

# Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

Sammenfatning  
af  
nævnets praksis  
vedrørende

## **KLAGER I FORBINDELSE MED RYGMARVSBEDØVELSE**

**2003-2007**

December 2007

Fuldmægtig, cand. jur. Carina Nelin

Fuldmægtig, cand. jur. Dia Thomsen

Fuldmægtig, cand. jur. Jannie Frydenborg Hansen

Fuldmægtig, cand. jur. Karen Langsted

Fuldmægtig, cand. jur. Pia Larsen



Patientklagenævnet har udgivet nedenstående

### **Sammenfatninger af nævnets praksis:**

- Kliniske tandteknikere. 1999-2001. November 2002
- Psykologer. 1998-2002. Januar 2003
- Lægeerklæringer. 1998-2002. Februar 2003
- Identifikation, mærkning og glemte ting. 2000-2001. Februar 2003
- Sundhedspersoners tavshedspligt. 1998-2002. Juli 2003
- Fødsler (obstetrik) 2000-2002. November 2003
- Information og samtykke og journalføring heraf. 1998-2003. December 2003
- Klager over plastikkirurgiske indgreb på bryster. 1998-2003. Juli 2004
- Klager i forbindelse med udlevering af medicin fra apoteker. 1999-2003. Oktober 2004
- Klager inden for neurokirurgi. 1999-2003. November 2004
- Klager over diagnostik af brystkræft. 2001-2003. December 2004
- Tandlæger. 1998-2005. November 2005
- Klager i forbindelse med øjensygdomme. 2003-2004. December 2005
- Psykiatriske ankesager. 1997-2005. December 2005
- Klager over ambulancebehandlere. November 2006
- Sundhedspersoners tavshedspligt, 1998-2006. November 2006
- Lægeerklæringer, 1998-2006. December 2006
- Aktindsigt. 1998-2007. December 2007
- Klager i forbindelse med hjertesygdomme. 2003-2007. December 2007

Sammenfatningerne findes på nævnets hjemmeside [www.pkn.dk](http://www.pkn.dk) under nyhedsbreve og publikationer.

## FORORD

Med denne publikation offentliggør Sundhedsvæsenets Patientklagenævn en systematisk gennemgang af nævnets praksis i klage- og indberetningssager vedr. rygmarsbedøvelse.

Det er mit håb, at sammenfatningen ikke blot bliver et nyttigt redskab for nævnets medlemmer, sagkyndige konsulenter og medarbejderne i sekretariatet, men at sammenfatningen også vil blive brugt i sundhedssektoren til forbedring af kvalitet og patientsikkerhed.

Sammenfatningen offentliggøres på nævnets hjemmeside [www.pkn.dk](http://www.pkn.dk) og vil blive ajourført efter behov.

Kommentarer til sammenfatningen er meget velkomne – gerne på e-mail til [pkn@pkn.dk](mailto:pkn@pkn.dk).

Peter Bak Mortensen  
dir.

## INDHOLDSFORTEGNELSE

|      |  |    |
|------|--|----|
| 1    | INDLEDNING.....  | 5  |
| 2    | DEFINITIONER.....  | 5  |
| 3    | REGELGRUNDLAG .....  | 6  |
| 3.1  | Information og samtykke .....  | 7  |
| 4    | INFORMATION OM KOMPLIKATIONER .....  | 8  |
| 4.1  | Konkret afgørelse.....   | 9  |
| 5    | JOURNALFØRING.....   | 11 |
| 5.1  | Krav til journalen .....   | 11 |
| 6    | BEVISVURDERING I FORBINDELSE MED INFORMERET SAMTYKKE .....                         | 12 |
| 6.1  | Konkret afgørelse.....   | 13 |
| 7    | KLAGER VEDRØRENDE ANLÆGELSE AF SPINAL- ELLER EPIDURALANÆSTESI .                    | 14 |
| 7.1  | Konkrete afgørelser.....   | 14 |
| 8    | KLAGER VEDRØRENDE INFEKTION I FORBINDELSE MED ANLÆGGELSE AF RYGMARVSBEDØVELSE..... | 19 |
| 8.1  | Konkrete afgørelser.....   | 19 |
| 9    | KLAGER OVER SPINALHOVEDPINE.....   | 24 |
| 9.1  | Konkret afgørelse.....   | 25 |
| 10   | KLAGER OVER BLODTRYKSFALD .....  | 26 |
| 10.1 | Konkret afgørelse.....   | 26 |
| 11   | FØLEFORSTYRRELSER EFTER EPIDURALKATETER.....                                       | 27 |
| 12   | SAGSOVERSIGT.....  | 32 |

# 1 INDLEDNING

Denne sammenfatning af Patientklagenævnets praksis omfatter afgørelser, der er truffet i perioden fra den 1. januar 2003 til den 30. juni 2007, i sager med klager over behandling med rygmarvsbedøvelse.

*Kapitel 2* indeholder en definition af rygmarvsbedøvelse, *kapitel 3* omfatter en redegørelse for regelgrundlaget. *Kapitel 4* indeholder reglerne om information og samtykke, og i *kapitel 5* redegøres for reglerne om journalføring. *Kapitel 6* omhandler bevisvurdering i forbindelse med information. *Kapitel 7* indeholder omtale af klager vedrørende anlæggelse af spinal- eller epiduralanæstesi og *kapitel 8* tilsvarende klager vedrørende infektion i forbindelse med anlæggelse af rygmarvsbedøvelse. I *kapitel 9* findes klager over spinalhovedpine, i *kapitel 10* over blodtryksfald og i *kapitel 11* følesforstyrrelser efter epiduralkateter. Endelig findes afslutningsvist en sagsoversigt.

Afgørelserne er offentliggjort på nævnets hjemmeside ([www.pkn.dk](http://www.pkn.dk)), og der er i den elektroniske udgave af sammenfatningen links til de anonymiserede afgørelser. Det er således muligt at læse afgørelserne i hele deres længde. Disse afgørelser vil være tilgængelige på nettet i løbet af 1. kvartal 2008.

# 2 DEFINITIONER

Fuld bedøvelse (generel anæstesi) betyder, at man sover dybt og ikke kan mærke smerter under undersøgelsen eller operationen. Bedøvelsen kan gives gennem et lille plastikkateter i blodbanen, eller i den luft man indånder.

Rygmarvsbedøvelse er en lokal bedøvelse (anæstesi) Ved lokalbedøvelse er man vågen og smertefri under indgrebet, men man kan dog stadig mærke tryk og berøring.

Begrebet rygmarvsbedøvelse omfatter to forskellige teknikker til fremkaldelse af bedøvelse (anæstesi) i et ønsket område:

### **Epidural anæstesi**

Ved en epidural anæstesi føres en speciel kanyle, epiduralkanylen, ved hjælp af en særlig teknik ind i det såkaldte epiduralrum, som er beliggende uden på den hårde rygmarsvshinde (dura mater spinalis). Derpå føres et tyndt plastikkateter gennem epiduralkanylen og anbringes således i epiduralrummet, hvorpå epiduralkanylen fjernes. Der kan så sprøjtes lokalanæstesimiddel (og ofte også morfinlignende stoffer, såkaldte opioider) ind gennem epiduralkateteret, hvorved der fremkaldes lokal bedøvelse svarende til operationsområdet. Fordelen ved denne teknik er, at bedøvelsen kan udstrækkes i tid til også at omfatte de første dage efter operationen, idet der til stadighed kan indsprøjtes lokalbedøvelsesmiddel ved hjælp af en pumpe.

### **Spinal anæstesi**

Ved en spinal anæstesi indføres en tynd kanyle, spinalkanylen, i ryggen. I modsætning til en epidural bedøvelse føres spinalkanylen gennem den hårde rygmarsvshinde. Når spinalkanylen har perforeret den hårde rygmarsvshinde, ligger den med spidsen inde i rygmarsvsvæsken (cerebrospinalvæsken), hvor lokalbedøvelsesmidlet derpå sprøjtes ind. Fordelen med denne teknik er blandt andet, at den giver et hurtigt og pålideligt virkning af lokalbedøvelsen, og at bedøvelsen bliver ”dyb”, det vil sige med særdeles god muskelslaphed, hvilket er af betydning ved ortopædkirurgiske indgreb.

Igennem adskillige år har man på mange anæstesiaafdelinger kombineret fordelene ved de to former for rygmarsvbedøvelse, idet man har brugt en såkaldt epi-spinalanæstesi, hvorved man anlægger både en spinalanæstesi og et epiduralkateter med henblik på smertebehandling efter operationen.

## **3 REGELGRUNDLAG**

Fra den 1. januar 2007 gælder Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 17. Efter denne bestemmelse er en autoriseret sundhedsperson under udøvelsen af sin virksomhed forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed. Bestemmelsen er en videreførelse af tilsvarende bestemmelse i de 14 hidtil gældende autorisationslove, og den fastsætter sundhedspersonens faglige forpligtigelse ved udøvelsen af dennes virksomhed. Sundhedspersonen skal udvise omhu og samvittighedsfuldhed, hvilket vil sige, at sundhedspersonen skal handle i overensstemmelse med den til enhver tid værende almindelige anerkendte faglige standard på området.

Nævnet vurderer, om lægen har handlet i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard. Denne standard kan ændre sig over tid og sted, og der er tale om en konkret afvejning i hvert enkelt tilfælde. Nævnet ser på, hvad lægen vidste eller burde have vidst på det pågældende tidspunkt.

Såfremt lægen har handlet under normen for almindelig anerkendt faglig standard, finder nævnet, at autorisationslovens § 17 er overtrådt og dermed grundlag for kritik.

Afgørelserne i denne praksissammenfatning er truffet efter lægelovens § 6 som var gældende indtil den 31. december 2006. Efter denne bestemmelse havde en læge også pligt til under udøvelsen af sin gerning at vise omhu og samvittighedsfuldhed.

### **3.1 Information og samtykke**

Der skal inden en bedøvelse foretages indhentes informeret samtykke fra patienten. Patienten har ret til at få information om behandlingsmulighederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger ved bedøvelsen. Disse regler findes i sundhedslovens § 15 og § 16 som trådt i kraft den 1. januar 2007. Lovens formål er blandt andet at sikre, respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse.

Lovens § 16 fastsætter nærmere regler for, i hvilket omfang og på hvilken måde patienten skal informeres. Det fremgår af Sundhedslovens § 16 stk. 4, at informationen af patienten skal omfatte oplysninger om forebyggelses-, behandlings- og plejemuligheder, herunder oplysninger om andre, lægeligt forsvarlige behandlingsmuligheder, samt oplysninger om konsekvenserne af, at ingen behandling iværksættes. Informationen skal være mere omfattende, når behandlingen medfører nærliggende risiko for alvorlige komplikationer og bivirkninger.

Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter efter lovens § 16., stk. 6 nærmere regler for informationens form og indhold. Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 om information og samtykke mv. fastslår i § 5, at mundtlig information i visse tilfælde bør suppleres med skriftligt informationsmateriale. En nærmere uddybning heraf findes i Sundhedsstyrelsens vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. nr. 161 af 16. september 1998 (herefter vejledningen), pkt. 3.6.

Vejledningen beskriver pligten til at informere om komplikationer/bivirkninger således:

Der skal altid informeres om alvorlige og ofte forekommende komplikationer mv.  
Der skal ofte informeres om alvorlige og sjældent forekommende komplikationer mv.  
Der skal ofte informeres om bagatelagtige og ofte forekommende komplikationer mv.  
Der skal ikke informeres om bagatelagtige og sjældent forekommende komplikationer mv.

Ifølge vejledningen vil der være mellemstadier, hvor det er overladt til det sundhedsfaglige skøn, i hvilken udstrækning og hvor grundigt der skal informeres om risici for komplikationer og bivirkninger

Det vil sige, at sundhedspersonen som udgangspunkt skal vurdere, om der er tale om:

1. alvorlige og ofte forekommende komplikationer mv., 2. alvorlige og sjældent forekommende  
3. bagatelagtige og ofte forekommende eller 4. bagatelagtige og sjældent forekommende De  
erstatte reglerne herom i kapital 2 i lov om patienters retsstilling (PRL)

Før den 1. januar 2007 var reglerne om information og samtykke i kapital 2 i lov om patienters  
retsstilling (PRL)

## **4 INFORMATION OM KOMPLIKATIONER**

Der skal som ovenfor nævnt altid indhentes informeret samtykke fra patienten forud for anlæggelse  
af rygmarvsbedøvelse. Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning i henhold til lov om patienters  
retsstilling af 16. september 1998 om information og samtykke skal en information være mere  
omfattende, når behandlingen medfører nærliggende risiko for alvorlige komplikationer og  
bivirkninger.

Den mulige komplikation og bivirkning skal vurderes i forhold til sygdommens alvor, patientens  
forhold i øvrigt og til, hvad man forventer at opnå ved den påtænkte undersøgelse/behandling.

Ved rygmarvsbedøvelse er der ingen alvorlige og ofte forekommende komplikationer m.m.

Der er blandt andet følgende alvorlige og sjældent forekommende komplikationer:

Blodansamling udenpå den hårde hjernehinde (epiduralt hæmatom), byld udenpå den hårde  
hjernehinde (epidural absces), meningitis (hjernehindebetændelse) og permanente neurologiske  
forstyrrelser.

Der er blandt andre mindre alvorlige og bagatelagtige og ofte forekommende komplikationer: Smertejag ved indføring af kanylen, blodtryksfald, forbigående rygsmerter, forbigående hovedpine (såkaldt spinalhovedpine).

Der er blandt andet følgende mindre alvorlige og sjældent forekommende komplikationer: Forbigående hørenedsættelse, forbigående påvirkning af andre såkaldte kranienerver.

Nævnets praksis viser, at det er almindelig anerkendt faglig standard, at patienter forud for en spinal- eller epiduralanæstesi informeres om, at der kan forekomme smertejag i forbindelse med anlæggelsen, at der kan komme blodtryksfald og at der i nogle tilfælde vil kunne optræde en generende, men forbigående hovedpine.

#### **4.1 Konkret afgørelse**

Patientklagenævnet har afgjort en sag, hvor der blev klaget over, at der ikke forud for rygmarsbedøvelsen var blevet givet information om komplikationer og bivirkninger til denne bedøvelse.

##### **Sag 1 (ref. sag 2) Klage over manglende information om komplikationer ved rygmarsbedøvelse**

*En 65-årig kvinde fik den 1. november 2004 indsat en kunstig hofte på grund af slidgigt. Narkosen blev udført af narkoselæge A. Operationen foregik i rygmarsbedøvelse (spinalanæstesi). Ifølge patienten var det dagen før operationen blevet aftalt med narkoselæge B, at operationen skulle foretages i fuld bedøvelse. Patienten fik efterfølgende hørenedsættelse på det højre øre.*

*Der blev klaget over, at patienten ikke forud for rygmarsbedøvelsen havde fået information om komplikationer og bivirkninger til denne bedøvelse, og over at selve bedøvelsen ikke blev gennemført korrekt.*

Nævnet fandt grundlag for kritik af narkoselæge A og B for journalføringen af behandlingen, mens nævnet ikke fandt grundlag for kritik af narkoselægen for sin indhentelse af informeret samtykke fra patienten den 1. november 2004.

Nævnet lagde vægt på, at hørenedsættelse er en velbeskrevet komplikation til rygmarvsbedøvelse, ligesom den også kan forekomme efter generel anæstesi.. Hørenedsættelsen er almindeligvis forbigående og af kort varighed.

Nævnet lagde desuden vægt på, at det er almindelig anerkendt faglig standard, at patienter forud for en rygmarvsbedøvelse informeres om, at der kan forekomme smertejag i forbindelse med anlæggelsen, at der kan komme blodtryksfald, og at der i nogle tilfælde vil kunne optræde en generende, men forbigående hovedpine.

Der forelå modstridende oplysninger fra patienten og narkoselæge A, om hvorvidt der blev informeret om bivirkninger og komplikationer og givet samtykke til rygmarvsbedøvelse forud for anvendelse af denne. Patientklagenævnet fandt derfor ikke grundlag for at fastslå, at narkoselæge A ikke informerede om bivirkninger og komplikationer og fik samtykke til rygmarvsbedøvelse forud for anvendelse af denne den 1. november 2004. Det var nævnets vurdering, at den anvendte teknik, det indgivne medikament og mængden heraf var i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard.

Patienten anførte, at hun dagen før operationen havde aftalt med narkoselæge B, at den skulle foretages i fuld bedøvelse. Narkoselæge B huskede ikke tilsynet, men anførte, at den aftalte bedøvelse anføres på en ”præseddel”, der indtastes i den elektroniske anæstesijournal efter ”prækonference” dagen før planlagt anæstesi. ”Præsedlen” makuleres efter endt bedøvelse.

Nævnet fandt grundlag for kritik af narkoselæge B for ikke at have journalført præsedlen i den elektroniske journal. Narkoselæge A fik kritik for ikke at have opdaget, at oplysningerne på præsedlen om aftalt bedøvelsesform, samt for ikke at have indført i journalen, at der var informeret om komplikationer og bivirkninger.

## 5 JOURNALFØRING

### 5.1 Krav til journalen

Ifølge autorisationsloven § 21 har alle autoriserede sundhedspersoner pligt til at føre journal/optegnelser, når der som led i sundhedsmæssig virksomhed foretages undersøgelse og behandling m.v. af patienter.

Sundhedsstyrelsen har fastsat nærmere regler om omfanget af lægers pligt til at føre journal, herunder pligten til at journalføre oplysninger om deres information af patienten.

Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 1373 af 12. december 2006 (gældende fra 1. januar 2007) om lægers, tandlægers, kiropraktorers, jordemødres, kliniske diætisters, kliniske tandteknikers, tandplejeres, optikers og kontaktlinseoptikers patientjournaler omfatter blandt andet lægers pligt til at føre anæsthesijournaler, jf. § 8, stk. 1, nr. 3, litra h.

Journalføringspligten påhviler enhver læge, der som led i sin virksomhed foretager undersøgelse og behandling mv. af patienter, og oplysningerne skal indføres i journalen i forbindelse med eller snarest muligt efter patientkontakten. Journalen skal desuden indeholde oplysninger om, hvem der har foretaget journalnotatet og hvornår (fulde navn, dato og om nødvendigt klokkeslæt).

Journalen skal i øvrigt i fornødent omfang blandt andet indeholde oplysninger om, hvem der har foretaget undersøgelse og behandling, herunder varetaget delopgaver som bedøvelse ved operative indgreb.

Det fremgår af § 19 i Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse om information og samtykke mv. nr. 665 af 14. september 1998, at den for behandlingen ansvarlige sundhedsperson skal sørge for, at det af patientjournalen fremgår, hvilken information der er givet, og hvad patienten på den baggrund har tilkendegivet i relation til behandling eller til videregivelse af helbredsoplysninger mv. til behandling eller til andre formål. Dette fremgår også af Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 1373 af 12. december 2006 § 1, stk. 1.

Sundhedsstyrelsen har ved vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke mv. præciseret og uddybet ovennævnte bestemmelser. Således følger det af vejledningen, at den

ansvarlige sundhedsperson har pligt til at journalføre relevante oplysninger vedrørende information og samtykke til behandling, herunder afvisning af information (retten til ikke at vide) og vedrørende videregivelse af helbredsoplysninger mv.

Journalføringspligten vedrørende behandling foretaget før den 1. januar 2007 fremgår for de fleste grupper af sundhedspersoner af en bestemmelse i de respektive autorisationslove. Det fremgår således af lægelovens § 13, stk. 2, at sygehuse, klinikker og lignende har pligt til at føre ordnede optegnelser over deres behandling af syge og over, hvad der er iagttaget vedrørende de pågældende sygdomstilfælde.

## **6 BEVISVURDERING I FORBINDELSE MED INFORMERET SAMTYKKE**

Det forekommer, at der er uenighed mellem patient og læge om, hvorvidt patienten har modtaget information og i givet fald hvilken information. Nævnet foretager altid en bevisvurdering i forbindelse med vurderingen af, om det kan anses for godtgjort, at lægen har informeret patienten tilstrækkeligt.

Nævnet lægger vægt på en række forhold, herunder patientens klage, oplysningerne i journalen, lægens udtalelse til sagen, eventuelt skriftligt materiale tilsendt patienten samt andre for sagen relevante omstændigheder, som for eksempel et skriftlig samtykke fra patienten.

Journalen betragtes som et vigtigt bevis i forbindelse med nævnets vurdering af lægens information af patienten. Hvis journalen indeholder tilstrækkelige oplysninger angående den givne information samtidig med, at lægens udtalelse til sagen underbygger dette, anser nævnet det som udgangspunkt for godtgjort, at informationen er givet.

Journalføringspligten i forbindelse med informationen forud for anæstesi illustreres ved nedenstående afgørelse, hvor nævnet fandt grundlag for kritik af journalføring af informationen.

## 6.1 Konkret afgørelse

### Sag 2 (ref. sag 1) Klage over manglende information om komplikationer og bivirkninger forud for rygmarvsbedøvelse (spinalanæstesi)

*En 65-årig kvinde fik i november 2004 indsat en kunstig hofte på højre side på grund af slidgigt. Operationen foregik i rygmarvsbedøvelse (spinalanæstesi). Bedøvelsen forløb ifølge anæstesijournalen uden komplikationer. Ifølge patienten var det før operationen blevet aftalt, at operationen skulle foregå i fuld bedøvelse, som hun havde fået information om. Patienten havde efterfølgende hørenedsættelse på højre øre.*

*Der blev blandt andet klaget over, at patienten ikke forud for operationen havde fået information om komplikationer og bivirkninger til rygmarvsbedøvelsen.*

Nævnet fandt grundlag for kritik af lægens manglende journalføring af, hvilken bedøvelse der blev aftalt med patienten ved anæstesitilsynet dagen før operationen.

Nævnet lagde vægt på, at den aftalte bedøvelse skal anføres på en "præseddel", som derefter skal indtastes i den elektroniske anæstesijournal efter en "prækonference" dagen før planlagt anæstesi, samt at det er de anæstesilæger, som har deltaget i "prækonferencen", som har ansvaret for at indtaste den udfyldte "præseddel". Den aftalte bedøvelse fremgik ikke af anæstesijournalen.

Nævnet fandt desuden grundlag for kritik af lægens journalføring af informationen af patienten om komplikationer og bivirkninger.

Der forelå modstridende oplysninger fra patienten og narkoselæge A, om hvorvidt der blev informeret om bivirkninger og komplikationer og givet samtykke til rygmarvsbedøvelse forud for anvendelse af denne.

Nævnet lagde vægt på, at det ikke var tilstrækkeligt godtgjort, at der ikke var givet information til patienten om komplikationer og bivirkninger, idet tvivlen skal komme den indklagede til gode.

Nævnet lagde desuden vægt på, at en læge har pligt til at notere i journalen, at der er informeret om komplikationer og bivirkninger.

## **7 KLAGER VEDRØRENDE ANLÆGELSE AF SPINAL- ELLER EPIDURALANÆSTESI**

Anlæggelse af spinalanæstesi er ofte let og sker efter ét eller to forsøg. Det kan imidlertid selv for erfarne anæstesiologer være vanskeligt og kræve flere indstik. Ved anlæggelse af spinalanæstesi kan anæstesilægen enten stikke den tynde spinalkanyle direkte ind i spinalkanalen, eller lægen kan vælge først at anlægge lokal anæstesi i huden svarende til indstiksstedet for spinalkanylen.

For så vidt angår epiduralanæstesi kan det oplyses, at epiduralrummet har en dybde af cirka 4-6 mm i rygmærskanalen, og det kræver en god lejring og et godt samarbejde med patienten, hvis man hurtigt og enkelt skal identificere epiduralrummet. Det er derfor ikke usædvanligt, at det ikke lykkes at anlægge epiduralkateteret første gang.

### **7.1 Konkrete afgørelser**

Følgende afgørelser illustrerer nævnets praksis.

#### **Sag 3 Klage over for mange forsøg på indstik**

*En 28-årig kvinde blev indlagt på gynækologisk/obstetrisk afdeling til en underlivsoperation. Ved operationen den 20. april 2004 skulle patienten have anlagt rygmærksbedøvelse (spinalanæstesi). En speciallæge i anæstesi skulle forestå bedøvelsen. Der blev lagt lokalbedøvelse i huden og underhuden svarende til det forventede indstikssted samt ved siden af, så der var bedøvet et passende areal.*

*Speciallægen forsøgte herefter at indføre en spinalnål, men kunne ikke passere knoglestrukturen. Han prøvede flere gange uden succes og prøvede herefter med en anden adgang, ligeledes uden succes.*

*Speciallægen flyttede derefter en hvirvel (et segment) længere ned, idet han, efter igen at have anlagt lokalbedøvelse i hud og underhud, forsøgte at indføre spinalnålen. Heller ikke denne gang kunne han få ført nålen ind i spinalrummet.*

*Patienten kom nu ned at ligge. Herefter kunne speciallægen indføre spinalnålen og indlede rygmærksbedøvelse (spinalanæstesen).*

*Patienten blev herefter opereret i rygmarvsbedøvelse, som virkede efter hensigten.*

*Dagen efter tilstå en overlæge patienten, idet patienten havde gener i form af smerter i ryggen svarende til indstik i forbindelse med rygmarvsbedøvelse. Overlægen undersøgte patienten og fandt ømhed svarende til det område, hvor der var stukket. Der var ingen rødme, knuder (infiltrater) eller tegn på blodansamlinger, og der var ingen tegn på nervelæsioner.*

*Overlægen tilså patienten igen den 30. juni 2004, hvor patienten gav udtryk for, at der fortsat var gener fra ryggen.*

*Der blev klaget over, at speciallægen forsøgte 14 gange, inden den ønskede virkning blev opnået.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere speciallægen for behandlingen, men fandt dog, at det været hensigtsmæssigt, om speciallægen, da det viste sig vanskeligt at indføre spinalkanylen, havde anmodet en kollega om at forsøge i stedet eller også havde foreslået patienten, at operationen blev gennemført under fuld bedøvelse.

Nævnet oplyste, at anæstesiologen ved anlæggelse af spinal anæstesi kan stikke den tynde spinalkanyle direkte ind i spinalkanalen, eller han kan vælge først at anlægge lokalanæstesi i huden svarende til indstiksstedet for spinalkanylen.

Nævnet lagde vægt på, at speciallægen valgte det sidste, idet han på 2 niveauer anlagde hudlokanæstesi såvel i midtlinjen som til siden for midtlinjen. I hvert fald 4 af de 14 stikmærker synes således at stamme inden for anlæggelsen af hudbedøvelsen.

Nævnet oplyste, at anlæggelse af spinalanæstesi ofte er let og sker efter ét eller få forsøg. Af ikke altid åbenbare årsager kan det imidlertid lejlighedsvis selv for erfarne anæstesiologer være vanskeligt og kræve flere indstik.

Det var nævnets vurdering, at det ikke var i strid med normen for almindelig anerkendt faglig standard, at speciallægen måtte stikke flere gange. Nævnet fandt dog, at det havde været hensigtsmæssigt, om speciallægen, da det viste sig vanskeligt at indføre spinalkanylen, havde anmodet en kollega om at forsøge i stedet eller også havde foreslået patienten, at operationen blev gennemført under fuld bedøvelse.

#### **Sag 4 Klage over forsøg på anlæggelse af rygmarvsbedøvelse flere gange**

*En 33-årig kvinde skulle den 14. maj 2003 i forbindelse med fødsel have anlagt rygmarvsbedøvelse (epiduralanalgesi) som smertelindring. En reservelæge anlagde lokalbedøvelse på patienten og forsøgte herefter at identificere området (epiduralrummet) mellem 3. og 4. lændehvirvel. Det lykkedes dog ikke, da kanylen stødte mod knogle.*

*Herefter anlagde reservelægen ny lokalbedøvelse i huden svarende til mellemrummet mellem 2. og 3. lændehvirvel, hvorefter der var glat indstik af kanylen, og et epiduralkateter blev anlagt.*

*Den 17. maj 2003 henvendte patienten sig på gynækologisk afdeling, idet hun havde rygsmerte, hovedpine og en temperaturforhøjelse til 38,2. Ved undersøgelsen blev der svarende til indstiksstedet for rygmarvsbedøvelsen konstateret en lille blodansamling (hæmatom), og der var ømhed i muskulaturen langs hele rygsøjlen.*

*Da patienten den 17. maj. 2003 fortsat havde hovedpine, blev dette vurderet til at være en følge efter anlæggelsen af epiduralkateteret ("spinalhovedpine", hovedpine der sædvanligvis skyldes utilsigtet perforation af den hårde rygmarvshinde og den hårde rygmarvshinde). Der blev derfor anlagt en lille mængde blod, der blev sprøjtet ind i epiduralrummet for at lukke en eventuel lækage (blood patch). Patienten fik det herefter bedre.*

*Der blev blandt andet klaget over, at der blev begået fejl i forbindelse med anlæggelsen af epiduralblokade, idet der blev forsøgt anlæggelse flere gange.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere reservelægen.

Nævnet oplyste, at epiduralrummet har en dybde af cirka 4 – 6 mm i lænderyggen, og det kræver en god lejring og et godt samarbejde med patienten, hvis man hurtigt og enkelt skal identificere epiduralrummet. Sidstnævnte er ikke altid let på en fødende, som undervejs har tilbagevendende veer. Det er derfor ikke usædvanligt, at det ikke lykkedes at anlægge epiduralkateteret i første forsøg.

Det var nævnets vurdering, at det ikke skyldtes fejl fra reservelægens side, at det ikke lykkedes at anlægge blokade ved første forsøg.

Det var endvidere nævnets vurdering, at reservelægen anvendte relevant teknik i forbindelse med anlæggelse af blokade.

**Sag 5 (ref. sag 9) Klage over, at anlæggelse af epiduralkateter måtte udføres 2 gange**

*En 48-årig mand fik i 2003 bortamputeret sit venstre underben (crusamputation) grundet manglende blodforsyning.*

*Den 10. oktober 2004 blev han indlagt på karkirurgisk afdeling på grund af kaffegrums-lignende opkastninger samt smerter i amputationsstumpen.*

*Den 12. oktober 2004 blev der foretaget et karkirurgisk indgreb med henblik på forbedring af blodtilførslen til amputationsstumpen, idet smerterne skyldtes nedsat blodforsyning.*

*Den 13. oktober 2004 anlagde en overlæge et rygmarskateter til indgift af smertestillende medicin, idet patienten fortsat havde smerter fra venstre benstump. Overlægen forsøgte først anlæggelse på ét lændeniveau mellem 2. og 3. lændehvirvel (L2/L3), men da dette kateter lå forkert, blev et nyt anlagt på et lavere niveau mellem 3. og 4. lændehvirvel (L4/L5).*

*Den 16. oktober 2004 var epiduralkateteret gledet ud. En 1. reservelæge anlagde et nyt rygmarskateter, idet han først forsøgte anlæggelse på ét niveau mellem 3. og 4. lændehvirvel (L3/L4). Dette lå dog forkert, og han måtte anlægge et nyt lige ovenfor mellem 2. og 3. lændehvirvel (L2/L3).*

*Samme dag blev patienten flyttet til andet sygehus på grund af pladsmangel. Kort efter ankomsten dertil fik han høj feber, smerter fra kateteret og tegn til infektion omkring kateterets indstikssted. Videre undersøgelser afslørede infektion i rygmarvskanalen involverende hjernehinden (meningitis).*

*Den 17. oktober 2004 blev patienten atter overflyttet til andet sygehus og gennemgik et længere forløb. Infektionen i hjernehinde og rygmarvskanal viste sig at være forårsaget af en bakterie, der var vanskelig at behandle (MRSA af Vejle typen).*

*Den 30. marts 2004 afgik patienten ved døden.*

*Der blev blandet andet klaget over, at indgrebet måtte udføres 2 gange, da det første mislykkedes.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlægen og 1. reservelægen. Nævnet lagde vægt på, at det, hvis epiduralkanylen føres lidt for langt ind, kan forekomme, at den hårde rygmarvshinde punkteres, hvorved der utilsigtet er foretaget en lumbalpunktur (aftapning af hjerne-rygmarvsvæske ved punktur af rygmarvskanalen med en kanyle).

Det var nævnets vurdering, at det måtte anses for en hændelig komplikation, som ikke skyldtes manglende omhu og samvittighedsfuldhed, såfremt der utilsigtet blev foretaget en lumbalpunktur.

Nævnet oplyste, at det, hvis noget sådant forekommer, er nødvendigt at anlægge epiduralkateteret svarende til et andet hvirvelmelletrum ovenfor eller nedenfor det første indstikssted.

## **8 KLAGER VEDRØRENDE INFEKTION I FORBINDELSE MED ANLÆGGELSE AF RYGMARVSBEDØVELSE**

Ethvert indgreb, der medfører, at hudens naturlige barriere bliver brudt, herunder stik og gennemskæring, indebærer en risiko for, at der kan opstå en infektion. For at nedsætte denne risiko foretager man sig en række forebyggende ting, som blandt andet er afvaskning af huden med et desinficerende middel og håndtering af instrumenter med sterile handsker. Infektioner i forbindelse med anlæggelse af rygmarsbedøvelse er meget sjældent forekommende, men kendt fænomen, der kan optræde trods overholdelse af gængse sikkerhedsforanstaltninger. Det kan således ikke udelukkes, at der ved anlæggelsen af rygmarsbedøvelse kan blive indført bakterier, som senere medfører betændelse.

### **8.1 Konkrete afgørelser**

Følgende afgørelser illustrerer nævnets praksis.

#### **Sag 6 Klage over udvikling af byld på ryggen i forbindelse med rygmarsbedøvelse**

*En 59-årig kvinde fik den 17. februar 2004 indsat en protese i venstre knæ på grund af slidgigt på ortopædkirurgisk klinik. Operationen blev foretaget i rygmarsbedøvelse, og plastikslangen til bedøvelsen blev anlagt uden komplikationer af en overlæge.*

*Den 18. februar 2004 blev slangen fjernet, idet kateteret ikke fungerede.*

*Patienten blev udskrevet den 25. februar 2004.*

*Den 5. april 2004 blev patienten indlagt akut med en byld i ryggen. Bylden blev skåret op og tømt for store mængder pus.*

*Der blev klaget over, at patienten fik en byld i ryggen i forbindelse med rygmarsbedøvelsen.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlægen.

Nævnet lagde vægt på, at slangen blev fjernet 10 timer efter, at slangens funktion var ophørt, og at det var i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard. Denne periode var nødvendig for at minimere risikoen for opståen af en blødning. Det skyldtes, at patienten var sat i behandling med blodfortyndende medicin.

Nævnet oplyste, at man af og til ser, at epiduralkateteret ikke fungerer af flere forskellige grunde, for eksempel kan kateteret være gledet ud af epiduralrummet, og i så fald må det fjernes helt.

Nævnet oplyste endvidere, at der ved enhver diagnostisk eller terapeutisk (behandlende) procedure, hvor der sker en gennemtrængning af den intakte hudbarriere, er en risiko for, at der kan opstå infektion, uanset om proceduren bliver gennemført i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.

### **Sag 7 Klage over betændelse ved 3. og 4. lændehvirvel efter rygmarvsbedøvelse**

*En 73-årig mand blev indlagt på ortopædkirurgisk afdeling på grund af lårbensbrud. Dagen efter blev patienten opereret i spinalbedøvelse (rygmarvsbedøvelse), der blev anlagt af en overlæge.*

*Ved senere indlæggelse i forbindelse med anden sygdom blev der udført en MR-scanning af patienten, der påviste en bylddannelse svarende til det sted, hvor rygmarvsbedøvelsen blev lagt.*

*Der blev klaget over, at patienten ikke modtog korrekt behandling i forbindelse med bedøvelse forud for operationen.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlægen, idet nævnet lagde vægt på, at overlægen desinficerede huden med klorhexidin to gange og derefter foretog punktur med en engangskanyle.

Nævnet oplyste, at ethvert indgreb, der medfører, at hudens naturlige barriere bliver brudt, herunder stik og gennemskæring, indebærer en risiko for at påføre en infektion. For at nedsætte denne risiko foretager man sig en række forebyggende

ting, som blandt andet er afvaskning af huden med et desinficerende middel og håndtering af instrumenter med sterile handsker.

Det var nævnets vurdering, at det måtte anses for en hændelig komplikation, at patienten fik betændelse ved 3. og 4. lændehvirvel i forbindelse med anlæggelse af rygmarsbedøvelsen, da det ikke kunne udelukkes, at der ved anlæggelsen af spinalbedøvelsen blev indført bakterier, som senere medførte betændelsen.

### **Sag 8 Klage over stafylokokinfektion som følge af epiduralkateter i forbindelse med anlæggelse og genanlæggelse af kateteret**

*En 40-årig kvinde fik den 23. november 2004 på ortopædkirurgisk afdeling indsat højresidig knæprotese på grund af slidgigt.*

*Med henblik på smertebehandling efter operationen fik patienten anlagt epiduralkateter, hvori der blev indsprøjtet morfin og lokalbedøvelsesmiddel. Epiduralkateteret blev anlagt ukompliceret af en reservelæge.*

*Patienten havde den 24. november 2004 stærke smerter. Det viste sig, at forbindelsen mellem epiduralkateteret og epiduralfilteret var gået fra. En sygeplejerske tilså patienten om morgenen og skruede epiduralfilteret på epiduralkateteret igen. Patient blev tilset af anæstesisygeplejerske, der konstaterede, at epiduralkateteret ikke var gledet ud, og at indstiksstedet så normalt ud. Patient blev herefter kørt på opvågningsafsnittet.*

*Den 27. november 2004 klagede patienten over rygsmerter. Undersøgelse viste, at der var rødme og hævelse svarende til indstiksstedet af epiduralkateteret. Epiduralkateteret blev fjernet, og der blev dyrket fra spidsen.*

*Den 28. november 2004 havde patienten feber, og ultralydsundersøgelse gav mistanke om blødning i underhuden.*

*Den 29. november 2004 kom svar på dyrkning fra epiduralkateterspidsen, der viste stafylokokinfektion. Patient blev samme dag overflyttet til neurokirurgisk afdeling til vurdering.*

*Der blev udført en MR-scanning, der ikke sikkert viste en byld.*

*Patienten blev tilbageflyttet til ortopædkirurgisk afdeling den 2. december 2004. Den 8. december 2004 blev patienten udskrevet til fortsat antibiotikabehandling og ambulans kontrol på ortopædkirurgisk afdeling og neurokirurgisk afdeling.*

*Der blev blandt andet klaget over, at patienten fik en stafylokokinfektion i ryggen som følge af epiduralkateteret, idet patienten mente, der var urent i forbindelse med anlæggelsen og genanlæggelsen af kateteret.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere reservelægen, anæstesisygeplejerskerne eller sygeplejersken.

Nævnet lagde vægt på, at anlæggelsen foregik ukompliceret. Anlæggelsen omfattede steril afvaskning 2 gange, afdækning med sterile stykker, anvendelse af sterile engangsartikler samt brug af sterile handsker.

Nævnet lagde endvidere vægt på, at sygeplejersken fulgte afdelingens instruks og afsprittede kateteret og klippede et lille stykke af med en steril saks, da hun opdagede, at kateteret til epiduralpumpen var gået fra ved filteret.

Det var nævnets opfattelse, at denne procedure var i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard, idet man ved afspritning sikrer, at der ikke er forurening på ydersiden af kateteret, og at man ved at klippe et stykke af kateteret sikrer, at der ikke er forurening i den indvendige del.

Det var endvidere nævnets opfattelse, at en epidural byld (absces) er en sjælden, men kendt komplikation ved anlæggelse af epiduralkateter. Bakterien stafylococcus aureus, som blev fundet hos patienten, er den hyppigst forekomne bakterie ved epidural byld.

Nævnet oplyste, at en epidural byld af den beskrevne type forekommer i størrelsesforholdet 1:10.000 af samtlige indlæggelser og forekommer typisk spontant i 80-90 % af tilfældene, mens det 1:10 % af tilfældene forekommer ved instrumentering i ryggen.

Det var nævnets opfattelse, at den hos patienten opståede komplikation med stafylokokinfektion fra epiduralkateterspidsen var hændelig og ikke kunne tilskrives, at behandlingen i forbindelse med anlæggelsen af epiduralkateteret samt den efterfølgende behandling blev udført under normen for almindelig anerkendt faglig standard.

### **Sag 9 (ref. sag 5) Klage over udvikling af blodforgiftning i forbindelse med anlæggelse af epiduralkateter**

*En 48-årig mand fik i 2003 bortamputeret sit venstre underben (krusamputation) på grund af manglende blodforsyning.*

*Den 10. oktober 2004 blev han indlagt på karkirurgisk afdeling på grund af kaffegrums-lignende opkastninger samt smerter i amputationsstumpen.*

*Den 12. oktober 2004 blev der foretaget et karkirurgisk indgreb med henblik på forbedring af blodtilførslen til amputationsstumpen, idet smerterne skyldtes nedsat blodforsyning.*

*Den 13. oktober 2004 anlagde en overlæge et rygmarskateter til indgift af smertestillende medicin, idet patienten fortsat havde smerter fra venstre benstump. Overlægen forsøgte først anlæggelse på ét lændeniveau (L2/L3), men da dette kateter lå forkert, blev et nyt anlagt på et lavere niveau (L4/L5).*

*Den 16. oktober 2004 var epiduralkateteret gledet ud. En 1. reservelæge anlagde et nyt rygmarskateter, idet han først forsøgte anlæggelse på ét niveau (L3/L4). Dette lå dog forkert, og han måtte anlægge et nyt lige ovenfor (L2/L3).*

*Samme dag blev patienten flyttet til andet sygehus på grund af pladsmangel. Kort efter ankomsten dertil fik patienten høj feber, smerter fra kateteret og tegn til infektion omkring kateterets indstikssted. Videre undersøgelser afslørede infektion i rygmarskanalen involverende hjernehindene (meningitis).*

*Den 17. oktober 2004 blev patienten igen overflyttet til andet sygehus og gennemgik et længere forløb. Infektionen i hjernehinde og rygmarskanal viste sig at*

være forårsaget af en bakterie, der var vanskelig at behandle (MRSA af Vejle typen).

*Den 30. marts 2004 afgik patienten ved døden.*

*Der blev blandet andet klaget over, at patienten i forbindelse med lumbalpunktur (aftapning af hjerne-rygmarvsvæske) blev påført en bakterie, der udviklede sig til blodforgiftning.*

Patientklagenævnet fandt ikke grundlag for at kritisere overlægen. Nævnet lagde vægt på, at han ved indgrebet den 13. oktober 2004 anvendte hue, mundbind og handsker samt steril afdækning forudgået af afvaskning af produktionsområdet med desinfektionsmiddel.

Nævnet fandt ikke grundlag for at kritisere 1. reservelægen, idet nævnet ikke fandt grundlag for at fastslå, at han ikke havde fulgt almindelige hygiejniske forholdsregler ved indgrebet den 16. oktober 2004. Der forelå modstridende oplysninger i sagen, idet klager havde anført, at 1. reservelægen ved indgrebet var iført åbenstående kittel, at han ikke vaskede hænder og ikke havde handsker eller åndedrætsværn på. Ifølge 1. reservelægen fandt indgrebet sted i almindeligt aseptisk regime med brug af hue, mundbind og sterile handsker og med desinficering af hænderne.

I tilfælde med modstridende oplysninger gælder et almindeligt retsprincip om, at tvivlen skal komme den indklagede til gode.

Nævnet oplyste, at der ved enhver diagnostisk eller terapeutisk procedure, hvor der sker en gennemtrængning af den intakte hudbarriere, er en risiko for, at der kan opstå infektion. Det gælder, selv om indgrebet har været udført helt efter forskrifterne.

## **9 KLAGER OVER SPINALHOVEDPINE**

Det kan indledningsvis oplyses, at spinalhovedpine i efterforløbet af en rygbedøvelse forekommer hos 1-5 % af de patienter, som har fået anlagt epiduralkateter. Hos hovedparten af disse patienter

skyldes hovedpinen en utilsigtet punktur af den hårde hjernehinde, som afgrænser rygmarven og rygmarvsvæsken.

Det kan endvidere oplyses, at det oftest skyldes en hændelig komplikation til anlæggelsen, at der efterfølgende opstår hovedpine.

## 9.1 Konkret afgørelse

Følgende afgørelse belyser nævnets praksis vedrørende spinalhovedpine.

### Sag 10 Klage over hovedpine i forbindelse med rygmarvsbedøvelse

*En 31-årig kvinde fik indsat en knæprotese i højre knæled. Indgrebet blev udført i kombineret spinalepiduralbedøvelse, således at epiduralkateteret skulle blive siddende med henblik på postoperativ smertebehandling.*

*Kort tid efter operationen fik patienten hovedpine, som var værst i siddende stilling, mens der var nogen lindring i liggende stilling.*

*Den følgende dag havde patienten fortsat hovedpine, og det blev vurderet, at der kunne være tale om spinalhovedpine, og der blev anbefalet fortsat smertebehandling via epiduralkateteret samt rigeligt med væske, Kodein og fladt sengeleje. Patienten ønskede imidlertid at få fjernet epiduralkateteret.*

*Patienten fik samme aften anlagt en blood patch, som havde god effekt på hovedpinen.*

*Der blev klaget over, at patienten efter operation i rygmarvsbedøvelse udviklede kraftig hovedpine, og at hun først fik anlagt blood patch 1½ døgn efter.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af lægen, idet bedøvelsen og den efterfølgende primært konservative behandling af patientens hovedpine var i overensstemmelse med normen for almindelig faglig standard.

Nævnet oplyste, at der ved en spinalbedøvelse er risiko for, at der efter operationen kan opstå en såkaldt spinalhovedpine. Årsagen antages at være, at der gennem det

fremkaldte hul i den hårde hjernehinde kan ske en lækage af rygmarsvæsken. Derved kan væsketrykket omkring rygmarven og hjernen falde, hvilket kan fremkalde hovedpine. En mulig behandling af spinalhovedpine er at forsøge at lukke det opståede hul i den hårde rygmarvshinde ved at indsprøjte noget af patientens eget blod i epiduralrummet (en såkaldt epidural blood patch), idet der dannes et blodkoagel, som lukker hullet.

Nævnet oplyste endvidere, at det anses for karakteristisk for spinalhovedpine, at den forsvinder, når patienten ligger ned.

Nævnet oplyste endeligt, at spinalhovedpine kan være voldsomt generende for patienten, men i mange tilfælde er spontant forbigående med en varighed på højst 4-5 dage. Konservativ behandling af spinalhovedpine, bestående i sengeleje, rigelig væskeindgift og smertestillende stærk medicin, er derfor sædvane på mange anæstesiaafdelinger.

## **10 KLAGER OVER BLODTRYKSFALD**

Det kan indledningsvis oplyses, at blodtryksfald i nær tilslutning til anlæggelse af epiduralbedøvelse er en almindeligt forekommende bivirkning til bedøvelsen.

### **10.1 Konkret afgørelse**

Følgende afgørelse belyser nævnets praksis vedrørende blodtryksfald i forbindelse med anlæggelse af epiduralbedøvelse.

#### **Sag 11 Klage over blodtryksfald i forbindelse med genanlæggelse af epiduralkateter**

*En 61-årig mand blev indlagt med henblik på en knæoperation på grund af slidgigt. Han havde tidligere haft en blodprop i hjernen, og han havde fortsat følger heraf, ligesom han havde forhøjet blodtryk, som dog var stabilt.*

*Operationen forløb uden problemer. Dagen efter blev det imidlertid vurderet, at patienten ikke var tilstrækkeligt smertedækket, samt at der var blod i epiduralkateteret, hvorfor der blev lagt et nyt, mens patienten lå lejret i sideleje. På grund af smerter ved lejringen blev der samtidig givet morfin.*

*Efter anlæggelsen af det nye kateter fik patienten uventet lavt blodtryk og blev ukontaktbar. Patienten blev derfor behandlet med Efedrin samt væske, hvorefter blodtrykket langsomt rettede sig.*

*Efterfølgende fik patienten endvidere modgift til morfinen, og han vågnede lidt op på dette, og det blev herefter konstateret, at patienten havde fået en ny blodprop i hjernen.*

*Der blev klaget over, at patienten ikke fik korrekt behandling i forbindelse med skift af epiduralkateter, idet han ikke kunne tåle blodtryksfald.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af lægen, idet behandlingen af blodtryksfaldet var i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.

Nævnet oplyste, at lejring i sideleje er normal lejring ved anlæggelse af epiduralkateter.

Nævnet vurderede, at patientens blodtryksfald blev behandlet relevant, og der blev indgivet medicin i doser, som var i overensstemmelse med almindelig anerkendt faglig standard.

## **11 FØLEFORSTYRRELSER EFTER EPIDURALKATETER**

Selv ved korrekt anlæggelse af et epiduralkateter kan der forekomme påvirkning af de nervebaner, som passerer igennem epiduralrummet. Forekomsten heraf angives til ca. 1,6 pr. 10.000 anlagte epiduralkateter. I lang den største del af disse tilfælde er påvirkningen forbigående således, at hovedparten af patienterne er symptomfri efter 3 måneder og langt de fleste efter 1 år.

Ved en epidural indgift af lokalanæstetimidler tilstræbes og opnås ofte blokade af de sensoriske nerver ("smertenerver"). Ved svære smerter kan det for at opnå tilstrækkelig smertelindring være nødvendigt at indgive lokalanæstetimidler i en sådan mængde, at der også indtræder en – i og for sig uønsket, men uundgåelig – blokade af de motoriske nerver ("bevægenerver"). Denne motoriske

blokade, som er ufarlig, men som eventuelt kan opleves ubehagelig af patienten, vil oftest på grund af epiduralrummets anatomiske natur kunne omfatte andet end blot det område, hvor operationen foregår, for eksempel også det højre ben, uanset at operationen foregår i venstre ben.

Følgende sager illustrerer, at der efter anlæggelse af kateter i rygmarvskanalen til bedøvelse (epiduralkateter) kan opstå føleforstyrrelser.

### **Sag 12 Klage over føleforstyrrelser i ben**

*En 54-årig kvinde fik fjernet livmoderen, og efter operationen blev der anvendt epiduralsmertepumpe. Patienten kunne efter opvågning vippe med begge fødder, men der var føleforstyrrelser i over- og underben.*

*Der blev klaget over, at der blev begået fejl ved smertebehandlingen, da patienten blev følelsesløs i venstre knæ og ben.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af lægen, idet nævnet lagde vægt på, at selve indgrebet blev foretaget i en kombineret rygmarvsbedøvelse. Der blev dels anlagt en såkaldt spinalbedøvelse og en epiduralbedøvelse. Anlæggelsen af såvel epiduralkateter som spinalkanyler foregik uden problemer.

Nævnet oplyste, at spinalbedøvelse er en lokalbedøvelsesmetode, hvor der indgives en lille mængde lokalbedøvelsesmiddel direkte i rygmarvsvæsken. Fordelen herved er, at metoden giver hurtigt anslag og er særdeles effektiv. Ved epiduralbedøvelse indføres et tyndt kateter i et hulrum uden for den hårde rygmarvshinde (epiduralrummet). Fordelen ved denne metode er, at der flere døgn efter operationen kan tilføres lokalbedøvelsesmiddel i dette kateter og derved holdes patienten helt eller delvis smertefri.

Det fremgik af journalen, at patienten om eftermiddagen efter operation samme dag kunne vippe med fødderne, men havde føleforstyrrelser i over- og underben.

Det var nævnets opfattelse, at føleforstyrrelser i over- og underben så kort tid efter operationen ikke er usædvanligt og ikke behøver at være udtryk for, at rygmarvsbedøvelsen blev anlagt forkert.

Nævnet oplyste, at selv efter relevant anlæggelse af et epiduralkateter kan der forekomme påvirkning af de nervebaner, som passerer igennem epiduralrummet.

### **Sag 13 Klage over føleforstyrrelser i ben**

*En 68-årig kvinde fik foretaget indsættelse af kunstigt knæled. Operationen blev udført i rygmarvsbedøvelse (kombineret epidural- og spinalanæstesi) og blev fortsat som smertestillende behandling i opvågningsafsnittet og efterfølgende i stamafdelingen.*

*Efter operationen havde patienten mange smerter. Det var lidt vanskeligt at finde den rette dosis morfin for at holde patienten smertefri, hvilket medførte kraftnedsættelse, også i det raske højre ben, men efter ophør med epiduralanæstesen blev kraft og følelse i benene normal.*

*Der blev blandt andet klaget over, at der skete en fejl ved rygmarvsbedøvelsen, idet patienten efterfølgende var lam i begge ben. Det blev oplyst, at lammelsen kun fortog sig langsomt.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af lægen, idet nævnet oplyste, at selve operationen ved denne form for rygmarvsbedøvelse, som er en anerkendt og meget brugt teknik, foregår i såkaldt spinalanæstesi, medens det i forbindelse med anæstesianlæggelsen indlagte epiduralkateter (kateter udenpå den hårde rygmarvshinde) anvendes til smertebehandling de første dage efter operationen.

Det fremgik af anæstesijournalen, at patienten efter en ukompliceret operation blev overflyttet til opvågningsafdelingen, og da spinalanæstesen helt som forventet begyndte at aftage efter et antal timer, påbegyndtes en infusion af lokalanæstesimiddel og morfin igennem epiduralkateteret.

Det fremgik videre af journalen, at der blev foretaget en justering af epiduralinfusionen, da patienten nogle timer senere havde smerter i det opererede knæ.

Det fremgik af medicinjournalen, at den fortsatte epidurale smertelindring lejlighedsvist blev suppleret med morfinindgift, og at den i de følgende dage, i overensstemmelse med etableret sædvane, blev forestået af stamafdelingen uden anæstesiaafdelingens medvirken.

Nævnet oplyste, at bedøvelsen i en sådan situation, hvor svære smerter gør det nødvendigt for at opnå tilstrækkelig smertelindring at indgive lokalanæstesimiddel i en sådan mængde, oftest på grund af epiduralrummets anatomiske natur vil omfatte det ikke opererede ben, idet der også indtræder en – i og for sig uønsket, men uundgåelig – blokade af de motoriske nerver ("bevægenerver"). Denne motoriske blokade, som er ufarlig, kan eventuelt opleves ubehagelig af patienten.

#### **Sag 14 Klage over føleforstyrrelser i fødder**

*En 59-årig kvinde henvendte sig på hospital for at få fjernet en knude i endetarmen. Der blev anvendt epiduralanæstesi som smertelindring. Ved kontrol i afdelingen cirka 5 uger efter operationen oplyste patienten, at der var føleforstyrrelser (paræstesier) i begge fødder.*

*Der blev blandt andet klaget over, at der blev begået fejl i forbindelse med anlæggelsen af epiduralanæstesi, idet patienten fik paræstesier i begge ben.*

Nævnet fandt ikke grundlag for kritik af lægen, idet nævnet oplyste, at brugen af epiduralkatetere til smertelindring efter større operationer er en metode som anbefales af mange, idet den effektive smertelindring muliggør en hurtig mobilisering og dermed en hurtigere udskrivelse og rekonvalescens.

Det var på baggrund af de foreliggende oplysninger nævnets vurdering, at epiduralkateteret blev anlagt og anvendt i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard.

Da patienten stadigvæk cirka 5 uger efter operationen havde brændende og stikkende fornemmelser i begge ben, dog mest udtalt på højre side, blev vedkommende henvist til en neurologisk afdeling, hvor den neurologiske undersøgelse, der omfattede sensibilitet, muskelkraft og reflekser, var normal.

Nævnet oplyste videre, at neurologiske komplikationer i forbindelse med anvendelse af et epiduralkateter sjældent forekommer, og at de i langt de fleste tilfælde er af forbigående karakter.

## 12 SAGSOVERSIGT

|  |    |
|--|----|
| Sag 1 (ref. sag 2) Klage over manglende information om komplikationer ved rygmarsbedøvelse...  | 9  |
| Sag 2 (ref. sag 1) Klage over manglende information om komplikationer og bivirkninger forud for rygmarsbedøvelse (spinalanæstesi)..... | 13 |
| Sag 3 Klage over for mange forsøg på indstik.....  | 14 |
| Sag 4 Klage over forsøg på anlæggelse af rygmarsbedøvelse flere gange .....  | 16 |
| Sag 5 (ref. sag 9) Klage over, at anlæggelse af epiduralkateter måtte udføres 2 gange .....  | 17 |
| Sag 6 Klage over udvikling af byld på ryggen i forbindelse med rygmarsbedøvelse .....  | 19 |
| Sag 7 Klage over betændelse ved 3. og 4. lændehvirvel efter rygmarsbedøvelse .....   | 20 |
| Sag 8 Klage over stafylokokinfection som følge af epiduralkateter i forbindelse med anlæggelse og genanlæggelse af kateteret .....     | 21 |
| Sag 9 (ref. sag 5) Klage over udvikling af blodforgiftning i forbindelse med anlæggelse af epiduralkateter.....                        | 23 |
| Sag 10 Klage over hovedpine i forbindelse med rygmarsbedøvelse .....   | 25 |
| Sag 11 Klage over blodtryksfald i forbindelse med genanlæggelse af epiduralkateter .....   | 26 |
| Sag 12 Klage over føleforstyrrelser i ben .....  | 28 |
| Sag 13 Klage over føleforstyrrelser i ben .....  | 29 |
| Sag 14 Klage over føleforstyrrelser i fødder.....  | 30 |