

**UDSKRIFT
AF
ØSTRE LANDSRETS DOMBOG**

D O M

Afsagt den 20. juni 2013 af Østre Landsrets 10. afdeling
(landsdommerne Sanne Kolmos, M. Stassen og Søren Schou Frandsen (kst.)).

10. afd. nr. B-3161-10:

A
(advokat Jens Bertel Rasmussen)
mod
Patientskadeankenævnet
(Kammeradvokaten v/advokat Louise Lerche-Gredal, prøve)

Københavns Byrets dom af 14. oktober 2010 (BS-21C-4873/2007) er anket af A
med endelig påstand om:

1. at indstævnte, Patientskadeankenævnet, tilpligtes at anerkende, at stationærtidspunktet for følgerne efter den anerkendte patientskade er den 21. august 1997, subsidiært et senere tidspunkt end den 8. januar 1996,
2. at Patientskadeankenævnet tilpligtes at anerkende, at A's varige mén, som følge af den anerkendte patientskade, udgør 60 %, subsidiært 55 %, mere subsidiært 40 %, endnu mere subsidiært 30 %, endnu mere subsidiært en mindre procent højere end 8 %, mest subsidiært at sagen hjemvises til Patientskadeankenævnet med henblik på fastsættelse af méngradens størrelse,
3. at Patientskadeankenævnet tilpligtes at anerkende, at A's erhvervsevnetab, som følge af den anerkendte patientskade, udgør 75 %, subsidiært

- en mindre procent højere end 25 %, mere subsidiært at sagen hjemvises til Patient-skadeankenævnet med henblik på fastsættelse af erhvervsevnetabets størrelse, og
4. at beløbene for varigt mén og erhvervsevnetab skal forrentes i henhold til erstatningsansvarslovens § 16 fra skadestidspunktet den 13. juli 1995, til udbetaling sker.

Patientskadeankenævnet har påstået stadfæstelse.

Supplerende sagsfremstilling

Til brug for ankesagen har A fremlagt en røntgenbeskrivelse af 22. september 1994 fra Røntgenafdelingen på L, hvoraf blandt andet fremgår:

"....

Røntgenbeskrivelse:

22 09 1994

Røntgen af hø. Albue uden eldre billeder til sammenligning:

Viser, der er ansamling af albueledet prox. Fremadtil og lat. Og her ses en noget skrå capituli og en benskygge, som kan være mus. Der er ingen epicond. Lat. At se ossøs, og her er før gjort resection.

RD: ansamling i hø. Albueled
Noget skrå ledspalte sv.t. Capitulum radii
Benskygge liggende lat. Udfør albueledet
Obs. Mus eller rest fra før lavet resection af epicon. Lat.

...

Rtg. af ahø. Håndled:

På billedet ses intet ossøst abn. Epifyserne ses med regl. Konturer, og er endnu ikki helt forbenede. Ledflader og ledspalter dist i radius og ulna og imellem håndrodsknogler ses med norm. Konturer. Intet ossøst abn. Ses sv. t. navic. eller os lunatum.

Billederne ses uændrede i forhold til seneste rtg. foto 4/3-1981.

R.D.: Intet ossøst abn."

Af: B's journal for. A fremgår blandt andet:

"10.07.95:

Henvist fra U på grund af smerter i højre håndled.

....

Tidl.: 1981 opr. på U p.gr.a. et osteochondrom i højre albue.

1982 Exstirpation af caput radii på grund af lux. tendens.

1983 RH – var indlagt ort. kir. afd. og senere indlagt på Tagensvej. Der blev foretaget scanning af hele kroppen angiveligt for at konstatere om der var andre tumorer end den allerede fjernede i hø. albue.

....

Obj.:

AT god.

Hø. OE: Der er normal bevægelighed i fingrene. I håndleddet er der 10 gr.s mindre dorsalflexion end på ve. side. Der er smerter i håndleddet ulnart ved bevægelse i yderstillingerne. Der er normal supination/pronation. Caput ulna er meget prominert dorsalt og der er instabilitet i distale radio-ulnarled. Endvidere smerter ved undersøgelse for dette. Ingen skuren i distale radio-ulnarled eller i håndleddet ved bev. Ingen indtryk af instabilitet i håndleddet i øvrigt.

Hø. albue: Der er en ext. defekt på godt 10 gr. i albuen. Normal flexion. På lat. siden af albuen ses reaktionsløs cicatrice. Der er udtalt ømhed sv. til lat. siden af albuen. Ingen mærkelig skuren.

Rp. rtg. af hø. albue og hø. håndled.

...

Anamnese og obj. us. som anført. Pt. har dels problemer med hø. albue. dels med håndleddet. De væsentligste gener stammer fra håndleddet, hvor der er smerter ved max. rotation i bg. retninger.

Obj.:

finder man sublux. i distale radio-ulnarled som imidlertid ikke føles nævneværdig instabil. Drejebev. er næsten intakte, men der angives smerter ved bev. til yderstillingerne. Håndleddet bevæges i normalt omfang.

(10.07.95)

Der er indikation for exploration af distale radio-ulnarled gennem dorso-ulnar incision, herunder stillingtagen til enten forkortning- og vinklingsosteotomi på ulna eller hvad der nok er mere sandsynligt Sauve Kapandji's opr. Pt. er informeret om behandlingsmulighederne.

Ved en senere lejlighed kan re-excision af den resterende collum radii komme på tale.

Rtg. viser en ulna + variant i højre håndled uden arthroseforandringer. Umiddelbart ser distale ulna ikke ud til at være nævneværdigt lux.

I albuen finder man tegn på impingement mellem collum radii og prox. ulna.

Holst-Nielsen

....

(12.07.95):

....

Hø. hånd: mangler 20 grader i dorsal og volar fleksion. 10 supinationsdefekt. Normal pronation. Ved supination/pronation bevægelsesømhed omkring caput ulnae, forværres ved kompression mod det radioulnære led. Caput synes at stå lidt sublukseret dorsalt, går på plads ved supination. Desuden ømhed omkring caput radii.

P /11

13.07.95: OPERATIONSGANGEN.

I

foretages

U.A.

opr. athroplastica artic. radio-uln.
distalis man. dxt.

a.m. Sauve Kapandji.

Bueformet incision over distale ulna indtil radio-ulnarleddet, hvorefter incisionen svinges ulnart. Radio-ulnarleddet frilægges, der findes betydelig destruktion af brusken på distale ulna sv. til den del af brusken der artikulerer ved supination.

Området måler 1,5 x 1 cm.

Der gøres derpå Sauve Kapandji.

Brusken på distale ulna afbides. Derefter osteotomeres ulna lige proximalt for caput og der resekeres 9 mm. Brusken på radius sv. til radio-ulnarleddet fræses bort. Distale ulnadel fix. med K-tråde mod radius, stillingen reponeres i gennemlysn. hvorefter der indbores endnu en K-tråd hvorover der kan indsættes en kapillær skrue 46 mm. Forinden er mellemrummet mellem de to knogler chipset.

Den prox. del af den resekerede ulna nedbindes med fasciesnip fra pronator quadratus. Bløddelene samles henover knoglen efter denne er afglattet.

....

(13.07.95)

Plan: Der er anlagt håndforbinding som skal ligge i 12 dage, herefter amb. sut. fjernelse og anlæggelse af aftagelig Neofract-bandage, således at der kan startes pronation/supinationstræning allerede på dette tidspunkt.

6 uger postopr. rtg. kontrol med formentlig fjernelse af K-tråd herefter.

ems

P

....

(28.09.95)

Aktuelle: bemærkede for ca. 1 uge side manglende strækkeevne af 5. og dagen efter også af 4. finger. Ellers går det godt med hånden. Ingen sm. sv. til håndleddet. Næsten fri supination/pronation.

....

29.09.95, operationsgangen

På OP i

UA

gøres
samt

tenorrhaphia tend.ext.dig. IV et V
tenosynovectomy tend.ext.carpi dx.

Incision i den gamle cikatrice, ekstensorretinaklet løsnes ulnart, man finder udtalt synovit mellem ekstensorerne i håndledsniveau og senerne til 4. og 5. finger ses rumperet i niveau omkring distale ende af ulna. Ekstensorsenen til 3. finger er flosset. 1/3 af substansen er gået her. Ekstensorsenerne til 2. finger intakte. Der udføres synovektomi, distale ulna, som egentlig er uden skarpe hjørner, afglattes yderligere. Herefter sutureres de rumperede ekstensorsener til ekstensorsenen til 2. og 3. finger under passende stramning.

....

24.10.95

....

... Han ønsker at læse markedsføring, hvilket synes at være et rimeligt bud på en uddannelse han kan bestride med de hånd-/armproblemer han har nu.

....

17.11.95

Møder til afbandagering. Håndleddet blevet ganske tyndt. Kan supinere 45 gr. og pronere fuldt. Beskedne bevægelig dorsal og volar fleksion af håndleddet. Ekstensionevidnen i MP-leddene er svag, kan løfte fingrene fra 60 til 30 gr., når PIP- og DIP-leddet holdes flekteret.

...

P /mm-elev

....

28.11.95

Pronationen/supinationen er bedret således at pt. kun mangler 10-15 gr. i fuld supination og tilsvarende fuld pronation. Håndleddet dorsal og volarflekteres ca 30 gr. i begge retninger. Ved volar fleksion af håndleddet, strækkes fingergrundleddene i fuldt omfang og når håndleddet dorsalflekteres mangler der 15-30 gr i fuld aktiv ekstension af de samme led. Hvis hånden knyttes kan pt. ikke flektere håndleddet fra nul stilling.

Der er således en del adhærencer mellem ekstensorsenerne til 4. og 5. finger i håndledsniveau. Endvidere har pt. inden for det sidste døgn udviklet en lille øm knude, som adhærer til 4. fingers strækkesene lige proksimalt for grundledsknoerne.

....

H /my

08.01.96

Møder til bevægekontrol. Det går rimeligt fremad med bevægeligheden af fingre og hånd. Supination og pronation er der en defekt på 15-20 gr. Dorsal og volar fleksion 30 gr. Der er ca. 20 gr.s ekstensionsdefekt sv.t. 4.-5. finger, disse flekterer til en PVA på 0, men pt. kan ikke dorsalflektere i håndleddet ved samtidig fleksion af fingre. Der er normal sensibilitet på hånden.

....

P my

....

210897 – håndkir. amb.:

Møder til kontrol efter at være set sidst for 1 år siden. Forklarer, at tilstanden nu synes stationær. Har vænnet sig til at bruge armen i det daglige med de begrænsninger, der er i form af smerter, nedsat kraft og bevægeindskrænkning. Er færdig med sin handelsuddannelse og er på nuværende tidspunkt ved at finde en stilling inden for handel og marketing.

Har moderate smerter i albuen og af og til i håndleddet. Smerterne er dog ikke konstante.

Objektivt:

20 gr. extensionsdefekt i albuen, og underarmen bevæges: supination 70, pronation 80.

Håndleddet bevæges i normalt omfang. Der er en extensionsdefekt på 15 gr. i MP-leddet på 4. og 5. finger, mens der ikke er extensionsdefekt over MP-leddet på 2. og 3. finger. ...

....

Vi er enige om, at der aktuelt ikke er grund til yderligere kontrol eller behandling. Pt. oplyser, at der fortsat er en verserende sag i såvel Patientklagenævnet som Patientforsikringen.

C

Af et brev af 23. september 1997 fra overlæge, dr. med. C Håndkirurgisk Klinik, B, til A's tidligere advokat fremgår følgende om journaltilførslen 21. august 1997, hvorefter håndleddet "bevæges i normalt omfang":

"....

Som svar på Deres henvendelse per fax, dateret den 11.09.1997 vedlagt kopi af brev fra ovennævnte patient, dateret den 09.09.1997, kan det oplyses at håndledsbevægeligheden er vurderet med strakte fingre. Der ligger ikke i den udtalelse, at håndleddets bevægelighed er ændret ved håndknytning ..."

Med virkning fra 1. december 1995 og med løn i opsigelsesperioden frem til 1. juni 1996 blev A på grund af længerevarende sygdom opsagt fra sin stilling som systemprogrammør i firmaet D, hvor han havde været ansat siden 1987.

Af en udtalelse af 13. marts 2000 fra overlæge. J til A's egen læge fremgår blandt andet:

"....

Objektivt

Der ses ar efter flere operationer på albuen som flektæres godt. Der er næsten fuld fleksion, men der er nedsat extension på 20 grader. Der er kraftige nedsat pro./supinations bevægelse som sammenlagt kun er 45 grader. Der er nedsat flektion og extension i håndleddet, dette afhænger af hvordan han holder fingrene, fordi den nedsatte bevægelighed i håndleddet stammer fra sammenvoksninger mellem sener og arvæv. Han bliver sent til røntgen af h. Albue og håndled dette for at undersøge mulighederne for at forbedre hans funktion.

...."

Af en erklæring af 16. november 2003 fra overlæge, speciallæge i ortopædisk kirurgi,

V

4

E

,

T

Kommune fremgår

blandt andet:

"....

Kort resume af aktuelle lidelse:

...

September 1995 kom der spontan ruptur af extensorsenerne til 4. og 5. finger på højre hånd. 29.09. blev der foretaget operation med tenosynovektomi og extensorsenerne til 3.-5. finger blev sutureret til extensorsenerne til 2. og 3. finger.

....

Resume og konklusion

...

Hans erhvervsevne må betragtes som nedsat til under 1/3 i ethvert erhverv. Eneste behandlingsmulighed på sigt vil være albueproteser og formentlig en håndledsartrodese. Hvad angår venstre skulder kan der blive tale om en artroskopisk subakromial dekompression. Hvad angår albuealloplastikkerne vil man pga. hans unge alder og alloplastikkens begrænsede holdbarhed være svært tilbageholdende med at tilbyde operation. Bør næppe udføres før 60 års alderen. Der er således ingen reelle aktuelle behandlingsmuligheder udover håndledsartrodese på højre side og den venstresidige skulderoperation. Med baggrund i hans bilaterale gener er det væsentligt tvivlsomt om der vil være en væsentlig effekt af disse indgreb.

/slidigt i begge albueled og højre håndled.
impingementsyndrom, venstre skulderled (rotator cuff syndrom) følger efter en kondromoperation, højre albue/

Til brug for A's ansøgning om førtidspension udfyldtes den 7. januar 2004 "Førtidspension blad D", hvoraf blandt andet fremgår:

"....

Han tænker ikke så meget på højre arm, det er så længe siden, han blev syg i den, og venstre arm er mere dominerende. Han har smerter hver dag i venstre arm/skulder. Smerten bliver en gang imellem værre, smerten vokser, og armen

bliver låst fast, så A må trække i armen og strække den ud eller slå den mod et bord, så lindres smerten en tid, men den kommer igen. Har en gang imellem gigtsmerter i højre håndled/albue. ...
...."

I et brev af 26. januar 2004 indstillede T Kommune følgende til G

"....
I.h.t. speciallægeerklæring fra V ortopædkirurgi i A
er erhvervsevnen nedsat med 2/3 p.g.a. slidgigt i begge albueled og højre
håndled, impingementsyndrom i venstre skulder og følger efter kondrom ope-
ration i højre albue.

Der indstilles til at der tilkendes ham mellemste førtidspension ifr. § 7.1 i
pensionsloven.

...."

Ved brev af 12. marts 2004 meddelte G at
A var blevet tilkendt mellemste førtidspension med virkning fra den 15. juli
2002.

I 2000 udtog A stævning mod Patientskadeankenævnet i anledning
af den påståede patientskade, og sagen blev behandlet ved Østre Landsret (B-1954-
00).

Ved påstandsdokument af 2. marts 2005 nedlagde A påstand om, at
Patientskadeankenævnet skulle "dømmes til at anerkende, at sagsøgeren tilkommer
erstatning i henhold til loven om patientforsikring i anledning af B's be-
handling af sagsøgeren i 1995."

Til støtte for denne påstand gjorde A blandt andet gældende, at han
blev påført en skade i forbindelse med behandlingen på B 1995, og at
skaden er forårsaget af behandlingen og ikke af grundsygdommen.

Til brug for landsrettens afgørelse af spørgsmålet om, hvorvidt der var sket en patient-
skade, blev der indhentet en udtalelse fra Retslægerådet, der den 2. maj 2003 afgav en er-
klæring, hvoraf blandt andet fremgår:

"....

Spørgsmål 6:

Mener rådet, at operationen den 13/07/95 var fyldestgørende og at ulna var afglattet tilfredsstillende og i bekræftende fald hvorfor?

Der er ikke enighed om besvarelsen. To af de voterende (overlæge ☒ og speciallæge ☒) vil besvare spørgsmålene således:

På grundlag af den foreliggende operationsbeskrivelse og røntgenoptagelserne fra ☒ efter operationen er det rådets opfattelse, at operationen blev udført korrekt.

Den tredje voterende (☐) finder, at operationen den 13.07.95 blev gennemført teknisk korrekt med hensyn til afkortning af albueben og fik-sation af de 2 underarmknogler. Bearbejdningen af albuebenets nedre knogleende findes dog utilstrækkeligt ud fra de postoperative røntgenoptagel-ser. ☐ finder ikke, at der i litteraturen var konsensus for den valgte operationsmetode til behandling af den aktuelle patient, idet den ef-terlod underarmen med dobbelt instabilitet både svarende til albuen og til ne-derste del af underarmen.

....

Spørgsmål 16:

Mener rådet at flere senerupturer er en alvorlig komplikation?

Ja, senerupturer er en alvorlig komplikation, som kræver operativ behandling.

Spørgsmål 17:

Er Retslægerådet enig i de ekspertudtalelser der er vedlagt om at en Sauvja Kapandji, hvis rigtigt udført ikke skal føre til seneruptur?

Det kan ikke, jf. besvarelsen af spørgsmål 15 ovenfor, fastslås, at en korrekt udført Sauve-Karandji's operation ikke i sjældne tilfælde kan føre til sene-ruptur.

...

Spørgsmål 22:

Mener Retslægerådet, at de komplikationer patienten har lidt efter behandlin-gen på ☒ er alvorlige set i forhold til grundlidelsen som patienten havde for behandlingen på ☒ 1995, nemlig smerter i højre albue, underarm, samt smerter og instabilitet i højre håndled, som i øvrigt var fuldt funktionsdygtig. Der gøres opmærksomt på at fingrene havde fuld funktionalitet. Nu er tilstan-den nedsat bevægelighed i håndledet, og hvis hånden er knyttet kan pt. Ikke flekttere håndledet franul stilling, nedsat funktion i fingrene, adhæreencer mel-lem ekstensorsenerne til 3.-5. finger i håndledsniveauet, samt kraftige smerter. Herudover er radius afkortet i albuen og ulna i håndledsregionen.

Spørgsmålet falder udenfor rådets kommissorium.

...

Spørgsmål 25:

Mener rådet, at senerupturen og særligt ruptur vedr. flere sener er en alvorlig komplikation, idet senekirurgi ikke er tilfredsstillende?

Seneruptur er – uanset antallet af sener – en alvorlig komplikation, jf. besvarelsen af spørgsmål 16, men resultatet af kirurgisk behandling er oftest tilfredsstillende. I det aktuelle tilfælde, hvor de rumperede sener kobles på nabosener er det svært at opnå helt korrekt senelængde og den nødvendige bandagerings-tid indebærer yderligere ikke ringe risiko for delvise fastvoksninger af de syede sener til omgivelserne.

...

Spørgsmål 27:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger.

Der er ikke enighed om svaret.
voterende vil anføre følgende:

☐

vil svare nej, de øvrige

Da sagsøger i 1995 blev henvist til ☒ i 1995 var de subjektive klager først og fremmest smerter ved maximale drejebevægelser i højre håndled. Håndleddet kunne bevæges i normalt omfang og leddet mellem den nederste del af spoleben og albueben fandtes med beskedent ledscred og ikke nævneværdigt instabilt.

..."

Den 7. april 2005 fremkom Østre Landsret med tilkendegivelsen gengivet i byrettens dom. I byrettens gengivelse af tilkendegivelsen skulle ordene "bevægelsesindskrænkning" og "drejningsbevægelser" rettelig have været anført som henholdsvis "bevægeindskrænkning" og "drejebevægelser".

På baggrund af landsrettens tilkendegivelse genoptog Patientskadeankenævnet behandlingen af sagen.

Den 5. februar 2007 traf ankenævnet følgende afgørelse:

"Patientskadeankenævnet genoptog ved afgørelse af 27. maj 2005 behandlingen af ☒ sag på baggrund af Østre Landsrets tilkendegivelse af 7. april 2005. Nævnet traf på baggrund af landsrettens tilkendegivelse afgørelse om, at ☒ fandtes at være påført en erstatningsberettigede skade i form af seneruptur af strækkesenerne på højre hånd i forbindelse med hans behandling på ☒ den 13. juli 1995. Afgørelsen blev truffet på baggrund af lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 4, og sagen blev sendt tilbage til Patientforsikringen med henblik på beregning af ☒ ret til erstatning og godtgørelse.

Patientforsikringen udbetalte ved afgørelse af 14. oktober 2005 et accontobeløb på 18.000 kr.

Ved Patientforsikringens afgørelse af 1. december 2005 blev stationærtidspunktet fastsat til den 28. november 1995, og *A* blev endvidere tilkendt godtgørelse for svie og smerte og for varigt mén.

A klagede ved telefaxskrivelse, som er dateret den 9. januar 2006, men ifølge telefaxafsendelsesstempel angiver at være sendt den 9. januar 2006, over Patientforsikringens afgørelser af 14. oktober 2005 og 1. december 2005 for så vidt angår godtgørelsen for svie og smerte og for varigt mén.

Ved Patientforsikringens afgørelse af 7. februar 2006 tilkendte Patientforsikringen *A* i erstatning for erhvervsevnetab. Der fandtes ikke grundlag for at ændre det tidligere fastsatte stationærtidspunkt eller at tilkende *A* u erstatning for helbredelsesudgifter og andet tab, erstatning for tabt arbejdsfortjeneste eller yderligere godtgørelse for varigt mén som følge af patientskaden.

De meddelte ved skrivelse af 17. februar 2006, at De var indtrådt i sagen som advokat for *A*

Ved skrivelse af 21. marts 2006 påklagede De Patientforsikringens afgørelse af 7. februar 2006 vedrørende *A's* ret til erstatning for erhvervsevnetab. De gjorde til støtte for klagen gældende, at det samlede erhvervsevnetab udgør 75 %, og at størstedelen heraf må tilskrives patientskaden og den deraf følgende nedsatte finger- og håndledsfunktion. De bemærkede endvidere, at landsretten ved sin tilkendegivelse af 7. april 2005 har lagt til grund, at *A* helbredstilstand først var stationær den 21. august 1997, hvorfor stationærtidspunktet bør ændres i overensstemmelse hermed. Endelig bemærkede De, at der ved opgørelsen af *A's* méngrad tillige skal tages hensyn til den nedsatte håndledsfunktion samt, at der er sket skade på strækkesenerne til 2. - 5. finger.

På baggrund af *A's* bemærkninger har De ved skrivelse af 23. marts 2006 bemærket, at der ved fastsættelsen af méngraden skal tages hensyn til, at senen til 3. finger var delvist overrevet og blev syet til senen til 2. finger, hvorfor det er senerne fra 2. til 5. finger, der er beskadiget.

Patientforsikringen har ved afgørelse af 5. september 2006 fastholdt, at der ikke er grundlag for at tilkende *A* erstatning for fremtidige udgifter til fysioterapibehandling.

Ved skrivelse af 11. september 2006 påklagede De Patientforsikringens afgørelse af 5. september 2006, hvorved Patientforsikringen meddelte afslag på erstatning for varige udgifter til fysioterapi. De anførte til støtte for klagen, at udgifter, der har til formål at opretholde et maksimalt funktionsniveau, bør erstattes efter erstatningsansvarslovens § 1a.

Endelig har De ved skrivelse af 15. november 2006 bemærket, at der efter erstatningsansvarslovens § 1 a kan ydes erstatning for andre udgifter end de, der er helbredende, og at det i den forbindelse ikke er korrekt at anvende samme

praksis som efter arbejdsskadesikringslovens § 15. De har endvidere henvist til A's bemærkninger til Patientforsikringens skrivelse af 6. oktober 2006.

Patientskadeankenævnet har fra Patientforsikringen indhentet udtalelser, som De har modtaget kopi af, og nævnet har endvidere modtaget sagens akter.

Deres klager har herefter været behandlet på et møde i Patientskadeankenævnet den 26. januar 2007.

...

Der blev truffet følgende

AFGØRELSE:

Patientforsikringens afgørelse af 1. december 2005 ændres, således at stationærtidspunktet fastsættes til den 8. januar 1996.

Patientforsikringens afgørelse af 1. december 2005 ændres endvidere således, at A findes at være berettiget til en samlet godtgørelse på 6.700 kr., med tillæg af renter fra skadesdatoen den 13. juli 1995, hvilket er 2.870 kr. mere end tilkendt af Patientforsikringen.

Patientforsikringens afgørelser af 14. oktober 2005, 1. december 2005, 7. februar 2006 og 5. september 2006 tiltrædes for så vidt angår de i øvrigt påklagede godtgørelses- og erstatningsposter.

Sagen kan indbringes for retten inden seks måneder efter, at afgørelsen er meddelt i medfør af patientforsikringslovens § 16, stk. 1, som ændret ved § 75 i lov nr. 538 af 8. juni 2006. Retten kan stadfæste, ophæve eller ændre afgørelsen.

Begrundelse for afgørelsen:

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

Efter patientforsikringslovens § 5, stk. 1, fastsættes erstatning og godtgørelse efter reglerne i erstatningsansvarsloven. Da patientskaden er indtrådt før den 1. juli 2002, finder dagældende erstatningsansvarslov anvendelse.

Om den beløbsmæssige opgørelse af A's krav på godtgørelse for svie og smerte og varigt mén samt på erstatning for helbredelsesudgifter og andet tab, tabt arbejdsfortjeneste og erhvervsevnetab bemærkes følgende:

Stationærtidspunktet for en skadelidts helbredstilstand er det tidspunkt, hvor det må antages, at den skadelidtes helbredstilstand ikke selv med yderligere relevant behandling vil blive forbedret. For langvarige behandlingsforløb, der

ofte strækker sig over flere år, indtræder stationærtidspunktet, når det primære behandlingsforløb er afsluttet.

Patientskadeankenævnet finder, at *A's* skade var stationær den 8. januar 1996, hvilket er ca. en måned senere end fastsat af Patientforsikringen ved afgørelsen af 1. december 2005.

Nævnet har herved lagt vægt på, at der ved kontrollen den 28. november 1995 blev beskrevet en strækkemangel på op til 30 grader over højre hånds 4. og 5. fingers grundled. Ved kontrol den 8. januar 1996 var strækkemangelen faldet til 20 grader, og der ses ikke siden at være indtrådt en bedring heraf.

Nævnet skal bemærke, at der ikke ved Østre Landsrets tilkendegivelse af 7. april 2005 ses at være indeholdt en tilkendegivelse af, at stationærtidspunktet findes at burde fastsættes til den 21. august 1997, da der i tilkendegivelsen alene er en henvisning til, at *A* ved en ambulant kontrol denne dag selv fandt tilstanden stationær med smerter, nedsat kraft og bevægeindskrænkning.

...

Godtgørelse for varigt mén fastsættes efter erstatningsansvarslovens § 4 under hensyn til skadens medicinske art og omfang og de forvoldte ulemper i skadelidtes personlige livsførelse, idet méngraden fastsættes efter forholdene på det tidspunkt, hvor skadelidtes helbredstilstand bliver stationær.

Patientskadeankenævnet kan tiltræde, at *A* som følge af patientskaden er påført et varigt mén på 8 % som fastsat af Patientforsikringen. Nævnet har herved lagt vægt på, at *A* samlede mén findes at udgøre ca. 20 %, men at generne i højre håndled og venstre albue ikke findes at kunne tilskrives patientskaden, men derimod hans grundlidelser. Nævnet har endvidere lagt vægt på, at *A* har gener som følge af patientskaden i form af ekstensionsmangel over højre hånds 4. og 5. fingers grundled samt at disse fingre kun kan strækkes samtidig som følge af sammensyning af senerne.

Der ydes en godtgørelse på 2.940 kr. pr. méngrad. Patientskadeankenævnet kan således tiltræde, at *A* berettiget til godtgørelse for varigt mén på 23.520 kr. med tillæg af renter fra skadestidspunktet den 13. juli 1995.

Det bemærkes, at det ændrede stationærtidspunkt ikke har medført en ændret vurdering af *A's* ret til godtgørelse for varigt mén.

Har en personskaade, efter at skadelidtes helbredstilstand er blevet stationær, medført varig nedsættelse af skadelidtes evne til at skaffe sig indtægt ved arbejde, tilkommer der skadelidte erstatning for tab af erhvervsevne, idet der dog ikke ydes erstatning, såfremt erhvervsevnetabet er mindre end 15 %, jf. erstatningsansvarslovens § 5.

Patientskadeankenævnet kan tiltræde, at *A's* erhvervsevnetab som følge af patientskaden udgør 25 %.

Nævnet har herved lagt vægt på, at A^{LS} samlede erhvervsevnetab skønnes en del højere end 25 %, men at størstedelen af hans erhvervsevnetab må tilskrives følgerne af hans grundlidelser i form af slidgigt i begge albueled samt højre håndled. Nævnet har endvidere lagt vægt på, at A 1999 måtte opgive sit arbejde som følge af gener fra venstre albue og skulder, samt at han den 15. juli 2002 blev tilkendt mellemste førtidspension med henvisning til, at hans arbejdsevne i venstre arm var reduceret med 2/3.

Patientskadeankenævnet skal i den forbindelse bemærke, at det forhold, at han ikke var i stand til at fortsætte i sit tidligere arbejde som systemprogrammør ikke er afgørende i forhold til vurderingen af hans erhvervsevne efter patientskaden.

Nævnet kan således tiltræde, at A på baggrund af en upåklaget årsløn på 335.000 kr. er berettiget til en erhvervsevnetabserstatning på 502.500 kr. med tillæg af renter fra skadesdatoen den 13. juli 1995.

...

Begrundelse for méngraden

...

Det fremgår af speciallægeerklæring af 16. november 2003 fra speciallæge i ortopædkirurgi V at A ved undersøgelsen havde gener i form af daglige smerter fra begge albueled, venstre skulder og højre håndled, bevægeindskrænkning og kraftnedsættelse. Der blev ved den objektive undersøgelse fundet slidgigt i begge albuer, højre håndled samt indeklemningssyndrom svarende til venstre skulder.

..."

Ved stævning indgivet den 8. august 2007 blev nærværende sag indbragt for Københavns Byret.

Til brug for byrettens behandling af sagen blev indhentet en vejledende udtalelse af 24. juli 2009 fra Arbejdsskadestyrelsen, hvoraf om de foreliggende lægelige oplysninger blandt andet fremgår:

"Det fremgår heraf, at skadelidte har gener efter operation og patientskade i højre hånd med symptomer i form af smerter og nedsat bevægelighed i håndledet. Derudover kan han ikke strække 3. til 5. finger over grundledet uden at pegefingern samtidig føres med.

Objektivt er der fundet moderat til svært nedsat bevægelighed i højre håndled. Endvidere er der fuld ekstention over 3. til 5. fingers grundled når 2. finger også strækkes. Der er ingen isoleret strækkeevne i fingrene, hvis ikke 2. finger aktiveres. De øvrige led strækker fint.

Vi har fastsat ménet for de samlede gener efter et skøn med udgangspunkt i vores vejledende méntabel. Generne fremgår ikke direkte af tabellen, men kan sammenlignes med følgende punkt:

Efter tabellens punkt D.1.2.4 vurderes håndledsbrud helet med svære smerter og svært nedsat bevægelighed, samt eventuel forskydning og skurren til 12 procent.

Vi har lagt vægt på, at generne fra højre håndled er lettere end generne beskrevet i punktet, idet skadelidte har smerter og der er moderat til svært nedsat bevægelighed i håndleddet. Ménet for generne i højre håndled er således fastsat til skønsmæssigt 10 procent. Endvidere begrundes generne fra senerne et skønsmæssigt tillæg.

Vi har herefter for gener og fund som ovenfor anført vurderet det samlede mén svarende til højre hånd til skønsmæssigt 18 procent i sammenligning med punkt D.1.2.4 i méntabellen.

Vi har endvidere lagt vægt på, at patientskaden udgør funktionelt manglende evne til at strække 3. til 5. finger isoleret uden at 2. finger også strækkes, hvilket generer i pincetgrebet (grebet mellem tommel- og pegefinger).

Vi har herefter fastsat ménet for de af skadelidtes gener, som kan henføres til patientskaden, til skønsmæssigt 8 procent (mérménet).

...

Begrundelse for erhvervsevnetab

...

Vi har således noteret os, at det ikke alene er patientskadens følger, der har medført pensionstilkendelsen. Pensionen er derimod tilkendt på baggrund af følgerne efter patientskaden samt skadelidtes øvrige gener som følge af grundlidelsen, herunder slidgigt i begge albuer og højre håndled samt gener fra venstre skulder.

Henset til det erhvervsmæssige forløb efter skaden, at skadelidte er blevet tilkendt førtidspension, samt hans indtægt forud for operationen og patientskaden, er det vores vurdering, at hans erhvervsevne samlet set er nedsat med skønsmæssigt $\frac{3}{4}$ -dele. Vi har i forlængelse heraf vurderet det samlede erhvervsevnetab til skønsmæssigt 75 procent.

Ud fra en konkret lægelig vurdering finder vi at hovedparten af skadelidtes gener skyldes hans grundlidelse i form af slidgigt i begge albuer og højre håndled, men vi skønner, at patientskadens følger i ikke uvæsentlig grad har været medvirkende til skadelidtes erhvervsmæssige begrænsninger.

Vi skønner på baggrund af sagens akter, at han på grund af skadens følger ikke vil kunne påtage sig kontorrelateret arbejde i samme omfang som før. Vi finder dog, at han med skadens følger burde kunne klare et kontorrelateret arbejde med de rette skånehensyn eventuelt på let nedsat tid.

Det er på den baggrund vores skøn, at hans erhvervsevne som følge af patientskaden i et varigt perspektiv er nedsat med skønsmæssigt 25 procent, idet vi finder, at han fremover vil have visse begrænsninger i sin erhvervsudøvelse på grund af patientskadens følger.

Erhvervsevnetabet som følge af patientskaden er i forlængelse heraf vurderet til skønsmæssigt 25 procent.

..."

Sagen har under anken på ny været forelagt for Retslægerådet, der den 21. december 2011 har afgivet følgende erklæring:

"Spørgsmål 1.

Hvilke umiddelbare følger/skader havde senerupturen/bristningen?

Højre 4. og 5. finger kunne ikke strækkes.

Spørgsmål 2.

Hvilken effekt havde den kirurgiske behandling af senerupturen, jf. Retslægerådets besvarelse af det tidligere stillede spørgsmål 25?

At strækkeevne af 4. og 5. finger blev genetableret omend med nedsat funktion, da de rumperede strækkesener blev koblet til 2. fingers strækkesene.

Spørgsmål 3.

Har den kirurgiske behandling af senerupturen, hvor de rumperede sener kobles på nabosener, følgevirkninger for eksempelvis bevægeligheden i hånden, smertetilstand m.v.

I bekræftende fald bedes Retslægerådet nærmere beskrive de følgevirkninger, som den kirurgiske behandling har haft for sagsøger.

Af speciallægeerklæringen dateret 16.11.2003 fremgår, at der er daglige smerter i højre håndled, kraftnedsættelse og bevægeindskrænkning. Tåler ikke belastninger. Klageangivelserne er ikke uddifferentieret på følgerne efter stivgøringen af albuebenet til spolebenet, slidgigten i håndleddet og håndroden. Den anerkendte patientskade kan forklare den nedsatte strækkeevne af fingrene, men ikke de øvrige klager, som må tilskrives lidelsen, der indikerede indgrebet 13.07.1995.

Spørgsmål 4.

Hvilken funktion/forbindelse har strækkesenerne til 2. - 5. finger i håndledsniveau i forhold til fingrenes, håndleddets og underarmens funktion?

Spørgsmålet er af generel karakter. Strækkesener har betydning for fingrenes og hånden funktion, herunder finmotorikken. Senerne har ingen væsentlig betydning for håndleddets bevægelighed, som varetages af håndledsbøjterne og

håndledsstrækkerne. Senerne har ingen betydning for rotationsevnen af underarmen.

Spørgsmål 5.

Har opstramningen og tilpasningen af senernes længde under operationen den 29. september 1995 efterfølgende haft betydning for den nedsatte funktion af fingrene og håndleddet og i bekræftende fald hvilken?

Længden på de rekonstruerede sener har betydning for efterfølgende funktion. Der foreligger ikke oplysninger indikerende, at det i aktuelle tilfælde har været et problem. Sammensyninger af sener giver bindevævsdannelse på grund af efterfølgende immobilisering.

Spørgsmål 6.

- a. *Hvordan var håndleddets bevægelighed inden operationen den 13. juli 1995?*
 - b. *Hvordan er håndleddets bevægelighed/funktion efter forløbet og den indtrådte patientskade i 1995?*
 - c. *Er den ændrede/dårligere bevægelighed/funktion en følge af den anerkendte patientskade?*
- a. Håndleddets bevægelighed inden operationen 13.07.95 er beskrevet i bilag 5 den 13.07.95: "Mangler 20° i dorsal og volar fleksion og 10 supinationsdefekt".
 - b. I senere invaliditetsattester 13.08.97 (bilag 8) og 12.09.05 (bilag 14) beskrives manglende volar fleksion og supinationsdefekt på 20-15°.
 - c. Den lidt øgede nedsatte bevægelighed skønnes primært en konstateret slidgigt snarere end patientskaden.

Spørgsmål 7

*Er det muligt med det forbehold, der ligger i, at spørgsmålet er hypotetisk, at bedømme, hvilke helbredsmæssige følger, sagsøger ville have haft i højre hånd/håndled/underarm, hvis patientskaden ikke var indtruffet?
Ved besvarelse af spørgsmålet bedes Retslægerådet angive, med hvilken sandsynlighed spørgsmålet er besvaret.*

Spørgsmålet er hypotetisk og kan ikke besvares, specielt fordi der ikke foreligger en overordnet diagnose for patientens mange bevægeapparatslidelser.

Spørgsmål 8.

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej."

Af en journaltilførsel af 8. februar 2012 fra overlæge, speciallæge i ortopædkirurgi

M fremgår blandt andet:

"... Man må næsten med 100% sikkerhed have beskadiget senerne ved operationen, i hvert fald er der tale om en usædvanlig komplikation. Han har nu en

ulna, som er ustabil ved håndleddet og en arm, som er præget af kroniske smerter.

... Hans problem er nu stadigvæk i høj grad smerter, som er invaliderende. Han er ikke i stand til at belaste håndleddet i kortere tid selv med simple ting, som at skrive eller betjene et PC-tastatur.

...

Seneste rtg. billeder fra sept. md. sidste år viser vælger efter caput radii resektion med nydannelse af led mellem proximale radius og ulna, hvorimod den ikke artikulerer med humerus. Der ligger knoglerester radielt for dette pseudoled. Rtg. af håndleddet viser nok en lettere grad af radiocarpal arthrose, ledspalten er afsmalnet, og der er også antydning af subkondral sclerosering. Pseudoarthrosen i Sauvé-Kapandji operationen har en afstand på et par mm, men det ser ud som om der er interponeret et lille knoglefragment, som er afrundet.

Alt i alt har han følger efter en operation ved albuen, som har været kompliceret af et flertal operationer, som måske er lavet på for tidligt tidspunkt eller forkert indikation. Der er intet, der tyder på, at håndleddet har været beskadiget før, vi begyndte at operere på ham.

Der er ikke noget behandlingstilbud, som det ser ud i øjeblikket. Man kunne overveje stivgøring af håndleddet, men den grad af arthrose, han har nu, berettiger slet ikke til det.

Jeg kan altså ikke gøre mere for pt., og sagen er afsluttet hermed for mit vedkommende."

Overlæge, speciallæge i reumatologi S har den 9. maj 2012 afgivet en erklæring, hvoraf blandet andet følger:

"46-årig mand henvist af egen læge i sep. 2011 til second opinion.

...

2 mdr. senere" ... [efter operationen i juli 1995] ... "angiveligt konstateret en spontan ruptur af ekstensor digiti sene 4, 5 og partielt sene 3. Under operativt indgreb blev lavet en rekonstruktion af senerne, hvor sene 3, 4 og 5 blev sutureret sammen med sene 2. Siden har pt. haft signifikant nedsat funktion i høj hånd, kroniske smerter. ...

Det komplicerede sygdomsforløb har haft en direkte implementering på pt's funktionsniveau, kroniske smerter og arbejdsdygtighed. Pt. skulle holde op med sit arbejde i banken."

...

Selv om det drejer sig om absolut ortopædkir. problemstilling, er pt. henvist her til second opinion, især med henblik på nærmere undersøgelse for ætiologi af senerupturer. Der findes ikke noget holdepunkt til inflammatorisk lidelse, hverken sygdomshistorie eller objektiv fund giver indtryk af inflammation inducerende seneruptur. Der findes ikke artrose i h. håndled, hverken UL-mæssig eller radiologisk. Der findes heller ikke nogen belastningsrelaterende forklaring for, hvorfor pt. burde udvikle en monoartrose i h. håndled, med mindre han var eksponeret til stor overbelastning i h. håndled, og dette var aldrig dokumenteret.

Genese af nuværende problemstilling i relation til h. håndled og underarm med nedsat funktion og kroniske smerter, kan ikke forklares reumatologisk.

..."

K, der har været læge for A i fra oktober 2010, har den 29. maj 2012 afgivet en erklæring, hvoraf blandt andet fremgår:

"Signifikant nedsat funktion håndled.

Kan ikke belaste h. håndled med selv simple ting som at skrive eller bruge tastatur til PC.

Har efterfølgende pga den nedsatte førlighed i håndled og fingre måttet opgive sit sædvanlige erhverv først som systemprogrammør hos P og siden i Bank efter først revalidering, HH og siden skånejob (pga. nedsat funktion i h. hånd/underarm). Siden førtidspension.

Har måttet opgive sit sædvanlige erhverv som systemprogrammør i bank. Psykisk påvirket af langvarige forløb med operationer og komplikationer, udover funktionsnedsættelse har han også kroniske smerter. Den langvarige erstatningssag har påvirket ham, fylder meget i hans liv, har fået søvnforstyrrelse pga spekulationer.

..."

Den 1. juni 2012 afgav overlæge, speciallæge i ortopædkirurgi M en erklæring, hvoraf blandt andet fremgår:

"På anmodning fremsendt per e-mail fra advokat Jens Bertel Rasmussen har jeg indkaldt og den 31. maj 2012 udspurgt og undersøgt ovenstående med henblik på vurdering af varigt mén og erhvervsevnetab efter patientskade opstået i forbindelse med operation på B den 12. juli 1995. Skaden er anerkendt som en patientforsikringssag, men der er uenighed om méngrad og erhvervsevnetab.

Nærværende erklæring afgives på baggrund af dagens undersøgelse, journaludskrifter fra B fra 1995 til 1997, egne notater fra 2004 samt 2012 i journal på U samt journalnotat af reumatolog på U i maj måned i år.

Skadelidte, som jeg har mødt 2 gange tidligere, møder til aftalt tid.

...

Røntgenundersøgelser

...

Reumatologen finder ved ultralydsscanning af håndleddet ikke tegn på artrose i håndleddet. Han har ved ultralydsscanningen ikke kunnet finde strækkesenen på lillefingersiden af underarmen (ECU) og heller ikke strækkesenen til lillefingeren (EDM).

...

Aktuelle

... Man besluttede her under operationen, at man på grund af bruskskade på caput ulnae ville foretage en Sauvé-Kapandji-operation. Man stivgør herved drejeleddet ved håndleddet og overskærer albuebenet lige oven for håndleddet og skaber herved et kunstigt eller et pseudoled. Stivgøringen lykkedes således, at de 2 knogler voksede sammen. ...

...

Klager

...

Det medfører, at han nærmest er blevet funktionelt enhåndet. Han er højrehåndet fra naturens side og skriver med højre hånd, men kan kun skrive i få minutter ad gangen, før han er nødt til at holde pause. Også anvendelse af en pc gøres stort set kun med venstre hånd. Han udtrættes altså hurtigt og får smerter efterfølgende. ...

...

Objektivt

...

Håndleddets ulnare sener, altså extensor carpi ulnaris og flexor carpi ulnaris står forkert. Jeg kan ikke føre bevist for, at extensor carpi ulnaris overhovedet eksisterer, og flexor carpi ulnaris svæver foran håndleddet. Han er meget øm ved palpation af os pisiforme i forlængelse af senen. ...

...

Resumé

Det drejer sig om en nu 46-årig ellers rask mand, som efter en caput radii-resektion på grund af knoglesvulst i højre albue udviklede en ulna plus. Denne tilstand blev opereret med stivgøring af drejeleddet ved håndleddet og overskæring af albuebenet lige ovenfor. Efterfølgende kom der ruptur af strækkesenerne. De blev relevant syet og efterbehandlet, men hånden er aldrig blevet

god. Han har strækkedefekt i fingrene, og han har smerter i underarmen, således at højre hånd er stort set ubrugelig.

Klagerne består i smerter, som altid er til stede om end i varierende grad. De forværres ved belastning. Underarmen er instabil. Han har ingen kræfter, men ikke strække fingrene helt og har fået dårlig bevægelighed i højre håndled. Højre hånd sidder skævt på underarmen. Objektivt finder man en højre arm, som tydeligt anvendes anderledes end venstre. Det er meget nedsat kraft og bevægelighed. Der er ømhed og smerter, og underarmens knogler er ustabile.

Konklusion

Der er overensstemmelse mellem de fremsatte klager og de objektive fund. Det er min vurdering, at den manglende bevægelighed i håndleddet skyldes sammenvoksninger omkring arret. Hvorvidt strækkesenen til håndleddet (extensor carpi ulnaris) ikke eksisterer som foreslået ved en ultralydsscanning, eller om den blot er groet fast, kan jeg ikke afgøre. Bøjeseenen på samme side af leddet er forkert placeret, muligvis fordi den stivgørende operation kan være drejet en lille smule. Ud over den reparerede skade på strækkesenerne til fingrene, som har efterladt et vist underslæb, er der altså en tydelig påvirkning af både strække- og bøjeseenen til håndleddet på lillefingersiden.

På det stillede spørgsmål om, hvorledes det var gået, hvis man ikke havde opereret, kan jeg svare, at den "dobbelte instabilitet" af underarmen nok ikke havde været til stede. Han havde formentlig kunnet få et fungerende distalt radioulnarled ved at lave en ulnaforkortning i stedet. Operationen blev imidlertid foretaget på grund af en bruskdefekt, og indikationen er således forståelig. Det kan godt være, at denne bruskdefekt ikke ville have fået nogen betydning på længere sigt, hvis man i stedet havde lavet en ulnaforkortning, og hvis seneskaden er opstået ved en overslidning mod den instabile ulnastump, ville den komplikation have været undgået, men her er vi over i spekulationer. Håndledsbevægeligheden ville så formentlig ikke have været påvirket, fordi der ikke ville være kommet adhærencer i håndledsområdet.

Patientskaden har medført stort mén og erhvervsevnetab – og der er diskrete både anamnetiske og kliniske tegn på karpaltunnelsyndrom."

Forklaringer

Der er i landsretten afgivet supplerende forklaring af A og forklaring af overlæge, speciallæge i ortopædkirurgi M

A har forklaret, at han rettelig tog en højere handelseksamen (HH). Det fremgår af journalnotaterne, at før operationerne kunne alle bevægelser i håndleddet ske frit, bortset fra ved maksimale drejninger, hvor han havde smerter. Beskrivelsen i spørgsmål 22 i spørgetemaet til Retslægerådet er ikke korrekt. Han ved ikke, hvem der udformede spørgsmålet. Efter operationerne havde han mindre bevægelighed end før. Han kan på grund af sammenvoksninger ikke bøje sit håndled. Han har ikke, som anført af Arbejds-

skadestyrelsen, problemer med pincetgrebet, som stort set er det eneste greb, der fungerer. Han har store smerter i sit håndled ved øvrige greb. Han har gener ved at strække fingrene og bøje håndleddet. Han har en specialpen, idet han ellers ikke kan holde på en pen, uden at det strammer og giver smerter. Han kan ikke bruge højre hånd til computer. Der er mange ting i hjemmet og i forbindelse med hans personlige hygiejne, han ikke kan udføre. Han har ingen stabilitet i underarmen. Under sit arbejde som edb-operatør og systemprogrammør havde han brug for begge sine hænder til at udføre arbejdet. På trods af smerterne ved maksimale drejninger havde han ingen problemer med at udføre sit arbejde. Han gik til lægen, fordi det var kedeligt, at han f. eks. ikke kunne bowle. L. havde ingen håndkirurg og sendte ham til B, hvor lægerne sagde, at der ikke var nogen risiko for hans førlighed ved en operation, og at smerterne nok skulle forsvinde. Lægerne fortalte ham om to typer operationer, som de havde gode erfaringer med. Efter operationen var han sygemeldt, og han nåede ikke at genoptage arbejdet, før han blev afskediget. Han fungerede meget godt i flex-jobbet i sparekassen, indtil han i 2000 begyndte at få problemer med at bruge også venstre arm, som var den, han brugte til sit arbejde i sparekassen, da han ikke kunne bruge højre arm. Han fik tildelt mellemste førtidspension ikke kun på grund af højre hånd, men også på grund af venstre albue og venstre skulder. Dette fremgår af et brev af 26. januar 2004 til G fra Revaliderings- og Pensionsrådet. Han modtager i dag mellemste førtidspension med netto ca. 8.500 kr. og erhvervsevnetabserstatning med 5.-6.000 kr. månedlig. Han har derudover en privat pension, som han imidlertid har været nødt til at gøre op og få udbetalt, fordi hans økonomi ikke er så god.

M har forklaret blandt andet, at han i de seneste omkring 12 år hovedsageligt kun har været beskæftiget med håndkirurgi. Han er konsulent på hospitalet i Q, U, 2 - 3 uger om året. Sauvé-Kapandji-operation er og var en omstridt operation, som han ikke selv bruger. Ved operationen fjernes et stykke af den ene underarmsknogle, som bliver lidt kortere, hvorved drejeleddet ødelægges, hvilket medfører mindre bevægelighed i underarmen. A havde en bruskskade i håndleddet, hvorfor der etableredes et "pseudo"-led, hvor knoglen blev skåret over. Kort efter operationen opdagedes det, at A's sener til 4. og 5. fingre var revet over, og at senen til 3. finger var flosset. Pegefingerens stræksener blev derfor trukket over og syet sammen med 3.-5. fingres stræksener. Bevægeligheden i underarmen hænger nøje sammen med håndens stræksener. Journaltilførslen den 8. februar 2012 om, at der er intet, der tyder på, at håndleddet har været beskadiget før operationen, har han baseret på H's r ntgenbe-

skrivelse den 10. juli 1995, hvoraf blandt andet fremgår, at drejebevægelserne i højre håndled var nærmest intakte, og at der ikke i højre håndled var arthroseforandringer. Hans vurderinger i speciallægeerklæringen af 1. juni 2012 er baseret på A's oplysninger og hans egne observationer af A i forskellige fysiske situationer, hvilke efter hans vurdering bestemt understøtter, at A ikke kan bruge højre hånd. Bøjnesenerne i højre hånd, bortset fra senen til at bøje håndleddet med, har ikke taget skade. Det er efter hans opfattelse en komplikation til operationen, at albuebenets bøjese på en eller anden måde er blevet beskadiget. Der kan være sket det, at senerne ikke blev lagt rigtigt, hvorved der kan være opstået en utilsigtet rotation. Albuebenets bøjese, extensor carpi ulnaris, medvirker til stabilitet i håndleddet. Albuens stræksene, flexor carpi ulnaris, medvirker til stabilisering af albuebenets yderende. Tilsammen styrer disse sener håndleddets bøjninger. Håndleddets bøjning hænger sammen med fingrenes bøjning. Man kan ikke se tingene adskilt fra hinanden. Han har set A 3 gange, første gang i 2004 eller 2005 og senest i 2012, i henholdsvis februar og maj. Han tror ikke, der er sket større ændringer på de 7-8 år. Han fandt i forbindelse med speciallægeerklæringen på grundlag af røntgenbilleder fra 2011, at der i modsætning til i 1995 var en lettere grad af slidgigt. Når han i journalnotatet fra februar 2012 anførte, at senerne måtte have været beskadiget i forbindelse med operationen, skyldtes det, at han da troede, at skaden på sener opstod kortere tid efter operationen, end tilfældet var. Han hælder i dag mere til, at skaderne skyldes slid fra albuebenet, der hvor det var skåret over. Det samme er årsagen til skaderne på fingrenes strækkesener. A kan ikke løfte noget med højre hånd, idet knogleenderne på grund af den løse knogle da vil støde sammen, hvilket er meget smertefuldt. Blot A bevæger en muskel i underarmen, påvirkes den løse knogle. På grund af skaderne i højre albue og højre håndled har A en dobbelt instabil højre arm.

Procedure

Parterne har for landsretten i det væsentlige gentaget deres anbringender for byretten og har procederet i overensstemmelse hermed.

Landsrettens begrundelse og resultat

Landsretten tiltræder, at stationærtidspunktet er fastsat til den 8. januar 1996. Det forhold, at A ifølge B's journaludskrift den 21. august 1997 i forbin-

delse med en kontrol oplyste, at tilstanden på dette tidspunkt syntes stationær, udgør ikke et sikkert grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets vurdering af stationærtidspunktet. Det bemærkes, af henvisningen i Østre Landsrets tilkendegivelse af 7. april 2005 til A's oplysning den 21. august 1997 ikke indebærer en tilkendegivelse om, at stationærtidspunktet burde fastsættes til den 21. august 1997.

Det fremgår af landsrettens tilkendegivelse af 7. april 2005, at "den ved operationen [den 13. juli 1995] tilstødende senebristning med efterfølgende fortsatte smerter, nedsat kraft og betydelige bevægeindskrænkning" var mere omfattende, end A med rimelighed måtte tåle. Patientskadeankenævnet har gjort gældende, at det citerede skal ses i sammenhæng med det foregående afsnit i tilkendegivelsen, hvoraf fremgår blandt andet "at operationen ... forårsagede den to måneder senere opståede seneruptur/bristning af stræk-seneme på sagsøgerens højre hånds 4. og 5. fingre, og at bristningen er en alvorlig om end sjældent forekommende komplikation ...", og at patientskaden derfor alene er senebristningen og følger heraf.

Således som tilkendegivelsen er formuleret, må skaden også omfatte de medfølgende komplikationer i form af smerter, nedsat kraft og bevægeindskrænkning, hvorfor disse forhold ligeledes skal indgå i grundlaget for fastsættelse af méngraden og erhvervsevnetabet.

Af røntgenbeskrivelse af 22. september 1994 fremgår, at ved røntgen af højre håndled "ses intet ossøst abn.", og i journaludskrift fra B er under den 10. juli 1995 anført, at højre håndled er "uden arthroseforandringer." A har forklaret blandt andet, at han forud for operationen den 13. juli 1995 fuldt ud var i stand til at passe sit arbejde, og at han alene gik til læge, fordi han eksempelvis havde problemer, når han skulle bowle. Af resumé og konklusion i speciallægeerklæring fra overlæge, speciallæge i ortopedisk kirurgi V af 16. november 2003 fremgår blandt andet, at der i januar 2001 blev påvist arthroseforandringer i venstre albue og i februar 2002 arthroseforandringer i højre albue, og at røntgenundersøgelse i januar 2003 af højre håndled viste arthroseforandringer.

Under disse omstændigheder findes A at have godtgjort et sikkert grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets skønsmæssige vurdering, ifølge hvilken han forud for den 13. juli 1995 havde en lidelse i form af slidgigt i højre håndled med deraf følgende fradrag ved fastsættelsen af méngraden og erhvervsevnetabet.

På den baggrund og ikke mindst under hensyn til at der ved fastsættelsen af méngraden og erhvervsevnetabets størrelse er foretaget fradrag også for så vidt angår **A's** albueled, er det påkrævet, at sagen hjemvises til fornyet behandling i Patientskadeankenævnet med henblik på fastsættelse af méngraden og erhvervsevnetabets størrelse på grundlag af denne dom. Byrettens dom ændres derfor i overensstemmelse hermed.

Patientskadeankenævnet skal betale sagsomkostninger for begge retter til **A** med i alt 169.961,25 kr. Beløbet omfatter 8.000 kr. til retsafgift for begge retter, 150.000 kr. til udgifter til advokatbistand inkl. moms og 9.569 kr. med tillæg af moms vedrørende vidnegodtgørelse til **M**. Ved fastsættelsen af beløbet til dækning af udgifterne til advokatbistand er der ud over sagens værdi, der af parterne er skønnet at være 1.200.000 kr., taget hensyn til sagens omfang og varighed, herunder at sagen under landsrettens behandling har været forelagt Retslægerådet.

T h i k e n d e s f o r r e t :

Byrettens dom ændres, således at sagen hjemvises til fornyet behandling i Patientskadeankenævnet.

I sagsomkostninger for byretten og for landsretten skal indstævnte, Patientskadeankenævnet, inden 14 dage betale 169.961,25 kr. til appellanten, **A**

Sagsomkostningerne forrentes efter rentelovens § 8 a.

(Sign.)

Udskriftens rigtighed bekræftes. Østre Landsret, den


Susanne Fabricius
Sektionsleder

20/6-13