

Den 10. februar 2014 fødte B sin søn A på Behandlingssted 1. I et journalnotat for den pågældende dag kl. 10.30 er anført:

" ...

PI GA 36+5 overflyttet fra Behandlingssted 3 mhp fødsel.

Venter barn med gastroschisis, planlagt fødsel på Behandlingssted 2. Kommer ind i Behandlingssted 3 med veer, collum udslettet orif 5 cm. Det vurderes ikke muligt at transportere pt til Behandlingssted 2 før fødslen. Tidligere hurtig vaginal fødsel. Der konfereres med såvel obstetrisk som neonatal vagthavende mhp fødselsmåde og efterfølgende beh af barnet. Der anbefales vaginal fødsel, advisering af pæd vagthavende mhp pakning af tarme i plast, glc.drop og hurtig transport til Behandlingssted 2. Pæd for- og bagvagt samt anæstesiologisk vagthavende adviseres og stuen klargøres.

Ved ankomst har pr uregelmæssige veer, ingen progression i de cervikale forkold.

Plan

Afventer veer og videre forløb.

..."

I et andet journalnotat for den pågældende dag kl. 10.30 er bl.a. anført:

" ...

Fødselsnotat

Beskrivelse: Ankommer til FG. Har faet bricanyl under transporten og veerne er nu aftaget. Der lyttes god varierende hjl med doptonen. Informeres om planen for det videre forløb, Samtykker. Foreløbig afventer vi at veerne rejser sig igen.

Læge 1 tager kontakt til pæd. og narkose samt Behandlingssted 2. Pæd og narkose kaldes til fødsel og står for håndtering og transport af barnet umiddelbart efter fødslen.

..."

I et journalnotat for den pågældende dag kl. 10.34 er bl.a. anført:

" ...

Fødselsnotat

Beskrivelse: B har tiltagende veer i ambulance hver 3 - 4 min. Der gives kl.10.07 0,25 mg bricanyl im med nogen effekt. Mærker tiltagende smerter trykken i lænden. Foster vandet ikke gået. Barnet er aktiv.

Kommer trygt til fødegangen i Behandlingssted 1.

..."

I et journalnotat for den pågældende dag kl. 13.00 er bl.a. anført:

" ...

Fødselsforløb

Hjertelyd (FHR)

Tidspunkt: 10.02.14 13:15

Slag pr. 5 sek. x3: 12-13-13

Vandladning, fødsel

Spontan vandladning

Fødselsnotat

Beskrivelse: Veerne tager til nu. Får varmepude over lænden

I et journalnotat for den pågældende dag kl. 14.17 er bl.a. anført:

" ...

Forløsning

10.02.14 14: 17

Fødes en: 1. dreng i SOA. Drejes i forløsningen og omsluttet ved læge

Læge 2 med sterilt stykke. Afnavles langt. Bæres til sechers bord hvor pæd. står klar med steril pose. Overgives herfra til pæd.

Aktionsdiagnose:

Spontan enkeltfødsel med hovedpræsentation D0800

Resultat af fødsel:

Eet levendefødt barn DZ370

Fagperson kontinuerligt på stuen i fødsels aktive fase

Fødselsoplysninger, svangerskabslængde, paritet og tobak

Svangerskabslængde: 35 svangerskabsuger + 6 dage Paritet: 2

Tobaksforbrug under graviditeten: Moder ryger ikke

...

Fødselsforløb

Hjertelyd (FHR)

Tidspunkt: 10.02.14 14:00

Lyttet over et minut

Slag pr. min.: 140

Fødselsforløb

Orificium dilatation

4 - 10 cm: 9

Ledende fosterdel stand

Caput

Stand: 0

Supplerende: stor spændt hindeblære

Fødselsnotat

Beskrivelse: Tiltagende veer. Begyndende pressetrang.

Kald af jordemodersupervisor

Afd.jdm. adviseres om nært forestående fødsel.

Læge kaldt til fødegang

Supplerende: Pæd. bagvagt kaldes til Fødegangen. Obst.fødevagt kaldes og kalder anæstesen.

Fødselsforløb

Hjertelyd (FHR)

Tidspunkt: 10.02.14 13:45

Lyttet over et minut

Slag pr. min.: 145

Fødselsforløb

Hjertelyd (FHR)

Slag pr. min.: 135-150

Vaginaleksploration/ obstetrik

Indikation: progression

Orificium dilatation

4 - 10 cm: 7

Ledende fosterdel stand

Caput

Stand: -2

Supplerende: stor spændt hindeblære

..."

I et journalnotat for den pågældende dag kl. 15.39 er bl.a. anført:

"...

Aktuelt

Nyfødt dreng født vaginalt uge 35+6 kl 14.17 indlægges grundet gastroscisis i afventen på transportholdet. Planlagt forløsning på ^{Behandlingssted 2}, men mor gået i spontan fødsel dd og vurderet 5 cm åben i ^{Behandlingssted 3}, derfor overflyttet direkte til Fødegangen. Graviditeten forløbet ukompliceret frem til scanning ca uge 20, hvor misdannelsen blev påvist. Fulgt med tætte UL-kontroller i ^{Behandlingssted 2}, siden jul hver 14. dag. Der er ved UL påvist dilatation af tarmene, men ikke i en grad hvor man har villet fremskynde fødslen.

Ukompliceret forløsning med afgang af lysegrønt vand. Skriger hurtigt, Apgar 10/1, 10/5 og 9/10 med fratræk for farve. Får lidt O₂ og retter sig. Ns-PH mislykket.

Lægges straks efter forløsning i hø. sideleje i 2 sterile poser, med støttende ble under celet og i ryggen. Får ble og hue på. Vejes og flyttes herefter til C1 i transportkuvøse. Transportholdet adviceres. Noget knirkende ved ankomst til C1, men saturerer 100 % og knirken ophører da der anlægges dobbeltløbet ventrikelsonde og ventriklen tømmes. Der anlægges hurtigt iv-adgang og opstartes sepsisbeh samt efter instruks børneblanding.

...

TILFØJELSE TIL INDLÆGGELSESJOURNAL

Barnet blev meldt til undertegnede ca. kl. 11.00 af obstetrisk vagthavende i ^{Behandlingssted 1}.

Vi aftalte, at obstetrikkerne skulle tage kontakt til Børneafdelingen ^{Behandlingssted 2} mhp. håndtering af barnet med direkte tilbagemelding til undertegnede. Umiddelbart herefter underrettede undertegnede neonatalvagten Læge 3 på Børneafdelingen ^{Behandlingssted 4} mhp. advisering af transportholdet. Det blev drøftet, hvorvidt transportholdet skulle være tilstede under fødslen, og aftalen blev, at transportholdet ville være klar til at køre fra ^{Behandlingssted 4}, så snart barnet var født, hvor vi skulle ringe og opgive fødselvægt, fødselslængde samt almen orientering om barnets tilstand.

Efterfølgende var der løbende kontakt til neonatalvagten på ^{Behandlingssted 4} med statusopdateringer i forhold til fødselsforløbet. Der var ligeledes flere kontakter til obstetrisk vagthavende, som jævnligt holdt mig underrettet om fødsels progression.

Barnet blev forløst kl. 14.17. Straks herefter blev transportholdet adviseret af undertegnede. Efter stabilisering af barnet på fødegangen, blev det transporteret til C1, hvorefter der blev anlagt i.v. adgang og opstartet væsketerapi som anført i primærjournal. Herefter kontaktede undertegnede neonatalvagten på ^{Behandlingssted 2}, hvilket gav anledning til ændring i væskebehandlingen. Neonatalvagten blev informeret om barnets tilstand og tarmenes udseende. Det blev her understreget, at vi endelig ikke måtte manipulere for meget med tarmene pga. risiko for afklemning af krøset.

Kl. 16.00 ankom transportholdet. Barnet var på dette tidspunkt intubationskrævende og blev helt uproblematisk intuberet, fik herefter væskebolus, hvorefter barnet omkring kl. 18.00 blev overført til ^{Behandlingssted 2} ved transportholdet.

..."

I en anmeldelse til Patienterstatningen af 3. januar 2017 anførte B
vedrørende sin søn, A , født den 10. februar 2014,
følgende beskrivelse af behandlingsskaden:

" ...

*Korttarm barn

**Dårlig lever

***Galdevejsatrasi

Vi vidste at A havde gastroskise og gik til kontrol i Behandlingssted 2 hvad 14. dag. Vi blev vist rundt på børneafdelingen og fik at vide at det var en rutine operation, så vi skulle forvente at være indlagt med ham i min. 14 dage, eller indtil hans tarme tog godt imod ernæring. A skulle fødes i Behandlingssted 2 men vi blev gjort opmærksom på, at hvis B gik i spontan fødsel kunne Behandlingssted 1 tage i mod ham. Dog skulle han overflyttes til Behandlingssted 2 med det samme, og opereres inden 2 timer, så vi ville ikke nå at hilse på ham, B går i spontan fødsel i uge 35+6 og alt går galt herefter.

A bliver ikke overflyttet med det samme, men kommer først fra Behandlingssted 1 da han er ca. 4 timer gammel. Vi udtrykker gentagne gange vores bekymring, da vi jo var informerede om vigtigheden af at

A skulle opereres hurtigt efter fødslen. Vi er ikke i tvivl om, at tiden der går er afgørende for, at A tarme "dør" da de er drejet 360 grader om sig selv og blodtilførslen er stoppet.

Dette er grunden til A i dag er leversyg, korttarmsbarn og stadig får parenteral ernæring.

Se vedhæftet notat "Fødsel", samt journal fra Behandlingssted 3 / Behandlingssted 1 .

A modtages i Behandlingssted 2 ca. kl. 20.00 af Læge 4 , altså næsten 6 timer efter hans fødselstidspunkt, selv om vi have faet af vide han skulle været på operationsbordet inden for 2 timer efter fødslen.

Vi ankommer til Behandlingssted 2 og vores liv er ændret på få timer.

Se vedhæftet notat "Dagbog", samt journaler fra Behandlingssted 2 og billeder fra de første dage A lever.

Ud fra billederne mener vi, at enhver læge, eller sygeplejerske burde kunne se tarmene ikke havde det godt og burde have reageret derud fra. Børne kirurg Læge 5 (Behandlingssted 5) har set billederne og mener også alle læger burde reagere på de opsvulmede og meget mørke tarme. Som "almindelige" mennesker kunne vi se, at det ikke så godt ud, og som tidligere nævnt udtrykte vi gentagne gange vores bekymring og vores frustration over, at det ikke blev behandlet som noget akut, som vi var blevet "lovet" det ville blive, hvis det værste skulle ske og vi ikke kunne nå til Behandlingssted 2 som planlagt.

Vi følte at A blev brug som "en attraktion" for de 15 fagpersonaler der var på stuen og vi er frustrerede over at ingen tog affære og fik vores dreng afsted.

Vi mener Behandlingssted 1 har fejlet på mange punkter i forhold til A se vores spørgsmål til Behandlingssted 1 og Behandlingssted 2.

Vi mener Behandlingssted 1 er skyld i at A idag er kronisk leversyg (Galevejsatresi), har korttarmsyndrom og været i gennem alt for meget smerte. Han er opereret 22 gange i stedet for 1-2 gange, han skal leve med sygehusbesøg ret ofte og han får kunstig ernæring og måske skal han det resten af livet. Den form for ernæring er ikke godt for leveren, så det vil altid være en afvejning af hvilken sygdom der skal tages mest hensyn til. A kan risikere at skulle levertransplanteres, hvis hans lever bliver dårligere med tiden, alt dette mener vi også kunne være undgået. Udover at A er i gennem en frygtelig meste smerte pga. Behandlingssted 1 fejl, er vores familieliv blevet voldsom belastet. B kan ikke længere passe et fuldtidsarbejde, hun har nu kun 15 timer i ugen. Det er nødvendigt at have rengøring i hjemmet hver eneste dag så A skånes for bakterier. C som er A storebror, kan ikke længere have et almindeligt "lege—liv" med kammerater i hjemmet. Begge forældre har mange fraværsdage fra jobbet pga kontroller og indlæggelser.

Behandlingssted 1 fejl har ændret vores liv og drømme for altid, vi kan ikke længere rejse, tage i legelands osv, pga. frygt for bakterier som kan koste A sygdom. Hvis vi ikke er forsigtige omkring ham hele tiden kan bakterier sætte sig på leveren, hjernen eller hjertet og dette vil kunne koste A livet. Vi går hver dag med angsten for hvordan A har det i morgen.

Vi går til kontrol på Behandlingssted 5 ca. hver 6 uge hvor A får taget blodprøver, bliver scannet og har en samtale med Læge 5 (børnekirurg) eller Læge 2 (børnelæge samt lever specialist) ..."

I anmeldelsen anførte B følgende gener:

"...

A skal have medicin hver dag resten af hans liv

A kan ikke komme i legelands, badelands osv. pga. bakterierisiko.

A tarme kan ikke optage alt kost og derfor får han kunstig ernæring i gennem en port a cat.

A tarme kan ikke nedbryde alle slags kost og derfor må han ikke indtage grønsager og andre fiberholdige fødevarer, dette gør at han får ekstra vitamin tilskud.

A udvikling begrænses på nogle områder pga. sygdom heriblandt

sprogudvikling, sociale kompetencer m.m.

A mave er meget stor og deform, hvilket besværer ham og gør at han skiller sig meget ud fra de andre børn og dette giver en masse spørgsmål.

Vi har dagligt rengøring i hjemmet, da bakterierne skal holdes væk,

A har op til 10 afføringer pr. dag

A er meget træt og dette begrænser ham i dagpleje m.m.

A har kronisk kløe som følge af sin leversygdom

A kan ikke færdes frit blandt andre børn, i andre hjem, i nærheden af dyr, og begrænses på den måde socialt.

A fremtid er uvis, og det vil med tiden vise sig hvordan han udvikler sig.

..."

Af Behandlingssted 1 bemærkninger til anmeldelsen om behandlingsskaden, som blev afgivet den 4. februar 2017, fremgår bl.a., at man inden B ankomst til afdelingen der havde kontaktet såvel obstetrisk som neonalogisk vagthavende, Behandlingssted 2, der havde anbefalet vaginal fødsel, pakning af tarme i plast, glc.drop og hurtigt transport til Behandlingssted 2, og at B under transport fra Behandlingssted 3 til Behandlingssted 1 med god effekt blev givet et middel til at stoppe veerne, men at det, fordi hun var langt i fødslen og havde en anamnese for hurtig fødsel, blev vurderet, at en transport til Behandlingssted 2 ville indebære en for stor risiko for fødsel i ambulancen.

Den 25. april 2017 afgav obstetriker Læge 6 en lægefaglig vurdering til Patienterstatningen, hvor det i konklusionen bl.a. er anført:

" ...

Det skønnes ikke ESS at transporten blev forsinket, så barnet først blev opereret 7-8 timer efter fødslen. En del af tiden er anvendt til nødvendig stabilisering af barnet, men der skønnes også at være en reel forsinkelse af transporten. Det er min vurdering, at den forsinkede transport og hermed operation af barnet har haft betydning for prognosen.

..."

Den 16. juni 2017 afgav Læge 6 endnu en lægefaglig vurdering til Patienterstatningen. I den var bl.a. anført:

" ...

Der foreligger nu transportjournal, hvoraf fremgår, at der laves aftale om afgang fra Behandlingssted 1 kl 18. Anmodningen er modtaget kl 14.35, altså 18 minutter efter barnets fødsel (kl 14.17), men det fremgår at transporten først afgår fra Behandlingssted 4 kl. 15.20. Der beskrives en utilsigtet hændelse,

som er vanskelig at tolke: "... måtte ringe efter ^{Ambulance 1} efter 30 minutter ...", Det fremgår desuden at transporten var fremme på ^{Behandlingssted 2} kl 19.30.

Vurdering:

Der henvises til tidligere vurdering, som fastholdes.

..."

Af ^{Behandlingssted 4} bemærkninger til anmeldelsen om behandlingsskaden, som blev afgivet den 10. august 2017, fremgår bl.a., at man ikke mener, der er sket en skade, da

" ...

Normal procedure fulgt ved tilkald af neonatalt transporthold. Barnet stabiliseret lege artis inden transport. Transporttider normale.

..."

I relation til spørgsmålet om, hvorvidt transportholdet var længe om at ankomme til ^{Behandlingssted 1}, anførte ^{Behandlingssted 4} :

" ...

Vi har noteret følgende tider:

14.17: Barnet blev født.

14.34: Transportholdet modtager anmodning om transport.

14.37: Transportholdet mobiliserer.

14.40: Transportholdet anmoder AMK om transport med babyambulan-
cen.

15.15: Babyambulancen ankommer til ^{Behandlingssted 4} og opsamler transportku-
vøse og personale.

15.-20: Transportholdet kører fra ^{Behandlingssted 4}.

(Dvs at fra mobilisering til afgang går der 43 minutter, hvilket er det normale med den organisering vi har hvor ambulance-mandskabet skal tages ud af det øvrige beredskab i ^{Behandlingssted 4} og ofte skal rundt om ^{Ambulance 1} -
gården, aflevere deres normale ambulance og hente baby-ambulancen).

16.17: Transportholdet ankommer til ^{Behandlingssted 1}, afd C1.

16.25: Transportholdet overtager behandlingsansvaret for barnet.

Transportholdet kører aldrig før et barn er blevet født. Det er altid meget usikkert hvornår en fødsel finder sted, så spildtiden kan blive meget lang og det indebærer at man samtidigt lukker et ambulanceberedskab i ^{Behandlingssted 4} og optager en læge+ sygeplejerske fra afdelingen.

..."

I relation til spørgsmålet om, hvorvidt transportholdet var for længe på
 Behandlingssted 1 inden de kørte til Behandlingssted 2 med patienten, an-
 førte Behandlingssted 4 :

" ...

Barnet var ved transportholdets ankomst på neonatalafdelingen i
 Behandlingssted 1 ikke klar til transport.

Det var begyndende respirationsinsuffICIENT med respiratorisk acidose
 med pH 7,15 og pCO₂ 9,2. Klinisk fremtrådte det med respiratorisk di-
 stress med respirationsfrekvens på 80-90 og puls på 190.

Der var således risiko for at patienten under transporten vil få respira-
 tionsstop eller betydelig hypoventilation med deraf følgende stor risiko
 for hjerneskade eller død.

Det var således absolut nødvendigt at patienten lægges i respirator in-
 den transporten. Respirator er den eneste mulige form for respirations-
 støtte der bør tilbydes ved gastroskise. Maskeventilation/Non-invasiv
 ventilation eller CPAP er kontraindiceret ved denne tilstand idet man
 ved disse former for ventilation får blæst luft ned i ventrikel og tarm,
 hvilket kan forringe muligheden for at lægge tarmen tilbage under
 operationen.

Under opholdet på neonatalafdelingen i Behandlingssted 1 udføres følgende pro-
 cedurer:

Barnet intuberes efter sedering.

Placering af tuben kontrolleres med røntgen og senere med capnografi.
 Især hos spædbarn med korte luftveje er risiko for displacering af tube i
 en af bronkierne stor¹ hvorfor det er standard at gøre dette.

Der anlægges ekstra IV-adgang (også ifølge standard ved transport)

Der gives væskebolus.

Barnet forflyttes i respirator til transportkuvøsen.

18.15: Transportholdet kører fra neonatalafdelingen i Behandlingssted 1

Dvs at transporholdet bruger 110 minutter på ovenstående procedurer,
 hvilket ligger inden for det normale.

19.30: Transportholdet ankommer til Behandlingssted 2

..."

Den 30. august 2017 afgav speciallæge i pædiatri Læge 7 en speciallæge-
 vurdering til Patienterstatningen, hvori bl.a. var anført:

" ...

Der ønskes svar på følgende

1) Var aftalen mellem Behandlingssted 1 og neonatalvagten på Behandlingssted 4 om, at Behandlingssted 4 transporthold ikke kunne være til stede, når A blev født, i overensstemmelse med er-faren specialiststandard?

...

Det er almindelig praksis for de eksisterende transporthold på Behandlingssted 5 og Behandlingssted 4, at de som regel ikke tager afsted fra udgangspunktet før barnet er født.

I dette tilfælde kunne man dog mene, at fødslen er umiddelbart forestående, idet det drejer sig om en 2. gangsfødende med tidligere hurtigt forløb og man derfor må forvente hurtig fødsel. Man kunne også for at have optimeret forløbet have ringet Behandlingssted 4 tidligere i forløbet for eksempel ved begyndelse af presseperiode.

Aktuelt kontaktes Behandlingssted 4 først 20 min efter barnets fødsel.

Idet modtagelse med en stor bugvægsdefekt er en specialistopgave at hensyn til det senere forløb, kunne man mene at en aftale om at tage fra Behandlingssted 4 for at være tilstede ved eller omkring barnets fødsel havde været fagligt velbegrundet.

Så på trods af at det er vagtholdenes vilkår ville bedste specialiststandard være at have en neonatolog tilstede ved barnets fødsel, og dermed fået barnet hurtigere afsted til Behandlingssted 2

...

Konklusionen er således, at det med altovervejende sandsynlighed havde været et helt andet ukompliceret sygdomsforløb også taget i betragtning at barnet fejler 2 alvorlige misdannelser, såfremt han enten var blevet født i Behandlingssted 2 eller transporteret dertil kort efter fødslen.

De livslange sequelae som denne dreng pådrager sig som leversyg kort-tarmspatient ville han med overvejende sandsynlighed ikke have pådraget sig, såfremt han ikke havde haft så lang tid med afklemmt tarm ..."

Den 8. april 2019 traf Patienterstatningen afgørelse, hvorefter A tarmskade og forværring af galdevejssygdom blev fundet omfattet af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, og Patienterstatningen anerkendte sagen efter lovens § 20, stk. 1, nr. 1, og fastsatte en foreløbig erstatning på 567.700 kr.

Af afgørelsen fremgår bl.a.:

"...

Sagsfremstilling

Du har søgt erstatning, fordi du mener, at din søn A er blevet påført en skade i form af korttarmssyndrom, dårlig lever og galdevejsatresi (manglende udvikling af galdeveje fra lever til tarm, så galde ikke kan føres fra lever til tarm) som følge af behandlingen på Behandlingssted 1 10. februar 2014.

Du har anført, at forløbet efter A fødsel gik for langsomt. Han blev således ikke overflyttet til videre behandling på Behandlingssted 2 i tide, hvilket efter din mening medførte, at hans tarme drejede 360 grader om sig selv. Dette medførte stoppet blodtilførsel og følger heraf.

Nedenfor er en beskrivelse af behandlingsforløbet. Det er ikke meningen at give en fuldstændig gennemgang af alt, der er sket i sagen. Vi beskriver kun de dele af behandlingsforløbet, som er af betydning, når vi skal vurdere, om der er grundlag for at tilkende erstatning efter KEL.

Vi har på baggrund af din anmeldelse, journalmaterialet og sagens øvrige oplysninger lagt følgende hændelsesforløb til grund for afgørelsen:

Din graviditet og den planlagte behandling af A

Din graviditet forløb ukompliceret frem til skanning på Behandlingssted 2 24. oktober 2013 (graviditetsuge 20+2), hvor man konstaterede et ca. 2,8 x 1,8 cm stort tarm-konglomerat (tarmslynge) uden for bughulen. Bugvægsdefekten målte ca. 1,7 cm, men udvidelsen af tarmen inde i maven målte dog kun 6 mm på daværende tidspunkt. Man anbefalede vaginal fødsel omkring graviditetsuge 37 ved normal tilvækst, og man orienterede om, at A formentligt skulle opereres inden for sit første levedøgn.

Du blev herefter fulgt med regelmæssige kontroller på Behandlingssted 2, særligt i sidste del af graviditeten.

Ved kontrol på Behandlingssted 2 22. januar 2014 så man kun tarm uden for maven; både normal og udvidet. Tarmen var 0,49 cm og 1,8 cm i diameter, mens tarmvæggen målte 0,11 og 0,32 cm. Tarmen var inde i maven udvidet svarende til tolvfingertarmen (duodenum). Man konkluderede, at tarmen var mindre udvidet ved undersøgelsen i forhold til tidligere. Der var desuden fin vækst af barnet bortset fra mave-målet, som man tilskrev barnets tarmlidelse. Man planlagde igangsæt-

telse af fødslen i graviditetsuge 37; gerne 18. februar 2014 på

Behandlingssted 2 , men oplyste at det kunne blive aktuelt med forløsning på Behandlingssted 1 , hvis du gik i fødsel tidligere. Barnet skulle i det tilfælde overflyttes til Behandlingssted 2 efter fødslen til videre behandling.

Sidste kontrol 5. februar 2014 viste normal tilvækst, flow og fostervandsmængde. Man vurderede, at de indre organer var normale, men at der var et tarmsegment svarende til ca. 25 cm, der var udvidet til 31 mm. Man skønnede midtlinjedefekten til 21 mm. Den øvrige tarm var kun påvirket i beskedent omfang, og man fastholdt derfor den tidligere plan om igangsættelse.

Den 10. februar 2014 (graviditetsuge 35+6) kontaktede du

Behandlingssted 2 på grund af veer. Da du havde bopæl i By 1 , anbefalede man dig at blive undersøgt på Behandlingssted 1 samme dag, da man vurderede, at køreturen til Behandlingssted 2 . var for risikabel.

Transporten af A til Behandlingssted 2

Den 10. februar 2017 henvendte du dig på Behandlingssted 3 , hvor man konstaterede, at du var i aktiv fødsel. Du fik Bricanyl og blev sendt hurtigt til Behandlingssted 1 .

Inden fødslen var Behandlingssted 1 og neonatalvagten på Behandlingssted 4 i kontakt, da Behandlingssted 4 s transporthold skulle stå for transporten af A til Behandlingssted 2 . Det fremgår af journalen, at det blev drøftet, hvorvidt transportholdet skulle være tilstede under fødslen, og aftalen blev, at transportholdet ville være klar til at køre fra Behandlingssted 4 , så snart barnet var født. Efterfølgende var der løbende kontakt til neonatalvagten på Behandlingssted 4

med statusopdateringer i forhold til fødselsforløbet. Der var ligeledes flere kontakter til obstetrisk vagthavende, som underrettede om fødselens fremgang.

Efter A blev født kl. 14.17, blev transportholdet kl. 14.35 anmodet om transport. Transportholdet blev mobiliseret på Behandlingssted 4 , og babyambulancen ankom dertil kl. 15.15. Den kørte derfra kl. 15.20 og ankom til Behandlingssted 1 kl. 16.17. Transportholdet intuberede og stabiliserede A og kørte fra Behandlingssted 1 kl. 18.15. Der var ankomst til Behandlingssted 2 kl. 19.30.

Det fremgår af mail af 27. april 2017 fra Behandlingssted 4 og af Behandlingssted 4 bemær august 2017, at man aldrig kører, før et barn er født, da det altid er meget usikkert, hvornår en fødsel finder sted, så ventetiden kan blive meget lang, og det indebærer, at der lukkes et ambulanceberedskab i Behandlingssted 4 og optager en læge og en sygeplejerske fra afdelingen.

Det fremgår af transportjournalen, at der under transporten skete en utilsigtet hændelse. Det er svært at læse håndskriften i journalen, men der synes at være tale om, at der skete noget med kuvøsen og låsemekanismen i ambulancen. Behandlingssted 4 har 28. januar 2018 meddelt, at man ikke igttede hændelse bestod i.

Selve fødslen

A blev født på Behandlingssted 1 10. februar 2014 kl. 14.17. Det fremgår af journalen, at din livmoderhals kl. 13.45 var 7 cm. åben. KL 14.00 var den 9 cm. åben. Forløsningen var ukompliceret med afgang af lysegrønt fostervand. A blev overgivet til en børnelæge, som stod klar med en steril pose straks efter forløsningen. A blev lagt i højre sideleje og skreg hurtigt. Hans apgar var på 10/1, 10/5 og 9/10 med fratræk for farve, og han rettede sig fint efter at have fået lidt ilt. Navlesnors-pH mislykkedes. Han fik ble og hue på, og blev overflyttet til børneafdelingen på Behandlingssted 1 i transportkuvøse.

Første notat fra børneafdelingen er skrevet kl. 15.39. Det fremgår heraf, at A havde været noget knirkende ved ankomst til afdelingen, men der var 100 % iltmætning i blodet (saturation), og hans knirken ophørte, da man anlagde en dobbeltløbet ventrikelsonde, og ventriklen tømtes. Der blev hurtigt anlagt intravenøs adgang, startet behandling mod blodforgiftning (sepsis) og givet børneblanding efter instruks. Efter konference med neonatalvagten på Behandlingssted 2, skiftede man til 10 % glukose svarende til barnets døgnmængde.

Under indlæggelsen på børneafdelingen havde A en lidt gullig-gulsten kulør og lidt hurtig puls (takykardi), men virkede tilpas. Han havde desuden stort gastroscisis (defekten i bugvæggen, hvor indre organer ligger uden på kroppen). Tarmene var noget mørke og udvidede, men ifølge journalnotatet havde flere vurderet, at tarmene ikke virkede fordøjede (torkverede). Man informerede løbende en børnelæge på Behandlingssted 2 om A tilstand og tarmenes udseende. alet fra Behandlingssted 1 at Behandlingssted 2 unders anipu-

lere for meget med tarmene på grund af risiko for afklemning af krøset. Man vurderede i Behandlingssted 1, at A hurtigst muligt skulle overflyttes til Behandlingssted 2.

Da transportholdet overtog ansvaret for A kl. 16.25, var han begyndende vejrtrækningsbesværet, og det var derfor nødvendigt at lægge ham i respirator inden transporten til Behandlingssted 2.

Behandlingen af A

Ved ankomst til Behandlingssted 2 var A pakket i pose og korrekt lejret i sideleje med aflastende sonde. Han udviklede overskydende syre i blodet som følge af ophobning af kuldioxid (respiratorisk acidose) og blev intuberet af transportholdet, men ankom med god vejrtrækning. Man konstaterede en stor ansamling af staseprægede tarme i pose. Tarmene syntes spændte og var mørke i farven. Der blev på Behandlingssted 2 foretaget en akut operation med start kl. 22.00, under hvilken man konstaterede, at tyndtarmen var stranguleret og krøset torkveret 360 grader. Tyktarmen (colon) var ikke involveret, og farven på tyndtarmen blev bedre efter at være blevet løsnet og blodcirkulationen dermed genoprettet. Der blev anlagt en såkaldt Gortexmeche på defekten, da der ikke var plads til tyndtarmen inde i maven.

Efterforløbet var præget af et forhøjet niveau af syre i kroppen (svær metabolisk kompenseret acidose med laktatforhøjelse). Der var leverpåvirkning, som man mente skyldtes den svære tarmpåvirkning. A rettede sig gradvist.

Efter man fjernede Gortexmechen få dage senere, konstaterede man 12. februar 2014 flere områder med sorte tørre skorper på tarmen og flere punktformede sorte områder. De øvrige steder så tarmen dog vital ud som tegn på rimelig perforation af tarmgebetet. Tyndtarmen var meget kort og skønsmæssigt i alt ca. 40 cm. Tyktarmen så normal ud. Leveren så også forholdsvis upåfaldende ud, men var yderst skrøbelig og blødende ved mindste berøring, og man vurderede, at afløbet fra leveren havde været hæmmet af de torkverede krøs og tarme, og at leveren som følge deraf var blevet svært påvirket. A var 12. februar 2014 i en svært kritisk tilstand, da der var risiko for tarmperforation, som kunne udvikle sig fatalt.

Efterfølgende var der flere re-operationer af tarmen, der blev forkortet i et omfang, så A blev korttarmspatient.

I april 2014 havde A tegn på gulsot (ikterus; øget ansamling af galdepigment i organismen), og man foretog skanninger, der 15. april 2014 viste manglende udskillelse af galde til tarmen, og der var tegn på forsnævring af galdevejene (galdevejsatresi). Tilstanden var kritisk, og man foretog operation 25. april 2014, hvor man konstaterede skade på tarm og lever. Alle tarmperforationer blev lukket. På grund af galdevejsatresi ville man normalt foretage en Kasai-operation for at rekonstruere galdevejene, men på grund af hævelse, betændelse og utilstrækkelig tarmfunktion var dette ikke tilrådeligt.

Med henblik på videre behandling af galdevejsatresien blev A 29. april 2014 overflyttet til Behandlingssted 5 hvor man 1. maj 2014 alligevel foretog en Kasai-operat tre dages respirator-behandling. Ved operationen etablerede man en forbindelse fra lever til tarm, idet en tarm blev syet op til leveren i stedet for en forbindelse i form af galdeveje.

Det fremgår af journalen fra Behandlingssted 5 2. juli 2014, at operation for 80 % vedkommende vil medføre af galde fra leveren, mens der i 20 % af tilfældene risikeres aftagende leverfunktion, der vil ende med levertransplantation. A skulle følges nøje for straks at komme i antibiotika-behandling ved betændelse i lever- og galdeveje, og hans kost skulle også registreres nøje. A var indlagt i 3 måneder.

Han havde et langvarigt behandlingsforløb og fik en periode parenteral ernæring. Ved kontrol 21. marts 2017 fik han ikke dette længere, men spiste og drak normalt og tog normalt på i vægt.

Vi har indhentet vurderinger af 30. august 2017 og 26. februar 2019 fra overlæge, speciallæge i pædiatri Læge 7, som du er partshørt over.

Begrundelse

Efter KEL § 20, stk. 1, nr. 1, ydes der erstatning, hvis behandlingen har afvejet fra, hvad en erfaren specialist ville have gjort i den givne situation. Det er en betingelse, at patienten er påført en skade, der med overvejende sandsynlighed ville være undgået ved en bedre behandling.

Denne regel betyder, at patienten er berettiget til erstatning i de tilfælde, hvor en erfaren specialist ville have handlet anderledes under de i øvrigt givne forhold, og skaden på den måde med overvejende sandsynlighed ville være undgået.

“De i øvrigt givne forhold” henviser til de forhold, som læger, sygeplejersker, jordemødre og andre sundhedspersoner handler under, fx hvilket udstyr og personale, der er til rådighed. Hvis en given behandling ikke kan lade sig gøre, fordi der mangler fx udstyr eller personale, foreligger der en såkaldt ressourcemæssig begrænsning, og der vil ikke være noget erstatningsansvar efter KEL § 20, stk. 1, nr. 1.

Vi har på baggrund af mailen af 27. april 2017 fra Behandlingssted 4 og på baggrund af Behandlingssted 4 bemærkninger til anmeldelsen af 10. august 2017 overvejet, om det er en ressourcemæssig begrænsning, at transportholdet ikke med det samme, da du kom på Behandlingssted 1, kørte til Behandlingssted 1 og var klar, da A blev født. Vi henviser til, at det de nævnte steder fremgår, at man aldrig kører, før et barn er født, da det altid er meget usikkert, hvornår en fødsel finder sted, så ventetiden kan blive meget lang, og det indebærer, at der lukkes et ambulanceberedskab i Behandlingssted 4 og optager en læge og en sygeplejerske fra afdelingen. Mobiliseringstiden er opgivet til 43 minutter.

Vi vurderer, at der ikke forelå en sådan ressourcemæssig begrænsning. Vi har navnlig lagt vægt på, at det af journalen fra Behandlingssted 1 fremgår, at det blev drøftet, *hvorvidt* transportholdet skulle være til stede, når A blev født, men at *aftalen* blev, at transportholdet skulle køre fra Behandlingssted 4, så snart barnet var født.

Hertil kommer, at Behandlingssted 4 alene henviser til en generel praksis. Det er ikke oplyst, at ambulancen rent faktisk ikke kunne køre med det samme, men alene henvist til, at dette i teorien kunne medføre, at andre med brug for hjælp ikke kunne assisteres.

Der er ikke henvist til retningslinjer for transporter af den pågældende slags.

Vi vurderer herefter, at behandlingen i form af planlægningen af transporten ikke levede op til erfaren specialiststandard. Det er vores vurdering, at Behandlingssted 4 og Behandlingssted 1 burde have planlagt og iværksat en meget hurtigere afhentning på Behandlingssted 1 af A, fordi man vidste, at han havde brug for akut behandling. Behovet for akut specialistbehandling og tidsfaktoren burde være indgået som et særskilt parameter i drøftelserne om, hvornår transportholdet skulle ankomme. Vi vurderer, at skaden med overvejende sandsynlighed kunne være undgået ved en bedre planlægning.

Det er vores vurdering, at den erfarne specialist i hvert fald kl. 13.45, hvor livmodermunden var åbnet til 7 cm., ville have tilkaldt transportholdet fra Behandlingssted 4, da den erfarne specialist ville vide, at fødslen kunne forventes inden for 1-1,5 time.

Den erfarne specialist, som stod for afsendelse af transportholdet, ville på sin side med denne viden have iværksat mobilisering af transportholdet, så transportholdet kunne være i Behandlingssted 1 umiddelbart efter fødslen.

Transportholdet blev rekvireret kl. 14.35, og det ankom på Behandlingssted 1 kl. 16.17. Der er ca. 90 km. mellem Behandlingssted 4 og Behandlingssted 1. Vi lægger til grund, at transportholdet, hvis det var blevet rekvireret kl. 13.45, ville have mobiliseret på ca. 40 minutter og derefter have kunnet være i Behandlingssted 1 i hvert fald omkring kl. 15.15, altså ca. en time efter fødslen kl. 14.17, og ikke først kl. 16.17.

Vi er opmærksomme på, at der i transportforløbet skete en utilsigtet hændelse, men vi kan ikke læse, hvad der er sket, og vi kan ikke få det oplyst. Vi kan derfor ikke se, om der var problemer med at få en ambulance, med at samle vagtholdet, eller om der opstod problemer under udrykningen enten med materiel eller mandskab. Vi har derfor valgt at se bort fra den utilsigtede hændelse og lagt til grund, at transportholdet ville have været fremme i Behandlingssted 1 kl. 15.15.

Under disse omstændigheder kunne A meget hurtigt være blevet gjort klar til transporten og kørt til Behandlingssted 2 uden forsinkelser. Vi lægger herved til grund, at det med overvejende sandsynlighed ikke havde været nødvendigt, at lægge A i respirator fra kl. 15.15, idet han først fra kl. 16.25 havde begyndende vejtrækningsproblemer. Det samlede tidsforbrug fra fødslen fandt sted, til operationen gik i gang, kunne dermed være ca. halveret, set i forhold til det faktiske tidsforbrug.

Ved en sådan tidligere operation ville A med overvejende sandsynlighed være sluppet uden væsentlige eller med betydeligt mindre mén fra tarmene. En bedre behandling af tarmene ville desuden havde medført, at den efterfølgende galdevejssygdom kunne være behandlet bedre og med færre gener for A.

A har derfor krav på erstatning. Både Behandlingssted 4 og Behandlingssted 1 er erstatningsansvarlige.

Vi har fastsat skadedatoen og forårsagelsesdatoen til 10. februar 2014.
Vi har lagt vægt på, at det var den dato, fødslen fandt sted.
..."

Den 7. maj 2019 påklagede Region 1 Patienterstatningens afgørelse til
Ankenævnet for Patienterstatningen.

I en nærmere begrundelse for klagen af 29. maj 2019 anførte regionen bl.a.:

" ...

Juridisk Kontor er uenig i de konklusioner, der drages af Patienterstatningen i afgørelsen.

Patienterstatningen anfører indledningsvist, at Behandlingssted 1
skulle have tilkaldt det neonatale transporthold senest kl. 13.45.

Region 1 bemærker hertil, at det neonatale transporthold
aldrig udsendes før barnet er født, ligesom beslutningen om at ud-
sende transporten træffes af neonatalvagten. Behandlingssted 1

havde således ikke mulighed for at bestemme, hvornår trans-
portholdet skulle rykke ud. Vi henviser til ved lagte retningslinje
"Neonatal transport — opgaver", hvoraf det fremgår, at det neonatale
transporthold kan kontaktes før fødslen, men at de ikke yder en deci-
deret "stand-by" funktion.

Den neonatale transport i Region 1 foregår med regionens
såkaldte babyambulance. Babyambulancen er en del af Region 1
generelle ambulanceberedskab.

Region 1 er en geografisk stor region, der dækker ca.
13.000 km². Hele regionen skal serviceres af et ensartet ambulance-
beredskab, og ambulanceberedskabet skal opfylde de servicemål for
responstider, som regionsrådet har opstillet.

I Region 1 administreres ambulanceberedskabet af
Org1 . De har ansvaret for at sende ambulancerne afsted,
men de har også ansvaret for at overvåge, at et område i regionen
ikke tømmes for ambulancer. I løbet af et døgn flytter de derfor lø-
bende rundt på ambulancerne for at sikre, at alle områder er dækket
i overensstemmelse med de politisk bestemte responstider.

Babyambulancen er som nævnt en del af regionens almindelige be-
redskab. Den er ikke bemandet med eget, fast personale 24 timer i
døgnet. Den er fast parkeret på en Ambulance 1 i Behandlingssted 4 . Når neona-
tal teamet bliver kontaktet omkring en neonatal transport, kontakter

de Org1 og rekvirerer babyambulancen. Org1 tager herefter en almindelig ambulance ude af beredskabet og sender redderne ud for at hente babyambulancen. Ved kørsel med babyambulancen mangler der derfor principielt en ambulance i det planlagte beredskab på det givne tidspunkt.

En ambulances funktion er netop at rykke ud, når der sker noget, så den kan løse sin opgave og straks stå til rådighed igen. Dette gælder også for babyambulancen. Den rykker ud, når barnet er født, men den kan ikke holde ved et hospital og vente på, at en fødsels skal ske. Vi gør her særligt opmærksom på, at A fødsel ikke var planlagt, og Org1 havde derfor ikke mulighed for at planlægge beredskabet herefter på forhånd.

Vi er opmærksomme på, at det fremgår af journalen, at det blev diskuteret med den neonatale transportenhed, om de skulle være til stede allerede ved fødslen, men man aftalte, at de først skulle køre når fødslen havde fundet sted. Juridisk Kontor gør opmærksom på, at uanset formuleringen i journalen, var det, jf. ovenfor, aldrig reelt muligt at udsende det neonatale transporthold før fødslen.

Det er derfor Region 1 opfattelse, at transporten blev tilrettelagt i overensstemmelse med de gældende retningslinjer og erfaringen specialiststandard, jf. KEL § 20, stk. 1, nr. 1.

Patienterstatningen anfører herefter, at hvis det neonatale transporthold var blevet tilkaldt kl. 13.45, ville de have været fremme ved Behandlingssted 1 omkring kl. 15.15 og kunne være kørt umiddelbart efter, da der på dette tidspunkt ikke var behov for respiratorbehandling.

Region 1 finder generelt, at Patienterstatningens afgørelse indeholder rigtig mange gisninger om transport- og behandlingstider, som det er svært at forholde sig til. Når en ambulance rykker ud, vil transporttiden altid afhænge af de konkrete forhold. Faktorer som type af vej, trafik, tidspunkt på dagen m.v. har alle indflydelse på den hastighed, som en ambulance med udrykning kan bevæge sig på.

Det, der faktuel kan siges om mobilisering og transport er, at det fremgår af transportjournalen, at det tager 45 minutter at mobilisere babyambulancen, 57 minutter at køre til Behandlingssted 1, og 8 minutter at overdrage behandlingsansvaret til transportteamet. Lægger man disse tal ned over Patienterstatningens vurdering af, at Behandlingssted 1 skulle have tilkaldt transportholdet 13.45, ville transportholdet have været fremme kl. 15.27 og have overtaget behandlings-

ansvaret kl. 15.35.

Patienterstatningen anfører videre, at transportholdet kunne være kørt videre mod ^{Behandlingssted 2} "umiddelbart efter", da der på dette tidspunkt ikke var behov for respirator behandling.

Transport af neonatale børn er risikofyldt, og som følge heraf kræver opgaven høj, faglig specialisering, omhu og omhyggelighed. I

Region 1 er de neonatale transporter meget detailreguleret gennem retningslinjer, da man ønsker de skal foregå sikkert for både barn og personale. Dette indebærer, at personalet skal igennem en række procedurer, før de kan køre videre med et barn.

Som det fremgår af vedlagte "transport tjekliste", skal personalet gennemgå en fysisk tjekliste, før de kan køre.

Derudover skal de, når det overtager ansvaret for behandlingen, vurdere, om barnet er egnet til transport. I Region 1 overordnede retningslinje om neonatal transport "Den neonatale transportordning i Region 1", er der opstillet nogle overordnede guidelines, som personalet skal overveje. Disse er:

1. Transport er ikke en kurativ procedure.
2. Al transport er individuel afhængig af barnets behov.
3. Ethvert hospital er et bedre hospital end et fly eller en ambulance.
4. Hvis barnet kan blive dårligere, skal man forvente, at det sker.
5. Store problemer er små problemer, man ikke har forudset.
6. Intet varer evigt (ex. ilt og batteri).

Særligt nummer 4 kræver en grundig overvejelse, idet ambulancen på ingen måde er et optimalt sted at udføre behandling.

Det fremgår ikke af Patienterstatningens afgørelse, hvad der skal forstås med "umiddelbart efter", men som det fremgår ovenfor, ville ambulancen ikke køre straks efter overdragelsen af behandlingsansvaret.

Punkt 4 spiller også en stor rolle i forhold til beslutningen om at lægge et barn i respirator. Før transport skal barnet have en sikker luftvej og effektiv ventilation. Hvis der er mistanke om at barnets luftveje eller respiratoriske tilstand kan forværres under transporten, vælger man at intubere barnet og lægge det i respirator inden transporten, da det er en procedure, som både er risikabel og er overordentlig svær at udføre i de fysiske rammer, der er i en transportkuvøse. Vi finder det overvejende

sandsynligt, at man også på et tidligere tidspunkt ville have valgt at lægge A i respirator.

Hvis man igen lægger de faktuelle oplysninger til grund, ville transportholdet som beskrevet ovenfor have været fremme ved

Behandlingssted 1 kl. 15.35. Vi ved også fra transportjournalen, at det tog 1 time og 15 minutter at køre til Behandlingssted 2. Hvis vi lægger Patienterstatningens antagelse til grund om afgangstidspunkt umiddelbart efter overdragelsen, ville de have været fremme ved Behandlingssted 2 kl. 16.50. Kl. 15.39 noterede Behandlingssted 1 i journalen, at der muligvis ville være behov for at lægge A i respirator. Vi ved desuden, at transportholdet valgte at lægge A i respirator umiddelbart efter kl. 16.25, da de overtog behandlingsansvaret. Følger man Patienterstatningens vurdering af tid og behandlingstiltag, ville A altså have fået vejtrækningsproblemer under transporten, 25 minutter før ankomsten til Behandlingssted 2. Hvis transportholdet var kørt fra Behandlingssted 4 før A fødsel, og hvis man var kørt videre mod Behandlingssted 2 umiddelbart efter ankomsten til Behandlingssted 1 uden at lægge A i respirator, ville der altså være opstået en meget alvorlig situation under transporten.

Det er derfor vores opfattelse, at det også ved ankomst på et tidligere tidspunkt ville have været nødvendigt at lægge A i respirator. Det fremgår af transportjournalen, at transportholdet brugte 1 time og 50 minutter på at stabilisere A. Som anført ville transportholdet ved mobilisering kl. 13.45 have overtaget behandlingsansvaret kl. 15.35. Sammenlagt med den tid, der skulle bruges på at lægge A i respirator, ville det have gjort, at ambulancen kørte fra Behandlingssted 1 kl. 17.25. Hvis man lægger til grund, at behandlingen blev forsinket, fordi transportholdet først blev mobiliseret efter A fødsel, er forsinkelsen altså kun 50 minutter.

Såfremt Ankenævnet for Patienterstatningen måtte nå frem til, at der er sket en forsinkelse i transporten, er det Juridisk Kontors opfattelse, at forsinkelsen ikke har haft betydning for A tilstand, og at hans nuværende gener er et resultat af grundsygdommen. Vi anmoder om, at der indhentes en speciallægeerklæring fra en børneabdominal kirurg med henblik på vurdering af, om en forsinkelse på 50 minutter har haft betydning for A tilstand.

Det er således Region 1 opfattelse at:

- Transporten blev udført i overensstemmelse med gældende retningslinjer og regionens beredskabsplan.

- Hvis det lægges til grund, at det neonatale transportteam skulle have været mobiliseret kl. 13.45, ville det stadig være nødvendigt at lægge A i respirator inden afgang fra Behandlingssted 1 .
- Hvis det lægges til grund, at der er en forsinkelse, er den maksimalt på 50 minutter.
- Hvis det lægges til grund, at der er en forsinkelse, har denne ikke haft betydning for udviklingen af A tilstand.

På baggrund af ovenstående anmoder Region 1 Ankenævnet for Patienterstatningen om at behandle sagen.
..."

Af Region 1 retningslinjer "Den neonatale transportordning i Region 1 " fremgår bl.a.:

" ...

GENERELLE REGLER FOR TRANSPORT

1: Transport er ikke en kurativ procedure.

...

Brug den nødvendige tid til at stabilisere barnets tilstand, Dette kan ikke gøres under transporten.

...

Børn med gastro-intestinale eller respiratoriske tilstande skal have ventrikelsonde.

Anlæg stabil intravenøs adgang.

Mål syre-base status, blodsukker hgb, blodtryk og temperatur.

Korriger, om muligt, eventuelle forstyrrelser inden transport.

...

Kopi af moderens og barnets journaler, observationsskemaer, sygeplejekardex og laboratorieskemaer samt røntgenbilleder skal medsendes.

..."

Af Region 1 retningslinjer om den neonatale transports opgaver fremgår bl.a.:

"...

Fremgangsmåde

Transportholdet udfører akutte "step-up" transporter af svært syge børn fra Behandlingssted 6, Behandlingssted 1 og Behandlingssted 7 til behandling på Behandlingssted 4 og Behandlingssted 2 og Behandlingssted 5

...

Transportholdet transporterer børn født og indlagt udenfor regionen, men bosiddende i Region 1, til videre behandling på en neonatalafdeling i Region 1.

Transportholdet udfører elektive tilbagetransporter af børn fra Behandlingssted 4, Behandlingssted 2 og Behandlingssted 5 til Behandlingssted 6, Behandlingssted 1 og Behandlingssted 7.

Transportordningen kan efter anmodning fra andre neonatale transportorganisationer løse opgaver i andre regioner i situationer med flere uopsættelige transportopgaver.

Alle transporter i regionen registreres af transportholdet.

Transportlægen beslutter, hvordan transporten skal foregå ud fra nærmere fastlagte kriterier.

Transportlægen og de lokale læger vurderer i fællesskab, om en transport skal dækkes af det lokale personale eller transportteamet ud fra en overvejelse om barnets tilstand, sygdom og transportholdets responstid **ud fra barnets bedste.**

Transportholdet kan kontaktes allerede under fødslen, hvis man ved at barnet skal overflyttes umiddelbart efter fødslen, men transportteamet yder ikke decideret "stand-by funktion".

..."

Af Region 1 retningslinjer om den neonatale transports forløb fremgår bl.a.:

"...

Fremgangsmåde

Ved ønske om transport kontaktes vagthavende på Nyfødt og Børneintensivt
Behandlingssted 4 .

Neonatalvagten indhenter oplysninger vedrørende patienten, idet de relevante rubrikker i transportjournalen udfyldes. Ligeledes sikres kontaktinformation til afgivendelmodtagende sygehus/afdeling.

...

Neonatalvagten/transportvagten har ansvar for at rådgive anmodende afdeling om barnets behandling, indtil transportholdet er ankommet. Alle råd registreres i transportjournalen.

...

Neonatalvagten/transportvagten rekvirerer transporten hos Org1 . Tidspunktet for dette, samt tidspunktet for afgang fra Behandlingssted 4 indføres i transportjournalen.

Ved afgang fra Behandlingssted 4 gennemgås tjeklisten for udstyr osv.

Ved installering i ambulancen gennemgås tjekliste for sikker installering af udstyr osv.

Tid for afgang noteres i transportjournalen

Ved ankomst til henvisende afdeling gennemgås tjekliste for tilslutning af transport kuvøse til ilt og strøm.

Tid for ankomst noteres i transportjournalen.

Ved ankomst til henvisende sygehus sikres, at patient har patientidentifikation på, og at det er den rette patient.

Ved ankomst til henvisende afdeling giver henvisende læge/behandlerteamet en mundtlig redegørelse for barnets sygehistorie og alt andet relevant. Transportteamet skal orienteres samlet og ikke hver for sig.

Derefter overtager transportteamet ansvaret for patientens behandling. Behandlingsansvaret og ordinationsretten hviler fra nu af helt og holdent på transportteamet.

Detaljer om barnets tilstand ved transportteamets ankomst noteres i transportjournalen

Henvisende afdeling skal opfylde rimelige anmodninger om billeddiagnostik, blodprøver, blodprodukter, medicin eller andet nødvendigt for undersøgelse og behandling af barnet.

Transportteamet har suveræn beslutningsret vedrørende patientens transporterbarhed, eller om patienten skal efterlades på henvisende afdeling.

Et barn er ikke transportabelt:

- Hvis det efter bedste skøn under alle omstændigheder vil dø af sin lidelse inden transporten er tilendebragt.
- Hvis det transportrelaterede stress skønnes at ville påvirke barnet så meget, at det dør af det.

Om nødvendigt skal transportteamet blive på afdelingen til forløbet er afsluttet.

Transportteamets behandling af barnet på henvisende sygehus indføres i transportjournalen.

Patientens status ved transportteamets afgang noteres i transportjournalen.

Ved installation i ambulancen følges tjeklisten for dette.

Under transporten indføres observerede værdier i observationsskemaet.

Evt, nye behandlinger/procedurer under transporten indføres i transportjournalen.

Tidspunkt for ankomst til modtagende afdeling noteres i transportjournalen.

Patientens status ved ankomst til modtagende afdeling noteres i transportjournalen.

Procedurer ved overlevering på anden afdeling end Nyfødt og Børneintensivt Behandlingssted 4 :

Patienten vedbliver at være transportteamets ansvar indtil, der er lavet mundtlig overdragelse til den modtagende afdelings relevante behandlingsteam. Patienten forbliver i transportkuvøsen indtil overdragelsen har fundet sted.

Modtagende afdeling skal have en kopi af transportjournal og observationsskema fra transporten.

Procedurer ved indlæggelse på Nyfødt og Børneintensivt ^{Behandlingssted 4} :
Transportteamet installerer barnet og laver derefter mundtlig overlevering til behandlerteamet.
Transportlægen skriver indlæggelses journalen.

...

Ansvar

Transportlæge og transportsygeplejerske har ansvar for behandling, observation og pleje af patienten fra behandlingsansvaret modtages til det afgives.

Transportlægen har ansvar for udfyldelse af transportjournal herunder transportteamets navne, patientens CPR-nummer, afgangssted, ankomssted, tidsregistrering, samt alle relevante rubrikker vedr anamnese, behandling og værdier vedr. patienten. Transportlægen har ansvar for at transportjournalen er underskrevet med navn, dato og klokkeslet.

Transportsygeplejersken har ansvar for, at observerede værdier under transporten indføres i observationsarket, samt at observationsarket er påført transportsygeplejerskens navn og patientens CPR nummer.
Transportsygeplejersken har ansvar for, at tjekliste udfyldes og dokumenteres.
..."

I en ankeudtalelse til Ankenævnet for Patienterstatningen af 26. juni 2019 anførte Patienterstatningen:

" ...

Regionen anfører, at det reelt aldrig var en mulighed, at det neonatale transporthold kunne udsendes, før fødslen var helt gennemført, da det er fast procedure at vente. Dette sker af planlægningsmæssige hensyn. Vi fastholder, at der i det konkrete tilfælde ved A fødsel var grundlag for at aftale, hvornår transportholdet skulle ankomme til ^{Behandlingssted 1}, jf. regionens vedlagte bilag om Neonatal Transport- opgaver, hvor det afslutningsvist fremgår, at transportholdet kan kontaktes allerede under fødslen, hvis man ved, at barnet skal overflyttes umiddelbart efter fødslen.

Hertil kommer, at vi — som i andre sager — lægger det, der står i journalen til grund, medmindre andet taler imod dette. I denne sag fastholder vi derfor, at det blev drøftet mellem ^{Behandlingssted 1} og ^{Behandlingssted 4}, hvornår transportholdet skulle ankomme.

Endvidere vidste lægerne i dette tilfælde, inden fødslen var sket, at A umiddelbart efter fødslen ville have et transportbehov, da han skulle til ^{Behandlingssted 2} til akut operation. En kørsel til ^{Behandlingssted 1} kunne derfor ikke være en forgæves kørsel. I afgørelsen af 8. april 2019 har Patienterstatningen heller ikke forudsat, at transportholdet burde være ankommet, før fødslen var sket, selv om dette principielt set havde været det ideelle. Vi har dog vurderet, at der var det fornødne sikre grundlag for at tilkalde transportholdet, da fødselsforløbet var betydeligt fremskredet. Dette var tilstrækkeligt til at sikre, at transportholdet ikke ville opleve lang ventetid.

I anken er der også betragtninger om omfanget af en forsinkelse. Vi fastholder de betragtninger om det bedst mulige tidsforløb, der er beskrevet i afgørelsen af 8. april 2019.

Vi tilføjer, at vi ved afgørelsen ikke har lagt vægt på den relativt lange mobiliseringstid, der var, da anmodningen om transport officielt blev modtaget, på trods af at det neonatale transporthold vidste, at en sådan anmodning ville komme. Vi har heller ikke lagt vægt på den oplyste, men ikke nærmere dokumenterede, ”utilsigtede hændelse”, der har forlænget transportfortøbet. Vi fastholder, at der er tale om en forsinkelse i ankomsten til ^{Behandlingssted 1} på mindst en time.

Vi lægger til grund, at A tilstand blev dårligere og dårligere efter fødslen. Det er derfor vores vurdering, at forløbet med at gøre A transportklar kunne være væsentligt forkortet, hvis transportholdet var ankommet tidligere. På grund af den relativt lange tid, der gik fra A blev født, til det neonatale transporthold ankom, var det nødvendigt at stabilisere hans tilstand, herunder at lægge ham i respirator. Dette forløb bidrog yderligere til tidsforbruget, inden A kunne bringes til den absolut nødvendige operation på ^{Behandlingssted 2}.
...”

I en lægefaglig vurdering af 3. juli 2019 til brug for Ankenævnet for Patienterstatningen anførte overlæge med speciale i pædiatri Læge 8 bl.a.

” ...

Konklusion:

På trods af at det ikke er kutyme at køre fra ^{Behandlingssted 4} før fødsel af et barn,

skønnes det under ESS for babyambulancen ikke at være kørt senest i presseperioden for at afhente A, da det var kendt, at barnet ville blive født med en alvorlig misdannelse, der ville kræve hurtig intervention og overflyttelse. Tilstedeværelsen af erfaren neonatolog var også ønskværdig. Havde overflyttelsen sket hurtigere, skønnes det, at A komplikationer var blevet betydeligt mindre (skønsmæssig med en reduktion til >50%). Forløbet ville have været langt mindre alvorligt og med langt færre senfølger.
 ..."

I en lægefaglig vurdering af 20. oktober 2019 til brug for Ankenævnet for Patienterstatningen anførte overlæge Læge 9 bl.a.

" ...

Samlet konklusion

Det er sandsynligt, og endda overvejende sandsynligt, at patienten ville have haft et helt andet sygdomsforløb såfremt patienten var blevet opereret straks efter fødslen. Det vil sige at hvis han var blevet født i Behandlingssted 2 var han blevet opereret akut eller subsidiaært transplanteret umiddelbart efter fødslen.

Patienten har således to alvorlige sygdomme, leversyg korttarmspatient, som han med overvejende sandsynlighed ikke havde pådraget sig, såfremt han ikke havde haft så lang tid med afklemmt tarm.

Det var kendt, at A ville blive født med alvorlig misdannelse, som kræver så hurtig intervention, som overhovedet muligt. Hvis overflyttelsen var sket hurtigere, ville patienten med overvejende sandsynlighed have haft færre komplikationer, og disse komplikationer af ikke så svær grad, som tilfældet var. Man må sige, at forløbet havde været langt mindre alvorligt, og med langt færre senfølger.
 ..."

Ved afgørelse af 27. januar 2020 ændrede Ankenævnet for Patienterstatningen Patienterstatningens afgørelse således, at A ikke har ret til erstatning som følge af behandlingen.

Af afgørelsen fremgår bl.a.:

" ...

Sagsfremstilling

Ankenævnet henviser til den sagsfremstilling, der fremgår af Patienterstatningens afgørelse af 8. april 2019. Det skal dog korrigerende bemærkes, at det var den 10. februar 2014 (og ikke 2017), at man på Behandlingssted 3 konstaterede aktiv fødsel.

Vedrørende adgangen til rekvirering af en babyambulance i

Region 1 fremgår det bl.a. af retningslinjerne "Den neonatale transportordning i Region 1", at anmodning om neonatal transport sker til neonatalvagten på Behandlingssted 4. Forholdsregler ved specielle tilstande, herunder bugvægsdefekter aftales, og der skal afsættes den nødvendige tid til at stabilisere barnets tilstand, da dette ikke kan gøres under transporten. Ved risiko for respiratoriske problemer, skal der tages stilling til intubation, da dette er meget vanskeligt at udføre under transporten. Børn med gastro-intestinale problemer skal have anlagt ventrikel sonde (en sonde i mavesækken) og en stabil intravenøs adgang.

Af retningslinjerne "Neonatal transport — transportdisponering" fremgår det bl.a. under afsnittet "akutte transporter", at dette er transporter, der afvikles så hurtigt som muligt med henblik på at minimere barnets risiko for mortalitet og morbiditet. Under overskriften "ledsagelse" fremgår, at der ved abdominal-kirurgiske lidelser skal være et ledsage-team bestående af en læge og en sygeplejerske.

Af retningslinjerne "Neonatal transport — opgaver" fremgår det bl.a., at transportlægen beslutter, hvordan transporten skal foregå ud fra nærmere fastlagte kriterier. Transportholdet kan kontaktes allerede under fødslen, hvis man ved, at barnet skal overflyttes umiddelbart efter fødslen, men transportteamet yder ikke decideret "stand-by funktion".

I retningslinjerne "Neonatal transport -. transportforløb" følger det af afsnittet "fremgangsmåde", at ved ønske om transport kontaktes vagthavende på Nyfødt og Børneintensivt Behandlingssted 4

. Det er neonatalvagten/transportvagten, der rekvirerer transporten hos Org1, der administrerer ambulanceberedskabet). Ved samtidig anmodning om transport fra to (eller flere) steder prioriteres efter lægelig vurdering. Hvis begge transporter er uopsættelige, kan den neonatale transportordning i Region 2 eller Region 3 anmodes om at løse opgaven.

Bemærkninger fra sagens parter

Region 1 har klaget over Patienterstatningens afgørelse af 8. Region 1 mener, at transporten af A blev planlagt og udført med erfaren specialiststand, og at A ikke er

påført en skade som følge af behandlingen. Han har derfor ikke ret til erstatning.

Region 1 har henvist til de gældende retningslinjer, hvoraf det bl.a. følger, at det neonatale transporthold kan kontaktes før fødslen af et barn, hvis man ved, at barnet skal overflyttes umiddelbart efter fødslen. Det neonatale transportteam sendes dog aldrig ud, før barnet er født. Babyambulancen kan ikke holde og vente ved et hospital på, at fødslen skal ske.

Det er neonatalvagten på ^{Behandlingssted 4}, der træffer beslutning om at udsende transporten. Behandlingssted 1 havde således ikke mulighed for at bestemme, hvornår transportholdet skulle rykke ud. Selv om det står i journalen, at man aftalte, at ambulancen først skulle køre, når fødslen havde fundet sted, var det aldrig en reel mulighed at udsende det neonatale transporthold før fødslen.

Region 1 har videre anført, at babyambulancen er en del af Region 1 generelle ambulanceberedskab, og at den er ikke bemandet med eget fast personale. Ved kørsel med babyambulancen mangler der derfor i princippet en ambulance i det planlagte beredskab på det givne tidspunkt. Da A fødsel ikke var planlagt, havde vagtcentralen ikke mulighed for at planlægge beredskabet herefter på forhånd.

Desuden er det Region 1 opfattelse, at Patienterstatningens afgørelse er baseret på mange gisninger om transport- og behandlingstider. Hvis de faktuelle transporttider mv. lægges til grund, udgør den samlede transportforsinkelse kun 50 minutter. Selv om transportteamet havde været mobiliseret kl. 13.45, ville det have været nødvendigt at lægge A i respirator før afgang fra Behandlingssted 1, idet der ved transport skal tages højde for, at den respiratoriske tilstand kan blive forværret under transporten. Hvis A ikke havde været lagt i respirator forud for afgang fra ^{Behandlingssted 1}, ville der være opstået en meget alvorlig situation under transporten.

Region 1 har anmodet om, at der indhentes en speciallægeerklæring fra en børneabdominalkirurg med henblik på vurdering af betydningen af forsinkelsen på 50 minutter. Efter regionens opfattelse har en forsinkelse på 50 minutter ikke haft betydning for udviklingen af A tilstand, som er forårsaget af hans grundsygdom.

Der er ikke anført bemærkninger til den erstatning, som Patienterstatningen har tilkendt.

A
B er ikke fremkommet med bemærkninger til sagen på vegne af A .

Begrundelse for afgørelsen

Ankenævnet vurderer, at A ikke har ret til erstatning, jf. § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1, i klage- og erstatningsloven.

Behandlingen af A på Behandlingssted 1 og Behandlingssted 4 den 10. februar 2014 blev udført, som en erfaren specialist på det pågældende område ville have gjort.

Ankenævnet bemærker følgende til afgørelsen:

Det ydes erstatning efter klage- og erstatningslovens § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1, hvis en patient er påført skade som følge af forsinket diagnosticering eller behandling. Det er en betingelse, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have iværksat en anderledes behandling. Det er også en betingelse, at skaden med overvejende sandsynlighed (over 50 %) ville være undgået herved.

Bestemmelsens ordlyd "under de i øvrigt givne forhold" betyder, at der ved vurderingen af, hvad en erfaren specialist ville have gjort, skal tages udgangspunkt i de konkrete omstændigheder på behandlingstidspunktet og ikke i en optimal sygehusstandard. Ventetid på behandling som følge af ressourcemæssige begrænsninger, udløser således ikke automatisk ret til erstatning.

Behandlingen på Behandlingssted 1 ;

Det er ankenævnets vurdering, at behandlingen på Behandlingssted 1 var i overensstemmelse med, hvad en erfaren specialist ville have gjort under de i øvrigt givne forhold. Der er dermed ikke grundlag for at yde erstatning efter klage- og erstatningslovens § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1.

Ankenævnet har ved vurderingen lagt vægt på, at den vagthavende på Behandlingssted 1 ifølge sagens oplysninger kontaktede neonatalvagten på børneafdelingen, Behandlingssted 4 , sidst på formiddagen den 10. februar 2014 med henblik på advisering af transportholdet. Det blev ifølge journalen aftalt, at transportholdet ville være klar til at køre fra Behandlingssted 4 , så snart barnet var født, og at den vagthavende i Behandlingssted 1 efter fødslen skulle ringe og opgive fødselsvægt,

fødselslængde og almen orientering om barnets tilstand.

Behandlingssted 1 var herefter løbende i kontakt med neonatalvagten i Behandlingssted 4 med statusopdateringer i forhold til fødselsforløbet, og neonatalvagten i Behandlingssted 4 blev adviseret straks efter fødslen.

På baggrund af ovenstående finder ankenævnet, at man på

Behandlingssted 1 gjorde alt, hvad man under de givne omstændigheder kunne for at sikre hurtig overflytning af A til Behandlingssted 2. Selv om det fremgår af journalen, at kørslen blev aftalt med neonatalvagten på Behandlingssted 4, så er det ifølge regionens retningslinjer Behandlingssted 4, der har ansvaret for at beslutte, hvordan transporten skal foregå og for at bestille transporten.

Hvad angår behandlingsforløbet efter fødslen og frem til det tidspunkt, hvor transportteamet overtog ansvaret for behandlingen, fremgår det af journalen, at A straks efter fødslen blev lagt i højre sideleje i 2 sterile poser med støttende ble under tarmudposningen (celet) og i ryggen. Det fremgår videre, at neonatalvagten på Behandlingssted 2 blev kontaktet og informeret om A tilstand og tarmenes udseende med henblik på at sikre, at A fik den bedst mulige behandling under de givne omstændigheder. Anvisningerne fra Behandlingssted 2 blev fulgt, og det er i journalen beskrevet, at der ikke kunne ses tegn på torkvering (snoing) af tarmene.

Samlet vurderer ankenævnet på denne baggrund, at betingelserne for at pålægge Behandlingssted 1 et ansvar for de skader, som A pådrog sig, ikke er opfyldt.

Behandlingen på Behandlingssted 4 :

Det er ankenævnets vurdering, at behandlingen på

Behandlingssted 4 var i overensstemmelse med, hvad en erfaren specialist ville have gjort under de i øvrigt givne forhold. Der er dermed ikke grundlag for at yde erstatning efter klage- og erstatningslovens § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1.

Ifølge oplysningerne fra Region 1 beror rekvirering af en babyambulance på regionens retningslinjer herom. Heraf følger det bLa., at anmodning om transport skal ske til neonatalvagten på Behandlingssted 4, som herefter tager stilling til det konkrete kørselsbehov og rekvirerer transporten hos vagtcentralen, der administrerer ambulanceberedskabet. Transporten af børn med abdominal-kirurgiske lidelser, sådan som A havde, skal bistås af et ledsageteam bestående af en læge og en sygeplejerske. Transportteamet kan kontaktes allerede under føds-

len, hvis man ved, at barnet skal overflyttes umiddelbart efter fødslen, men teamet yder ikke decideret stand-by funktion.

Ankenævnet vurderer på baggrund af de fremsendte oplysninger fra Region 1, herunder de fremsendte retningslinjer, at neonatalvagtens adgang til at rekvirere en babyambulance er yderst begrænset i tilfælde, hvor der ikke er tale om en planlagt fødsel, og hvor vagtcentralen derfor ikke på forhånd har haft mulighed for at planlægge beredskabet herefter. Formuleringen "decideret stand-by funktion" må dog efter en naturlig sproglig fortolkning forstås således, at der i særlige tilfælde er mulighed for at rekvirere en babyambulance, hvis der er et akut kørselsbehov, og hvis kørslen kun er forbundet med ganske kortvarig ventetid for transportteamet.

Ankenævnet kan oplyse, at det er meget svært at forudsige, hvornår det egentlige fødselstidspunkt kan forventes, selv når et fødselsforløb nærmer sig sin afslutning og livmodermunden er næsten åben. Selve fødslen vil af forskellige årsager kunne trække ud, ligesom fødslen også sent i forløbet kan gå helt i stå. Fødselsforløbet kan dermed blive forlænget i flere timer. Disse forhold kan ligeledes gøre sig gældende i tilfælde, hvor moren — som i A tilfælde — har født tidligere og haft et planmæssigt og hurtigt fødselsforløb. Hertil kommer, at A mor havde fået medicinske præparater, der havde til formål at stoppe eller udsætte fødslen, og at kørsel forud for fødslen både lægger beslag på en ambulance samt på en læge og en sygeplejerske i ventetiden på fødslen.

Under de givne omstændigheder var det efter ankenævnets vurdering inden for rammerne af, hvad en erfaren specialist på området ville have gjort, at neonatalvagten besluttede at afvente A fødsel før afsendelse af babyambulancen.

Det skal i tilknytning hertil bemærkes, at vurderingen af, om behandlingen er udført, som en erfaren specialist ville have gjort, skal ske ud fra den viden, som var til stede eller kunne opnås på behandlingstidspunktet. Den efterfølgende viden om, at fødslen af A viste sig at forløbe uden forsinkelse, kan dermed ikke tillægges betydning.

Det kan endvidere ikke tillægges betydning, at der muligvis var en ledig ambulance til rådighed, da retningslinjerne er fastsat under hensyn til regionens samlede beredskab, der bl.a. skal sikre, at der er disponible ambulancer til borgere, der måtte have brug for akut hjælp. Hvorvidt akutberedskabet skal have kapacitet til en decideret stand-by funktion, hvor både ambulance og ledsageteam bestående af bl.a. en læge og en sygeplejerske holder og venter på barnets fødsel, beror på en politisk-

økonomisk prioritering, som det falder uden for ankenævnets kompetence at efterprøve.

Ankenævnet ændrer derfor Patienterstatningens afgørelse af 8. april 2019, sådan at A ikke har ret til erstatning efter reglerne i klage- og erstatningsloven.
..."

Af Retslægerådets besvarelse af 22. juni 2022 fremgår blandt andet:

"...

Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes vurdere, om det er i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægefaglig standard på behandlingstidspunktet, at ambulancen først blev sendt afsted til Behandlingssted 1 efter fødslen, når der henses til sagens faktiske omstændigheder og de lægefaglige oplysninger tilgængelige på beslutningstidspunktet. Der henvises til bilag 1-3, 6, 7, 9, 15, 16, A og B.

Såfremt Retslægerådet vurderer, at ambulancen burde have været sendt afsted på et tidligere tidspunkt, bedes Retslægerådet ligeledes vurdere, hvornår ambulancen burde have været sendt afsted.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Der er ikke enighed blandt de sagkyndige vedrørende besvarelsen af dette spørgsmål:

Speciallæge Læge 10, overlæge Læge 11 og overlæge Læge 12 besvarer spørgsmålet som følgende:

Formålet med dedikerede neonatale transporthold udgående fra de fire højtspecialiserede neonatalafdelinger i Danmark: Behandlingssted 8, Behandlingssted 4, Behandlingssted 2 og Behandlingssted 5, er at sørge for, at den højtspecialiserede ekspertise kommer hen til barnet så hurtigt som muligt. Stillingtagen til hastegrad skal altid bero på en konkret vurdering af det enkelte barns sygdom. Af Region 1 retningslinjer vedrørende den neonatale transportordning fremgår det, at babyambulancer som udgangspunkt først sendes afsted, når fødslen er overstået. Retningslinjerne er, ud over det lægefaglige, også baseret på organisatoriske og økonomiske forhold. Uanset gældende retningslinjer for kørsel med babyambulance burde disse i det konkrete tilfælde være fraveget, baseret på et lægeligt skøn. I den konkrete situation var sagsøger prænatalt kendt med en bugvægsdefekt, som for det første kun kan opereres på Behandlingssted 2 -

■ og Behandlingssted 5 og for det andet skal opereres så hurtigt som muligt. Tarmens tilstand umiddelbart efter fødslen er afgørende for, hvor hurtigt operationen skal udføres. Nogle gange skal operation foretages umiddelbart – andre gange kan det vente flere timer. Det er derfor vigtigt, at denne vurdering foretages så hurtigt som muligt efter fødslen, da man ikke på forhånd kan udtale sig om tarmenes tilstand. Dog fremgår det af materialet, at man allerede intrauterint havde set ”dilaterede tarme”, hvilket, trods usikkerheden af dette fund, tyder på, at der allerede i fostertilstanden var en påvirkning af tarmene. Fødslen var fremskreden, og den fødende kvinde kunne ikke flyttes fra

Behandlingssted 1 til Behandlingssted 2. Den fødende var desuden 2. gangs fødende, og derfor var der en risiko for hurtig progression i fødslen. På denne baggrund vurderer disse voterende, at babyambulancen og det dedikerede neonatale transporthold burde være blevet sendt afsted inden selve fødslen, således at transportholdet havde været på plads, når barnet kom til verden. Beslutningen om først at sende babyambulancen afsted til Behandlingssted 1 efter fødslen vurderes derfor ikke at være i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægefaglig standard. Med hensyn til tidspunktet for, hvornår babyambulancen burde have været sendt afsted, så fremgår det af sagsakterne (journalnotat den 10. februar 2014 klokken 15:39), at der klokken 11:00 havde været kontakt til Børneafdelingen på Behandlingssted 4

med henblik på advisering af transportholdet. Allerede på dette tidspunkt ville man have kunnet iværksætte transporten og dermed kunne have været til stede ved selve fødslen. Disse voterende vurderer, at babyambulancen burde have været sendt afsted så hurtigt som muligt, da det ikke var muligt at udtale sig om, hvornår barnet ville blive født.

Speciallæge Læge 13 besvarer spørgsmålet som følgende:

Denne voterende vurderer, at det levede op til alment anerkendt lægefaglig standard, ved i det konkrete tilfælde ikke at afvige fra vejledningen, med hensyn til først at tilkalde transportholdet da barnet er født. Det havde været optimalt, hvis transportholdet havde været til stede ved fødslen, så man derved kunne have afkortet transporttiden fra cirka 6 timer til cirka 4 timer. Sådan vil man imidlertid kunne argumentere ved en meget stor del af de tilfælde, hvor transportholdet tilkaldes. Denne voterende vurderer således, at den lægefaglige standard, som man på dette område tilbyder i dag, ikke er optimal, men at den er opfyldt i dette tilfælde.

Spørgsmål 2:

Sagsøger forstår Region 1 retningslinjer "2.12.2. Den neonatale transportordning i Region 1" (indgår i bilag 13) således, at babyambulancer som udgangspunkt først sendes afsted, når fødslen er overstået.

a. Retslægerådet bedes vurdere, om disse retningslinjer er almindeligt anerkendte og gældende i Danmark, og om der kan være tilfælde, hvor der rent lægefagligt bør ske fravigelse af det anførte udgangspunkt således, at ambulancen er klar til kørsel umiddelbart efter fødslen eller før fødslen, er overstået.

b. Hvilke forhold taler i det konkrete tilfælde henholdsvis for og imod, at udgangspunktet i retningslinjerne burde have været fraveget?

Retslægerådet bedes begrunde sine svar.

Der er ikke enighed blandt de sagkyndige vedrørende besvarelsen af dette spørgsmål:

Speciallæge Læge 10, overlæge Læge 11 og overlæge Læge 12 besvarer spørgsmålet som følgende:

a. Retningslinjerne for håndtering af akutte, interhospital transport af det svært syge nyfødte barn er endnu ikke harmoniserede på landsplan. Således fremgår det eksempelvis af Behandlingssted 5 instruks omkring "in utero transport – neonatologisk assistance", at transporthold kan rekvireres og aktiveres, også selvom barnet endnu ikke er født: "Neonatologisk assistance fra ^{Behandlingssted 5} til lokalsygehus for børn som ikke er født endnu. Problemstillingen optræder især ved truende ekstremt for tidlig fødsel. Af kapacitetshensyn må transportholdet normalt ikke være bundet på lokal afdeling mere end et par timer. Derfor skal det planlægges at barnet forløses når det neonatale transporthold ankommer eller overflyttes in-utero med GN-transportholdet i kortege". Der indgår altid nogle konkrete overvejelser herom, som aldrig må tage mere end 1 time og som omfatter den mest hensigtsmæssige fødselsmåde, muligheden for at udsætte fødslen og risikoen for moderen samt ikke mindst for barnet ved at blive født lokalt med/uden den bedste neonatologiske kompetence og så videre. Disse vurderendes vurdering er derfor, at den konkrete stillingtagen til aktivering af et neonatalt transporthold altid skal bero på en konkret lægefaglig vurdering af disse faktorer.

b. I det konkrete tilfælde er der flere faktorer, der taler for, at transportholdet burde have været aktiveret tidligere: Den prænatalt erkendte bugvægsdefekt med mistanke om intrauterin tarmpåvirkning, den fremskredne fødsel, hvor den gravide ikke kunne flyttes, at der er tale om en sjælden medfødt misdannelse, der umiddelbart efter fødslen

kræver akut vurdering, stabilisering og behandling samt hurtigst mulige transport til højtspecialiseret hospital (Behandlingssted 2 eller Behandlingssted 5) med henblik på kirurgisk intervention. Det, der taler imod, er hensynet til transportholdets tilgængelighed for andre transporter, og at det ikke bliver "låst" i afventen af en fødsel.

Speciallæge Læge 13 besvarer spørgsmålet som følgende:

Der henvises til denne voterendes besvarelse af spørgsmål 1.

Spørgsmål 3:

Med det forbehold, der ligger i, at Retslægerådet skal besvare et delvist hypotetisk spørgsmål, anmodes Retslægerådet om at vurdere, om A helbredsmæssige tilstand ville være bedre i dag, såfremt han var blevet overflyttet til Behandlingssted 2 og behandlet der uden den forsinkelse, der var forårsaget af, at ambulancen ikke var klar til at transportere ham hurtigst muligt efter fødslen.

I bekræftende fald bedes Retslægerådet om muligt vurdere graden af sandsynlighed.

Retslægerådet bedes begrunde sit svar.

Retslægerådet besvarer ikke hypotetiske spørgsmål og spørgsmålet kan derfor ikke besvares konkret. Retslægerådet kan oplyse, at det er velkendt, at varigheden af aflukning af tarmenes blodforsyning (torkivering af tarmkrøset) har relation til graden af de efterfølgende skader (nekroser) på tarmene. Tidsforløbet kan derfor godt have haft en indflydelse på efterforløbet uden, at der kan angives en præcis grad af sandsynlighed.

Spørgsmål 4:

I forlængelse af besvarelsen af spørgsmål 3 bedes Retslægerådet vurdere, om A nuværende lidelser i form af korttarmssyndrom og galdevejsatresi må antages at have været til stede, også selvom A var blevet hurtigere overflyttet og behandlet end tilfældet blev.

Spørgsmålet er af hypotetisk karakter og kan ikke besvares konkret. Der henvises til besvarelse af spørgsmål 3.

Spørgsmål 5:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Spørgsmål A:

Retslægerådet bedes beskrive karakteren af A grundsygdom/grundsygdomme, herunder oplyse, om hans galdevejsatresi er en medfødt lidelse.

Retslægerådet bedes ligeledes oplyse, hvilke helbredsrisici der generelt er forbundet med A grundsygdom/grundsygdomme med den konkrete sværhedsgrad, herunder hvor hurtigt der opstår nekrose af en tyndtarm, der er stranguleret og ligger udenfor bughulen (bilag 3).

Sagsøgers grundsygdom/grundsygdomme er udførligt beskrevet i materialet. Galdevejs-atresi er en medfødt misdannelse, som rammer i gennemsnit 5 børn om året i Danmark. Der er store helbredsrisici forbundet med det sygdomsbillede, sagsøger har, hvilket er udførligt beskrevet i det vedlagte materiale. Omfanget af nekrose af tarmen, og hvor hurtigt det udvikler sig, beror konkret på graden og varigheden af afklemning af blodtilførslen til tarmen og kan derfor variere meget.

Spørgsmål B:

Retslægerådet bedes oplyse, om det forud for A fødselstidspunkt kl. 14.17 den 10. februar 2014 kunne forudsiges med meget høj grad af sandsynlighed, på hvilket tidspunkt han ville blive født. I bekræftende fald bedes Retslægerådet oplyse, hvornår man i fødselsforløbet havde en sådan tilvished grænsende viden om fødselstidspunktet.

Retslægerådet bedes inddrage betydningen af, at A mor kl. 10.07 den 10. februar 2014 var blevet behandlet med 0,25 mg bricanyl med henblik på at udsætte/stoppe fødslen (bilag B).

Fødslen var fremskreden allerede ved indlæggelsen på Behandlingssted 1, og fødslen kunne ikke stoppes, selv om moderen blev behandlet med et vehæmmende middel (Bricanyl). Det er Retslægerådets vurdering, at fødslen med en høj grad af sandsynlighed ville finde sted inden for få timer efter indlæggelsen. Endvidere var den gravide 2. gangs fødende, hvorfor man måtte forvente en hurtig progression af forløbet. Det konkrete forløb: klokken 10:30 er livmodermunden åbnet 5 centimeter, hovedet er ikke trængt ned i bækkenet (-3 centimeter). På dette tidspunkt kan det ikke vurderes, om fødslen vil finde sted inden for få

timer. Klokken 13:45 er livmodermunden åbnet 7 centimeter, og hovedet er begyndt at trænge ned i bækkenet (- 2 centimeter). På dette tidspunkt, er det sandsynligt (mere end 50%), at fødslen vil finde sted inden for få timer. Klokken 14:00 er livmodermunden åbnet 9 centimeter, og hovedet er trængt helt ned i bækkenet (0 centimeter), fødende får begyndende pressetrang. På dette tidspunkt er det sandsynligt (mere end 50%), at fødslen vil finde sted inden for en times tid. Klokken 14:17 fødes barnet.

Spørgsmål C:

I forlængelse af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål B om det forventede fødselstidspunkt, bedes Retslægerådet oplyse, om det på baggrund af den på behandlingstidspunktet tilgængelige viden var i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer, at man mobiliserede babyambulanzen kl. 14.37 den 10. februar 2014 og kørte fra ^{Behandlingssted 4} efter fødslen, hvor man havde modtaget oplysninger om A almentilstand.

Retslægerådet bedes ved besvarelsen inddrage de ressourcemæssige oplysninger om Region 1 akutberedskab, herunder at regionen kun råder over én babyambulance, der også indgår i det almindelige akutberedskab, samt at transportholdet bemannes af en læge og en sygeplejerske fra neonatalafdelingen på Behandlingssted 4.

Endvidere bedes Retslægerådet inddrage Region 1 retningslinjer for kørsel med babyambulanzen, herunder at transportholdet ikke yder decideret "stand-by funktion". Om organiseringen af Region 1 akutberedskab og retningslinjerne for transport med babyambulanzen henvises til bilag 13.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1 og 2.

Spørgsmål D:

Neonatalafdelingen på Behandlingssted 4 har i sine bemærkninger til sagen (bilag 8, s. 3-4) anført, at tidsforbruget på 110 minutter til klargøring af A inden transporten var indenfor det normale, herunder at han under alle omstændigheder skulle intuberes, da det er standard at intubere spædbørn med korte luftveje forud for kørslen.

Retslægerådet bedes oplyse, om Rådet er enig heri, herunder om transportholdets klargøring af A var i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer på behandlingstidspunktet.

Retslægerådet er enig i, at transportholdets klargøring af A forud for kørslen var i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige standarder på behandlingstidspunktet.

Spørgsmål E:

Retslægerådet bedes oplyse, om det følger af almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer, at A skulle være intuberet og lagt i respirator forud for den operation, som han gennemgik på Behandlingssted 2 den 10. februar 2014.

Ja, stabiliseringen og intubationen af patienten med efterfølgende respiratorbehandling er almindeligt anerkendt lægefaglig standard, inden der foretages en operation for medfødt bugvægsdefekt.

Spørgsmål F:

Retslægerådet bedes oplyse, om det havde været forbundet med en øget mortalitets- og komplikationsrisiko, hvis A ikke var blevet intuberet og lagt i respirator forud for transporten, samt i hvilket omfang intubering under transporten er forbundet med øget transporttid.

Transport af nyfødte er forbundet med en øget risiko for barnet, og det er en alment anerkendt lægefaglig standard, at barnet derfor sikres en så stabil situation som muligt. Et led i stabiliseringen af barnets situation er intubation og respiratorbehandling. Intubation under transporten vil kræve, at ambulancen holder stille, hvilket forlænger transporttiden. Intubation i en ambulance er vanskeligere og forbundet med større risiko i forhold til intubation på et hospital.

Spørgsmål G:

A blev født kl. 14.17, og han blev opereret kl. 22, hvilket svarer til en samlet ventetid fra fødsel til operation på 7 timer og 43 minutter. Ventetiden på babyambulancen var maksimalt 1 time og 51 minutter svarende til tidsrummet fra modtagelsen af transportanmodningen kl. 14.34 til transportholdets overtagelse af behandlingsansvaret kl. 16.25 (bilag 8, s. 3). Retslægerådet bedes i forlængelse af svaret på spørgsmål B om det forventede fødselstidspunkt vurdere:

- a. Om skaden på tyndtarmen medførende korttarmssyndrom med overvejende sandsynlighed (mere end 50 %) kunne være undgået, hvis man havde påbegyndt mobiliseringen af ambulancen på det tidspunkt, hvor fødselstidspunktet kunne forudsiges med meget høj grad af sikkerhed.

b. Om leverskaden og det forringede resultat af Kasai-operationen for gal-devejsatresi tilsvarende kunne være undgået.

Spørgsmålet er af hypotetisk karakter og kan ikke besvares konkret. Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 3.

Spørgsmål H:

Retslægerådet bedes i forlængelse af spørgsmål 1 oplyse, om det er i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer på behandlingstidspunktet, at ambulancen blev sendt afsted til Behandlingssted 1 efter fødslen, når der henses til sagens faktiske omstændigheder, herunder Region 1 retningslinjer, omfanget af tilgængelige beredskabsressourcer og de lægefaglige oplysninger tilgængelige på beslutningstidspunktet.

Retslægerådet bedes ud over de i spørgsmål 1 nævnte bilag tillige inddrage bilag 5, 8, 13.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 1 og 2.

..."

Parternes synspunkter

A har i sit påstandsdokument anført:

" ...

ANBRINGENDER:

Det gøres til støtte for den nedlagte påstand overordnet gældende, at planlægningen og transporten af A den 10. februar 2014 ikke levede op til erfaren specialiststandard, jf. lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 20, stk. 1, nr. 1, og at A som følge heraf er påført en skade.

Ad erfaren specialiststandard

Det følger af Region 1 retningslinjer, at babyambulancer som udgangspunkt først sendes afsted, når fødslen er overstået. Som det fremgår af Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse, er dette dog ikke et ufravigeligt udgangspunkt. Dette understøttes også af, at det fremgår af journalen fra Behandlingssted 1, at det blev drøftet, om transportholdet skulle være til stede under fødslen (bilag 1).

Allerede af den årsag er det irrelevant, når sagsøgte gør gældende, at der ved vurderingen i den konkrete sag skal tages hensyn til Regionens

prioritering af ressourceanvendelsen. Regionen har netop udarbejdet retningslinjer, der er udtryk for Regionens prioritering af ressourceanvendelsen, og i disse retningslinjer har Regionen i den forbindelse konkret valgt at åbne op for, at udgangspunktet om, at babyambulancer først sendes afsted, når fødslen er overstået, kan fraviges. Såvel udgangspunktet som undtagelsen er dermed udtryk for Regionens prioritering af ressourceanvendelsen.

Der er dermed ikke tale om et spørgsmål om, hvorvidt retningslinjerne var i overensstemmelse med erfaren specialiststandard, eller om en erfaren specialist havde fraveget ufravigelige retningslinjer. Der er ikke tale om, hvorvidt Regionen skulle have prioriteret anderledes, da de udarbejdede retningslinjerne. Spørgsmålet er, om betingelserne for at udnytte den fravigelsesmulighed, som Regionen selv har indarbejdet i sine retningslinjer, var opfyldt, og det gøres gældende, at det var de.

Ved vurderingen af, om udgangspunktet i retningslinjerne skal fraviges, må der tages hensyn til den konkrete situation.

I nærværende sag var såvel Behandlingssted 1 som neonatalvagten allerede om formiddagen den 10. februar 2014 opmærksomme på, at A utvivlsomt ville have behov for akut behandling af specialister umiddelbart efter fødslen, at hurtig behandling var afgørende, at fødslen var gået i gang om formiddagen, og at der var en risiko for en hurtig fødsel. Der var således ikke tvivl om, at der ville være behov for hurtig transport fra Behandlingssted 1 til Behandlingssted 2 hurtigst muligt efter fødslen, der med en stor grad af sandsynlighed var nært forestående.

Der er således ingen lægefaglige oplysninger i sagen, der tilsiger, at det ikke var nødvendigt, at ambulancen blev sendt afsted, før A blev født med henblik på at sikre hurtigst mulig transport til Behandlingssted 2. Dette understøttes også af samtlige lægefaglige udtalelser i sagen, der alle konkluderer det samme: at ambulancen skulle have været sendt afsted tidligere. Der henvises til bilag 6, 7, 9, 15 og 16.

Dette synspunkt understøttes også af Retslægerådet.

Retslægerådet udtaler sig ikke om "erfaren specialiststandard", da det er en juridisk term og dermed en juridisk vurdering. Retslægerådet udtaler sig alene om "almindelig anerkendt lægefaglig standard". Der er ikke fuldstændigt sammenfald mellem de to begreber, men oftest vurderer domstolene, at en behandling ikke har levet op til erfaren specia-

liststandard, hvis Retslægerrådet har udtalt, at behandlingen ikke var i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægefaglig standard.

Retslægerrådets flertal har ved besvarelsen af spørgsmål 1 konkluderet:

På denne baggrund vurderer disse voterende, at babyambulancen og det dedikerede neonatale transporthold burde være blevet sendt afsted inden selve fødslen, således at transportholdet havde været på plads, når barnet kom til verden. Beslutningen om først at sende babyambulancen afsted til

Behandlingssted 1 efter fødslen vurderes derfor ikke at være i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægefaglig standard.

Ved besvarelsen af spørgsmål 2 udtaler Retslægerrådet endvidere, at der var langt flere faktorer, der talte for at aktivere babyambulancen, end der var faktorer, der talte imod.

Det gøres gældende, at det er uden betydning for vurderingen, at Retslægerrådet ved besvarelsen af spørgsmål B udtaler, at man først kl. 13:45 kunne vurdere, at fødslen ville finde sted inden for få timer, idet Retslægerrådets flertal ved besvarelsen af spørgsmål 1 udtaler, at man uanset kendskab til fødselstidspunktet skulle have sendt babyambulancen afsted:

Med hensyn til tidspunktet for, hvornår babyambulancen havde været sendt afsted, så fremgår det af sagsakterne (journalnotat den 10. februar 2014 kl. 15:39), at der klokken 11:00 havde været kontakt til Børneafdelingen på

Behandlingssted 4 med henblik på advisering af transportholdet.

*Allerede på dette tidspunkt ville man have kunnet iværksætte transporten og dermed kunne have været til stede ved selve fødslen. Disse voterende vurderer, at **babyambulancen burde have været sendt afsted så hurtigt som muligt, da det ikke var muligt at udtale sig om, hvornår barnet ville blive født.** (min fremhævning)*

Det gøres således gældende, at sagsøger har løftet bevisbyrden for, at planlægningen og transporten af sagsøger den 10. februar 2014 ikke var i overensstemmelse med erfaren specialist-standard.

Ad årsagssammenhæng

Det gøres gældende, at det er overvejende sandsynligt, at A ville have haft væsentligt færre følger, såfremt han var blevet transporteret til Behandlingssted 2 hurtigere, se hertil også udtalelsen fra overlægen på Kirurgisk Gastroenterologisk Klinik, Behandlingssted 5 (bilag 16).

Sagsøgte har ikke ved afgørelsen af 27. januar 2020 taget stilling til spørgsmålet om årsagssammenhæng, men dette forhindrer ikke Retten i at prøve spørgsmålet, jf. Østre Landsrets kendelse trykt i UfR 2020, s. 860.

For så vidt angår spørgsmålet om, hvorvidt sagsøger er påført en skade som følge af den forsinkelse, der opstod, fordi babyambulancen først blev sendt afsted efter fødslen, gøres det gældende, at Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 3 understøtter sagsøgers synspunkt om, at der opstod en skade grundet forsinkelsen. Således udtaler Retslægerådet:

Retslægerådet besvarer ikke hypotetiske spørgsmål og spørgsmålet kan derfor ikke besvares konkret. Retslægerådet kan oplyse, at det er velkendt, at varigheden af aflukning af tarmenes blodforsyning (torkøring af tarmkrøset) har relation til graden af de efterfølgende skader (nekrose) på tarmene. Tidsforløbet kan derfor godt have haft en indflydelse på efterforløbet uden, at der kan angives en præcis grad af sandsynlighed.

Det gøres gældende, at særligt når Retslægerådets udtalelse sammenholdes med konklusionerne fra de lægekonsulenter, der har udtalt sig i sagen, har sagsøger løftet bevisbyrden for årsagssammenhæng.

Således udtaler obstetriker Læge 6 i bilag 6 (og fastholder sin vurdering i bilag 7):

Det er min vurdering, at den forsinkede transport og hermed operation af barnet har haft betydning for prognosen.

Samstemmende udtaler speciallæge i pædiatri Læge 7 i bilag 9:

Konklusionen er således, at det med altovervejende sandsynlighed havde været et helt andet ukompliceret sygdomsforløb – også taget i betragtning at barnet fejler 2 alvorlige misdannelser, såfremt han enten var blevet født i Behandlingssted 2, eller transporteret dertil kort efter fødslen.

De livslange sequelae som denne dreng pådrager sig som leversyg kort-tarmspatient ville han med overvejende sandsynlighed ikke have pådraget sig, såfremt han ikke havde haft så lang tid med afklemt tarm

Samstemmende udtaler speciallæge i pædiatri Læge 8 i bilag 15:

Havde overflyttelsen sket hurtigere, skønnes det, at A komplikationer var blevet betydeligt mindre (skønsmæssig med en reduktion til >50 %).

Forløbet ville have været langt mindre alvorligt og med langt færre senfølger.

Og endelig udtaler overlæge Læge 9 samstemmende i bilag 16:

Det er sandsynligt, og endda overvejende sandsynligt, at patienten ville have haft et helt andet sygdomsforløb såfremt patienten var blevet opereret straks efter fødslen. Det vil sige at hvis han var blevet født i ^{Behandlingssted 2} var han blevet opereret akut eller subsidiært transplanteret umiddelbart efter fødslen. Patienten har således to alvorlige sygdomme, leversyg korttarmspatient, som han med overvejende sandsynlighed ikke havde pådraget sig, såfremt han ikke havde haft så lang tid med afklemt tarm.

Det var kendt, at A ville blive født med alvorlig misdannelse, som kræver så hurtig intervention, som overhovedet muligt. Hvis overflyttelsen var sket hurtigere, ville patienten med overvejende sandsynlighed have haft færre komplikationer, og disse komplikationer af ikke så svær grad, som tilfældet var. Man må sige, at forløbet havde været langt mindre alvorligt, og med langt færre senfølger.

Hertil kommer også, at Patienterstatningen – som faktisk foretog prøvelse af spørgsmålet om årsagssammenhæng i sagen – konkluderede, at "Ved en sådan tidligere operation ville A med overvejende sandsynlighed være sluppet uden væsentlige eller med betydeligt mindre mén fra tarmene. En bedre behandling af tarmene ville desuden havde medført, at den efterfølgende galdevejssygdom kunne være behandlet bedre og med færre gener for A."

Det gøres således gældende, at sagsøger har løftet bevisbyrden for, at sagsøger blev påført en skade som følge af den forsinkelse, der opstod, fordi man ikke sendte babyambulancen afsted før efter fødslen.
..."

Ankenævnet for Patienterstatningen har i sit påstandsdokument anført:

" ...

ARGUMENTATION OG ANBRINGENDER

FRIFINDELSESPÅSTANDEN

Prøvelse af ankenævnets afgørelse - bevisbyrde

Til støtte for den nedlagte påstand om frifindelse gøres det overordnet gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse af 27. januar 2020 (bilag 17).

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 og juridisk baggrund, og da ankenævnet behandler et stort antal sager. Ved sagens afgørelse har blandt andet medvirket en dommer, to sagkyndige med lægevidenskabelig baggrund og en jordemoder. Dette må tages i betragtning ved bevisbedømmelsen, og der skal derfor foreligge et sikkert grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse.

Det er A , der har bevisbyrden herfor, og det gøres gældende, at A ikke har løftet bevisbyrden for, at der er et sikkert grundlag for at tilsidesætte afgørelsen.

Om retsgrundlaget og ressourceanvendelse

En patient er berettiget til erstatning, hvis patienten ved behandling, undersøgelse eller lignende med overvejende sandsynlighed (mere end 50 %) er blevet påført en skade, jf. KEL § 19, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, og skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af de i § 20, stk. 1, nr. 1-4, anførte måder. Følger af selve grundlidelsen og dens forløb berettiger ikke til erstatning efter KEL, og det er således alene skade som følge af en (manglende) behandling, undersøgelse eller lignende, som kan danne grundlag for erstatning.

I tilfælde, hvor skaden skyldes forsinket diagnosticering og behandling, ydes der kun erstatning i de i KEL § 20, stk. 1, nr. 1 og 2, nævnte tilfælde, jf. KEL § 21, stk. 1. I denne sag er det alene reglen i § 20, stk. 1, nr. 1, der er relevant.

Efter KEL § 20, stk. 1, nr. 1, er det en betingelse for erstatning, at

"... det må antages, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes ... hvorved skaden ville være undgået" [egen understregning].

Bestemmelsen i KEL § 20, stk. 1, nr. 1, er en uændret videreførelse af den hidtidige bestemmelse i § 2 i lov om patientforsikring. Af forarbejderne til patientforsikringsloven (lovforslag L144/1991) fremgår bl.a., at

"... der [skal] tages hensyn til den konkrete undersøgelses- eller behandlingssituation, herunder de ydre faciliteter, der stod til rådighed, tidsfaktoren ved nødvendigt akut indgreb m.v."

Som led i det lovforberedende arbejde blev der i 1986 udarbejdet en rapport fra den af Indenrigsministeriet nedsatte arbejdsgruppe vedrørende en dansk patient- og lægemiddelforsikringsordning. Af rapporten, s. 84-85, fremgår følgende om tilfælde, som efter arbejdsgruppens opfattelse skulle falde udenfor lovens dækningsområde:

"c. Skaden ville være blevet undgået med en anden behandlingsmetode, men denne stod ikke til rådighed, især af ressourcemæssige grunde.

Denne gruppe adskiller sig fra gruppe B ved, at valg af en alternativ behandlingsmulighed kun fremstod som en teoretisk mulighed, idet man på behandlingstidspunktet af praktiske eller ressourcemæssige grunde ikke havde taget den anden metode i anvendelse herhjemme eller dog ikke på det sygehus, hvor behandlingen fandt sted, uden at der var en praktisk mulighed for at overflytte patienten til et andet sygehus.

En patient lider f.eks. af en alvorlig hjertelidelse, der kun kan helbredes ved en hjertetransplantation, som imidlertid ikke tilbydes herhjemme. Der foreligger ikke eksempler fra retspraksis, men det er givet, at domstolene ikke vil censurere offentlige myndigheders beslutninger om ressourceanvendelsen i sygesektoren m.v., når blot standarden ligger indenfor rammerne af det lægeligt forsvarlige. (...) arbejdsgruppen finder ikke, at en patientforsikring bør anvendes kynisk som et instrument til at udvikle en "optimal" standard for sundhedsvæsenets kvalitet. Tilkendelse af erstatning i disse tilfælde ville nærme sig et garantisyndspunkt, som arbejdsgruppen må tage afstand fra (...)"

Bemærkningen vedrører den bestemmelse, der nu findes i KEL § 20, stk. 1, nr. 3, men arbejdsgruppen kommenterer også den generelle forventning til domstolenes indgriben i forhold, der angår offentlige myndigheders beslutninger om ressourceanvendelse.

I vejledning nr. 125 af 25. juni 1992 om erstatningskriterier i patientforsikringsloven er det i afsnit 3 anført bl.a., at

"... Uundgåelighedsvurderingen gælder på den anden side ikke ubetinget, idet der efter loven skal tages hensyn til de faktiske forhold, hvorunder behandlingen mv. fandt sted. Lovens sigte er ikke at pålægge sygehusene en »optimal« standard uafhængig af tilgængelige ressourcer."

I betænkning 1346/1997 om revision af lov om patientforsikring hedder det i afsnit 2.3.1 om specialistreglen:

"Det afgørende ved vurderingen er, om den erfarne specialist, under de i øvrigt givne forhold, ville have handlet anderledes. Det følger heraf, at der skal tages hensyn til den konkrete undersøgelses- og behandlingssituation, herunder de ydre faciliteter, der stod til rådighed, og tidsfaktoren ved et nødvendigt akut indgreb mv.

Hvis f.eks. en patient indlægges i en akut livstruende situation på et mindre sygehus, hvor der ikke findes avanceret udstyr, og hvis patienten ikke kan tåle at blive flyttet til specialsygehus, skal specialistmålestokken anvendes på grundlag af, hvad den erfarne specialist ville have kunnet udrette under disse forhold – og ikke under de optimale forhold på et specialiseret sygehus."

Ifølge forarbejderne til patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1, nu KEL § 20, stk. 1, nr. 1, skal der således bl.a. tages hensyn til de ydre faciliteter, der stod til rådighed. Hvis ressourcemæssige begrænsninger har betinget udfaldet af en given (manglende) behandling eller undersøgelse, foreligger der ikke et ansvarsgrundlag.

Det følger af retspraksis (bl.a. U.2022.3282H, U.2018.3572H og U.2008.2813H), at domstolene har været tilbageholdende med at tilkende erstatning ud fra betragtninger om ressourceanvendelsen i sundhedssektoren. Selve ressourcefordelingen og tilrettelæggelsen af de tilgængelige ressourcer er et politisk og økonomisk spørgsmål, og det har ikke været intentionen med patientskadeordningens indførelse, at domstolene – eller patientskademyndighederne – skulle censurere offentlige myndigheders beslutninger om ressourceanvendelse i sygehussektoren.

Lovens sigte er ikke at pålægge sygehusene en "optimal" standard, hvor al tilgængelig behandling skal stå til rådighed for den enkelte læge, og hvor en manglende behandlingsmulighed begrundet i en ressourcemæssig prioritering kan danne grundlag for et erstatningskrav iht. KEL.

Grundlæggende lighedsprincipper kan ligeledes ikke føre til, at en region bliver erstatningspligtig i en situation, hvor regionen af ressourcemæssige grunde ikke har kunnet tilbyde en bestemt behandling, jf. bl.a. U.2018.3572H. Det er således forudsat i patientforsikringsordningen, at der både kan være lokale og regionale forskelle på, hvad der i en konkret situation ville kunne berettigede til erstatning.

Retslægerådet

Sagen har været forelagt for Retslægerådet, som har afgivet en udtalelse 22. juni 2022.

Det gøres gældende, at Retslægerådets besvarelse støtter ankenævnets afgørelse.

Sagkyndige vurderinger om lægefaglige forhold og lægefaglige skøn til brug for retssager sker ved forelæggelse for Retslægerådet. Det følger af § 1 i lov om Retslægerådet, og forelæggelsen for Retslægerådet godkendes af retten.

Ankenævnet har været bekendt med de lægelige vurderinger, der er fremlagt som bilag 6, 7, 15 og 16, og kan ikke føre til en tilsidesættelse af ankenævnets afgørelse, som er truffet på baggrund af alle sagens oplysninger. De lægelige vurderinger (bilag 6, 7, 15 og 16) har desuden været en del af det materiale, der blev forelagt Retslægerådet, og Retslægerådet har foretaget en selvstændig vurdering af sagens lægefaglige spørgsmål.

Det gøres gældende, at der i en situation som denne bevismæssigt må lægges afgørende vægt på Retslægerådets vurderinger, herunder bl.a.:

- at det forudsætningsvist følger af flertallets besvarelse (spørgsmål 1), at regionens retningslinjer konkret blev fulgt, ligesom flertallet fastslår, at retningslinjerne både er baseret på lægefaglige, organisatoriske og økonomiske forhold jf. nedenfor pkt. 1.4.1.2, og
- at det følger af specialist i gynækologi og obstetrik (graviditet og fødselshjælp) Læge 13 svar (spørgsmål 1), at det levede op til alment anerkendt lægefaglig standard i det konkrete tilfælde, at man først tilkaldte transportholdet, da barnet var født, og
- at Retslægerådet ikke kan oplyse, med hvor stor grad af sandsynlighed varigheden af aflukningen af tarmene har relation til graden af de efterfølgende skader (nekroser) på tarmene (spørgsmål 3).

Den konkrete sag

Det gøres gældende, at A ikke har løftet bevisbyrden for, at han er påført en behandlingsskade efter KEL § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1. Det må således lægges til grund, at ankenævnet med rette har vurderet, at erstatningsbetingelserne i KEL § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1, ikke er opfyldt.

Anerkendelse af en behandlingsskade efter § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1, kræver både, at behandlingen har været i strid med, hvorledes en erfaren specialist på området under de i øvrigt givne forhold ville have handlet, og at der er indtrådt en skade som følge heraf.

Ad erfaren specialist på området

Ankenævnet gør gældende, at behandlingen på Behandlingssted 1 og Behandlingssted 4 blev udført i overensstemmelse med Region 1 retningslinjer (bilag 13, E. s. 148-162) om, at babyambulancen først må sendes afsted, når fødslen er overstået. Der er derfor ikke grundlag for at yde erstatning efter KEL § 20, stk. 1, nr. 1.

Behandlingen på Behandlingssted 1

Ankenævnet har ved vurderingen lagt vægt på, at den vagthavende på Behandlingssted 1 ifølge sagens oplysninger kontaktede neonatalvagten på børneafdelingen, Behandlingssted 4, sidst på formiddagen den 10. februar 2014 med henblik på advisering af transportholdet.

Det blev ifølge journalen (bilag 1, E. s. 93) aftalt, at transportholdet ville være klar til at køre fra Behandlingssted 4, så snart barnet var født, og at den vagthavende på Behandlingssted 1 efter fødslen skulle ringe og opgive fødselsvægt, fødselslængde og almen orientering om barnets tilstand.

Ifølge Region 1 retningslinjer "Den neonatale transportordning i Region 1" (bilag 13, E. s. 148) og "Neonatal transport – transportforløb" (bilag 13, E. s. 158) er det Behandlingssted 4, der har ansvaret for at beslutte, hvordan transporten skal foregå og for at bestille transporten. Det gøres derfor gældende, at Behandlingssted 1 - som rekvirent af transporten - ikke havde mulighed for at beslutte, at transporten skulle køre, før A var født. Der henvises desuden til bilag 13 (E. s. 144).

Under fødslen var Behandlingssted 1 løbende i kontakt med neonatalvagten på Behandlingssted 4 med statusopdateringer i forhold til fødselsforløbet, hvilket fremgår af journalen (bilag 1, E. s. 93).

A blev født kl. 14.17, og anmodningen om transport blev modtaget kl. 14.35. Den omstændighed, at der gik 18 minutter

fra fødslen, til neonatalvagten blev kontaktet, kan ikke føre til, at behandlingen har afvejet fra, hvorledes en erfaren specialist ville have handlet under de givne omstændigheder, idet A først skulle vejes, måles og have undersøgt sin almene tilstand forud for opkaldet, således at Neonatalvagten på Behandlingssted 4 havde grundlag for at kunne træffe beslutning om kørslen.

Der henvises herved til Region 1 "Neonatal transport – transportforløb" (bilag 13, E. s. 158), hvor det fremgår, at "Neonatal vagten indhenter oplysninger vedrørende patienten, idet de relevante rubrikker i transportjournalen udfyldes."

Ankenævnet gør således gældende, at Behandlingssted 1 gjorde alt, hvad man under de givne omstændigheder kunne for at sikre den bedst mulige behandling under selve fødslen samt hurtig overflytning af A til Behandlingssted 2.

Der henvises desuden til bemærkningerne nedenfor i pkt. 1.4.1.2 vedrørende Retslægerådets udtalelse.

Hvad angår behandlingsforløbet efter fødslen og frem til kl. 16.25, hvor transportteamet overtog ansvaret for behandlingen, fremgår det af journalen (bilag 1, E. s. 92), at A straks efter fødslen blev lagt i højre sideleje i 2 sterile poser med støttende ble under tarmudposningen (celet) og i ryggen. Det fremgår videre, at neonatalvagten på Behandlingssted 2 blev kontaktet og informeret om A tilstand og tarmenes udseende med henblik på at sikre, at han fik den bedst mulige behandling under de givne omstændigheder. Anvisningerne fra Behandlingssted 2 blev således fulgt, og det er i journalen (bilag 1, E. s. 93) beskrevet, at der ikke kunne ses tegn på torkvering (snoning) af tarmene.

Det gøres derfor gældende, at lægerne på Behandlingssted 1 under hensyn til regionens retningslinjer handlede sådan, som en erfaren specialist på området under de givne omstændigheder ville have gjort. Betingelserne i KEL § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1, er derfor ikke opfyldt.

Behandlingen på Behandlingssted 4

Ankenævnet har ved vurderingen lagt vægt på, at rekvirering af en såkaldt babyambulance beror på Region 1 retningslinjer herom (bilag 13, E. side 148-162). Heraf følger det bl.a., at anmodning om transport skal ske til neonatalvagten på Behandlingssted 4

Behandlingssted 4, som herefter tager stilling til det konkrete kørselsbehov og rekvirerer transporten hos vagtcentralen, der administrerer ambulanceberedskabet.

Transporten af børn med abdominal-kirurgiske lidelser som A skal ifølge Region 1 retningslinjer "Neonatal transport – transportdisponering" bistås af et ledsageteam bestående af en læge og en sygeplejerske (bilag 13, E. s. 155-156). Transportteamet kan ved såkaldt akutte "step-up"-transporter af svært syge børn kontaktes allerede under fødslen, hvis man ved, at barnet skal overflyttes umiddelbart efter fødslen, men teamet yder ikke decideret "stand-by funktion", jf. Region 1 retningslinjer "Neonatal transport – opgaver" (bilag 13, E. s. 152).

På baggrund af oplysningerne fra Region 1 (bilag 13), herunder de fremsendte retningslinjer, har ankenævnet med rette vurderet, at neonatal vagtens adgang til at rekvirere en babyambulance var yderst begrænset i et tilfælde som det foreliggende, hvor der ikke var tale om en planlagt fødsel – uanset at der var tale om et svært sygt barn – og hvor vagtcentralen derfor ikke på forhånd havde mulighed for at planlægge beredskabet herefter.

Vurderingen af, hvad en erfaren specialist ville have gjort, skal foretages på grundlag af den viden, som lægen havde på behandlingstidspunktet. Der kan dermed ikke lægges vægt på senere erhvervet viden om fødselens faktiske forløb, herunder at A ville blive født kl. 14.17.

A anbringende om, at neonatalvagten var opmærksom på behovet for hurtig transport mere end 3 timer før fødslen, og at neonatalvagten dermed havde mulighed for at planlægge beredskabet herefter, er en retrospektiv betragtning, idet neonatalvagten ikke på daværende tidspunkt vidste, på hvilket tidspunkt fødslen rent faktisk ville finde sted. Havde man kendt det faktiske fødselstidspunkt, kunne man have nået at køre A mor til Behandlingssted 2 inden fødslen.

Ankenævnet har ved vurderingen også lagt vægt på, at det – som også anført i bemærkningerne fra neonatalafdelingen (bilag 8, E. s. 120) – er meget svært at forudsige, hvornår det egentlige fødselstidspunkt kan forventes, selv når et fødselsforløb nærmer sig sin afslutning, og livmodermunden er næsten åben. Selve fødslen vil af forskellige årsager kunne trække ud, ligesom fødslen også sent i forløbet kan gå helt i stå og dermed blive forlænget i flere timer. Disse forhold kan ligeledes gøre

sig gældende i tilfælde, hvor moderen — som i A tilfælde — har født tidligere og haft et planmæssigt og hurtigt fødselsforløb. Hertil kommer, at A mor havde fået medicin, der havde til formål at stoppe eller udsætte fødslen (bilag B, E. s. 86).

At fødselstidspunktet var behæftet med stor usikkerhed, understøttes af bemærkningerne fra Behandlingssted 4, der har oplyst (bilag 8, E. 120), at det altid er meget usikkert, hvornår en fødsel finder sted. Behandlingssted 4 har ligeledes oplyst, at transportholdet af samme grund aldrig kører, før barnet er blevet født, da spildtid indebærer, at man lægger beslag på et ambulanceberedskab i ^{Behandlingssted 4} samt en læge og en sygeplejerske fra neonatalafdelingen.

Efter ankenævnets vurdering indebærer en naturlig fortolkning af formuleringen "transportteamet yder ikke decideret "stand-by funktion" i retningslinjerne "Neonatal transport – opgaver" (bilag 13, E. 151), at der i særlige tilfælde vil være mulighed for at sende en babyambulance før barnets fødsel, hvis der er et akut kørselsbehov, og hvis kørslen kun er forbundet med en ganske kortvarig ventetid for transportteamet.

Retslægerådets flertal har i besvarelsen af spørgsmål 1 udtalt, at babyambulancen burde have været sendt afsted så hurtigt som muligt, da det ikke var muligt at udtale sig om, hvornår barnet ville blive født. I besvarelsen af samme spørgsmål udtaler flertallet, at *"Uanset gældende retningslinjer for kørsel med babyambulance burde disse i det konkrete tilfælde være fraveget, baseret på et lægeligt skøn"*. Flertallet har altså ved vurderingen af behandlingsstandarden fundet, at lægen skulle have handlet i strid med Region 1 retningslinjer og sendt en babyambulance, selvom det kl. 11.00 ikke var muligt at skønne over det forventede fødselstidspunkt.

Det følger af KEL § 20, stk. 1, nr. 1, og lovens forarbejder, at vurderingen af, hvorledes den erfarne specialist ville have handlet, skal foretages på grundlag af de i øvrigt givne forhold. Heri ligger bl.a., at der ved vurderingen af ansvarsgrundlaget skal tages højde for ressourcemæssige begrænsninger.

Omfanget af Region 1 beredskabskapacitet, herunder om der i akutberedskabet skal være kapacitet til en decideret "stand-by funktion" i tilfælde, hvor barnet endnu ikke er født, og hvor man derfor ikke ved, om barnets tilstand overhovedet vil muliggøre en transport, beror på en politisk-økonomisk prioritering af ressourceanvendelsen i regionen.

I en situation som den foreliggende, hvor der var usikkerhed om både det forventede fødselstidspunkt og A almentilstand på fødselstidspunktet, og hvor den i retningslinjerne fastslåede adgang til at sende en babyambulance til et endnu ufødt barn må anses for yderst begrænset, er det med rette vurderet af ankenævnet, at den erfarne specialist under de givne omstændigheder ville have besluttet af afvente A fødsel før afsendelse af ambulancen.

At pålægge en region et erstatningsansvar i en situation, hvor man af politiske og økonomiske grunde har valgt at indrette akutberedskabet således, at der ikke er kapacitet til at lægge beslag på en ambulance, inkl. en læge og en sygeplejerske, i en situation, hvor en erfaren speciallæge på området skønner, at kørslen vil være forbundet med risiko for ventetid, vil betyde, at man reelt pålægger sygehusene en "optimal" standard uafhængig af tilgængelige ressourcer. Som anført ovenfor i pkt. 1.2 har det ikke været intentionen med patientskadeordningens indførelse.

Det skal ydermere tages i betragtning, at afsendelse af babyambulancen ville lægge beslag på både ambulance, reddere, en læge og en sygeplejerske med den konsekvens, at dette beredskab ikke ville stå til rådighed, hvis et andet nyfødt barn i mellemtiden måtte få behov for akut hjælp. Region 1 har kun én babyambulance, og ambulancen indgår i det almindelige akutberedskab, der skal dække en stor region. Ambulancen kører således ikke kun med nyfødte børn, og der lægges dermed også beslag på ambulancebistand til øvrige borgere.

Retslægerådets flertal fremhæver selv i svaret på spørgsmål 2 b, at der også var hensynet til transportholdets tilgængelighed for andre transportere, og at det ikke bliver "låst" i en afventen af en fødsel, hvilket man fra regionens side af politiske og økonomiske grunde havde gjort op med ved fastlæggelsen af regionens retningslinjer.

Det bestrides således, at der ikke var nogen lægefaglige oplysninger, der tilsagde, at babyambulancen ikke skulle sendes afsted før A fødsel.

Det gøres på denne baggrund gældende, at Retslægerådets flertals besvarelse af spørgsmål 1 ikke kan føre til en tilsidesættelse af ankenævnets afgørelse. Det bemærkes i tilknytning hertil, at det af flertallets besvarelse af spørgsmål 1 forudsætningsvist følger, at regionens retningslinjer konkret blev fulgt, ligesom flertallet fastslår, at retningslinjerne både er baseret på lægefaglige, organisatoriske og økonomiske forhold.

Det gøres endvidere gældende, at ankenævnets vurdering af behandlingsstandarden støttes af Retslægerådets dissentierende læge

Læge 13 svar på spørgsmål 1. Læge 13 er specialist i gynækologi og obstetrik (graviditet og fødselshjælp) og har dermed – i modsætning til Retslægerådets flertal, der består af to børnelæger og en anæstesiolog – en højt specialiseret viden om netop fødsler og fødselshjælp.

Dette skal tages i betragtning ved bevisbedømmelsen og bør efter ankenævnets opfattelse føre til, at speciallæge Læge 13 svar på spørgsmål 1 bevismæssigt skal vægte tungest.

Af Læge 13 svar på spørgsmål 1 kan det udledes, at det levede op til alment anerkendt lægefaglig standard i det konkrete tilfælde, ved at man først tilkaldte transportholdet, da barnet var født. Speciallæge

Læge 13 anfører, at det havde været optimalt, hvis transportholdet havde været til stede ved fødslen for at afkorte transporttiden fra ca. 6 timer til 4 timer, hvilket man ifølge Læge 13 imidlertid kan argumentere for ved en meget stor del af de tilfælde, hvor transportholdet tilkaldes.

Ankenævnet bestrider ikke, at det havde været optimalt, at transportholdet var sendt afsted, før A var født. Lovens sigte er imidlertid ikke at pålægge sygehusene en optimal standard uafhængig af ressourcer. Ved vurderingen af behandlingsstandarden skal der derimod tages hensyn til regionens prioritering af ressourceanvendelsen, hvorefter beredskabet for en babyambulance ikke inkluderede en "stand-by-funktion" (bilag 13, E. 152) i tilfælde, hvor barnet endnu ikke var født, og hvor man derfor ikke ved, om barnets tilstand overhovedet muliggør en transport. Under disse omstændigheder var det efter ankenævnets opfattelse i overensstemmelse med, hvorledes en erfaren specialist på området ville have gjort, at neonatalvagten på

Behandlingssted 4 fulgte vejledningen og afventede fødslen før afsendelse af babyambulancen.

Ankenævnet gør gældende, at det ikke har betydning for sagens afgørelse, om regionens retningslinjer er alment anerkendte, eller at retningslinjerne endnu ikke er harmoniserede på landsplan (spørgsmål 2 a).

Regionen har efter ankenævnets opfattelse udtalt frihed til at prioritere sine ressourcer sådan, som politikerne og administrationen beslutter, og det er indenfor disse rammer, at specialiststandarden skal vurderes og ikke omvendt. Der henvises herved til forarbejderne (lovforslag

L144/1991) til patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1, hvoraf det fremgår, at *"Derimod skal der tages hensyn til den konkrete undersøgelses- eller behandlingssituation, herunder de ydre faciliteter der stod til rådighed, tidsfaktoren ved et nødvendigt akut indgreb m.v. Vurderingen skal således tage udgangspunkt i de konkrete omstændigheder, der forelå på behandlingstidspunktet"*. Det afgørende er altså, om lægerne konkret handlede indenfor rammerne af regionens retningslinjer. I nærværende tilfælde, hvor ressourcemæssige begrænsninger har betinget udfaldet af en given (manglende) behandling eller undersøgelse, foreligger der således ikke et ansvarsgrundlag.

Ankenævnet har derfor med rette vurderet, at neonatalvagtens beslutning om at afvente A fødsel før rekvirering af en babyambulance, under de givne omstændigheder var inden for rammerne af, hvad en erfaren specialist på området ville have gjort.

Ankenævnet gør derfor samlet gældende, at betingelserne i KEL § 21, stk. 1, jf. 20, stk. 1, nr. 1, ikke er opfyldt, hvorfor A allerede af den grund ikke er berettiget til erstatning.

Hvis retten måtte finde, at den erfarne specialist inden for rammerne af retningslinjerne, godt kunne have besluttet at sende babyambulancen afsted før fødslen, gør ankenævnet subsidært gældende, at dette tidligst kunne være sket kl. 13.45, hvor fødslen ifølge Retslægerådet (spørgsmål B) med overvejende sandsynlighed ville finde sted inden for få timer.

Forud for kl. 13.45 var det ifølge Retslægerådet ikke overvejende sandsynligt, at fødslen ville finde sted inden for få timer, hvorefter det heller ikke kan bebrejdes neonatalvagten ikke at sende en babyambulance, som ikke udbyder en stand-by-funktion (bilag 13, E. s. 152).

Skadens omfang og følger

Det gøres gældende, at A ikke har løftet bevisbyrden for, at han er påført en skade som følge af behandlingen, herunder omfanget af denne skade.

Det gøres herunder gældende, at det må anses for behæftet med betydelig usikkerhed, i hvilket omfang A skader på tarm, lever og galdeveje kunne have været undgået.

Vedrørende galdevejsatresi er Retslægerådet i svaret på spørgsmål A enig med ankenævnet i, at galdevejsatresi i A til-

fælde er en medført misdannelse, hvorfor der allerede af den grund ikke kan ydes erstatning herfor.

Retslægerådet bekræfter også i svaret på spørgsmål D, at transportholdets klargøring af A forud for kørslen, hvilket var tiden mellem kl. 16.25 og kl. 18.15 (110 minutter), var i overensstemmelse med almindeligt anerkendt lægefaglig standard. Der henvises om tidsforbruget til Neonatalafdelingen på Behandlingssted 4 bemærkninger til sagen (bilag 8, E. 120).

Når dette lægges til grund, har den sparede tid ved kørsel forud for fødslen maksimalt udgjort 1 time og 51 minutter (111 minutter) svarende til tidsrummet mellem kl. 14.34, hvor transportanmodningen blev modtaget, og kl. 16.25, hvor transportholdet overtog behandlingsansvaret. Dette ville have været scenariet, hvis transportholdet havde stået klar, da A blev født, som vurderet af Retslægerådets flertal i svaret på spørgsmål 1.

A blev født kl. 14.17, og han blev opereret kl. 22, hvilket svarer til en samlet ventetid fra fødsel til operation på 7 timer og 43 minutter. Ventetiden på babyambulancen udgør dermed mindre end 1/4 af den samlede ventetid (111 minutter ud af 463 minutter). Dermed er det ikke godtgjort med den fornødne overvejende sandsynlighed, at den eventuelle ventetid/forsinkelse har medført den påståede skade.

Endvidere fremgår det af Retslægerådets svar på spørgsmål 3, at Retslægerådet ikke kan oplyse, med hvor stor grad af sandsynlighed varigheden af aflukningen af tarmene har relation til graden af de efterfølgende skader (nekroser) på tarmene. Retslægerådets svar må mest nærliggende forstås sådan, at tidsforløbet "*godt kan have haft en indflydelse på efterforløbet*", uden at Retslægerådet kan komme sandsynligheden nærmere. Retslægerådets øvrige svar på spørgsmål 4 og G er i overensstemmelse hermed.

Ankenævnet gør derfor gældende, at når Retslægerådet ikke finder det muligt at udtale sig med den efter KEL nødvendige overvejende sandsynlighed (mere end 50 %) for årsagssammenhæng, har A ikke løftet bevisbyrden for årsagssammenhæng i KEL's forstand mellem behandlingen og skaderne på tarm, lever og galdeveje.

Selv hvis det må lægges til grund, at transportholdet skulle have været mobiliseret kl. 13.45, hvor fødslen ifølge Retslægerådet (spørgsmål B) med overvejende sandsynlighed ville ske indenfor få timer, udgør for-

sinkelsen alene forskellen mellem kl. 13.45 og kl. 14.37, hvor man faktisk mobiliserede babyambulancen, hvilket vil sige 52 minutter ud af den samlede ventetid på 7 timer og 43 minutter (463 minutter). Dermed går langt størstedelen af ventetiden (ca. 91 procent) med noget, som under alle omstændigheder skulle foregå.

Det gøres gældende, at hvis den eventuelle forsinkelse skulle have forårsaget skaden, må det være et krav, at forsinkelsen skal udgøre mere end halvdelen af ventetiden, hvilket altså langt fra er tilfældet.

Endelig støtter Retslægerådets svar på spørgsmål D, E og F, at det var i overensstemmelse med almindeligt anerkendt lægefaglig standard, at A forud for transporten fik foretaget intubering og respiratorbehandling som lagt til grund af ankenævnet. Retten kan således også lægge dette til grund.

Sammenfattende gøres det på baggrund af ovenstående gældende, at en eventuel tilsidesættelse af ankenævnets vurdering af erstatningsbetingelsen i KEL § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1, ikke kan føre til, at A skal have medhold i sin påstand om, at han er påført en behandlingsskade.

HJEMVISNINGSPÅSTANDEN

Til støtte for den subsidiaire påstand om hjemvisning gør ankenævnet gældende, at hvis retten giver A medhold i, at behandlingen ikke blev udført i overensstemmelse med, hvorledes en erfaren specialist på området under de i øvrigt givne forhold ville have handlet, og at der er indtrådt en skade som følge heraf, må sagen hjemvises med henblik på videre behandling og eventuel udmåling af erstatning og/eller godtgørelse.
..."

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

Rettens begrundelse og resultat

Retten finder – i lighed med det, der er anført af Ankenævnet for

Patienterstatningen i dets afgørelse af 27. januar 2020 - på baggrund af

Region 1 retningslinjer for den neonatale transportordning i regionen, at neonatalvagtens adgang til at rekvirere en babyambulance er yderst begrænset i tilfælde, hvor der ikke er tale om en planlagt fødsel, og hvor vagtcentralen derfor ikke på forhånd har haft mulighed for at planlægge beredskabet herefter.

Retten finder endvidere, at det er relevant, som også gjort af ankenævnet i dets afgørelse, at vurdere den nærmere rækkevidde af det i retningslinjerne anførte, hvorefter "Transportholdet kan kontaktes allerede under fødslen, hvis man ved at barnet skal overflyttes umiddelbart efter fødslen, men transportteamet yder ikke decideret "stand-by funktion"."

Det anførte kan efter en naturlig sproglig fortolkning i sammenhæng med retningslinjernes anførsel af transportholdets opgaver alene kan opfattes som en negativ afgrænsning, hvorefter transportholdet ikke kan rekvireres – og dermed reserveres - til en opgave, som det, uden at kunne påtage sig andre opgaver, skal vente på at køre ud til. Retten bemærker i den forbindelse, at tilføjelsen til A indlæggelsesjournal, hvoraf bl.a. fremgår: "... Det blev drøftet, hvorvidt transportholdet skulle være tilstede under fødslen, og aftalen blev, at transportholdet ville være klar til at køre fra ^{Behandlingssted 4}, så snart barnet var født, hvor vi skulle ringe og opgive fødselsvægt, fødselslængde samt almen orientering om barnets tilstand...", kun ses meningsfuld i relation til den anførte tolkning.

Retten lægger herefter til grund, at regionens retningslinjer ikke forhindrede, at babyambulancen kunne være kørt ud på opgaven inden fødslen.

Der er herefter ikke grundlag for at tage Ankenævnet for Patienterstatningens påstand om frifindelse til følge henset til, en er erfaren specialist på området på grund af resurse-mæssigt betingede begrænsninger reelt ikke kunne have handlet anderledes.

Efter bevisførelsen, herunder navnlig Retslægerådets flertals besvarelse af spørgsmål 1 og 2, lægger retten til grund, at en erfaren specialist på området ville have besluttet at sende babyambulancen afsted til ^{Behandlingssted 1} inden selve fødslen, således at transportholdet havde været på plads, da A kom til verden.

På baggrund af Retslægerådets besvarelse spørgsmål 3, speciallæge i pædiatri Læge 7 speciallægevurdering af 30. august 2017, overlæge med speciale i pædiatri Læge 8 lægefaglig vurdering af 3. juli 2019 og overlæge Læge 9 lægefaglige vurdering af 20. oktober 2019, finder retten, at det er overvejende sandsynligt, at A ville have haft væsentligt færre følger, hvis transporten af ham var planlagt og udført i overensstemmelse med erfaren specialiststandard.

Betingelserne for erstatning i klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1, er således opfyldt, hvorfor A påstand tages til følge.

A har vundet sagen, hvorfor Ankenævnet for Patienterstatningen skal betale sagens omkostninger, som efter sagens værdi, forløb og udfald er fastsat til dækning af advokatudgift med 150.000 kr. og af retsafgift med 4.000 kr., i alt 154.000 kr. A er ikke momsregistreret.

THI KENDES FOR RET:

Ankenævnet for Patienterstatningen tilpligtes at anerkende, at A er påført en patientskade i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenets forstand som følge af behandlingen i form af planlægningen og transporten af ham i forbindelse med hans fødsel den 10. februar 2014.

Ankenævnet for Patienterstatningen skal til A betale sagsomkostninger med 154.000 kr.

Sagsomkostningerne, der forrentes efter rentelovens § 8 a, skal betales inden 14 dage.



Vejledning

Retten har afsagt dom i sagen.

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

Ikke alle afgørelser kan ankes eller kæres

Du kan kun anke dommen, 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 du kun kære omkostningsafgørelsen, hvis du får tilladelse fra Procesbevillingsnævnet.

Frister for at anke og kære

Fristen for at anke er **4 uger** fra dommens dato. 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 dato. 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 ved at trykke på knappen "Opret appel" og derefter vælge "Anke" og følge vejledningen. Hvis du vil kære omkostningsafgørelsen, skal du vælge "Kære" og følge vejledningen.

Hvis du søger om tilladelse til anke eller kære hos Procesbevillingsnævnet, skal du indlevere din ansøgning til Procesbevillingsnævnet. Du kan ikke indlevere

ansøgningen på minretssag.dk.

Du kan læse mere på domstol.dk.

Publiceret til portalen d. 07-12-2022 kl. 09:01

Modtagere: Værge B, Advokat Mette Ramm-Larsen,
Sagsøgte Ankenævnet for Patienterstatningen, Retslægeråd Civilstyrelsen,
Sagsøger A, Advokat Julie Harder Snoghøj