



Udskrift af dombogen

DOM

Afsagt den 4. oktober 2018 i sag nr. BS 18-2135/2015:

A

mod
Ankenævnet for Patienterstatningen
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg

Indledning

Sagen er anlagt den 3. december 2015 og angår en prøvelse af sagsøgte Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse af 2. juli 2015, hvor Ankenævnet ændrede Patienterstatningens afgørelse af 15. september 2014. Patienterstatningen havde anerkendt, at sagsøger A som følge af behandling i forbindelse med en fødsel på B den 9. februar 2013 var påført en skade i form af luftinkontinens, og at denne skade var omfattet af loven. Patienterstatningen tilkendte sagsøger en erstatning på 65.400 kr. for varigt mén. Den 24. oktober 2014 tilkendte Patienterstatningen sagsøger en yderligere erstatning på 56.317 kr. Ankenævnet fandt, at sagsøger ikke var påført en skade som følge af behandlingen.

Parternes påstande.

Sagsøger A har nedlagt påstand om, at sagsøgte Ankenævnet for Patienterstatningen tilpligtes at anerkende, at sagsøger er påført en erstatningsberettigende skade efter klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet i forbindelse med behandling på B den 9. februar 2013.

Sagen skal herefter hjemvises til fornyet behandling i patientskadesystemet med henblik på udmåling af erstatning.

Ankenævnet for Patienterstatningen har nedlagt påstand om frifindelse.

Sagsøgeren er i medfør af retsafgiftslovens § 13, stk. 1, nr. 3, jf. 1. pkt., fritaget for at betale retsafgift, idet hun har en retshjælpsforsikring, der dækker omkostningerne ved sagen, og opfylder de økonomiske betingelser efter retsplejelovens § 325. Retsafgift, som er betalt med 1.620 kr. ved sagens anlæg og med berammelsesafgift 1.620 kr., er tilbagebetalt til sagsøgeren den 4. september 2018.

Oplysningerne i sagen

Denne dom er til dels affattet efter retsplejelovens § 218 a, stk. 2, idet dommen

ikke indeholder en gengivelse af alle bilag i sagen.

Den 15. september 2014 traf Patienterstatningen afgørelse. Af afgørelsen fremgår blandt andet:

Din skade i form af luftinkontinens er omfattet af loven. Vi henviser til vedlagte sagsfremstilling og begrundelse.

Du er berettiget til 65.400 kr. i godtgørelse for varigt mén.

....

Vi vurderer, at selve behandlingen under fødslen af din søn 9. februar 2013 ikke fulgte erfaren specialiststandard.

Vi har lagt vægt på, at ønsket om at føde ved kejsersnit var medicinsk velbegrundet, veldokumenteret i journalen, at det udsprang af din erfaring fra den første fødsel i 2008, og at det blev accepteret af personalet på fødeafdelingen.

Der forelå således en dokumenterbar aftale om, at du skulle have foretaget planlagt kejsersnit.

Da du imidlertid gik spontant i fødsel, inden dette skulle udføres, var det ikke muligt.

Du har som patient en selvbestemmelsesret, og i det omfang patientens ønsker ikke er medicinsk kontraindicerede, er det erfaren specialiststandard at følge patientens ønsker og de aftaler, der indgås med patienten omkring behandlingen.

Vi vurderer, at dit samtykke til behandlingen ikke blev givet på et reelt grundlag.

Vi vurderer også, at da du gav tilladelse til sugekopforløsningen, var det ud fra en forudsætning om, at der skulle foretages et enkelt træk og ikke tre træk, et klip og endnu et træk.

Havde man handlet efter erfaren specialiststandard, havde man efter vores vurdering konverteret til kejsersnit omkring kl. 06.00 eller kort tid derefter, hvor veerne aftog, og der ikke længere var den fornødne fremgang i fødslen.

Vi har i den forbindelse lagt vægt på, at din søn ikke havde bevæget sig længere ned i fødselskanalen, end at han godt ville kunne presses op igennem maven ved et kejsersnit.

Havde man fastholdt aftalen om kejsersnit, når der ikke længere var den ønskede fremgang i fødslen omkring kl. 06.00, havde du undgået skade i form af luftinkontinens og de gener, det har påført dig i dag.

Ved afgørelse af 24. oktober 2014 tilkendte Patienterstatningen sagsøger en yderligere erstatning på 56.317 kr.

Den 2. juli 2015 ændrede Ankenævnet for Patienterstatningen Patienterstatningens afgørelse, idet Ankenævnet fandt, at sagsøgeren ikke var påført en erstatningsberettigende skade som følge af behandlingen i forbindelse med fødslen. Af begrundelsen fremgår:

Det er ankenævnets vurdering, at der gennem graviditeten ikke var nogen medicinsk indikation for et planlagt kejsersnit. Der ses ikke i sagen objektive holdepunkter for, at A skulle have et snævert bækken, hvilket den 1. februar 2013 (uge 37) blev angivet som indikation for et planlagt kejsersnit. Der findes på den baggrund ikke grundlag for, at man i det konkrete tilfælde angav 'pelvis angusta' (snævert bækken) som indikation for et planlagt kejsersnit. Det skal hertil bemærkes, at der under A's første fødsel i 2008 var tale om, at barnet stod i uregelmæssig hovedstilling, i modsætning til denne graviditet, hvilket kunne forklare det mislykkede cup-forløsningsforsøg ved første fødsel. Det forhold, at hovedet står bevægeligt over bækkenindgangen i uge 37 hos en flergangsfødende, indikerer ikke i sig selv et snævert bækken. Det er hyppigt forekommende, at caput først på et senere tidspunkt står fast hos flergangsfødende. Egentlig pelvis angusta ses dels som følge af knogleanomalier og dels som følge af erhvervede knogle-, led-, muskel- samt traumatiske lidelser, og der ses ikke at have været mistanke om nogen af disse tilstande hos A. Såfremt en kvinde ønsker et planlagt kejsersnit på grund af bekymring omkring forløbet, som i det konkrete tilfælde, kan der dog efter en konkret vurdering være grundlag for, at dette ønske imødekommes.

Det fremgår af sagen, at A henvendte sig på fødeafdelingen i spontan fødsel (uge 38+1) den 9. februar 2013 om natten, 5 dage før dagen for det planlagte kejsersnit. Det fremgår af journalmaterialet, at man her vurderede, at hun var i aktiv fødsel med livmodermunden 8 cm. åben og caput stående fast i bækkenet. Det fremgår endvidere, at A blev oplyst om, at man på dette tidspunkt nu skønnede, at der rent fysisk forelå mulighed for at forsøge at føde vaginalt, og at hun drøftede denne situation med vagthavende læge. Det fremgår, at A herefter samtykkede til at stile mod vaginal fødsel med særligt fokus på progression.

Det skal bemærkes, at der ikke i journalen på noget tidspunkt under fødslen ses at være noteret, at A har bedt om et kejsersnit. Det fremgår, at der tidligt på morgenen var en langvarig presseperiode, at der var korte og ineffektive presseveer, og at man skønnede, at barnet med stor sandsynlighed ville kunne forløses ved brug af cup. Det fremgår ikke af journalen, at et særligt antal trækforsøg skulle

have været 'aftalt' på noget tidspunkt. Det fremgår dog, at A på daværende tidspunkt 'ikke var meget for cupanlæggelse' på grund af tidligere forløb, men at hun dog samtykkede til det. Det er ankenævnets vurdering, at den mest skånsomme forløsningsmetode i en situation som den konkrete omkring kl. 6, hvor der var helt udsløttet livmodermund og caput stod imellem spinae og bækkenbunden (og havde stået helt fast på bækkenbunden) var vaginal forløsning, herunder cup-forløsning. Det findes på denne baggrund i overensstemmelse med den erfarne specialists standard at forsøge at fremme vaginal forløsning ved hjælp af først ve-stimulation for at fremme mere effektive veer, så hovedet kan trænge helt ned på bækkenbunden igen og herefter cupforløsning på grund af manglende fremgang, fremfor at konvertere til kejsersnit.

Hverken det forhold, at der havde været sat en dato for et planlagt kejsersnit, det tidligere fødselsforløb i 2008 taget i betragtning eller drøftelsen omkring fødemetode, da hun ankom til fødegangen i aktiv fødsel, som drøftelsen ses dokumenteret i sagens akter, kan ændre på ankenævnets vurdering af, at der ikke var indikation for at konvertere til et kejsersnit omkring kl. 6. Der er lagt vægt på, at det ikke er ukompliceret at udføre et kejsersnit så sent i et fødselsforløb, idet risiko for læsioner på kvinden med blandt andet rifter i vagina og parametrierne er øget. Herudover er risikoen for barnet ligeledes øget, selv når hovedet står imellem spinae og bækkenbunden og dermed ikke helt fast på bækkenbunden.

Det skal i øvrigt bemærkes, at det er ankenævnets vurdering, at A's efterfølgende gener i form af periodevise tilfælde med afføringsinkontinens og problemer med at holde på luft i visse situationer ikke med overvejende sandsynlighed skal tilskrives den vaginale fødselsbehandling herunder cup-forløsningen, men mere sandsynligt skal tilskrives selve fødslen og den påvirkning af underlivet dette medfører. Der er ved vurderingen lagt vægt på, at sphincterapparatet (den interne og eksterne sphincter) blev fundet intakt ved efterfølgende undersøgelse med ultralydsskanning. Inkontinens uden påvisning af læsion af sphincterapparatet kan således være forårsaget af selve fødsels påvirkning af nerver og muskler og ses efter normale vaginale fødsler uden episiotomi eller cup forløsning. A findes således ikke påført en erstatningsberettigende skade som følge af behandlingen i forbindelse med fødslen på B den 9. februar 2013.

For så vidt angår det forhold, at der synes at være en vis uoverensstemmelse mellem det i journalerne anførte vedrørende drøftelser/ 'aftaler' omkring fødselsmetode- og forløb, og det A har opfattet, at der blev lavet aftaler om, skal det bemærkes, at ankenævnet som udgangspunkt må henholde sig til de eksisterende journaler, medmindre andet efter omstændighederne findes tilstrækkeligt dokumenteret eller sandsynliggjort.

Af journalen fra

B

fremgår:

"5.10.2012 Besøgsnotat

.....Der er ingenting i vejen for at A forsøger vaginal fødsel. Vi vil overvåge hende lidt ekstra på baggrund af tidligere sectio pga. den lille risiko for uterusruptur. Hun skal derfor ses tidligt i fødslen og kontinuerligt overvåges.....Ses uge 37 med henblik på at vurdere, om det også fra vores er OK, at hun føder vaginalt. Og såfremt hun kommer i en situation, hvor hun skal sættes igang, kan vi også revurdere, om det på det tidspunkt vil være mere fornuftigt at stile mod planlagt kejsersnit..."

....

01.02.2013 Besøgsnotat

..... A var oprindeligt indstillet på at forsøge vaginal fødsel, men efter sidste kontrol, hvor der efter A's mening var fundet et relativt stort hovedomfang, er hun begyndt at blive nervøs for at skulle føde, og har egentligt bestemt sig for at få lavet kejsersnit påny. Scanningen fra sidst viser BPD højt i normalområdet, men fuldstændig normalt hovedomfang. Er informeret om at det der kunne være årsag til, at barnet ikke trængte ned i bækkenet sidste gang, var at den lå uregelmæssigt, hvilket betyder, at hovedet passerer mere ugunstigt i forhold til bækkenets forhold....På baggrund af sidste forløb med frustan vacuum ekstraktion, aktuelt caput over bækkenindgangen samt A's indstilling aftales elektivt sectio på indikation pelvis angusta.....

09.02.2013 04:00 Journalnotat

.....Man finder ved ankomsten orificium dilateret til 8 cm og caput fast i bækkenindgangen...Caput i bækkendindgangen. Kan ikke puffes op.Drøfter situationen med pt. Er udvidet sig hurtig på sparsom veaktivitet og hovedet er trængt bedre ned end ved sidste vurdering. Foreligger pt. muligheden for at forsøge at føde vaginalt. Hvis der er progression efter HSP. Samtykker til dette, men der skal være særlig fokus på progression pga. sectio antea samt tidligere dysproportio med frustra cup.

09.02.2013 04:01Jordemodernotat

.....vagt tilkaldes til vurdering, da pt. skulle have elektivt sectio om en uge pga tidl...akut sectio. efter forsøgt pp. med obs randløsning, og vac frustrata.

09.02.2013 04:38 Jordemodernotat

.....der aftales med pt at hun vil forsøge vag. forløsning. at der om 2-3 timer bliver taget en beslutning om sectio hvis der ikke er fremgang

09.02.2013 05:55Ledende fosterdels stand: Mellem bækkenindgang og spinae. Vestyrke: 2

09.02.2013 05:57 Jordemodernotat

.....veerne lidt aftagende.vg caput mellem spinae og bb, efter aftale med vagt msm og for ikke at trække fødslen som aftalt opsættes s-drop crg ia.

09.02.2013 06:55 Jordemodernotat

.....som lovet kaldes vagt msm. til vurdering. s-drop har ikke hjulpet på veerne, der er lidt pressetrang pt har presset 20 min aktivt. men veerne er ikke kraftige nok. vg. regl m hoved. knap på bb når pt presser.

09.02.2013 07:30.Jordemodernotat: pt står op og små presser mens der ventes på vagth. msm- da der er meget travlhed i afd er hun til akut arbejde på anden stue.

Barnet blev i følge jorunalen født kl. 07.46.

Af journalnotat fra Mavetarm-Kirurgisk Ambulatorium fremgår:

04.06.2013 14:19

Sygeplejestatus

.....har ingen fornemmelse af, at hun skal have aff.. Har ingen knibefunktion.

Af journalnotat af 22. juli 2013 v/overlæge C , på D , fremgår:

Konklusion

Således fuldstændig intakt sfinkterapparat. Ingen tegn til defekter. Der er gået omkring 6 måneder siden patienten har født og det er endnu muligt at patienten vil få en spontan bedring af sin inkontinensproblematik. Patienten koordinerer dårligt i bækkenbunden, og vi kan tilbyde hende oplæring i biofeedback.

Af besøgsnotat af 15. januar 2014, Mavetarm Kirurgisk Ambulatorium fremgår:

Der er nu gået 1 år efter fødslen. Inkontinensen er blevet fin, men hun har stadigvæk mistanke om, at hun ikke er helt tæt for flatus. Hun kan ikke direkte mærke ufrivillig flatus afgang, men synes, at hun kan lugte tarmluft i visse situationer. Hun er begyndt at optrappe motionering og det går i det hele taget fint. Jeg forventer fortsat bedring af inkontinens forholdene indenfor det næste år. Vi afslutter kontrollerne her...

Retslægerådet har til brug for sagen afgivet følgende udtalelse af 20. december 2017:

Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes beskrive sagsøgers helbredsgener i forbindelse med inkontinens, herunder omfanget af inkontinensen.

Sagsøger henvender sig initialt den 15.03.13, 6 dage efter fødslen, med inkontinens for afføring. Ved ambulant besøg på Mavetarmkirurgisk afdeling den 08.05.13 beskrives daglig afførings- og luftinkontinens. Ved de kommende besøg beskrives bedring især efter behandling hos fysioterapeut i perioden fra august 2013 til november 2013. Således beskrives ved kontrol den 09.10.13 inkontinens for afføring under 1

gang ugentligt og inkontinens for luft mellem én gang om dagen og én gang om ugen (beskrevet ved Wexner score).

Ved det afsluttende besøg i Mavetarm-Kirurgisk Ambulatorium, B den 16.01.14, det vil sige knapt 1 år efter fødslen, beskrives det, at der ikke længere er problemer med afførings-inkontinens, men at sagsøger fortsat har mistanke om, at hun ikke er helt tæt for luft, idet hun kan lugte tarmluft i visse situationer. Det er ikke angivet, hvor hyppigt sagsøger har disse gener. Man har angivet, at man forventer yderligere bedring indenfor det kommende år.

I april 2015 oplyser fysioterapeut E der har haft sagsøger i behandling i 2013, at hun telefonisk har talt med sagsøger og fået oplyst, at sagsøger stadig ikke har kontrol over luft, og at hun er præget af angst for at lække. Der er ingen objektiv undersøgelse på dette tidspunkt.

Spørgsmål 2:

Retslægerådet bedes vurdere, om årsagen til sagsøgers luftinkontinens skyldes en nerveskade i forbindelse med fødsel, eller om der ud fra en lægefaglig vurdering kan udledes andre årsager til skaden. Såfremt der vurderes andre årsager, bedes Retslægerådet beskrive disse i relation til fødselsforløbet.

Sagsøgers inkontinens for luft kan skyldes nerveskade i forbindelse med fødslen. Inkontinens for luft efter en fødsel kan ud over nerveskade også skyldes overstrækning af bækkenbundens bindevæv og muskler. Risikoen for påvirkning af nerver, bindevæv og muskler med inkontinens til følge øges ved lang uddrivningsperiode, klip i mellemkødet (episiotomi), andre bristninger i mellemkødet og instrumentel forløsning (sugekop).

Spørgsmål 3:

Retslægerådet bedes oplyse, om der ud fra lægefaglig vurdering burde have været foretaget kejsersnit som følge af patientens ønske, det forudgående vanskelige fødselsforløb og de aftaler, der var indgået med patienten omkring behandlingen.

Der er ved besvarelsen af spørgsmål 3 ikke enighed blandt de voterende.

Professor P. og overlæge H. C. udtaler, at aftalen om planlagt kejsersnit blev indgået ved kontrol den 01.02.13 i graviditetsuge 37+0. Indikationen for at planlægge kejsersnit var en kombination af sagsøgers ønske sammen med mistanke om snævert bækken (pelvis angusta) på baggrund af tidligere mislykket kopforløsning og et prominere hoved over bækkenindgangen ved undersøgelsen den 01.02.13. Der foreligger ikke i sagens akter objektive undersøgelser for eksempel bækkenmål fra kejsersnittet, som underbygger mistanken om snævert bækken.

Da sagsøger kommer ind i fødsel den 09.02.13, er hun allerede langt i

fødsel (8 cm), og barnets hoved vurderes fast i bækkenindgangen, hvilket er anderledes end ved undersøgelsen i uge 37. Ifølge journalnotat samtykker sagsøger under de givne gunstige forhold til forsøg på vaginal fødsel under forudsætning af særligt fokus på normal progression. Det vurderes ud fra en lægefaglig vurdering, at der ikke var grund til at foretage kejsersnit, da sagsøger ankommer på fødegangen kl. 04.00. Sagsøger er helt åben klokken 04.55, og barnets hoved står i bækkenindgangen. En time senere opsættes vestimulerende drop for at fremme nedtrængningen af hovedet, og klokken 05.57 er det angivet, at hovedet står mellem spinae og bækkenbunden. Klokken 06.35 begynder sagsøger at presse aktivt. Klokken 07.39 er barnets hoved på bækkenbunden, og der anlægges sugekop.

Professor N. udtaler, at i notat af den 01.02.13 fremgår sagsøgers ønske om kejsersnit, og i notatet af den 09.02.13 klokken 04.00 fremgår det desuden, at sagsøger samtykker i beslutning om, i stedet for kejsersnit, at stile imod vaginal fødsel. Det vurderes derfor, at der ikke er truffet beslutninger, som sagsøger ikke har samtykket i. Imidlertid forelå der lægefaglig indikation for kejsersnit, da sagsøger ankom til fødegangen den 09.02.13.

Baggrunden for denne vurdering er, at speciallæge den 01.02.13 havde ordineret planlagt kejsersnit på indikationen pelvis angusta (snævert bækken), og det forhold, at fosterets hoved ved ankomsten til fødegangen den 09.02.13 "stod fast i bækkenindgangen, let prominere", ikke gav lægefaglig anledning til at ændre denne diagnose, som anses for absolut lægefaglig indikation for kejsersnit.

Spørgsmål 4:

Retslægerådet bedes oplyse, om patientens ønske om kejsersnit var medicinsk kontraindiceret.

Et planlagt kejsersnit var ikke medicinsk kontraindiceret.

Spørgsmål 5:

Retslægerådet bedes oplyse, om det forhold, at sagsøger efter det forudgående fødselsforløb havde været plaget af hæmorider, som var blevet behandlet med lægeordineret proctosedyl salve og magnesia, ud fra en lægefaglig vurdering burde have haft betydning for afvejningen af, om der skulle gennemføres vaginal fødsel eller foretages kejsersnit.

Hæmorider er normalt ikke indikation for at foretage kejsersnit.

Spørgsmål 6:

Retslægerådet bedes oplyse, om der ud fra en lægefaglig vurdering burde have været foretaget kejsersnit efter den indledende presseperiode, hvor barnet ikke blev født.

Efter den indledende presseperiode, hvor barnet ikke blev født, vælger man at fortsætte med vestimulerende drop og anlægge sugekop efter en

times aktiv presseperiode. Lægefagligt kunne man på dette tidspunkt have valgt at lave kejsersnit på grund af sagsøgers tidligere forløb, men det skønnes ikke forkert at fortsætte vaginal fødsel under forudsætning af sagsøgers samtykke, idet kejsersnit på dette meget fremskredne tidspunkt i fødslen kan være kompliceret for såvel mor som barn.

Spørgsmål 7:

Retslægerådet bedes oplyse, om sagsøgers skade i form af luftinkontinens kunne have været undgået, såfremt der fra starten havde været foretaget kejsersnit.

Det er mest sandsynligt, at sagsøgers luftinkontinens kunne have været undgået, hvis der var foretaget kejsersnit fra starten.

Spørgsmål 8:

Retslægerådet bedes oplyse, om behandlingen efter fødslen er i overensstemmelse med almindelig lægefaglig standard.

Behandlingen efter fødslen med mave-tarmkirurgisk udredning, transanal irrigation, kostvejledning og vurdering samt fysioterapi vurderes at være i overensstemmelse med almindelig anerkendt lægefaglig standard.

Spørgsmål 9:

Retslægerådet bedes oplyse, om der i øvrigt i forhold til fødselsforløbet er bemærkninger.

Nej.

Spørgsmål 10:

Giver sagen i øvrigt rådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Spørgsmål A:

Retslægerådet bedes beskrive A's nuværende helbredsmæssige gener, herunder om og i givet fald hvilke gener i form af afføringsinkontinens og problemer med at holde på luft A i dag oplever.

De nuværende gener fremgår ikke ordentligt belyst af sagens akter. Den seneste vurdering af gener er fra det afsluttede besøg i Mavetarm-Kirurgisk Ambulatorium, B den 16.01.14, det vil sige knapt 1 år efter fødslen, hvor det beskrives, at der ikke længere er problemer med afføringsinkontinens, men at sagsøger fortsat har mistanke om, at hun ikke er helt tæt for luft, idet hun kan lugte tarmluft i visse situationer. Det er ikke angivet, hvor hyppigt sagsøger har disse gener. Man har angivet, at man forventer yderligere bedring indenfor det kommende år. Om denne bedring er indtruffet fremgår ikke af sagens akter.

I april 2015 oplyser fysioterapeut E der har haft sagsøger i behandling i 2013, at hun telefonisk har talt med sagsøger og fået oplyst, at sagsøger stadig ikke har kontrol over luft, og at hun er præget af angst for at lække. Der er ingen objektiv undersøgelse på dette tidspunkt.

Spørgsmål B:

Retslægerådet bedes på baggrund af sagens lægelige bilag oplyse, om der var medicinsk indikation for et planlagt kejsersnit ved A's anden fødsel primo 2013.

Retslægerådet bedes herved blandt andet tage i betragtning, at det af journalnotat af 5. oktober 2012 (bilag 8, s. 1.) fremgår, at der ingenting var i vejen for, at A forsøgte vaginal fødsel. Retslægerådet bedes endvidere tage i betragtning, at der ved indgåelse af aftale om vaginal fødsel fremgår: "På baggrund af sidste forløb med frustran vacuum ekstraktion, aktuelt caput over bækkenindgangen samt A's indstilling aftales elektivt sectio på indikation pelves angusta'.

Der er ved besvarelsen af spørgsmål B ikke enighed blandt de voterende.

Professor P. og overlæge C. udtaler, at der ikke var absolut medicinsk indikation for planlagt kejsersnit ved sagsøgers anden fødsel. Ved tidligere kejsersnit vil der vanligtvis være en grundig information af patienten om fordele og ulemper samt risici ved vaginal fødsel efter tidligere kejsersnit sammenlignet med planlagt kejsersnit. Ud fra denne information giver patient sit informerede samtykke til enten vaginal fødsel eller planlagt kejsersnit. Det fremgår af journalen, at sagsøger har modtaget denne information og i samråd med lægen har besluttet at planlægge kejsersnit.

Professor N. henviser til besvarelse af spørgsmål 3.

Spørgsmål C:

Retslægerådet bedes på baggrund af sagens lægelige bilag oplyse, om der forefindes objektive holdepunkter for, at A skulle have et snævert bækken ('pelves angusta').

Der er i sagens akter ingen objektive mål for snævert bækken. Det fremgår således ikke, om der er lavet bækkenmål ved første fødsel (kejsersnit). Lægen har ved undersøgelsen i uge 37 dog fundet, at barnets hoved dominerende over symfyse og har sammenholdt med tidligere mislykket sugekop tolket dette som en indikation for snævert bækken.

Spørgsmål D:

Retslægerådet bedes oplyse, om det var i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer at foreslå vaginal fødsel den 9. februar 2013, da A ankom til B i aktiv fødsel.

Retslægerådet bedes ved besvarelsen inddrage sagens lægelige bilag, herunder journalnotat fra selve fødslen den 9. februar 2013 (bilag 5, s.2).

Der er ved besvarelsen af spørgsmål D ikke enighed blandt de voterende.

Professor P. og overlæge H.C. udtaler, at det vurderes at være i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer at foreslå vaginal fødsel, da sagsøger ankom i aktiv fødsel den 09.02.13. Da sagsøger kom ind i fødsel den 09.02.13, er hun allerede langt i fødsel (8 cm), og barnets hoved vurderes fast i bækkenindgangen, hvilket er anderledes end ved undersøgelsen i uge 37. Ifølge journalnotat samtykker sagsøger under de givne gunstige forhold til forsøg på vaginal fødsel under forudsætning af særligt fokus på normal progression. Det vurderes ud fra en lægefaglig vurdering, at der ikke var grund til at foretage kejsersnit, da sagsøger ankommer på fødegangen kl. 04.00.

Professor N. henviser til besvarelse af spørgsmål 3.

Spørgsmål E:

Retslægerådet bedes i forlængelse af spørgsmål D og på baggrund af sagens lægelige bilag oplyse, om det var i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægelige retningslinjer ikke at konvertere til kejsersnit den 09. februar 2013, kl 6.00.

Der er ved besvarelsen af spørgsmål E ikke enighed blandt de voterende.

Professor P. og overlæge H. C. udtaler, at sagsøger er helt åben klokken 04.55, og barnets hoved står i bækkenindgangen. En time senere opsættes vestimulerende drop for at fremme nedtrængningen af hovedet, og klokken 05.57 er det angivet, at hovedet står mellem spinae og bækkenbunden. Klokken 06.35 begynder sagsøger at presse aktivt. Klokken 07.39 er barnets hoved på bækkenbunden, og der anlægges sugekop.

Det er ikke angivet i journalen, hvilken aftale der specifikt er indgået med sagsøger klokken 04.00 omkring progressionen udover, at der skulle være særligt fokus på denne, men det faktum, at man har valgt at give vestimulerende medicin kl. 05.55 tyder på, at progressionen ikke har været tilfredsstillende, hvorfor man på dette tidspunkt kunne have valgt at lave kejsersnit. Såfremt fødslen vurderedes nært forestående er det dog i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægelige retningslinjer at fortsætte vaginal fødsel på dette tidspunkt.

Professor N. henviser til besvarelse af spørgsmål 3.

Spørgsmål F:

Retslægerådet bedes oplyse, om og i givet fald hvilke helbredsmæssige risici det havde medført for henholdsvis A og hendes søn,

hvis der var konverteret til kejsersnit den 9. februar 2013, kl. 6.00.

Kejsersnit på et meget fremskredent tidspunkt i fødslen, hvor barnets hoved er på bækkenbunden kan indebære øget risiko for skader på moderen (udrifter i livmoderen, blodning, infektion, skade på blære) og for barnet (iltmangel, intrakraniell blødning, skade på nakke og hals), idet det kan være yderst vanskeligt at få barnets hoved op fra bækkenet.

Spørgsmål G:

Retslægerådet bedes vurdere, om A's gener i form af afføringsinkontinens og problemer med at holde på luft mest sandsynligt kan henføres til:

- a) Selve fødslen og de medfølgende påvirkninger af underlivet*
- b) Den vaginale fødsel og cup-forløsningen*
- c) Andre, herunder uoplyste forhold*

Retslægerådet bedes begrunde svaret.

Sagsøgers gener i form af problemer med at holde på luft skyldes mest sandsynligt selve fødslen og de medfølgende påvirkninger af underlivet. Der henvises i øvrigt til besvarelsen af spørgsmål 2.

Forklaringer

Sagsøgeren A har forklaret, at hun er ansat som socialrådgiver i Ungerådgivningen i F kommune. Hun har sønnerne G på 10 år og H på 5 år. Ved fødslen af G fik hun vestibulerende drop, men veerne gik i stå. Et forsøg med sugekop mislykkedes, hvorefter hun fik kejsersnit. Jordmoderen beklagede dagen efter fødslen, at de ikke havde opdaget, at barnet var en såkaldt stjernekegger. Hun forstod det sådan, at der ikke var plads til, at barnet kunne komme gennem fødselskanalen.

Da hun var gravid med H havde hun ingen afføringsgener, men hun havde hæmorider. Ved en undersøgelse den 1. februar 2013 fik hun at vide, at hun ventede et stort barn, og at det stod lidt højt. Hun begyndte at blive nervøs for fødslen og besluttede sig til at anmode om et kejsersnit. Hun blev indstillet til kejsersnit, der skulle foretages den 14. februar 2013. Hvis fødslen gik i gang tidligere, skulle hun henvende sig på fødegangen, og hun ville også under disse omstændigheder få et kejsersnit.

Fødslen gik i gang den 9. februar 2013, og hun var 8 cm åben, da hun kom ind på fødegangen. En jordmoder spurgte, om hun ønskede et kejsersnit. Hun drøftede spørgsmålet med sin ægtefælle. Lægen kom og sagde, at de kunne lave en aftale om, at hvis fødslen gik i stå, kunne de foretage et kejsersnit. De aftalte, at der ikke skulle forsøges med sugekop. Hun fik herefter vestibulerende drop. Der skete ikke rigtig noget, og hun blev bange for, at fødslen ville gå i stå, og at forløbet fra den første fødsel ville gentage sig. Hun tilkendegav flere gange, at hun ønskede et kejsersnit som aftalt. Hun

græd og var utryk og bange og sagde til jordmoderen og lægen, at de løb fra deres aftale om kejsersnit. Det var især jordmoderen, der ignorerede, at hun sagde fra, men lægen var også til stede. Lægen gik ud efter bagvagten. Hun forstod det sådan, at da lægen gik ud til bagvagten, ville de holde sig til aftalen. Hun bad derfor jordmoderen om at slukke for droppet, idet hun regnede med, at hun skulle have et kejsersnit. Jordmoderen sagde, at en anden kvinde var ved at føde, og at denne kvindes barn havde det dårligt, hvorfor denne kvinde skulle have et kejsersnit først. Da overlæge¹

kom og sagde, at de skulle forsøge med sugekop, følte hun, at hun ikke havde noget valg, og accepterede det. Hun havde givet op. Der blev herefter forsøgt med sugekop. Det var meget voldsomt. Hun fik at vide, at de klippede. På det tidspunkt ville hun bare have det overstået, og hun tror ikke, at hun sagde noget. Hun følte sig tilsidesat og havde opfattelsen af, at personalet syntes, at hun var irriterende og belastende. Da aftalen om kejsersnit blev indgået, var det formentlig intentionen at holde den, men det er også hendes opfattelse, at det var besluttet, at hun skulle føde vaginalt, uanset hvad hun sagde.

Efter at være kommet hjem konstaterede hun, at hun ikke kunne kontrollere sin afføring, og ikke kunne mærke, at hun havde afføring. Hun aflyste barselsbesøg og isolerede sig hjemme.

Under en efterfødselssamtale den 21. maj 2013 beklagede overlæge¹ forløbet og tilkendegav, at der ikke skulle være tvivl om, at de aftaler, der blev indgået forud for fødslen og i fødselsforløbet, stod ved magt.

Hun blev bange for at gå ud, især i de første måneder. Første gang, hun prøvede at aflevere sin ældste søn i børnehaven, havde hun afføring og måtte gå hjem med afføring i bukserne, og hun måtte opgive at aflevere ham. Hun græd meget, og alt kom til at handle om afføring. Efter nogle måneder fik hun nogle sekunders varsel, men hun holdt sig helst hjemme. Hun har flere gange haft afføring under indkøb.

Hun startede på arbejde den 23. oktober 2013. Hendes ægtefælle tog sig af alt vedrørende børnene, så hun kunne lave tarmskylning om morgenen. Hun havde en aftale med sin leder om, at hun kunne møde senere, hvis det trak ud med tarmskylningen. Hun lavede tarmskylning hver dag, også selv om afføringsinkontinensen var meget bedre på dette tidspunkt. Hun havde lange samtaler med klienter og kunne ikke lige gå på toilettet. Når hun kunne mærke, at hun skulle på toilettet, skulle det gå hurtigt. Hun havde fået oplyst, at hvis der var tale om en nerveskade, ville nerverne efter 6 måneder begynde at gendanne sig. Hvis hendes situation ikke blev bedre, kunne hun få indopereret noget i ballen eller låret, som kunne stimulere lukkemusklen. Hun ønskede ikke en sådan operation. Hun havde på dette tidspunkt ikke uheld på samme måde som i starten. Det kunne dog stadig forekomme, at hun ikke nåede på toilettet i tide. Hendes gener var i højere grad lugt- og luftgener. Et år ef-

ter fødslen var hun ikke helt tæt for luft, når hun satte sig eller bukkede sig. Hun kunne ikke altid mærke det, men kunne lugte det. Hun kan i dag have svært ved at holde sig selv ren i endetarmsåbningen. Hun laver knibeøvelser dagligt, og spiser HUSK for at samle afføringen. Hun undlader at spise mælkeprodukter. Hun kan ikke ligge i ske, da hun føler sig ulækker. Hun har ikke problemer hver dag. Det kommer meget an på, hvordan afføringen er. Hun er meget opmærksom på lugt. Hvis der er lugt, tror hun, at det stammer fra hende.

J har forklaret, at han har været gift med sagsøgeren. Han er lærer. Han var med til samtalen den 1. februar 2013. De fik at vide, at sagsøgeren ventede et stort barn. Der var enighed om, at sagsøgeren som følge af komplikationer ved fødslen af deres første barn skulle have et kejsersnit. Den første fødsel var endt med et kejsersnit efter presseveer, der ikke var kraftige nok, en for smal fødselskanal og et enkelt forgæves forsøg med sugekop.

Han kom sammen med sagsøgeren til fødegangen den 9. februar 2013. De regnede med, at sagsøgeren skulle have et kejsersnit. Efter den indledende undersøgelse sagde personalet, at sagsøgeren skulle vælge at føde vaginalt, da hun var næsten helt åben. De talte med hinanden om det og var med tanke på den første fødsel i tvivl. Personalet gav udtryk for, at der var fin plads, og at sagsøgeren var fuldt udvidet, og rådede dem til en vaginal fødsel. De aftalte med den vagthavende læge, at hvis fødslen gik i stå, eller veerne ikke var optimale, skulle der foretages et kejsersnit. De accepterede herefter en vaginal fødsel. Sagsøgeren var fuldt udvidet, men den sidste del af fødslen gik i stå, ligesom ved den første fødsel. Sagsøgeren fik vestibulerende drop. De henviste til aftalen om kejsersnit og den første fødsel, men personalet ville se tiden an. De mente ikke, at det var den rigtige løsning på grund af forløbet ved den forrige fødsel. De gjorde indtil kl. 7.15 flere gange og stadig tydeligere opmærksom på aftalen om kejsersnit. De følte sig ikke taget alvorligt. Efter at have konfereret med bagvagten meddelte lægen, at et andet barn skulle fødes ved kejsersnit, før sagsøgeren kunne få et kejsersnit, og at de ville råde til at forsøge med sugekop, da der var en lang og uvis ventetid på kejsersnit. Personalet tilkendegav, at de sagtens kunne få barnet ud, og at det ville være ude i løbet af 5 minutter. Sagsøgeren sagde, at hun ikke ville være med mere. Aftalen var, at der ikke skulle anvendes sugekop. De var på grund af det mislykkede forsøg med sugekop under den første fødsel skeptiske vedrørende anvendelse af sugekop. Personalet forstod ikke, hvor vigtigt det var for dem, at aftalen om kejsersnit blev overholdt. Til sidst gik de med til at forsøge med sugekop.

Efter fødslen var sagsøgeren meget chokeret over forløbet. De drøftede fødselsforløbet med overlæge I den 21. maj 2013. Overlæge I beklagede forløbet og tilkendegav, at det kunne give anledning til at klage. Sagsøgeren isolerede sig hjemme. Hun havde ikke mulighed for at gå uden for en dør og var fortvivlet over sin situation. Hun kunne ikke

aflevere deres ældste søn i børnehave. Han fik derfor en aftale med sin arbejdsplads om, at en kollega startede undervisningen, så han kunne møde senere. Han havde ikke mulighed for at tage udvidet barselsorlov før om efteråret. I april måned 2013 var der lockout. Han aftalte med sin tillidsrepræsentant, at han ikke skulle være på skolen og modtage børnene kl. 7.45, så de kunne få deres hverdag til at fungere. Han tog orlov om efteråret for at give sagsøgeren mulighed for at få en stille og rolig start på sit arbejde.

K har forklaret, at hun er leder af Ungerådgivningen i F kommune. Sagsøgeren har været ansat siden 2005. Forud for fødslen i 2013 var sagsøgeren en meget dygtig, empatisk og ordholdende socialrådgiver og samtaleterapeut med stor viden om teori og metode og en stor arbejdskapacitet. Hun har altid anset sagsøgeren som en stærk og følsom person, men følsomheden er efter fødslen i 2013 erstattet med en sårbarhed. Sagsøgeren har let til tårer og har haft nok at gøre med at tage hånd om sig selv og har ikke kunnet yde så meget i forhold til kolleger. Hun besøgte sagsøgeren under hendes barsel. Hun husker besøget tydeligt. Det var et sygebesøg. Hun mødte en person i krise og kaos, en person, der ikke troede, at hun ville få sin førlighed tilbage. Sagsøgeren startede på fuld tid og afholdt noget af sin barselsorlov over tid. De indgik en aftale om, at hun kunne møde senere, så hun kunne gennemføre sine hygiejneprocedurer. Der var ikke tale om en sygemelding. Sagsøgeren yder den samme indsats som før, men hendes kolleger oplever ikke det samme engagement. Hun har foretaget ledelsesmæssige tiltag for at forebygge, at sagsøgeren havner i en stresssituation.

Parternes synspunkter

Sagsøgeren har i påstandsdokumentet anført følgende til støtte for sin påstand:

At: der er det fornødne sikre grundlag for at tilsidesætte Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse af 2. juli 2015,

at: sagsøger blev påført en skade i forbindelse med behandling på B den 9. februar 2013,

at: sagsøger har været syg under barselsperioden som følge af behandlingen på B den 9. februar 2013,

at: sagsøger pådrog sig en skade i form af luftinkontinens som følge af behandlingen på B den 9. februar 2013,

at: skaden kunne være undgået ved bedre behandling ud fra, hvad en erfaren specialist ville have gjort i den givne situation,

- idet erfaren specialiststandard havde tilsagt, at man efter en presseperiode på 1 time uden, at barnet var blevet født, måtte fastholde aftalen om kejsersnit,
- idet det er erfaren specialiststandard at følge patientens ønsker og de aftaler, der indgås med patienten omkring behandling, da patienten har en selvbestemmelsesret i det omfang patientens ønsker ikke er medicinsk

kontraindiceret.

- idet det ikke var kontraindiceret at følge patientens ønske og den indgåede aftale,
- idet der ikke var medicinske forhold, der nødvendiggjorde afvigelse fra den indgåede aftale om kejsersnit.

Uddybende redegørelse for de anførte anbringender:

Angående erstatningsgrundlaget:

Sagsøger blev i forbindelse med behandlingen på B den 9. februar 2013 påført en erstatningsberettigende skade efter klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. Dette bekræftes af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 3 med dissens, hvor professor N. udtaler, at der forelå lægefaglig indikation for kejsersnit, da sagsøger ankom til fødegangen den 9. februar 2013.

Baggrunden for professor N. s vurdering er:

“Baggrunden for denne vurdering er, at speciallæge den 01.02.13 havde or—dineret planlagt kejsersnit på indikationen pelvis angusta (snævert bækken), og det forhold, at fosterets hoved ved ankomsten til fødegangen den 09.02.13 “stod fast i bækkenindgangen, let prominierende” ikke gav lægefaglig anledning til at ændre denne diagnose, som anses for absolut lægefaglig indikation for kejsersnit.

Professor N. giver samme besvarelse, da der i spørgsmål D spørges til, om det var i overensstemmelse med lægefaglige retningslinjer at foreslå vaginal fødsel den 9. februar 2013, da sagsøger ankom til B i aktiv fødsel.

Det er således professor N. s vurdering, at det ikke var i overensstemmelse med lægefaglige retningslinjer at foreslå vaginal fødsel den 9. februar 2013, da sagsøger ankom til B i aktiv fødsel, idet:

“...speciallæge den 01.02.13 havde ordineret planlagt kejsersnit på indikationen pelvis angusta (snævert bækken), og det forhold, at fosterets hoved ved ankomsten til fødegangen den 09.02.13 “stod fast i bækkenindgangen, let prominierende”, ikke gav lægefaglig anledning til at ændre denne diagnose, som anses for absolut lægefaglig indikation for kejsersnit.”

Professor N. giver igen samme besvarelse, da der i spørgsmål E spørges til om det var i overensstemmelse med almindelig anerkendte lægelige retningslinjer ikke at konvertere til kejsersnit den 9. februar 2013, kl. 06.00.

De øvrige læger i Retslægerådet anfører ligeledes til spørgsmål E:

“Det er ikke angivet i journalen, hvilken aftale der specifikt er indgået med

sagsøger klokken 04.00 omkring progressionen udover, at der skulle være særligt fokus på denne, men det faktum, at man har valgt at give vestibule—

rende medicin kl. 05.55 tyder på, at progressionen ikke har været tilfredsstillende, hvorfor man på dette tidspunkt kunne have valgt at lave kejsersnit.

Af lægelig vurdering udarbejdet af speciallæge i obstetrik L af 3. december 2013, **Bilag 6**, fremgår det ligeledes af vurdering og konklusion:

"Vurdering:

Min vurdering er, at patientens inkontinens er en følge af fødslen. Det er endvidere min vurdering (udfra oplysningerne fra såvel patienten som journalen) at man ved fødselsforløbet ikke opfyldte den aftale, der var indgået på det tidspunkt, hvor man konverterede til vaginalfødsel. Erfaren specialiststandard havde tilsagt, at man efter en presseperiode på 1 time uden at barnet var blevet født, måtte fastholde aftalen om kejsersnit. Havde man gjort således, ville patienten med overvejende sandsynlighed ikke have været analt inkontinent. Jeg mener således, at der er baggrund for erstatning. Samtidig er det dog min vurdering at der er en god mulighed for, at patienten kan genvinde kontinensen, idet sphincter er intakt.

Konklusion:

Vi vurderer endvidere, at der mangler en del dokumentation i journalføringen i forhold til, hvad man ifølge ankeskrivelsen skulle have aftalt med A .

Endeligt vurderer vi, at A er blevet inkontinent som følge af fødselsforløbet, og at hun med overvejende sandsynlighed kunne have undgået denne gene, hvis man havde overholdt aftalen om kejsersnit."

Af lægelig vurdering udarbejdet af speciallæge i obstetrik M af 11. september 2014, Bilag 7, fremgår det, at denne vurderede, at sagsøger havde persisterende flatus-inkontinens af varierende grad og konkluderede et varigt mén på 8 %. Speciallæge i obstetrik M mente, at sagen skulle anerkendes, da et kejsersnit ville have været muligt, ligesom at man burde have beskrevet sphincters tilstand. Han vurderede endvidere, at hæmorider ikke kunne forklare inkontinensen, og at man burde have undersøgt sagsøger yderligere på dette tidspunkt.

Angående sagsøgers sygdom under barselsperioden:

Det fremgår af sagens lægelige akter, at sagsøger efter fødslen den 9. februar 2013 havde voldsomme inkontinensgener analt på grund af fødslen. Sagsøger kunne ikke holde på sin afføring, hvilket havde store praktiske, men også psykiske konsekvenser. Hendes dagligdag var præget af angst for at lække, og hun skulle tænke meget over sine bevægelser, ellers ville det gå galt.

Sagsøgers afføringsinkontinens efter fødslen påvirkede hende fysisk og psykisk. Sagsøgers mand var derfor nødsaget til at tage barselsorlov fra sit arbejde, idet sagsøger ikke kunne tage sig af sit nyfødte barn grundet de fysiske og psykiske gener fra fødslen den 9. februar 2013.

Angående sagsøgers gener i form af luftinkontinens:

Retslægerådet har ved spørgsmål 2 anført, at sagsøgers inkontinens for luft kan skyldes nerveskade i forbindelse med fødslen. Retslægerådet har ligeledes anført, at inkontinens for luft efter en fødsel kan skyldes overstrækning af bækkenbundens bindevæv og muskler. Retslægerådet har anført, at risikoen for påvirkning af nerver, bindevæv og muskler med inkontinens til følge øges ved lang uddrivelsesperiode, klip i mellemkødet og instrumentel forløsning (sugekop).

Under sagsøgers fødsel blev der klippet i mellemkødet samt udført instrumentel forløsning med sugekop med 4 træk. Sagsøgers nerveskade opstod på grund af de voldsomme ryk med sugekoppen ved den vaginale fødsel. Dette ville have været undgået, såfremt det planlagte kejsersnit var blevet foretaget.

Sagsøgers nuværende gener med luftinkontinens er således en direkte følge af behandlingen på B den 9. februar 2013. Dette bekræftes af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 7, hvor det er anført, at det er mest sandsynligt, at sagsøgers luftinkontinens kunne have været undgået, hvis der var foretaget kejsersnit fra starten.

Af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål G fremgår det, at sagsøgers gener i form af problemer med at holde på luft skyldes mest sandsynligt selve fødslen og de medfølgende påvirkninger af underlivet. I spørgsmål G henviser Retslægerådet i øvrigt til deres besvarelse af spørgsmål 2, hvoraf det fremgår, at inkontinens for luft efter en fødsel kan skyldes overstrækning af bækkenbundens bindevæv og muskler. Retslægerådet anfører ligeledes i spørgsmål 2, at risikoen for påvirkning af nerver, bindevæv og muskler med inkontinens til følge øges ved lang uddrivelsesperiode, klip i mellemkødet og instrumentel forløsning (sugekop). Der blev under sagsøgers fødsel klippet i mellemkødet samt udført instrumentel forløsning med sugekop med 4 træk. Sagsøgers nerveskade opstod på grund af de voldsomme ryk med sugekoppen ved den vaginale fødsel, og dette ville have været undgået, såfremt det planlagte kejsersnit var blevet foretaget.

Af ovennævnte grunde er der et klart og sikkert grundlag for at tilsidesætte Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse af 2. juli 2015 således, at sagsøger i forbindelse med behandlingen på B den 9. februar 2013 blev påført en erstatningsberettigende skade efter klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Sagsøgte har i påstandsdokumentet anført følgende til støtte for sin påstand:

Det gøres overordnet gældende, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets afgørelse af 2. juli 2015 (bilag 4), hvorved ankenævnet vurderede, at A ikke er blevet påført en erstatningsberettigende skade i forbindelse med fødslen af A's søn på B den 9. februar 2013, jf. lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (KEL) § 19, stk. 1 og 20, stk. 1.

Det må ved bevisbedømmelsen tages i betragtning, at ankenævnet på grund af sin sammensætning, der bl.a. omfatter medlemmer med lægevidenskabelig baggrund, anvendelsen af speciallægekonsulenter ved afgørelserne og gennem behandling af et stort antal sager har en særlig erfaring i at bedømme sager efter KEL, og at der derfor skal være et sikkert grundlag for at tilsidesætte afgørelsen. Det gøres overordnet gældende, at A ikke har ført bevis herfor.

Der er ikke under sagens behandling fremkommet nye, væsentlige oplysninger eller dokumentation i forhold til grundlaget for ankenævnets afgørelse, og der er således ikke grundlag for at rejse tvivl om rigtigheden af afgørelsen.

Forsåvidt angår, om A i det hele taget er påført en skade i form af varigt mén og svie og smerte, gør Ankenævnet gældende, at hun ikke har ført fornødent sikkert bevis herfor. Der kan blandt andet henvises til, at det af journalnotat af 22. juli 2013 (bilag 9) og 15. januar 2014 (bilag 12, s. 6 og bilag 6) fremgår, at hendes afføringsinkontinens var blevet fin, og at der forventedes fortsat bedring.

Derudover fandt ankenævnet ved afgørelsen med rette, at A ikke havde ført fornødent sikkert bevis for, at en eventuel påført skade var erstatningsberettigende i medfør af KEL § 20, stk. 1.

Ved vurderingen har ankenævnet blandt andet lagt vægt på, at der ikke var medicinsk indikation for et planlagt kejsersnit.

Som det fremgår af besøgsnotat af 5. oktober 2012 (bilag 8, s. 1) var der i første omgang aftalt almindelig, vaginal fødsel, da der ikke fandtes hindringer for, at en sådan kunne gennemføres. Det forhold, at A's tidligere fødsel var foregået ved et akut kejsersnit efter et mislykket forsøg på cupforløsning, er i den forbindelse ikke i sig selv en indikation for et planlagt kejsersnit, idet det første barn blandt andet stod i uregelmæssig stilling i bækkenbunden.

Det planlagte kejsersnit blev først aftalt senere, idet A havde ombestemt sig og selv mente, at fostret havde et stort hovedomfang (bilag 5, s. 1). Ved den objektive undersøgelse fandtes dog fuldstændig normalt hovedomfang. Trods den angivne indikation for pelvis angusta var der dog ikke medicinske, objektive holdepunkter for, at A skulle

have et snævert bækken. Dette støttes af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål C, hvor Retslægerådet oplyser, at der i sagens akter ikke er objektive mål for snævert bækken. Vurderingen kan måske være forbundet med en vis usikkerhed, men ved en fornyet vurdering, da A mødte frem for at føde, blev det vurderet, at der ikke var et snævert bækken, jf. bilag D.

Det må således lægges til grund, at grundlaget for det oprindeligt planlagte kejsersnit skyldtes A's eget ønske og bekymring og i hvert fald ved en revurdering ikke kunne begrundes i medicinske indikationer. Dette støttes af Retslægerådets (flertallets) besvarelse af spørgsmål B, hvor Retslægerådet udtaler, at der ikke var absolut medicinsk indikation for planlagt kejsersnit ved sagsøgers anden fødsel.

Ankenævnet vurderede endvidere, at det under den aktive fødsel var i overensstemmelse med erfaren specialiststandard at foreslå en vaginal fødsel.

Ankenævnet har herved blandt andet lagt vægt på, at i en situation, hvor der var helt udslettet livmodermund og caput stod mellem spinae og bækkenbunden (og havde stået helt fast på bækkenbunden), var den mest skånsomme forløsningsmetode vaginal fødsel, herunder cupforløsning. Herudover blev der også lagt vægt på, at det ikke er ukompliceret at udføre et kejsersnit så sent i et fødselsforløb, idet risiko for læsioner på kvinden er øget, ligesom risikoen for barnet også er øget. Dette synspunkt støttes af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål F, hvor Retslægerådet udtaler, at

“Kejsersnit på et meget fremskredent tidspunkt i fødslen, hvor barnets hoved er på bækkenbunden kan indebære øget risiko for skader på moderen (udrifter i livmoderen, blodning, infektion, skade på blære,) og for barnet ‘iltmangel, intrakraniell blødning, skade på nakke og hals), idet det kan være yderst vanskeligt at få barnets hoved op fra bækkenet.”

At det under den aktive fødsel var i overensstemmelse med erfaren specialiststandard at foreslå vaginal fødsel støttes endvidere af Retslægerådets (flertallets) besvarelse af spørgsmål 3, hvor Retslægerådet vurderer, at ud fra en lægefaglig vurdering, var der ikke grund til at foretage kejsersnit, da sagsøger ankom på fødegangen kl. 4.00 - sammenholdt med besvarelsen af spørgsmål D, hvor Retslægerådet (flertallet) udtaler, at det vurderes at være i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer at foreslå vaginal fødsel, da sagsøger ankom på fødegangen i aktiv fødsel.

Det var ligeledes i overensstemmelse med erfaren specialiststandard ikke at foretage kejsersnit efter den indledende presseperiode, hvilket støttes af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 6, hvor det af Retslægerådet (enstemmigt)

'skønnes ikke forkert at fortsætte vaginalfødsel under forudsætning af sagsøgers samtykke, idet kejsersnit på dette meget fremskredne tidspunkt i fødslen kan være kompliceret for såvel mor som barn.

Sammenholdt med Retslægerådets besvarelse af spørgsmål E, hvor flertallet udtaler, at

“Det er ikke angivet i journalen, hvilken aftale der specifikt er indgået med sagsøger klokken 04.00 omkring progressionen udover, at der skulle være særligt fokus på denne men det faktum, at man har valgt at give vestimulerende medicin kL 05.55 tyder på, at progressionen ikke har været tilfredsstillende, hvorfor man på dette tidspunkt kunne have valgt at lave kejsersnit. Såfremt fødslen vurderedes nært forestående er det dog i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægelige retningslinjer at fortsætte vaginal fødsel på dette tidspunkt.

Ankenævnet har endvidere vurderet, at den af A hævdede skade ikke med overvejende sandsynlighed kunne være undgået ved hjælp af en anden behandlingsmetode i form af et kejsersnit. Ankenævnet har herved blandt andet lagt vægt på, at A's efterfølgende gener i form af afføringsinkontinens og problemer med at holde på luft mere sandsynligt kan tilskrives selve fødslen og de medfølgende påvirkninger af underlivet og ikke den vaginale fødsel og cup-forløsningen. Dette er blandt andet begrundet i, at Sphincterapparatet ved de efterfølgende undersøgelser er fundet intakt. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 2, hvor Retslægerådet anfører, at sagsøgers inkontinens for luft kan skyldes en nerveskade eller en overstrækning af bækkenbundens bindevæv og muskler, udgør ikke et tilstrækkeligt sikkert grundlag for at tilsidesætte ankenævnets vurdering om, at der ikke er sket en skade.

Endelig har ankenævnet ved afgørelsen lagt vægt på, at der ikke i det foreliggende journalmateriale findes holdepunkter for, at A ikke skulle have samtykket til den vaginale fødsel. Herved er der blandt andet lagt vægt på, at det ikke i journalen ses noteret, at A anmodede om kejsersnit, eller at et bestemt antal træk skulle være aftalt.

Det forhold, at A oplyste, at hun ikke var meget for en cupanlæggelse på grund af et tidligere fødselsforløb, er ikke i sig selv et bevis for, at hun ikke samtykkede til behandlingen. Det forhold, at A selv er af en anden opfattelse af forløbet, er heller ikke i sig selv bevis for manglende samtykke, da A's gengivelse ikke er i overensstemmelse med journalnotateme.

Det bestrides, at der efter sundhedslovgivningen gælder en selvbestemmelsesret i det omfang patientens ønsker ikke er medicinsk kontraindiceret. Mangler ved det informerede samtykke har ikke betydning for vurderingen af erstatningspligten efter patientforsikringsloven (nu KEL),

jf. LFF 1991 nr. 144, de specielle bemærkninger til § 1 og FED 2008.2760.

Ankenævnet gør på den baggrund gældende, at A ikke har anført et grundlag, endsige et sikkert grundlag for at tilsidesætte ankenævnets vurdering og dermed afgørelse.

Rettens begrundelse og afgørelse

Efter lov om klage og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet §§ 19 og 20, stk 1, nr. 1 ydes der erstatning, hvis en patient er påført en skade ved behandling på sygehus, og en erfaren specialist under de givne forhold ville have handlet anderledes ved behandlingen og således, at skaden med overvejende sandsynlighed ville være undgået.

Der blev ved den vaginale fødsel foretaget klip i mellemkødet og anvendt sugekop. Det lægges efter bevisførelsen, herunder sagsøgerens forklaring, til grund, at sagsøger var anal inkontinent i en periode efter fødslen, og at hun fortsat indimellem er inkontinent for luft. Retslægerådet har anført, at sagsøgers gener i form af problemer med at holde på luft mest sandsynligt skyldes selve fødslen og de medfølgende påvirkninger af underlivet, men Retslægerådet har i sin besvarelse af spørgsmål 2 endvidere anført, at sagsøgers inkontinens for luft kan skyldes nerveskade i forbindelse med fødslen og overstrækning af bækkenbundens bindevæv og muskler, og at risikoen for påvirkning af nerver, bindevæv og muskler øges med lang uddrivningsperiode, klip i mellemkødet, andre bristninger i mellemkødet og instrumentel forløsning (sugekop). Endvidere har Retslægerådet anført, at det er mest sandsynligt, at sagsøgerens nuværende luftinkontinens kunne have været undgået, hvis der fra starten havde været foretaget kejsersnit.

Retten finder på denne baggrund, at sagsøgeren er påført en skade i form af luftinkontinens og svie og smerte i forbindelse med fødslen.

Det fremgår af besøgsnotat af 5. oktober 2012, at der ikke var noget i vejen for, at sagsøgeren forsøgte vaginal fødsel. Den 1. februar 2013, hvor det blev aftalt, at der skulle foretages kejsersnit, konstateredes, at fosterets hovedomfang var normalt. I følge retslægerådet er der i sagens akter endvidere ingen objektive mål for snævert bækken. Retslægerådets flertal har udtalt, at der ikke var absolut medicinsk indikation for planlagt kejsersnit.

Da sagsøgeren ankom til fødegangen, var livmodermunden 8 cm åben, og hovedet vurderedes at stå fast i bækkenet. Retslægerådet (flertallet) har ved besvarelse af spørgsmål D og E givet udtryk for, at der ikke var grund til at foretage kejsersnit, da sagsøgeren ankom til fødegangen kl. 04.00, og at det, såfremt fødslen vurderedes nært forestående, var i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægelige retningslinjer at fortsætte vaginal fødsel kl. 05.55. Et enigt retslægeråd har i sin besvarelse af spørgsmål 6 anført, at det ikke var forkert at fortsætte vaginal fødsel med vestimulerende drop og anlæggelse af sugekop under forudsætning af sagsøgers samtykke efter den

indledende presseperiode, idet kejsersnit på dette meget fremskredne tidspunkt kunne være kompliceret for såvel mor som barn, jf. herved besvarelsen af spørgsmål F, hvorefter kejsersnit på et meget fremskredent tidspunkt i fødslen, hvor barnets hoved er på bækkenbunden, kan indebære øget risiko for skader på moder og barn. Retslægerådets mindretal har udtalt, at der ikke er truffet beslutninger, som sagsøger ikke har samtykket i.

Retten finder på baggrund af Retslægerådets besvarelser og efter en samlet vurdering af de faktiske omstændigheder i sagen, at der ikke er tilstrækkeligt grundlag for at antage, at det ikke var i overensstemmelse med erfaren specialiststandard at foreslå en vaginal fødsel og på et senere tidspunkt i fødselsforløbet ikke at foretage kejsersnit. Retten finder, at den omstændighed, at sagsøgeren har givet udtryk for utryghed og har henvist til aftalen om kejsersnit, ikke kan føre til et andet resultat. Der er herefter ikke grundlag for at tilsidesætte Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse, og retten tager derfor Ankenævnet for Patienterstatningens påstand om frifindelse til følge.

A skal betale sagsomkostninger til Ankenævnet for Patienterstatningen med 40.000 kr. til dækning af advokatbistand. Beløbet er inklusive moms, idet Ankenævnet for Patienterstatningen ikke er momsregistreret. Retten har lagt vægt på sagens udfald, værdi, karakter og omfang, herunder at der er indhentet en erklæring fra Retslægerådet.

Da sagsøgeren har fri proces og retshjælpsdækning til sagen, betales sagsomkostningerne af statskassen i det omfang, sagsøgerens retshjælpsforsikring ikke dækker.

Thi kendes for ret:

Ankenævnet for Patienterstatningen frifindes.

A skal betale sagsomkostninger til Ankenævnet for Patienterstatningen med 40.000 kr., der indbefatter moms.

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

Annemarie Harsberg
retsassessor

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Retten i Aalborg, den 4. oktober 2018.

