



Udskrift af dombogen

DOM

Afsagt den 22. september 2017 i sag nr. BS 11-1176/2014:

A
v/værgerne **B** og **C**

mod
Patientskadeankenævnet
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg

Sagens baggrund og parternes påstande

Sagsøgeren, **A**, der blev født den 4. september 2008, har en hjerneskade med deraf følgende tilstand med venstresidig lammelse og forsinket udvikling. Sagen vedrører, om han ved fødslen blev påført en erstatningsberettigende skade efter reglerne i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet [KEL]. Sagsøgte, Patientskadeankenævnet, fandt ved afgørelse af 10. januar 2014, at **A** ikke blev påført en erstatningsberettigende skade ved fødslen.

Sagsøgeren har nedlagt påstand om, at sagsøgte tilpligtes at anerkende, at sagsøger i forbindelse med fødslen den 4. september 2008 og behandlingen på **D** blev påført en erstatningsberettigende patientskade, jf. KEL §§ 19 og 20.

Sagsøgte har nedlagt påstand om frifindelse.

Sagen er anlagt den 7. juli 2014 og **A** er meddelt fri proces.

Oplysningerne i sagen

Denne dom indeholder ikke en fuldstændig sagsfremstilling, jf. retsplejelovens § 218 a, stk. 2. De afgivne forklaringer, Patientskadeankenævnets afgørelse og Retslægerådets erklæringer er dog medtaget i dommen.

Retslægerådet har til brug for sagen henholdsvis den 19. januar 2016 og den 27. februar 2017 besvaret spørgsmål som følger:

"...

Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes beskrive **A's** varige gener/lidelse efter fødslen den 4. september 2008.

Sagsøger har unilateral spastisk lammelse (venstresidig), som har været behandlingskrævende med botox-injektioner og skinne. Det motoriske funktionsniveau er kun let nedsat (general motor function classification score 1 - 2, ud af 5).

Sagsøger har epilepsi. Har dog kun haft i alt 4 anfald og er ikke aktuelt i medicinsk behandling.

Sagsøger er sent udviklet. I 4 års alder er den skønnet til cirka 2 år.

Han er socialt hæmmet og af svingende hurmør.

Retslægerådet finder det næsten sikkert, at disse lidelser er varige – omend deres betydning for sagsøgers daglige liv kan ændre sig.

Spørgsmål 2:

I forbindelse med MR-scanningen den 25. november 2009 på **D** blev følgende diagnose stillet i henhold til journalen: ”højresidigt substanstab – følge efter perinatal begivenhed”, jf. bilag 6.

Retslægerådet bedes redegøre for, hvad man forstår ved denne diagnose.

Der er tale om anatomiske forandringer som følge af skader på hjernevævet på et tidligere tidspunkt. Der er en porencefal cyste, som mest sandsynligt skyldes en blødning men også forandringer i de centrale kerner og diffuse forandringer i den hvide substans bagtil i hjernen, som mest sandsynligt skyldes svigtende ilt- og blodforsyning. Tidspunktet for skaden kan ikke fastsættes med nogen sikkerhed.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet bedes beskrive hvilke komplikationer, der tilstødte i anledning af **A's** fødsel.

- a. Primær vandafgang, hvilket betyder, at fostervandet går uden, at der kommer veer inden for de første timer. Tilstanden er forbundet med en vis infektionsrisiko, hvorfor man i 2008 valgte at sætte fødslen i gang efter to døgn. I 2015 ville man vælge at sætte fødslen i gang væsentligt tidligere.
- b. CTG (elektronisk fosterovervågning) blev patologisk. Det indicerer, at man forløser barnet inden for en rimelig tid, eller at man sikret sig imod iltmangel ved at måle pH i blodprøve fra barnet (skalp pH).
- c. Skalp pH viste værdi under 7,20, hvilket indicerer, at barnet for-

løses relativt hurtigt ved cup, tang eller kejsersnit.

d. Cupforløsning mislykkes, hvilket indikerer, at der udføres kejsersnit. Da der under forberedelsen til kejsersnit lyttes god fosterhjerterlyd, skal kejsersnittet blot foretages, så barnet er forløst i løbet af cirka 30 minutter.

Spørgsmål 4:

Retslægerådet bedes oplyse, om der er lægefaglige regler og retningslinjer for, hvor lang tid, der bør gå - og hvor mange forsøg, der bør iværksættes med forløsning med cup, inden at man går over til akut kejsersnit?

I 2015 har danske obstetrikere i National guideline vedrørende cupforløsning formuleret det således: "Ved asfyksi skal barnet være født indenfor 15 minutter. Antal træk bør kun under særlige omstændigheder overstige 3".

Denne formulering er nok en skærpelse i forhold til tidligere praksis, og dermed i forhold til praksis i 2008.

I aktuelle sag blev der trukket 4 gange i cuppen, fordi den var hoppet af i et af forsøgene.

Spørgsmål 5:

Retslægerådet bedes oplyse, om **A's** lidelse skyldes en interkraniel lidelse som følge af de forgæves forsøg på forløsning med cup.

Retslægerådet bedes oplyse, hvad der taler for henholdsvis i mod – herunder om det kan have betydning, om der var tale om 2 eller 3 forgæves forsøg.

Ad iltmangel, fordi der blev anvendt unødigt lang tid på anlæggelse af mislykket cup: Dette er usansynligt, da Apgar score ved fødslen var normal (10 efter 1 minut, 10 efter 5 minutter), og da pH i navlestrengsblod ikke var kritisk lav (7,16 i arterie og 7,26 i vene). Disse værdier skal normalt være under 7,00, før det kan betragtes som kritisk med hensyn til prognose.

Ad hjerneblødning som følge af den mekaniske belastning cup-anlæggelsen medfører. Professor **E** har i bilag 12 redegjort for, hvorfor dette ikke er sandsynligt. Retslægerådet kan tilslutte sig denne vurdering, som er baseret på følgende forhold: Hvis årsagen til hjerneeskaden var voldsom hjerneblødning opstået i forbindelse med fødslen, ville man forvente klare kliniske tegn markant efter fødslen i minimum 2 til 24 timer. Disse tegn kunne være lav Apgar score, lav pH el-

ler kramper. Desuden ligger denne slags skader typisk tættere på hjernens overflade, end de gør i sagsøgers tilfælde.

Retslægerådet vurderer således, at antallet af træk i cuppen næppe har været af betydning for sagsøgers hjerneskade.

Spørgsmål 6:

Retslægerådet bedes oplyse, om der efter lægefaglig erfaring, er indikation for, at langsom hjerterefrekvens efter forudgående normal hjerterefrekvens kan indikere en livstruede situation for barnet i forbindelse med fødslen?

Retslægerådet bedes i den forbindelse redegøre nærmere for retningslinjerne såfremt dette sker.

Ja.

I sagsøgers tilfælde blev fosterhjerterytmen overvåget med elektronisk registrering, såkaldt CTG. Tolkningen af en CTG inkluderer en række variabler, ikke kun basis hjerterefrekvensen. I de senere år, har man kategoriseret CTG-optagelserne som værende normale, afvigende, patologiske eller præterminale. Ved afvigende CTG skal CTG registreringen fortsættes, for at sikre imod udvikling til patologisk CTG. De fleste tilfælde af patologisk CTG er harmløse, men de kan være udtryk for iltmangel, hvorfor man skal sikre sig imod dette ved at måle skalp-pH, skalp lactat, eller vurderer foster-EKG med STAN teknik. Ved præterminal CTG skal fosteret forløses umiddelbart.

Spørgsmål 7:

Såfremt spørgsmål 6 besvares bekræftende bedes Retslægerådet oplyse, om der i forbindelse med A's fødsel er sket korrekt overvågning, CTG-tolkning af og reaktion på A's tilstand i forbindelse med fødslen.

Herunder bedes det oplyst, om der i den forbindelse er handlet i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer.

I sagsøgers tilfælde blev der den 4. september registreret CTG

- klokken 02.00 - 03.10 i forbindelse med anlæggelse af epidural-blokade.
- klokken 04.10 frem til cupanlæggelse, idet veerne stimuleres med oxytocin.
- Retslægerådet vurderer, at denne overvågning er foretaget i henhold til alment gældende retningslinjer.

Retslægerådet finder, at CTG i en kort periode klokken cirka 10.00 kan klasificeres som patologisk, men at den efterfølgende retter sig, hvorfor det var forsvarligt ikke at foretage skalp-pH måling på dette tidspunkt. Klokken 11.15 bliver CTG igen patologisk, der tages skalp-pH måling på dette tidspunkt. Klokken 11.15 bliver CTG igen patologisk, der tages skalp-ph og man anlægger cup i henhold til almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer.

Spørgsmål 8:

Skønner Retslægerådet, at A's lidelse er en følge af iltmangel/asfyksi.

Retslægerådet bedes oplyse, hvad der taler for henholdsvis i mod.

Retslægerådet skønner, at sagsøgers lidelse ikke skyldes iltmangel/asfyksi under fødslen.

For dette skøn taler normal Apgar score, ikke kritisk navlestrengs pH og sagsøgers kliniske fremtoning det første døgn.

Imod dette skøn taler, at man ikke kan pege på en oplagt årsag til sagsøgers hjerneskade. Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 17.

Spørgsmål 9:

Finder Retslægerådet, at udfyldelsen af A's journal er mangelfuld og i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer

Retslægerådet finder, at journalen er udfyldt i overensstemmelse med alment anerkendte lægefaglige retningslinjer.

Retslægerådet kunne have ønske en præcis tidsangivelse for, hvornår cuppen blev anlagt, og hvornår man besluttede sig for kejsersnit, idet der kun er angivet klokkeslæt for tilkald af læge på grund af CTG og for barnets forløsning. Den akutte situation taget i betragtning finder Retslægerådet dog ikke, at dette forhold kan kategoriseres som mangelfuld journalføring og ikke værende i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer.

Spørgsmål 10:

Vurderer Retslægerådet, at der er sket overvågning og CTG-Tolkning af A's tilstand i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer – og vurderer herunder at der er reageret tidsmæssigt i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer.

Ja til begge spørgsmål.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 7.

Spørgsmål 11:

Retslægerådet bedes oplyse, hvornår i fødselsprocessen sædvanligvis bør foretages en skalp-PH og i hvilke tilfælde, at det bør gøres.

Ved patologisk CTG bør der tages skalp pH, hvis det er teknisk muligt, og hvis fødslen ikke er umiddelbart forestående.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 6.

Spørgsmål 12:

Det fremgår af journalen side x, at der først efter kl. 11.10 blev taget en skalp-pH. Denne viser 7,07.

Retslægerådet bedes oplyse, om der er indikation for, at man efter almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer på området ville have foretaget en Skalp-PH prøve tidligere i forløbet.

Nej.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 7.

Spørgsmål 13:

Efter fødslen var der behov for anlæggelse af CPAP-maske og give tilskud af Glukose.

Retslægerådet bedes redegøre for, hvad dette indikerer.

Disse problemer var lette og kortvarige, og ikke udover hvad der hyppigt ses hos børn født lidt før tiden. Det er usandsynligt, at det skulle være symptomer på en hjerneskade eller i sig selv forårsage hjerneskade.

Spørgsmål 14:

Retslægerådet bedes oplyse, om der er generelle retningslinjer og/eller standarder for, hvor lang tid en fødende bør ligge med presseveer, førend der foretages akut kejsersnit eller andet for at fremskynde fødslen.

Sundhedsstyrelsen har i National Klinisk Retningslinje fra 2014 beskrevet dette forhold således: Det er god praksis at overveje forløsning (kejsersnit eller instrumentel), når uddrivningsfasen har varet 2 timer. Forløsning bør overvejes tidligere, hvis den fødende kvinde ønsker det, eller hvis det skønnes, at uddrivningsfasen vil komme til at strække ud over 2 timer.

Retslægerådet skal gøre opmærksom på, at det har været vanskeligt at formulere en retningslinje, som flertallet af danske obstetrikere kunne tilslutte sig, men at ovenstående formulering er godkendt af Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi på det årlige guidelinemøde i 2015.

Retslægerådet skal her bemærke, at uddrivningsfasen ikke inkluderer tiden, fra livmodermunden er fuldt åben, til fosteret trænger ned på bækkenbunden. Denne fase kaldes nedtrængningsfasen. Presseperioden omfatter kun den periode, hvor den fødende aktivt medvirker til at presse fosteret gennem den sidste del af fødselsvejen.

Spørgsmål 15:

Skønner Retslægerådet, at der er lægefaglig indikation for, at der burde have været foretaget et akut kejsersnit eller andre foranstaltninger på et tidligere tidspunkt?

Nej.

Spørgsmål 16:

Retslægerådet bedes oplyse nærmere om graden af sandsynlighed (gerne i procent ud af alle årlige fødsler i Danmark) for hvor ofte/sjældent, der opstår komplikationer i forbindelse med selve fødslen, som medfører den i spørgsmål 1 nævnte lidelse.

Cerebral parese forekommer med en hyppighed på cirka 0,2 %.

Det skønnes, at årsagen i cirka 10 % af tilfældene skyldes fødselsskader og i 90 % af tilfældene skader opstået under graviditeten.

Spørgsmål 17:

Retslægerådet bedes oplyse, om **A's** gener i form af venstresidige lammelse og kognitive vanskeligheder mest sandsynligt skyldes

- a) Behandlingen på **D** i forbindelse med fødslen
- b) blodprop eller blødning inde i hjernen (opstået spontant under graviditeten)
- c) blodprop eller blødning inde i hjernen (opstået spontant under fødslen)
- d) blodprop eller blødning inde i hjernen (opstået spontant efter fødslen) og/eller
- e) Andre forhold

Svaret bedes begrundet, og såfremt der er tvivl om besvarelsen, bedes

Retslægerådet oplyse, hvori tvivlen består.

Retslægerådet bedes herunder oplyse, om det taler for eller imod årsagssammenhæng med mellem **A's** gener og behandlingen på **D**, at **A's** Apgar-score var 10 (bilag 17, side 5), og navlesnors pH var 7,16 (arterie) og 7,26 (vene) (bilag 16, continuation 3).

Retslægerådet bedes i den forbindelse oplyse, om billedet af **A** umiddelbart efter fødslen, jf. bilag 13, indikerer, at alt var "normalt" ved fødslen.

Retslægerådets bedste skøn er:

- a) 10 %
- b) 65 %
- c) 10 %
- d) 10 %
- e) 5 %

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 5 og 8.

Spørgsmål 18:

Retslægerådet bedes oplyse, om behandlingen på **D** i forbindelse med fødslen af **A**, herunder forsøg på forløsning med cup og kejsersnit, er foretaget i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer.

Retslægerådet bedes begrunde svaret.

Ja, Retslægerådet vurderer, at behandlingen var i overensstemmelse med almindelig anerkendte lægefaglige retningslinjer. Dette gælder:

- CTG overvågningen og tolkningen. Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 7.
- Tidspunkt for skalp-pH. Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 7.
- Indikation og teknik ved anlæggelse af cup. Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 4.
- Indikation og gennemførelse af kejsersnit.
- Håndtering af barnet efter fødslen.

Spørgsmål 19:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger.

Nej.

Spørgsmål 20:

Det fremgår af beskrivelsen af MR-scanningen i bilag 19, at "cerebrum viser høresidigt substanstab som følge efter perinatal begivenhed, idet der på højre side ses en perencefal syste i corona radiata. Sandsynligvis udtryk for iskæmi, idet det var en svær fødsel med cupforløsning, der endte i akut sectio. Der var en navlesnors pH på 7,08".

Retslægerådet bedes redegøre for, hvad der taler for henholdsvis imod, denne vurdering af MR-scan-ningen fra ledende overlæge **F**, der angiver, at der sandsynligvis er tale om en skade sket i forbindelse med fødslen.

Sagsøgers normale Apgar score ved fødslen taler med afgørende vægt mod, at der skulle være tale om følger efter iltmangel i forbindelse med fødslen. MR-forandringerne er lokaliserede til højre side af hjernen, og vigtigst er en stor cyste i tilslutning til den laterale ventrikel. Derimod er hjernebarken normal, og forandringerne i hjernekerne og hjernekernen på højre side beskedne og måske kun et udtryk for mangelfuld udvikling på grund af den primære skade.

Placeringen af cysten gør det meget sandsynligt, at den er en følge efter en blødning i hjernevævet. Sådanne blødninger er hyppige hos tidligt fødte børn, men kan også ses hos børn født til tiden. De opstår typisk 1 til 3 dage efter fødslen. De kan også opstå før fødslen, og en vanskelig fødsel er ikke nogen væsentlig risikofaktor.

Spørgsmål 21:

I forlængelse af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 2, bedes Retslægerådet redegøre for og angive, hvad der både før en fødsel og i forbindelse med en fødsel kan give anledning til ilt- og blodforsyningsmangel – og hvordan man som fagperson bør sikre sig imod at dette sker og at der kommer skader på barnet.

Spørgsmålet er af generel karakter/lærebogsstof, men Retslægerådet kan oplyse, at iltmangel:

- Før fødslen typisk opstår ved dårlig moderkagefunktion, ved navlestrengskomplikationer og i sjældne tilfælde ved misdannelser hos fosteret. Herudover kan infektioner og andre sygdomme hos den gravide være årsag.
- Under fødslen er årsagerne i princippet de samme, omend forekomsten er hyppigere, blandt andet fordi veerne belaster blodforsyningen til moderkagen, og fordi risikoen for afklemning af navlestrengen er større.

En meget stor del af svangreomsorgen og overvågningen under fødslen har til hensigt at forebygge skader som følge af iltmangel hos fosteret.

Spørgsmål 22:

Retslægerådet bedes i forlængelse af besvarelsen af spørgsmål 2 tillige oplyse, hvordan man med sikkerhed kan fastslå, at "Der er tale om anatomiske forandringer som følge af skaden på hjernevævet på et tidligere tidspunkt.....". I den forbindelse bedes Retslægerådet redegøre for, hvad der objektivt og konkret i **A's** journal støtter vurderingen af, skaden skulle være sket "på et tidligere tidspunkt" (og dermed ikke i forbindelse med/under fødslen).

En større hjerneblødning giver ofte symptomer i form af sløvhed, irritabilitet eller kramper i den akutte fase. Selv om det ikke altid sker, og selv om sådanne symptomer kan have været overset, taler det for, at blødningen er opstået lang tid før fødslen.

Spørgsmål 23:

Retslægerådet bedes ved besvarelsen af hele dette spørgsmål lægge til grund, at **B** (moderen) ønskede at føde i vand, men fik at vide, at det kunne hun ikke få lov til grundet svingende og faldende hjerterytme hos barnet i løbet af natten. I forlængelse heraf bedes Retslægerådet redegøre for, om det er korrekt, at svingende og faldende hjerterytme over mange timer kan være indikation for, at barnets velbefindende ikke er så godt.

Herunder bedes Retslægerådet oplyse, om der var noget til hinder for, at **B** kunne have født i vand.

Retslægerådet bedes uddybe besvarelsen og redegøre for hvorfor/hvorfor ikke – herunder bedes Retslægerådet oplyse, om der er retningslinjer for, hvornår man ikke bør føde i vand.

Der foreligger ikke landsdækkende retningslinjer for anvendelse af badekar, hverken under udvidningsfasen (mens kvinden er i fødsel) eller under uddrivningsfasen (presseperioden, hvor kvinden føder). Der er dog generel enighed om, at man bør afstå fra badekar, når der er indikation for, at fosterhjerteraktiviteten skal overvåges elektronisk (CTG), da denne kun dårligt kan gennemføres, når den fødende er i badekar.

I Danmark klassificere man CTG som værende:

- normal
- afvigende, hvilket ikke er forbundet med betydende iltmangel hos fosteret, men som kan være et forvarsel på, at det er ved at opstå. Ved afvigende CTG anbefales det derfor at fortsætte med kontinuerlig CTG-monitorering.
- patologisk, hvilket betyder, at man enten skal forløse fosteret relativt hurtigt eller anvende andre metoder til at sikre imod betydende iltmangel. Disse andre metoder inkluderer skalp pH og STAN. Hvis en

patologisk CTG efter en kortere periode normaliseres, kommer det an på en konkret vurdering, om man vil måle skalp pH.

- præterminal, som tyder på alvorlig iltmangel, hvorfor fosteret skal forløses umiddelbart.

Der var noget til hinder for, at **B** kunne føde i vand, idet fosterhjerteraktionen i flere perioder under udvidningsfasen var afvigende.

Afvigende fosterhjerterytme vurderet ved CTG (således som det var tilfælde flere gange under udvidningsfasen) er normalt ikke udtryk for betydende iltmangel hos fosteret.

Patologisk CTG, således som det var tilfældet i presseperioden, kan være udtryk for iltmangel. I **B's** tilfælde var der mistanke om moderat iltmangel, idet skalp PH var under 7,20. Denne mistanke blev bekræftet ved pH i navlestrengsblodprøverne taget ved kejsersnittet. Moderat iltmangel leder normalt ikke til skade på barnet.

Spørgsmål 24:

Retslægerådet bedes oplyse, om der er retningslinjer for, hvor langt ned barnets hjertelyd må falde (og svinge) og over hvor lang en periode førend, der iværksættes akut kejsersnit – herunder om disse retningslinjer er opfyldte.

Ja, der forligger retningslinjer for klassifikation af CTG og for, hvorledes man bør reagere på afvigelser fra det normale. Disse retningslinjer blev fulgt i aktuelle tilfælde. Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 23.

Spørgsmål 25:

Retslægerådet bedes oplyse, om det er korrekt og almindelig kendt, at pH kan falde med 0.01 per minut.

Ja, det er korrekt og almindelig kendt.

Spørgsmål 26:

Retslægerådet bedes oplyse, hvor ofte man bør overvåge med CTG registreringer, hvis der konstateres gentagende påvirket hjertelyd (svingende/faldende) hos barnet.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 23. Retslægerådet kan dog præcisere, at der generelt anbefales 3 former for fosterovervågning under fødslen:

- Regelmæssig auskultation med jordemoderstetoskop, hvilket anvendes ved normale fødsler.

- Intermitterende overvågning med CTG (for eksempel 20 minutter ad gangen hver eller hver anden time), hvilket anvendes ved visse fødsler med forhøjet risiko for iltmangel hos fosteret.
- Kontinuerlig overvågning med CTG, hvilket primært anvendes ved fødsler med forhøjet risiko for iltmangel hos fosteret. Det kan for eksempel være, at CTG er afvigende. Det beror på et konkret skøn, om man kan skifte til intermitterende CTG, hvis en afvigende CTG normaliseres.

Spørgsmål 27:

I journalen fra **D** står der i bilag 5 side 6: "kl. 11.10 CTG viser dybe komplicerede dec. med tendens til at være sene" – og CTG blev igen patologisk kl. 11.15, jf. tillige Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 7. Herefter gik der 57/52 minutter førend **A** blev forløst ved akut kejsersnit kl. 12.07.

Retslægerådet har i besvarelsen af spørgsmål 3b udtalt om de konkrete komplikationer, at "CTG (elektronisk fosterovervågning) blev patologisk. Det indicerer, at man forløser barnet inden for rimelig tid, eller at man sikre sig imod iltmangel ved at måle pH i blodprøve fra barnets (skalp pH). Er et tidsforløb fra kl. 11.10 til kl. 12.07 på 57 minutter "inden for en rimelig tid"?

Retslægerådet har i besvarelsen af spørgsmål 3c udtalt om de konkrete komplikationer, at "Skalp pH viste værdi under 7,20, hvilket indicerer, at barnet forløses relativt hurtigt ved cup, tang eller kejsersnit". Er et tidsforløb fra kl. 11.15 til kl. 12.07 på 52 minutter "relativt hurtigt"?

Retslægerådet vurderer, at barnet blev forløst inden for en rimelig tid. Man tilstræber normalt, at barnet skal være ude inden for ½ time efter, at beslutningen om middelhurtigt (gult, grad 2) kejsersnit er taget, således som det var tilfældet. Det anses normalt ikke for en fejl, hvis der går lidt længere tid, specielt ikke når forsterhjerterytmen er acceptabel i denne periode, hvilket var tilfældet.

Det fremgår ikke af journalen, hvornår beslutningen om "gult kejsersnit" blev taget, men formentligt er der gået næsten 30 minutter med at få taget skalp pH og med forgæves forsøg på forløsning ved vakuumelekstraktion

Spørgsmål 28:

I forlængelse af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 14 bedes Retslægerådet oplyse nærmere om, hvad der forstås ved "udrivningsfasen" – herunder om "udrivningsfasen" er svarende til den periode, hvor den fødende har presseveer.

Ja, uddrivningsfasen er den fase, hvor kvinden bruger sine presseveer.

Den er ofte meget kortere, end den periode, hvor den fødende har pressetrang, og hvor jordemoderen ofte beder hende om at gispe under veerne, for at forhindre hende i at presse.

Spørgsmål 29:

B havde presseveer i over 4 timer (kl.8.00-12.07), førend **A** blev født. Retslægerådet bedes oplyse, om der er retningslinjer for, hvor lang tid den fødende bør ligge med presseveer, inden der foretages akut kejsersnit.

Ja, der foreligger retningslinjer for presseperiodens længde. Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 14.

Retslægerådet bemærker, at det i journalen nævnes første gang klokken 08.40, at **B** havde kraftig pressetrang, og at hun har svært ved at holde den tilbage. Klokken 10.40 nævnes det første gang, at **B** "nykker med på veerne". "Nykke" er et udtryk, jordemødre ofte anvender, når de lader den fødende presse en lille smule, hvilket man ofte gør, når fosterets hoved ikke er trængt helt ned på moderens bækkenbund, og de sædvanlige betingelser for at presse dermed ikke er opfyldt.

Retslægerådet vurderer således, at retningslinjerne for presseperiodens/uddrivningsperiodens længde er overholdt.

Spørgsmål 30:

Retslægerådet bedes i forlængelse af spørgsmål 29 oplyse, om pressefasen er en fase, hvor barnet udsættes for en særlig belastning, der kan påvirke både ilt og blodforsyningen til barnet.

Ja, der henvises til besvarelsen af spørgsmål 21.

Spørgsmål 31:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om Retslægerådets supplerende besvarelse af spørgsmål 20-30 giver anledning til en ændret besvarelse på spørgsmål 1-18.

I bekræftende fald bedes Retslægerådet oplyse hvilke spørgsmål, Retslægerådet vil besvare anderledes, ligesom rådet bedes angive spørgsmålenes ændrede besvarelse.

Nej.

Spørgsmål 32:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger.

Nej.

..."

Patientskadeankenævnets afgørelse af 10 januar 2014 er begrundet som følger:

"...

Det er Patientskadeankenævnets vurdering, at **A** ikke med overvejende sandsynlighed er påført en erstatningsberettigende skade, jf. klage- og erstatningslovens § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1.

Nævnet finder således, at **A's** hjerneskade og deraf følgende tilstand med venstresidig lammelse og forsinket udvikling ikke med overvejende sandsynlighed er en følge af behandlingen i forbindelse med fødslen, herunder forsøg på forløsning med sugekop.

Nævnet har ved afgørelsen lagt vægt på, at MR-scanning af hjernen den 26. november 2009, hvor **A** var godt 1 år gammel, viste en forandring kaldet "porencefali", som nøje kunne forklare hans symptomer i form af cerebral parese og kognitiv forsinket udvikling. Det er en ret omfattende skade, der typisk opstår efter gestationsuge 21, hvor de grundlæggende strukturer i hjernen er anlagt. En sådan skade kan indtræde helt op til omkring fødslen. Årsagen er enten en blodprop eller mere sandsynligt en blødning inde i hjernen tæt ved hjernens hulrum (ventrikler).

Nævnet finder det som ovenfor anført ikke sandsynligt, at skaden er opstået i forbindelse med forsøg på forløsning med sugekop. Det skyldes, at en så voldsom blødning (eller blodprop) vil øge trykket markant i hjernen og give klare kliniske tegn markant efter fødslen i mindst 12-24 timer. Disse tegn vil omfatte lav apgar score og patologisk (sygeligt) lave pH-værdier samt oftest også neonatale kramper. Desuden ville eventuelle skader fra en sugekopforløsning ikke medføre blødninger inde i hjernens hulrum, men typisk give subdurale blødninger, dvs. blødninger under kranieknoglen, men uden for hjernens inderste hinde. Det kan anføres, at en stor fødselssvulst ikke i sig selv indikerer tegn på hjerneskade.

Nævnet kan i øvrigt tiltræde, at behandlingen i forbindelse med fødslen, herunder forsøg på forløsning med sugekop og efterfølgende kejsersnit, blev udført i overensstemmelse med, hvorledes en erfaren specialist ville have handlet under de i øvrigt givne forhold.

Da **A** ikke findes at være påført en erstatningsberettigende skade, er han ikke berettiget til den af Patientforsikringen tilkendte godtgørelse for varigt men og erhvervsevnetab.

..."

Forklaringer

B har forklaret, at hun er uddannet teknisk designer. Hun modtager nu tabt arbejdsfortjeneste fra det offentlige i forbindelse med, at hun passer **A**. Den 12. januar 2008 fik hun at vide, at hun var gravid. Hun blev scannet hele 3 gange (i 11-12. uge, uge 20 og uge 23-24) og der var intet unormalt at se i scanningerne. Graviditeten forløb fint og uden komplikationer. Mht. selve fødslen den 4. september 2008 kan hun henholde sig til den beskrivelse som hun, med hjælp fra **C**, har skrevet på deres familieblog [bilag 20]. Den blev skrevet cirka en uge efter, at de var kommet hjem. 3-4 måneder efter fødslen sagde sundhedsplejersken til dem, at der måske "var noget" – med **A's** ene side. Det var i forlængelse heraf, at de blev klar over, at han har en hjerneskade. Forud for fødslen gik vandet den 2. september om aftenen. Vandet var helt klart og der var 18 dage til termin. De kom 1. gang ind på fødeafdelingen, hvor de på grund af travlhed blev placeret alene i et venturum. Hun havde ingen veer og blev derfor sendt hjem igen med besked om at komme igen senere. I løbet af natten kom de ind på sygehuset igen og fik at vide, at **A's** hjertelyd dykkede, hvorfor CTG hele tiden skulle overvåges. Hun kunne derfor ikke føde i vand, som hun ellers havde ønsket. Om morgenen havde hun presseveer lige omkring jordemoderens vagtskifte. Hun fik da at vide, at hun ikke måtte presse. Det var hårdt at holde veerne tilbage. Hun kastede op. Den nye jordemoder tilkaldte på et tidspunkt en overjordemoder fordi hjertelyden blev ved med at dykke. Hun fik nu lov til at presse. CTG blev målt hele tiden. Hun husker, at der blev taget blodprøve af skalp, men ikke hvornår det var i forløbet. Herefter blev personalet meget alvorlige og informerede kort, om hvad der skulle ske. Der kom nogen ind med sugekop og hun mener, at der blev prøvet 5 gange. 3 af gangene sprang den af. Den sidste af gangene var det en læge, der var kommet til stede, der anvendte sugekoppen. Derefter fødte hun ved akut kejsersnit. De løb med hende til operationsstuen. Det var ikke rart og hun følte sig overordnet i forløbet ikke tilstrækkeligt informeret. Det var navnlig i forbindelse med hendes pressetrang, at hun ikke følte sig ordentligt informeret. Hun lå cirka 4 timer med presseveer og havde ikke følelsen af at der var styr på tingene. Ved kejsersnittet følte hun sig derimod tryk, idet der blevet taget hånd om det hele. Hun var også nervøs for **C**, der har det skidt med sygehuse. Det hele gik meget stærkt, og hun så **A** helt kort, idet personalet gik ud bagved med ham. De kom hjem efter 2 dage. De opdagede, at der eventuelt var problemer med **A** efter cirka 4 måneder. Først var de ved fysioterapeut med ham og senere ved læge, hvorfra de fik henvisning til børneafdelingen. Diagnosen var, at han lider af cerebral parese (spastisk lammelse). De fik diagnosen af overlæge **F** i juli. Med henblik på at vurdere hvornår skaden var sket, blev der bestilt MR-scanning til, når han var fyldt et år. De talte med overlægen om det og han sagde, at han vurderede, at det var sket under fødslen. **A** lider også af epilepsi, idet han får små sitrende bevægelser og bliver ret stiv i kroppen. Han har haft i alt

4 sådanne epilepsianfald. Mht. anvendelsen af sugekoppen husker hun det, som det er anført i beskrivelsen på bloggen [bilag 20].

C har forklaret, at han arbejder som softwareudvikler. Vedrørende fødslen husker han, at CTG- bælten hele tiden skulle flyttes. **B** skulle også hele tiden flytte sig og der var i løbet af natten bøvlt med en iltmaske. Ellers var det forholdsvis fredeligt om natten. Efter vagtskiftet om morgenen kom der en lægestuderende med. Jordemoderen blev ved med at snakke om en "kant". En østeuropæisk læge var inde og forsøgt at afhjælpe det med "kanten". Jordemoderen sagde til ham, at de ville tage en blodprøve af skalpen. Han fik forklaring på hvad, der var ved at ske og blev iført operationstøj for det tilfælde at kejsersnit skulle blive nødvendigt. Senere kom en overlæge til stede. Efter at de fik PH-værdien fra skalpen vekslede de ikke et ord og det hele gik stærkt. Han synes, at de prøvede mange gange med sugekoppen. Den hoppede af flere gange. Til sidst forsøgte overlægen og det må også have været hende, der besluttede, at der skulle tages kejsersnit. De holdt **A**, der havde en stor bylt på hovedet. De kaldte den en "nissehue". Det så voldsomt ud. De hørte **A** "knirke" allerede lige efter fødslen.

Parternes synspunkter

Sagsøgeren har i det væsentlige procederet sagen i overensstemmelse med sit påstandsdokument af 3. august 2017, hvori der er anført følgende til støtte for den nedlagte påstand:

"...

Det gøres gældende, at **A's** hjerneskade opstod som følge af behandlingen på **D** i forbindelse med fødslen den 4. september 2008.

Der henvises i den sammenhæng til,

at **A** under fødslen havde vekslende hjertelydskurver og ilt mangel, ligesom han blev udsat for flere forgæves forsøg på forløsning ved sugekop, jf. bilag 5 og 6,

at **A** straks efter fødslen havde en voldsom stor blodansamling på hovedet, der havde blødt på det sted, hvor sugekoppen havde været placeret i forbindelse med de mange mislykkede forsøg på at forløse ham, jf. bilag 5

at **A** straks efter fødslen måtte have anlagt CPAP-maske og fik tilført sukkerblanding, og

at både speciallæge i gynækologi og obstetrik, Ph.d., **G**, jf. bilag 8 og 9, og ledende overlæge, speciallæge i pædiatri

F, jf. bilag 19, anser **A's** hjerneskade for med overvejende sandsynlighed at være forårsaget af fødslen den 4. september 2008.

Det gøres videre gældende, at den opståede hjerneskade ved fødslen den 4. september 2008 berettiger til udbetaling af erstatning efter KEL § 20, stk. 1, nr. 1, da en erfaren specialist ville have forløst **A** ved akut kejsersnit på et tidligere tidspunkt end det faktisk skete, hvorved hjerneskaden med overvejende sandsynlighed ville have været undgået.

Der henvises i den sammenhæng til,

at **A** under fødslen var udsat for stort stress i en meget lang tidsperiode med vekslende hjertelydskurver, jf. bilag 5 og 6, at **A** under fødslen oplevede iltmangel, som blev bekræftet via måling af skalp-PH og navlestrengs-PH under 7,20, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 23, at **B** havde presseveer i mere end 4 timer, hvilket i sig selv er en indikator for umiddelbar forløsning, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 14, og at der under fødslen blev gjort 2 forgæves forsøg på forløsning med sugekop med 2 træk i hvert forsøg samt yderligere et forsøg med ét træk, hvorunder sugekoppen sprang af under i alt 3 af forsøgene, hvilket ikke er overensstemmelse med de gældende retningslinjer, jf. Retslægerådets svar på spørgsmål 4.

Det gøres desuden gældende, at den opståede hjerneskade ved fødslen den 4. september 2008 berettiger til udbetaling af erstatning efter KEL § 20, stk. 1, nr. 4, da **A's** hjerneskade må anses som en følge af fødslen, der er mere omfattende, end hvad han med rimelighed må tåle.

Der henvises i den sammenhæng til,

at **A** har pådraget sig en særdeles alvorlig hjerneskade, der er vurderet til en méngrad på 80%, jf. bilag 2 og Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 1, hvorfor hjerneskaden må anses for alvorlig i forhold til hans helbredstilstand, og at den opståede hjerneskade desuden må anses for at være sjælden, jf. Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 16.

På den baggrund gøres det gældende, at der foreligger et fornødent sikkert grundlag for at tilsidesætte sagsøgtes afgørelse af 10. januar 2014, jf. bilag 3, og i stedet nå frem til det resultat Patientforsikringen nåede frem til i afgørelsen af 26. juni 2013, jf. bilag 2.

..."

Sagsøgte har i det væsentlige procederet sagen i overensstemmelse med sit påstandsdokument af 20. juli 2017, hvori der er anført følgende til støtte for den nedlagte påstand:

" ...

Det gøres gældende, at at der ikke er grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets (nu Ankenævnet for Patienterstatningen) afgørelse af 10. januar 2014 (bilag 3), hvorved ankenævnet fandt, at **A** ikke med overvejende sandsynlighed er påført en erstatningsberettigende patientskade, jf. klage- og erstatningslovens § 19, stk. 1, jf. § 20, stk. 1.

Bevisbyrden for, at der er grundlag for at tilsidesætte ankenævnets vurdering, påhviler **A**. Denne bevisbyrde har han ikke løftet.

Ad ingen skade ved behandlingen

Ankenævnet har med rette vurderet, at det ikke er dokumenteret, at det er overvejende sandsynligt, at **A's** hjerneskade og deraf følgende tilstand med venstresidig lammelse og forsinket udvikling er en følge af behandlingen på **D** i forbindelse med fødslen.

Det er mere sandsynligt, at hjerneskaden er opstået under graviditeten. MR-scanning af **A's** hjerne den 26. november 2009 viste en forandring kaldet "porencefali", hvilket forklarede hans hjerneskade og tilstand. Årsagen til forandringen i hjernen er enten en blodprop eller mere sandsynligt en blødning inde i hjernen tæt ved hjernens hulrum (ventrikler).

Denne vurdering understøttes af Retslægerådets udtalelser i sagen.

Retslægerådet har i svaret på spørgsmål 2, hvor Retslægerådet er blevet bedt om at redegøre nærmere for beskrivelsen af MR scanningen den 25. november 2009, udtalt:

"Der er tale om anatomiske forandringer som følge af skader på hjernevævet på et tidligere tidspunkt. Der er en porencefal cyste, som mest sandsynligt skyldes en blødning men også forandringer i de centrale kerner og diffuse forandringer i den hvide susstans bagtil i hjernen, som mest sandsynligt skyldes svigtende ilt- og blodforsyning. Tidspunktet for skaden kan ikke fastsættes med nogen sikkerhed."

Ankenævnet har med rette vurderet, at **A's** skade ikke kunne være opstået i forbindelse med fødslen, herunder ved de forgæves forsøg på forløsning med sugekop, da en blødning eller blodprop ville have øget trykket markant i hjernen. Dette ville have givet kliniske tegn i form af lav apgar score, lave pH-værdier samt oftest også neonatale krampes. Alle **A's** værdier ved fødslen var normale.

Hertil kommer, at eventuelle skader fra en sugekopforløsning ville ikke

medføre blødninger i hjernens hulrum, derimod mere typisk blødninger under kranieknoglen, dog uden for hjernens inderste hinde. En stor fødselssvulst indikerer ikke i sig selv tegn på hjerneskade.

Denne vurdering understøttes tillige af Retslægerådets svar på spørgsmål 5, hvoraf fremgår:

”[...] Ad hjerneblødning som følge af den mekaniske belastning cup-anlæggelsen medfører. Professor **E** har i bilag 12 redegjort for, hvorfor dette ikke er sandsynligt. Retslægerådet kan tilslutte sig denne vurdering, som er baseret på følgende forhold: Hvis årsagen til hjerneskaden var voldsom hjerneblødning opstået i forbindelse med fødslen, ville man forvente klare kliniske tegn markant efter fødslen i minimum 2 til 24 timer. Disse tegn kunne være lav Apgar score, lav pH eller kramper. Desuden ligger denne slags skader typisk tættere på hjernens overflade, end de gør i sagsøgers tilfælde.

Retslægerådet vurderer således, at antallet af træk i cuppen næppe har været af betydning for sagsøgers hjerneskade.”

Derudover udtaler Retslægerådet i svaret på spørgsmål 17, at **A's** gener i form af venstresidig lammelse og kognitive vanskeligheder med 65 % skyldes en blødning eller blodprop i hjernen opstået spontant under graviditeten. Der er 10 % sandsynlighed for at generne skyldes behandlingen på **D**.

A har således ikke godtgjort, at han med overvejende sandsynlighed – dvs. med mere end 50 % sandsynlighed – er blevet påført en skade ved behandlingen.

Det af **A** anførte angående de faktiske omstændigheder i forbindelse med fødslen kan ikke føre til et andet resultat. Det er oplysningerne, der er anført i journalen, der må lægges til grund, idet journalen er udarbejdet i tidsmæssig tilknytning til selve fødslen.

Hertil kommer, at Retslægerådet har udtalt, at journalføringen på **D** levede op til almindelig anerkendte lægefaglige retningslinjer, jf. svaret på spørgsmål 9.

Ad betingelserne i klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1-4, er ikke opfyldt.

Hvis retten måtte finde, at **A** er blevet påført en skade ved behandlingen på **D**, er der fortsat ikke grundlag for at anerkende, at han er blevet påført en erstatningsberettigende patient-skade, idet han ikke har godtgjort, at betingelserne i klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1-4, er opfyldt.

Behandlingen i forbindelse med fødslen blev udført i overensstemmelse med, hvorledes en erfaren specialist under de givne omstændigheder ville have handlet.

Det understøttes af Retslægerådets svar på spørgsmål 18, hvoraf fremgår:

”Ja, Retslægerådet vurderer, at behandlingen var i overensstemmelse med almindelig anerkendte lægefaglige retningslinjer. Dette gælder:

- *CTG overvågningen og tolkningen. Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 7.*
- *Tidspunkt for skalp-pH. Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 7.*
- *Indikation og teknik ved anlæggelse af cup. Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 4.*
- *Indikation og gennemførelse af kejsersnit.*
- *Håndtering af barnet efter fødslen.”*

Betingelserne i klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1, er således ikke opfyldt.

Derudover er der heller ikke grundlag for at anerkende, at **A** blevet påført en patientskade efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, idet han har ikke godtgjort, at skaden er tilstrækkelig alvorlig og sjælden.
..."

Rettens begrundelse og afgørelse

A lider af spastisk lammelse og epilepsi.

Det må efter forklaringerne, de foreliggende journaler og Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 3 lægges til grund, at der var komplikationer i forbindelse med **A's** fødsel i form af "primær vandafgang", "CTG (elektronisk fosterovervågning) blev patologisk", "skalp pH viste værdi under 7,20" og "cupforløsning mislykkes".

Efter Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 5 sammenholdt med overlæge **E's** erklæring af 8. november 2013 [bilag 12] er det usandsynligt, at skaden er opstået i forbindelse med forsøg på cupforløsning. I besvarelsen af spørgsmål 8 skønner Retslægerådet, at lidelsen heller ikke skyldes iltmangel under fødslen. For dette taler "normal Apgar score, ikke kritisk navlestrengs-pH og sagsøgers kliniske fremtoning det første døgn". Imod skønnet taler, at "man ikke kan pege på en oplagt årsag til sagsøgers hjerneskade".

Af besvarelsen af spørgsmål 17 fremgår, at Retslægerådet skønner, at det med 65 % sandsynlighed er en blodprop eller en blødning inde i hjernen, opstået spontant under graviditeten, der har forårsaget generne, mens der alene er 10 % sandsynlighed for, at de skyldes behandlingen på **D** i forbindelse med fødslen.

På den baggrund er der ikke grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets vurdering, hvorefter det ikke er sandsynligt, at skaden er opstået i forbindelse med fødslen, og at **A** derfor ikke er blevet påført en erstatningsberettigende skade, jf. KEL § 19. Patientskadeankenævnet frifindes derfor for sagsøgerens påstand.

Efter dette resultat og når der henses til, at **A** har fri proces skal statskassen betale sagsomkostninger til Patientskadeankenævnet (nu: Ankenævnet for Patienterstatningen). Sagsomkostningerne fastsættes til 250.000 kr., der angår sagsøgtens udgifter til advokatbistand inkl. moms. Der er ved fastsættelsen af beløbet taget hensyn til sagens økonomiske værdi, dens langvarige forløb og til, at der er stillet spørgsmål til Retslægerådet til brug for sagen.

Thi kendes for ret:

Sagsøgte, Patientskadeankenævnet, frifindes for påstanden nedlagt af sagsøgeren, **A**

Statskassen skal inden 14 dage betale 250.000 kr. i sagsomkostninger til sagsøgte.

Lars Krunderup
dommer

Udskriftens rigtighed bekræftes.
Retten i Aalborg, den 22. september 2017.

Helle Klovborg Jensen, Afd.leder - dir. tlf. 99688590