

MODTAGET

13 AUG. 2004

Kammeradvokaten
v/adv. Lene Damkjær Christensen
Vimmelskiftet 47
1161 København K

J. nr. 44-0707 AJE

UDSKRIFT

af

DOMBOGEN FOR VESTRE LANDSRET

D O M

afsagt den 12. august 2004 af Vestre Landsrets 5. afdeling
(landsdommerne Lis Frost, Fritse Hove og Jens Erik Stausbøll
(kst.)) i 1. instanssag B-0991-01

H [REDACTED]
(advokat Pauli Kirch, Mariager)
mod
Patientskadeankenævnet
(Kammeradvokaten ved
advokat Lene Damkjær Christensen, København).

Under denne sag, der er anlagt den 27. april 2001, har sagsøgeren, H [REDACTED], nedlagt påstand om, at sagsøgte, Patientskadeankenævnet, tilpligtes at anerkende, at sagsøgeren den 2. november 1998 er påført en erstatningsberettigende patientskade.

Sagsøgte har nedlagt påstand om frifindelse.

Sagen drejer sig om, hvorvidt H [REDACTED] er berettiget til erstatning efter loven om patientforsikring i anledning af, at han den 2. november 1998 som led i forberedelsen af en rygoperation på Århus Kommunehospital i forbindelse med vending fra rygleje til bugleje, hvorunder han var i fuld narkose, fik et brud mellem den 6. og 7. halshvirvel.

Skaden blev anmeldt til Patientskadeforsikringen, der den 21. maj 1999 traf afgørelse om, at H [REDACTED] ikke var berettiget til erstatning efter lov om patientforsikring, da

der ikke var påført en fysisk skade i forbindelse med behandlingen på Å [REDACTED].

Den 17. august 1999 påklagede H [REDACTED] afgørelsen til Patientskadeankenævnet. I forbindelse med ankenævnets behandling af klagen afgav den opererende overlæge, professor dr. med. C [REDACTED], Å [REDACTED], den 6. april 2000 følgende udtalelse:

"På foranledning af Patientskadeankenævnets skrivelse af 31.3.2000 kan undertegnede oplyse følgende:

..... H [REDACTED] havde svær morbus Bekhterew. Ved lejring til operation med henblik på lumbal kileosteotomi pådrog pt. sig ustabilt brud på halshvirvelsøjlen svarende til niveau C6/C7. Pt. var den 7.8.96 underrettet i detaljer omkring operationen og efterforløbet. Der er dog intet specifikt notat omkring risiko for lejringsskade af halshvirvelsøjlen.

I udenlandske opgørelser varierer risikoen for lejringsskader i form af brud på halshvirvelsøjlen hos pt.gruppen morbus Bekhterew i størrelsesorden fra 5-15%. Vi har dog aldrig tidligere i Å [REDACTED]

[REDACTED]/O [REDACTED] historie iagttaget en sådan lejringsskade. Der behandles ca. 10 ptt. Om året på landsplan for denne lidelse.

Vi finder, at en pt. som H [REDACTED] må være klart berettiget til erstatning fra Patientforsikringen.

H [REDACTED] var indlagt 15 dage primært fra 26.10.98 til 12.11.98 med greb i universel anæstesi. Efterfølgende fiksation af kraniet til vest (halovest) igennem 3 mdr. med daglig soignering og mindst 4 ambulante kontroller.

Pt. har mén i form af vedvarende nakkesmerter, tendens til hovedpine og ømhed svarende til pindsteder."

Den 1. november 2000 traf Patientskadeankenævnet følgende afgørelse:

".....

Patientforsikringens afgørelse af den 21. maj 1999 tiltrædes med ændret begrundelse.

.....

Begrundelse for afgørelsen:

Patientskadeankenævnet finder, at De som følge af behandlingen på Å. [REDACTED] er blevet påført en fysisk skade.

Patientskadeankenævnet har lagt vægt på, at De i forbindelse med lejringsproceduren den 2. november 1998 pådrog Dem et brud mellem 6. og 7. halshvirvel og et som følge heraf forlænget sygeleje.

Ifølge patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1, kan erstatning ydes, hvis 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 have været undgået.

Patientskadeankenævnet finder, at behandlingen af Dem på Å. [REDACTED] er udført i overensstemmelse med, hvad der efter lægevidenskab og praksis var den bedst mulige i den givne situation.

Patientskadeankenævnet har lagt vægt på, at det er velkendt, at patienter med knogleskørhed selv ved beskedne traumer kan pådrage sig brud på rygsøjlen, specielt halsrygsøjlen, da denne ikke har støtte fra brystkassen.

Patientskadeankenævnet har endvidere lagt vægt på, at lejrning i bugleje af en fuldt bedøvet patient med knogleskørhed og svær krumningsdeformitet i ryggen er vanskelig.

Patientskadeankenævnet finder således at vendingen af Dem fra ryg- til bugleje er udført i overensstemmelse med bedste specialiststandard.

Ifølge patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4, kan erstatning ydes, hvis der som følge af en undersøgelse, herunder diagnostiske indgreb, eller behandling indtræder skade i form af infektioner eller andre komplikationer, der er mere omfattende end hvad patienten med rimelighed må tåle. Der skal herved tages hensyn til dels skadens alvor, dels patientens sygdom og helbredstilstand i øvrigt samt til skadens sjældenhed og mulighederne i øvrigt for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning.

Patientskadeankenævnet finder, at skaden i form af brud på halshvirvelsøjlen ikke er tilstrækkelig sjælden eller alvorlig når henses til Deres sygdom og helbredstilstand i øvrigt.

Patientskadeankenævnet har lagt vægt på, at det er velkendt at patienter med knogleskørhed selv efter beskedne traumer kan pådrage sig brud på rygsøjlen, specielt halsrygsøjlen.

Patientskadeankenævnet har endvidere lagt vægt på, at De ikke ses påført et varigt mén som følge af bruddet.

Patientskadeankenævnet har endelig lagt vægt på, at bruddet blev udnyttet til, at foretage en yderligere opretning af krumningsdeformiteten ved ændringer i Halo-vestens fiksatoren.

De er således ikke berettiget til erstatning.

Sagsfremstilling:

De blev den 26. oktober 1998 indlagt på Å [redacted] [redacted] for at bortoperere et kileformet knoglestykke i lænderyggen således, at en tiltagende rundryggethed kunne oprettes.

Deres funktionelle højde var som følge af rundryggetheden blevet reduceret med omkring 20 cm, og De fik træthedsfornemmelser i lænden sidst på dagen som følge af, at De var nødsaget til at sidde uhensigtsmæssigt.

Den 2. november 1998 blev De med henblik på operation lagt i fuld narkose. I forbindelse med at man vendte Dem fra rygleje til bugleje, mærkede anæsthesisygeplejersken et knæk. På grund af mistanke om brud mellem den 6. og 7. halshvirvel anlagde man herefter en halokrone og halo-vest. Den planlagte operation blev som konsekvens heraf aflyst. Røntgenundersøgelse foretaget senere samme dag bekræftede, at der var et brud mellem 6. og 7. halshvirvel.

Halo-kronen blev justeret den 11. november 1998, og en røntgenundersøgelse den følgende dag viste en tilfredsstillende stilling af bruddet, og De blev udskrevet.

Den 17. november 1998 foretog man på ny justering af halo-kronen og røntgenundersøgelse viste en til-

fredsstillende stilling af brudstedet. De blev udskrevet den følgende dag.

Efterfølgende røntgenundersøgelser viste en uændret fin stilling og god heling af bruddet.

Den aflyste kileosteotomi blev foretaget den 1. februar 1999 på Å [redacted], og den 3. februar 1999 fik De fjernet halo-kronen. En stiv halskrave blev anlagt, og De blev udskrevet igen den 9. februar 1999.

Ved en kontrolundersøgelse den 10. marts 1999 på Å [redacted] konstaterede man, at Deres tilstand var tilfredsstillende. Røntgenundersøgelse viste god heling af bruddet mellem 6. og 7. halsvirvel, og det blev aftalt, at De ikke længere behøvede at anvende stiv halskrave i dagligdagen, dog skulle De ved bilkørsel anvende halskrave. Det blev endvidere aftalt, at De skulle møde til en ny kontrolundersøgelse i begyndelsen af maj 1999.

De anfører i Deres klage af den 17. august 1999, at De ikke forud for operationen var blevet orienteret om en specifik risiko herved, men blot havde fået oplyst, at der generelt altid er en risiko ved en operation. De anfører endvidere, at der i forbindelse med bruddets opståen er begået en teknisk fejl, som hospitalet er ansvarlig for og henviser i den forbindelse til oplysninger fra professor C [redacted]

Ved Patientforsikringens afgørelse af den 21. maj 1999 fik De afslag på erstatning under henvisning til at De ikke var blevet påført en fysisk skade i forbindelse med behandlingen på Å [redacted]

Patientforsikringen anfører i udtalelse af den 10. marts 2000, at Deres grundsygdom i form af svær knoglesygdom i rygsøjlen indebærer en øget brudrisiko og var årsagen til det opståede brud på halsvirvelsøjlen.

I Deres brev af den 19. april 2000 anfører De, at De fortsat er af den opfattelse at der er sket en fejl i forbindelse med bruddet på halshvirvelsøjlen, og at De aldrig ville have ladet Dem indlægge til en kileosteotomi såfremt De havde vidst, at der var en risiko for et brud på halshvirvelsøjlen.

De anfører det endvidere, at Deres helbredstilstand forud for operationen var nøje beskrevet og De der-

for ikke kan acceptere Patientforsikringens argumentation om at bruddet må tillægges Deres grundsygdom."

I skrivelse af 21. januar 2002 fra overlæge C [redacted] til H [redacted] advokat anføres bl.a. følgende:

".....

Deltagende portører, anæstesilæger og anæstesisygeplejerske var alle højt uddannede med erfaring fra mere end 200 buglejring pr. år. Imidlertid er buglejring af Beckterew-patienter sjældent forekommende, hvorfor man vanskelig kan opnå stor erfaring med lejring af denne patientgruppe i Danmark, hvor i alt ca. 20 patienter pr. år opereres fordelt på Å [redacted], O [redacted], R [redacted] og Å [redacted].

Buglejringen blev foretaget, uden at undertegnede som opererer næsten alle patienter i Å [redacted] var til stede. Normalt er jeg til stede under lejringen, for at skærpe opmærksomheden for risikomomenterne og for at kunne deltage i tilpasningen af operationslejet til den enkelte patient.

Der er ikke i ortopædkirurgisk afdeling eller anæstesiaafdelingen et nedskrevet regelsæt vedrørende lejring af patienter med morbus Beckterew. Det er den almindelige praksis at de tilstedeværende læger med den højeste erfaring, dvs. operatør og vagthavende afdelingslæge/overlæge er til stede under lejring af patienten fra rygleje til bygleje. Vi har ikke på ortopædkirurgisk afdeling registreret brud på halshvirvelsøjlen i forbindelse med lejringsskader på ortopædkirurgisk afdeling de sidste 10 år før aktuelle lejringsskade.

Det skønnes, at der ved omlejring af patienten den 02.11.1998, er sket en afvigelse fra normal praksis, ved at omlejring af H [redacted] er sket uden at undertegnede var til stede.

Personalet har efter oplysningerne ikke begået nogen egentlig fejl i relation til omlejringen af patienten. Personalet må krediteres for på forespørgsel at have oplyst om knæklyden i forbindelse med omlejring af patienten.

Man kan ikke konkludere at ulykkestilfældet ikke var sket såfremt undertegnede havde været til stede, idet lejringsskader fortsat sker. Vi har benyttet udtrykket "teknisk fejl" om ovennævnte afvigelse fra normale uskrevne rutiner.

Vi finder uændret at H. [redacted] klart må være berettiget til støtte fra patientforsikringen, idet vi ikke har oplevet lignende patientskader de sidste 10 år."

Der er til brug for landsrettens behandling af sagen stillet spørgsmål til Retslægerådet. Rådet har i udtalelse af 9. januar 2003 besvaret de stillede spørgsmål således:

"Spørgsmål 1:

Det ønskes vurderet, om skaden med overvejende sandsynlighed (d.v.s. en smule over 50% jfr. Karnov side 8238 note 15) ville være undgået, såfremt en erfaren specialist på det pågældende område, under de i øvrigt givne forhold, ville have handlet anderledes jfr. redegørelse af 21.1.2002 fra Å. [redacted], hvor det bl.a. anføres,

at sædvanlig praksis, hvorefter operatøren (C. [redacted]) er til stede ved lejringen var fraveget og

at buglejreringen omfatter en patient med den sjældent forekommende morbus Bechterew-sygdom,

at patienten kun vejer 54 kg og måler 164 cm.

at personalet på forespørgsel (cfr. på eget initiativ?) oplyste om knæklyd i forbindelse med omlejring.

at der ikke på Ortopædkirurgisk afdeling indenfor de sidste 10 år er registreret brud på halshvirvelsøjlen i forbindelse med lejringskader.

Spørgsmålet er hypotetisk og kan ikke besvares med nogen sikkerhed. Vendingen blev foretaget af kompetent personale, men uden den sædvanlige vejledning af den ansvarlige ryggkirurg, som normalt indskærper over for personalet, at der ved patienter med morbus Bechterew er særlige risikomomenter. Vendingen er ikke beskrevet i journalen, og det er således uklart, om der blev truffet særlige foranstaltninger for at forebygge skader på halsrygsøjlen, og om den blev foretaget i overensstemmelse med alment anerkendt faglig standard.

Spørgsmål 2:

Burde risikoen for lejrings-skaders indtræden ikke have kunnet være elimineret allerede som følge af patientens størrelse og vægt?

Nej, vendingen var risikabel trods patientens lave vægt og højde.

Spørgsmål 3:

Er der nogen forbindelse mellem alvoren af grundsygdommen og den påførte skade?

Risiko for brud på halshvirvelsøjlen er klart øget ved Becterews sygdom. Der er således klar forbindelse mellem grundsygdommen og pågældende skade.

Spørgsmål 4:

Det ønskes vurderet om grundsygdommen, uden det gennemførte operative indgreb, ville have medført nogen alvorlig helbredsforringelse.

Spørgsmålet er hypotetisk og svært at forstå. Af sagsakterne fremgår, at H [redacted] har en svær grundsygdom, som medfører en meget betydelig helbredsforringelse.

Spørgsmål 5:

Skadens sjældenhed bedes vurderet ved angivelse af hyppighed på en højt specialiseret afdeling som Å [redacted] Ortopædkirurgiske afdeling.

Der foreligger ikke sikre data til belysning af dette. Skaden må dog betegnes som sjælden.

Spørgsmål A:

Blev lejrings af H [redacted] under bedøvelse forud for den planlagte operation den 2. november 1998 udført i overensstemmelse med de krav, der må stilles til en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold?

Har det betydning for besvarelsen af spørgsmålet, at professor, overlæge dr. med. C [redacted] ikke var tilstede på operationsstuen under buglejrings, når henses til oplysningerne om de læger, sygeplejersker og portører, der var tilstede under og deltog i buglejrings?

Er besvaret under spørgsmål 1.

Spørgsmål B:

Var H [redacted] som følge af sin lidelse særligt udsat for brud på halshvirvelsøjlen ved lejrings under bedøvelse?

Har oplysningerne om H[redacted] vægt og størrelse betydning for besvarelsen af spørgsmålet?

Ja, patienter med denne lidelse får hyppigt brud på halshvirvelsøjlen og er i højrisiko for denne skade. Høj vægt vil øge risikoen for denne læsion, idet mulig kraftpåvirkning af columna øges, men dette var ikke tilfældet i denne situation.

Spørgsmål C:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Når man bringer patienter i narkose, fjerner man deres muligheder for at beskytte sig selv og påtager sig dermed et særligt ansvar for at beskytte dem mod skader. Dette gælder i særlig grad patienter, som på grund af deres grundsygdom er specielt skrøbelige. Ved at være opmærksom på dette, kan man sædvanligvis minimere deres risiko for skader påført dem under behandlingen. I det aktuelle tilfælde fremgår det ikke af akterne, om man i forbindelse med vendingen af patienten var opmærksom på denne specielle skrøbelighed.

Spørgsmål X:

På baggrund af det i journalen fra Å[redacted] Ortopædkirurgisk afdeling (epikrise af 12. november 1998) er anført, at komplikation i form af gennemgående brud eller løshed på overgangen mellem halshvirvelsøjlen ses hos 15% af patienter med morbus Bechterew i forbindelse med lejring, spørges:

Spørgsmål X.1:

Hvor stor er hyppigheden for, at komplikation i form af brud eller løshed på overgangen mellem halshvirvelsøjlen indtræder hos patienter med morbus Bechterew i forbindelse med lejring?

Der henvises til spørgsmål 5.

Spørgsmål X.2:

Bør en patient med morbus Bechterew, der skal gennemgå en operation som den, H[redacted] skulle gennemgå den 2. november 1998, forinden operationen specifikt informeres om risikoen for, at komplikation i form af gennemgående brud eller løshed på overgangen mellem halshvirvelsøjlen kan indtræde i forbindelse med lejring, jfr. lov om patienters retsstilling § 7, stk. 4?

Retslægerådet udtaler sig ikke om informeret samtykke, da begrebet er af juridisk og ikke medicinsk karakter.

I sagens behandling har overlægerne S. [redacted], T. [redacted] og C. [redacted] deltaget."

Ved skrivelse af 13. maj 2003 til Kammeradvokaten oplyser overlæge, dr. med. J. [redacted], Å. [redacted] bl.a. at det personale, der foretog vendingen af H. [redacted] kendte til diagnosen morbus Bechterew. Det anføres endvidere, at alle var "fuldstændig klar over den mulige risiko i forbindelse med vendingen", samt at der ikke kunne være truffet yderligere foranstaltninger til at minimere risikoen i forbindelse med vendingen.

Retslægerådet har herefter i en udtalelse af 19. februar 2004 besvaret supplerende spørgsmål således:

"Spørgsmål 1:

Giver erklæring af 13.05.03 fra Å. [redacted] Retslægerådet anledning til revurdering af det under spørgsmålene 1, spørgsmål A og C anførte, dels vedrørende manglende beskrivelse i journal af vendingen dels, at dr. med. C. [redacted] ikke var til stede på operationsstuen under buglejringen og dels, at det ikke af akterne fremgår, om man i forbindelse med vendingen af patienten var opmærksom på patientens specielle skrøbelighed.

Det er i denne sag fra spørgerens side anført, at der ikke i journalen foreligger en beskrivelse af lejningsprocedurerne. Retslægerådet skal i denne forbindelse anføre, at man normalt ikke i journalerne beskriver, hvorledes lejringen har fundet sted, men ofte hvorledes lejringen var, f.eks. rygleje, bugleje eller sideleje. Der er således intet usædvanligt i journalføringen i denne henseende i den aktuelle sag.

Der er ingen tvivl om, at den kirurg, som forestår en operation, principielt er ansvarlig for lejringen af patienten. I praksis udføres lejringen dog sædvanligvis af portører under vejledning af anæstesipersonalet, anæstesisygeplejerske og/eller anæstesilæge, hvorefter den ansvarlige kirurg sik-

rer sig, at resultatet er tilfredsstillende, dvs. at lejringen er egnet til den påtænkte operation og ikke frembyder nogen risiko for patienten. I nogle tilfælde er det imidlertid påkrævet og normalt, at den ansvarlige kirurg eller en stedfortræder med tilsvarende ekspertise er til stede og forestår lejringen af patienten, f.eks. ved specielle operationer med særlig adgang eller hvor lejringen er risikabel, som det kan ses f.eks. i forbindelse med brud på halsrygsøjlen, kræft i rygsøjlen eller skred mellem hvirvlerne i forbindelse med leddegigt eller anden sygdom.

I den aktuelle sag har den ansvarlige kirurg, professor C. [redacted], erklæret, at han mod sædvane ikke var til stede i forbindelse med lejringen og forestod denne. Den foreliggende erklæring fra Å. [redacted] ved overlæge J. [redacted] anfører, at det tilstedeværende personale var bekendt med den særlige risiko i forbindelse med vendingen af en patient med Morbus Bechterew, men anfører intet om, hvilke særlige procedurer man iværksatte i den anledning.

En af de voterende (C. [redacted]) ønsker at fremhæve følgende:

Der er i de foreliggende dokumenter intet, der indikerer, at der blev truffet særlige foranstaltninger til at imødegå komplikationer i forbindelse med lejringen. Det var narkosesygeplejersken, som tilkendegav, at der ved vendingen kom et knæk i nakken. Hvis man opfatter en vending som særligt risikabel på grund af svækkelse af halsrygsøjlen, vil den ansvarlige kirurg eller dennes stedfortræder sædvanligvis bære hovedet. Man kan derfor ikke afvise, at der ikke kunne være truffet yderligere foranstaltninger til at minimere risikoen, jf. professor C. [redacted] erklæring. Hvilken betydning, dette måtte have haft, kan ikke besvares med nogen sikkerhed. Se besvarelsen af det tidligere spørgsmål 1.

De 2 andre voterende (T. [redacted] og J. [redacted]) henviser til det tidligere svar på spørgsmål 1 med hensyn til operatørens tilstedeværelse på operationsstuen, idet de finder, at det klart fremgår, at det drejer sig om et kompetent personale, der har foretaget et skøn med hensyn til den aktuelle lejringssituation, et skøn som Retslægerådet ikke kan anfægte, desuagtet, at der ved lejringen fremkom et brud på halshvirvelsøjlen. Disse voterende vil fremhæve, at det er hypotetisk at antage, at

operatørens tilstedeværelse på stuen ville have resulteret i, at bruddet ikke var forekommet.

Retslægerådet finder, at det ikke er forventeligt, at sagsakter specifikt gør opmærksom på patientens særlige skrøbelighed, idet hensyntagen hertil er en velkendt og naturlig del af behandlingen af denne sygdom.

Spørgsmål 2:

Er der udvist fornøden omhyggelighed ved intubationen, hvor der vælges orotrakeal intubation ved følgende fakta:

a. *Ifølge anæstesijournalen (bilag 9):*

Stiv nakke.

God gabebevne.

Planlagt anæstesi: evt. fiber iso optisk.

b. *Ifølge erklæring af 13.05.03 fra Å [redacted] (bilag 11):*

Svar 3: På trods af forespørgsel er grundlaget for valg af intubationsmetode, der træffes i forbindelse med operationen uoplyst.

Svar 4: Ved forespørgsel om den ansvarlige kirurg deltog i beslutningen oplyses, alene, at han var fuldstændig vidende om dette forhold.

Intet i de foreliggende data indikerer, at der ikke er udvist den fornødne omhyggelighed ved intubationen.

Spørgsmål 3:

Var omstændighederne ved intubationen i 1999 anderledes end i 1998, som hævdet ved universitetshospitalets besvarelse af spørgsmål 7. Medfører den stabilisering af halsen, som det fremgår af bilag 14, ændring i den adgang til orotrakeal intubation, der i øvrigt måtte være uanset stiv nakke.

Ja, omstændighederne ved intubationen i 1999 var anderledes end i 1998. Det fremgår af bilag C (brev fra overlæge J [redacted] til Kammeradvokaten), at patienten ved intubationen i 1999 var forsynet med et apparatur til stabilisering af halsen. Dette apparatur umuliggør dels en bevægelse af halsen og dels den korrekte lejring af hovedet til intubation. I en sådan situation vil man altid vælge at fiberintubere patienten.

Spørgsmål 4:

Er det muligt, på grundlag af foreliggende journaler samt udsagn vedrørende hændelsesforløbet, at afgøre om skaden er sket ved intubationen eller først under vendingen jfr.

at der ikke foreligger nogen journalisering vedrørende vendingen,

at der ikke intet er oplyst om valg af intubationsmetode uanset, at der ved præoperativ vurdering anføres "evt. fiber iso optisk" (bilag 9)

at der i anmeldelsen efter lov om patientforsikring anføres "under rotationen hører og mærker anæstesi-sygeplejersken, som står ved hovedenden et knæk" (bilag 8),

at det i erklæring af 21.1.2002 fra Å [redacted] anføres: "personalet må krediteres for på forespørgsel, at have oplyst om knæklyden i forbindelse med omlejringen af patienten",

at det af erklæring af 13.05.2003 fra Å [redacted] ved besvarelsen af spørgsmål 7 anføres: "skaden indtrådte ikke under intubationen, men under vendingen til bugleje og blev erkendt ved fremkomst af en meget tydelig knæklyd".

Der er ingen tvivl om, at skaden skete under vendingen. Retslægerådet er af den opfattelse, at personalet reagerede på en knæklyd under vendingen og derved hindrede yderligere skade, som kunne være blevet særdeles alvorlig.

I sagens behandling har overlæge C. [redacted] overlæge T. [redacted] og professor J. [redacted] deltaget."

Der er under sagen afgivet forklaring af H [redacted] og overlæge C [redacted]

H [redacted] har forklaret, at han efter opvågningen den 2. november 1998 fik at vide, at man ikke havde opereret, fordi hans nakke i forbindelse med vendingen var brækket. Han har efterfølgende fået at vide, at halo-kronen har betydet, at hans nakke og hoved har kunnet rettes mere op. På grund den brækkede nakke har han nu hovedpine 2 - 3 gange hver uge samt vedvarende smerter og ømhed i nakken. Han kan fortsat passe sit arbejde på fuld tid som journalist.

Overlæge C [REDACTED] har forklaret, at han den 2. november 1998 skulle have udført operationen af H [REDACTED]. Da han kom ind på operationsstuen var anæstesiafdelingen gået i gang med den endelige klargøring af L [REDACTED] til operationen uden at informere vidnet herom, og L [REDACTED] var allerede i fuld narkose og vendt fra rygleje til bugleje. Da vidnet ikke var sikker på, om personalet havde været opmærksom på det særlige risikomoment, der var forbundet med den konkrete vending af L [REDACTED], spurgte han med det samme, om vendingen var forløbet uden problemer. Da anæstesisygeplejersken sagde, at hun havde bemærket et knæk i forbindelse med vendingen, blev operationen aflyst. Når vidnet skal operere patienter med morbus Bechterew, er han altid til stede for at sikre, at vendingen af patienten fra rygleje til bugleje sker uden problemer. Han deltager selv aktivt i vendingen og giver nøje instruktioner til hver enkelt, der deltager. Dette skyldes, at lejring af patienter med morbus Bechterew kræver meget stor forsigtighed. Tal fra udlandet viser, at der hos 5 % - 15 % af patienter med morbus Bechterew opstår komplikationer i forbindelse med lejring. På Å [REDACTED] har man været opmærksom på risikoen, og det er derfor ikke tidligere sket, at patienter har brækket nakken ved vendingen. Da der er så få operationer, vil personalet ofte savne konkret erfaring med vurdering af patienten med morbus Bechterew. Man kan ikke forvente, at personalet kan klare opgaven uden vejledning. Ud fra de mundtlige informationer, han efter episoden fik af personalet, kan han ikke fastslå, at der er begået fejl i forbindelse med vendingen af H [REDACTED]. Han kan ikke med sikkerhed udelukke, at komplikationen ikke var indtrådt, hvis han havde været til stede og ydet den sædvanlige vejledning.

H [REDACTED] har til støtte for den nedlagte påstand gjort gældende, at han er berettiget til erstatning efter patientforsikringsloven, eftersom bevisførelsen med sikkerhed

har godtgjort, at en erfaren specialist ville have handlet anderledes i den givne situation, jf. patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1. Der er herved henvist til Retslægerådets besvarelse den 9. januar 2003 af spørgsmål 1, og til, at den ansvarlige kirurg i strid med de interne forskrifter ikke var tilstede ved vendingen, hvorfor denne blev foretaget uden sædvanlig vejledning og indskærpelser. Han er endvidere berettiget til erstatning i henhold til patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4, eftersom det bl.a. under henvisning til Retslægerådets besvarelse den 9. januar 2003 af spørgsmål 4 og 5, skal lægges til grund, at skaden er mere omfattende, end han med rimelighed må tåle.

Patientskadeankenævnet har til støtte for den nedlagte frifindelsespåstand gjort gældende, at ankenævnet ved afgørelsen af 1. november 2000 med rette vurderede, at bruddet på halshvirvlen ikke er en erstatningsberettigende patientskade. Afgørelsen er truffet under medvirken af medlemmer, der blandt andet besidder juridisk og lægefaglig ekspertise, og ankenævnet var bistået af en speciallægekonsulent. Det gøres gældende, at behandlingen af H [REDACTED] den 2. november 1998 blev foretaget i overensstemmelse med bedste specialiststandard, og der er således ikke et sikkert grundlag for at antage, at en erfaren specialist under de i øvrigt givne forhold ville have foretaget behandlingen på en anden måde, hvorved skaden på H [REDACTED] kunne være undgået, jf. patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1. Det bestrides, at det har været i strid med bedste specialiststandard, at lade sygeplejersker og portører deltage i vendingen. Dette understøttes af Retslægerådets supplerende erklæring af 19. februar 2004 ved besvarelsen af spørgsmål 1. Det gøres endelig gældende, at skaden ikke er mere omfattende, end hvad H [REDACTED] med rimelighed måtte tåle, henset til følgerne af bruddet på halshvirvlen, H [REDACTED] knogleskørhed og rygproblemerne i øvrigt, og muligheden for

at tage risikoen for bruddet på halshvirvlen i betragtning, jf. patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4. Det bestrides ikke, at den skete skade er en fysisk skade, som er en følge af behandlingen den 2. november 1998.

Landsrettens begrundelse og resultat:

Efter det oplyste er lejringen af patienter med morbus Bechterew ved klargøring til rygoperation særlig risikofyldt. Der gennemføres i Danmark kun få sådanne operationer årligt, og portører, anæstesilæger og -sygeplejersker kan som følge heraf kun opnå begrænset konkret erfaring med lejring af den type patienter. Som følge heraf er det ifølge overlæge G. [redacted] fast praksis ved Å [redacted], at lejringen udføres under den ansvarlige kirurgs aktive medvirken og nøje instruktion af hver af de personer, der deltager, og der er i de seneste 10 år ikke opstået skader svarende til den skade, H. [redacted] blev påført den 2. november 1998. Det er oplyst, at praksis ikke blev fulgt ved lejringen af H. [redacted] [redacted], idet den blev gennemført, før den opererende kirurg kom til stede, og der foreligger ingen oplysninger om, hvorledes lejringen faktisk blev gennemført, herunder hvilke foranstaltninger der blev truffet for at forebygge brud på H. [redacted] halshvirvelsøjle.

Uanset skaden ikke med sikkerhed ville være undgået, må det på ovennævnte baggrund i relation til patientforsikringsloven anses for overvejende sandsynligt, at skaden ikke ville være indtrådt, såfremt den sædvanlige fremgangsmåde var blevet fulgt, og skaden er således omfattet af lovens § 2, stk. 1, nr. 1.

Landsretten tager derfor H. [redacted] påstand til følge.

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

Sagsøgte, Patientskadeankenævnet, tilpligtes at anerkende, at sagsøgeren, H. [REDACTED] den 2. november 1998 er påført en erstatningsberettigende patientskade.

✓ Inden 14 dage skal sagsøgte betale 20.000 kr. i sagsomkostninger til sagsøgeren.

Lis Frost

Fritse Hove

Jens Eik Stausbøll
(kst.)

cfr.

Uden betaling

Udskriftens rigtighed bekræftes

Vestre Landsret den 12. august 2004



Connie Nordkvist

sektionsleder