

tid. Det fremgår videre af konsultationsnotatet, at A havde fået foretaget en MR-scanning, der viste klare degenerative forandringer på nederste discus.

I marts 2010 fik A indsat en diskprotese i ryggen. Som opfølgning herpå fik hun den 20. april 2010 foretaget en MR-scanning. Scanningen viste, at hun led af en betydelig diskusdegeneration, primært i området 6.-7. nakkehvirvel (C6/C7), hvor der tillige kunne ses dækpladeforandringer, men ikke tegn på diskusprolaps. Også de øvrige disci var højdereducerede og med nedsat væskesignal.

A blev igen undersøgt på B den 16. februar 2011. Der blev her konstateret en tydelig kliklyd og knasen i højre side af hendes ryg, hvilket kunne udløse smerte i yderstillinger. Ved en yderligere undersøgelse den 1. juli 2011 gav hun på ny udtryk for at have mange smerter lokalt i ryggen, ligesom hun klagede over nakkesmerter.

Af et journalnotat af 8. juli 2011 ligeledes fra B fremgår det, at A på dette tidspunkt klagede over lokale smerter omkring halshvirvelsøjlen (cervikal columna), specielt svarende til muskeltilhæftningerne på kraniet og ud omkring højre skulder ud mellem skulderbladene. Hun følte sig voldsomt generet, og hun havde med utilfredsstillende resultater forsøgt lokal fysioterapi. Samme journalnotat omtaler endvidere den ovenfor nævnte MR-scanning foretaget i april 2010 og bemærker, at denne viste udtalte degenerative forandringer på 6.-7. nakkehvirvel med modicforandringer. Endvidere anføres: ”Lille let, højresidig, paremedian protrusion. Pæne pladsforhold i rodkanaler”.

Ifølge et journalnotat af 20. juli 2011 fra B gav A på ny udtryk for vekslende og overvejende højresidig rygsmerter samt nakkesmerter. Hun fik i den forbindelse en facetledsblokade og kunne herefter bl.a. træne mere intensivt, men hun havde dog fortsat så mange smerter, at hun i august 2011 ønskede en fornyet blokade. Hun gav under en yderligere konsultation den 25. august 2011 på B vedrørende rygsmerterne tillige udtryk for smerter ved nakkefæsterne, specielt på højre side.

Forløbet efter operationen den 24. januar 2012

Efter operationen på C den 24. januar 2012 klagede A samme aften over nakkesmerter efter indgrebet. Dagen efter, hvor hun blev udskrevet, var hun ifølge hospitalsjournalen velbefindende.

Den 7. februar 2012 fortæller A under en ambulant konsultation på C at hun har haft det forfærdeligt efter operationen og været generet af paræstesier i begge arme samt udtalte nakkesmerter. Behandlinger ved kiropraktor og med blokader har været uden særlig effekt. Under objektivt, ydre hals/nakke anfører lægen, at A ”ømmer sig gevaldigt”. Der er kraftig ømhed i muskulatur, men ellers ikke andet at påpege.

Den 28. februar 2012 blev A undersøgt på B Af journalnotatet af samme dato fremgår bl.a. følgende:

”Henvender sig seks uger efter, at hun i generel anæstesi er blevet opereret i ganebuen i venstre side. Har siden da haft meget svære smerter i nakken og paræstesier ud i begge hænder ud til håndryggen. Et sat i massiv smertestillende behandling. Er blevet manipuleret af kiropraktor i alt 10 gange, og har også hos fysioterapeut været i manipulationsbehandling. Tilstanden er i forbindelse med behandlingerne stille og roligt forværret. Der er dog mest nakkesmerter aktuelt og mindre smerter ud i hænderne.

...

Objektivt

Tydeligt forpint.

Columna cervicalis. Øm i muskulaturen. Moderat indskrænket bevægelighed i alle planer.

Negativ foramen kompressionstest.

Ekstremiteter: Frie led. Normal tonus, trofik, kraft og sensibilitet for berøring.

Middellivlige, egale reflekser.”

A fik samme dag foretaget en ny MR scanning. Af et journalnotat af 1. marts 2012 fra B fremgår bl.a. følgende herom:

”MR-scanning af columna cervicalis og øvre torakalcolumna uden intravenøs kontrast, den 28.02.2012 fra D viser uden gamle billeder til sammenligning en cervikal kyfose sekundært til patientens discus degenerationer.

C5/C6: Degeneration af discus med nedsat vandindhold.

C6/C7: Degeneration af discus med nedsat vandindhold og højdereduktion.

Højresidig lateral prolaps med kontakt til C7-rod. Anteriore osteofytter.

De øvrige hvirvler discii og led er normale. ...”

A var den 29. marts 2012 på C hvor hun havde en samtale med læge E der havde opereret hende den 24. januar 2012, og overlæge F Hun kunne oplyse, at paræstesiernes i armene var svundet, men hun havde fortsat nakkesmerter. Ifølge C journalnotat var der "helt klart opstået kraftige smerter i pt.s nakke af ukendt årsag i forbindelse med operationen den 24.01.2012." Der blev udarbejdet papirer til Patientforsikringen.

Af et journalnotat fra B af 20. april 2012 fremgår bl.a. følgende:

"... [E]fter MR-scanningen, som viste en højresidig lateral C6/7 prolaps med kontant til højre C7 rod samt discusdegeneration, blev vi enige om, at patienten skulle ophøre med manipulationsbehandling, og hun skulle fortsætte med rp. massage + akupunktur.

...

Patienten har været sygemeldt siden. Hun har langsomt fået det bedre og er ophørt med det smertestillende, men mest på grund af bivirkninger, og egentligt ikke fordi hun ikke føler at have behov for det

Hun har nakkesmerter døgnet 24 timer, hvad hun ikke havde før manipulationen i forbindelse med intubationen. Hun løb faktisk dagen før, hun blev opereret.

Hendes nakkesmerter stråler ud til højre skulder, men ikke distalt herfor."

Under objektivt fremgår bl.a., at der fortsat er lidt indskrænket bevægelighed i nakken, og at der var negativ foramen kompressionstest.

I C journal for den 31. maj 2012 er anført, at A har været på kontrolbesøg. Hun har ingen paræstesier ud i armene, men konstante smerter i nakken.

Af Patientskadeankenævnets begrundelse for at stadfæste Patientforsikringens afgørelse om, at A ikke var berettiget til erstatning, fremgår bl.a. følgende:

"Nævnet har ved denne vurdering lagt vægt på, at A præoperativt havde ryg- og nakkesmerter samt periodevis aflåsning af nakken, ligesom der ved foretagne MR-scanninger påvistes degenerative forandringer på niveauet svarende til C6/C7 (sjette og syvende nakkehvirvel). Derudover er der i journalnotat af 8. juli 2011 beskrevet fund af lille højresidig paramedian diskusprotrusion (forskydning af diskus uden kontinuitetsbrud af den ydre del

af bruskskiven). Det kan hertil bemærkes, at tilstedeværelsen af degenerative forandringer samt diskusprotrusion medfører forøget risiko for spontan udvikling af diskusprolaps.

Dernæst har nævnet lagt vægt på, at det i journalnotatet af 28. februar 2012 fra B er anført, at A har oplyst, at nakkesmerterne langsomt var blevet forværret i forbindelse med gentagne behandlinger med manipulation af nakken hos kiropraktor og fysioterapeut. Derudover påviste MR-scanning degenerative forandringer på niveauerne C5/C6 (femte og sjette nakkehvirvel) og C6/C7 (sjette og syvende nakkehvirvel) samt højresidig diskusprolaps ved C6/C7.

...

På denne baggrund er det nævnets vurdering, at det ikke er overvejende sandsynligt, at A som følge af operationen den 24. januar 2014 er påført en patientskade i form af højresidig lateral diskusprolaps, og A nuværende gener i form af ryg- og nakkesmerter, føleforstyrrelser ud i begge arme, hovedpine og problemer med at hovedet ligeledes ikke er en følge af behandlingen.”

Retslægerådets besvarelse af 9. december 2014 af de stillede spørgsmål 1-11 lyder således:

Spørgsmål 1:

Retslægerådet bedes på baggrund af de lægelige bilag beskrive de objektive fund ved undersøgelser af A ryg og nakke forud for operationen den 24. januar 2012.

I seneste foreliggende notat forud for operationen 24.01.12 med oplysninger om objektive fund i nakke/skulder-region, anføres 20.12.11 triggerpunkter (det vil sige punkter, der ved berøring udløser smerte) i skulderregion 'svarende til scapula' (skulderblade). Forud herfor anføres 16.11.11, 12.03.10: 'ikke nedsat kraft i armen'. Der er i materialet ikke yderligere objektive lægeundersøgelser af nakke/skulder-regionen forud for operationen 24.01.12.

Vedrørende lænderyggen er i den i materialet seneste lægeundersøgelse heraf 04.08.09 til 05.08.09 (epikrise fra G) ømhed ved tryk (fjedringstest) på L5 og S1 (nederste del af lænderyggen) uden udstråling.

Billeddiagnostisk er ved MR-scanning af halshvirvelsøjlen 19.04.10 påvist degenerative forandringer (diskus-degeneration) mest udtalt på C6/7 niveau og snævre pladsforhold i nerverodskanalerne på C4/5 og C6/7 niveau på højre side på degenerativ basis. Ved MR-scanning af lændehvirvelsøjlen ses instrumenteret spondylodese (stivgørende operation) på L5/S1 niveau samt degenerative forandringer.

Spørgsmål 2:

Retslægerådet bedes på baggrund af de lægelige bilag beskrive de objektive fund konstateret ved undersøgelser af A ryg og nakke efter operationen den 24. januar 2012.

Første foreliggende objektive undersøgelse af nakkeregionen efter operationen 24.01.12 er udført 07.02.12: 'ydre hals/nakke: kraftig ømhed af muskulatur', 09.02.12 med beskrivelse af muskelømhed ved tryk på halsmusklerne: mm. trapezii, og 'let smertebetinget indskrænkning i hoveddrejningen', ingen trykømhed af nakkehvirvelsøjlen samt 28.02.12: nakkehvirvelsøjlen: 'øm i muskulaturen, moderat indskrænket bevægelighed i alle planer', ingen tegn på nervetryk (arme: normal trofik, kraft, tonus, sensibilitet). Der foreligger ikke objektive undersøgelser af lænderyggen efter operationen 24.01.12.

Billeddiagnostisk er ved MR-scanning af halshvirvelsøjlen 28.02.12 påvist en efter undersøgelsen 19.04.10 tilkommet mindre, højresidig diskusprolaps C6/7 og let progression af de snævre pladsforhold i nerverodskanalen på højre C6/7 niveau på degenerativ basis – herudover uændrede degenerative forandringer.

Spørgsmål 3:

Retslægerådet bedes på baggrund af alle foreliggende oplysninger om A ryg og nakke forud for operationen den 24. januar 2012, forløbet af operationen, herunder forløbet ved opvågningsafsnittet, oplyse, om det må anses for overvejende sandsynligt, at de nye objektive fund og gener efter operationen den 24. januar 2012 var opstået i forbindelse med operationen.

Muskelømhed i nakken er beskrevet forværret og objektivt i overensstemmelse med de subjektive klager umiddelbart efter operationen 24.02.12. Derfor anses den forværrede muskelømhed i nakkeregionen at være udløst af omstændighederne under og umiddelbart efter operationen.

Opståelsestidspunktet for den påviste C6/7 diskusprolaps ved MR-scanning 28.02.12 kan ikke angives præcist. Sagsøger har ved de foreliggende undersøgelser efter operationen ikke objektive symptomer på nervetryk forårsaget af den påviste diskusprolaps, hvorfor et tidspunkt for nyopståede symptomer, som kunne være udløst af diskusprolapsen, ikke foreligger. Derfor kan det ikke med nogen form for sandsynlighedsangivelse bedømmes, om diskusprolapsen er opstået på grund af omstændighederne i forbindelse med operationen. De forværrede pladsforhold i rodkanalen C6/7 er ikke udløst af omstændigheder omkring operationen.

Spørgsmål 4:

Retslægerådet bedes oplyse, om det ændrer Rådets besvarelse af spørgsmål 3 hvis følgende lægges til grund,

at A forud for operationen var uden smerter eller andre gener fra området ved 6. og 7. nakkehvirvel (c6, c7),

at der ikke var armstøtter monteret på operationslejet eller fiksering af arme med rem eller lagen,

at A arme hang slapt og bagudbøjet ned fra operationslejet,

at der under operationen blev anvendt en mundspærre,

at A umiddelbart efter opvågning fra operationen havde stærke smerter fra 6. og 7. nakkehvirvel samt følelsesløshed i hænderne,

at A efter operationen over et ca. 6 timer langt forløb på opvågningsafsnittet i halvt liggende stilling med bagoverbøjning af nakke selv måtte holde kompression hårdt mod det blødende sår i ganen.

Nej.

Spørgsmål 5:

Såfremt Retslægerådet ved besvarelsen af spørgsmål 3 eller 4 vurderer, at de nye fund og gener var opstået i forbindelse med operationen/forløbet på opvågningsafsnittet, bedes Retslægerådet oplyse, om disse fund og gener hovedsageligt må antages at skyldes tilstanden af A nakke og ryg forud for operationen eller påvirkningen af A nakke og ryg i forbindelse med operationen, herunder forløbet på opvågningsafsnittet.

Retslægerådet bedes om muligt angive den nærmere årsag til de nye objektive fund og gener, herunder om de skyldes,

- a. en forud for operationen bestående tilstand,
- b. behandlingen den 24. januar 2014, herunder forløbet på opvågningsafsnittet,
- c. en spontan udvikling,
- d. en efter behandlingen uafhængig af denne opstået (degenerativ) udvikling,
- e. efterfølgende behandling hos kiropraktor og/eller fysioterapeut, og/eller
- f. andre forhold.

Såfremt der er flere årsager til de nye objektive fund og gener bedes dette angivet.

Såfremt der er flere mulige årsager til de nye objektive fund og gener bedes Retslægerådet oplyse, hvad der taler for henholdsvis imod en given sammenhæng.

Retslægerådet bedes i så fald om muligt oplyse, hvad Rådet anser for den mest sandsynlige årsag.

Besvarelsen af spørgsmål 3 kan ikke præciseres yderligere.

Spørgsmål 6:

Retslægerådet bedes oplyse, om C lejringsinstruks er i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer.

Ja.

Spørgsmål 7:

Retslægerådet bedes oplyse, om det må anses for en korrekt lejringsinstruks i overensstemmelse med lejringsinstruksen omtalt i spørgsmål 6, hvis A blev lejret med gelépude til nakken og uden at armene blev fikseret eller holdt på plads med armstøtter, og der samtidig blev anvendt en mund-

spærre.

I tilslutning hertil bedes Retslægerådet oplyse, om den i foregående afsnit omtalte lejring er i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer, idet A forud for operationen havde gjort opmærksom på, at man skulle undgå en bagudvridning af nakken og armene, fordi A havde problemer med fastlåsning i den øverste del af rygsøjlen helt oppe ved kraniekanten (c1) i højre side.

Der kan ikke opereres i munden uden mundspærre.

Ud fra anæsthesiskemaet er sagsøger lejret på ryggen jævnfør instruks. Hovedet er anbragt i en gelépude, som er optimalt. Retslægerådet kan i det fremsendte materiale ikke finde belæg for, at armene ikke var fikseret.

Spørgsmål 8:

Retslægerådet anmodes om at oplyse, om behandlingen på C den 24. januar 2012 blev udført i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer.

Spørgsmålet bedes besvaret i forhold til alle led i behandlingen, dvs. både operationen og behandlingen på opvågningsafsnittet, jf. dog spørgsmål 7.

Såfremt Retslægerådet vurderer, at behandlingen ikke blev udført i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer, bedes Retslægerådet nærmere beskrive, på hvilke punkter dette ikke var tilfældet, og om de nye objektive fund og gener kunne være undgået, hvis behandlingen var udført i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer.

Sagsøger har fået fjernet en spytkirteltumor i ganen. Denne har ved efterfølgende mikroskopi vist sig at være benign (myoepiteliom mikroskopinr. 12002378 dateret den 24.01.14, C Det fremgår dog af journalmaterialet, at man ikke på finnålsaspirat fra tumor forud for operationen sikkert kunne udelukke muligheden af malign tumor (mikroskopinr. 11024141 dateret den 13.09.11. C Dette skal også ses i lyset af, at diagnostik af spytkirteltumorer, specielt på finnålsaspirater er vanskelig, og at op til 50 % af alle spytkirteltumorer lokaliseret i ganen er maligne.

På basis af et inkonklusivt finnålsaspirat anses proceduren med fjernelse af tumor for at være i overensstemmelse med alment anerkendt lægefaglig praksis.

Retslægerådet kan udelukkende se hæmostaseproceduren beskrevet i opvågningen klokken 14. Denne tyder på venøs blødning, og der er foretaget elkoagulation og ilægning af surgicel, hvilket er standardprocedure. Derimod er lejringen, samt andre forsøg på standsning af blødningen, ikke beskrevet i opvågningen.

Spørgsmål 9:

Retslægerådet bedes oplyse, hvilke komplikationer der normalt må forventes ved den behandling, som A fik den 24. januar 2012.

I tilslutning hertil bedes Retslægerådet oplyse, om det må anses for en normal

komplikation, at der opstår en arterielt pulsende blødning fra operationssåret, som pågår i 6 timer, og som ikke kan standses ved pågående kompression, men først efter 4 forsøg med brænding og med blodstørkningsmiddel.

Blødning og infektion er kendte komplikationer. Blødningen beskrives som venøs, ikke arterielt pulserende. Venøs blødning standser ofte på kompression – hvis ikke, foretages elkoagulation.

Spørgsmål 10:

Retslægerådet bedes oplyse, om og i givet fald hvilke alternativer til det foretagne operative indgreb i fuld anæstesi der var ved forekomst af en lille (4 mm x 4 mm x 4 mm), overfladisk tumor i ganen, der ifølge 4 finnålsbiopsier inden for det seneste år forud for operationen var godartet, herunder hvilken risiko der ville have været forbundet med at undlade et operativt indgreb, hvis udviklingen i tumoren var fulgt nøje ved løbende kontroller mv., eller om indgrebet kunne være foretaget i lokalbedøvelse.

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 8.

Spørgsmål 11:

Giver sagen i øvrigt Retslægerådet anledning til bemærkninger?

Nej.”

Retslægerådet besvarelse af 17. juli 2015 af de supplerende spørgsmål 12-14 lyder således:

Spørgsmål 12:

I spørgsmål 7 blev Retslægerådet anmodet om at oplyse, om det må anses for korrekt, lejring i overensstemmelse med lejringsinstruksen omtalt i spørgsmål 6, hvis A blev lejret med en gelépude til nakken, og uden at armene blev fikseret eller holdt på plads med armstøtter, og der samtidig blev anvendt en mundspærre.

For så vidt angår en eventuel manglende fiksering af armene udtaler Retslægerådet i besvarelsen af spørgsmål 7:

”Retslægerådet kan i det fremsendte materiale ikke finde belæg for, at armene ikke var fikseret.”

Retslægerådet anmodes om at besvare spørgsmål 7 på ny og ved besvarelsen lægge til grund, at armene ikke var fikseret eller holdt på plads med armstøtter.

Hvis armene ikke var fikseret (armstøtter, ”skuffer” eller med stiklagen) var lejringen ikke korrekt. Retslægerådet kan dog ikke finde evidens herfor i de lægelige bilag.

Spørgsmål 13:

I spørgsmål 8 blev Retslægerådet anmodet om at oplyse, om behandlingen på C den 24. januar 2012 blev udført i overensstemmelse med almindeligt anerkendte lægefaglige retningslinjer.

Ved besvarelsen af spørgsmål 8 udtaler Retslægerådet i relation til lejringen og forløbet på opvågningsafsnittet:

”Derimod er lejringen, samt andre forsøg på standsning af blødningen, ikke beskrevet i opvågningen.”

Retslægerådet anmodes om at besvare spørgsmål 8 på ny og ved besvarelsen lægge til grund:

at A blev lejret med en gelépude til nakken og uden at armene blev fikseret eller holdt på plads med armstøtter, og der samtidig blev anvendt en mundspærre,

at A efter operationen over et ca. 6 timer langt forløb på opvågningsafsnittet i halvt liggende stilling med bagoverbøjjet nakke uden gelépude eller lignende støtte til hovedet selv måtte holde kompression hårdt mod det blødende sår i ganen.

Hvis der ikke var fiksering af armene under operationen, resulterende i frit fra operationslejet hængende arme, er dette ikke i overensstemmelse med anerkendte lægefaglige retningslinjer.

Hvad opvågningsafsnittet angår, er Retslægerådet ikke bekendt med, at der foreligger standarder for lejring. Dette er formentlig et sygeplejeanliggende. Men støtte må der have været i form af sengens hovedgærde og puden. Armene har i denne situation ikke været frit hængende.

Spørgsmål 14:

Retslægerådet bedes på baggrund af besvarelsen af spørgsmål 12 og 13 oplyse, om sagen i øvrigt giver Retslægerådet anledning til bemærkninger.

Nej.”

Retslægerådets besvarelse af 19. februar 2016 af de supplerende spørgsmål 15-19 har følgende ordlyd:

”Spørgsmål 15:

Retslægerådet bedes oplyse, om det er sædvanlig procedure, at patienten ved et indgreb i ganen lejres i den endelige lejring, hvori indgrebet skal finde sted, inden patienten lægges i narkose.

Spørgsmål 16:

Hvis spørgsmål 15 besvares bekræftende, bedes Retslægerådet oplyse baggrunden for denne procedure.

Ad spørgsmål 15 og 16:

Den optimale kirurgiske lejrning afprøves på den vågne patient, og det noteres, hvor langt bagover patienten kan bøje nakken m.v. Herefter ændres stillingen, og patienten bedøves. Dernæst bringes patienten i den ovenfor nævnte position.

Spørgsmål 17:

Retslægerådet bedes kort beskrive en lejrning i "Rose's position" (jf. bilag 12) og oplyse om fordele og eventuelle ulemper ved denne lejrning ved en operation i ganen, særligt i relation til at undgå overstrækning af nakke og ryg samt skader på ledbånd eller brusk i rygsøjlen på patienten.

Fordelene ved Rose's lejrning er beskrevet i bilag 12. Ulemper med overstrækning undgås netop ved at afprøve patientens extensions-evne (bagudbøjning af nakken) inden operationen. Det vil sige extensionen individualiseres ved hver Rose's lejrning.

Spørgsmål 18:

Retslægerådet bedes oplyse, om "Rose's position" (jf. bilag 12) er den korrekte lejrning ved en operation i ganen, hvor der anvendes en mundspærre (Boyles Davis mouth gag).

Ja.

Spørgsmål 19:

Med henvisning til besvarelsen af spørgsmål 13 bedes Retslægerådet oplyse, om "lejrning på operationslejet med en gelepude til nakken og uden armene blev fikseret eller holdt på plads med armstøtter, og der samtidig blev anvendt en mundspærre" – såfremt det bevismæssigt kan lægges til grund, at dette var tilfældet – ville være egnet til at påføre sagsøgeren højresidig diskusprolaps C6/7, jf. besvarelsen af spørgsmål 3?

Der henvises til besvarelsen af spørgsmål 13."

Forklaringer

Der er i landsretten afgivet supplerende forklaring af A som bl.a. har forklaret, at problemerne med hendes lændesmerter nu er ovre. Før operationen sad nakkesmerterne i området C1 og dermed oppe ved kraniekanten. Når konsultationsnotatet af 8. juni 2011 omtaler nakkesmerter, sigtes der således ikke til området C6/C7 nede ved skuldrene, hvor hendes nuværende smerter kommer fra. MR-scanningen den 20. april 2010 blev foretaget, fordi hendes egen læge ikke kunne forstå, hvorfor hendes nakke låste i området omkring kraniekernen C1. De forskellige konsultationer ved B inden operationen i januar 2012 handlede dels om lændesmerterne, dels om at få efterkontrolleret indoperationen af diskprotesen, der sidder i området L5 og således langt nede på ryggen.

Hendes sundhedsmæssige tilstand ved indlæggelsen den 24. januar 2012 var fin, og hun var generelt veltilpas efter den tidligere operation. Hun havde stadig problemer med, at nakken kunne låse, men det blev løbende løst ved massage eller kiropraktor.

I operationsstuen stod et højt leje. Det var så smalt, at der ikke var plads til begge arme på lejet, og hun var bl.a. derfor nødt til at ligge lidt på siden med den højre arm ind over brystet og med hånden i venstre armhule. Der var intet stiklagen på lejet, og hun husker ikke, at der var armstøtter eller andet i siderne på lejet. Der var et stort håndklæde og en engangsklud til hendes hoved. Hun fik et tæppe over, fordi det var så koldt. Hun blev ikke lejret i Rose's position, men fik alene en tynd gelepude på 1 cms tykkelse under hovedet og intet under skuldrene. Da hun vågnede op efter operationen, havde hun stærke smerter i nakken nede omkring skulderbladene. Smerten havde en helt anden intensitet end de gener, hun havde haft før operationen. Endvidere kom smerten fra et andet sted, nemlig fra området C6/C7. Hun kaldte på en sygeplejerske og fik noget smertestillende, formentlig kodein, men det hjalp ikke. Hun begyndte da at bløde voldsomt. Da hun blev udskrevet den 25. januar 2012, havde hun det forfærdeligt med stærke smerter. Hun fik ikke mindre ondt som følge af de forskellige behandlinger, hun modtog i månederne efter operationen for at dæmpe smerterne, men fik det på den anden side heller ikke værre. Hendes nakkesmerter i C6/C7 har grundlæggende været de samme siden operationen. Det var ikke muligt for hende at fortsætte arbejdet som hjemmesygeplejerske, hvorfor hun fik et job som sundhedspolitisk konsulent i H hvor hun arbejder 30 timer ugentligt, men skal ned på 24 timer. Hun kan ikke sidde ned mange timer dagligt ved en computer. Hun er tilbage på smertestillende medicin.

Procedure

Parterne har for landsretten i det væsentlige gentaget deres anbringender for byretten og har procederet i overensstemmelse hermed.

A har uddybende gjort gældende, at den patientskade, som hun påstår Patientskadeankenævnet tilpligtet at anerkende erstatningsansvar for, består i konstante smerter og/eller en diskusprolaps mellem 6. og 7. nakkehvirvel. Det er i den forbindelse af mindre betydning, om selve diskusprolapsen kan kvalificeres som en sandsynlig følge af en fejlbehandling i forbindelse med operationen, idet skaden er smerten som sådan, og det fremgår af Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 3, at i hvert fald den forværrede muskelømheden er udløst af omstændighederne under og umiddelbart efter operationen. Det må

påhvile Ankenævnet for Patienterstatningen at bevise, at hun blev lejret korrekt, efter at hun blev lagt i narkose. Et sådant bevis ikke er ført, idet det intetsteds af journalmaterialet fremgår, at hendes hoved blev placeret i Rose's position, og at hendes arme blev fikseret.

Ankenævnet for Patienterstatningen har uddybende gjort gældende, at der ikke foreligger den fornødne årsagssammenhæng mellem operationen og skaden, der består i den konstaterede diskusprolaps. Nævnet har ikke fremsat bemærkninger til det af A anførte om, at der foreligger en erstatningsberettigende skade i form af smerter, uanset om det er overvejende sandsynligt, at selve diskusprolapsen udgør en sandsynlig følge af operationen.

Landsrettens begrundelse og resultat

A har nedlagt påstand om, at Ankenævnet for Patienterstatningen tilpligtes at anerkende, at hun ved operationen på C den 24. januar 2012, herunder forløbet på opvågningsafsnittet, er påført en patientskade, der er omfattet af lov om klage og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 20, stk. 1. Hun har gjort gældende, at patientskaden består i konstante smerter og/eller en diskusprolaps mellem 6. og 7. nakkehvirvel.

Efter bevisførelsen, herunder navnlig Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 3, 4, 5 og 19, finder landsretten, at det ikke med overvejende sandsynlighed kan anses for godtgjort, at lejringen af A medførte, at hun fik en skade i form af en diskusprolaps. Det bemærkes herved, at Retslægerådet i sit svar på spørgsmål 3 har udtalt, at det ikke med nogen form for sandsynlighedsangivelse kan bedømmes, om diskusprolapsen er opstået på grund af omstændighederne i forbindelse med operationen, og at Retslægerådet i sit svar på spørgsmål 4 har udtalt, at denne manglende mulighed for at angive nogen form for sandsynlighed for skadens årsag også gælder, såfremt det lægges til grund bl.a., at der ikke var armstøtter monteret på operationslejet eller fiksering af arme med rem eller lagen, og A i en periode efter operationen havde en bagoverbøjlet nakke. Det bemærkes også, at det fremgår af forarbejderne til den daværende patientforsikringslovs § 2 – som § 20 i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet viderefører – at der ikke foreligger en erstatningsberettigende patientskade, såfremt der intet kan siges om den relative sandsynlighed af de mulige skadesårsager, jf. Folketingstidende 1990-91, tillæg A, sp. 3285 f.

Retslægerrådet har i sit svar på spørgsmål 3 tillige udtalt, at A forværrede muskelømhed i nakkeregionen må antages at være udløst af omstændighederne under og umiddelbart efter operationen. Retslægerrådet har ikke angivet, om der herved sigtes til forbigående eller vedvarende muskelømhed, og om der i sidstnævnte fald er tale om en muskelømhed, der må anses for at udgøre en selvstændig skade i forhold til diskusprolapsen og ikke en følgevirkning af denne. Parterne har endvidere ikke stillet opfølgende spørgsmål herom.

A har i sin forklaring for landsretten oplyst, at hendes nakkesmerter i området C6/C7 grundlæggende har været de samme siden operationen, og hun har ifølge det fremlagte journalmateriale konstant beskrevet disse smerter som nakkesmerter. Endvidere har Ankenævnet for Patienterstatningen ikke for landsretten fremsat bemærkninger til det af A anførte om, at der foreligger en erstatningsberettigende skade i form af nakkesmerter, uanset om det er overvejende sandsynligt, at selve diskusprolapsen udgør en følge af operationen.

Således som sagen er forelagt og oplyst, må landsretten herefter lægge grund, at A smerter i hvert fald til dels må anses for at være forårsaget af operationen den 24. januar 2012.

Det må på baggrund af Retslægerrådets besvarelse af spørgsmål 17-18 antages, at den optimale lejring af hoved og nakke ved en operation som den, der fandt sted den 24. januar 2012, er "Rose's position". Det fremgår imidlertid også af Retslægerrådets besvarelse af spørgsmål 6-7, at en lejring i form af brug af en gelepude i overensstemmelse med C lejringsinstruks vil være i overensstemmelse med almindelige lægefaglige retningslinjer. Landsretten finder på den baggrund ikke grundlag for at antage, at placeringen og lejringen af A hoved og nakke under operationen ikke levede op til specialiststandard i klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1.

Landsretten finder det endvidere ikke godtgjort, at A arme har hængt ned fra operationslejet under operationen, og bemærker i den forbindelse, at det forhold, at det ikke i journalmaterialet er anført, at der har været anvendt armstøtte eller anden fæstning af armene, ikke i sig selv godtgør, at armene har hængt løst i en stilling, der trak i A nakke.

A er på den baggrund ikke er berettiget til erstatning i medfør af klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 1.

Spørgsmålet er herefter, om den indtrådte skade i form af smerter relateret til muskelømheden er mere omfattende end, hvad A med rimelighed må tåle under de givne omstændigheder, jf. klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4.

Ved denne vurdering tager landsretten udgangspunkt i, at der var tale om et operativt indgreb med henblik på at undgå mulig cancer, som efter det oplyste ikke med fornøden sikkerhed kunne foretages på en anden vis, og at operation således var velindikeret, jf. herved også Retslægerådets besvarelse af spørgsmål 8. Operationen var desuden vellykket for så vidt angår dens formål at fjerne den muligt ondartede tumor. Endvidere havde A allerede før operationen væsentlige kroniske rygproblemer og problemer med nakkesmerter. Landsretten finder den baggrund, at A heller ikke har krav på erstatning efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4.

Landsretten tager herefter Ankenævnet for Patienterstatningens påstand om frifindelse til følge.

A skal betale sagsomkostninger for begge retter til Ankenævnet for Patienterstatningen med i alt 82.000 kr. Beløbet omfatter 2.000 kr. til retsafgift for landsretten og 80.000 kr. til udgifter til advokatbistand ekskl. moms. Ved fastsættelsen af beløbet til dækning af udgifterne til advokatbistand er der ud over sagens værdi taget hensyn til, at der er indhentet udtalelser fra Retslægerådet tre gange.

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

Ankenævnet for Patienterstatningen frifindes.

I sagsomkostninger for begge retter skal A betale 82.000 kr. til Ankenævnet for Patienterstatningen.

Det idømte skal betales inden 14 dage efter denne doms afsigelse.

Sagsomkostningerne forrentes efter rentelovens § 8 a.

(Sign.)

— — —

Udskriftens rigtighed bekræftes. Østre Landsret, den 24-04-2017

|

kontorfuldmægtig