

HØJESTERETS DOM

afsagt onsdag den 1. juni 2011

Sag 299/2008

(1. afdeling)

A

(selv)

mod

Patientskadeankenævnet

(kammeradvokaten ved advokat Mikkel Holm Nielsen)

I tidligere instans er afsagt dom af Østre Landsrets 7. afdeling den 26. juni 2008.

I pådømmelsen har deltaget fem dommere: Børge Dahl, Lene Pagter Kristensen, Jytte Scharling, Vibeke Rønne og Lars Hjortnæs.

Påstande

Appellanten, A, har nedlagt påstand om, at indstævnte, Patientskadeankenævnet, skal anerkende, at han med overvejende sandsynlighed som følge af manglende behandling på Ringe Sygehus i perioden 1995-2002 er blevet påført en skade, der berettiger til erstatning i medfør af den dagældende patientforsikringslov.

Patientskadeankenævnet har påstået frifindelse.

Anbringender

A har for Højesteret navnlig anført, at han ikke som antaget af landsretten har en grundlidelse. Ringe Sygehus har ikke udvist tilstrækkelig agtpågivenhed med hensyn til hans oplysninger om fysiske følger i ryggen af et styrt på cykel, som han var udsat for i 1995, og som medførte skade på hans ryg. Manglende diagnosticering og behandling i perioden 1995-2002 er med overvejende sandsynlighed årsag til hans ryggene, og der er derfor tale om en erstatningsberettigende patientskade.

Patientskadeankenævnet har heroverfor anført, at det er godtgjort ved undersøgelser i 1987 og 1995, at A har en grundlidelse i form af degenerative forandringer i ryggen. Der er ikke påvist virkninger i hans ryg af styrtet på cykel i 1995, og det er ikke godtgjort, at han med overvejende sandsynlighed er blevet påført en fysisk skade på grund af manglende diagnosticering og behandling på Ringe Sygehus i perioden 1995-2002.

Supplerende sagsfremstilling

For Højesteret er der fremlagt yderligere bilag, og A har forevist billeder fra MR-scanninger af hans ryg.

Til belysning af sin nuværende helbredstilstand har A fremlagt en erklæring af 6. maj 2011 fra Jørgen Vallø, Thava Aabenraa, Sygehus Sønderjylland, vedrørende resultatet af en MR-scanning. I erklæringen hedder det bl.a.:

”06.05.11

MR-skanning af columna thoracolumbalis:

Undersøgelsen viser, at der foreligger dehydrering af 3. og 4. lumbale discus, hvor 4. også er en smule højdereduceret og der er en moderat degeneration af 5. lumbale discus. Der ses type 2 forandringer i hvirvelcorpora omkring 4. og i særdeleshed 5. lumbale discus. Udgående fra den 4. lumbale discus liggende op bag hvirvelcorpus L4, foreligger der er meget stort, centralt discus sekvester, som er omgivet af reaktivt granulationsvæv og sekvesteret har en sådan størrelse, at det udfylder hele spinalkanalen og således giver en udtalt central spinalstenose. Sekvesteret har ligeledes en mod venstre gående komponent, som kraftigt påvirker afgangene af venstre L5-rod, men pga. sin størrelse er der også påvirkning af højreroden. Der er frie foraminale pladsforhold. Pladsforholdene i øvrigt i columna lumbalis fremtræder MR-mæssigt normale. I distale columna thoracalis er der ligeledes helt normale pladsforhold, ligesom distale medulla og conus spidis er normalt kalibreret og indeholder ikke patologiske signalforandringer. I billedmaterialet er der ingen mistanke på spondylartropati.

Konklusion: Se tekst

MR-skanning af columna cervicothoracalis:

Undersøgelsen viser, at de cervicotorakale disci er normale. Pladsforholdene er fuldstændig normale både centralt og i foramina intervertebralia. Medulla cervicothoracalis er normalt kalibreret og indeholder ikke patologiske signalforandringer. Der er ingen holdepunkter for spondylartropati.

Konklusion: Se tekst

MR-skanning af højre og venstre sacroiliacaled:

Undersøgelsen viser, at begge sacroiliacaled fremtræder MR-mæssigt fuldstændig normale uden hverken akut eller kronisk inflammatorisk tilstand.

Konklusion: I.a.”

Retslægerådet har i en supplerende erklæring af 14. oktober 2010 besvaret en række yderligere spørgsmål således:

”Spørgsmål 8:

Retslægerådet bedes af – eller bekræfte, om der ses nogen sammenhæng mellem journalark egen læge (bilag 62, 11.11.1987) + 3 stk. tilhørende kiropraktor billeder (også bilag 62 ?, billeder fra 12.11.1987) , og røntgenundersøgelse af 31.03.1995 (bilag 1) med tilhørende diagnose ?

I notat fra egen læge 11.11.87 (bilag 186) beskrives nogle dage varende lavtsiddende lændesmerter med udstråling til venstre balle ved løft. Ved klinisk objektiv undersøgelse fandtes ømhed i paravertebralmuskulaturen på venstre side. Røntgenundersøgelse af lænderyggen 12.11.87 og 31.03.95 viste diskrete degenerative forandringer.

Konklusion: De kliniske manifestationer og fundene ved røntgenundersøgelserne er forenelige. Men det er usikkert, om der er årsagssammenhæng mellem de degenerative forandringer ved røntgenundersøgelserne og symptomer/kliniske objektive fund.

Spørgsmål 9:

Retslægerådet bedes af – eller bekræfte om den fysiske tilstand ved røntgenundersøgelsen 10.10.1996 (bilag 2) svarer til et kraftigt højre lændehold ?

I henvisningen til røntgenundersøgelse dateret 10.10.96 (bilag 52) oplyses om lavtsiddende lændehold med udstråling til lateralsiden og forsiden af højre lår samt lyske, og ved klinisk objektiv undersøgelse udtalt ømhed lumbosacralt, men ingen neurologiske udfald.

Konklusion: Den fysiske (kliniske) tilstand er forenelig med lændehold. Intensiteten kan ikke vurderes.

Spørgsmål 10:

Retslægerådet bedes efter sammenligning under et af røntgenundersøgelserne fra henholdsvis 31.03.1995 , 10.10.1996 og 19.12.2000 (bilag 2) besvare følgende spørgsmål :

Kan der konstateres en svær afsmalning og i bekræftende fald, er denne så højresidig ? Er de degenerative forandringer, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1 og 6 tilkommet efter 31.03.1995 ?

Retslægerådet bedes forklare hvorfor ? eller i fald hvorfor ikke ?

Ved de tre nævnte undersøgelser er konstateret en højdereduktion af hele 5. lændebåndskive. Ved undersøgelserne i 1996 og 2000 er tilkommet en højdereduktion også af 3. og 4. lændebåndskive. Afsmalningen af 5. lændebåndskive er let og, så vidt det kan bedømmes, symmetrisk.

Spørgsmål 11:

*I bedømmelsen af 28.06.2001 (bilag 2) og især diagnose på baggrund af røntgenundersøgelsen 02.10.2001 (bilag 2) beskriver overlæge Jens Blicher en forværring i lænderyggen over tre niveauer, som Retslægerådet bedes iagttage.
Er Retslægerådet enige i bedømmelse og diagnose ?*

Den nævnte undersøgelse fra Svendborg Sygehus viser, at 5. lændebåndskive er lidt lavere end i 2000, og at de reaktive forandringer omkring denne er tiltaget lidt. Ellers er forholdene uændrede.

Retslægerådet vurderer selv billedmaterialet og drager ikke sammenligning med andre lægers bedømmelser.

Spørgsmål 12:

I fortsættelse af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 9 – 11 bedes Retslægerådets oplyse følgende :

Kan Retslægerådet be – eller afkræfte, om der foreligger objektive tegn på en brudlignende tilstand omkring hvirvel L5 ? , og med fremadglidning af vertebra L4 (bilag 2, 02.10.2001) ?

Forefindes der en Scheuerman på niveau L1 – TH. 12- 11 ?

Er der i øvrigt objektive tegn på følger af trykkede ribben eller anden skade thoracalt ?

Der er ikke fundet tegn på brud af hvirvelbuerne mellem 4. og 5. hvirvel med abnorm glidning mellem hvirvlerne (spondylolistese).

En ganske let kileform af få hvirvellegemer uden andre deformiteter er et hyppigt fund og kan efter Retslægerådets opfattelse ikke tages til indtægt for diagnosen morbus Scheuermann.

Bortset fra lette, spredte degenerative forandringer i rygsøjlen's brystdel er der ikke fundet anden sygdom her.

Spørgsmål 13:

Retslægerådet bedes gennemgå MR- scanning den 27.02.2002 (bilag 2) og besvare følgende spørgsmål :

På hvilket niveau blev MR- scannningen foretaget ?

Kan der konstateres protrusioner på niveau L3/L4 , L4/L5 og L5/S1 ?

Og bekræftende, kan der konstateres objektive fund der indikerer en brudlignende tilstand omkring L5, jf. instabilitet/ustabilitet (bilag 50) og angivelse af ”translatorisk instabilitet på degenerativ basis” (bilag 29) ?

Hvilke objektive fund kan konstateres ud for TH 9- TH 10- TH 11 ?

Burde fundene ved TH 9 -10 -11 have givet anledning til yderligere undersøgelser, herunder om undersøgelsen burde have omfattet yderligere niveauer ?, også jf. henvisning til CT-scanning (bilag 74), og angivelse af en stor thoracal komponent (bilag 29) ?

Undersøgelsen omfatter lænderygsøjlen. Der ses udbulinger (protrusioner) af båndskiverne i de nævnte tre niveauer som udtryk for degeneration i dem. Det giver ikke anledning til påvirkning af omgivende strukturer. Der er ikke fundet spondylolistese.

Med hensyn til rygsøjlels brystdel henvises der til besvarelsen af spørgsmål 12, sidste afsnit.

Spørgsmål 14:

Retslægerådet bedes efter en gennemgang af MR- scanningerne optaget den 27.02.2002 og den 11.06.2004 (bilag 55) sammenholdt med besvarelsen af spørgsmål 13, besvare følgende spørgsmål:

Såfremt Retslægerådet ved besvarelse af spørgsmål 13 fandt, at der kunne konstateres protrusioner på niveau L3/L4, L4/L5 og L5/S1, bedes Retslægerådet oplyse, om der er sket en udvikling heri, og findes der objektive tegn på vedvarende instabilitet jf. (bilag 55), (bilag 50) og (bilag 29) ?

Kan der konstateres discusprolaps og i bekræftende fald på hvilke(t) niveau(er) ? Såfremt retslægerådet finder, at der kan konstateres discusprolaps bedes Retslægerådet nærmere beskrive hvilke type(r) der er tale om ?

Har Retslægerådet ellers noget at bemærke vedr. en eventuel udvikling af tilstanden (sygdomsbilledet) i lænderyggen ?

Kan der konstateres degenerative disci thoracalt og i bekræftende fald på hvilke(t) niveau(er) ?

Var det muligt i forbindelse med disse ovennævnte MR- scanninger at detaljere og fokusere billede materialet på specifikke områder, og i bekræftende fald, om dette altid vil kunne være muligt ved MR- scanninger af columna - totalis ?

Der er ingen ændring af de nævnte diskusprotrusioner mellem de to undersøgelser.

Der er ikke konstateret diskusprolaps.

I rygsøjlels brystdel er der kun ganske lette, spredte degenerative forandringer.

Den radiologiske udvikling af tilstanden i lænderyggen og dens stabilitet er beskrevet i besvarelsen af spørgsmål 12.

Elektronisk manipulation af billedmaterialet er en integreret del af aflæsningen i moderne radiologi.

Spørgsmål 15:

Retslægerådet bedes gennemgå MR- scanningen den 05.09.2005 (bilag 59), og besvare følgende spørgsmål :

Retslægerådet bedes oplyse, om der kan konstateres en udvikling af de degenerative forandringer i lænderyggen, som ved de tidligere MR- scanninger ?

Er der forskelle ved denne scanning, i forhold til tidligere scanninger (bilag 2) og (bilag 55), på muligheden for at detaljere og fokusere billede materialet eks. horisontal optagelse på niveau L2/L3 og L3/L4 ?

Retslægerådet bedes oplyse, om der findes objektive degenerative forandringer thoracalt og cervikalt, og i givet fald redegøre for på hvilke(t) niveau(er) dette kan konstateres ?

Hvis de degenerative forandringer forefindes frakmenteret eks. TH. 9 – 8 , TH 6 – 5 – 4 og igen cervikalt C 7 – 6 , kan retslægerådet så oplyse, om det kan sandsynliggøre nogen bestemt årsag eller hændelse ? og benægtende, hvorfor ikke ?

Retslægerådet bedes endvidere oplyse hvad årsagen til en eventuel forværring kan være ?

Kan der konstateres andre patologiske tilstande og i bekræftende fald hvilke ?

MR-skanningen fra Mølholm Privatklinik omfatter hele rygsøjlen.

Der ses ingen ændringer i bryst- og lændedel. I halsdelen er der degenerative forandringer svarende til de to nederste båndskiver med højdereduktion og nedsat vandindhold.

Fordelingen af de degenerative forandringer sandsynliggør ikke nogen særlig årsag eller bagvedliggende hændelse.

Spørgsmål 16:

Retslægerådet bedes gennemgå MR- scanning optaget den 12. september 2008 og besvare følgende spørgsmål :

På hvilket niveau er scanningen optaget ?

Er der forskelle ved denne scanning, i forhold til tidligere scanninger (bilag 2) , (bilag 55), og (bilag 59) på muligheden for at detaljere og fokusere billede materialet eks. horisontal optagelse på niveau L2/L3 og L3/L4 ?

Hvilke eventuelle objektive fund konstateres ved scanningen, herunder om retslægerådet er enig i den anførte diagnose ?

Er der sket en fortsat udvikling i patientens helbredstilstand, jf. retslægerådets gennemgang af de tidligere MR- scanninger, herunder bedes retslægerådet oplyse, om der kan konstateres tegn på leddegigt ?

Retslægerådet har ikke haft mulighed for at vurdere denne undersøgelse. Ifølge den udførende afdelings beskrivelse drejer det sig om en MR-undersøgelse af rygsøjlen's bryst- og lændedel, som viser, at der er sket en let progression af de konstaterede degenerative forandringer.

Spørgsmål 17:

Har retslægerådet evt. yderligere bemærkninger ?

Nej.”

Forklaringer

Til brug for Højesteret er der afgivet supplerende forklaringer af speciallæge Joan Solgaard Sørensen, overlæge Claus Manniche, overlæge Tom Bendix, overlæge Karsten Thomsen og overlæge Jens Blicher.

Joan Solgaard Sørensen har forklaret bl.a., at "instabilitet" primært er et klinisk begreb. Det kan ikke ses på MR-billeder. Modic-forandringer er en reaktion på noget, der er sket i discus, eventuelt som følge af en discusprolaps. Der er tale om tilstødende forandringer i knoglerne. Først fremkommer der en betændelsestilstand, der danner væske, og senere dannes der fedt. Modic-type 1-forandringer vedrører den første betændelsesagtige tilstand. Det, som er anført i Hvidovre Hospitals udtalelse om MR-scanning i 2004, tyder på en Modic-type 1-tilstand.

Af det, hun har anført i journalen om indikation efter MR-scanningen i 2002, kan hun se, at hun ikke på scanningstidspunktet vidste, at der var et traume.

Vedrørende de MR-billeder, hun har beskrevet, kan det konstateres, at discus generelt er reduceret. Hun ved ikke, om fundene på billederne kan være årsag til inflammatoriske gigttilstande. Det er mest sandsynligt, at der er tale om en tidlig discusprolaps, der langsomt har bevirket degeneration af discene. Det kan også have været en kombination af en discusprolaps og en genetisk betinget tendens til degeneration.

På Ringe Rygcenter var proceduren, at radiograferne udførte scanninger. Når scanningen var foretaget, godkendte hun scanningen, før patienten gik. Hun foretog aldrig scanningerne selv. De senere år er radiograferne dog blevet givet mere frihed, således at hun kun skulle godkende billederne, hvis der var problemer. Hun kan ikke sige, om hun konkret har godkendt de pågældende billeder. Efterfølgende har hun imidlertid kontrolleret billedernes kvalitet i forbindelse med beskrivelsen af billederne.

Hvis hun havde vidst, at der havde været et traume, der var friskere end 6 måneder, kunne det have foranlediget hende til at supplere med en "stir-sekvens". Det ville i givet fald alene have været på baggrund af de kileformede hvirvler og ikke modic-type 1-forandringerne, der ikke kan være udløst af et traume.

De kileformede hvirvler, der konkret fremgår af MR-billederne, er lette og ville ikke have foranlediget hende til at gøre mere ud af det. Hun kan ikke se på billederne, om TH 9 er sort. Opgaven var alene at foretage en længdescanning. Det var ikke målet med scanningen, at den

øvrige del af ryggen kom med på billederne. Hvis billederne ikke havde været i orden, ville hun have kaldt patienten ind igen. Hendes eneste opgave var at beskrive MR-billederne, ikke at foretage behandling af patienten.

Om passussen i journaludskrift af 7. marts 2002: "Der er dog grund til at tro, at de lave smerter hænger sammen med de degenererede disci, og man kan jo tænke sig små nucleusbrotter sidde i degenerative annulussprækker uden på nogen måde at kunne være sikker på, at det er forklaringen" har hun forklaret, at det, som overlæge Tom Bendix her har anført, ikke kan ses af MR-billederne.

Professor, overlæge, dr. med. Claus Manniche har forklaret bl.a., at han i 2002 overtog patienten som leder af rygcenterafdelingen, idet afdelingens øvrige personale enten manglede den nødvendige kompetence eller ikke ønskede at overtage patienten.

Han foretog en totalscanning med en MR-scanner, der var særlig egnet til en scanning af hele rygsøjlen. Han lagde særlig vægt på denne scanning i forbindelse med den efterfølgende beskrivelse af patientens problemer. Undersøgelsen gjorde ikke, at man kunne komme en diagnose af patientens problemer nærmere.

Den scanner, der blev brugt til undersøgelsen, var den eneste af sin art i Danmark og formentlig den eneste i Norden. Han vil beskrive anvendelsen af scanneren på baggrund af den foreliggende indikation som værende ekstravagant. I 2001 var MR-teknologien relativt ny. På grund af en forsigtig tilgang til ny teknologi i almindelighed anså de det for hensigtsmæssigt derudover at foretage en CT-scanning. De ønskede at være 120 % sikre på resultatet. I dag, hvor man er mere fortrolig med MR-scanningsteknologien, ville man ikke have foretaget en CT-scanning. Der fremkom ikke yderligere information ved CT-scanningen.

Han var klar over, at patienten havde været udsat for en voldsom cykelulykke.

Proceduren på rygambulatoriet var, at der kun foretoges en scanning, hvis der var en klinisk mistanke om skade på ryggen. I denne situation havde man ikke mistanke om, at der var en akut fraktur. Patienten havde status som kronisk rygpatient.

Om sine journaltilførsler i 2002 har han forklaret, at det ikke var hans vurdering, at der var tale om en brudlignende tilstand. En akut eller frisk brudlignende tilstand ville kunne konsta-

teres på en MR-scanning, men et tidligere, nu ophelet brud fra et traume 4 år tidligere, ville formentlig ikke have kunnet konstateres på en MR-scanning. Han kan ikke svare på, om man ville kunne konstatere noget sådant på en røntgenoptagelse. En CT-scanning ville formentlig have været et bedre egnet middel til at konstatere et ældre brud. CT-scanningen gav dog som nævnt heller ikke grundlag for mistanke om en tidligere brudlignende tilstand.

Han står stadig inde for, at der var tale om et degenerativt forløb og en kronisk forandring hos patienten. Man kunne ikke gøre mere for patienten end det, han anbefalede. Han mener heller ikke i dag, at det ville have været lægefagligt indiceret at foretage CT-scanninger af de andre dele af patientens ryg, blandt andet fordi hver CT-scanning indebærer en risiko for at forkorte en patients levetid. Det er vigtigt med en klar indikation. Hvis man i dette tilfælde havde krævet en klar indikation, ville man ikke have foretaget MR-scanningen eller CT-scanningen.

Overlæge Tom Bendix har forklaret bl.a., at han i 2002 var bekendt med, at patienten havde haft et traume.

Han kan ikke erindre, om der var anden indikation for MR-scanning end, hvad der fremgår af hans journaltilførsel af 24. januar 2002. Indikationen, som er beskrevet, er i øvrigt et tilfredsstillende grundlag for en scanning. Det er almindelig procedure, at man scanner patienten, hvis patientens smertebillede er uklart, f.eks. ved langvarige smerter, og patienten er utryg. En af hans hypoteser i forbindelse med scanningen af A var, at nogle af smerterne kunne være forårsaget af slidgigt mellem to facetled, men det var blot én af flere mulige forklaringer. Der blev scannet for at få et samlet sygdomsbillede af patienten. Det er normalt ikke afgørende, at patienten tidligere har været udsat for et traume, når scanningstidspunktet ligger flere år efter traumet. Dette afhænger dog også af den kliniske undersøgelse af patienten. Man foretager normalt ikke i sådan en situation en "columna totalis" på baggrund af et ældre cykelstyrt. Når det skønnes, at smerterne kommer fra lænden, koncentrerer man sine undersøgelser om dette sted. Man har i dette tilfælde formentlig koncentreret sig om TH 10, fordi det var der, patienten havde mest ondt.

Passussen i hans journaltilførsel af 7. marts 2002: "Der er dog grund til at tro, at de lave smerter hænger sammen med de degenererede disci, og man kan jo tænke sig små nucleus-brokker sidde i degenerative annulussprækker uden på nogen måde at kunne være sikker på, at det er forklaringen" indikerer usikkerheden af diagnosen. Det, han her refererer til, er den herskende opfattelse af, hvad årsagen til lændesmerter af den pågældende karakter kan være.

Generelt betyder forskellige MR-forandringer meget lidt i et samlet sygdomsbillede. I hvert fald, når der er gået noget tid, betyder det forhold, at patienten går og spænder, meget mere. Herudover vil utryghed og fokuseren på sin sygdom i sig selv medvirke til at vedligeholde patientens symptomer. Det er yderst sjældent, at et påført traume er eneårsagen til en skade på en normal disc. Hvis discen i forvejen er degenereret, ses det dog oftere, at en skade endeligt kan udløses af et traume, der påføres discen. Hos ca. 25 % af 40-årige ses noget, der ligner discusprolaps, forårsaget af degeneration, uden at der nødvendigvis kommer symptomer.

Overlæge, dr. med. Karsten Thomsen har om sit journalnotat af 10. september 2003 forklaret bl.a., at det generelt er sådan, at jo mere patientens sygdomstilstand er afgrænset, jo bedre er mulighederne for at afhjælpe tilstanden kirurgisk. I dette tilfælde var der for mange berørte led at afhjælpe, og de enkelte forandringer i leddene var for milde til, at der var grundlag for en operation. Hans anbefaling om ikke at operere var således to-leddet. Ved en operation er der også en fare for, at man ikke får behandlet det led, der er smertefremkaldende, ligesom man ved afstivning af et led risikerer at overbelaste andre led. Patientens tilstand var derfor ikke af en sådan karakter, at det var tilrådeligt at operere. Formuleringen: "der er let translatorisk instabilitet på degenerativ basis" betyder, at noget mellem leddene er flyttet i forhold til hinanden. Hvis discus mister fugtighed, kan de rykke sig i forhold til hinanden. Det var, hvad man kunne se, der var sket på røntgenfotoet af 2001. Det fremgik heraf, at 5. lændehvirvel var skredet lidt tilbage fra korsbenet. Han skønnede, at det var sket ved degenerative forandringer. Hvis der havde været tale om et traume, havde patientens tilstand været meget dramatisk med behov for akut indlæggelse og svær smertepåvirkning. Man kan også af røntgenfotoet konstatere, om skredet var sket ved en akut påvirkning, eller om der er tale om en følge af en almindelig degenerativ udvikling. Det var hans vurdering, at det var den sidstnævnte følgevirkning.

For så vidt angår spørgsmålet om betændelse i leddene skelner man normalt mellem degenerative forandringer og specifikke problemer som f.eks. leddegigt. I den almindelige degenerativt udviklende sygdom forekommer der imidlertid også betændelse. Man kan imidlertid formentlig ikke sige, at traumer har indflydelse på betændelseshyppigheden.

Overlæge Jens Blicher har forklaret bl.a., at det han har forklaret for landsretten, er alment gældende lægefaglig viden. Han har ikke nogen klar erindring om de konkrete faktuelle observationer, der lå til grund for hans forklaring.

Vedrørende journaltilførsel af 28. juni 2001 forklarede han, at henvisningen til røntgenundersøgelserne af 31. marts 1995 og 10. oktober 1996 kan bero på datoen for optagelsen af det billedmateriale, han havde tilgængeligt i forbindelse med sin undersøgelse. Han har ved journaltilførslen, på baggrund af det materiale han har været i besiddelse af, bekræftet Søren Ydes konklusioner af den 19. december 2000, som de fremgår af Søren Ydes journaltilførsel af samme dato.

Han kan se, at overlæge Mogens Holms journaltilførsel den 10. oktober 1996 er sket på baggrund af en undersøgelse af A stående oprejst. Det er hans erfaring, at det er den bedste måde at foretage en undersøgelse af en rygpatient på, idet patienten, når vedkommende er stående, belaster ryggen, som man går og står. Mogens Holm har konstateret, at patientens rygtilstand er uændret fra den 31. marts 1995 – formentlig på grundlag af billedmateriale optaget den 31. marts 1995, som Mogens Holm har haft. Ved Søren Ydes journaltilførsel af den 19. december 2000 konstateredes normale forhold i bækkenet. Søren Yde konstaterede blandt andet lettere kileform af tre hvirvler, men vurderede, at disse uregelmæssigheder næppe levede op til den klassiske definition af en morbus Scheuermann.

Endvidere konstaterede Søren Yde en let drejning af rygsøjlen (torsionsskoliose). Ud for RD (røngtendiagnose) konstaterede Søren Yde en degenerativ forandring i discusmellemmene. Man ville næppe på det tidspunkt have kunnet påvise, at de degenerative forandringer stammede fra en konkret hændelse. Det ville formentlig have været umuligt med en konventionel røntgenoptagelse. MR-scanninger kan i videre omfang bidrage med oplysning om traumer, idet sådanne scanninger kan påvise væskeansamlinger. Også for MR-scanninger er der dog en tidsmæssig grænse for muligheden for at konstatere noget sådant. Som et "slag på tasken" vil han antage, at den tidsmæssige grænse ligger cirka et halvt år efter hændelsen. I 2000 havde man formentlig en MR-scanner i Ringe, men der var tale om en forskningsscanner, som ikke kunne bruges til almindelig diagnostik.

Vedrørende sin journaltilførsel af 2. oktober 2001 forklarede han, at han har konstateret en – i forhold til røntgenundersøgelserne af 10. oktober 1996 og 19. december 2000 – let udvikling i slidgigtforandringerne i de små lændeled i ryggen. Herudover er der tilkommet en let fremadglidning af hvirvellegemerne. Det svarer til, hvad man ser hos rigtig mange patienter, der har degenerative forandringer i ryggen.

Retsgrundlag

Den dagældende patientforsikringslovs § 1, stk. 1, 1. pkt., og § 2, stk. 1, nr. 1 (jf. nu § 19, stk. 1, nr. 1, og § 20, stk. 1, nr. 1, i lovbekendtgørelse nr. 24 af 21. januar 2009 om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet), lyder således:

”§ 1. Til patienter, som her i landet påføres fysisk skade i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende foretaget på offentlige sygehuse og sygehuse, det offentlige har driftsoverenskomst med, ydes erstatning efter reglerne i denne lov.

...

§ 2. Erstatning ydes, hvis skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af følgende måder:

- 1) hvis det må antages, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes ved undersøgelse, behandling eller lignende, hvorved skaden ville være undgået,...

Højesterets begrundelse og resultat

Det må som antaget af landsretten efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1 lægges til grund, at A har en grundlidelse. Han led således af uspecifikke rygsmerter på grund af degenerative forandringer i ryggen også før, han blev udsat for et styrt på cykel i 1995.

Efter Retslægerådets erklæringer, som har støtte i andre lægelige udtalelser og sagens øvrige oplysninger, finder Højesteret, at det må anses for usandsynligt, at As ryggener er forårsaget af forkert diagnosticering eller manglende behandling på Ringe Sygehus i perioden 1995-2002.

Højesteret tiltræder på denne baggrund, at betingelserne for at tilkende erstatning efter § 1, stk. 1, i den dagældende patientforsikringslov ikke er opfyldt. Højesteret tager herefter Patientskadeankenævnets frifindelsespåstand til følge.

A skal i sagsomkostninger for Højesteret betale 41.475,40 kr. til Patientskadeankenævnet, heraf 40.000 kr. til dækning af udgifter til advokatbistand og 1.475,40 kr. til dækning af rejse-udgifter i forbindelse med vidneafhøringer.

Thi kendes for ret:

Patientskadeankenævnet frifindes.

I sagsomkostninger for Højesteret skal A betale 41.475,40 kr. til Patientskadeankenævnet.

De idømte sagsomkostningsbeløb skal betales inden 14 dage efter denne højesteretsdoms afsigelse og forrentes efter rentelovens § 8 a.