hun således blev udredt for disse gener i marts 2010.

Behandlingen på **H** herunder operation den 1. november 2010 var i øvrigt ligeledes i overensstemmelse med erfaren specialiststandard.

Det er på baggrund af det ovenstående vores vurdering, at der ikke med overvejende sandsynlighed er sammenhæng mellem operationerne den 16. juni og den 1. november 2010 og de påviste nervepåvirkninger og nedsat muskelfunktion samt følgerne heraf.

Det er herudover vores vurdering, at **A** efter operationen den 16. juni 2010 fik udtalt nedsat bevægelighed, og dette med overvejende sandsynlighed skyldes hendes egne forhold (atrofibrose) og derimod ikke komplikationer til behandlingen eller

ikke optimal behandling.

A er ikke berettiget til erstatning, da hun ikke er blevet påført en skade i forbindelse med behandlingen.
..."

A indbragte Patientforsikringens afgørelse for Ankenævnet for Patientforsikringen, som den 18. marts 2013 tiltrådte afgørelsen. Af Ankenævnets afgørelse fremgår:

"Som advokat for **A** har De ved skrivelse af 5. september 2012 klaget over afgørelsen til Patientskadeankenævnet. De har anført blandt andet, at der klages over det samlede behandlingsforløb på **B** herunder særligt operationen den 16. juni 2010. De har indledningsvist anført, at Deres klient gled på et glat fortov/rampe og vred om på venstre knæ den 14. januar 2010, at der ved efterfølgende MR-scanning konstateredes degenerative forandringer mellem knæskallen og lårbensknoglen samt begyndende slidgigt på undersiden og ydersiden i knæet og på den indre menisk. Endvidere har De anført, at Deres klient herefter blev anbefalet konservativ behandling, men at hendes gener efterfølgende var uforandrede, hvorfor hun blev tilbudt operation af menisk og brusk samt oprensning af knæet. Videre har De anført, at Deres klient straks efter operationen den 16. juni 2010 kontaktede **B** på grund af svære smerter og hævelse af det opererede knæ, og at der den 24. juni 2010 udtomtes 40 ml. blodig væske fra knæet i forbindelse med undersøgelse og ultralydsscanning på

E Derudover har De anført, at Deres klient gennem juli måned 2010 flere gange var i kontakt med **B** på grund af gener, og at knæet ved kontrolundersøgelse den 10. august 2010 fortsat ikke var bedre, hvorfor der var grundlag for kikkertoperation i knæet for løsning af arvæv og brisement forcé, hvilken blev foretaget den 1. november 2010 på **H** hvor der fandtes uændrede forhold i knæet bortset vævsdannelse (fibrose). De har ligeledes anført, at der efterfølgende var massivt muskelsvind af lårmusklen samt problemer med bevægelighed af knæet tillige med manglende kraft i foden under gang (intermitterende). Der blev den 24. februar 2011 foretaget nerveledningsundersøgelse, der viste svær påvirkning af venstresidige nerver, og ved nerveledningsundersøgelse den 25. marts 2011 påvises påvirkning af en nerve. Endelig henviser De til konklusionen i speciallægeerklæring af 3. november 2011, udarbejdet på foranledning af **L**

De har ved skrivelse af 27. november 2012 anført, at De vil fremkomme med yderligere bemærkninger. Nævnet har den 8. februar 2012 anmodet om Deres bemærkninger, hvilke er fremsendt ved skrivelse af 11. februar 2013. De har anført blandt andet, at Deres klient forud for operationen efter en faldulykke i januar 2010 dels havde smerter i knæet og dels ondt i lånden. Endvidere er det anført, at knæproblemerne, som det fremgår af sagen, skulle behandles, idet der var tale om en menisklæsion, som forventeligt kunne bedres operativt. Derudover har De anført, at Deres klient på grund af hævelserne, der må skyldes en blødning i knæet efter operationen eller en beskadigelse af nervebanerne ved operationens gennemførelse, har, som det fremgår af den gennemførte nerveledningstest, har pådraget sig varige skader. En sivende blødning og deraf følgende afklemning af nervebanerne i knæet/låret vil kunne medføre varige skader efter blot et dogms afklemning af nervebanerne. Endelig har De anført, at det må kunne lægges til grund, at den langvarige hævelses-tilstand, som forårsaget af den gennemførte operation, er årsagen til Deres klients skader.

Patientskadeankenævnet har på møde den 15. marts 2013 truffet følgende

Afgørelse:

Patientforsikringens afgørelse af 14. juni 2012 tiltrædes.

Patientskadeankenævnets afgørelse kan indbringes for domstolene inden 6 måneder efter, at afgørelsen er meddelt. Retten kan stadfæste, ophæve eller ændre afgørelsen.

Sagsfremstilling

Der henvises til sagsfremstillingen i Patientforsikringens afgørelse af 14. juni 2012.

Patientskadeankenævnet skal hertil supplerende bemærke, at De har fremsendt speciallægeerklæring af 3. november 2011, hvor det af konklusionen kan udledes, at man i det umiddelbare efterforløb af kikkertoperationen på **B**, ved ikke at undersøge **A**, tilstrækkeligt, kan have overset kompartmentsyndrom på venstre lårben, hvilket kan anses for at have været årsag til det vanskelige forløb.

Begrundelse og resultat

Indledningsvist bemærkes, at Patientskadeankenævnets afgørelser af, om der foreligger en efter klage- og erstatningsloven erstatningsberettigende skade, baserer sig på en selvstændig lægelig og juridisk vurdering af sagen på grundlag af de indhentede oplysninger om sagens faktiske omstændigheder og lægesagkyndige udtalelser fra nævnets lægekonsulenter. Tilkendegivelser fra eksterne læger indgår på lige fod med øvrige oplysninger om sagens faktiske omstændigheder, men nævnet er ved sin vurdering ikke bundet af sådanne tilkendegivelser.

Det er herefter Patientskadeankenævnets vurdering, at **A** ikke med overvejende sandsynlighed er påført en erstatningsberettigende skade, jf. klage- og erstatningslovens § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1.

Ved afgørelsen har nævnet lagt vægt på, at der som følge af gener fra venstre knæ i form af smerter på indersiden og fortil i knæleddet, samt at **A** siden faldtraumet havde haft svært ved at støtte på benet, blev foretaget relevant MR-scanning den 3. marts 2010. Endvidere er der lagt vægt på, at MR-scanningen viste svære degenerative forandringer (slidgigt) mellem knæskallen og lårbensknoglen samt begyndende slidgigt på indersiden og ydersiden i knæet og på den indre menisk.

Dernæst er der lagt vægt på, at der grundet fortsatte betydelige gener fra venstre knæ ved undersøgelsen den 10. maj 2010, var god indikation for kikkertoperationen den 16. juni 2010, samt at operationen forløb planmæssigt og uden umiddelbare komplikationer.

Nævnet har ligeledes lagt vægt på, at **A** efterfølgende blev relevant undersøgt blandt andet på grund af mistanke om blodprop i de dybe vener (DVT), men at dette blev afkræftet på baggrund af de konkrete fund. Derudover er der lagt vægt på, at der ved kikkertoperationen den 16. juni 2010 ikke blev anlagt blok (smertebehandling). Nævnet finder det derfor ikke sandsynligt, at der kan opstå kompartmentsyndrom i et kompartment, der har været uberørt i forbindelse med kikkertoperationen, fraset relevant kortvarig blodtomhed.

Endelig har nævnet lagt vægt på, at der allerede forud for kikkertoperationen den 16. juni 2010 fandtes nedsat quadricepsfunktion på venstre side, hvilket netop ledte til MR-scanning af columna med fund, som kunne medvirke til at forklare nerveledningsforandringerne.

Ud fra en samlet vurdering finder nævnet, at behandlingen på **B** den 26. februar 2010 og frem, herunder kikkertoperationen den 16. juni 2010, er udført i

overensstemmelse med, hvorledes en erfaren specialist under de konkrete omstændigheder ville have handlet. Nævnet finder således, at ^{A's} sygdomsforløb, herunder den efterfølgende operation den 1. november 2010, ikke kan relateres til behandlingen på ^B men at sygdomsforløbet og de nuværende gener er en følge af hendes grundlidelse, herunder slidgigten venstre knæ og den bestående ryg sygdom.
..."

3. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål fra parterne

Til brug for rettens behandling af sagen har Retslægerådet afgivet udtalelser den 9. april 2015 og den 18. november 2015. Af udtalelsen afgivet den 9. april 2015 fremgår bl.a.:

"Spørgsmål 1:

...

I

Retslægerådet bedes i den forbindelse oplyse, om behandlingen af sagsogers gener fra venstre knæ/ben i perioderne

- 26. februar 2010 til 16. juni 2010 samt
- 16. juni 2010 og frem til 1. november 2010

hver for sig har været i overensstemmelse med medicinsk videnskab og erfaring på undersøgelses- og/eller behandlingstidspunktet.

...

Retslægerådet finder, at behandlingen 26.02.10 til 16.06.10 har været i overensstemmelse med almindelig lægefaglig standard.

...

Retslægerådet finder, at behandlingen 16.06.10 til 01.11.10 er i overensstemmelse med alment anerkendt lægefaglig standard.

...

Spørgsmål 2:

Retslægerådet bedes oplyse, om det er i overensstemmelse med et sædvanligt postoperativt forløb, at sagsøger indenfor 8 dage (d. 24. juni 2010) efter operationen gennemført d. 16. juni 2010 måtte have udtonet 40 ml. blodig væske fra det venstre knæ, og at sagsogers knæ/ben var påvirket (hævet og smertende) som beskrevet i sagens lægelige oplysninger og fotomateriale, samt sagsens akter i øvrigt.

Hævelse og blodning i knæleddet efter artroskopi er relativt hyppigt forekommende og forsvinder normalt spontant.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet bedes oplyse, om det i november 2010 konstaterede muskelsvind af venstre lårmuskel samt bevægeindskrænkning i ve. knæ, tillige med den beskrevne manglende kraft i foden under gang (intermitterende) kan skyldes den beskrevne hævelse af sagsogers venstre knæ og lår?

Hævelse af knæet med ledansamling kan i sig selv give indskrænket bevægelighed og svind af lårmusklen på grund af manglende brug. Manglende kraft over foden ses normalt ikke, men ved langvarig aflastning af benet, kan der ses muskelsvind på underbenet og nedsat kraft over ankelleddet.

Spørgsmål 4:

Retslægerådet bedes oplyse og beskrive, hvilke skader sagsøger har i venstre knæ/venstre

ben (venstre lårs muskler og nerver) på nuværende tidspunkt.

Retslægerådet bedes oplyse, om sagsogers (eventuelle) skader som beskrevet i nærværende spørgsmåls 1.-led må antages at være blivende/varige skader på nuværende tidspunkt.

Sagsøger blev i 2011 udredt på neurologisk afdeling **O** hvor man ved nerveledningsundersøgelse fandt nedsat funktion af flere nerver på venstre lår. Desuden er der ifølge ortopædkirurgisk speciallægeerklæring 03.11.11 indskrænket knæbevægelighed, hævelse af knæet og muskelsvind på låret. Retslægerådet finder, at disse forandringer skyldes en kombination af nervebeskadigelse på låret, såkaldt artrofibrose (stivhed af ledkapsel) og slidgigt.

Retslægerådet udtaler sig normalt ikke om symptomers varighed eller prognose, men kan oplyse, at ved såvel den beskrevne nervebeskadigelse artrofibrose som slidgigt, vil der normalt ikke på nuværende tidspunkt kunne forventes spontan bedring i tilstanden i forhold til de beskrevne forhold 03.11.11.

Spørgsmål 5:

Såfremt det lægges til grund, at der som følge af hævelsen af sagsogers knæ og lår i dagene efter kikkertundersøgelse/-operation opstod tryk og manglende blodforsyning (iskæmi) bedes Retslægerådet oplyse, om dette 1) har eller 2) kan have, forårsaget de i besvarelsen af spørgsmål 4 beskrevne skader.

I sidstnævnte tilfælde bedes rådet angive, med hvilken grad af sandsynlighed skaderne kan antages at være forårsaget af hævelser og deraf følgende tryk.

Vedrørende omtalte hævelser henvises til fotos af sagsogers ben, jf. sagens bilag 4a - 4d samt sagens bilag 3, speciallægeerklæring dateret 3. november 2011 udarbejdet af speciallæge i ortopædkirurgi **M** samt sagens øvrige lægelige bilag.

Den beskrevne nerveskade kan være opstået ved tryk i form af en såkaldt kompressions-neuropati. I forbindelse med knæledsartroskopi er den hyppigste årsag anvendelse af en lårmanschett, der ved trykpåvirkning standser blodomløbet i benet, hvorved operationen lettes — operation foregår i såkaldt blodtomhed. Normalt oppustes manchetten til et forudbestemt tryk — i aktuelle tilfælde er der angivet 250 mmHg, hvilket er normalt og ikke burde give problemer. Det er dog kendt, at disse apparater kan svigte og give et forøget tryk i manchetten og derved på bloddelene, der kan lede til nervebeskadigelse på trods af, at de er sat til at give et forudbestemt sikkert tryk. Denne teknik er anvendt ved operationen 16.06.10, og man kan derfor mistænke dette som årsag. En anden mulig årsag er, at der er løbet blod og væske ind i muskellogerne på låret som følge af trykskylning af knæet under operationen, hvilket har medført øget tryk (såkaldt compartmentsyndrom) i muskulaturen med nerveskade, men denne form for skade er meget sjælden. Retslægerådet er ikke i stand til - på basis af de lægelige akter — at angive, om det er den ene eller anden årsag, og Retslægerådet kan ikke umiddelbart pege på alternative årsager. Årsagen artrofibrose er ukendt og formodentlig betinget i forhold hos den opererede selv, men der er en relation til forudbestående traumer. Retslægerådet finder derfor, at sagsogers artrofibrose er forårsaget af det primære traume og forhold hos sagsøger, og at artrofibrosen ikke — hverken helt eller delvist — er forårsaget af behandlingen. Slidgigten er betinget af forudbestående forhold og ikke forårsaget af behandlingen.

Spørgsmål 6:

Retslægerådet bedes oplyse, om sagsogers gener fra venstre underekstremitet efter Retslægerådets vurdering kunne være undgået ved behandling eg. aflastende operation på et tidligere tidspunkt i behandlingsforløbet end sket?

Jævnfør besvarelse af spørgsmål 5, er Retslægerådet ikke i stand til sikkert at påvise årsagen til nervebeskadigelsen. Et såkaldt compartmentsyndrom kan være meget vanskelig at diagnosticere, men giver meget udtalte smerter og skulle i givet fald opstå i umiddelbar forlængelse af operationen samt det efterfølgende dogn. Behandlingen er trykafledning ved at gennemskære muskelhinderne operativt, men dette skal foretages umiddelbart og uden forsinkelse, idet skaderne ellers vil være sket. Retslægerådet finder ikke — med baggrund i de lægelige akter — sikre tegn på, at der skulle have været tale om compartment-syndrom. Givet at der har været tale om et compartmentsyndrom skulle der således have været foretaget akut operation med trykafledning, men dette ville ikke have påvirket de efterfølgende gener i form af artrofibrose eller slidgigt, men udelukkende nerveskaderne og den supplerende muskelsvækkelse.

Spørgsmål 7:

Retslægerådet bedes oplyse, om andre af de af sagsøger beskrevne helbredsmæssige gener — herunder fra hofte og lænd — skyldes operationen gennemført den 16. juni 2010, eller om disse skader kan være forårsaget eller forværret af forhold forbundet med behandlingen af sagsøger i perioden efter d. 26. februar 2010 og frem til den gennemførte operation.

Begrebet "sagsøgers helbredsmæssige gener" er ikke klart defineret, og spørgsmålet lader sig ikke besvare i den form, det er stillet.

Retslægerådet kan dog oplyse, at man ikke finder sammenhæng mellem behandlingsforløbet for knælidelsen og sagsøgers gener fra hofte og lænd, som beskrevet i ortopædkirurgisk speciallægeerklæring 03.11.11.

...

Spørgsmål A:

Retslægerådet bedes beskrive ^{A/S} eventuelle gener og lidelser i venstre knæ forud for faldtraumet den 14. januar 2010.

Spørgsmålet har resumerende karakter og kan ikke besvares udtømmende. Retslægerådet kan dog oplyse, at sagsøger som 12-årig blev opereret i knæet med fjernelse af ledmus. Ifølge ortopædkirurgisk speciallægeerklæring 03.11.11 var knæet velfungerende og uden gener for tilskadekomsten 14.01.10.

...

Spørgsmål C:

Er der i sagens lægelige akter holdepunkter for at antage, at ^A inden operationen den 16. juni 2010 havde en nedsat quadricepsfunktion i venstre ben?

Nej.

...

Spørgsmål E:

Retslægerådet bedes oplyse, om ^A som følge af operationen den 16. juni 2010 pådrog sig skader ud over dem, der er normale følger af en operation af den pågældende karakter?

I givet fald bedes skaderne beskrevet.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 5.

Spørgsmål F:

Under henvisning besvarelsen af spørgsmål E bedes Retslægerådet vurdere, om det er sandsynligt, at der opstod et kompartmentsyndrom i *A's* venstre ben som følge af operationen den 16. juni 2010?

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 5

Spørgsmål G:

Såfremt spørgsmål F besvares bekræftende bedes Retslægerådet oplyse, om kompartmentsyndrom i *A's* venstre ben da må betragtes som 1) en hændelig følge af operationen eller 2) en følge af en behandling i strid med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer?

Retslægerådet finder, at hvis der har været tale om compartmentsyndrom, er der tale om en komplikation opstået på trods af, at der ved operationen er anvendt alment anerkendte lægefaglige retningslinjer

Spørgsmål H:

Retslægerådet bedes oplyse, om der i sagens lægelige akter holdepunkter for at antage, at *A* led af nerveledningsforandringer i marts 2010?

Retslægerådet finder ikke i de lægelige akter tegn på, at sagsøger led af nerveledningsforandringer i marts 2010.

Spørgsmål J:

Såfremt Spørgsmål H besvares bekræftende bedes Retslægerådet oplyse om årsagen til nerveledningsforandringerne, herunder om de kan skyldes de prolaps i lænderyggen med rodpåvirkning, der blev konstateret ved MR-scanning den 12. marts 2010?

Retslægerådet finder ikke, at det der beskrives i journalen 12.03.10 som "muligvis let nedsat muskelstyrke bilat" kan forklares ud fra de senere fundne nerveskader på låret, ligesom Retslægerådet ikke finder, at de forandringer, der beskrives ved MR-scanningen af lænden kan fore til de beskrevne nerveskader på låret
..."

Af Retslægerådets supplerende udtalelse af 18. november 2015 fremgår bl.a.:

"Spørgsmål 9:

A) Retslægerådet bedes oplyse, hvilken af de to angivne årsager til sagsøgers helbreds-mæssige gener, af Retslægerådet beskrevet som;

nerveskade i venstre lår og den deraf følgende supplerende muskelsvækkelse, muskelsvind på underbenet og nedsat kraft over ankelledet, samt manglende kraft over foden,

der er den mest sandsynlige?

B) Retslægerådet bedes i den forbindelse angive hvilke forhold der taler for, henholdsvis imod den ene skadesårsag frem for den anden?

Retslægerådet er ikke i stand til at kvalificere besvarelsen af spørgsmål 5 yderligere, herunder angive, hvilken af de i besvarelsen af spørgsmål 5 angivne årsager til nervebeskadeligelse, der er den mest sandsynlige.

Spørgsmål 10:

Retslægerådet bedes oplyse, hvor hyppigt der (statistisk) i forbindelse med knæledsartroskopi opstår gener efter nervebeskadigelser i ben/UE som følge af

A. Kompressionsneuropati på grund af forøget tryk i manchetten på grund af fejl og svigt i apparaturet.

B. Compartmentsyndrom som følge af øget tryk i muskulaturen med nerveskade, som følge af at der ved trykskylling af knæet under operationen er lobet blod og væske ind i muskel-
logerne på låret.

Retslægerådet bedes angive hyppigheden for gener efter nervebeskadigelser i ben/UE efter A og B i procent.

Der er tale om to meget sjældne komplikationer, og der foreligger ingen tilgængelig statistik over hyppigheden.

Spørgsmål 11:

Såfremt der ikke forefindes tilstrækkeligt statistisk materiale til Retslægerådets præcise besvarelse af spørgsmål 10, bedes Retslægerådet ud fra rådets lægefaglige erfaringsgrundlag oplyse om gener efter nervebeskadigelser i ben/UE som følge af A og/eller B som angivet i spørgsmål 10, efter rådets skøn optræder i mere eller mindre end 2 % af de tilfælde den givne behandling anvendes.

Efter Retslægerådets bedste skøn er hyppigheden lavere end 2 %.

..."

4. Retshjælpforsikring

A har retshjælpforsikring og opfylder de økonomiske betingelser for fri proces, hvorfor der ikke er svaret retsafgift i sagen, jf. retsafgiftslovens § 13, stk. 1, nr. 3.

Forklaringer

Der er afgivet forklaring af A og af vidnet P

A har forklaret bl.a. at hun i dag er 42 år gammel. Hun og hendes mand har kendt hinanden i 20 år, og de har været gift i 13½ år. De har to drenge, som i dag er 11 og 15 år gamle. Hun er førtidspensionist. Hun passer sine børn så godt, hun kan. Førtidspensioneringen skyldes færdselsulykken i 1997. Hun var i arbejdsprøvning, inden hun blev tilkendt pension. Det var en bred arbejdsprøvning.

Den operation, hun fik foretaget som barn, har ikke voldt hende problemer i venstre knæ. Før hun faldt i januar 2010, havde hun ikke problemer med venstre knæ eller venstre ben.

Færdselsulykken i 1997 medførte en skade på det højre ben. Hun har haft problemer med højre ben siden færdselsulykken. Foden er drejet ud til højre.

Ud over skaden på det højre ben, fik hendes lænd og bækken også et slag under færdselsulykken, fordi hun sad med højre fod på bremsen, da hun blev påkørt bagfra. Ved færdselsulykken fik hun også skader på nakken, og det giver hovedpine. Det er korrekt, at hun i 2009 blev undersøgt for hofteproblemer. Hofteproblemerne var forårsaget af, at hun går så skævt på højre ben. Skaderne efter færdselsulykken voldte hende i begyndelsen mange problemer. Det var blevet bedre på grund af behandlinger og træning, men hendes venstre ben var fortsat hendes stærke ben.

Efter færdselsulykken fik hun behandlinger hos fysioterapeut, og hun gik også hos **P**, der bl.a. gav hende kraniosakralterapi. Hun lavede den træning, som fysioterapeuterne sagde, ville være god for hende. Efter nogle år var hun klar til at få børn. Hun kunne fuldt ud klare sine to drenge, da hun fik dem for henholdsvis 15 og 11 år siden. Da de fik børnene, boede de i et hus med trapper. Hun havde trænet sig op til at kunne rende op og ned ad trapperne, selv om hun stadig havde problemer med højre ben.

Ulykken i januar 2010 skete, da hun gik ud af et indgangsparti, der skrånede nedad. Der lå is. Der var ikke blevet saltet. Hun vred rundt på benet, fordi det var glat. Hun tog kort efter på skadestuen. I løbet af aftenen kunne hun mærke, at knæet gjorde meget ondt. Hun prøvede med is, men dagen efter kunne hun ikke holde smerterne ud mere. Hun blev kørt på skadestuen. På skadestuen mente de stadig, at det var slaget, hun havde ondt af, så de sendte hende hjem igen og rådede hende til at lægge is på. Det gjorde hun. Efter et stykke tid begyndte hun at køre bil igen, men hun mente, at der var noget galt med hendes venstre ben, så hun gik til lægen ind imellem. Hun blev henvist til **B**. Her sagde lægen, at hun skulle se tiden lidt an. Lægen anbefalede, at benet skulle have ro. Herefter ville lægen gerne se hende igen. Hun gav benet ro og så lægen igen efter 4-6 uger. Hun forklarede ham, at der var et eller andet inde i venstre knæ, der gjorde ondt. Hendes knæ var på daværende tidspunkt let hævet på indersiden af knæet. Hun var ikke hævet over knæet.

Hun skulle nu MR-scannes. Hun fik oplyst, at der ikke sås noget alarmerende ved scanningen. Alligevel blev hun ved med at have ondt. Der var derfor enighed om, at der skulle laves en kikkertundersøgelse af knæet. Hvis der var noget galt, ville hun blive opereret samtidig. Hun fik at vide, at det var en simpel operation, som hun ikke skulle regne for noget. Det var op til sommerferien, så hun spurgte til, om der ville være problemer i forhold til den sommerferie, hun havde planlagt med familien. I så fald ville hun nemlig helst udskyde operationen til efter ferien. Hospitalet sagde, at efter 1 uge ville hun kunne gå rundt, og efter 14 dage ville hun være frisk igen. Derfor sagde hun ja tak til, at operationen skulle foregå den 16. juni 2010.

Da hun vågnede op efter operationen, så det ud som om, der ved operationen var blevet sat en halv håndbold ind i knæet. Sygeplejersken sagde, at hun bare skulle op og gå. Men hun kunne ikke stå på benet. Hun blev kørt hjem.

Den 17. juni 2010 ringede hun til **B**. Hun fortalte under telefonsamtalen, at det gjorde rigtig ondt, og at det var begyndt at gøre ondt op i låret også. Hun fik at vide, at hun bare skulle op at gå og lave bevægelser med fodleddet. Men det var umuligt at stå på benet på grund af smerter. Hun fik at vide, at hun skulle kontakte egen læge for at få penicillin mod infektion. Hun så sin egen læge om mandagen. Hun var blevet opereret onsdagen inden. Hendes læge udskrev penicillinen. Hun ringede igen til **B** og sagde til dem, at hun gerne ville have, at de så hende. Under telefonsamtalen spurgte hun også en sygeplejerske, om hun kunne sende et billede over telefonen, men sygeplejersken sagde, at det tog de ikke imod.

Otte dage efter operationen sagde hendes mand, at han syntes, hendes ben så galt ud. Han kørte hende derfor til **B**. Journalnoterne om dette besøg på **B** er de notater, der vedrører kontrollen den 24. juni 2010. Hun havde ikke nogen tid, da de kom til stede på **B** den 24. juni 2010. Hendes venstre ben var stadig lige så hævet som på det foto i sagens bilag 4a, der blev optaget den 19. juni 2010. En sygeplejerske på **B** tog imod hende. Sygeplejersken sagde, at hendes ben ikke så godt ud. Hun fik sine papirer, og hun fik oplyst, at hun skulle køre videre til **E**, hvor hun blev ultralydsscannet og fik taget prøver for blodprop. Hun havde ikke blodprop. **E** sugede noget blod ud ved knæet, og det gav en kort lettelse. Hun fik efter udskrivning telefonisk oplyst, at der ikke var bakterier i det, de havde suget ud. Lægen fra **E** sagde til hende, at hun skulle se at få gået på benet, men det var umuligt for hende.

Foreholdt fotos i sagens bilag 4b, 4c og 4d optaget henholdsvis den 27. juli 2010 og den 28. september 2010, har hun forklaret, at dette viser, at hendes ben fortsat var hævet i juli og september.

Ved den efterfølgende operation i november 2010, blev hun lagt i en knæmaskine i to dage. Nogle dage efter udskrivning svandt hævelsen i benet. Hendes lår på venstre ben var nu skrumpet ind sammenholdt med størrelsen af låret på højre ben. Der var ikke muskelkraft i låret på venstre ben, og hun kunne ikke bevæge benet og styre foden som tidligere. Hun kan fortsat ikke bevæge venstre ben og strække venstre ankel på samme måde, som hun kan med højre ben.

Hun startede op hos fysioterapeuterne i kommunen. Hun gik der to gange om ugen, og de kæmpede med hendes ben. Nogle dage var der tre fysioterapeuter til stede for at hjælpe hende med at få muskelstyrke. Men benet ville ikke. Hendes muskel i venstre lår er ikke blevet genopbygget. De tilbød hende at komme i vandbassin. Hun havde ikke kræfter til at komme ned ad trappen, så hun måtte liftes ned. Genoptræningsforløbet hos kommunen blev iværksat et godt stykke tid før operationen i november 2010. Knæet var på dette tidspunkt meget stift. Hun kunne kun bøje det 30 grader. Genoptræ-

ningsforløbet fortsatte efter operationen i november 2010.

Hvis hun skal sammenligne sine smerter og gener i dag sammenlignet med før operationen den 16. juni 2010, så er det nogle andre smerter og gener, hun har i dag. Det er andre problemer, hun har i forhold til at gå. Hun skal støtte sig til ting, fordi hun mangler balance og kraft i det venstre ben.

Foreholdt anmeldelse af 8. november 2011 til Patientforsikringen har hun forklaret, at hun fortsat har de gener, der fremgår af bilag 1 til anmeldelsen. Hun bruger hjælpemidler, bl.a. rollator og el-scooter. Dette skyldes, at hun ikke kan gå på venstre ben. Hendes hverdag er stadig som beskrevet i anmeldelsen.

Hun har efterfølgende gået til vandgymnastik 2-3 gange om ugen for at forsøge at få benet i gang. Men det har ikke hjulpet. Hun går stadig til fysioterapi for bl.a. smerter i læggen. Højre ben bliver overbelastet på grund af problemerne med venstre ben.

Adspurgt af sagsøgte advokat har hun forklaret, at en af skaderne ved færdselsulykken i 1997 var, at hun fik afstand i nakken, der gav rygproblemer. Før hendes fald og knæoperationen i 2010, havde hun trænet sig så meget op, at der fra færdselsulykken i 1997 stort set kun var piskesmældsproblemerne tilbage. Hun havde en normal hverdag. Hendes lændeproblemer var ikke værre, end at hun kunne komme ind og ud af sin bil. Foreholdt, at røntgenbeskrivelse fra røntgenundersøgelse den 5. maj 2010 omtaler lændediskusprolaps har hun forklaret, at hun ikke dengang havde voldsomme lændesmerter. I dag har hun voldsomme lændesmerter, fordi hun skal svinge hele hoften, når hun skal bruge venstre ben.

Foreholdt uddrag af lægejournal fra den reumatologiske undersøgelse i marts 2010 har hun forklaret, at da hun faldt i januar 2010, rog hendes ben ud, og hun fik et vrid. Hun tror, at lægen med sit notat mente, at hun altid havde haft problemer med højre ben. Nu havde hun også ondt i venstre knæ. Den af lægen beskrevne sitren i lårene, kan hun ikke huske i dag. Hun husker, at hun blev sendt til MR-scanning.

P har forklaret bl.a. at han blev uddannet fysioterapeut i 1985. Han har siden efteruddannet sig til osteopat (manuel mediciner) i Belgien. Han blev færdig med denne uddannelse i 2001. I perioden 1985-1997 havde han fysioterapiklinik med overenskomst. Siden 1997 har han været praktiserende fysioterapeut uden overenskomst.

Han har haft **A** i behandling, siden hun under en trafikulykke i 1997 blev påkørt bagfra af en lastbil. Ved ulykken pådrog **A** sig en piskesmældsskade, og hun fik skader på nakke/rygsojle og i højre side af bækkenet. Skaderne i det højre bækken viste sig ved, at hofteleddet og hoftebøjeren ikke virkede. Det havde været en vold-

som påkørsel, og hans behandlinger af **A** bestod derfor i manuel, mobiliserende og afspændende behandlinger. Han har enkelte gange foretaget manipulation. Siden ulykken har han løbende givet **A** vedligeholdende behandlinger for følgerne. På nuværende tidspunkt foretager han ca. 1 gang om måneden vedligeholdende behandlinger mod følgerne af færdselsulykken i 1997. Dette er for at modvirke smerter og sikre funktion. Disse vedligeholdende behandlinger hjælper **A**

I perioden fra 1997 til januar 2010 behandlede han ikke **A** for nogen gener vedrørende venstre ben. Hun klagede ikke over gener fra knæet på venstre ben. Venstre ben var det gode ben. Funktionsnedsættelsen i hoften gjorde, at højre ben bare var et støtteben.

Efter **A's** faldulykke den 14. januar 2010, så han hende vist nok igen i februar 2010. Hun var hævet i venstre knæled. Hans undersøgelse af hende tydede på, at hun havde en minisklæsion og en skade på bagerste korsbånd. Han prøvede at behandle det, men dette blev det værre af. Hans konklusion var, at hun havde en skade i minisken.

A spurgte ham til råds om, hvorvidt han syntes, at hun skulle tage imod den kikkertundersøgelse og operation, som hun var tilbudt at skulle gennemgå den 16. juni 2010. Han fandt det tilrådeligt, at hun tog imod kikkertundersøgelsen og en eventuel operation, for hvis der var en læsion, måtte de komme videre. Når hun havde et dårligt højre ben, skulle hun ikke også have et dårligt venstre ben.

En kikkertundersøgelse med operation går ud på, at man under kikkertundersøgelsen opererer på det, man finder undervejs. Der vil typisk ske "shaving" af den del af minisken, der er beskadiget. Hvis det er en fuldstændig ukompliceret operation, kan man normalt påbegynde genoptræning efter 4-6 uger. Der kan gå op til et år efter operationen, før patienten er smertefri.

Efter operationen i juni 2010 ringede **A** til ham, fordi hun havde voldsomme smerter i benet. **A** sendte ham fotos af det venstre ben. Som han husker det, så han også benet, men det ville han slet ikke behandle. Der var tale om en monstrøs hævelse, som han ikke kunne hjælpe med dræning af. Foreholdt foto af **A** ben optaget den 19. juni 2010, sagens bilag 4a, har han forklaret, at dette foto viser en monstrøs hævelse af hele låret. Dette er ikke normalt. Efter en kikkertoperation i knæet er der normalt hævelse ved knæet. Han rådede **A** til at søge læge med det samme. Han ved, at hun kontaktede **B** med det samme.

I perioden fra juni 2010 til november 2010 behandlede han fortsat **A** for de følger, hun havde fra færdselsulykken i 1997. Han rørte ikke ved venstre ben, for det ville bare blive værre af det.

Efter A's operation den 1. november 2010, gik hun fortsat til behandlinger hos ham. Han konstaterede, at venstre ben ikke kunne strække eller bøje, og at hun ikke havde nogen kraft i det. Der var voldsomme smerter på indersiden af benet svarende til ledbånds- og ledkapselsskader omkring operationsstedet. Venstre hofte-lår-muskel var lammet. Det er den fortsat i dag. I forhold til funktionsevnen i venstre ben betyder dette, at hendes strækkemuskel, quadriceps, ikke fungerer. Det betyder, at hun ikke har gangfunktion. Benet er funktionelt stift, fordi der ikke er muskelkraft i quadriceps. Hendes venstre ben er et stolpeben. Hvis hun sætter et bøjet ben på jorden som under normal gang, falder hun. Dette forplanter sig i underbenet og foden, for quadriceps er en del af gangkæden. A har nu fået meget værre smerter i venstre side af ryggen. Det kan have sammenhæng med, at hun afvikler gangen forkert. Tidligere havde hun kun smerter i højre side af ryggen.

Han træner ikke venstre ben med A. Det gør de på kommunen. Han behandler hendes hofte/bækken.

Han vil betegne A's lammede quadriceps i venstre ben som en alvorlig skade. Det er en stor muskel. Det er den, der gør, at man kan gå normalt.

Han har sagt til A, at han tror, at hun har et kompartmentsyndrom. Muskler ligger i en loge omgivet af bindevæv. Der løber blod til og blod fra. Hvis afløbet stoppes, løber der stadig blod til, og vævet svulmer op. På et tidspunkt kan der komme iltsvind, så vævet og nerverne dør. Det gør meget ondt. Det skal behandles meget hurtigt. Da han så fotoet af A's lår, var han bange for, at det var et kompartmentsyndrom, for det ser sådan ud.

Parternes synspunkter

Sagsøger har i påstandsdokument af 26. august 2016 anført følgende:

"...

ANBRINGENDER:

Til støtte for den nedlagte påstand goes det overordnet gældende, at retten har fuld prøvelsesadgang i sagen, og herunder til de spørgsmål, som sagsøger ønsker prøvet. Retten kan foretage tilbundsående prøvelse af indstævntes afgørelse meddelt ved skrivelse af 18. marts 2013, jf. sagens bilag 1. Retten kan dermed også tilsidesætte denne samt sætte en anden afgørelse i stedet herfor.

Indstævnte fandt ved nævnte afgørelse ikke, at sagsøger var blevet påført en patientskade omfattet af loven i forbindelse med den behandling, som sagsøger havde modtaget på B i perioden d. 26. februar 2010 og frem.

Det er det samlede behandlingsforløb og dette behandlingsforløbs følger efter sagsøgers

faldulykke d. 14. januar 2010, der er under prøvelse i sagen. Der skal tages stilling til, hvorvidt dette skal anerkendes som patientskade, jf. KEL § 19, stk. 1 og § 20, stk. 1, nr. 1-4.

Sagsøger skal for at opnå anerkendelse af sin skade efter loven godtgøre, at hun med overvejende sandsynlighed er blevet påført helbredsmaessige gener – skade – ved behandlingen. Sagsøger skal som følge heraf godtgøre, at de helbredsmaessige problemer, hun påberåber sig skyldes patientskade, ikke skyldes grundlidelsen (den lidelse hun modtog behandling for) eller andre forhold, som ikke kan relateres til behandlingsforløbet.

Til brug herfor er indhentet udtalelser fra Retslægerådet.

Retslægerådet anfører i sin besvarelse af spørgsmål 4, at sagsøger af betydning for vurderingen af nærværende sag har gener efter 3 helbredsmaessige lidelser/skader (fra venstre underekstremitet): 1) *Nervebeskadigelse*, 2) *artrofibrose (stivhed af ledkapsel)* og 3) *slidgigt*.

Retslægerådet udtaler endvidere, at disse lidelser må anses for varige på nuværende tidspunkt og således uden sandsynlig mulighed for spontan bedring.

Rådet udtaler i sin besvarelse af spørgsmål 5, at den beskrevne nerveskade (i sagsøgers lår) og følgerne heraf, kan være opstået under den gennemførte operation på én af 2 måder – hvilket medfører, at nerveskaderne er påført sagsøger på en af disse 2 nævnte måder. Rådet kan imidlertid ikke klart angive, hvilken af de af rådet vurderede 2 mulige skadesårsager, der konkret har forårsaget nervebeskadigelsen og deraf følgende skader.

Rådet anfører således i sin besvarelse af spm. 5:

"Retslægerådet er ikke i stand til – på basis af de lægelige akter – at angive, om det er den ene eller anden årsag, og Retslægerådet kan ikke umiddelbart pege på alternative årsager".

Herudover anfører Retslægerådet, at sagsøger lider af artrofibrose (stivhed af ledkapslen) og slidgigt, jf. besvarelse af spørgsmål 4, hvilke gener Retslægerådet imidlertid ikke kan angive årsagen til - udover at såvel artrofibrosen som slidgigten er betinget af forhold hos sagsøger selv (forudbestående forhold) og dermed ikke er forårsaget af behandlingen på

B

Det følger af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 9, 10 og 11, at sagsøger ved behandlingen på B (operationen d. 16. juni 2010) er blevet påført en nerveskade i venstre lår og heraf følgende muskelsvækkelse, muskelsvind på underben og nedsat kraft over ankelleddet samt manglende kraft over foden.

Det følger endvidere af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 10 og 11 sammenholdt med besvarelsen af spm. 4 og 5, at nervebeskadigelserne er opstået enten som følge af en kompressionsneuropati på grund af forøget tryk i manchetten (fejl og/eller svigt i apparaturet) under operationen eller som følge af compartment syndrom opstået på grund af øget tryk i muskulaturen ved trykskylling af knæet under operationen, hvorved der er lobet blod og væske ind i muskellogerne på låret. **Retslægerådet angiver således ikke blot som "overvejende sandsynligt", men derimod som direkte årsag til sagsøgers gener - nervebeskadigelse og deraf følgende muskelsvind - disse 2 forhold ved den udførte behandling (operationen d. 16. juni 2010) som skadesårsager.**

Retslægerådet udtaler videre, at de to komplikationer til behandlingsforløbet er *"meget sjældne komplikationer"*, hvorom der ikke foreligger tilgængelig statistik over hyppigheden, men at hyppigheden efter Retslægerådets bedste skøn er *"lavere end 2 %"*.

Retslægerrådet udtaler i sin besvarelse af spørgsmål 6, at anden behandling end den, sagsøger har modtaget for trykafledning, ikke ville have påvirket de efterfølgende gener i form af artrofibrose eller slidgigt men *udelukkende nerveskaderne og den supplerende muskelsvækkelse*.

Herudover anfører Retslægerrådet i sin besvarelse af spørgsmål 7 og C, at der ikke findes årsagssammenhæng mellem behandlingsforløbet for knælidelsen og sagsogers gener fra hofte og lænd, og Retslægerrådet udtaler videre, at sagsøger ikke forud for behandlingsforløbet har haft nedsat quadricepsfunktion i venstre ben, hvorfor Retslægerrådet afviser forudbestående forhold som årsag til sagsogers nervebeskadigelser i venstre underekstremitet, jf. rådets besvarelse af spørgsmål H:

"Retslægerrådet finder ikke i de lægelige akter tegn på, at sagsøger lider af nerveledningsforandringer i marts 2010."

Ligesom rådet i sin besvarelse af spørgsmål J anfører, at man

"ikke finder, at de forandringer, der beskrives ved MR scanningen af lænden kan føre til de beskrevne nerveskader på låret."

Det bestrides herefter, at sagsogers indskrænkede knæbevægelighed, hævelse af knæet og muskelsvind på låret skyldes forudbestående ryglidelse.

Det gøres derimod gældende, at sagsogers indskrænkede knæbevægelighed, hævelse af knæet og muskelsvind på låret skyldes den modtagne behandling – operationen d. 16. juni 2010.

Med Retslægerrådets besvarelser af de i sagen stillede spørgsmål gøres det gældende, at sagsøger i tilstrækkeligt omfang har sandsynliggjort, at væsentlige dele af sagsogers gener fra venstre underekstremitet skyldes behandlingsforløbet og den herved påførte nervebeskadigelse, samt at der er ført bevis for, at der er tale om skader, som væsentligt overstiger, hvad sagsøger må tåle i forhold til den lidelse, hun modtog behandling for ved patientskadens opståen, hvorfor der skal ske anerkendelse efter loven jf. KEL § 19, stk. og § 20, stk. 1, nr. 1-4.

Sammenfattende gøres gældende

at sagsøger skal have anerkendt behandlingsforløbet på **B** som patientskade, jf. lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 19, stk. 1 og § 20 stk. 1, herunder i henhold til § 20, stk. 1, nr. 2 (fejl eller svigt i teknisk apparatur) eller i henhold til § 20, stk. 1, nr. 4 (sjældenhed og tålerregel), jævnfør

at sagsogers venstresidige knæ-/bensmerter, hævelse m.m., skyldes det på **B** gennemførte behandlingsforløb ved operation d. 16. juni 2010, og

at sagsogers gener som følge af den mangelfulde behandling har medført betydelige skader og varige mén, som tillige er mere omfattende, end hvad hun måtte skulle tåle ved det gennemførte behandlingsforløb, og

at sagsøger i tilstrækkeligt omfang har løftet bevisbyrden for den nedlagte påstand."

A har under hovedforhandlingen tilkendegivet, at såfremt hendes påstand tages til følge, tilslutter hun sig, at sagen skal genbehandles i Ankenævnet for Patienterstatningen eller i nævnets underinstans.

Vedrørende sagens omkostninger er det under hovedforhandlingen oplyst, at sagens værdi kan opgøres til 275.500 kr. Sagsøger har haft 312,50 kr. i omkostninger til lægelige oplysninger. Sagsøger er ikke momsregistreret.

Sagsøgte har i påstandsdokument af 25. august 2016 anført følgende:

"...

Anbringender

Ankenævnet for Patienterstatningens principale påstand

Det gøres gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte Ankenævnets afgørelse af 18. marts 2013 (bilag 1).

Efter klage- og erstatningslovens § 19, stk. 1, er det en forudsætning for anerkendelse af en patientskade, at patienten med overvejende sandsynlighed er blevet påført en skade, der er forvoldt på en af de i klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1-4, anførte måder inden for lovens anvendelsesområde.

Den første forudsætning for anerkendelse af en patientskade efter loven er således, at

A skal godtgøre, at hendes gener ikke skyldes følgerne af den sygdom, som behandlingen blev givet imod, eller andre uvedkommende forhold.

A skal altså godtgøre, at der med overvejende sandsynlighed er årsagsforbindelse mellem på den ene side den anmeldte behandling på **B** og på den anden side hendes gener.

Som det fremgår af Ankenævnets afgørelse (bilag 1, s. 3-4), skyldes **A's** gener og smerter i venstre ben ikke behandlingen på **B** i perioden fra den 26. februar 2010 og frem, herunder operationen den 16. juni 2010. Derimod skyldes **A's** gener og smerter i venstre ben følgerne af faldtraumet den 14. januar 2010, den svære slidgigt og betændelse i hendes venstre knæ samt hendes forudbestående ryglidelse i form af diskosprolaps i lænderyggen med rodpåvirkning.

Retslægerådet støtter ved sine udtalelser i sagen Ankenævnets afgørelse.

I svaret på spørgsmål 1 har Retslægerådet således oplyst, at behandlingen på **B** i perioden fra den 26. februar 2010 og frem var i overensstemmelse med alment anerkendte lægefaglige retningslinjer.

I svaret på spørgsmål 4 er det anført, at **A** i dag har nedsat funktion af flere nerver på venstre lår. Hertil lider hun af indskrænket knæbevægelighed, hævelse af knæet og muskelsvind på låret. Disse forandringer skyldes en kombination af (1) artrofibrose (2) slidgigt og (3) nervebeskadigelsen på låret.

Vedrørende (1) artrofibrose fremgår det af svaret på spørgsmål 5, at det er forårsaget af det primære traume og forhold hos **A** selv.

Det fremgår videre, at (2) slidgigt skyldes forudbestående forhold og ikke behandlingen.

Af svaret på spørgsmål 5 fremgår videre, at Retslægerådet ikke kan angive årsagen til (3) nervebeskadigelsen. Retslægerådet anfører, at den "kan" være opstået ved kompressionsneuropati. En anden "mulighed" er, at der er løbet blod og væske ind i muskellogerne på låret som følge af trykskylning af knæet under operationen, hvilket har medført et oget

tryk (compartmentsyndrom) i muskulaturen med nerveskade. Men Retslægerrådet er *"ikke i stand til – på basis af de lægelige akter – at angive, om det er den ene eller anden årsag, og Retslægerrådet kan ikke umiddelbart pege på alternative årsager."*

Retslægerrådet understreger i svaret på spørgsmål 6, at *"Retslægerrådet ikke [er] i stand til sikkert at påvise årsagen til nervebeskadigelsen."*

A har på den baggrund ikke løftet bevisbyrden for, at hendes gener med overvejende sandsynlighed skyldes behandlingen og ikke andre forhold. Det forhold, at Retslægerrådet ikke kan pege på en årsag til nervebeskadigelsen, er ikke tilstrækkeligt til at løfte bevisbyrden.

I spørgsmål 7 er det videre anført, at Retslægerrådet ikke finder sammenhæng mellem behandlingsforløbet og knælidelsen og **A's** gener fra hofte og lænd.

Ankenævnet skal derfor frifindes.

Ankenævnet for Patienterstatningens subsidiaire påstand

Ankenævnet nedlægger subsidært påstand om hjemvisning. Såfremt retten måtte finde, at **A** ved behandlingen blev påført en skade omfattet af loven, jf. klage- og erstatningslovens § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, skal sagen hjemvises til Ankenævnet, med henblik på vurdering af om betingelserne i KEL § 20, stk. 1, nr. 1-4, er opfyldt og på udmåling af en eventuel erstatning."

Vedrørende sagens omkostninger har sagsøgte ikke fremsat bemærkninger til sagsøgers opgørelse af sagens værdi. Sagsøgte er ikke momsregistreret.

Rettens begrundelse og afgørelse

Det fremgår af Retslægerrådets besvarelse af spørgsmål 4, at forandringerne på venstre knæ og venstre lårs muskler/nerver, som **A** fik konstateret ved udredninger og undersøgelser i 2011, skyldes en kombination af nervebeskadigelse på låret, atrofibrose (stivhed af ledkapsel) og slidgigt.

Retslægerrådet har i besvarelsen af spørgsmål 5 anført, at atrofibrosen og slidgigten ikke skyldes behandlingen på **B**, men kan henføres til grundlidelsen eller til forhold hos **A** selv.

I besvarelsen af spørgsmål 5 har Retslægerrådet vedrørende nerveskaden anført, at denne kan være opstået ved kompressionsneuropati eller ved compartmentsyndrom i forbindelse med operationen på **B**

den 16. juni 2010. Retslægerrådet kan ikke anføre nogen alternativ årsag til nerveskaden, og retten lægger efter Retslægerrådets besvarelse af spørgsmål C, H og J grund, at der ikke er sammenhæng mellem de skader og gener, der fremgår af undersøgelser af **A** i marts 2010 og den nerveskade på låret, som er konstateret efter behandlingen på **B**

Uanset at Retslægerrådet ikke med sikkerhed på grundlag af de lægelige akter kan påvise årsagen til nervebeskadigelsen, finder retten herefter, at **A** har ført bevis for, at nerve-

beskadigelsen med overvejende sandsynlighed skyldes behandlingen på **B**

Det fremgår af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 10 og 11, at kompressionsneuropati og kompartmentsyndrom ved den behandling, som **A** modtog, er sjældne komplikationer med en hyppighed mindre end 2 %. Retten finder endvidere, at det ved erklæringen afgivet af speciallæge i ortopædkirurgi, **M**, den 3. november 2011, samt ved **A's** og **P's** forklaringer for retten er godtgjort, at nerveskaden og de gener, som den forårsager, er alvorlige også i lyset af grundlidelsen og **A's** helbredstilstand i øvrigt. For så vidt skaden ved den administrative genbehandling af sagen ikke henføres til § 20, stk. 1, nr. 2, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (apparatursvigt, jf. Retslægerådets udtalelse om kompressionsneuropati som mulig skadesårsag), men henføres til lovens § 20, stk. 1, nr. 4, er det derfor bevist, at den nerveskade, der opstod ved behandlingen, er mere omfattende, end hvad **A** med rimelighed måtte tåle.

A's påstand tages derfor til følge.

Retten bemærker, at det herefter beror på fornyet sagsbehandling i Ankenævnet for Patienterstatningen eller nævnets underinstans at fastslå, hvilket led i § 20, stk. 1, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, behandlingsskaden skal henføres under, ligesom erstatningsudmåling skal finde sted ved nævnet eller nævnets underinstans.

Vedrørende sagens omkostninger forholdes som nedenfor bestemt, idet retten kan oplyse, at der i passende beløb til dækning af **A's** udgifter til advokatbistand er tilkendt 45.000 kr. og til dækning af øvrige omkostninger (lægelige oplysninger) 312,50 kr. Retten har ved fastsættelsen taget hensyn til sagens værdi, forløb og udfald.

Thi kendes for ret:

Ankenævnet for Patienterstatningen tilpligtes at anerkende, at **A** er blevet påført en patientskade i forbindelse med behandlingen på **B** jf. lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1.

Ankenævnet for Patienterstatningen skal betale sagens omkostninger til **A** med 45.312,50 kr.

De idømte sagsomkostninger forrentes efter rentelovens § 8 a.

Bettina Bang Jakobsen
dommer

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Københavns Byret, den 28. september 2016.

Susan Larsen, kontorfuldmægtig