

UDSKRIFT
AF
ØSTRE LANDSRETS DOMBOG

D O M

Afsagt den 1. juni 2006 af Østre Landsrets 16. afdeling
(landsdommerne Ulla Staal, Linde Jensen og Britt Falster
Klitgaard (kst.)).

16. afd. nr. B-1264-00:

N [REDACTED]

(advokat Niels Fisch-Thomsen)

mod

Patientskadeankenævnet

(Kammeradvokaten v/advokat Mikkel Holm Nielsen)

Under denne sag, der er anlagt den 3. maj 2000, har sagsøger, N [REDACTED] nedlagt påstand om, at Patientskadeankenævnet tilpligtes at anerkende, at han i anledning af et operationsforløb på R [REDACTED] i 1996 efter patientforsikringslovens § 1, stk. 1, og § 2, stk. 1, nr. 1 og 3 og/eller nr. 4, jf. § 5 har krav på erstatning og godtgørelse med i alt 1.761.237 kr. med tillæg af procesrente principalt fra sagens anlæg, subsidiært af 500.000 kr. fra sagens anlæg og af 1.261.237 kr. fra den 16. august 2005.

Patientskadeankenævnet har påstået frifindelse, subsidiært hjemvisning med henblik på udmåling af erstatning og godtgørelse.

Over for Patientskadeankenævnets subsidiære påstand har N [REDACTED]
[REDACTED] påstået sagen fremmet.

Sagsøgeren har opgjort sit erstatningskrav som følger:

A. Helbredelsesudgifter og andet tab	200.170 kr.
B. Tabt arbejdsfortjeneste	20.833 kr.
C. Svie og smerte	15.700 kr.
D. Mængdødtgørelse (65%)	157.040 kr.
E. Erhvervsevnetab (75%)	<u>1.367.494 kr.</u>
I alt	<u>1.761.237 kr.</u>

Sagens omstændigheder

Den 7. november 1995 blev N [REDACTED] undersøgt på R [REDACTED]
[REDACTED] neurokirurgiske afdeling, og i journalen er om undersøgelsen blandt andet anført:

"... pt. har i al væsentlighed været rask tidligere
...

Nuværende:

Har i godt 30 år haft episodiske højresidige nakke/skuldersmerter, men de seneste 2 år er de tiltaget og har bredt sig ned i højre arm til de to ulnare fingre med smerter og paræstesier, ofte forværret ved hoste, nys og bugpres. Har desuden bemærket tiltagende gener fra højre ben, hvor der ind imellem kan være "drop-ben". Har selv bemærket, at højre hånd er blevet tyndere. Ingen andre symptomer, specielt intet vægttab.

...

Konklusion:

Pt. har generende symptomer på en cervikal rodkompression lavt cervikalt på højre side, dels med radikulære symptomer og dels med kliniske fund med muskelatrofi. Der er dog ingen refleksforstyrrelser. Det vil være rimeligt at få foretaget en MR-skanning af columna cervicalis..."

MR-skanning den 4. januar 1996 af N [redacted] s halshvirvelsøjle viste degeneration af 5., 6. og 7. discus, udvækst af knoglevæv, der gav anledning til betydelig spinalstenose (forsnævring af rygmarvskanalen med tryk på rygmarv og/eller nerverødder), og slet ingen hjerne/rygmarvsvæske om en deformeret marv bag 6. halshvirvel. I beskrivelsen af MR-skanningen hedder det konkluderende:

"udtalt spinalstenose ud for 5. discus 6. og 7. cervikale hvirvel-legemer.
Intra-medullært signal ud for 6. thorakale hvirvel-legeme. Foramina [huller] sv.t. de 3 degenererede disci er bilat. afsmalnede."

N [redacted] blev herefter den 5. marts 1996 indlagt på Rigshospitalets neurokirurgiske afdeling med henblik foretagelse af en Cloward operation. Ifølge indlæggelsesjournalen var N [redacted] i "glimrende almentilstand", men konkluderende anførtes:

"Cervikal spinalstenose på C5-6-7 niveau.
Symptomer på højre OE [arm] i form af hyp- og dys-æstesi [nedsat følesans og føleforstyrrelse] ulnart på hånden samt atrofi [muskelsvind] af adductor pollicis [bøjemuskel for tommelfingeren] samt nedsat kraft ved fingerekstension og fingerspredning. ..."

Den 6. marts 1996 fik N [redacted] herefter foretaget en Cloward operation med fjernelse af en forkalket prolaps. I journalen er om operationen blandt andet anført:

"Pt. er meget høj, 205 cm, kraftig knoglebygning og korthalset og allerede efter lejring af pt. kan det i gennemlysning ses, at der vil være betydelige problemer med det rette niveau. Når der trækkes ned i skuldrene kan vi fremstille det uden besvær. ... Den discus [bruskskive], der forventes at være discus mellem C6/C7 markeres og rtg.gennemlysning viser, at det er det korrekte niveau. Derefter bores der ud med 10 mm bor, men det er ikke muligt, dels pga. en meget stor thyreodidea [skjoldbruskkirtel] og dels pga. sternum [brystben], at få den helt rette vinkel på selve boret, som bliver en anelse mere lodret end oprindeligt planlagt. Det gør til gengæld ikke noget,

da retningen bærer lige frem mod den del af prolapsen, der er gledet ned bag den øverste del af 7. corpus [hvirvellegeme]. Det viser sig, at det nye bor er for kort (22 mm), og efter at møtrikkerne er fjernet, kan vi bore igennem til 26 mm, og derefter kan den sidste skal af en svært forkalket prolaps og corticallis [bark] fjernes. Lig.long.post. åbnes og der fjernes, hvad der anses for at være en gammel forkalket prolaps svarende hertil, spec. ud mod højre side, men også i midtlinien. Der er derefter pæne frie forhold, ..."

Om ambulant kontrol den 8. maj 1996 er i journalen blandt andet anført:

"Det går helt pænt, det vil sige, at patientens radiculære symptomer [symptomer fra nerveroden] på højre side, når patienten nu har haft tid til at vurdere situationen, synes uændrede fra før operationen, medens symptomerne i benet er bedret.

...

Inden kontrollen slippes, bør vi have lavet enten en kontrol MR eller en kontrol CT-scanning af coi.cerv. [halshvirvelsøjlen] ud for det opererede niveau for at se, om der stadig er en stor osteofyt [udvækst af knoglevæv] eller restprolaps på højre side, som kan forklare de radiculære symptomer og derved medføre et fornyet operativt indgreb ..."

Den 21. juni 1996 fik N [redacted] på Hv [redacted] foretaget en MR-skanning af halshvirvelsøjlen, og af erklæring herom fra Dansk Videnscenter for Magnetisk Resonans fremgår blandt andet:

"... Der er dog næppe tvivl om, at der fortsat er spinalstenose udfor discus C 6/7. ...

Pga. den metalliske forvridning af billedannelsen i den opererede region kan jeg ikke med sikkerhed afgøre, om der foreligger infektionsforandringer. Jeg mener derimod, at spinalstenose i det pågældende niveau er oplagt, og det bekræftes af aksialanittene, hvor medulla ses betydeligt komprimeret i AP-retning, ... På niveauet over det opererede, altså C 5/6 er der ansats til spinalstenose, men mindre markant, og der er ingen prolapskonfiguration i denne højde.

Konklusion: følger efter Cloward-operation C 6/7 med metallisk implantat og billedforvrængning sv. hertil. Fortsat spinalstenose i denne højde."

På baggrund af denne MR-skanning blev N [redacted] den 5. juli 1996 på ny undersøgt på R [redacted]s neurokirurgiske afdeling, og af journaltilførslen vedrørende undersøgelsen fremgår blandt andet:

"Der er fortsat ret markant stenose, C6/7, betinget af mulig prolaps, osteofytter, påvirkning af medulla og patienten har da også tiltagende nakkesmerter samt radikulære smerter til OE, mest højre gående ulnart, dels af hans gangbesvær som initialet var bedre nu, tiltagende igen.

Er delvis invalideret af tilstanden og arbejdsmæssigt/socialt handicappet af sin situation.

...

Synes man bør supplere udredningen med en CT-scanning af halsen, med "knoglevindue", for at vurdere i hvor høj grad der foreligger rodkompression lateralt. Når scanningen foreligger, ny kontrol med stillingtagen til operation.

...

Søger at fremskynde scanningen af hensyn til hans situation."

CT-skanningen blev foretaget den 22. juli 1996, og i beskrivelsen heraf er den 23. juli 1996 blandt andet anført:

"sammenl. med MR-scanningen fra 4.1.96 er osteofytdannelsen bag C 6 og 7 uændret. Det skal bemærkes, at der på MR-scanningen i januar 1996 var medulær [marv] påvirkning i dette niveau."

Den 21. august 1996 blev Niels W. Holm genindlagt med henblik på reoperation, og i journalnotatet fra indlæggelsesdagen hedder det konkluderende:

"Konklusion:

Symptomer på kompression af højre C8-rod samt medulær påvirkning med dårlig gangfunktion og pollakisuri [unormalt hyppige, men sparsomme vandladninger]. ..."

Den følgende dag blev N [redacted] reopereret, og af journaltilførslen for den 22. august 1996 vedrørende operationen fremgår blandt andet:

"Der frilægges til siderne, og på venstre side er der meget hurtigt fuldst. frie forhold, mens der på højre side er udtalt osteofytdannelse, og i midten er der en osteofyt, som i gennemlysning kan vises at være næsten 1 cm dyb, hvilket passer udmærket med CT-skanningen, som viser en svært forsnævret spinalkanal af en enorm osteofytdannelse forfra. Med fræser og afbidning kan vi efterhånden få frilagt osteofytten fuldst. og på højre side er den så stor, at den har skubbet dura foran sig, så der ved frilægning kommer et lille hul i dura, men arachnoidea [hinden mellem den hårde og bløde hjerne- respektive rygmærkshinde] er intakt. Den meget store osteofyt kan til sidst fjernes, ..."

Den 23. august 1996 konstateredes diffust nedsat håndtrykskraft i venstre hånd samt betydelig nedsat kraft i venstre ben. Den 26. august 1996 var funktionerne i venstre hånd og ben dog bedret, hvorimod symptomerne fra højre arm og ben var uændrede.

Fra den 30. august 1996 til den 4. oktober 1996 var N [redacted] [redacted] til genoptræning på Skodsborg Kurcenter.

Ved ambulant kontrol den 3. januar 1997 på R [redacted]s neurokirurgiske afdeling anførtes i journalen:

"... Det går fortsat fremad, men pt. er trods dette alligevel betydeligt invalideret. Der var en række symptomer præoperativt, men der er ingen tvivl om, at 2. operation gav anledning til en vis medullær læsion, dels betinget af de meget store osteofytter, som vanskeliggjorde det operative indgreb, og dels betinget af indgrebet selv.
..."

Den 21. april 1997 foretog N [redacted] anmeldelse efter lov om patientforsikring til Patientforsikringen vedrørende behandlingen af ham på R [redacted]

Ved skrivelse af 16. april 1998 meddelte Patientforsikringen N [redacted] at Patientforsikringen ikke fandt, at hans skade var omfattet af lov om patientforsikring, hvorfor han ikke var berettiget til erstatning efter loven.

Ved brev af 3. maj 1998 påklagede N [redacted] Patientforsikringens afgørelse til Patientskadeankenævnet, som ved skrivelse af 4. november 1999 meddelte N [redacted] at Patientskadeankenævnet på et møde den 15. september 1999 havde besluttet at tiltræde Patientforsikringens afgørelse. I Patientskadeankenævnets afgørelse hedder det:

"...

Begrundelse for afgørelsen:

Ifølge patientforsikringslovens § 1, stk. 1, ydes der erstatning til patienter, som her i landet påføres fysisk skade i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende foretaget på offentlige sygehuse m.v.

Ifølge patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1, er det en yderligere betingelse, at skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt ved, at det må antages, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes ved undersøgelse, behandling eller lignende, hvorved skaden ville være undgået.

Patientskadeankenævnet finder, at optimal behandling ville have tilsagt, at man den 6. marts 1996 havde opereret korrekt og havde fjernet den knogleprominens, der var årsag til operationen. For så vidt finder nævnet, at betingelserne for erstatning efter patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1, er opfyldt.

Patientskadeankenævnet finder imidlertid samtidig, at den omstændighed, at der i første omgang blev opereret i en skæv vinkel ikke har medført forværring i tilstanden, og nævnet finder således, at der ikke er påført Dem en varig fysisk skade derved, at man ved operationen ikke opnåede det forventede resultat.

Vedrørende operationen den 22. august 1996 finder Patientskadeankenævnet, at der var indikation for operationen, og at operationen blev udført i overensstemmelse med bedste specialiststandard på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold. Nævnet finder således, at de gener, der tilkom efter operationen, i form af forværrede symptomer med blandt andet spasticitet i venstre ben og vandladningsforstyrrelser er hændelige og ikke en følge af den valgte operationsmetode eller udførelsen af operationen. Nævnet har lagt vægt på, at operationen måtte foregå tæt på rygmærken som følge af, at prolapsvævet lå tæt forbundet med denne. Patientskadeankenævnet har endvidere lagt vægt på, at rygmærken var påvirket allerede forud for operationerne som følge af Deres grundlidelse, i form af en meget stor knogleprominens (osteofytdannelse) beliggende meget tæt på rygmærken (medulla) med deformering af denne til følge.

Patientskadeankenævnet finder herefter, at der alene kan ydes godtgørelse for svie og smerte svarende til en måneds forlænget sygeperiode som følge af, at den første operation ikke var optimalt udført. Godtgørelse for svie og smerte udgør efter erstatningsansvarsloven § 3, for tiden fra skadens indtræden og indtil skadelidtes tilstand er blevet stationær 150 kr. for hver dag, skadelidte er sengeliggende, og 70 kr. for hver dag, skadelidte er syg uden at være sengeliggende. - Patientskadeankenævnet finder på baggrund af et skøn, at Deres sygeperiode som følge af patientskaden er forlænget med 7 sengeliggende dage og 23 ikke sengeliggende dage, hvorfor De findes berettiget til en godtgørelse for svie og smerte på 2.660 kr. ekskl. renter.

Da dette beløb ikke overstiger 10.000 kr., ydes der ikke godtgørelse, jf. patientforsikringslovens § 5, stk. 2.

Sagsfremstilling:

Den 27. november 1995 blev De henvist til R [REDACTED] med henblik på nærmere udredning af tiltagende nakke og skuldersmerter igennem to år. De havde endvidere smerter og føleforstyrrelser ned i højre arms to ulnare fingre. Højre hånd var i øvrigt blevet tynnere. Herudover havde De bemærket tiltagende gener fra højre ben. Indimellem forekom der "drop-ben".

Det konkluderedes, at De havde symptomer på nerve-
rodskompression i halshvirvelsøjlen på højre side.
Det besluttedes at udføre en MR-skanning af halshvirvelsøjlen.

MR-scanningen, som blev foretaget den 4. januar 1996, viste degeneration af 5., 6. og 7. diskus. Der fandtes endvidere randudbygninger som følge af slidgigt mellem to hvirvler. Herudover fandtes der gigtiske forandringer i de mindre led og ledbånd medførende yderligere forsnævring af rygmarvskanalen. Endelig fandtes rygmarven trykket bag 6. halshvirvellegeme. På denne baggrund fandtes indikation for Clowards operation ved hvilken, der foretages dekompression af rygmarven og nerverødder, kombineret med en stivgørelse mellem de to tilstødende halshvirvler.

Operationen blev udført den 6. marts 1996. Man åbnede mellem 6. og 7. halshvirvel og fjernede en gammel forkalket prolaps. Forholdene var herefter pæne frie, specielt ud i rodkanalen på højre side. Herefter indsatte man en titaniumdyvel fyldt op med knoglechips.

Efter operationen var de yderste diskrete medullære symptomer på retur. De blev udstyret med en blød halskrave, som De skulle bære i 5 uger. De blev udskrevet den 11. marts 1996.

Ved ambulant kontrol den 8. maj 1996 konstateredes, at Deres radikulære symptomer på højre side var uændrede i forhold til før operationen, mens symptomerne i benet var bedret. Det besluttedes at udføre en ny MR-scanning.

Ved ny kontrol den 5. juli 1996 fremgår det, at det på MR-scanning var konstateret, at der fortsat resterede en ret markant forsnævring ud for 6. og 7. halshvirvel, som man fandt betinget af knogleudbygningen (osteofytter) og der konstateredes påvirkning af rygmarven. De havde tiltagende nakkesmerter og udstrålende smerter i armene samt tiltagende gangbesvær.

På denne baggrund blev De reopereret den 22. august 1996. I denne forbindelse fandtes en udtalt osteofytdannelse, som lå i tæt kontakt med rygmarvshinden og med rygmarven. Ved fræsning og afbidning kunne man efterhånden få frilagt og fjernet osteofytten fuldstændigt. På højre side var den så stor, at den havde skubbet rygmarvshinden foran sig, så der ved frilægning opstod et lille hul i rygmarvshinden. Man tog derpå knoglespange fra Deres hofte, og placerede det i det udfræsedede hul. Endelig placerede man en skinne, som fikseredes med 4 skruer.

Dagen efter operationen havde De betydelig nedsat funktion i venstre arm og ben, hvilket dog bedredes den 26. august 1996. Der var fortsat uændrede sympto-

mer fra højre side. Den 29. august 1996 overflyttedes De til genoptræning på K [REDACTED] i Gentofte. Der var herefter fremgang i de venstresidige funktioner. Dog var der fortsatte problemer med total blæretømming, hvorfor det havde været nødvendigt at kateterisere Dem. Den 30. august 1996 konstateredes atrofisk muskulatur og nedsat fingerspredning og samlekraft, men normale kræfter over skulder, nakke og håndled. Venstre arm frembød i øvrigt normale kræfter. De kunne bevæge hovedet frit uden fremprovokering af smerter. Der var desuden diffus let nedsat kraft over hofte, knæ og fodled men med normale sensoriske forhold. Endelig konstateredes manglende hælreflekser, afværgereflekser og plantarreflekser. De gik således efter Deres egen beskrivelse vaklende omkring.

De var herefter indlagt på Skodsborg Sundhedscenter til optræning.

Den 4. oktober 1996 var De til ambulant kontrol på R [REDACTED], hvor det konstateredes, at De fortsat havde en del smerter i højre arm. Deres gangfunktion var i bedring om end præget af øget muskelspænding og manglende samordnede bevægelser.

Den 23. oktober 1996 var De til kontrol på K [REDACTED] i G [REDACTED]. Det konstateredes, at De havde smerter i højre arm med sovende fornemmelse i ring- og lillefingeren. Der var stadig nedsat kraft ved fingersamling/-spredning. Endvidere konstateredes vandladningsproblemer i form af unormalt hyppige men sparsomme vandladninger. Endelig konstateredes let stiv føring af højre ben, nedsat kraft ved opadbøjning af foden, men normal kraft ved nedadbøjning, samt nedsat kraft ved bøjning af knæet, men normal kraft ved strækning og i øvrigt normal kraft over hoften.

Den 2. november 1996 forelå der svar på den neurofysiologiske undersøgelse af Deres højre arm. Det konkluderedes, at der forelå en svær påvirkning af ulnarisnerven ud for overarmsbenets knoglefremspring.

Den 2. januar 1997 blev De opereret på K [REDACTED] i G [REDACTED] med dekompression af ulnarisnerven. Der fandtes tegn på kompression af nerven, hvor denne dykkede ned i muskulaturen neden for albuen. Den 14. marts 1997 konstateredes det imidlertid, at der ikke havde været nogen væsentlig effekt af operationen.

Den 2. juni 1997 blev De indlagt på urologisk afdeling, K [redacted] i H [redacted] med henblik på oplægning af en prostataspiral. Det bemærkedes i denne forbindelse, at De siden prolapsoperationen i august måned 1996 havde haft tiltagende vandladningsgener i form af øget natlig vandladning, dårlig blæretømning og hyppig vandladning om dagen. Ved en urodynamisk undersøgelse i november 1996 var der konstateret svær funktionsnedsættelse af den del af blæremuskulaturen, som tømmer blæren og desuden forsnævring neden for urinblæren forårsaget af en forstørret blærehalskirtel.

Det fremgår, at De i oktober måned 1997 anmodede om undersøgelse/behandling af symptomer som abnormt lavt blodtryk i stående stilling, afføringsbesvær og impotens, som De havde oplevet efter operationen i august 1996. Man fandt, at symptomerne kunne skyldes enten påvirkning af det såkaldte autonome nervesystem udenfor rygmarven på brysthvirvelsøjleniveau, eller den antidepressive behandling."

Til brug for nærværende sag har overlæge E [redacted] K [redacted] i G [redacted] neurokirurgisk afdeling H, undersøgt N [redacted] og afgivet erklæring herom af 14. december 2000 med følgende konklusion og resumé:

"Konklusion og resumé:

67-årig mand, som for ca. 30 år siden havde debut med nakkehold og udstrålende smerter til overarmen. Generne var intermitterende tilstede med 3-4 års interval, men 10 år før den omtalte operation i 1996 havde generne ikke været tilstede. I sommeren 95 i forbindelse med havearbejde pludselig smerter ud over skulderrundingen og ud i 4. og 5. finger. Primært forsøgt behandlet konservativt samt med blokader og kiropraktik uden effekt. På grund af ulidelige smerter kontaktedes neurokirurgisk afdeling, R [redacted], og man foretog operation på grund af forandringer vist i cervikalregionen udfor 5., 6. og 7. halshvirvel. Operationen havde kortvarig effekt på generne ca. 8-10 dage, hvorefter generne tiltog med fornyet styrke. På grund af forskellige omstændigheder foretog man diagnostik og operation først i august måned med en mere udvidet dekompression af hvirvelsøjlen. Efter operationen initialt tetraparese [nedsat funktion af alle fire ekstremiteter] og et længere genoptræningsforløb blev effektueret. Tilstanden har for nuværende været stationær siden 1997. De aktuelle gener, som NH har haft siden operationen, består af udtalt gangbesvær

på grund af styringsbesvær af højre ben og nedsat kraft i venstre, udtalte smerter i højre arm med udstråling til 4. og 5. finger. Nedsat funktion af venstre arm, vandladningsforstyrrelser, urgeinkontinens [ufrivillig vandladning], manglende kontrol over afføringen og endelig fuldstændig ændret arbejdssituation samt et betydeligt nedsat dagligt funktionsniveau.

Ved den objektive undersøgelse finder man bevægeindskrænkning i halshvirvelsøjlen samt klar kraftnedsættelse især svarende til den distale muskulatur i overarmen lokaliseret hovedsageligt til de ulnarisinnerverede muskler. Desuden påvirket følesans i samme område samt nedsat vibrationssans. Der findes livlige dybe reflekser med venstresidig overvægt og positiv Hoffmann bilateralt. På truncus [kroppen] finder man et område fra omkring th.5 til ca. th.10 med lidt forskellig fordeling nedsat følesans på forsiden og bagsiden af kroppen. På underekstremiteterne finder man svær parese over højre hofteled samt spredt hypæstesi/hyp-algesi, hyperaktive dybe reflekser fraset akillesreflekser, bilateralt positiv Babinski. Der er ingen vibrationssans, påvirket ledstillingssans på højre side. Der findes ingen ataksi [manglende evne til at samordne bevægelser] eller øget tonus og der er normalt knæ-hæl-forsøg på venstre side, på højre side er den unormal på grund af hofteparesen.

I forbindelse med operationen udført i august måned 1996 udviklet følger efter medullær beskadigelse. Der er klart sammenhæng mellem opståelsesmåden og de efterfølgende gener, og der er intet, der taler for, at tidligere lidelse har haft indflydelse på dette. Der er tale om et varigt mén i betydelig grad samt ændret erhvervsevnefunktion. Tilstanden har været stationær nu igennem 3 år og man kan ikke forvente nogen ændring i den aktuelle neurologiske status."

Arbejdsskadestyrelsen har i skrivelse af 24. maj 2005 udtalt, at N: [redacted] méngrad vurderes til 65 procent og hans erhvervsevnetab til 75 procent.

Retslægerådet har i erklæringer af 19. april 2002 og 16. december 2003 besvaret stillede spørgsmål således:

"Spørgsmål 1:

Er det i overensstemmelse med sædvanlig praksis og i overensstemmelse med, hvad der blandt neurokirurgiske

specialister anses for god rutine, efter diagnosticering af spinalstenose, osteofyt(ter), kompression af medulla og nerverodkompression at lade hengå 5½ måned før gennemførelsen af operation?

Af journalnotat fra R [REDACTED] Neurokirurgisk afdeling fremgår det, at der ved ambulant kontrol i maj 1996 blev ordineret en kontrol-MR eller CT-skanning af halshvirvelsøjlen (columna cervicalis). MR-skanning af columna cervicalis blev gennemført 21.06.96 og påviste en fortsat forsnævring af rygmærvskanalen (spinalstenose) ud for 6. og 7. halshvirvel. Herefter blev der ved ambulante kontroller taget beslutning om genindlæggelse til operation, som fandt sted den 22.08.96. Der forløb således 2 måneder efter påvisning af spinalstenosen, til operationen fandt sted.

Spørgsmål 2:

Såfremt spørgsmål 1 besvares benægtende spørges, om dette er udtryk for en faglig vurdering af og/eller frygt for, at en udsættelse af en operation i 5½ måned - med overvejende sandsynlighed eller som en (nærliggende) mulighed - (væsentligt) kan/vil forøge risikoen for en varig forringelse af patientens helbredstilstand - set i forhold til en gennemførelse af operation inden for kortere tid efter diagnosticering?

Beslutning om re-operation blev taget godt en måned før operationen fandt sted. Bedømt ud fra den eksisterende litteratur om emnet vil risikoen for varig forringelse næppe øges herved.

Spørgsmål 3:

Idet der henvises til det om sagsøgerens operation nr. 2 den 22. august 1996 oplyste

at første del af operationen (frilægningen) "har været meget langvarig og opr.'s varighed er med anæstesi knapt 5 timer ", jfr. journalen, bilag 1, for den 22.08.96, og

at "der ved frilægningen kommer et lille hul i dura", jfr. journalen, bilag 1, for den 22.08.96

spørges, om operation nr. 2 den 22. august 1996 (reoperationen) har været vanskeliggjort af den omstændighed, at der den 6. marts 1996 havde været gennemført en operation på samme sted?

Re-operation den 22.08.96 har ikke nødvendigvis været vanskeliggjort af den allerede gennemførte operation

den 06.03.96. Operationen den 22.08.96 var et mere omfattende indgreb end den første operation med fjernelse af knoglevæv, udhentning af knogle fra hoftebenskam, tilpasning og fiksering af knoglespange. Re-operationen omfattede endvidere operation i arvæv efter tidligere operation og fjernelse af tidligere indsat knoglefikseringsmateriale (osteosyntesemateriale), hvilket har forlænget, men ikke nødvendigvis vanskeliggjort operationen den 22.08.96.

Spørgsmål 4:

Såfremt spørgsmål 3 besvares bekræftende spørges, om denne vanskeliggørelse har sin årsag i

- ardannelse i vævet hidrørende fra første operation
- sammenvoksning mellem dura og spinalkanalens inderside, eller
- andre forhold?

Bortfalder.

Spørgsmål 5:

Med henvisning til spørgsmål 3 - 4 spørges, hvorvidt den omstændighed, at der ved operationen den 22. august 1996 var tale om en genoperation (reoperation), har indebåret en (væsentligt) forøget operationsrisiko?

Spørgsmålet kan ikke besvares entydigt be- eller afkræftende. Re-operation på forsiden af halsen mod discusdegenerativ lidelse som i aktuelle tilfælde vil som følge af arvævsdannelse i halsens blødd dele (hud, underhud, muskulatur, luft og spiserør samt kar-/nervestruktur) indebære en øget risiko for beskadigelse af de nævnte strukturer (fx påvirkning af nervus recurrens medførende forbigående hæshed), mens udvidelse af operationsfeltet på halshvirvelsøjlen som i aktuelle tilfælde ikke indebærer væsentlig forøget risiko for beskadigelse af rygmarv eller nerverødder i forhold til risici ved første operation.

Spørgsmål 6:

Såfremt spørgsmål 5 besvares bekræftende spørges, om risikoforøgelsen ved genoperationen den 22. august 1996 med overvejende sandsynlighed kan antages at have forårsaget eller at have været en medvirkende årsag til de betydelige varige skader, som - jfr. overlæge E [redacted] specialisterklæring ... - karakteriserer sagsøgeren N [redacted] stationære helbredstilstand?

Der henvises til besvarelse af spørgsmål 5, hvoraf det fremgår, at risikoforøgelsen ved re-operation ikke med overvejende sandsynlighed kan antages at

være medvirkende årsag til de varige skader N. [redacted]
[redacted] pådrog sig ved operationen den 22.08.96.

Det skal bemærkes, at en risikoforøgelse ikke kan være årsag til de varige skader. Årsagen til den bestående forværring er påvirkning af medulla under operationen.

Spørgsmål 7:

Afslutningsvis spørges, om så svære, varige komplikationer ved rygsøjleoperationer i halsregionen som dem, der fremgår af overlægge E. [redacted] specialisterklæring ... må anses som sjældne for sådanne operationer? Kan en eventuel sjældenhed udtrykkes i procent?

Risiko for varig beskadigelse af rygmarg og/eller nerverod ved operation på forsiden af halshvirvelsøjlen på grund af discusdegenerative forandringer afhænger af de eksakte patoanatomiske forhold og de kliniske symptomer forbundet hermed. Symptomer på rygmargspåvirkning forud for operation øger risiko for yderligere påvirkning, eventuelt af varig karakter, ved operation, ligesom indgrebets karakter (simpelt eller omfattende med frilægning og eventuel stabilisering med osteosyntesemateriale) i sig selv indebærer risici for påvirkning eller forværring af i forvejen bestående påvirkning, midlertidigt eller varigt. Ved søgning i såvel international som dansk litteratur om komplikationer til "Clowards" operation eller variationer heraf under anterior interbody fusion er præcise data om læsion og varige skader på rygmarg og nerverod (rødder) sparsom. I litteraturen findes en komplikationsfrekvens, der varierer fra 1-22%, i et større udenlandsk arbejde var komplikationsfrekvensen 4,6%.

Spørgsmål A:

Var rygmarven påvirket allerede før operationen den 6. marts 1996?

MR-skanning foretaget den 04.01.96 viser signalforandringer ud for niveau af 6. og 7. halshvirvel og 6. og 7. brysthvirvel, forenelige med påvirkning af rygmarg. Ved kliniske undersøgelser forud for første operation var der ingen objektive tegn på rygmargspåvirkning.

Spørgsmål B:

Hvis spørgsmål A besvares bekræftende, bedes Retslægerådet oplyse, om operationen den 6. marts 1996 medførte en forøget påvirkning af rygmarven, og i givet

fald om den forøgede påvirkning forsvandt efter operationen den 22. august 1996.

Spørgsmålet kan omfatte enten 1) den billedmæssige eller 2) den kliniske påvirkning af rygmarven.

Ad 1):

Ifølge MR-undersøgelse af halshvirvelsøjlen foretaget på H[redacted] den 21.06.96 var pladsforholdene uændrede efter første operation, mens forsnævringen (spinalstenosen) niveau C-6/7 var ophævet efter 2. operation - såvel forsnævringer på ovenfor/nedenfor beliggende niveauer var uændrede, ligesom signalforandringer i rygmarven fortsat var til stede.

Ad 2):

Journalmateriale fra R[redacted] umiddelbart efter operationen den 06.03.96 og de efterfølgende kontinuationer omfattende ambulante notater og genindlæggelse den 21.08.96 giver ikke mulighed for præcis besvarelse. Der er ingen objektiv vurdering af den neurologiske status hverken ved udskrivelsen den 10.03.96 eller ved de ambulante kontroller forud for genindlæggelsen. Ved genindlæggelsen fandtes forandringer tydende på rygmarvspåvirkning, som ikke var til stede forud for operationen den 06.03.96. Hvorvidt denne påvirkning er en følge af den første operation eller en konsekvens af den mangelfulde frilægning af rygmarvskanalen og afspejler spontanforløbet, kan ikke afgøres. Rygmarvspåvirkningens kliniske betydning svandt ikke efter operation den 22.08.96.

Spørgsmål C:

Har den omstændighed, at knogleprominensen ikke blev fjernet ved operationen den 6. marts 1996, været af betydning for det endelige behandlingsresultat og sagsøgerens postoperative gener?

Jf. spørgsmål 1 kan det ikke afvises, at forlængelse af tilstanden med radiologiske og senere kliniske tegn på rygmarvspåvirkning har været af betydning for omfanget af varige mén.

Spørgsmål D:

Var operationen den 22. august 1996 velindiceret?

Ja. Første operation den 06.03.96 havde ikke medført den tilsigtede aflastning af rygmarven, og N[redacted] fik tiltagende symptomer på samme.

Spørgsmål E:

Blev operationen den 22. august 1996 gennemført i overensstemmelse med almindeligt anerkendte retningslinier?

Ja.

Spørgsmål F:

Blev der ved operationen den 22. august 1996 rettet op på manglerne ved operationen den 6. marts 1996?

Ja - hvad angår ophævelse af de knoglemæssigt betingede forsnævringer i niveau med 6. og 7. halshvirvel.

Spørgsmål G:

Hvad er årsagen til sagsøgerens postoperative gener?

Peroperativt udløst yderligere påvirkning af den i forvejen vulnerable rygmarv (signaiforandringer).

Spørgsmål H:

Kan årsagen til sagsøgerens postoperative gener, jf. svar på spørgsmål G, henføres til sagsøgers grundlidelse henholdsvis behandlingen i forbindelse med operationerne den 6. marts og 22. august 1996?

Sagsøger havde udtalt forsnævring af rygmarvskanalen som følge af discusdegenerative og slidgigtiske forandringer og i et omfang, der allerede inden første operation havde medført signalforandringer i rygmarven tydende på reaktive forandringer (gliose) mellem nervebanerne. Disse forandringer forsvinder sjældent efter operation og repræsenterer en blivende degenerativ tilstand, som i sig selv kan give anledning til symptomer.

Første operation er næppe (med den usikkerhed, der er forbundet med fravær af journaloptegnelser, der kan gøres til genstand for objektiv vurdering) i sig selv årsag til de postoperative gener efter anden operation, mens såvel ventetid på og følger af anden operation må antages at være en betydende årsag til de nuværende gener udløst af rygmarvspåvirkning.

Forud for anden operation er der beskrevet gang med slæben af højre fod og manglende evne til hæl gang på højre fod samt hyppig vandladning som udtryk for rygmarvspåvirkning.

Spørgsmål I:

Såfremt sagsøgerens postoperative gener helt eller delvist skyldes rygmarvspåvirkning, hedes Retslægerådet oplyse, om rygmarvspåvirkningen kan henføres til sagsøgers grundlidelse henholdsvis behandlingen i

forbindelse med operationerne den 6. marts og 22. august 1996?

Der henvises til spørgsmål H.

Spørgsmål J:

I hvilket omfang må sagsøgerens postoperative gener antages at hidrøre fra hans grundlidelse henholdsvis operationerne den 6. marts og 22. august 1996 og behandlingen i forbindelse med disse?

Der henvises til spørgsmål H.

Spørgsmål K:

Hvor hyppigt optræder gener som sagsøgerens efter sådanne operationer, som sagsøgeren har gennemgået?

Der henvises til besvarelse af spørgsmål 7.

Spørgsmål L:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.

Spørgsmål M:

Var operationen den 6. marts 1996 velindiceret?

Ja.

Spørgsmål N:

Blev operationen den 6. marts 1996 gennemført i overensstemmelse med almindeligt anerkendte retningslinier?

Operationen den 06.03.96 blev gennemført i overensstemmelse med almindeligt anerkendte retningslinier, men målet med operationen blev ikke nået, idet en betydende del af knoglefortykkelsen ikke kunne fjernes gennem den for lavt placerede arbejdskanal (udbo-ringskanal til spinalkanalens forside mellem 6. og 7. halshvirvel).

Spørgsmål O:

Burde man inden operationen den 6. marts 1996 have indset, at et større indgreb end det faktisk foretagne var nødvendigt?

Den valgte operationsmetode "Cloward's metode" burde ud fra de radiologiske undersøgelser være den korrekte.

Spørgsmål P:

Såfremt spørgsmål M og N besvares benægtende eller spørgsmål O besvares bekræftende, bedes Retslægerådet oplyse, hvorvidt dette skyldes forhold, der kan karakteriseres som fejlskøn eller egentlige fejl.

Bortfalder.

Spørgsmål Q:

Hvornår forelå der efter Retslægerådets opfattelse indikation for at reoperere sagsøgeren?

Der er ikke enighed blandt de voterende med hensyn til besvarelsen af dette spørgsmål.

En af de voterende overlæge M. [redacted] anfører, at re-operationen burde være foretaget umiddelbart efter kontrolrøntgen den 08.03.96 eller senest efter MR-undersøgelsen ultimo juni 1996, hvor den medullære kompression fandtes uændret efter operation i marts.

Præmisserne for anbefaling af tidligere re-operation er:

- 1) indikation for første operation var 2. neurons påvirkning ...,
- 2) første operation havde ingen effekt ...,
- 3) præoperativ radiologisk vurdering af MR-scanning viste udtalt stenose på baggrund af diskusdegenerative forandringer og unkoverttebral artrose, og ikke prolaps (04.01.96),
- 4) operationstekniske vanskeligheder på grund af patientens anatomi medførte fejlplacering af arbejdskanal (noteret i operationsbeskrivelse 16.03.96),
- 5) dokumentation herfor ved kontrol-røntgen 08.03.96 burde have givet anledning til revurdering af operationsfundet "en gammel, forkalket prolaps" til afbidning alene af den kaudale del af limbuskanten på 7. halshvirvel, og dermed insufficient dekompression.

To af de voterende professor G. [redacted] og overlæge O. [redacted] anfører, at det af journalen fra neurokirurgisk afdeling ... fremgår af notaterne efter operationen, at der "synes at være god effekt på de radikulære fænomener i højre arm" samt, at "patienten ikke længere har symptomer i benene".

Røntgenbeskrivelse af kontrolbillede af halshvirvelsøjlen 08.03.96 beskriver, at den indsatte cage fortil ligger i det tilsigtede hvirvelmelletrum og herfra forløber skråt nedad og bagud ind i hvirvellegemet af 7. halshvirvel. De mener ikke, at den kliniske beskrivelse sammenholdt med billedbeskrivelsen afgiver nogen indikation for fornyet operation på dette tidspunkt. I forbindelse med kontrollen i maj måned 1996 beskrives at de radikulære symptomer på højre side synes uændrede fra før operationen, mens symptomerne i benet er bedret.

Der findes indikation for fornyet billedundersøgelse, og der udføres MR-scanning 21.06.96 med påvisning af fortsat spinalstenose C6/7 med betydelige randosteofytter, endvidere uændret signalforandring i medulla bag ved diskus C 6/7.

På denne baggrund bliver det deres forslag, at grundlaget eller indikationen for re-operation findes efter MR-scanningen 21.06.96.

Spørgsmål R:

Er der grundlag for at kritisere, at der først i maj 1996 fandtes indikation for at ordinere en kontrol MR eller CT-scanning af sagsøgerens halshvirvelsøjle og må dette i givet fald karakteriseres som et fejlskøn eller en egentlig fejl?

Er der grundlag for at kritisere, at sagsøgeren først blev reopereret den 22. august 1996, dvs. 2 måneder efter den foretagne MR-scanning og må dette i givet fald karakteriseres som en fejl eller et fejlskøn?

Der er ikke enighed blandt de voterende med hensyn til besvarelsen af dette spørgsmål.

En af de voterende overlæge M [redacted] anfører:

Sagsøger var tilsagt ambulant kontrol 5 uger efter operation (medio april). På grund af behandlende læges fravær blev undersøgelsen, og dermed stillingtagen til supplerende undersøgelser, udskudt til maj 1996. Med udgangspunkt i den beskrevne kliniske tilstand ved udskrivelsen kan forsinkelsen næppe karakteriseres som en fejl eller fejlskøn.

Det findes kritisabelt, at sagsøger først re-opereres efter yderligere 2 måneder. Årsag hertil kan være flere - den væsentligste nok, at sagsøger har søgt en bestemt fagperson, hvilket har haft betydning for ventetidens længde, jf. journalnotater.

Det vurderes, at der er tale om et fejlskøn allerede under første operation. Tolkning af postoperative symptomer og radiologiske fund vejledes af formodningen om en sufficient udført dekompression, hvilket bidrager til ventetidens længde.

To af de voterende professor G [redacted] og overlæge O. [redacted] anfører:

Der er ikke grundlag for at kritisere, at man først i maj måned 1996 fandt indikation for fornyet billedundersøgelse i form af kontrol MR-scanning. Forløbet på 2 måneder fra MR-scanningen 21.06.96 frem til operationen 22.08.96 er kritisabel lang og må karakteriseres som et fejlskøn.

Spørgsmål S:

Retslægerådet har i svaret på spørgsmål E anført, at operationen den 22. august 1996 blev gennemført i overensstemmelse med almindeligt anerkendte retningslinier. Betyder det, at den under operationen skete påvirkning af medulla var en nødvendig følge af, at knoglevæv skulle fjernes m.v., jf. svar på spørgsmål 3.

Påvirkning af medulla under operationen den 22.08.96 var en følge af indgrebets omfang, som beskrevet i besvarelse af spørgsmål 3. Følgen var ikke nødvendig, men der forelå en øget risiko for, at en påvirkning kunne indtræde på grund af rygmarvens i forvejen bestående øgede sårbarhed.

Spørgsmål T:

Retslægerådet har i svaret på spørgsmål H anført, at de reaktive forandringer mellem nervebanerne sjældent forsvinder efter operation og repræsenterer en blivende degenerativ tilstand som i sig selv kan give anledning til symptomer. Retslægerådet har endvidere anført, at ventetid på og følger af den den 22. august 1996 foretagne operation må antages at være en betydende årsag til sagsøgerens nuværende gener.

Retslægerådet bedes på den baggrund redegøre for, hvilke af sagsøgerens gener, der må antages at skyldes de nævnte reaktive forandringer mellem nervebanerne, og hvilke af sagsøgerens gener, der må antages at skyldes påvirkning af rygmarven hhv. under ventetiden forud for operationen af 22. august 1996 og ved operation den 22. august 1996.

Ved operation den 22.08.96 må det vurderes, at der er sket en påvirkning af rygmarven medførende gener, som ikke var til stede forud for operationen. Hvilke af

disse gener, der kan henføres til henholdsvis reaktive forandringer mellem nervebanerne samt ventetid på operationen og selve operationen kan ikke afgøres.

Spørgsmål U:

Giver sagen Retslægerådet i øvrigt anledning til bemærkninger?

Nej.

Spørgsmål 8 a:

Må de ved den første operation ved MR-scanning konstaterede forandringer anses forårsaget af tryk på rygmarven som følge af forsnævring af rygmarvskanalen?

Ja.

Spørgsmål 8 b:

Kan disse forandringer have været reversible forandringer i form af øget væskeindhold i rygmarven (ødem), forårsaget af forsnævring af rygmarvskanalen?

Ja, teoretisk kan MR-forandringer være reversible, i praksis ses sjældent reversibilitet som udtryk for allerede indtrådte reaktive forandringer, som også i aktuelle tilfælde.

Spørgsmål 9:

Kan det antages, at ardannelsen efter første operation og deraf følgende arhærener mellem indersiden af rygmarvskanalen og dura i væsentlig grad har forøget risikoen for læsion af rygmarven ved anden operation, hvor der faktisk skete en førstegangsoperationer sjælden læsion af rygmarvshinden (dura)?

Ved anden operation udvides operationsfeltet til også at omfatte de nederste dele af 6. halshvirvellegeme, hvor knoglefortykkelsen var mest udtalt og gav anledning til den største påvirkning af rygmarven ved dens tætte kontakt (adhærence) med den hårde hjernehinde. Denne del af operationsfeltet var som ved førstegangsoperationer uden arvævsdannelse. Den indtrådte læsion er sjældent forekommende."

På baggrund af Retslægerådets erklæringer blev sagen den 18. august 2004 på ny behandlet i Patientskadeankenævnet med henblik på en vurdering af, om betingelserne for genoptagelse af sagen måtte være opfyldt. Patientskadeankenævnet besluttede

ikke at genoptage sagen og anførte i begrundelsen herfor blandt andet:

"Vedrørende den 1. operation den 6. marts 1996 bemærkes i øvrigt følgende:

Nævnet fandt i sin afgørelse af 4. november 1999, at operationen ikke var udført i overensstemmelse med bedste specialiststandard. Nævnet lagde vægt på, at formålet med operationen ikke blev opfyldt. Operationen var indiceret, specielt hvad angår de begyndende symptomer fra rygmærven, der var betinget af trykket på rygmærven. Symptomerne viste sig ved lette gangforstyrrelser og måske begyndende vandladningsproblemer. Årsagen til påvirkningen af rygmærven var en kraftig knogleprominens fra kanten af C VI/C VII discus. En sådan prominens er betinget af kroniske slidgigtforandringer. Denne prominens trykkede på og deformerede rygmærven. Påvirkningen havde allerede givet anledning til signalforandringer i rygmærven på MR-skanningen, som blev udført forud for operationen. Sådanne signalforandringer tydede kraftigt på, at symptomerne var helt eller delvist irreversible. Målet med operationen blev ikke nået, idet den bagudrettede knogleprominens ikke blev fjernet. Dette skyldes efter nævnets vurdering, at gennemboringen i discus var skævt anlagt og således ikke sigtede mod knogleprominensen bagtil, og at den sigtede ned mod nederste del af discus og bagkanten af 7. halshvirvel. Efter nævnets videre vurdering var operatøren med overvejende sandsynlighed ikke tilstrækkelig opmærksom på dens eksistens på grund af arten af de gennemførte præoperative undersøgelser. Nævnet har også lagt vægt på, at der var udført en MR-scanning, der ikke er specielt god til at skelne mellem knogleforandringer og eventuelt prominierende discus (discus-prolaps), hvorefter operatøren efter nævnets vurdering med overvejende sandsynlighed havde en formodning om, at der primært skulle fjernes prolaps. Nævnet lagde vægt på, at behandling efter bedste specialiststandard ville have sikret en korrekt frilægning bagtil trods de vanskelige anatomiske forhold.

Den omstændighed, at man opererede i en skæv vinkel, har efter nævnets fortsatte vurdering ikke medført nogen forværring i tilstanden, og der er således ikke påført N. [redacted] en varig fysisk skade derved, at man ved operationen ikke opnåede det forventede resultat.

Der foreligger således ikke nye og for sagens afgørelse væsentlige oplysninger, der kan begrunde genoptagelse af sagen for så vidt angår dette punkt.

Vedrørende forløbet mellem den 1. operation og den 2. operation bemærkes i øvrigt følgende:

Allerede 2 måneder efter den første operation var der overvejelser om, hvorvidt der var behov for fornyet operation, men primært betinget af, at der ikke var sket bedring i symptomerne ud i armen. Nævnet har lagt til grund, at disse symptomer med overvejende sandsynlighed næppe i større omfang var betinget af forholdene i nakken. Det er nævnets vurdering, at der inden en eventuel fornyet operation var indikation for at foretage ny MR-scanning af nakken og en CT-skanning. Den sidste undersøgelse skulle belyse knogleforholdene. Begge disse undersøgelser bekræftede indikationen for fornyet operation. Det blev endelig afgjort den 31. juli 1996, 4½ måned efter den primære operation, at der var indikation for fornyet operation, og denne operation blev herefter udført 22. august 1996.

Det er nævnets vurdering, at det ikke kan afvises, at der kan være sket en beskedent forværring i tilstanden forud for denne operation [2. operation den 22. august 1996], idet det beskrives ved indlæggelsen, at liniegang er meget usikker og knæ-hæl-førring er let usikker. Nævnet har imidlertid lagt vægt på, at der ikke foreligger sammenlignelige data for undersøgelser forud for første operation og nævnet fandt således i sin afgørelse af 4. november 1999, at der alene kunne ydes erstatning for en måned forlænget sygeperiode med svie og smerte mellem de to operationer svarende til en godtgørelse på 2.660 kr. Det er herved også nævnets vurdering, at en sådan beskedent forværring i gangfunktionen - om en sådan må antages at være sket - med overvejende sandsynlighed vil være en følge af en udvikling i grundsygdommen i ventetiden, der dog var betinget af en mangelfuldt gennemført første operation. Forandringerne findes under alle omstændigheder af et så beskedent omfang, at det, sammenholdt med, at oplysningerne allerede forelå ved nævnets afgørelse af 4. november 1999, ikke har karakter af nye og for sagens afgørelse væsentlige oplysninger, hvorfor de ikke kan danne grundlag for genoptagelse af sagen. Nævnet har herved også lagt vægt på, at Retslægerådet i sit svar på spørgsmål H har udtalt, at forværringen efter anden operation kan være betinget af såvel ventetiden mellem de to operationer og følger af anden operation, og at Retslægerådet i sit svar på spørgsmål 2 har udtalt, at vente-

tiden - mellem endelig beslutning og operationstidspunkt - næppe har øget risikoen for varig forringelse.

Der foreligger således heller ikke på dette punkt nye og for sagens afgørelse væsentlige oplysninger, der kan danne grundlag for genoptagelse af sagen.

Vedrørende den 2. operation den 22. august 1996 bemærkes i øvrigt følgende:

Nævnet finder fortsat, at den anden operation 22. august 1996 blev gennemført efter bedste specialiststandard. Nævnet har lagt vægt på, at indgrebet var indiceret på grund af de fortsatte symptomer med tryk på rygmarven, og at de neuroradiologiske undersøgelser afklarede årsagen til trykket. Hertil kommer, at der ikke var andre ligeværdige behandlingsmetoder. Indgrebet medførte fjernelse af den resterende knogleprominens, og dermed blev rygmarven frilagt. Nævnet har også lagt vægt på, at der på baggrund af de forudbestående symptomer, både som de præsenterede sig forud for den første operation, og forud for den anden, kombineret med de billedmæssige fund, med udtalt deformation af rygmarven og signalforandringer, måtte forventes en markant øget risiko for læsion mod rygmarven ved indgrebet.

Vedrørende den generelle risikovurdering ved Clowards operation har nævnet videre lagt vægt på, at de fleste operationer udføres som følge af påvirkning af nerverødderne betinget af enten prolapser eller mindre knogleprominenser. De risici, der er forbundet med disse indgreb, kan ikke overføres til indgreb, hvor der er en forudbestående klinisk erkendbar påvirkning af rygmarven. I sådanne situationer tilsiger en konkret vurdering af tilstanden, at risikoen for yderligere rygmarvsskade er reel og markant, og klart over 2%.

Nævnet har endvidere lagt vægt på, at det forhold, at der tidligere er opereret i området den 6. marts 1996, med overvejende sandsynlighed ikke har haft væsentlig indflydelse på slutresultatet af operationen med den observerede forværring af rygmarvspåvirkningen.

Det er på denne baggrund nævnets vurdering, at det er lige så sandsynligt, at slutresultatet efter operationen, forværring i rygmarvsskaden, ville have været til stede i samme omfang efter den første operation, hvis denne var blevet gennemført efter bedste specialiststandard med primær fjernelse af knogleprominen-

sen og dermed ophævelse af trykket på rygmærven allerede ved første operation, som hvis denne operation ikke var gennemført efter bedste specialiststandard.

Nævnet finder således, at de tilstødende komplikationer ikke er tilstrækkelig sjældne og alvorlige til at anse N[redacted] for erstatningsberettiget efter lovens § 2, stk. 1, nr. 4.

Nævnet finder også, at der ikke for så vidt angår denne operation foreligger nye og for sagens afgørelse væsentlige oplysninger, der kan danne grundlag for genoptagelse af sagen."

Forklaring

N[redacted] har forklaret, at han for godt 30 år siden pådrog sig et nakkehold med smerter og stivhed i nakken og efterfølgende smerter i højre skulder og overarm. Generne varede i 2-3 uger og vendte herefter tilbage med 3-4 års mellemrum, men i de sidste 10 år forud for sommeren 1995 havde han ikke mærket til generne. I sommeren 1995 under udførelse af havearbejde med optrækning af en trærod fik han pludselig voldsomme smerter i højre skulder og arm og snurrende fornemmelse i højre hånds 4. og 5. finger. Han fik herefter anlagt blokader i nakken og modtog kiropraktisk og fysioterapeutisk behandling, men da alle behandlinger var uden effekt, henvendte han sig tre måneder senere på R[redacted] Neurokirurgisk afdeling, for at blive undersøgt af professor F[redacted]

I de sidste 10 år forud for sommeren 1995 havde han følt sig fuldstændig rask og rørig, og det er således ikke korrekt, når det i hans journal fra R[redacted] vedrørende den første undersøgelse af ham den 7. november 1995 er anført, at han i godt 30 år skulle have haft episodiske højresidige nakke/skuldersmerter, som de seneste to år skulle være tiltaget og have bredt sig ned i højre arm og hånd til 4. og 5. finger. Efter MR-skanningen den 4. januar 1996 fik han af sin søn, der er læge, orientering om, at skanningen havde vist betydelig spinalstenose, og at hans sygdom dermed var langt mere alvorlig end først antaget. Ved indlæggelsen

den 5. marts 1996 var hans almentilstand dog fortsat god, og i de første par dage efter operationen var han stort set smertefri i højre skulder, arm og hånd, hvilket dog muligvis skyldtes smertestillende medicin. Egentlige problemer opstod først omkring en måned efter operationen, og ved ambulant kontrol den 8. maj 1996 var smerterne i hvert fald ikke mindre end forud for operationen. Det er således ikke korrekt, når det i journalen for denne kontrol er anført, at symptomerne i benet var bedret. Han blev stillet en kontrolskanning i udsigt samt ny konsultation inden for de kommende tre til fire uger. Da indkaldelsen hertil udeblev, forsøgte han dagligt at få telefonisk kontakt med professor F [REDACTED] men forgæves. Han var stærkt plaget af smerter og fik tiltagende gangbesvær og vandladningsforstyrrelser, og med venners hjælp lykkedes det ham herefter den 21. juni 1996 at få foretaget en MR-skanning på H [REDACTED]. På baggrund af denne skanning lykkedes det ham herefter at få en konsultation på R [REDACTED] hvor man besluttede at foretage en CT-skanning med henblik på stillingtagen til ny operation, men det er ikke korrekt, når det i journalen for denne konsultation er anført, at han havde tiltagende nakkesmerter. Det blev herefter besluttet at foretage reoperation den 22. august 1996, og da han vågnede efter denne operation, var smerterne i højre skulder, arm og hånd forsvundet som efter den første operation, men til gengæld havde han nedsat funktion i venstre arm og ben, som intet havde fejlet forud for operationen. Ved den efterfølgende genoptræning på Skodsborg Kurcenter mærkede han en vis fremgang de første fem til seks uger, men efter udskrivningen herfra den 5. oktober 1996 har han ikke mærket nævneværdig fremgang. Hans forringede helbredstilstand har forårsaget store indtægtstab og mange ekstraudgifter. Efter en omfattende erhvervskarriere havde han, der er uddannet civilingeniør, først og fremmest indtægter fra bestyrelseshverv i offentlige, halvoffentlige og private institutioner og virksomheder, og han forventede at

kunne fortsætte med disse hverv i stort set samme omfang, indtil han fyldte 70 år. I 1995 og 1996 var hans samlede årlige lønindkomst i størrelsesordenen 840.000 kr. til 850.000 kr., men af helbredsmæssige årsager måtte han fra slutningen af november 1996 opgive sit hidtidige lønnede hverv for den europæiske standardiseringsinstitution CEN. Han og hans kone boede tidligere i en ejerlejlighed på 2. sal, men måtte på grund af hans forringede helbredstilstand købe en ejerlejlighed i stueetagen i samme ejendom. Hans udgifter til flytning oversteg hans erstatningskrav herfor på 100.000 kr., hvortil kommer udgifter ved salg af den tidligere lejlighed og køb og indretning af den nye lejlighed, hvilke udgifter ikke er indeholdt i det fremsatte erstatningskrav.

Procedure

Sagsøgeren har navnlig gjort gældende, at han under behandling på R [REDACTED] som følge af en fejlagtig operation den 6. marts 1996, en kritisabel langvarig ventetid på den heraf nødvendiggjorte reoperation den 22. august 1996 og en ikke nødvendig og således undgåelig skadelig påvirkning af rygmarven under reoperationen den 22. august 1996 med overvejende sandsynlighed er påført en fysisk skade, som har medført en betydelig, varig forringelse af hans helbredstilstand, som ifølge Arbejdsskadestyrelsen svarer til en méngrad på 65% og et erhvervsevnetab på 75%, og han er derfor berettiget til erstatning efter lov om patientforsikring § 2, jf. § 1.

Sagsøgeren har endvidere anført, at skaden ud fra en efterfølgende vurdering kunne være undgået ved hjælp af en anden til rådighed stående behandlingsteknik eller behandlingsmetode, som ud fra et medicinsk synspunkt ville have været lige så effektiv til behandling af hans sygdom, jf. lovens § 2 stk. 1, nr. 3. Hvis operatøren således havde valgt den klas-

siske Cloward operation med en borediameter på 14 mm - i stedet for det uhensigtsmæssige titaniumimplantat, som var begrænset til en borediameter på 10 mm - ville han efter al sandsynlighed ved første operation have erkendt det virkelige problem i form af den store osteofyt og således have fjernet denne ved første operation, hvorved forsinkelsen med fjernelsen af osteofytten med skadeligt tryk på rygmarven og den risikoforøgelse ved reoperation, som faktisk manifesterede sig under reoperationen ved skadeligt tryk på rygmarven, ville være undgået.

Sagsøgeren har endvidere anført, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes, hvorved skaden ville være undgået, jf. lovens § 2, stk. 1, nr. 1. En erfaren specialist ville således under den første operation have anvendt en korrekt borevinkel i stedet for en skæv borevinkel, der sammen med den for ringe borediameter medførte, at operatøren ikke erkendte og derfor ikke fjernede den store osteofyt, som var sagsøgerens virkelige problem. Den erfarne specialist ville endvidere ved omhyggelig og hurtig kontrol efter første operation have erkendt, at man med denne operation ikke havde opnået det tilsigtede mål, og at hurtig reoperation var nødvendig. Den erfarne specialist ville endvidere langt hurtigere have foranlediget en reoperation, således at sagsøgerens rygmarv ikke var under konstant og skadeligt tryk fra den ikke fjernede, store osteofyt i de 5½ måned, som hengik fra første operation til reoperationen. Hertil kommer, at den erfarne specialist under reoperationen den 22. august 1996 ville have undgået den skadelige påvirkning af rygmarven med perforering af hjernehinden, idet denne skade ifølge Retslægerådet ikke var nødvendig og følgelig var undgåelig.

Sagsøgeren har endelig anført, at der ved behandlingsforløbet under alle omstændigheder er indtrådt skade i form af kompli-

kationer, der er mere omfattende, end hvad han med rimelighed må tåle under hensyn til skadens alvor, hans sygdom og helbredstilstand i øvrigt samt til skadens sjældenhed og mulighederne i øvrigt for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning, jf. lovens § 2, stk. 1, nr. 4. Hans skade har således medført et betydeligt varigt mén og en væsentlig nedsat erhvervsevnefunktion, kroniske smerter, betydelig gangbesvær, væsentlig reduceret almentilstand og en stærk livskvalitetsforringende indskrænkning i hans personlige livsførelse. Før august 1995 havde han i enhver henseende følt sig rask og rørig, og han ville utvivlsomt have følt det samme efter første operation, hvis man under denne havde fjernet den store osteofyt, som var årsagen til hans smerter. Komplikationer efter operation med henblik på fjernelse af osteofyt i nakkehvirvlerne må ifølge den lægelige litteratur anses for ganske sjældne, og operationsrisikoen kunne være undgået med tilstrækkelig omhu fra R. [redacted]s og operatørens side. Han blev i øvrigt hverken før første operation eller reoperationen advaret om nogen risiko for skade som den faktisk indtrufne, og en varig, svær rygmærskade er altid mere, end en patient med rimelighed må bære efter en gennemført Cloward operation.

Sagsøgeren har endelig anført, at hans erstatningskrav er som i processkriftet af 16. august 2005, hvori det blandt andet hedder:

"A. Helbredelsesudgifter og andet tab, jf. EAL § 1

1. Genoptræning på Skodsborg	81.450 kr.
2. Ergoterapeut	1.148 kr.
3. Psykolog	800 kr.
4. Fysioterapi	7.072 kr.
5. Speciallægehonorarer og røntgenundersøgelser, anslået	5.000 kr.
6. Transport til behandling, anslået	2.600 kr.
7. Ikke tilskudsberettiget medicin og kosttilskud, anslået	2.100 kr.
8. Flytteomkostninger i forbindelse med flytning til stuelejlighed,	

anslået til 100.000 kr.

200.170 kr.

...

B. Tabt arbejdsfortjeneste, jf. EAL § 2

Stationærtidspunktet ansættes til den 3. januar 1997 ... Tabt arbejdsfortjeneste vedrører således perioden fra første operation den 6. marts 1996 og indtil stationærtidspunktet den 3. januar 1997. I denne periode oppebar sagsøgeren samme vederlag for sit erhvervs-mæssige arbejde - bestyrelsesarbejde i offentlige, halvoffentlige eller private institutioner - som forud for operationen, bortset fra, at sagsøgeren fra udgangen af november 1996 på grund af sin forringede helbredstilstand måtte opgive sit hidtidige lønnede hverv for den europæiske standardiseringsinstitution CEN.

Løntabet herved androg 20.833 kr.

...

C. Svie og smerte, EAL § 3

Godtgørelse for svie og smerte opgøres for perioden fra det tidspunkt, på hvilket sagsøgeren i tilfælde af en fejlfrit gennemført første operation ville have været raskmeldt ("Raskmeldingstidspunktet") og indtil stationærtidspunktet.

...

Herefter beregnes godtgørelsen for svie og smerte - med de for 1. juli 2002 gældende satser - således:

1. juni - 20. august 1996:
80 hjemmegående dage à 70 kr. 5.600 kr.

21. august - 29. august 1996:
Rigshospitalet: 8 sengeliggende dage
à 150 kr. 1.200 kr.

29. august - 30. august 1996:
Gentofte Amtssygehus: 1 sengeliggende dag 150 kr.

30. august - 5. oktober 1996:
Skodsborg: 36 oppegående dage à 70 kr. 2.520 kr.

6. oktober 1996 - 3. januar 1997:
89 hjemmegående dage à 70 kr. 6.230 kr.

...

I alt 15.700 kr.

D. Varigt mén, EAL § 4

Sagsøgerens méngrad er af Arbejdsskadestyrelsen ... fastsat til 65%.

Herefter fastsættes sagsøgerens mén godtgørelseskrav som følger:

Godtgørelse pr. méngrad, gældende
for 1996, $3020 \times 65 =$ 196.300 kr.
der i henhold til EAL § 4, stk. 2
nedsættes med 5% for hvert år skade-
lidte var ældre end 59 år. Sagsøgeren
var på skadestidspunktet 63 år gammel,
hvorfor mén godtgørelsen nedsættes
med $(63 - 59 =) 4$ år $\text{å } 5\% = 20\%$ - 39.260 kr.

Herefter mén godtgørelse 157.040 kr.

E. Erhvervsevnetab, EAL § 5

...

Arbejdsskadestyrelsen har ... fastsat sagsøgerens erhvervsevnetabsprocent til 75%.

Sagsøgerens samlede årsløn udgjorde i 1995 - sidste år før skaden - 837.154 kr. ... og overstiger således det på skadestidspunktet efter dagældende EAL § 7, stk. 3 gældende maksimum på 528.500 kr.

Erhvervsevnetabserstatningen beregnes herefter - i medfør af EAL § 6 med den dagældende kapitaliseringsfaktor af 6 således:

$528.500 \text{ kr.} \times 75\% \times 6 =$ 2.378.250 kr.

Dette udgangspunkt reduceres
efter EAL § 9, stk. 1 med $8\frac{1}{2}\%$ for
hvert år, skadelidte på skadestids-
punktet var ældre end 55 år, dvs.
 $(63 - 55 =) 8$ år $\text{å } 8\frac{1}{2}\% = 68\%$ - 1.617.210 kr.

Det gøres gældende - med henvisning
til EAL § 9, stk. 2 - at sagsøgeren
med sin uddannelse og sit beskæfti-
gelsesmønster (bestyrelsesarbejde)
ville have været erhvervsaktiv, hvis
skaden ikke var sket, også efter sit

67. år - i hvert fald til sagsøgerens
fyldte 70. år. På denne baggrund kræ-
ves yderligere erhvervsevnetabser-
statning, der beregnes som $8,5\% \times 3$
= 25,5% af 2.378.250 kr. =

606.454 kr.

I alt

1.367.494 kr.

..."

Sagsøgte har navnlig gjort gældende, at Retslægerådets erklæ-
ringer støtter rigtigheden af sagsøgtes afgørelse, hvorefter
den efter lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 1, aner-
kendte patientskade vedrørende operationen den 6. marts 1996
ikke medførte en forværring af sagsøgerens helbredstilstand,
men alene en forlænget sygeperiode. Det er således uden be-
tydning for sagsøgerens nuværende helbredstilstand, at osteo-
fytten ikke blev fjernet ved nævnte operation, og en eventuel
anerkendelse af patientskaden som tillige omfattet af lovens
§ 2, stk. 1, nr. 3, medfører ikke yderligere erstatning.

Sagsøgte har endvidere anført, at perioden mellem operationen
den 6. marts 1996 og reoperationen den 22. august 1996 ikke
kan medføre erstatning efter patientforsikringslovens regler,
og sagsøgte har herved navnlig henvist til Retslægerådets be-
svarelse af spørgsmål 2, hvorefter ventetiden mellem endelig
beslutning om reoperation og reoperationens gennemførelse
godt en måned senere næppe har øget risikoen for varig for-
ringelse af sagsøgerens helbredstilstand.

Sagsøgte har yderligere anført, at sagsøgeren ikke ved reope-
rationen den 22. august 1996 er påført en fysisk skade omfat-
tet af lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 1 eller 4,
og har herved navnlig henvist til Retslægerådets besvarelse
af spørgsmål E henholdsvis spørgsmål 7. Sagsøgerens nuværende
helbredstilstand må med overvejende sandsynlighed henføres
til hans grundlidelse.

Sagsøgte har til støtte for sin subsidiære påstand om hjemvisning gjort gældende, at såfremt landsretten finder, at sagsøgerens nuværende helbredstilstand helt eller delvist kan henføres til den allerede anerkendte patientskade, eller at behandlingen i øvrigt på R [REDACTED] i 1996 er omfattet af patientforsikringslovens regler, bør sagen hjemvises til fornyet behandling i Patientforsikringen med henblik på udmålingen af erstatning i henhold til lovens § 5, stk. 1, idet sagsøgte alene har taget stilling til, at der ikke var varige følger efter den anerkendte patientskade. Patientforsikringsloven hjemler alene erstatning for patientskadens følger, hvorfor der i en eventuel erstatning skal ske fradrag for den del af den nuværende helbredstilstand, der kan henføres til skadelidtes grundlidelse. Landsrettens prøvelsesadgang er begrænset til det, som den offentlige myndighed - i dette tilfælde sagsøgte - har prøvet under sin behandling, og sagsøgte har ikke prøvet spørgsmålet om den eventuelle erstatning, som sagsøgeren er berettiget til efter loven som følge af, at der måtte foreligge en patientskade i forløbet efter den første operation. Sagsøgte kan - blandt andet fordi der er tale om et navn - ikke under en retssag forholde sig til udmåling af en eventuel erstatning, såfremt landsretten når til et andet resultat end sagsøgte i relation til anerkendelse efter lovens § 2, stk. 1, jf. § 1, stk. 1, og sagsøgte kan derfor ikke fremsætte bemærkninger til sagsøgerens erstatningsopgørelse herunder de enkelte erstatningsposter.

Landsrettens begrundelse og resultat

Patientskadeankenævnet har ved sin afgørelse af 15. september 1999 lagt til grund, at optimal behandling af N [REDACTED] ville have tilsagt, at man den 6. marts 1996 havde opereret korrekt og fjernet den knogleprominens, der var årsag til operationen, og at betingelserne for erstatning efter patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1, derfor for så vidt

er opfyldt. Patientskadeankenævnet fandt imidlertid samtidig, at operationen ikke havde medført en forværring af N [REDACTED] helbredstilstand, hvorfor han alene var berettiget til erstatning for et forlænget sygeforløb. På baggrund af de lægelige erklæringer kan landsretten tilslutte sig denne vurdering, herunder at operationen den 6. marts 1996 hverken i sig selv eller i forbindelse med reoperationen den 22. august 1996 medførte en forværring af N [REDACTED] helbredstilstand.

Ved afgørelsen af 15. september 1999 lagde Patientskadeankenævnet endvidere til grund, at der under reoperationen den 22. august 1996 opstod et lille hul i rygmarvshinden, men at reoperationen under de givne forhold var udført i overensstemmelse med bedste specialiststandard på det pågældende område. Nævnet lagde herved vægt på, at operationen måtte foregå tæt på rygmarven som følge af prolapsvævets placering, og at rygmarven allerede forud for operationen den 6. marts 1996 var påvirket af en stor knogleprominens tæt på rygmarven med deformation af denne til følge. De gener, der tilkom efter operationen i form af forværrede symptomer med blandt andet spasticitet i venstre ben og vandladningsforstyrrelser, fandt nævnet var hændelige og ikke en følge af den valgte operationsmetode eller udførelsen af operationen.

På baggrund af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål E finder landsretten, at reoperationen den 22. august 1996 blev korrekt udført, og at reoperationen således ikke berettiger Niels W. Holm til erstatning efter patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1. N [REDACTED] som forud for operationen den 6. marts 1996 havde radiologiske tegn på rygmarvspåvirkning, havde før reoperationen tillige kliniske tegn herpå, og under reoperationen fik han foretaget frilægning af en knogleprominens og stabilisering med osteosyntesemateriale. På denne baggrund og efter Retslægerådets besvarelse af

spørgsmål 7 finder landsretten, at N [redacted] ikke er berettiget til erstatning i medfør af patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4, for den forværring af hans helbredstilstand, som skyldes yderligere påvirkning af rygmarven under reoperationen, idet denne komplikation ikke findes at være mere omfattende, end hvad N [redacted] med rimelighed må tåle henset til skadens alvor, N [redacted] sygdom og helbredstilstand i øvrigt samt skadens sjældenhed og mulighederne i øvrigt for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning.

Af Retslægerådets besvarelse af spørgsmålene H, S og T fremgår, at årsagen til N [redacted] nuværende helbredstilstand er en kombination af hans grundlidelse, ventetiden på reoperationen og den yderligere påvirkning af rygmarven under reoperationen, men at det ikke kan afgøres, hvilke gener, der kan henføres til henholdsvis grundlidelsen, ventetiden på reoperationen og selve reoperationen. I Retslægerådets besvarelse af spørgsmål R er anført, at forløbet af to måneder fra MR-scanningen den 21. juni 1996 til reoperationen er kritisabel langt og må karakteriseres som et fejlskøn.

På denne baggrund findes N [redacted] berettiget til erstatning i medfør af patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1, for de gener, der skyldes forløbet af 5½ måned fra operationen den 6. marts 1996, hvor korrekt operativt indgreb burde være foretaget, til reoperationen fandt sted den 22. august 1996.

Da N [redacted] har udnyttet den administrative rekurs, som patientforsikringsloven foreskriver, findes den beløbsmæssige opgørelse af hans krav at kunne tages under påkendelse under denne sag. Patientskadeankenævnets subsidiære påstand om sagens hjemvisning tages derfor ikke til følge.

Patientskadeankenævnet har ikke forholdt sig til N [REDACTED]
[REDACTED] beløbsmæssige opgørelse af sit krav. På det forelig-
gende grundlag og med bemærkning, at flytteudgifter må afhol-
des over godtgørelsen for varigt mén og erstatningen for er-
hvervsevnetab, fastsættes erstatningen for helbredelsesudgif-
ter og andet tab skønsmæssigt til 50.000 kr., mens erstatning
for tabt arbejdsfortjeneste, godtgørelse for svie og smerte,
godtgørelse for varigt mén og erstatning for tab af erhvervs-
evne skønsmæssigt fastsættes til henholdsvis 10.000 kr.,
7.500 kr., 75.000 kr. og 650.000 kr., der forrentes i over-
ensstemmelse med den subsidiære påstand herom.

Inden for sagsomkostningerne er der godtgjort N [REDACTED]
20.000 kr. til retsafgift og 7.500 kr. til kopiering.

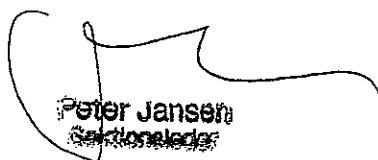
T h i k e n d e s f o r r e t

Sagsøgte, Patientskadeankenævnet, skal anerkende, at sagsøge-
ren, N [REDACTED] er berettiget til en erstatning på
792.500 kr. med procesrente af 500.000 fra den 3. maj 2000 og
af 292.500 kr. fra den 16. august 2005.

Sagsøgte skal inden 14 dage betale 100.000 kr. i sagsomkost-
ninger til sagsøgeren.

(Sign.)

Udskriftens rigtighed bekræftes. Østre Landsrets kontor, den
P.j.v.


Peter Jansen
Sektionsleder

- 1 JUNI 2006