

HØJESTERETS DOM

afsagt torsdag den 12. april 2012

Sag 103/2010

(1. afdeling)

A

(advokat Joan Vollertsen)

mod

Patientskadeankenævnet

(kammeradvokaten ved advokat Mikkel Holm Nielsen)

I tidligere instans er afsagt dom af Vestre Landsrets 5. afdeling den 19. februar 2010.

I pådømmelsen har deltaget fem dommere: Per Walsøe, Poul Søgaard, Jon Stokholm, Hanne Schmidt og Lars Hjortnæs.

Påstande

Appellanten, A, har nedlagt påstand om, at indstævnte, Patientskadeankenævnet, skal anerkende, at hendes erhvervsevnetab er 75 %, subsidiært lavere, dog over 20 %, og at hendes varige mén er 22 %, subsidiært lavere, dog over 8 %, som følge af den anerkendte skade den 3. marts 2000 og den anerkendte patientskade den 29. november 2000.

Patientskadeankenævnet har påstået stadfæstelse.

Anbringender

Parterne er for Højesteret enige om, at A's varige erhvervsevnetab er 75 %.

A har gentaget sine anbringender og har supplerende anført, at hun har godtgjort med overvejende sandsynlighed, at der er årsagssammenhæng mellem patientskaden vedrørende korsbåndsoperationen og hendes nuværende helbredstilstand. Desuden skal beviskravene med hensyn til årsagsforbindelse lempes yderligere på grund af, at der sandsynligvis har været tale

om et lægeligt fejlskøn under operationen, og på baggrund af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 10 om, hvilke gener hun havde før operationen, og om de var sædvanlige i forhold til knætraumet. Hendes opfattelse af årsagsforholdene støttes også af speciallægerne Svend Erik Christiansens og Gerhard Teicherts erklæringer. Retslægerådets henvisning til hendes forklaring om smerter efter skiulykken – som er begrundelsen for, at rådet anser den nuværende helbredstilstand for overvejende at være forårsaget af grundlidelsen – stemmer ikke med hendes forklaring om, at smerterne skiftede karakter efter korsbåndsoperationen i november 2000, samt at hun først begyndte at få morfinpræparater mod smerterne efter operationen. Hertil kommer, at følger af den dybe årebetændelse, som hun blev påført i forbindelse med kikkertundersøgelsen i marts 2000, ifølge Retslægerådet også er medvirkende årsag til hendes nuværende helbredstilstand.

Patientskadeankenævnets afgørelse vedrørende følgerne af kikkertundersøgelsen i marts 2000 er endvidere ikke i overensstemmelse med Retslægerådets besvarelser herom, hvorefter undersøgelsen medførte dyb årebetændelse med hævelse af underbenet til følge, hvilket er medvirkende til den nuværende helbredstilstand. Det fremgår også af Retslægerådets besvarelser, at følgerne efter den dybe årebetændelse kan have indflydelse på typen og intensiteten af hendes smerter, og at en kombination af ledbåndsskade og dyb årebetændelse disponerer for en smertetilstand i underben og knæ. På denne baggrund er det godtgjort, at kikkertundersøgelsen – i modsætning til, hvad Patientskadeankenævnet har lagt til grund – har medført skader, og skaderne er derfor erstatningsberettigende i medfør af § 2, stk. 1, nr. 4, i den dagældende patientforsikringslov.

Patientskadeankenævnet har gentaget sine anbringender og har supplerende anført, at Retslægerådets erklæringer støtter ankenævnets afgørelse om, at hovedparten af A's gener kan henføres til hendes grundlidelse i form af overrevet korsbånd og inderste sideledbånd. Der er ikke grundlag for bevislempelse, idet der ikke er handlet culpøst i forbindelse med korsbåndsoperationen og efter Retslægerådets besvarelser heller ikke er tvivl om årsagssammenhængen. Der er ikke grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets fastsættelse af, hvilken méngrad og erhvervsevnetabsprocent A er blevet påført som følge af den anerkendte patientskade. Fastsættelsen er sket i overensstemmelse med Arbejdsskadestyrelsens vejledende udtalelse herom.

Det er ikke på grundlag af Retslægerådets besvarelser godtgjort med overvejende sandsynlighed, at kikkertundersøgelsen i marts 2000 har medført senskader, og derfor er lovens kriterium om skadens ”relative alvor” ikke opfyldt.

Forklaringer

Der er til brug for Højesteret afgivet supplerende forklaring af speciallæge Svend Erik Christiansen og af A.

Svend Erik Christiansen har forklaret, at han mener, at problematikkerne er noget forsimplede i dommens gengivelse af hans forklaring for landsretten. Endvidere mener han ikke at have nævnt, at der var foretaget en operation i 2 gange 2 ½ time som anført. Generelt skal man efter 2 timers operation holde en pause, idet nerverne i modsat fald kan tage skade. Han så første gang A i 2001, efter at hun var blevet henvist fra Vejle Sygehus. Han havde da ikke det egentlige journalmateriale fra Vejle Sygehus. Da han så A første gang, kunne hun ikke gå naturligt. Hun gik ved hjælp af to stokke og brugte kørestol. Dette ville ikke være tilfældet efter et normalt forløb i forbindelse med en knæskade, hvad enten man er opereret herfor eller ikke er blevet opereret. Såfremt der ikke opereres efter en knæskade, vil 99 % af alle patienter kunne gå normalt, i starten med lidt hævede knæ. Der vil være problemer med stabiliteten, og visse former for idræt vil ikke være forenelige med det beskadigede knæ. Såfremt der var blevet foretaget en vellykket operation, ville A efter 1½ års forløb have kunnet fungere med stort set normal bevægelighed. Hun ville alene have haft gener i forbindelse med, at hun gik i knæ eller sad på hug. Uden operation ville der normalt heller ikke være smerter, dog ville der som følge af en eventuel menisk- eller bruskskade kunne udvikles yderligere tilsvarende skade med yderligere smerte til følge. Såfremt der foretages operation og under forudsætning af, at der ikke er anden skade, vil patienten være smertefri, hvis der ikke er usædvanlige belastninger. Normalt vil en vellykket operation medføre, at der fastsættes en méngrad på 5-8 %. Ved operationen den 1. november 2001 blev ledbåndet ikke placeret helt tilfredsstillende. Det var derfor planen først at knogletransplantere i de ikke korrekt placerede borehuller. Imidlertid lod det sig gøre at foretage en ny operation ved at anvende borehuller placeret ved siden af de først foretagne huller for efterfølgende at fylde de ikke korrekt placerede borehuller op. Den pågældende operation tog cirka en time og et kvarter. Det blev konstateret, at der ikke forud for den første operation havde været en bruskskade, men en mindre bruskskade ville dog ikke nødvendigvis kunne konstateres. Man kunne konkludere, at patienten havde mange smerter, men ingen meniskskade, som kunne forklare dette. Smerterne i knæet stammer givetvis fra, at

A har udviklet artrofibrose i knæet, hvilket er en stiv ledkapsel. Der opstår i den forbindelse smerter, når man spænder ud. Artrofibrose kan opstå uprovokeret efter en skade, men et langt operationsforløb forøger risikoen for, at artrofibrose opstår. Det er normalt, at man umiddelbart efter en skade ikke kan bøje knæet som følge af den hævelse, der er naturligt forekommende efter skaden. Derfor bliver der sædvanligvis i første omgang foretaget genoptræning, hvorefter der opereres 6-8 uger efter, at skaden er opstået. Der kan imidlertid være mange grunde til, at knæet ikke kan bøjes. Kan knæet ikke bøjes normalt efter 6 måneder, er der med meget stor sandsynlighed opstået artrofibrose. Dette er en kendt komplikation efter større knæoperationer. Normalt vil der være smerter efter en knæskade, men hvis der ikke er menisk- eller bruskskader, vil smerterne fortage sig og ikke forekomme, når der ikke er tale om unormal belastning. Ellers vil et normalt forløb være, at der ikke er smerter, såfremt patienten ikke har hårdt belastende arbejde eller udøver kontaktsport. Stabiliteten i knæet efter en knæoperation er forskellig fra person til person. Det var ikke hans indtryk, at A havde udviklet artrofibrose inden den første operation. Derfor har han i forbindelse med sin erklæring lagt til grund, at udviklingen heraf var en følge af behandlingsforløbet. Efterfølgende genoptræning efter operationen kan ikke give de pågældende smerter. Al genoptræning vil bedre knæfunktionen og minimere smerterne.

A har forklaret, at hun i tiden efter skiulykken havde smerter. Hun fik i Østrig lagt gips om benet. Dette medførte, at hun kun havde smerter, når hun gik. Da hun efter en uge kom hjem til Danmark og blev indlagt på hospitalet, fik hun taget gipsen af. Hun fik samtidig at vide, at der ikke var tale om en korsbåndsskade, men om en meniskskade. Hun fik lavet en kikkertundersøgelse. Da gipsen blev taget af, blev hendes smerter værre. Hun havde navnlig smerter, når knæet ”smuttede”. De smerter, som hun har i dag, er helt anderledes end de smerter, som hun havde umiddelbart efter ulykken. I dag har hun også neurogene smerter, hvor det gør ondt blot ved berøring. Hun har modsat tidligere smerter i selve knæet i alle døgnets 24 timer. Det var først efter operationen i november 2000 på Vejle Sygehus, at hun fik morfinpræparater. Dette var begrundet i udviklingen af smerterne i knæet. Hun har ikke fået oplyst, at hun efter ulykken og indtil den første operation i november 2000 havde udviklet artrofibrose.

Supplerende sagsfremstilling

Retslægerådet har i erklæringen af 20. september 2007 yderligere besvaret følgende spørgsmål således:

”Spørgsmål 11:

Med henvisning til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 10, bedes retslægerådet angive hvilke af de forud for operationen beskrevne gener, der var til stede efter operationen den 29. november 2000, herunder hvilken indflydelse de har på de i spørgsmål 1 beskrevne gener.

Efter operationen var der mange smerter, bevægeindskrænkning og instabilitetsfølelse. Generne har dermed ud fra beskrivelsen samme karakter som forud for operationen. Det forhold, at sagsøger forud for operationen 29.11.00 havde betydelige smerter og bevægeindskrænkning, har efter Retslægerådets vurdering stor betydning for en del af de under spørgsmål 1 beskrevne gener.

...

Spørgsmål 13:

Retslægerådet bedes oplyse, om de dybe smerter inde i selve knæleddet (fysiske smerter) kan være forårsaget af eller have en sammenhæng med de beskrevne neurogene smerter.

Besvarelsen bedes begrundet.

Spørgsmålet kan ikke besvares med sikkerhed. Retslægerådet vurderer dog, at det er mindre sandsynligt, at der er sammenhæng mellem de dybe smerter i knæet og de neurogene smerter.”

Retslægerådet har i erklæringen af 11. januar 2008 yderligere besvaret følgende spørgsmål således:

”Spørgsmål 15.

Med henvisning til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 6 bedes rådet oplyse om det er sædvanligt at den type operation som sagsøger gennemgik den 29. november 2000 foregår i blodtomhed.

I bekræftende fald bedes Retslægerådet oplyse den typiske/sædvanlige varighed af blodtomhed i forbindelse med den type operation som sagsøger gennemgik.

Spørgsmålet er af generel karakter.

Ja, det er almindeligt at anvende blodtomhed ved korsbåndsoperation. Den indledende del af operationen vil vanligvis være en kikkertundersøgelse af knæet, og denne procedure kræver ikke anvendelse af blodtomhed.

Varigheden af blodtomheden varierer med operationstiden. Operationstiden for en korsbåndsoperation er i størrelsesordenen 60 til 90 minutter.

Spørgsmål 16.

Retslægerådet bedes oplyse i hvor lang periode (timer eller minutter) en operation i blodtomhed kan opretholdes før væv, nervebane m.v. begynder at tage skade.

Spørgsmålet er af generel karakter.

Der foreligger ikke undersøgelser, som kan besvare spørgsmålet, hvor lang tid en operation i blodtomhed kan opretholdes, før vævet begynder at tage skade.

Den tid, det anses for sikkert at anvende blodtomhed, varierer med forskellige forhold, blandt andet om der er kendt eksisterende åreforkalkning, tidligere karoperation eller anden kendt årsag til nedsat blodcirkulation i ekstremiteten. Man har valgt at anbefale, at blodtomhed ikke anvendes i mere end cirka 90 minutter. Er der behov for længere blodtomhed, kan man fjerne blodtomheden i 15 minutter og derefter genanlægge blodtomheden i yderligere 90 minutter.

Spørgsmål 17.

Retslægerådet bedes oplyse hvilke skader der kan indtræde såfremt blodtomheden opretholdes i længere periode end angivet i besvarelsen af spørgsmål 16 – herunder om blodtomhed kan medføre de i spørgsmål 1 beskrevne gener.

Spørgsmålet er af generel karakter.

Længerevarende blodtomhed kan give anledning til betydelige smerter i den postoperative periode. Der kan være tegn på nervepåvirkning i form af sovende fornemmelse, ophævet eller nedsat følesans og muskellammelse, hvilket medfører ophævet eller nedsat aktiv bevægelse. Er blodtomheden til stede længere, kan der komme hævelse af muskulaturen og i værste fald muskeldød på grund af højt tryk i de loger, musklerne befinder sig i (kompartmentsyndrom).

...

Spørgsmål 20.

Retslægerådet bedes oplyse, om de dybe smerter inden i selve knæleddet (fysiske smerter) eller de neurogene smerter kan være forårsaget af eller have en sammenhæng med at operationen er foretaget i blodtomhed.

Besvarelsen bedes begrundet.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 2, 6 og 9. A's smerteproblem er komplekst, hvad angår lokalisation og type (neurogene, dybe smerter i selve knæet), og Retslægerådet har ikke mulighed for nærmere at vurdere de forskellige smertetypers relation til brugen af blodtomhed. Sagsakterne indeholder ikke oplysninger om blodtomhedens varighed (Denne vil oftest fremgå af anæsthesiskemaet). Tidsfaktoren er af stor betydning for risikoen for udvikling af de under spørgsmål 17 nævnte komplikationer. Har blodtomhedens varighed ikke overskredet de under spørgsmål 16 nævnte anbefalinger, er det dog lidet sandsynligt, at brugen af blodtomhed har haft betydning for sagsøgers smertetilstand.

Spørgsmål 21.

Giver sagen i øvrigt anledning bemærkninger.

Nej.”

Retslægerådet har i en supplerende erklæring af 4. marts 2011 besvaret følgende spørgsmål således:

”Spørgsmål 22.1:

Under henvisning til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1-3 og spørgsmål 6-10 og spørgsmål 18-19 bedes Retslægerådet oplyse, om de betydelige smerter i højre knæ beskrevet i svaret på spørgsmål 1 som ”konstante, invaliderende, søvnhæmmende smerter i højre knæ, strålende ned i skinnebenet dels en dyb smerte inde i selve knæleddet” med overvejende sandsynlighed helt eller delvist var til stede forud for kikkertoperationen den 3. marts 2000 som gav anledning til dyb årebetændelse.

Spørgsmål 22.2:

Såfremt smerterne var til stede forud for operationen den 3. marts 2000, bedes Retslægerådet henvise til de sagsakter, hvorpå Rådets udtalelse bygger.

Spørgsmål 22.3:

Såfremt smerterne i knæet delvis var til stede forud for operationen den 3. marts 2000, bedes Retslægerådet oplyse, hvilke gener, der kan henføres til den dybe årebetændelse samt henvise til relevante sagsakter for besvarelsen.

Ad spørgsmål 22.1 – 22.3: Knæsmærterne var til stede forud for operationen den 03.03.00. Det fremgår af side 30 i udskrift af dombogen for Vestre Landsret, hvor det er anført, at A har udtalt, at ”det gjorde frygteligt ondt” efter uheldet 21.02.00 og ”frem til operationen havde hun meget ondt” efter fjernelse af gipsen. Det fremgår ligeledes af bilag 1 (forundersøgelsesnotat af 02.03.00), at A ”har haft mange smerter i knæet”. Den dybe årebetændelse giver ikke specifikt knæsmærter. Kuldefornemmelsen anført i bilag 1, notat af 14.03.00 kan være en følge af den dybe årebetændelse.

Spørgsmål 23:

Under henvisning til appellants forklaring for Landsretten (dommens side 30 og 31) og specielt udtalelsen om, at hun ved hvile ikke havde smerter forud for operationen den 29. november 2000 og ikke var i smertebehandling ved morfin, bedes Retslægerådet oplyse, om appellants beskrivelse giver Retslægerådet anledning til at uddybe eller ændre besvarelsen af spørgsmål 2, 3 og 6, jfr. svaret på spørgsmål 11.

Der er ikke oplysninger i de lægelige sagsakter om hvilesmerter forud for operationen 29.11.00. Der er ikke oplysninger om hvilesmerter i bilag 10, bilag 12 eller i erklæring fra SE Christiansen 25.03.06. I bilag 13 er anført at appallanten har svært ved at sove – årsagen hertil er ikke anført, og at hun kan få smerter i sidende stilling, så hun må gå op. Der er ikke oplysninger om hvilesmerter i notaterne fra neurologisk ambulatorium 11.06.02 eller 12.08.02. Retslægerådet kan ikke på baggrund af de lægelige sagsakter vurdere udviklingen i hvilesmerter.

Appellanten har fået udleveret Nobligan (mellemstærkt smertestillende med morfinlignende virkning) 08.03.00, men der er ikke oplysninger om, at der er ordineret morfin. Efter operationen 29.11.00 er der ordineret morfin ved behov og Tramadol (ligner Nobligan). Senere under forløbet i Århus får appellanten fast morficum (Oxycontin). Anvendelse af morfica er således startet efter operationen 29.11.00. Dette giver imidlertid ikke anledning til ændringer i Retslægerådets tidligere besvarelser, hvor det har været anført, at de såkaldte neurogene smerter og følger efter den dybe årebetændelse er medvirkende årsag til appellants helbredstilstand og det kan derfor også ud over grundlidelsen have betydning for typen og intensiteten af smerterne. I øvrigt skal anføres at smerter er subjektive og ikke objektivt kvantificerbare. Ordination og brug af smertestillende medicin er afhængig af patientens efterspørgsel og den ordinerede læges villighed til at udskrive medicinen. Brug af smertestillende medicin herunder morfica kan derfor ikke entydigt anvendes som et (objektivt) mål for en bedring eller forværring af en smertetilstand.

Spørgsmål 24:

Under henvisning til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 16, bedes det oplyst, hvor længe blodtomhed burde anvendes ved operation af appellants højre knæ den 29. november 2000 henset til, at kikkertoperationen den 3. marts 2000 gav anledning til dyb årebetændelse.

Som det fremgår af svaret på spørgsmål 16, har man valgt at anbefale, at blodtomhed vanligvis ikke anvendes mere end ca. 90 minutter. Man har vurderet i det aktuelle tilfælde, at blodtomhed var påkrævet, og varigheden af blodtomhed vil vanligvis ikke være ændret under hensynstagen til oplysninger om tidligere dyb årebetændelse. Der foreligger ikke oplysninger om, at der skulle være opstået ny årebetændelse efter operationen 29.11.00.

Spørgsmål 25:

Under henvisning til anæstesijournal for operationen den 29. november 2000 (bilag 41), bedes Retslægerådet oplyse, hvor længe appellants højre ben var blodtomt under operationen.

120 minutter (bilag 41).

Spørgsmål 26:

Under henvisning til Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 17, spørgsmål 20 og spørgsmål 24, bedes Retslægerådet oplyse, om opretholdelsen af blodtomhed i den i spørgsmål 25 angive periode kan medføre de i spørgsmål 1 beskrevne gener.

I svaret på spørgsmål 17 er anført, hvilke gener langvarig blodtomhed kan give anledning til i den postoperative periode – her tænkes på den umiddelbare postoperative periode. Sagsøger havde i henhold til bilag 41 betydelige smerter umiddelbart efter operationen 29.11.00, hvilket sandsynligvis skyldes den langvarige blodtomhed. der er imidlertid ikke holdepunkter for, at en blodtomhed af 120 minutters varighed giver varige gener, når der ikke i den umiddelbare postoperative periode har været de i svaret på spørgsmål 17 anførte komplikationer til blodtomheden – her ses bort fra umiddelbare kraftige smerter.

Spørgsmål 27:

Giver indholdet af anæstesijournalen Retslægerådet anledning til at ændre besvarelsen af spørgsmål 2, 3 og 6?

Nej. Som Retslægerådet tidligere har svaret, kan appellantens helbredstilstand delvis henføres til behandlingsskaden, som dog ikke skønnes relateret til varigheden af blodtomheden.

Spørgsmål 28:

Retslægerådet udtaler i svaret på spørgsmål 15, at operationstiden for en korsbåndsskade er i størrelsesorden 60-90 minutter.

Under henvisning til operationstiden og blodtomhedens varighed under operationen den 29. november 2000, jfr. anæstesiskemaet (bilag 41) bedes Retslægerådet oplyse, om disse oplysninger giver anledning til at ændre besvarelsen af spørgsmål 5, navnlig derved om oplysningerne bekræfter vurderingen i forbindelse med genoperationen på Århus Sygehus i oktober 2001 om, at det indsatte korsbånd ikke var korrekt placeret fra starten.

I henhold til bilag 41 har operationen varet 2 timer og 20 eller 25 minutter, hvilket er længere end, hvad der anses for vanligt ved en ukompliceret førstegangs korsbåndsoperation. Blodtomhedens varighed har også været længere end, hvad der anbefales. Årsagen er utvivlsomt de problemer der opstod under operationen. Som det fremgår af besvarelsen på spørgsmål 5, betragter Retslægerådet overskæringen af korsbåndstransplantatet og en utilstrækkelig fikse af knogleklodsens som hændelige uheld/kendte komplikationer. Er korsbåndstransplantatet ikke korrekt placeret fra starten – som det fremgår af flere notater fra overlæge SE Christiansen, Århus, er der som tidligere anført tale om et lægeligt fejlskøn, hvilket fremgår af besvarelsen af spørgsmål 5.

Spørgsmål 29:

Giver sagen i øvrigt anledning til bemærkninger?

De indtrufne hændelige uheld/kendte komplikationer sammenholdt med et sandsynligt lægeligt fejlskøn har med stor sandsynlighed været årsagen til, at der blev behov for en fornyet korsbåndskonstruktion og kan også være medvirkende årsag til appellantens gener, som det fremgår af tidligere besvarelser, men det giver som anført ikke Retslægerådet anledning til ændring af de tidligere besvarelser.”

Retslægerådet har i en supplerende erklæring af 11. november 2011 besvaret følgende spørgsmål således:

”Spørgsmål 30:

Retslægerådet bedes oplyse, om A's smerter i knæet skyldes, at A har udviklet artrofibrose i knæet.

Artrofibrose er en ikke helt veldefineret tilstand, som indebærer bevægeindskrænkning sekundært til traumer og kirurgiske indgreb i et led som for eksempel korsbåndskonstruktion. Tilstanden skyldes inflammation og arvævsdannelse i leddet. Formentlig vil risikoen for udvikling af artrofibrose tiltage med antallet af indgreb i leddet og med længerevarende immobilisering (manglende bevægelse) af leddet. Artrofibrose er ikke

relateret til slidgigt (artrose). Artrofibrose giver således først og fremmest anledning til bevægeindskrænkning, og Retslægerådet kan ikke fastslå, om artrofibrose er medvirkende til sagsøgers kroniske smertetilstand.

Spørgsmål 31:

Såfremt spørgsmål 30 besvares benægtende bedes Retslægerådet oplyse en anden årsag til smerterne inde i knæet.

Retslægerådet har tidligere besvaret en række spørgsmål om sagsøgers knæsmerter. Smerterne kan, som beskrevet, have flere årsager dels relateret til selve tilskadekomsten dels relateret til den efterfølgende behandling og komplikationer til behandlingen. En yderligere præcisering af årsagen til smerterne kan ikke angives.

Spørgsmål 32:

Såfremt spørgsmål 30 besvares bekræftende bedes Retslægerådet oplyse, om A ikke har udviklet artrofibrose inden operationen den 29. november 2000.

Artrofibrose kan, som anført, udløses af et traume (forvridning med overrivning af korsbåndet) og af efterfølgende operationer. Retslægerådet kan ikke afgøre, hvornår i forløbet en eventuel artrofibrose er udviklet.

Spørgsmål 33:

Såfremt spørgsmål 32 besvares benægtende bedes Retslægerådet oplyse, hvornår artrofibrose i knæet var udviklet, når A i sin forklaring for Højesteret uddyber, at smerterne inde i knæet ændrede sig efter operationen den 29. november 2000.

Se ovenfor.

Spørgsmål 34:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.”

Højesterets begrundelse og resultat

Parterne er enige om, at A har et varigt mén på 30 % og et varigt tab af erhvervsevne på 75 %. Patientskadeankenævnet har bestemt, at 8 % af de i alt 30 % mén skal henføres til erstatningsberettigende følger af det efterfølgende behandlingsforløb vedrørende den knæskade, som A pådrog sig under skiløb i februar 2000. Ankenævnet har endvidere anerkendt, at 20 % af de i alt 75 % erhvervsevnetab skal henføres til behandlingsforløbet.

Sagen angår for Højesteret spørgsmålet om, hvor stor en del af det varige mén og det varige erhvervsevnetab der skal henføres til følger af behandlingsforløbet. Der er herunder spørgsmål om, hvorvidt følgerne af kikkertundersøgelsen af A's knæ den 3. marts 2000 er en erstat-

ningsberettigende skade i medfør af den dagældende patientforsikringslovs § 2, stk. 1, nr. 4 (nu lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 20, stk. 1, nr. 4).

Efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 2 lægger Højesteret til grund, at A's grundlidelse er følger efter forvridning af knæet med overrivning af forreste korsbånd og delvis overrivning af indvendige ledbånd.

Parterne er enige om, at A's nuværende helbredstilstand er som beskrevet i Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1. Parterne er endvidere enige om, at de konstante smerter er langt det største problem for hende.

Efter Retslægerådets besvarelser, navnlig af spørgsmål 2, 3, 6, 7, 13, 23, 27 og 29, finder Højesteret, at det må lægges til grund, at A's nuværende helbredstilstand overvejende er forårsaget af grundlidelsen. Medvirkende årsag til hendes helbredstilstand er følger efter den dybe årebetændelse (hævelse af højre underben), opstået efter den første kikkertundersøgelse, og smerter og overfølsomhed for berøring på knæets og underbenets forside (neurogene smerter), opstået efter de gentagne indgreb og ikke beskrevet forud for den 29. november 2000. Hendes helbredstilstand kan dermed delvis henføres til behandlingsskaden, jf. besvarelsen af spørgsmål 2.

Følgerne af kikkertundersøgelsen den 3. marts 2000

Højesteret lægger efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 2, 9, 10, 18, 19 og 22 til grund, at der som en komplikation til kikkertundersøgelsen den 3. marts 2000 opstod en dyb årebetændelse, som har haft hævelse af højre underben til følge, og at det ikke er muligt at vurdere, om der er en relation mellem de smertetyper, som A nu lider af, og den dybe årebetændelse.

Højesteret finder herefter ikke grundlag for at fastslå, at årebetændelsen og hævelsen af underbenet har haft en sådan alvor i forhold til grundlidelsen, at disse skader kan anses som mere omfattende, end hvad A med rimelighed må tåle, jf. herved § 2, stk. 1, nr. 4, i den dagældende patientforsikringslov. Det kan under de foreliggende omstændigheder ikke føre til et andet resultat, at skaderne må anses for at være sjældne komplikationer ved kikkertundersøgelser.

Følgerne af korsbåndsoperationen den 29. november 2000

Patientskadeankenævnet har anerkendt, at de neurogene smerter i medfør af § 2, stk. 1, nr. 1, i den dagældende patientforsikringslov er en erstatningsberettigende følge af korsbåndsoperationen den 29. november 2000.

Efter Retslægerådets besvarelser, herunder af spørgsmål 13, finder Højesteret det ikke med overvejende sandsynlighed godtgjort, at korsbåndsoperationen og det efterfølgende forløb med genoperation ud over de neurogene smerter har forårsaget anden skade af betydning for vurderingen af méngrad og erhvervsevnetab.

Højesteret finder heller ikke grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets vurdering/anerkendelse, hvorefter A er blevet påført 8 % mén og 20 % erhvervsevnetab som følge af de neurogene smerter.

Konklusion

Højesteret stadfæster herefter dommen.

Thi kendes for ret:

Landsrettens dom stadfæstes med den præciserende tilføjelse, at Patientskadeankenævnet findes for A's påstand om, at hendes varige mén som følge af patientskade er over 8 %.

I sagsomkostninger for Højesteret skal A inden 14 dage efter denne højesteretsdoms afsigelse betale 75.000 kr. til Patientskadeankenævnet. Beløbet forrentes efter rentelovens § 8 a.