



# RETEN I RANDERS DOM

afsagt den 9. april 2019

---

**Sag BS-14492/2018-RAN**

A

(advokat Charlotte Rosenberg Gransøe)

mod

Ankenævnet for Patienterstatningen  
(advokat Mette Ramm-Larsen)

Denne afgørelse er truffet af dommer Henrik Præstgaard.

## **Sagens baggrund og parternes påstande**

Denne sag, der er anlagt den 25. april 2018, vedrører, om A  
har krav på at få behandlingen af sin sag om patienterstatning genoptaget hos Ankenævnet for Patienterstatningen.

Sagsøgeren, A, har fremsat påstand om, at Ankenævnet for Patienterstatningen tilpligtes at anerkende, at der er grundlag for at genoptage sag nr. 14/11394 til fornyet behandling og afgørelse, jf. § 16 i bekendtgørelse nr. 1474 af 15. december 2014 om forretningsorden for Ankenævnet for Patienterstatningen.

Sagsøgte, Ankenævnet for Patienterstatningen, har fremsat påstand om frifindelse, subsidært hjemvisning.

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

## Oplysningerne i sagen

A anmeldte den 15. november 2012 til Patienterstatningen, at hun blev påført en skade i forbindelse med behandlingen på hospital A i perioden fra 25. juni 2012 og frem. Patienterstatningen traf den 3. oktober 2012 afgørelse om, at A ikke var berettiget til erstatning efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. Følgende fremgår blandt andet af begrundelsen for afgørelsen:

" ...

Patienterstatningen har vurderet, at du ikke med overvejende sandsynlighed er blevet påført en skade som følge af behandlingen på hospital A, herunder operationen 25. juni 2012.

Derudover har vi vurderet, at behandlingen herunder operationen 25. juni 2012 blev udført i overensstemmelse med, hvad der efter lægevidenskab og erfaring har været den bedst mulige i den givne situation.

Vi har ved afgørelsen lagt vægt på, at det var korrekt at lave en Keller operation ud fra resultatet af undersøgelser af din fod og dine symptomer. Vi har også lagt vægt på, at røntgenundersøgelse viser, at der ikke er blevet fjernet for meget af leddet, og der er lavet korrekt fiksatation med K-tråde gennem leddet for at holde stillingen af tåen.

Dine efterfølgende gener og smerter, er blevet undersøgt efter de lægefaglige retningslinier, og man har forsøgt at forbedre din tilstand med yderligere operationer.

Den omstændighed at der efterfølgende opstår et træthedsbrud er ikke som følge af behandlingen, men på grund af følger efter behandling af stivhed i storetåens grundled og er dermed en følge af din tilstand med hallux rigidus.

På baggrund af ovenstående har vi vurderet, at dine gener ikke med overvejende sandsynlighed skyldes behandlingen på hospital A

Der er mere sandsynligt tale om uindfrie forventninger samt manglende effekt af en ellers optimal behandling, som ikke kan karakteriseres som en skade i lovens forstand.

Da det er en betingelse for at få erstatning efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (KEL), at der er indtrådt

en skade som følge af behandlingen, er du ikke berettiget til at få erstatning efter loven.

..."

A klagede over afgørelsen til Ankenævnet for Patienterstatning (herefter Ankenævnet). Ankenævnet tiltrådte den 23. januar 2015 Patienterstatningens afgørelse med følgende begrundelse:

"Ankenævnet for Patienterstatningen har vurderet, at De ikke med overvejende sandsynlighed er påført en erstatningsberettigende skade i forbindelse med behandlingen på hospital A fra den 25. juni 2012 og frem, jf. klage- og erstatningslovens § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1.

Ankenævnet har således vurderet, at Deres gener i form af gangbesvær og smerter i højre fod med overvejende sandsynlighed skyldes Deres grundlidelse i form af slidgigt i grundledet i højre storetå. Ankenævnet har lagt vægt på, at De inden operationen den 25. juni 2012 havde smerter og gangbesvær. Det fremgår således af et journalnotat fra hospital A den 19. juni 2012, at De i længere tid havde været generet af smerter i højre storetå med knystdannelse og nedsat bevægelighed, og at De var gangbesværet.

Ankenævnet har endvidere lagt vægt på, at der ikke er beskrevet komplikationer i forbindelse med operationen den 25. juni 2012, og at efterfølgende røntgenundersøgelser viste pæn stilling af tåen.

Det er på denne baggrund Ankenævnets vurdering, at den opståede skade i form af en infektion er en hændelig komplikation, der kan indtræde selv ved behandling, der er udført i overensstemmelse med, hvorledes en erfaren specialist ville have handlet.

Ankenævnet finder, at skaden i form af infektionen ikke er tilstrækkelig alvorlig eller sjælden til at udløse erstatning efter bestemmelsen i klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4.

Der er ved afgørelsen lagt vægt på, at De havde fået konstateret en generende tilstand i form af en stiv storetå med knystdannelse og slidgigt i grundledet. Operationen den 25. juni 2012 var således nødvendig, såfremt Deres tilstand ikke skulle forværres med tiltagende smerter og gangbesvær.

Ud fra en samlet vurdering af de foreliggende omstændigheder finder ankenævnet, at skaden ikke er tilstrækkelig alvorlig set i forhold til Deres grundlidelse, og Deres gener i form af en mindre infektion findes ikke at være mere omfattende, end hvad De med rimelighed må tåle under de givne omstændigheder.

Med disse bemærkninger kan Ankenævnet for Patienterstatningen tiltræde resultatet i Patienterstatningens afgørelse af den 3. oktober 2014.”

Ankenævnets afgørelse blev ikke indbragt for domstolene.

Den 26. maj 2015 fremgår det i <sup>A</sup> journal fra neurologisk ambulatorium, Hospital B, under ”plan” blandt andet, at selvom <sup>A</sup> ikke opfylder kriterierne for kompleks regionalt smertesyndrom, så blev hun henvist til smerteklinikken med henblik på afklaring af dette.

Den 28. maj 2015 afslog Ankenævnet at genoptage <sup>A</sup> sag. Det fremgår af sagsfremstillingen ved denne afgørelse blandt andet:

”... De har anført, at det ikke er infektionen efter operationen, der er det afgørende i denne sag, men følgerne efter operationen, som har invalideret Dem i Deres hverdag. De har endvidere anført, at De ikke var tydeligt gangbesværet inden Keller-operationen på Hospital a, De havde blot smerter svarende til storetåen og problemer med fodtøj. De har tillige anført, at De stadig går med ROM-Walker, fordi det er det eneste, som Deres fod kan være i. Deres fod er skæv, og de små tæer hænger. Storetåen stritter op i luften.

Bruddet i anden mellemfodsknogle vil ikke hele, fordi de små tæer er for lange i forhold til en betydelig forkortet storetå. Bruddet skal behandles kirurgisk.

De har endvidere anført, at anbefalingerne siger, at man skal stivgøre, hvis 50 % af ledbrusken er væk. Det eneste, som man kan tilbyde Dem kirurgisk, er at forkorte de små tæer, så de kan leve sammen med storetåen og måske på den måde få foden ned på plads igen. De har anført, at Deres fod har ødelagt Deres ellers så velfungerende liv. De har levet i et smertehelvede i næsten tre år, De kan ikke arbejde, køre bil eller sove om natten.

Ved e-mail af den 12. marts 2015 har De anført, at det undrer Dem, at to læger uafhængigt af hinanden vælger at fokusere på de samme ligegyldige punkter i Deres sag. De mener ikke, at Deres kommentarer til sa-

gen er blevet læst. De mener, at træthedsbruddet i anden tå er opstået som følge af fejlbelastning efter operationen. De spørger, om dette er en normal følge af en Keller-operation. De har endvidere anført, at De er klar over, at samtlige læger har handlet i overensstemmelse med en erfaren specialists standard, men De mener, at følgerne og generne er så alvorlige, at rimelighedsreglen må komme i betragtning. De har ligeledes anført, at der er nyt i journalen.

Ved e-mail af den 18. marts 2015 har De fremsendt et journalnotat fra den 26. februar 2015 fra Hospital B . Det fremgår af konklusionen, at der var en spændingstilstand efter en stivgørende operation (dystonitilstand postoperativt efter MTP1 artrodeese). Man anbefalede videre udredning.  
..."

Afgørelsen blev ikke indbragt for domstolene.

Den 4. november 2015 er det i A  
gisk ambulatorium F, Hospital B journal fra neurolo-  
under "konklusion" anført  
følgende:

"33-årig kvinde der i efterforløbet hallus valgus operation udvikler CRPS. Tilstanden har været kronisk med en kold CRPS fod. Der er kommet en akut forværring i august med et smæld i lysken, hvor hun nu har en varm, rød fod. Jeg har ingen forventning om at jeg kan gøre hende rask, men grundet den akutte forværring med en varm, rød fod, er der et element af opblussen i CRPS.

Derfor mener jeg, at en kur med binyrebarkhormon-behandling måske vil kunne få hende tilbage til niveauet for 6 mdr. siden, hvor hun var i stand til at passe børnene i eget hjem."

Den 20. december 2017 afslog Ankenævnet igen at genoptage A  
sag. Afgørelsen blev ikke indbragt for domstolene, men A  
advokat skrev den 22. december 2017 til Ankenævnet og anførte, at afgørelsen var truffet som en formandsafgørelse, men at der i begrundelse var henvist til lægelig årsagssammenhæng.

Af speciallægeerklæring af 4. februar 2018 fra speciallæge i ortopædisk kirurgi,  
B fremgår blandt andet:

" ...

Her vil jeg fremhæve MR-scanning af højre fod fra den 10. 12. 2014. Her er tegn på velkendt stress fraktur i 2 metatars samt eftervirkning af ope-

rationen mod storetåen, men intet generaliseret ødem i knogler eller bløddele, som man ser ved CRPS. I februar 2015 findes en smerteproblematik med hovedpine og føleforstyrrelse, der udvikler sig til smerter i venstre arm. Jeg kan ikke finde en organisk årsag hertil, idet der er udført MR-scanninger af blandt andet hovedet.

Der er et vigtigt notat af 27. 02. 2015 fra fod-ankel sektionen på side 191, hvor forløbet vedrørende højre tå er opsummeret. Her var den sidste operation med fjernelse af materiale efter stivgørelse af grundledet i august 2014. Der var efterfølgende smerter i forfoden med bøjning af tæerne samt eftervirkning af stressbrud i 2 metatars. Der var ingen hvilesmerter, men belastningsudløste smerter. Klinisk findes muskelsvind på underbenet efter patientens aflastning i bandage. Der er ingen hævelser eller misfarvninger, normal farve og temperatur. Normal føleevne og bevægelighed over anklen, men ømhed ved undersøgelse af forfoden og forreste trædepuder. Her er gener fra forfodsproblematikken, med ingen tegn på CRPS i sygehistorien eller den objektive undersøgelse.

Den 26. 05. 2015 vurderes patienten neurologisk afdeling (side 187). Her ingen smerter i hvile, men ved belastning. Der kan være brændende smerter under belastning og til tider røde tæer uden andre farvemanifestationer eller farveskift. Desuden lændesmerter. Der har siden 2008 være problemer fra venstre skulder, nakkesmerter med udstråling til hovedet. Kort klinisk beskrivelse af øget føleevne ved 2. tå. Her opfyldes kriterierne ikke for CRPS.

I august og frem 2015 mange notater vedrørende en smerteproblematik fra lænderyggen, hvor man finder protrusion af en discus uden klinik til nervepåvirkning.

Næste vigtige notat er fra den 10. 11. 2015 fra neurologisk afdeling på side 148. Her er sygehistorien ændret til autonome forstyrrelser siden operationen i 2013. Dette er ikke i overensstemmelse med de tidligere notater. Her er der ikke egentlig objektiv undersøgelse, men det konkluderes, at der er opblussen i CRPS. Det betyder der her diagnosticeres CRPS, som ved notat af 26. 05. 2015 ikke var til stede, da de diagnostiske kriterier ikke var opfyldt. Der ud fra sygehistorien den 10. 11. 2015 tegn på CRPS, hvor de 4 krav ved den objektive undersøgelse ikke kan eftergås, da der ikke er en regelret undersøgelse af højre ben, men der er umiddelbart ingen grund til at betvivle, at diagnosen er til stede, da det er en estimeres afdeling vedrørende behandling af CRPS.

Ud fra forløbet findes således først sygehistorie og antagelig objektive tegn, der konfirmerer diagnosen CRPS den 10. 11. 2015, hvilket er opstået efter en svær smerteproblematik fra lænderyggen.

Ud fra denne gennemgang, hvor jeg har highlightet nogle af de vigtige konkrete oplysninger ud fra en minotøs gennemgang af de 310 sider, vil jeg vende tilbage til de konkrete spørgsmål.

1. Er det overvejende sandsynligt, at patienten har CRPS i højre fod?

Svaret er ja.

Begrundelse: Ud fra ovenstående gennemgang, stilles diagnosen på den 10. 11. 2015.

2. Er CRPS med overvejende sandsynlighed en følge af operationen den 25. juli 2012?

Svaret er nej.

Begrundelse: Her bør vi medtage samtlige indgreb, hvor det sidste er udført i august 2014, hvor indsat materiale blev fjernet. Som ovenfor anført findes smerter efter det første indgreb den 25. juli 2012, der fører til stivgørelse i 2013. Sidste indgreb udført august 2014. Der er smerter efterfølgende fra foden, som har baggrund i grundsygdommen. Herefter smerter fra flere steder på legemet. Efter svære lænderygssmerter fra ryggen i august 2015 diagnosticeres CRPS den 10. 11. 2015. Det er ca. 15 måneder efter behandlingen af højre storetå er ophørt. Ud fra dette er det ikke overvejende sandsynligt, at CRPS er en følge af behandlingen af højre storetå."

Ankenævnet traf herefter afgørelse den 22. februar 2018 under medvirken af blandt andet lægefaglig medlemmer og efter indhentelse af den lægelig udtalelse, som angivet ovenfor. Ankenævnet afslog at genoptage sagen og anførte blandt andet følgende:

### **"Sagsfremstilling**

Ankenævnet henviser til den sagsfremstilling, der fremgår af Patienterstatningens afgørelse af den 3. oktober 2014, Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse af den 23. januar 2015 og ankenævnets afgørelse af den 20. december 2017.

*Journalnotat fra*

hospital B

*den 26. maj 2015:*

Ankenævnet tilføjer supplerende, at det fremgår af et journalnotat fra hospital B den 26. maj 2015, at A

var henvist fra ortopædkirurg med hensyn til vurdering af en tilstand med ufrivillige spændinger (dyston tilstand) efter operation for stivhed i storetåen (hallux rigidus) i 2012.

Af journalnotatet fra hospital B den 26. maj 2015 fremgår endvidere følgende: På grund af længerevarende smerter svarende til højre tå, beskrivelse af knyst samt knogleudvækster (exostoser i metatars) i grundledet var A i 2012 opereret for stivhed i storetåen (hallux rigidus). Umiddelbart komplikation med infektion og Dicillin-behandling.

I 2013 blev mellemfodsknoglen til storetåen stivgjort på grund af vedvarende gener (blev der foretaget en artrodese af M1P1-led).

I 2014 på grund af vedvarende smerter og mistanke om ældre træthedsbrud svarende til mellemfodsknoglen til anden tå (metatars) samt på grund af vedvarende gener og smerter fjernelse af operationsmateriale (osteosyntesemateriale). A blev immobiliseret med ROM-walker. Efterfølgende kontroller vedvarende gener, og A kunne alene belaste hæl og yderside af fod med deraf fejlstilling til følge. Over tid udviklet indskrænket bevægelighed i ankelled samt bøjning (fleksion) af anden til femte tå.

A angav sparsom gangfunktion uden Rom-walker, og med denne ligeledes begrænsning til et par hundrede meter, hvorefter hun måtte holde pause på grund af intense smerter.

A kunne have krampe i tæer og fod om natten, men havde i det væsentligste ikke smerter i hvile. Ved belastning beskrev A smerterne som af jagende og brændende intens karakter. Hun beskrev, at tæerne til tider kunne være røde og varme, men ingen egentlige farveskift i øvrigt. Smerteproblematik og fejlstilling var forsøgt afhjulpet med fysioterapi samt bandagist, men uden effekt. A tog Pamol og Ibuprofen i ny og næ, men angav sparsom effekt af smertestillende medicin (analgetika) mod belastningssmerter.

A havde lænderygsmerter, og hun havde siden 2008 haft ortopædkirurgisk kontakt på grund af problemer med venstre skulder. Der var foretaget dekompression og senest oprensning pr. 2013, og A var nu afsluttet. Hun havde nu klager over nakkesmerter med udstråling til hovedet og deraf tendens til

spændingshovedpine samt udstrålende smerter svarende til de yderste (ulnare) fingre på venstre side. <sup>A</sup> var endvidere diagnosticeret med inflammation i hælen (fasciitis) svarende til venstre fod.

Plan: <sup>A</sup> havde ikke væsentlig væskeansamling (ødem) eller ændring i blodcirkulationen svarende til højre fod, men tilstanden var udløst af traume operation og immobilisering, og hun havde voldsomme smerter, som ikke syntes direkte relateret til indgrebet. Havde forstærket smertefølelse på huden (hyperalgesi) svarende til specielt forfod ud fra anden tå samt intense smerter ved forsøg på neutralstilling af fod og tær. Selv om <sup>A</sup> således ikke opfyldte kriterier for komplekst regionalt smertesyndrom, ordineret (rp.) henvisning til smerteklinikken med henblik på afklaring af dette.

*Journalnotat fra* <sup>hospital B</sup> *den 4. november 2015:*  
 Det fremgår af et journalnotat fra <sup>hospital B</sup> den 10. november 2015, at <sup>A</sup> var henvist på mistanke om CRPS. Der blev henvist til sygehistorien (anamnesen) fra den 26. maj 2015. Det kunne tilføjes, at <sup>A</sup> i stort set hele forløbet siden operationen i 2013 havde haft autonome forstyrrelser. Konklusion: 33-årig kvinde, der i efterforløbet skæv storetå (hallux valgus) udviklede CRPS. Tilstanden havde været kronisk med en kold CRPS fod. Der var kommet en akut forværring i august med et smæld i lysken, hvor hun nu havde en varm rød fod.  
 ...

Ankenævnet for Patienterstatningen bemærker indledningsvist, at sagen er tilstrækkelig oplyst til, at der kan træffes afgørelse på det foreliggende grundlag. Der er derfor ikke grund til at indhente journalnotater fra <sup>Lægerne i by R</sup>, som er <sup>A's</sup> nye praktiserende læge.

Ankenævnet kan beslutte at tage en afgjort sag op til fornyet behandling og afgørelse, hvis der kommer nye oplysninger, der har væsentlig betydning for afgørelsen af sagen. Det følger af § 16 i bekendtgørelse om forretningsorden for Ankenævnet for Patienterstatningen.

Ankenævnet vurderer, at der ikke er grundlag for at genoptage behandlingen af sagen.

Oplysningerne om CRPS i journalnotatet fra <sup>hospital B</sup> den 4. november 2015 er ikke nye oplysninger, der har væsentlig betydning for sagen.

Ankenævnet lægger vægt på, at der ifølge journalnotatet fra  
<sup>A</sup> den 4. november 2015 blev diagnosticeret CRPS  
 denne dato, mere end tre år efter, at <sup>A</sup> den 25.  
 juni 2012 blev opereret i højre storetå på <sup>hospital A</sup> .

Ankenævnet vurderer, at der dermed ikke er den nødvendige tidsmæssige sammenhæng mellem operationen den 25. juni 2012 og udviklingen af CRPS.

Ankenævnet genoptager derfor ikke behandlingen af sagen.”

Det er denne afgørelse, som er indbragt for retten. Det bemærkes, at retten under sagens forberedelse den 29. november 2018 har afsagt kendelse om, at retten ikke vil tage afgørelsen, som Ankenævnet traf den 20. december 2017, under prøvelse i denne sag.

### Forklaringer

<sup>A</sup> har forklaret, at hun blev opereret i juni 2012, fordi hun havde en knyste på tåen, der bevirkede, at hun fik sår ovenpå foden, når hun gik i sko. Hun haltede lidt og havde smerter, når hun gik med fodtøj, men det var ikke slemt. Hun valgte at få operationen i juni 2012, da hun ventede på at blive opereret i skulderen, og så kunne hun nøjes med en sygemelding. Inden operationen fik hun oplyst, at hun skulle gå med en støvle i otte uger, og at hun derefter kunne fungere uden problemer. Hun fik også oplyst, at hendes storetå måske ville blive få millimeter kortere, men da hun vågende op og så tåen, var den næsten kun halv så lang som før operationen. Hun forsøgte samme dag at tale med lægen, men lægen havde travlt med at komme hjem og sagde blot, at det havde været nødvendigt at fjerne noget mere, da der ikke var nok brusk.

Hun blev opereret igen, da hun blev ved med at have smerter. Ved den anden operation blev der indsat skinner og skruer, med det medførte smerter under foden, da skruerne var for lange. Smerterne efter den første operation var der også fortsat. I august 2014 blev hun opereret for tredje gang. De fjernede ved denne operation de skruerne og skinnerne, der gav gener, hvilket medførte, at smerten under foden forsvandt, men ikke smerterne op ad benet.

Hun er to gange blevet opereret i skulderen, men det har ingen betydning i forhold til smerterne i foden. Den anden skulderoperation var for at fjerne arvæv efter den første skulderoperation.

Misfarvning af foden og følsomheden i foden kom ca. tre måneder efter den første operation. Lægerne talte på et tidspunkt om dystrofi, mens lægerne først i 2015 fik mistænkte om CRPS. Hun bruger ikke længere kørestol, men hun har

altid en ROM-Walker på, når hun er uden for huset. Inden operationen var hun i arbejde som dagplejer, men hun har ikke arbejdet siden operationen. Den 1. december 2016 blev hun tilkendt førtidspension, da kommunen vurderede, at hun var for dårlig til at komme i arbejdsprøvning. Hun sover kun få timer og har brug for hvile i løbet af dagen. Det er ikke korrekt, at hun har fået CRPS i venstre fod, men hun har spejlingssymptomer, hvilket ikke er unormalt. Det betyder, at hendes venstre fod er misfarvet og hæver op, og hun har også smerter, men ikke så stærke smerter som i højre fod.

### Parternes synspunkter

A

har i sit påstandsdokument anført følgende:

" ...

Det gøres til støtte for den nedlagte påstand gældende, at der er et tilstrækkeligt sikkert grundlag for at tilsidesætte Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse af 22. februar 2018.

I den forbindelse gøres det gældende, at udviklingen af CRPS i 2015 er en følge af behandlingen på <sup>hospital A</sup> fra den 25. juni 2012 og frem, og at der derfor efter Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse af sagen den 23. januar 2015 er tilkommet nye oplysninger, der har væsentlig betydning for afgørelsen af sagen.

Der henvises specielt til bilag 12 side 25-27, konsultation på neurologisk ambulatorium, <sup>hospital B</sup> den 4. november 2015, hvoraf det fremgår, at sagsøger er henvist på mistanke om CRPS. Det fremgår under konklusionen side 27, at

*"33-årig kvinde, der i efterforløbet hallus valgus operation udvikler CRPS. Tilstanden har været kronisk med en kold CRPS fod. Der er kommet en akut forværring i august med et smæld i lysken, hvor hun nu har en varm, rød fod. Jeg har ingen forventning om, at jeg kan gøre hende rask, men grundet den akutte forværring med en varm, rød fod, er der et element af opblussen i CRPS."*

Da det således efter Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse klart er dokumenteret, at sagsøger har pådraget sig CRPS som følge af behandlingen på <sup>hospital A</sup> fra den 25. juni 2012 og frem, bør sagen genoptages til fornyet vurdering."

**Ankenævnet for Patienterstatningen** har i sit påstandsdokument anført følgende:

"...

### 3.1 Frifindelsespåstanden

Til støtte for påstanden om frifindelse gøres det gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse af 22. februar 2018 (bilag 2) om afslag på genoptagelse.

Ankenævnet er et kollegialt organ med en særlig sagkundskab og erfaring i at bedømme sager efter KEL, da ankenævnet blandt andet har medlemmer med lægevidenskabelig baggrund, og da ankenævnet behandler et stort antal sager. Dette må tages i betragtning ved bevisbedømmelsen, og der skal derfor foreligge et sikkert grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse.

A, der i det hele har bevisbyrden, er ikke under sagen fremkommet med noget, som kan føre til en tilsidesættelse af den indbragte afgørelse.

Det følger af ankenævnets forretningsorden § 16, at der kan ske genoptagelse af en afgjort sag, hvis der er fremkommet nye og for sagens afgørelse væsentlige oplysninger. Ankenævnet anser reglen i forretningsordens § 16 som helt identisk med de almindelige, uskrevne forvaltningsretlige regler om genoptagelse, som A har henvist til i processkrift II. Forretningsordens i § 16 må i øvrigt anses som det eneste retsgrundlag for kravet på genoptagelse. De uskrevne regler herom må således vige for de skrevne. Det er denne regel ankenævnet har henvist til i den indbragte afgørelse.

Ankenævnet har i den indbragte afgørelse (bilag 2) ikke foretaget en materiel prøvelse men derimod en vurdering af grundlaget for genoptagelsesanmodningen i overensstemmelse med forretningsordenen (svarende til de almindelige forvaltningsretlige regler).

Ankenævnet har herefter med rette vurderet, om der er fremkommet nye faktiske oplysninger til sagen, og om de påberåbte oplysninger med overvejende sandsynlighed kan tænkes at få betydning for sagen (væsentlighed).

De påberåbte oplysninger om tilstedeværelsen af CRPS er ikke nye, idet der allerede ved ankenævnets afgørelse af 28. maj 2015 (bilag A) om afslag på genoptagelse indgik oplysninger om, at

havde udviklet en smertetilstand, ligesom der ved ankenævnets afgørelse af 20. december 2017 (bilag 25) om afslag på genoptagelse indgik oplysninger om, at A havde fået konstateret

CRPS den 4. november 2015. Ankenævnet fandt allerede dengang, at de nu klare oplysninger om tilstedeværelsen af blandt andet CRPS ikke var nye og væsentlige oplysninger i forhold til de oplysninger, som ankenævnet havde, da der oprindeligt blev truffet afgørelse.

Det må således lægges til grund, at de af <sup>A</sup> anførte synspunkter er indgået i tidligere genoptagelsesafgørelser, som ikke er blevet indbragt for domstolene. Allerede derfor skal ankenævnet frifindes.

Hvis retten måtte finde, at der under nærværende sag er fremkommet nye faktiske oplysninger, gøres det gældende, at oplysningerne ikke er væsentlige for sagens afgørelse.

Som nærmere begrundet i den indbragte afgørelse (bilag 2) har ankenævnet med rette lagt vægt på, at udviklingen af CRPS blev konstateret mere end 3 år efter operationen den 25. juni 2012. Der er derfor ikke den nødvendige tidsmæssige sammenhæng mellem operationen og udviklingen af CRPS.

På den baggrund har ankenævnet med rette vurderet, at oplysningerne ikke med overvejende sandsynlighed kunne få betydning for sagen.

Der henvises i øvrigt til journalnotat af 26. maj 2015 fra <sup>hospital B</sup> som fremhævet i sagsfremstillingen i ankenævnets afgørelse af 22. februar 2018 (bilag 2, side 2-3), hvor <sup>A's</sup> sygeforløb er opsummeret, samt journalnotat af 4. november 2015 (bilag 12, side 26 og bilag 16, side 145-146) fra <sup>hospital B</sup>. Videre henvises til den fremlagte lægekonsulentudtalelse af 4. februar 2018 udfærdiget af <sup>B</sup> (bilag 22).

Der henvises også til ankenævnets afgørelse af 20. december 2017 (bilag 25, side 2) hvori der refereres til et journalnotat af 26. februar 2015 fra <sup>hospital B</sup>, som beskriver <sup>A</sup> med elementer, der kunne minde om refleksdystrofi (altså CRPS).

Det bør ligeledes tages i betragtning, at <sup>A</sup> hverken indbragte afgørelsen af 23. januar 2015 (bilag 11), afgørelsen af 28. maj 2015 (bilag A) eller afgørelsen af 20. december 2017 (bilag 25) for domstolene.

Da søgsmålsfristen i forhold til prøvelse af disse afgørelser for længst er udløbet, er det ikke muligt at omgå denne ved blot endnu en gang at begære genoptagelse på det samme grundlag som tidligere. Det må lægges til grund, at den foreliggende sag er baseret på et faktum, der i

realiteten er identisk med grundlaget for de tidligere, uanfægtede afgørelser.

A har i processkrift II henvist til et princip om to-instansbehandling. En sådan to-instansbehandling har A fået ved Patienterstatningens og ankenævnets realitetsafgørelser. Ankenævnets afgørelse blev som nævnt ikke indbragt for domstolene.

Spørgsmålet om genoptagelse af ankenævnets afgørelser kan i sagens natur ikke være undergivet en administrativ to-instansbehandling, eftersom ankenævnet er sidste instans. Prøvelsen af ankenævnets genoptagelsesafgørelser kan således kun ske ved indbringelse for domstolene - indenfor den i KEL bestemte søgsmålsfrist.

Det er ikke usædvanligt, at afgørelser kun kan træffes af én administrativ instans, og at den eneste prøvelsesmulighed derfor ligger hos domstolene. Der eksisterer således ikke et generelt gældende princip om ret til administrativ behandling i to instanser.

Det er derfor med rette, at ankenævnet har afvist at genoptage sagen.

Det er A's bevisbyrde, at betingelserne for genoptagelse er opfyldt, og den har hun ikke løftet.

### 3.2 Hjemvisningspåstanden

Såfremt A år medhold i sin påstand om, at sagen skal genoptages, skal sagen hjemvises til fornyet behandling hos ankenævnet."

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

### Rettens begrundelse og resultat

Patienterstatningen traf den 3. oktober 2014 afgørelse om, at A ikke var blevet påført en patientskade i forbindelse med behandlingen i perioden fra den 25. juni 2012 og frem. Afgørelsen blev stadfæstet af Ankenævnet for Patienterstatningen den 23. januar 2015. Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse blev ikke indbragt for domstolene.

Den 28. maj 2015 og den 20. december 2017 afslog Ankenævnet for Patienterstatningen at genoptage behandlingen af sagen. Afgørelserne blev ikke indbragt for domstolene.

Den 22. februar 2018 afslog Ankenævnet for Patienterstatningen igen at genoptage sagen til fornyet behandling.

Efter forretningsorden for Ankenævnet for Patienterstatningens § 16 kan ankenævnet beslutte at tage en sag om til fornyet behandlingen, hvis der fremkommer nye og for afgørelsen væsentlige oplysninger. Det er <sup>A</sup>, der har bevisbyrden for dette.

Retten finder efter en samlet vurdering af de foreliggende oplysninger, at der ikke er grundlag for at genoptage behandlingen af sagen. Der er herved lagt vægt på, at <sup>A</sup> ikke har ført bevis for, at der er sådanne nye og for afgørelsen væsentlige oplysninger, som vil medføre en ændring af sag den afgørelse, som Ankenævnet traf den 23. januar 2015.

Retten har i den forbindelse lagt vægt på, at Ankenævnet i sin afgørelse fra 23. januar 2015 var bekendt med, <sup>at A</sup> havde stærke smerte og gangbesvær. Ankenævnet fandt, at generne i form af gangbesvær og smerter i højre fod med overvejende sandsynlighed skyldes grundlidelsen i form af slidgigt i grundledet i højre storetå. Der er endvidere lagt vægt på, at Ankenævnet den 28. maj 2015 afslog at genoptage behandlingen af sagen. Ankenævnet var ved denne afgørelse blandt andet bekendt med, at <sup>A</sup> ellers velfungerende liv var blevet ødelagt på grund af smerter i foden.

Den omstændighed, at der den 4. november 2015 blev stillet en diagnose om, at <sup>A</sup> havde CRPS, findes derfor ikke at være en sådan ny og for afgørelsen væsentlig oplysning, som kan begrunde, at sagen skal genoptages til fornyet behandling.

Retten tager derfor Ankenævnet for Patienterstatningens påstand om frifindelse til følge.

<sup>A</sup> har opgjort sagens værdi til 1.319.850 kr. Sagsomkostningerne er efter sagens værdi, forløb og udfald fastsat til dækning af advokatudgift med 70.000 kr. Det er oplyst, at Ankenævnet for Patienterstatningen ikke er momsregistreret.

### THI KENDES FOR RET:

Ankenævnet for Patienterstatningen frifindes.

<sup>A</sup> skal inden 14 dage til Ankenævnet for Patienterstatningen betale sagsomkostninger med 70.000 kr.

Sagsomkostningerne forrentes efter rentelovens § 8 a.



## Vejledning

---

Retten har afsagt dom i sagen.

Hvis du er utilfreds med afgørelsen, kan du som udgangspunkt anke dommen til landsretten. Hvis du kun er utilfreds med dommens afgørelse om sagsomkostninger, kan du kære denne del af afgørelsen til landsretten.

### **Ikke alle afgørelser kan ankes eller kæres**

Dommen kan kun ankes, hvis forskellen mellem byrettens dom og det resultat, du ønsker at opnå i landsretten, er over 20.000 kr. Hvis forskellen er mindre, skal du have tilladelse fra Procesbevillingsnævnet for at anke.

Landsretten kan afvise at behandle en ankesag, hvis landsretten vurderer, at der ikke er udsigt til, at sagen vil få et andet udfald i landsretten.

Du kan kun kære afgørelser om sagsomkostninger, hvis omkostningsbeløbet er fastsat til mere end 20.000 kr., eller hvis retten har bestemt, at ingen af parterne skal betale sagsomkostninger, og du kræver, at modparten skal betale mere end 20.000 kr. I andre situationer kan omkostningsafgørelsen kun kæres, hvis du får tilladelse fra Procesbevillingsnævnet.

### **Frister for at anke og kære**

Fristen for at anke er 4 uger fra dommens afsigelse. Hvis du ikke kan anke uden en tilladelse fra Procesbevillingsnævnet, skal du indlevere en ansøgning til Procesbevillingsnævnet inden 4 uger.

Fristen for at kære omkostningsafgørelsen er 2 uger fra dommens afsigelse. Hvis du ikke kan kære afgørelsen uden tilladelse fra Procesbevillingsnævnet, skal du indlevere en ansøgning til Procesbevillingsnævnet inden 2 uger.

### **Sådan gør du, hvis du vil anke eller kære**

Du kan anke dommen på [minretssag.dk](https://minretssag.dk) ved at trykke på knappen "Opret appel" og derefter vælge "Anke" og følge vejledningen der. Hvis du vil kære omkostningsafgørelsen, skal du vælge "Kære" og følge vejledningen der.

Hvis du ønsker at søge tilladelse til anke eller kære hos Procesbevillingsnævnet, skal du indlevere din ansøgning til Procesbevillingsnævnet. Du kan ikke indle-

vere ansøgningen på [minretssag.dk](https://minretssag.dk). Du kan få mere vejledning om, hvordan du søger tilladelse hos Procesbevillingsnævnet på [domstol.dk](https://domstol.dk).

Du kan få mere vejledning blandt andet om retsafgift på [domstol.dk](https://domstol.dk).

Publiceret til portalen d. 09-04-2019 kl. 12:45

Modtagere: Sagsøger <sup>A</sup>, Advokat (H) Charlotte  
Rosenberg Gransøe, Sagsøgte Ankenævnet for Patienterstatningen,  
Advokat (L) Maria Schmiegelow