

D O M

afsagt den 13. marts 2008 af Vestre Landsrets 5. afdeling
(dommerne Olav D. Larsen, Elisabeth Mejnertz og Lars Christensen) i 1. instanssag
V.L. B-2436-05

Region [REDACTED] ([REDACTED])
(Advokat Jens Andersen-Møller, Århus)
mod
Patientskadeankenævnet
(Kammeradvokaten ved advokat Henrik Nedergaard Thomsen, København)
og
E[REDACTED]
(Advokat Finn Andersen, Esbjerg).

Under denne sag, der er anlagt den 4. november 2005, har sagsøgeren, Region [REDACTED] nedlagt påstand om, at de sagsøgte, Patientskadeankenævnet og E[REDACTED] tilpligtes at anerkende, at E[REDACTED] ikke er påført en skade omfattet af den dagældende patientforsikringslovs § 2, stk. 1, nr. 1, ved behandling eller lignende på S[REDACTED] Sygehus [REDACTED] den 17. april 2002, og at der således er grundlag for tilbagesøgning af det erstatningsbeløb, der blev tilkendt E[REDACTED] ved Patientforsikringens afgørelse af 21. december 2004.

Patientskadeankenævnet og E[REDACTED] har nedlagt påstand om

frifindelse.

Patientskadeankenævnet her herudover nedlagt påstand om afvisning for så vidt angår den del af Region [REDACTED] påstand, der omfatter tilbagesøgning af udbetalt erstatning til E[REDACTED].

Patientskadeankenævnet har desuden nedlagt subsidiære påstande om hjemvisning.

Sagsfremstilling:

Den 1. oktober 2004 traf Patientforsikringen afgørelse om, at følgerne af forsinket behandling af E[REDACTED] på S[REDACTED] Sygehus [REDACTED] den 17. april 2002 var omfattet af lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 1.

Den 21. december 2004 traf Patientforsikringen afgørelse om, at E[REDACTED] var berettiget til en erstatning og godtgørelse på i alt 254.300 kr. med tillæg af nogle nærmere angivne renter.

[REDACTED], nu Region [REDACTED], påklagede Patientforsikringens afgørelser af 1. oktober 2004 og 21. december 2004 til Patientskadeankenævnet, som i brev af 4. maj 2005 til regionens advokat meddelte følgende afgørelse:

"...

Patientforsikringens afgørelse af 1. oktober 2004 tiltrædes.

Der findes således ikke grundlag for tilbagesøgning af det erstatningsbeløb, der blev tilkendt E[REDACTED] ved Patientforsikringens afgørelse af 21. december 2004.

...

Begrundelse for afgørelsen:

I henhold til lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 1, kan erstatning ydes, hvis en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes, hvorved skaden med overvejende sandsynlighed ville være undgået.

Patientskadeankenævnet finder, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have tilbudt akut indlæggelse på baggrund af vagtlæge N. [redacted]s telefoniske henvendelse den 17. april 2002 til vagthavende på neurologisk afdeling på S. [redacted] Sygehus [redacted].

Nævnet har herved lagt vægt på, at det fremgår af vagtlæge N. [redacted] journalnotat af 17. april 2002, at der blev konfereret med den neurologiske vagthavende, der foreslog, at skadelidte skulle afvente tilstanden natten over og søge egen læge næste dag. Dette fremgår endvidere af E. [redacted] bilag til anmeldelse af 29. maj 2002.

Nævnet finder på den baggrund, at det er overvejende sandsynligt, at vagtlæge N. [redacted] kontaktede den neurologiske vagthavende på S. [redacted] Sygehus [redacted] den 17. april 2002, hvor vagtlæge N. [redacted] oplyste om E. [redacted] helbredsmæssige tilstand. På baggrund af den telefoniske henvendelse finder nævnet således, at E. [redacted] burde have været tilbudt akut indlæggelse på S. [redacted] Sygehus [redacted] på baggrund af symptomer og fund, der var stærkt suspekte for Cauda Equina syndrom.

For så vidt angår Deres klage over Patientforsikringens afgørelse af 21. december 2004 finder nævnet som bemærket ovenfor, at afgørelsen er påklaget med henblik på at tilbagesøge det udbetalte erstatningsbeløb, såfremt De fik medhold i, at E. [redacted] skade ikke er omfattet af lov om patientforsikring. Da nævnet hermed har tiltrådt Patientforsikringens afgørelse findes der dermed ikke grundlag for tilbagesøgning af det udbetalte erstatningsbeløb.

Betingelserne for at yde erstatning efter patient-

forsikringsloven er således opfyldt, jf. lovens § 2, stk. 1, nr. 1.

Sagsfremstilling:

Patient-skadeankenævnet henviser til sagsfremstillingen i Patientforsikringens afgørelse af 1. oktober 2004, hvoraf følgende fremgår:

"...

Det er oplyst, at E[redacted] havde periodevis lændesmerter i starten af 2002. Den 8. april 2002 blev smerterne værre og E[redacted] var i de følgende dage flere gange i kontakt med egen læge. E[redacted] havde lændesmerter, der udstrålede til benene. Den 17. april 2002 om aftenen kontaktede E[redacted] vagtlægen. Denne fandt at [E[redacted]] havde nedsat følesans i underlivet men ikke vandladnings- eller afføringsgener. Lægen drøftede telefonisk sagen med [redacted] Sygehus, og det blev besluttet at se tiden an. Den 19. april 2002 kontaktede E[redacted] Privathospitalet [redacted]. Ved undersøgelse der fandt man nedsat funktion af endetarmen, og blæren kunne ikke tømmes og var helt fyldt. Da MR-scanning viste en stor diskusprolaps blev E[redacted] henvist til O[redacted] [redacted].

E[redacted] blev opereret den 20. april 2002 og man fjernede en stor prolaps. Et par dage efter operationen blev E[redacted] overflyttet til [redacted].

Ved undersøgelse den 4. juni 2002 vurderede man, at E[redacted] gik rimeligt, og det blev oplyst at han havde genoptaget arbejdet. Blærefunktionen var ikke kommet i gang og han måtte bruge kateter flere gange dagligt.

I slutningen af juli 2002 blev tilstanden forværret med føleforstyrrelser i benene. Akut MR-scanning den 24. juli 2002 viste en stor prolaps på samme sted som sidst. E[redacted] blev derfor opereret den 26. juli 2002, hvor man fjernede prolapsen.

I september 2002 konstaterede man, at E[redacted] gener langsomt tiltog igen. Der var igen dannet en diskusprolaps, og E[redacted] blev

opereret den 13. september 2002.

Ved kontrol den 4. november 2003 var E [redacted] inkontinent og måtte bruge kateter, havde tendens til forstoppelse og inkontinens for luft. Der var periodevise lændesmerter, men ikke konstante smerter. Der var normal følesans og kraft i foden og fodleddet. [redacted] blev derefter afsluttet fra sygehuset uden yderligere behandling.

..."

I forbindelse med handelsesforløbet bemærker nævnet yderligere, at overlæge M [redacted], S [redacted] - [redacted], ved skrivelse af 27. juli 2004 har oplyst, at der ikke findes journalnotater vedrørende en henvendelse mellem vagtlæge og neurologisk vagthavende den 17. eller 18. april 2002.

Endvidere fremgår det af vagtlæge N [redacted] journalnotat af 17. april 2002, at der blev konfereret med den neurologiske vagthavende, der foreslog, at skadelidte skulle afvente tilstanden natten over og søge egen læge næste dag.

Læge S [redacted] har ved e-mail af 9. november 2004 anført, at han ikke husker at være blevet kontaktet af vagtlægen den 17. april 2002 vedrørende E [redacted] symptomer. Det anføres, at han havde tilbudt akut indlæggelse, såfremt han var blevet præsenteret for en problemstilling som den foreliggende.

Af Retslægerådets udtalelse af 24. maj 2003 i en civil sag mellem skadelidte og dennes egen læge fremgår det af spørgsmål 7, at Retslægerådet har lagt til grund, at vagthavende på neurologisk afdeling blev kontaktet, og at det var en fejl, at denne ikke tilbød at modtage patienten til akut indlæggelse.

..."

Af en journaludskrift vedrørende E [redacted] fremgår to journaltilførsler for den 17. april 2002 med følgende tekst:

"Resumedato: 2002-04-17

VAGT: Vagtlægerne i Ribe Amt, Esbjerg

Kontakt start: 2002.04.17 23:34

10 dages lænderygsmarter med udstråling til venstre ben fra start, igennem 1 1/2 døgn udstråling til højre ben til ankel-niveau. har ændret følesans til begge glutealregioner samt ved penisrod igennem 2 timer. ikke vandladningsgener eller afføringsgener. får morfin (tager helst ikke), diflonac, panodil, ibuprofen samt somadril. ikke traumatisk opstået.

Objektivt U.E : normale egale patellar-reflexer, akillis-reflexer, neg. babinski, normal følesans fraset begge glutealregioner samt område omkring penisroden samt pungen. Normal kraft og tonus af extremiteter. Spinctertonus : spincter fungerer men vurderes let nedsat i styrke.

Ryg : neg. hudrulletest, udtalt spændthed samt palp. ømhed rectus bilat., + tværstillet smerteudstråling ved bank. på L5 evt. L4.

konf. med neurologisk vagthavende :

Resumedato: 2002-04-17

VAGT: Vagtlægerne i Ribe Amt, Esbjerg

Kontakt start: 2002.04.17 23:46

notat fortsat.

Foreslår at vi ser på natten over og at pt. gåt til fornyet vurdering hos egen læge imorgen formiddag.

Ved mangl. evne til at holde på vandet/komme af med vandet, holde på afføring eller ved mindste pareser til U.E (pt. grundigt informeret om dette) skal pt. kontakte os igen i nat mhp. indlæggelse. Pt. informeret om dette.

Konklusion : lænderyghold med bilat. iskias, evt. discusprolaps.

Vagtlæge: N [redacted] 17-04-2002 23:46 K"

Ifølge en vagtplan for N [redacted] Afdeling, S [redacted] Sygehus [redacted] var S [redacted] forvagt på afdelingen den 17. april 2002.

Af et referat af hændelsesforløbet, udarbejdet af E [redacted] fremgår følgende vedrørende onsdag den 17. april 2002:

"Kl. 7.30 voldsomme smerter nu i begge ben. Akupunktør kl. 8 uden effekt. Kontaktede egen læge kl. 10, som ikke kunne gøre noget ud over at lade mig fortsætte med de samme tbl..

Onsdag eftermiddag fik jeg en sovende fornemmelse i lænde- og genitalregionen. Kunne f.eks. ikke mærke, at jeg blev nappet.

Fik det dårligere. Kontaktede vagtlægen kl. 23, som undersøgte mig grundigt og kontaktede telefonisk en neurolog på C i [redacted]. Han sagde, at der var nedsat kraft i lukkemusklen bagtil, og at jeg skulle kontakte vagtlægen med det samme, hvis tilstanden blev forværret med f.eks. vandladnings- og aff.besvær samt manglende støttefunktion i benene. Han bad mig under alle omstændigheder kontakte egen læge næste morgen for yderligere undersøgelse."

I en anmeldelse af 29. maj 2002 til Patientforsikringen søgte E [redacted] erstatning for manglende eller for sen indgriben fra egen læge. I anmeldelsen har E [redacted] angivet, at skaden er indtruffet hos egen læge.

Under sagen er der fremlagt en udtalelse af 24. maj 2004 fra Retslægerådet, som er afgivet til brug for en retssag ved Retten i Esbjerg mellem E [redacted] og læge H [redacted]. Af udtalelsen fremgår blandt andet følgende:

"Spørgsmål 1.

Hvilke følgegener kan der forekomme i forbindelse med en diskusprolaps og operationen heraf?

I forløbet efter discusprolaps i lænderyggen og operationen heraf kan der dels forekomme smerter i ryg og ben og dels følger efter nervørodspåvirkningen, dvs. følenedsættelse og muskellammelse i det ene eller begge ben og i såkaldte anogenital-område, som omfatter området omkring de ydre kønsorganer og lukkemusklen til tarmen.

Spørgsmål 2.

Hvilke følgegener er der indtrådt i dette tilfælde?

Patienten er opereret 3 gange for discusprolaps i lænderyggen. Første gang 20.04.02 på neurokirurgisk afdeling, O [redacted]. Anden operation for recidivprolaps gennemførtes på ortopædkirurgisk afdeling, C [redacted] i [redacted] den 26.07.02 og 3. operation igen for recidivprolaps og igen på ortopædkirurgisk afdeling, C [redacted] i E [redacted] den 13.09.02. Tilstanden herefter er ifølge sagsakterne karakteriseret ved manglende evne til tømming af urinblære, hvor patienten selv må tømme blæren regelmæssigt med kateter. Herudover nedsat lukkemuskelfunktion til tarm og tendens til obstipation. Endvidere ændret følesans og smertefornemmelse i det såkaldte anogenitalområde samt prikkende stikkende fornemmelser i begge ben. Der beskrives normal objektiv følesans og normal kraft i benene.

Spørgsmål 3.

*Det ønskes oplyst, hvor ofte det forekommer, at der i forbindelse med en diskusprolaps og operationen heraf indtræder følgegener som beskrevet i besvarelsen af spørgsmål 2? **

Besvarelsen af spørgsmål 2 relaterer til patientens konkrete tilfælde, og med udgangspunkt i patientens situation før operativ behandling må det anføres, at der i mange tilfælde af cauda equina syndrom vil forekomme følgegener som beskrevet, anslået 25-50% af patienterne. For patienter opereret for discusprolaps i lænderyggen generelt set forekommer følgegener som beskrevet yderst sjældent, d.v.s. under 1 % af tilfældene.

Spørgsmål 4.

Retslægerådet bedes redegøre for, hvad der forstås ved cauda equina syndrom.

Et cauda equina syndrom defineres som det symptomkompleks, der er udløst af en kompression af cauda equina. Cauda equina udgøres af de nerver, der er beliggende i rygmarvskanalen nedenfor rygmarvens nederste punkt ud for 1. lændehvirvel. Nerverødernes forløb i rygmarvskanalen afsluttes ved deres segmentære udtræden fra rygmarvskanalen mellem hvirvlerne i lænderyggen og korsbenet. Den hyppigste årsag til cauda equina syndrom er discusprolaps, men også andre årsager kan udløse syndromet, f.eks. svulster eller blodansamlinger. Cauda equi-

na syndromet er karakteriseret ved muskellammelse og føleændring i et eller begge ben ledsaget af nedsat eller ændret følesans i anogenitalområdet og nedsat funktion af lukkemuskel til blære og tarm.

Spørgsmål 5.

Det ønskes oplyst om de i besvarelsen af spørgsmål 2 beskrevne følgegener skyldes cauda equina?

Med henvisning til besvarelse af spørgsmål 2 må patientens føleændring og smerteformelse i anogenitalområdet, nedsat kraft i lukkemusklen til tarm og manglende kontrol over vandladning tilskrives et tidligere bestående cauda equina syndrom.

Spørgsmål 6.

Er det Retlægerådets opfattelse, at følgegenerne helt eller delvist kunne have været undgået, såfremt sagsøgeren var blevet opereret på et tidligere tidspunkt?

Spørgsmålet er hypotetisk og kan ikke besvares.

Spørgsmål 7.

Har sagsøgeren forud for den 19.4.2002 frembudt symptomer, som fra lægelig side burde have afstedkommet en tidligere og/eller anderledes reaktion end som sket?

I bekræftende fald hvornår og hvilken reaktion?

Ja.

I forbindelse med besøg hos vagtlægen den 17.04.02 kl. 23.34 blev der konstateret symptomer og kliniske fund, der var forenelige med delvist cauda equina syndrom. Vagtlægen kontaktede på dette grundlag vagthavende læge på neurologisk afdeling den 19.03.04.

Det var en fejl, at vagthavende læge ikke tilbød at modtage patienten til akut indlæggelse, men i stedet foreslog at se det an natten over med henblik på fornyet vurdering hos egen læge næste dag.

Spørgsmål 8.

Var der ifølge oplysninger i det i sagen foreliggende journalmateriale i april 2002 medicinsk

grundlag for at lade sagsøger indlægge?

I bekræftende fald anmodes Retslægerådet om at fastslå en dato/tidspunkt for, hvornår dette, efter det foreliggende journalmateriale burde være sket? Og henviser til det foreliggende journalmateriale samt uddybende forklare, hvilke forhold der har betydning for vurderingen heraf?

Ja, der henvises til svar på spørgsmål 7.

Spørgsmål 9.

Såfremt Retslægerådet måtte nå frem til, at indlæggelse burde have været sket tidligere, anmodes Retslægerådet om at beskrive, hvilke af de hos sagsøger konstaterede gener, der med overvejende sandsynlighed kan henføres til den sene indlæggelse.

Spørgsmålet kan ikke besvares entydigt. Alle de beskrevne gener hos patienten kan forårsages af den beskrevne discusprolaps og selv ved uopsættelig akut indlæggelse og operation kan ses blivende udfaldssymptomer i form af nedsat følesans, muskellammelse og manglende kontrol over blære og tarm. Der er ikke i litteraturen dokumentation for, hvor hurtig indlæggelse og behandling skal iværksættes, men det er udtryk for almindelig anerkendt faglig standard og også rekommanderet i lærebøger, at selv ved mindste mistanke om begyndende cauda equina syndrom skal patienten henvises til diagnostik og evt. operation akut.

...

Spørgsmål 11.

Skønner Retslægerådet, at de konstaterede følgegener, som kan henføres til, at sagsøgeren ikke blev opereret tidligere, er blivende?

De konstaterede følgegener kan ikke alene henføres til, at patienten ikke blev opereret tidligere, men også til grundsygdommen, og spørgsmålet kan således ikke besvares.

Der henvises i øvrigt til besvarelsen af spørgsmål 9.

..."

I et brev af 27. juli 2004 fra overlæge, dr. med. M [redacted]
[redacted], S [redacted] Sygehus, til en jurist på sygehuset er
blandt andet anført følgende vedrørende E [redacted]:

"Ifølge sagsakterne har der angiveligt været en
eller anden form for formentlig telefonisk kontakt
mellem vagtlæge og neurologisk vagthavende den 17.
eller 18.4.2002, men vi har ikke været i stand til
at finde nogen dokumentation for denne kontakt
her. Den eneste journalførte kontakt med pt. har
således fundet sted den 6.7. 11. 2002, hvor pt.
kortvarigt var indlagt med henblik på vurdering af
eventuel smertebehandling.

Der er ingen tvivl om, at de symptomer, som pt.
præsenterede i forbindelse med vagtlæge besøget
den 17.4.02, burde have foranlediget en akut ind-
læggelse."

Af en udtalelse af 12. januar 2007 fra Retslægerådet fremgår
blandt andet følgende:

"Spørgsmål 1:

1.1

Såfremt det lægges til grund, at vagtlægen den 17.
april 2002 kontaktede neurologisk vagthavende på
S [redacted] Sygehus, [redacted], og oplyste om de
symptomer, som er beskrevet i vagtlægens journal-
notat for den pågældende dag, bedes Retslægerådet
oplyse, hvorvidt de angivne symptomer betingede
akut indlæggelse på neurologisk afdeling?

Det fremgår af vagtlægens notat den 17.04.02, at
E [redacted] kontaktede vagtlægen på grund af "10
dages lænderygsmærter med udstråling til venstre
ben, igennem det sidste 1 ½ døgn udstråling til
højre ben til ankel-niveau, har ændret følesans i
glutealregioner (endeballer) samt ved penisrod
igennem 2 timer." Ved objektiv undersøgelse findes
normal følesans fraset begge glutealregioner samt
området omkring penisroden og pungen. Sphincter
(endetarmens lukkemuskel) vurderes let nedsat i
styrke.

Det er Retslægerådets opfattelse, at forløbet og
de omtalte symptomer og fund er forenelige med

cauda equina syndrom og derfor burde have medført akut indlæggelse på neurologisk eller neurokirurgisk afdeling.

1.2

I bekræftende fald bedes Retslægerådet angive, hvilke af de beskrevne symptomer, der indicerede en akut indlæggelse på neurologisk afdeling?

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1.1.

1.3

Såfremt det lægges til grund, at det, som vagtlægen over for den vagthavende læge på neurologisk afdeling S. [redacted] Sygehus, [redacted] beskrev som en snurrende/sovende fornemmelse, men ikke nedsat følesans, er det samme som han i journalnotatet af 17. april 2002 angav som "ændret følesans", bedes Retslægerådet oplyse, hvorvidt de angivne symptomer betingede akut indlæggelse på neurologisk afdeling?

Det er uklart, hvilken beskrivelse, der henvises til. Retslægerådet har kun kendskab til en eventuel samtale mellem vagtlægen N. [redacted] og vagthavende læge på neurologisk afdeling fra vagtlægens notat.

...

Spørgsmål 2:

2.1

Er de symptomer og fund, der er angivet i vagtlægens journalnotat af 17. april 2002 foreneligt med et cauda equina syndrom og da hvilke af disse symptomer?

Et cauda equina syndrom er en konstellation af symptomer og neurologisk udfald, som dog hver for sig isoleret set, ikke nødvendigvis er udtryk for læsion af cauda equina.

Den i vagtlægens journalnotat af 17.04.02 beskrevne konstellation af symptomer er et af mange kliniske udtryk for cauda equina syndrom.

2.2

Er de symptomer, der er angivet i vagtlægens jour-

nalnotat for den 17. april 2002, om at der ikke er vandladningsgener eller afføringsgener, og at sphincter fungerer, men vurderes let nedsat i styrke, forenelige med cauda equina syndrom?

Fravær af vandladningsgener, afføringsgener eller sphincterdysfunktion udelukker ikke mistanke om tilstedeværelse af læsion af cauda equina/cauda equina syndrom, såfremt der foreligger andre symptomer eller neurologiske udfald, der er kendetegnende for cauda equina syndromet.

2.3

Såfremt der er forskel på besvarelsen af spørgsmål 2.1 og 2.2, bedes Retslægerådet oplyse, hvilke af de i vagtlægens journalnotat af 17. april 2002 anførte symptomer, der begrundet denne forskel?

Der er ikke nogen kvalitativ forskel på besvarelsen af spørgsmål 2.1 og 2.2.

2.4

Med hvilken grad af sandsynlighed vil det dreje sig om cauda equina syndrom, såfremt der ikke er vandladnings- eller afføringsproblemer?

Fravær af et eller flere symptomer i den konstellation af symptomer og neurologiske udfald der kendetegner cauda equina syndromet behøver ikke nødvendigvis at svække en allerede vakt mistanke om læsion af cauda equina.

2.5

Med hvilken grad af sandsynlighed vil det dreje sig om cauda equina syndrom, såfremt der er ændret følesans til begge glotalregioner samt ved penis-rod igennem 2 timer?

Den i vagtlægens journal af 17.04.02 beskrevne konstellation af symptomer er et af mange kliniske udtryk for et cauda equina syndrom.

2.6

Har det betydning for Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 2.1 og 2.2, at der forelå en tilstand i form af snurrende/sovende fornemmelse, men ikke nedsat følesans, hvilket journalnotat af 17. april 2002 er angivet som "ændret følesans"?

Nej.

Spørgsmål 3:

I tilslutning til besvarelsen af spørgsmål 2 ønskes det oplyst, hvorvidt det er overvejende sandsynligt, at en erfaren specialist med de symptomer, der er beskrevet i vagtlægens journalnotat for den 17. april 2002, vil instruere patienten om på ny at rette henvendelse ved manglende evne til at holde på vandet/komme af med vandet, holde på afføring eller ved mindste paræser til underextremiteterne?

Endvidere bedes Retslægerådet oplyse, hvorvidt det vil være i overensstemmelse med almindelig lægefaglig viden, at en patient ved mistanke om discusprolaps i lænderyggen opholder sig i hjemmet i ventetiden på MR-scanning, såfremt patienten er instrueret om at rette henvendelse i overensstemmelse med spørgsmålets 1. led?

Burde vagtlægen have indlagt sagsøgte 2 akut på grundlag af de i journalnotatet af 17. april 2002 angivne symptomer, uanset at den vagthavende læge på neurologisk afdeling, S████████ Sygehus, ██████ sagde til vagtlægen, at sagsøgte 2 skulle vente natten over og gå til fornyet vurdering hos egen læge den følgende formiddag, og da med hvilken begrundelse?

1. led:

Efter alment anerkendt praksis ville de symptomer, der er beskrevet i vagtlægens journalnotat af 17.04.02 have foranlediget akut indlæggelse til yderligere diagnostisk behandling.

2. led:

Mistanke om cauda equina syndrom bør foranledige akut indlæggelse med henblik på hurtigst mulig diagnostik og behandling.

3. led:

Den i vagtlægens journalnotat af 17.04.02 beskrevne telefoniske konsultation med vagthavende læge på neurologisk afdeling, S████████ Sygehus ██████, burde have resulteret i akut indlæggelse på hospital til yderligere diagnostik og behandling.

...

Spørgsmål 5:

Retslægerådet bedes oplyse, om der ud fra beskrivelsen i vagtlægens journalnotater for den 17. april 2002 var indikation for at foretage et akut operativt indgreb.

I bekræftende fald bedes Retslægerådet angive hvilke symptomer, der betingede, at akut operativt indgreb blev foretaget samt angive inden for hvilken tidsramme operation burde finde sted.

Der henvises til spørgsmål 3. Den i vagtlægens journalnotat af 17.04.02 beskrevne konstellation af symptomer gav indikation for akut indlæggelse med henblik på yderligere diagnostik. Hvorvidt der herefter ville foreligge indikation for et akut operativt indgreb måtte i så fald afhænge af resultatet af den foretagne diagnostik.

Spørgsmål 6:

Retslægerådet bedes på baggrund af oplysningerne i bilag 2A (udskrift af egen læges journal) og bilag 2B (sagsøgte 2's beskrivelse af forløbet) beskrive symptomudviklingen efter sagsøgte 2's konsultation hos vagtlægen den 17. april 2002.

I tilslutning hertil bedes Retslægerådet angive, hvilken betydning denne symptomudvikling må antages at have haft for efterforløbet.

Retslægerådet bedes tillige oplyse, om det er symptomerne beskrevet den 17. april 2002, sagsøgte 2 bliver opereret for.

Ad sagsøgte 2's beskrivelse:

Undersøgt p. [redacted] 19.04. Påbegynder at arbejde 06.05. Fuld tid 01.06. Beskriver i forbindelse med undersøgelse C [redacted] 20.06, at det fortsat ikke er muligt at komme af med vandet. Må engangskaterisere sig 6-8 gange i døgnet. Tager laxantia for at komme af med afføringen. Herefter ikke yderligere beskrivelse af forløbet.

Ad egen læges journal:

Efter notatet 17.04.04 beskriver kirurgisk ambulatorium [redacted] C [redacted] 24.06.02, at sagsøgte stadig ikke kan lade vandet spontant, og han desårsag må katerisere sig x 8 dagligt. Er kontinent hvad angår afføring, men ikke helt kontinent hvad angår flatus. Kan få erektion under seksuel

stimulation og gennemføre samleje, men følelsen er ikke den samme som før, om end i bedring. Har ifølge notat 23.07.02 normal kraft over ankel og tåled og kan stå på hæle og tær.

Udvikler ifølge notat 24.07.02, [redacted] C [redacted] [redacted] symptomer, der medfører subakut MR-skanning. Denne foretages 25.07.02, og den viste "stor venstresidig paramedian recidivprolaps med betydelig påvirkning af rod og durasæk". Den 26.07.02 fjernes prolapsen operativt.

Den 03.09.02 beskrives igen forværring af allerede bestående symptomer. Dette giver anledning til fornyet MR-skanning 10.09.02, og denne viser: "stor nydannet/recidivprolaps, som fjernes operativt 13.09.02.

Af seneste i journaludskriften forekommende, notat fra kirurgisk ambulatorium, O [redacted] i [redacted] 09.01.03 fremgår, at følger efter det beskrevne forløb er manglende blæretømning, impotens og problemer med afføringen. Har ikke kontrol over luften fra tarmen og må af og til ty til anal irrigation.

2. led:

Spørgsmålet er hypotetisk og kan ikke besvares.

3. led:

Sagsøgte opereres ifølge egen læges journaludskrift på neurokirurgisk afdeling i O [redacted] for cauda equina syndrom. Operationsdato foreligger ikke oplyst. Journaludskrift fra denne indlæggelse foreligger ikke i bilagene.

..."

Af en udtalelse af 11. oktober 2007 fra Retslægerådet fremgår blandt andet følgende:

"Spørgsmål 9:

Giver vagtlæge M [redacted] vidneforklaring, som beskrevet i retsbogsudskriften af 6. marts 2007, anledning til ændringer i svarene på spørgsmål 7 og 8 i udtalelsen af 24. maj 2004 og på spørgsmål 1.1, 3 og 5 i udtalelsen af 12. januar 2007, og da hvilke?

Det fremgår af vagtlæge N[redacted] vidneforklaring, som beskrevet i retsbogsudskriften, at N[redacted] ved sin undersøgelse fandt "let påvirket lukkemuskel ...kraftige sovende snurrende fornemmelser ved ryggen og lænden ... De snurrende fornemmelser fortsatte ned til området ved penisroden. Der var ikke sikker nedsat evne til at føle smerter, når han (E[redacted]) blev nappet. Vidneforklaringen omfatter ikke yderligere oplysninger om forløb, symptomer og objektive fund som beskrevet i vagtlægens notater.

Såfremt denne begrænsede beskrivelse af forløbet, symptomer og objektive fund lægges til grund for vurderingen af E[redacted] situation, er det Retslægerådets opfattelse, at vagtlæge N[redacted] og vagthavende læge på neurologisk afdeling har foretaget et fejlskøn.

Retslægerådet ville imidlertid anse det for en fejl, såfremt læge N[redacted] uden forudgående konferering med vagthavende læge på neurologisk afdeling tog stilling til eventuel indlæggelse respektive undladelse af indlæggelse af E[redacted]."

Forklaringer:

Overlæge, klinikchef M[redacted] har under hovedforhandlingen den 6. marts 2007 forklaret, at hun blev speciallæge i neurologi i 1995. Hun blev overlæge på Neurologisk Afdeling på [redacted] C[redacted] den 1. april 2002, hvorefter hun blev klinikchef den 1. november 2004. Afdelingen er normeret med i alt 14 læger. Det er normalt den vagthavende læge, der ekspederer telefoniske henvendelser fra læger udefra, der søger et godt råd. Disse henvendelser til vagthavende vedrører oftest patienter, der ikke på forhånd er kendt i afdelingen. Det er sædvanligt, at læger udefra blot ringer til sygehuset og beder om vagthavende på den pågældende afdeling. Sådanne telefoniske henvendelser journalføres ikke. Der er typisk 3-5 telefonhenvendelser af denne

type i løbet af en dag. Vagthavende får sædvanligvis ikke et personnummer på den pågældende "nye" patient, medmindre indlæggelse er aktuel. Det kan forekomme, at en vagthavende udfærdiger et notat, hvis vagthavende har afvist et ønske fra en læge udefra om indlæggelse, eller hvis vagthavende ønsker at drøfte en henvendelse på næste morgenkonference. Et sådant notat er vagthavendes eget notat, og det arkiveres ikke i sygehusets system. En drøftelse om eventuel indlæggelse bliver der normalt ikke lavet et notat om. Det fremgår af afdelingens vagtskema, at det var S [REDACTED], der fungerede som vagthavende på afdelingen fra den 17. april 2002 kl. 8.00 til den 18. april 2002 kl. 8.00. En undersøgelse for cauda equina syndrom vil på afdelingen let tage mellem 3 kvarter og 1 time.

E [REDACTED] har under hovedforhandlingen den 6. marts 2007 forklaret, at han udarbejdede den fremlagte beskrivelse om forløbet sammen med sin ægtefælle fredag den 19. april 2002 om formiddagen forud for undersøgelsen på P [REDACTED] [REDACTED]. Hans opfattelse af hændelsesforløbet passer fortsat med, hvad der er anført i beskrivelsen. Han opsøgte vagtlægen den 17. april 2002 cirka kl. 23, fordi han i løbet af dagen havde fået mere og mere ondt. Hans ægtefælle kørte ham til vagtlægen, og hun var også med ved konsultationen. Vagtlægen undersøgte ham omhyggeligt. Selve undersøgelsen varede nok et kvarters tid. Derefter sagde vagtlægen, at han gerne ville konferere telefonisk med en neurologisk sygehuslæge. Vagtlægen bad dem vente udenfor under telefonsamtalen. De tog plads i venteværelset lige uden for vagtlægens dør og kunne høre, at han ringede op og førte en samtale, der nok varede 5-10 minutter. Derefter blev de kaldt ind igen, og vagtlægen fortalte, hvad sygehuslægen havde sagt, nemlig at de skulle se tiden an natten over. Vagtlægen instruerede dem

grundigt om, at hvis han fik vandladnings- eller afføringsbesvær, skulle han kontakte vagtlægen igen. Han mener ikke, at vagtlægen skrev noget i journalen, mens de var i konsultationen, men han fokuserede ikke på dette, da han havde stærke smerter. Torsdag den 18. april 2002 kontaktede han sin egen læge om morgenen. Han kunne dog først få tid hos lægen kl. 14. Under konsultationen kunne hans egen læge se på computeren, hvilke notater vagtlægen havde gjort, og lægen nævnte, at vagtlægen havde været omhyggelig. Da han ikke følte, at hans egen læge tog tilstrækkeligt hånd om situationen, valgte han at bestille tid til en undersøgelse på P [REDACTED] [REDACTED], hvor han fik en tid til dagen efter kl. 14.15. Efter operationen fik han af en læge at vide, at han havde været udsat for en klar lægelig fejl, som han burde klage over.

Han passer fortsat sit arbejde som teknisk chef i en boligforening. Han er uddannet håndværker og har været vant til at lave alt hjemme selv, men det kan han ikke længere. Han bruger kateter 8 gange i døgnet. Han har konstant smerter i mave, baller, ben og fødder.

M [REDACTED] har under hovedforhandlingen den 6. marts 2007 forklaret, at hun er E [REDACTED] ægtefælle. Hun er uddannet sygeplejerske. Beskrivelsen af hændelsesforløbet har hun udført i samarbejde med E [REDACTED] den 19. april 2002, da de ventede på at skulle køre til P [REDACTED] [REDACTED]. E [REDACTED] ryggener begyndte mandag den 8. april 2002. Hun var med ham hos egen læge denne dag, og i de følgende dage var han både hos læge, akupunktør og fysioterapeut. De opsøgte vagtlægen den 17. april 2002 om aftenen, fordi E [REDACTED] symptomer var accellereret, idet han nu også havde føleforstyrrelser i ridebukseområdet. De ankom til vagtlægen omkring kl.

tat. Det første notat er afsluttet kl. 23.34 og det næste notat afsluttet kl. 23.46. Det er ikke sikkert, at han har afsluttet den sidste del af notatet lige efter konsultationens afslutning. Han mødte som vagtlæge den pågældende dag kl. 23, og han kan huske, at E[REDACTED] var den første patient, så det var lige efter kl. 23. Han vil mene, at hele konsultationen varede omkring 3 kvarter. Hvis han kommer i tvivl om en problemstilling, ringer han normalt og taler med en specialist. Det var det, der skete her. Han undersøgte E[REDACTED] for bl.a. et cauda equina syndrom, som han ikke fandt tydelige tegn på. Han fandt imidlertid symptomer, der kunne give mistanke om et cauda equina syndrom, herunder let påvirket lukkemuskel. Det er karakteristisk for personer med rygsmerter også uden cauda equina syndrom. E[REDACTED] havde også en kraftig snurrende sovende fornemmelse ved ryggen og lænden, hvilket heller ikke i sig selv peger på cauda equina syndrom, men da den snurrende fornemmelse fortsatte ned til området ved penisroden, kunne det være et symptom på cauda equina syndromet. Det var på den anden side ikke en sikker indikation, idet E[REDACTED] ikke havde nedsat evne til at føle smerte, når han blev nappet. E[REDACTED] ægtefælle var også til stede. Han sagde til den, at han ville ringe til sygehuset og tale med neurologisk vagthavende. Han ringede til omstillingen på sygehuset og bad om vagthavende på neurologisk afdeling. Han husker ikke navnet på den vagthavende neurolog, han talte med. Han havde ikke svært ved at komme igennem. Han forklarede den vagthavende om de fundne symptomer for at høre, om disse var symptomer på cauda equina syndromet, og om E[REDACTED] burde indlægges. Vagthavende sagde, at symptomerne var for diskrete til akut indlæggelse, idet der ikke var tydelige symptomer på cauda equina syndromet. Patienten skulle naturligvis følges tæt, så man var opmærksom på, om han udviklede egentlige symptomer på cauda equina

syndromet. Telefonsamtalen varede nok ca. 3-4 minutter. Derefter talte han igen med E [redacted] og dennes ægtefælle og gav dem oplysning om, hvilke symptomer de skulle være særligt opmærksomme på. Han opfordrede også E [redacted] til at kontakte egen læge dagen efter.

Han blev procesvarslet i 2004 i forbindelse med retssagen i E [redacted] mellem E [redacted] og dennes egen læge. Det var første gang siden konsultationen, at han hørte om sagen.

"Ændret følesans" kan være mange ting, f.eks. både nedsat følesans, øget følesans og sovende/snurrende fornemmelse, og han burde nok have præciseret i journalnotatet af 17. april 2002, at der var tale om en snurrende fornemmelse og ikke nedsat følesans. Under telefonsamtalen sagde han til den vagthavende neurolog, at der var tale om en snurrende fornemmelse. Sphincterfunktionen var let nedsat i styrke, men han vurderede, at det skyldtes en smertereaktion og ikke en svækkelse af selve musklen. Det sagde han også til vagthavende på neurologisk afdeling. Sidste del af notatet indeholder den melding, som han fik fra vagthavende neurolog. Han betvivlede ikke neurologens vurdering.

Speciallæge i almen medicin S [redacted] har under hovedforhandlingen den 6. marts 2007 forklaret, at han ifølge vagtplanen havde vagt på neurologisk afdeling, [redacted] C [redacted] den 17. april 2002. Det kan passe, at han havde vagt fra den dag kl. 8.00 til næste dag kl. 8.00. Vagthavendes opgave er bl.a. at besvare telefoniske henvendelser fra læger uden for sygehuset. Der var på en vagt typisk 0-6 sådanne henvendelser fra læger, der ønskede at rådføre sig med den vagthavende neurolog på sygehuset. Han så vagtlægejournalnotatet af 17. april 2002 fra denne sag, da

han fik det tilsendt i 2004. Han husker intet om en sådan telefonisk henvendelse. Hvis han var blevet præsenteret for de symptomer, der er angivet i vagtlægejournalen, ville han have tilbudt akut indlæggelse. Han kan ikke udtale sig om, hvad han ville have gjort, hvis han var blevet præsenteret for dysæstesi samt let nedsat sphincterfunktion, muligt på grund af en smertereaktion. Telefoniske henvendelser noteres ikke ned. Journaltilførsler sker, hvis patienten i forvejen er kendt i afdelingen. Han har aldrig lavet et notat til eget brug om en telefonisk lægelig henvendelse angående en patient.

M [redacted] har under den fortsatte hovedforhandling den 22. januar 2008 supplerende forklaret, at når vagthavende modtager en henvendelse fra f.eks. en vagtlæge, får vagthavende ikke navn og personnummer på den pågældende patient, medmindre der er tale om en patient, der skal indlægges, eller tale om en situation, hvor vagthavende senere skal ringe tilbage til vagtlægen. De symptomer, som N [redacted] ifølge sin vidneforklaring for landsretten konstaterede hos E [redacted], gav ikke indikationer for en akut indlæggelse. Der var ikke vandladnings- eller afføringsproblemer. E [redacted] fik først vandladningsproblemer den følgende fredag. Hvis E [redacted] var blevet indlagt, ville han være blevet undersøgt på afdelingen, og derefter var han blevet sendt hjem med besked om at henvende sig igen, hvis symptomerne forværredes. Samtidig ville man have bestilt tid til en MR-scanning. Hvis N [redacted] derimod havde givet vagthavende de oplysninger, som fremgår af N [redacted] journalnotat, ville det have ført til, at E [redacted] var blevet tilbudt akut indlæggelse.

E [redacted] har under den fortsatte hovedforhandling den 22.

januar 2008 supplerende forklaret, at han søgte vagtlæge, fordi han efter vedvarende rygsmerter ikke længere havde følesans i området. Hans kone havde prøvet at nappe ham, og da han slet ikke kunne mærke dette, valgte de at søge vagtlæge. De oplysninger, der fremgår af vagtlægens notat, svarer til det, han fortalte vagtlægen.

Procedure:

Region [REDACTED] har til støtte for sin påstand gjort gældende, at selvom det efter bevisførelsen lægges til grund, at vagtlæge N [REDACTED] rettede telefonisk henvendelse til vagthavende på sygehuset, er en sådan telefonisk rådgivning fra sygehuset til vagtlægen ikke omfattet af patientforsikringslovens § 1, stk. 1, idet E [REDACTED] ikke har været undergivet undersøgelse, behandling eller lignende på sygehuset. Den rådgivningsfunktion, som danske sygehuse udøver over for andre læger, beror ikke på en retlig pligt og kan ikke medføre, at der opstår et patientforhold mellem sygehuset og patienten. Det direkte behandlingsansvar påhviler således vagtlægen, der selv hæfter over for sin patient for den rådgivning, som vagtlægen har indhentet hos andre, herunder hos sygehuset. Det er endvidere ikke godtgjort, at den rådgivning, som vagthavende på sygehuset har givet vagtlægen, var anderledes end den, som en erfaren specialist på området ville have givet. Retslægerådets udtalelser af 24. maj 2004 og 12. januar 2007 bygger på den urigtige forudsætning, at N [REDACTED] har givet de oplysninger til vagthavende på sygehuset, som fremgår af N [REDACTED] journalnotat. Det må imidlertid lægges til grund, at vagtlæge N [REDACTED] alene har givet de oplysninger til vagthavende på sygehuset, som N [REDACTED] har forklaret om i landsretten, og disse oplysninger gav ikke tilstrækkelig indikation for en akut ind-

læggelse, hvilket er bekræftet i Retslægerådets udtalelse af 11. oktober 2007. Det er i overensstemmelse med almindelig praksis, at der ikke foretages journalføring på sygehuset af telefoniske henvendelser fra andre læger, og sagsøgeren skal ikke bære risikoen for en eventuel tvivl om, hvad der er sagt under telefonsamtalen mellem N [REDACTED] og den vagthavende. E [REDACTED] har bevisbyrden for, at N [REDACTED] har givet andre oplysninger til vagthavende end de oplysninger, som N [REDACTED] har forklaret om, og denne bevisbyrde er ikke løftet. Det må i den forbindelse komme E [REDACTED] bevismæssigt til skade, at han først har rejst krav over for sygehuset mere end 2 år efter telefonsamtalen, selvom E [REDACTED] allerede i maj 2002 var af den opfattelse, at han havde lidt en skade, idet han allerede på dette tidspunkt foretog anmeldelse til Patientforsikringen af behandlingen udført af egen læge. Der er endvidere ikke holdepunkter for at fastslå, at undladelse af akut indlæggelse har ført til en merskade hos E [REDACTED].

Region [REDACTED] har over for Patientskadeankenævnets afvisningspåstand gjort gældende, at der ikke er grundlag for at afvise den del af regionens påstand, der vedrører tilbagesøgning. Tilbagesøgning er en notorisk konsekvens af regionens påstand om, at E [REDACTED] ikke er påført en skade omfattet af patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1, hvilket også er anført i Patientskadeankenævnets afgørelse. Selvom påstanden vedrørende tilbagesøgning først er fremkommet kort tid før første del af hovedforhandlingen, er der ikke grundlag for at afvise denne, idet såvel Patientskadeankenævnet som E [REDACTED] har haft tilstrækkelig mulighed for at varetage deres interesser, jf. retsplejelovens § 363.

Patientskadeankenævnet og E [REDACTED] har til støtte for på-

standen om frifindelse gjort gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets afgørelse af 4. maj 2005 om, at betingelserne for at yde E [redacted] erstatning efter patientforsikringsloven var opfyldt. Det må lægges til grund, at vagtlæge N [redacted] i telefonsamtalen med vagthavende på sygehuset har beskrevet E [redacted] symptomer svarende til indholdet af N [redacted] journalnotat, der blev udarbejdet umiddelbart forud for telefonsamtalen. Ved afgørelsen af, hvilke oplysninger N [redacted] har givet til vagthavende under telefonsamtalen, må det komme Region [redacted] bevismæssigt til skade, at den vagthavende læge ikke journalførte samtalen. Der er ikke bevismæssig støtte for, at N [redacted] skulle have givet færre oplysninger eller ændrede oplysninger i forhold til journalnotatet. Det fremgår af Retslægerådets udtalelse af 24. maj 2004, at det var en fejl, at vagthavende på sygehuset ikke tilbød at modtage E [redacted] til akut indlæggelse. Selvom landsretten måtte nå frem til, at N [redacted] alene videregav de oplysninger til vagthavende på sygehuset, som han har forklaret om i landsretten, må det også anses for en ansvarspådragende fejl, at den vagthavende på sygehuset ikke udspurgte N [redacted] nærmere om E [redacted] tilstand, idet dette ville have ført til, at vagthavende på sygehuset skulle have tilbudt akut indlæggelse. Den telefoniske rådgivning fra den vagthavende på sygehuset til N [redacted] er omfattet af patientforsikringslovens § 1, stk. 1, idet sygehuset har ydet behandling, undersøgelse eller lignende. Det fremgår af Retslægerådets udtalelser, at der ved symptomer på cauda equina skal ske indlæggelse hurtigst muligt, og der er ikke grundlag for at afvise, at E [redacted] gener er blevet forværret som følge af, at den vagthavende læge på sygehuset ikke tilbød akut indlæggelse den 17. april 2002.

Patientskadeankenævnet har til støtte for påstanden om afvisning af den del af Region [REDACTED] påstand, der omfatter tilbagesøgning af udbetalt erstatning til E [REDACTED], gjort gældende, at denne del af påstanden er fremsat for sent, og der er ikke grundlag for undtagelsesvis at tillade påstanden fremsat. I alle tilfælde er Patientskadeankenævnet ikke rette sagsøgte for denne del af påstanden.

Landsrettens begrundelse og resultat:

Vagtlæge N [REDACTED] udarbejdede to journalnotater om E [REDACTED] [REDACTED] henvendelse den 17. april 2002. Journalnotaterne er udarbejdet med 12 minutters mellemrum, og det første notat indeholder en gengivelse af konstaterede symptomer hos E [REDACTED] [REDACTED], medens det andet notat primært indeholder en gengivelse af konferencen med den neurologiske vagthavende på sygehuset.

Selvom N [REDACTED] forklaring for landsretten om konstaterede symptomer hos E [REDACTED] ikke ganske svarer til det, der er anført i det første journalnotat, lægges det til grund, at N [REDACTED] har videregivet de oplysninger til vagthavende på sygehuset, som fremgår af journalnotatet. Landsretten lægger i den forbindelse afgørende vægt på, at journalnotatet er udarbejdet i umiddelbar tilknytning til telefonsamtalen.

Det lægges endvidere til grund, at den vagthavende på sygehuset sagde til N [REDACTED], at der ikke var grundlag for akut indlæggelse.

Den vagthavende sygehuslæges telefoniske rådgivning, der således angik spørgsmålet om, hvorvidt E [REDACTED] burde ind-

lægges på sygehuset, må derfor efter sit indhold anses for omfattet af patientforsikringslovens § 1, stk. 1.

Efter Retslægerådets udtalelser var det en fejl, at vagthavende læge på sygehuset ikke tilbød akut indlæggelse, og det må anses for overvejende sandsynligt, at E. [redacted] gener er blevet forværret som følge af denne fejl.

Region [redacted] kan derfor ikke få medhold i sin påstand om, at E. [redacted] ikke er påført en skade omfattet af den dagældende patientforsikringslovs 2, stk. 1, nr. 1, ved behandling eller lignende på S. [redacted] Sygehus [redacted].

Spørgsmålet om tilbagesøgning er herefter ikke aktuelt, og landsretten frifinder derfor i det hele Patientskadeankenævnet og E. [redacted].

Region [redacted] skal betale sagsomkostninger til Patientskadeankenævnet med 60.000 kr. og til E. [redacted] med 60.000 kr. Beløbene vedrører udgifter til advokatbistand, og landsretten har ved fastsættelsen af sagsomkostningerne lagt vægt på sagens værdi og udfald samt på omfanget af navnlig sagens forberedelse for landsretten.

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

De sagsøgte, Patientskadeankenævnet og E. [redacted], frifindes.

Sagsøgeren, Region [redacted], skal inden 14 dage betale sagens omkostninger med 60.000 kr. til Patientskadeankenævnet og med 60.000 kr. til E. [redacted].

Sagsomkostningerne forrentes efter rentelovens § 8 a.

Olav D. Larsen

Elisabeth Mejnertz

Lars Christensen

Uden betaling

Udskriftens rigtighed bekræftes

Vestre Landsret den 13. marts 2008

Britt Fusager

Britt Fusager

retssekretær