

Agder lagmannsrett - LA-1997-1294

Instans	Agder lagmannsrett - Dom.
Dato	1999-03-15
Publisert	LA-1997-1294
Stikkord	Erstatningsrett. Skadeserstatningsloven § 2-1, tvistemålsloven § 151 annet ledd.
Sammendrag	Sykehuseier ble erstatningsansvarlig for hjerneskade på gutt med cerebral parese. Lagt til grunn at fødselen i en kritisk situasjon ble forsinket ca. tre minutter som følge av at en ofte brukt type tang manglet på fødestuen og at denne måtte hentes fra en annen stue. I følge sakkyndig uttalelse kunne guttens helsesituasjon vært en helt annen uten forsinkelsen. Lagmannsretten bygget på denne sakkyndiges forklaring om at situasjonen ble vesentlig forverret som følge av forsinkelsen. Forverringen av skaden ansett å skyldes erstatningsbetingende uaktsomhet etter skadeserstatningsloven § 2-1 fra sykehusets side. De som arbeidet med fødselshjelpen og la til rette for den måtte ses som en enhet, brist i rutinen måtte ses på samme måte. På dømmelsen delt etter tvistemålsloven § 151.
Saksgang	Tønsberg byrett nr: 95-01163 - Agder lagmannsrett LA-1997-1294 A. Anke til Høyesterett nektet fremmet, HR-1999-466 K.
Parter	Ankende part: A (Prosessfullmektig: Advokat Edmund Asbøll). Ankemotpart: Vestfold fylkeskommune (Prosessfullmektig: Advokat Arne Lie).
Forfatter	Lagmann Ola Rygg, formann. Lagdommer Erling Strand. Byrettsdommer Jon Kapelrud. Fire meddommere.

Den 8. oktober 1992 kl. 06.48 fødte B en gutt på X Sentralsykehus i Y. Etter forløsningen var han uten tegn til liv, og ble straks overført til barneavdelingen for å forsøke gjenopplivning. Dette lykkedes, men han har fått en alvorlig hjerneskade, og er sterkt fysisk funksjonshemmet av cerebral parese. I henhold til diagnosen fra barneavdelingen er det overveiende sannsynlig at skaden er oppstått under fødselen som en følge av markert fødselsasfyksi, det vil si mangel på oksygen.

Barnets foreldre, B og C, reiste erstatningssak ved Tønsberg byrett mot Vestfold fylkeskommune som sykehuseier, idet det ble anført at guttens - As - skade skyldes ansvarsbetingende feilbehandling på sykehuset.

Fylkeskommunen bestred at det var begått ansvarsbetingende uaktsomhet fra sykehusets side.

Partene var enige om å dele saken etter tvistemålslovens § 151 annet ledd, slik at retten først tar stilling til spørsmålet om erstatningsansvar, og at eventuell pådømmelse av kravets omfang utsettes.

Tønsberg byrett oppnevnte professorene dr. med. Narve Moe og dr. med. Kåre Molne som medisinsk sakkyndige. De avga skriftlige erklæringer til byretten henholdsvis 26. og 27/6 - 1997. Under henvisning til tvistemålslovens § 248 ble tidligere overlege ved Aker sykehus/privatpraktiserende, dr. Torkel Ruud, av byretten tillatt ført som privat engasjert sakkyndig.

Den 16/7 - 1997 avsa Tønsberg byrett dom i saken med slik domsslutning:

«1. Vestfold fylkeskommune frifinnes.

2. Hver av partene bærer sine saksomkostninger og dekker en halvdel av utgiftene til de rettsoppnevnte sakkyndige.»

Saksforholdet og partenes anførsler for byretten fremgår av dens dom.

A v/foreldrene som verger og med advokat Edmund Asbøll som prosessfullmektig, har anket dommen til Agder lagmannsrett.

Vestfold fylkeskommune, med advokat Arne Lie som prosessfullmektig, har imøtegått anken.

Ankeforhandling ble holdt i Tinghuset, Tønsberg, den 16. 17. og 18/2 - 1999. B og C møtte sammen med prosessfullmektigen, og avga forklaringer. Fra Vestfold fylkeskommune møtte juridisk rådgiver Svein Gansum og fylkeskommunens prosessfullmektig. Det ble avhørt 8 vitner - som foruten de tre sakkyndige for byretten var overlegene Hans A Sande, Harald Broch, Jan Anders D, Hans Klausen og Narve Moe.

Fra vergenes side - nedenfor benevnt A og B - er det for lagmannsretten anført at det hadde vist seg slike faresignaler både kvelden før fødselen og utover natten, at det må bebreides sykehuset at det ikke ble foretatt keisersnitt flere timer før, allerede om kvelden den 7/10 eller natten til den 8/10. Så vidt forstås er dette en ny anførsel for lagmannsretten, som det har vært en omfattende bevisførsel om. I byrettens dom heter det at det var ubestridt at det ikke var grunn til å rette bebreidelser mot sykehuset frem til kl. 05.45 om morgenen den 8/10.

For øvrig står saken i hovedtrekk i samme stilling for lagmannsretten som for byretten. Etter bevisførselen finner lagmannsretten å kunne vise til byrettens beskrivelse av faktum i saken. Det er heller ikke for lagmannsretten uenighet om det faktiske hendelsesforløp. Striden står om det fra sykehusets side er gjort feil som må føre til at fylkeskommunen er erstatningsansvarlig.

Når det gjelder vurderingen av de undersøkelser som ble gjort, og de signaler CTG-registreringen ga fra kvelden den 7/10 og utover natten, er oppfatningen blant de sakkyndige vitnene til dels svært forskjellig.

I 1992 var B 27 år og første gangs gravid. Hun gikk jevnlig til svangerskapskontroll hos dr. Sidsel Zontag som anslo termin til 21/9 - 1992. Det var ikke noe å bemerke til kontrollene. Ved siste legekonsultasjon den 1/10 hadde fru B gått 10 dager over tiden. Hun ble henvist til fødselspoliklinikken ved X sentralsykehus. Ved konsultasjon den 2/10 konstaterte man at barnets hode ikke hadde festet seg i bekkeninngangen, og at livmorhalsen var relativt «umoden». De sakkyndige har uttalt at dersom fosterhodet er festet i bekkeninngangen og livmorhalsen er moden, vil det normalt ligge vel til rette for igangsettelse av fødselen. Etter undersøkelsen ble fru B bedt om å komme tilbake for ny undersøkelse den 5/10 som var 14 dager etter beregnet termin.

Den 5/10 var situasjonen stort sett uforandret. Det ble besluttet å behandle fru B med et prostaglandin, et hormon som i følge de sakkyndige kan ha effekt slik at mormunnen åpner seg og fødselen kommer i gang. Denne behandlingen startet den 5/10 kl. 10.30. Frem til ca. kl. 12.30 ble hun overvåket med kardiogram -

CTG-registrering. Hun fikk noen rier som etterhvert ble uregelmessige, og hun var oppe og gikk. Ved undersøkelse kl. 17.00 fant man at fosterhodet hadde festet seg i bekkeninngangen, men mormunnen var bare åpen for to fingre. Fosterlyden - fosterets hjerterefrekvens - ble registrert hver time og var tilfredsstillende.

Fru B ble flyttet til barselavdelingen hvor hun var til neste dag, den 6/10. Undersøkelser med CTG viste tilfredsstillende forhold for fosteret, og fru B ble permittert til den 7/10 for å få en hviledag.

Hun ble undersøkt på fødeavdelingen den 7/10 omkring kl. 09.00, og tilstanden var fortsatt uforandret. Klokken 09.45 ble det satt i gang dryppkur for å fremkalle rier og få fødselen i gang. Fra da av ble tilstanden overvåket med CTG-registrering helt frem til fødselen.

Klokken 16.00 kom spontan avgang av fostervannet. Etter det opplyste var det litt blodig, ellers i orden.

Fra da av kom riene hyppigere og ble sterkere etterhvert. Fru B har forklart at hun hadde store smerter. For å lindre smertene fikk hun diazepam kl. 19.15 og petidin klokken 20.45, uten at det hadde særlig effekt. Hun har forklart at hun ca. kl. 22.00 ønsket å få keisersnitt. Hennes mann tok det opp med jordmoren som sa at keisersnitt ikke var aktuelt.

Klokken 22.45 ble dr. D kontaktet over telefon med spørsmål om fru B kunne få epidural, hvilket hun fikk. Det lindret smertene. I dr. Ds «Operasjonsbeskrivelse» heter det:

«Undertegnede undersøker så pas. kl. 23.00. Hun har da middels gode rier. Ligger med intern CTG-registrering som er uten anmerkning. M.m. åpning da 4 cm, tykk, stram m.m. kant. Hodet godt festet. Man blir så tilkalt p.g.a. dårlig fosterlyd litt før kl. 06.00. Man ser da en bred decelerasjon på CTG-kurven, kurven før dette imidlertid helt upåfallende. Ifølge jordmor har det ikke forekommet decelerasjoner tidligere. Man observerer så i ytterligere et kvart og under denne tiden er CTG-mønstrer komplett normalt.

Ved vaginal undersøkelse er m.m. utslettet, hodet står straks nedenom spina, men p.g.a. moderat fødselssvulst er det noe vanskeligheter med å orientere seg om pilsømmen.

Man observerer så CTG-registreringen ytterligere et kvarters tid, og den er komplett upåfallende.

Man forlater imidlertid ikke fødeavsnittet med tanke på denne dype deselerasjonen. Man blir så tilkalt inn på stuen på nytt ca. kl. 06.35 p.g.a. langsom fosterlyd.»

Klokken 05.45 fikk fru B hjelp til å bli snudd over på siden. Jordmoren observerte da et fall i fosterhjerterefrekvensen på CTG-registreringen fra ca. 120 slag i minuttet, som er normalt, til ca. 60 slag der det holdt seg et par minutter. Fru B ble straks lagt over på ryggen igjen, og i løpet av 3 minutter tok frekvensen seg opp til 130 slag/minutt. Dette er den brede deselerasjonen som D sa at han så på CTG kurven litt før kl. 06.00, jfr. det som er sitert ovenfor. For lagmannsretten har D forklart at han regnet med at deselerasjonen kom fordi hun skiftet stilling. Det vistes ved at den kom da hun ble lagt på siden og at den rettet seg opp da hun ble snudd tilbake. D har forklart at han derfor ikke så noe unormalt i det, og tok det ikke som noe faresignal. Fra kl. 06.00 bedømmer han registreringen for å være i orden til det kommer et kortvarig fall i kurven kl. 06.23. Klokken 06.30 kommer det så plutselig dramatiske utslag og han skjønner at barnet er meget dårlig. Han forstår at han må få barnet ut så snart som mulig, og bedømmer det slik at den beste løsningen vil være å ta det med tang. Han ber om Simpson tang, men får feil type, ber straks om en ny, men får heller ikke nå den riktige. Det viser seg at det ikke er riktig tang på deres fødestue. Jordmor løper ut på en annen stue og har nå med en Simpson tang. Det viser seg imidlertid at han ikke får festet tangen fordi hodet står på skrå. Han fester umiddelbart en sugekopp til barnets hode og drar. D har forklart at hvert sekund nå fortoner seg som veldig langsomt. Snoren til sugekoppen ryker, men han regner ikke med at det forsinket fødselen fordi han har oppnådd å få hodet tangrett på bekkenbunnen. Han kan da feste tangen og får ut et meget dårlig barn. At han ikke fikk riktig tang med en gang forsinket noe, det var så hektisk at det ikke er lett å anslå, men han kan vanskelig forstå at det ble mer enn 2 - 3 minutter, har han forklart.

Vitnene Moe, Molne og Klausen har forklart at det ikke er unormalt at det blir deselerasjoner når den fødende skifter stilling, og at dr. D tolket deselerasjonen på en måte som faglig sett er den de anser for å være vanlig i slike tilfeller.

For lagmannsretten har det vært betydelig uenighet mellom de sakkyndige vitnene om CTG-kurven ga faresignaler allerede den 7/10 og utover natten til den 8/10, slik at man skulle tatt keisersnitt på et tidlig tidspunkt, og at faresignalene i allefall var slik at barnet burde vært tatt med keisersnitt da man fikk deselerasjonen kl. 05.45.

Dr. Sande som er nytt vitne for lagmannsretten, har ledet fødeavdelingen på Ullevål sykehus i mange år. Han har forklart at han festet seg ved at CTG-kurven viste en flattere basallinje fra den 7/10 ca. kl. 16.15, og at den holdt seg flat med små variasjoner til henimot kl. 21.30. Etter Sandes mening var det ingen normal registrering, men et tegn på at det kunne være surstoffmangel hos fosteret, og at det var indikasjon for keisersnitt allerede kl. 17.00, særlig fordi hodet ikke kom ned. Dessuten visste man at det var et stort foster og at moren hadde gått over termin. Han ville selv ha foretatt keisersnitt om ettermiddagen/kvelden den 7/10. Det som hendte på morgenen den 8/10 må vurderes med de tidligere faresignalene som bakgrunn. Leieforandringen hos moren kl. 05.45 kunne forandre fosterets hjertefrekvens, særlig når barnet sliter. Småtaktene i kurven etter dette fallet i hjertefrekvensen er etter hans mening typisk for et foster som holder på å dø. Han mener at situasjonen da, og i stigende grad fremover, var slik at den tilsa at det var prekært å få tatt keisersnitt.

Overlege Torkel Rud som er spesialist i gynekologi og fødselshjelp, var vitne også for byretten. Han har forklart at han da ikke hadde merket seg de flate basalkurvene på CTG-registreringen den 7/10, men at han nå i det vesentlige tolker på samme måte som Sande, selv om det er en mulighet for at kurven flatet ut fordi fosteret sov. Under ankeforhandlingens tredje dag ble CTG-registreringen for natten til den 8/10 fremlagt. I en tilleggsforklaring mente han det hadde vært klar sendeselasjon fra omkring kl. 05.15, dvs. at utslaget på CTG-kurven kom etter rien på en måte som tydet på surstoffmangel hos fosteret. Ut fra det mente han det burde vært tatt «katastrofekeisersnitt» etter deselerasjonen kl. 05.45, hvilket kunne vært utført på ca. 10 minutter.

Vitnet professor dr. med. Molne, overlege ved kvinneklinikken i Trondheim, og vitnet professor dr. med. Moe, tidligere overlege og sjef ved kvinneklinikken på Rikshospitalet, avga som nevnt foran skriftlige erklæringer for byretten. For lagmannsretten har de uttalt at de ikke finner grunn til å endre erklæringene. De har i det vesentlige hatt sammenfallende syn på om man på sykehuset ut fra de opplysninger man hadde og de indikasjoner som til enhver tid forelå, der og da valgte å gå frem på en faglig forsvarlig måte.

De har begge forklart at utflatningen i CTG-kurven om kvelden den 7/10, med abrupt utflating og abrupt normalisering, tyder på at fosteret sov. Det er normalt. Registreringen om natten var etter deres mening også normal med fin variabilitet.

Deselerasjonen på CTG-kurven kl. 05.45 var det naturlig å reagere på, og jordmoren gjorde rett ved å tilkalle dr. D. Når han får høre at denne deselerasjonen kom samtidig med at fru B skiftet stilling, var det fra et faglig syn naturlig at han ikke så det som en indikasjon for keisersnitt. Utslag på CTG-kurven er ikke uvanlig ved leieforandring. Det kan skyldes en midlertidig klem på navlestrengen. Både Molne og Moe har forklart at de ikke så faresignal på CTG-registreringen fra kl. 06.00 før kl. 06.23 da det skjedde et plutselig fall i kurven, og særlig fra kl. 6.30 da situasjonen ble slik at man åpenbart måtte gå til forløsning. De mener D handlet i tråd med hva de mener de fleste fødselshjelpere i Norge ville gjort når han bestemte seg for å forløse barnet med tang. Etter deres mening fremsto det trolig som den raskeste fremgangsmåten. De mener at ingen av de som hadde med fødselen å gjøre gjorde noe som avvok fra det som er standard medisinsk adferd. Moe har uttalt at han i likhet med D neppe ville gjort noe før kl. 06.30. Han mener D ikke har gjort noe han kan klandres for. Tangforsinkelsen som følge av at det ikke var riktig tang på sykestuen, er imidlertid kritikkverdigg. Han mener det er vanskelig å bedømme hva denne tidsforsinkelsen kan ha betydd.

Overlege ved barneavdelingen ved sykehuset, Harald Broch, har forklart at et barn i forbindelse med fødsel kan tåle lenger surstoffmangel enn voksne. Men når skade først inntreffer som følge av nedsatt og/eller plutselig avbrutt surstofftilgang til hjernen spiller hvert minutt stor rolle. Uten forsinkelsen med tangen, f.eks på 3 minutter, kunne barnets tilstand vært en annen.

Lagmannsretten kommer nærmere inn på Brochs uttalelser nedenfor.

A v/verger har sammenfatningsvis anført:

A er 100% invalid som følge av skader han fikk i i forbindelse med fødselen på X Senstralsykehus. Skaden er en følge av feil ved den fødselshjelpen fru B fikk ved sykehuset, og feilene er voldt ved erstatningsbetingende uaktsomhet fra sykehusets side. De krav fru B med rimelighet kunne stille til sykehuset - virksomheten - er tilsidesatt. De ansatte som utførte sykehusets tjeneste må i den sammenheng bedømmes som team. Som sykehuseier er Vestfold fylkeskommune erstatningsansvarlig etter skadeserstatningslovens § 2-1.

Når man tar utgangspunkt i forklaringene til Rud og Sande får man sammenheng mellom begivenhetsbildet og guttens skade. Deres faglige vurderinger tilsier at man på et tidlig tidspunkt, allerede kvelden den 7/10, burde sett at det lå an for å forløse barnet med keisersnitt. CTG-registreringen ga faresignaler, også om natten frem til den 8/10 som gjorde at man burde vært ekstra på vakt. Det var i allefall faglig uforsvarlig ikke å ta keisersnitt da deselerasjonen kom kl. 05.45. Fru B hadde gått langt over tiden, man visste eller burde vite at barnet var stort og man burde i alle fall sett at det hadde vært visse faresignaler på CTG-registreringen. Det var

da ikke forsvarlig å godta fru Bs skifte av stilling som eneste forklaring på deselerasjonen. Hadde man tatt keisersnitt da, er det stor sannsynlighet for at den fatale skaden hadde vært unngått.

Etter forklaringene til Sande og Rud var det også faglig uforsvarlig å velge vaginal forløsning fremfor «hastekeisersnitt», eller «katastrofekeisersnitt» etter at CTG-registreringen ca. kl. 06.25 viste at noe virkelig galt var i ferd med å skje.

Under enhver omstendighet er forsinkelsen som oppsto ved at det ikke var riktig tang på sykestuen alene tilstrekkelig til at sykehuseieren må være ansvarlig. Simpson tang, som var den D trengte, viste seg ikke å være på fødestuen. Det var utvilsomt svikt i en forsvarlig sykehusrutine. D fikk feil tang to ganger, og til slutt måtte det hentes en tang fra en annen stue. Simpson tang er vanlig utstyr på fødestuene, og det er viktig at de er for hånde i en prekær situasjon som i dette tilfelle. Etter bevisførselen må det legges til grunn at fødselen ble forsinket i minst 3 minutter som følge av at tangen ikke var der. Etter overlege Brochs forklaring har forsinkelsen hatt stor betydning. Det er overveiende sannsynlig at guttens helsesituasjon hadde vært en ganske annen om man ikke hadde rotet med tengene.

Det anføres at det er overveiende sannsynlig at forsinkelsen med tangen i allefall har vært årsak til en vesentlig forverring av skaden.

A v/verger har lagt ned slik påstand:

- «1. Vestfold fylkeskommune finnes erstatningsansvarlig for den skade A ble påført ved fødsel 08.10.1992.
2. Ankemotparten dømmes til å erstatte den ankende part sakens omkostninger for byrett og lagmannsrett.»

Vestfold fylkeskommune har sammenfatningsvis anført:

Forklaringene til Moe, Molne og Klausen viser at D har handlet i samsvar med det som anses faglig forsvarlig av høyt kompetente spesialister. Deres forklaringer har vist at Ds faglige vurderinger og handlemåte var på linje med det som lenge har vært vanlig praksis og teoretisk oppfatning på så store klinikker som kvinneklinikken ved Rikshospitalet, jfr. Moes forklaring, og kvinneklinikken i Trondheim, jfr. Molnes forklaring. D, som er spesialist i gynekologi og fødselshjelp, er utdannet ved Haukeland sykehus. Han har forklart at han begynte med aktiv fødselshjelp i 1981.

Når hans vurderinger og handlemåte i de situasjonene som oppsto under fru Bs opphold på sykehuset fullt ut karakteriseres som faglig adekvat av de nevnte sakkyndige, og er på linje med en utbredt faglig oppfatning, må han ved en aktsomhetsbedømmelse ha sitt på det tørre. Det må være konklusjonen selv om Sande og Rud, som også har meget lang erfaring på området, har bedømt situasjonen anderledes, og selv om man i etterhånd ser at det ville vært riktig med keisersnitt allerede om kvelden den 7/10.

Av Moe og Molnes forklaringer fremgikk at overtidigheten ikke var slik at det var grunn til å legge særlig vekt på den. Gutten var heller ikke spesielt stor. Det var ikke noe påfallende før den 8/10 kl. 05.45. Fallet i CTG-kurven da var med stor grad av sannsynlighet forårsaket av at moren skiftet stilling, og det var forsvarlig av D å se det slik.

Da det ca. kl. 06.30 kom en dramatisk forandring i CTG-registreringen, handlet D meget raskt. Moe og Molne har sagt at han vurderte rett da han valgte å forløse barnet med tang. Da han fikk tang, viste det seg at barnets hode ikke lå riktig til for tangforløsning. D fikk rettet hodet ved å bruke sugekopp. Deretter ble barnet forløst med tangen. Fødselen tok 18 minutter, som ikke er spesiell lang tid. Det er innenfor det faglig forsvarlige.

Det er forståelig at fru B merket seg at tangen ikke var for hånden umiddelbart. Den riktige typen tang var på stuen ved siden av, og det oppsto en meget kort forsinkelse. Spørsmålet er om det var ansvarsbetingende uaktsomt - om de krav fru B med rimelighet kunne stille til sykehusets tjeneste var tilsidesatt ved at tangen ikke var på den fødestuen hun lå, jfr. skadeserstatningslovens § 2-1. Bestemmelsen innebærer ikke at sykehuset blir erstatningspliktig om alt ikke skulle være 100% perfekt - at alt som skjer ikke er optimalt riktig. Overlege Klausen har forklart at man ikke hadde Simpson tang på alle stueene, og at det ikke var uvanlig å hente, f. eks. denne typen tang fra en annen stue. At tangen måtte hentes fra en annen stue i dette tilfelle, gir ikke grunnlag for erstatningsansvar.

Vestfold fylkeskommune har lagt ned slik påstand:

- «1. Tønsberg byretts dom - slutningens punkt 1 stadfestes.

2. Ankemotparten tilkjennes saksomkostninger for byrett og lagmannsrett.

Lagmannsretten skal bemerke:

Etter skadeserstatningslovens § 2-1 svarer arbeidsgiver - i dette tilfellet Vestfold fylkeskommune - for skade som voldes uaktsomt av arbeidstakere under utføring av arbeide for arbeidsgiveren. Ved uaktsomhetsvurderingen skal det tas hensyn til om de krav skadelidte med rimelighet kan stille til virksomheten - i dette tilfelle sykehuset - er tilsidesatt.

Lagmannsretten antar at de som utførte arbeidet i forbindelse med fru Bs behandling og fødselshjelp, og de som utstyrmessig la til rette for at arbeidet kunne gjennomføres, ved den erstatningsmessige vurderingen må ses samlet, som en enhet.

Som nevnt ovenfor er det faktiske hendelsesforløp ikke omstridt. Ett av de påberopte grunnlag for erstatningsansvar går i hovedsak på at en faglig forsvarlig vurdering av de signalene man etterhvert fikk, særlig ved CTG-registreringen, burde ledet til at man så at alt ikke var som det skulle være med fosteret. Det spørsmålet som i den forbindelse reises er om det var erstatningsbetingende uaktsomt ikke å forløse barnet ved keisersnitt tidligere, eller senest etter deselerasjonen den 8/10 kl. 05.45 og iallefall da de avgjørende krisesignalene kom ca. kl. 06.25.

Som det fremgår av det som er nevnt foran, har de sakkyndige vurdert dette forskjellig.

Lagmannsretten finner ikke at det var erstatningsbetingende uaktsomt at dr. D valgte å forløse barnet med tang som nevnt ovenfor, i stedet for å ta keisersnitt. Det kan heller ikke anses for ansvarsbetingende at barnet ikke ble forløst før. Det avgjørende må være om hans bedømmelse og handlinger til enhver tid, på ethvert trinn av fødselsforløpet, var faglig forsvarlige ut fra de opplysninger som var tilgjengelige, blant annet ved CTG-registreringen. I vurderingen kan det ikke tas hensyn til forhold som han selv ut fra en faglig forsvarlig iaktakelse ikke hadde, men som han først fikk etter fødselen da man så hvor dårlig barnet var.

De sakkyndige dr. Moe og dr. Molne har som det fremgår ovenfor sagt at dr. Ds tolking av CTG-registreringene er sammenfallende med deres egen forståelse av dem. Det gjelder også fallet i kurven kl. 05.45. De mener det ikke var medisinske indikasjoner for keisersnitt, og at de også ville valgt å forløse barnet med tang. Etter deres oppfatning ville de fleste fødselshjelpere i Norge gjort det samme. De har konkludert med at ingen av de som hadde med fødselen å gjøre foretok noe som avvek fra standard medisinsk adferd.

Hovedinntrykket etter bevisføringen er at dr. D handlet i samsvar med det som over et bredt felt anses som faglig riktig av erfarne fødselshjelpere med høy kompetanse. Lagmannsretten finner da ikke grunnlag for at han på erstatningsbetingende uaktsom måte handlet i strid med hva en kyndig forstandig lege ville gjort. Etter bevisførselen må det legges til grunn at han ikke kan klandres for noen enkelthandling under forløsningen.

Dr. Ds handlet således i samsvar med det som er riktig etter utbredt faglig teori og praksis, og uten å kunne klandres for noen enkelthandling under fødselsforløpet og forløsningen. Det kan da ikke være avgjørende for erstatningsvurderingen at andre høyt kompetente leger har et annet syn på spørsmålet om tolkingen av situasjonen og CTG-registreringen, selv om de er like godt fundert.

Det andre grunnlaget for erstatning som er gjort gjeldende, er at barnet ble påført skade ved forsinkelsen som følge av at dr. D to ganger ble levert feil tang, og at en av de som var på fødestuen måtte hente den riktige tangen fra en annen stue. Man har forståelig nok ingen eksakt opplysning om hvor lang forsinkelse det ble som følge av dette. Etter bevisførselen legger lagmannsretten til grunn som sannsynlig at fødselen ble forsinket med ca. tre minutter.

Mens arbeidet med forløsningen pågikk, ble barneavdelingen varslet, og barnet ble straks bragt inn dit. Overlege Broch har forklart at gutten var klinisk død etter ett minutt og ble gjenopplivet. Hjertet kom ikke i gang av seg selv før etter 14 minutter. Broch har forklart at gutten har en kompleks form for cerebral parese, med svært nedsatt muskelspenning. Han kan ikke gå, kan ikke holde hodet og har ikke talespråk. Det er sterkt begrensede utviklingsmuligheter ved behandling. Behandling fører oftest lite frem. De som har fått denne type skade har ofte normal mental utvikling, hvilket A har.

De fleste som har denne type cerebral parese har vært fullbårne. Årsaken er oftest plutselig nedsatt surstofftilgang til hjernen, som har ført til at bestemte deler av den er blitt skadet. Dr. Broch mener at skaden med overveiende sannsynlighet skjedde innenfor de to siste timene av fødselsforløpet. Som det fremgår foran, har han forklart at hvert minutt spiller en stor rolle, og at helsesituasjonen for A kunne vært en helt annen uten forsinkelsen.

Lagmannsretten finner ikke grunn til å bedømme situasjonen og årsaksforholdet annerledes enn dr. Broch har gjort. Det er overveiende sannsynlig at forsinkelsen med tangen førte til at situasjonen for A ble vesentlig forverret. Noen gradering av dette kan lagmannsretten ikke gå inn på, og finner heller ikke grunn til det slik saken er anlagt. Som nevnt foran skal eventuell pådømmelse av kravets omfang utsettes.

Spørsmålet er så om denne forverringen av skaden skyldes erstatningsbetingende uaktsomhet fra sykehusets side. Lagmannsretten bedømmer situasjonen slik at det var uaktsomt ikke å ha en av de vanligst brukte tenger tilgjengelig på fødestuen. Fru B måtte med rimelighet kunne kreve av sykehuset at et så viktig instrument var for hånden der. Det krav hun her med rimelighet kunne stille var altså tilsidesatt, jfr. § 2-1. At tangen ikke var på den stuen hun lå, førte også til et visst rot ved at dr. D to ganger ble gitt feil tang.

Dr. Moe har uttalt at forsinkelsen med tangen er kritikkverdig. Etter lagmannsrettens oppfatning var uaktsomheten fra sykehusets side, fra en eller flere av de ansatte der, slik at den rammes av § 2-1. Det kan også være en brist i rutinene at ikke Simpsons tangen var på fødestuen, og at man ikke straks visste hvor den var. En slik brist er etter lagmannsrettens syn erstatningsbetingende etter § 2-1. Etter bevisførselen må det legges til grunn at det kan oppstå vanskelige fødselssituasjoner der hvert minutt teller.

Lagmannsretten er etter dette kommet til at Vestfold fylkeskommune er erstatningsansvarlig for skade A ble påført ved fødsel 8/10 - 1992.

Anken har ikke vært forgjeves og Vestfold fylkeskommune bør dømmes til å erstatte A v/verger saksomkostninger for byrett og lagmannsrett etter tvistemålslovens § 180 annet ledd, jfr. § 172 første ledd, som det ikke finnes grunn til gjøre unntak fra.

Prosessfullmektigen har sendt omkostningsoppgave til lagmannsretten på kr. 107.921,- hvorav kr. 67.500,- er salær og resten utgifter, blant annet rettsgebyr. I tillegg kommer utgifter til meddommere etter egen oppgave fra lagmannsretten. Lagmannsretten legger oppgaven til grunn for erstatningen for saksomkostninger.

For byretten er omkostningsoppgaven på kr. 79.495,- hvorav kr. 48.000,- er salær og resten utgifter. Lagmannsretten legger omkostningsoppgaven til grunn for erstatningsfastsettelsen.

Dommen er enstemmig.

Domsslutning:

- 1. Vestfold fylkeskommune finnes erstatningsansvarlig for skade A ble påført ved fødsel den 8. oktober 1992.*
- 2. Vestfold fylkeskommune dømmes til innen - 2 - to - uker fra forkynnelsen av lagmannsrettens dom å erstatte A v/verger saksomkostninger for lagmannsretten med 107.921 - etthundreogsyvtusenihundreogenogtyve kroner. I tillegg kommer utgiftene til meddommere etter egen oppgave fra lagmannsretten.*

Vestfold fylkeskommune dømmes videre til innen samme frist å erstatte A v/verger saksomkostninger for byretten med 79.495 - syttinitusenfirehundreogfem kroner.