

Ankenævnet for Forsikring

Den 7. august 2024 blev i sag nr. 101056:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

LB Forsikring A/S
Amerika Plads 15
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har ulykkesforsikring. I klageskema af 25/1 2024 har klageren bl.a. anført:

"Jeg er gravid og under fødslen af mit barn løsner min moderkage sig pludseligt. Jeg får lavet et akut kejsersnit, hvor min [barn] er forløst 8 min efter mistanken om moderkageløsningen. Under kejsersnittet bliver min venstre urinleder syet sammen ved en fejl. Jeg har efterfølgende fået konstateret en méngrad på 5 % pga. de gener jeg har i dag.

Der skal gå et dækningsberettiget ulykkestilfælde forud for behovet for kejsersnittet, for at jeg kan få medhold. Jeg mener, at jeg har været udsat for en ulykke, altså en pludselig hændelse der forårsager personskade:

Moderkagen løsne sig pludseligt, og var direkte årsag til kejsersnittet og dermed min personskade.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Jeg ønsker medhold i, at jeg har været udsat for en ulykke, og dermed erstatning for min 5 % méngrad.

LB-forsikring anerkender (efter en fødselslæges vurdering), at moderkagen løsne sig pludseligt, men som følge af forhold ved selve graviditeten og fødslen. Jeg er uenig i sidstnævnte. Jeg har vedhæftet mine argumenter meget mere detaljeret (ankenævnet.docx).

Jeg har ikke vedhæftet LB-forsikrings første afslag, min første klage, LB-forsikrings andet afslag og fødselslægens vurdering, da jeg går ud fra, at I har adgang til disse dokumenter."

I brev af 25/1 2024 har klageren bl.a. anført:

"d. 5/1 2024 får jeg afvisning fra LB-forsikring. LB-forsikring mener ikke, at der er sket et dækningsberettiget ulykkestilfælde forud for behovet for kejsersnittet. Der skete ved min fødsel en pludselig hændelse, som forårsagede personskade: Moderkagen løsnede sig pludseligt, og var direkte årsag til kejsersnittet som forløsningsmetode, og dermed min personskade. LB-forsikring anerkender, at moderkagen løsnede sig pludseligt, men kalder det ikke et dækningsberettiget ulykkestilfælde, fordi moderkagen løsnede sig som følge af forhold ved graviditeten og moderkagen.

Helt konkret nævner LB-forsikring som årsag til afvisning:

1. at moderkagen muligvis har udviklet sig i patologisk retning allerede ved anlæggelsen i graviditetens start.
2. at hindsprængningen med overvejende sandsynlighed har forårsaget en trykændring i livmoderen, der har medført akut løsning af moderkagen.

Jeg tolker 1 som, at jeg ikke er berettiget til erstatning ifølge LB-forsikring, fordi at ulykken (moderkageløsning) skyldes sygdom/bestående lidelse. Fødselslægen skriver: Årsagerne til moderkageløsning er multifaktorielle og det er sandsynligt at moderkagen allerede ved anlæggelsen i graviditetens start udvikler sig i patologisk retning som kan medføre øget risiko for løsning under nogle af de ovennævnte udløsende omstændigheder. Der forskes fortsat i dette. Der er altså ingen sikker evidens for, at moderkager kan løsne sig pga. patologiske forhold ved dannelsen af denne. Det er ikke nødvendigvis sandheden, selvom man forsker i det. Der står intet i mine journaler omkring, at man i løbet af graviditeten eller efter fødslen har mistænkt en patologisk moderkage. Desuden står der i vilkårene for min forsikring, at forsikringen ikke dækker: Ulykkestilfælde, hvis hovedårsag er sygdom eller en bestående lidelse.

Fødselslægen skriver intet om, at vedkommende tror, at hovedårsagen til moderkageløsningen var en patologiske moderkage. Vedkommende skriver tværtimod, at årsagerne er multifaktorielle, og dermed kan man ikke pege på én specifik årsag og dermed heller ikke benævne en hovedårsag.

Jeg tolker 2 som, at jeg ikke er berettiget til erstatning ifølge LB-forsikring, fordi at ulykken (moderkageløsning) skyldes lægelig behandling (hindsprængning). Jeg synes ikke, at man kan anse hindsprængning som lægelig behandling. En fødsel er uundgåelig efter en gennemført graviditet, og vandafgang/hindsprængning er uundgåeligt ved en vaginal fødsel. Ved vaginale fødsler går vandet/sprænges hinderne før barnet bliver født. Nogle fødsler starter med vandafgang og senere kommer der veer.

Andre fødsler starter med veer og senere er der vandafgang. Ingen fødsler er ens, men ovenstående giver dem noget fælles, nemlig at vandet skal gå/tages, det er helt naturligt i en vaginal fødsel, som skal ske, så barnet kan fødes. Dermed synes jeg ikke, at hindsprængning er en lægelig behandling. Lægelig behandling ved en fødsel er vel, når en situation afviger fra det normale, og man dermed iværksætter foranstaltninger for at helbrede nogen, eller når man ønsker at afhjælpe et helbredsmæssigt problem. Fx hvis livmoderen ikke trækker sig sammen efter fødslen, så kan man give medicin. Eller hvis moderkagen ikke spontant kommer ud efter fødslen, så trækker man blandt andet i navlestrengen. Begge tilfælde er mulige helbredsmæssige problemer, som kræver lægelig behandling, da der er risiko for at forbløde i begge cases. Altså er det situationer, der afviger fra det normale i det uundgåelige fødselsforløb.

LB-forsikring skriver, at hindsprængningen kan have forårsaget en trykændring i livmoderen, der har medført akut løsning af moderkagen. Men der ville jo ske en trykændring i livmoderen uanset om et sundhedspersonale sørgede for vandafgang, eller om det skete spontant. Altså ville min moderkage jo også have løsnet sig, hvis vandet var gået af sig selv under fødslen. Hvis LB-forsikring stadig holder fast i, at hindsprængningen er lægelig behandling, ja så vil jeg slutteligt tilføje, at moderkagen jo ikke løsne sig pga. selve behandlingen, men pga. trykændringen. Dermed var moderkageløsningen ikke en direkte konsekvens af den lægelige behandling, men ville muligvis være forekommet uanset. Dermed var løsningen ikke følger efter lægelig behandling.

Opsummerende

Min moderkage løsne sig pludseligt, og var direkte årsag til kejsersnittet og dermed min personskade. LB-forsikring anerkender, at moderkagen løsne sig pludseligt, men kalder det ikke et dækningsberettiget ulykkestilfælde. Jeg synes ikke, der er gode argumenter for, at hovedårsagen til ulykken (moderkageløsningen) var sygdom, eller at jeg har været udsat for lægelig behandling. Jeg var i gang med en naturlig vaginal fødsel, hvor vandafgang, uanset hvordan, forårsagede en trykændring og en pludselig løsning af moderkagen."

Selskabet har den 1/3 2024 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Ifølge journalen havde vores medlem haft vandafgang siden uge 29 i graviditeten (PPROM – tidlig ruptur af fostervandsmembranerne).

Den 30. december 2021 blev vores medlem set på obstetrisk afdeling tidligt om morgenen, idet hun havde veer med 5-6 minutters interval og sparsom blødning gennem skeden. Hun var da i uge 32+1. CTG viste normal hjerterytme hos barnet.

Kl. 13.30 blev livmoderen beskrevet som blød og velafslappet og ikke irritabel.

Kl. 17.30 noterede man, at vores medlem blandt andet havde PPRM og recidiverende herpes som risikofaktorer.

Kl. 19.50 kunne man ved kikkertundersøgelse og ultralydsscanning konstatere, at livmoderhalsen var udslettet, og at det var en stor spændt hindeblære, der holdt barnet tilbage. For at fremme nedtrængningen og fremskynde fødslen blev det herefter på konference mellem jordemoder, afdelingsjordemoder og den lægelige bagvagts besluttet at foretage hindsprængning.

Hindsprængningen blev udført kl. 20.00 af afdelingsjordemoderen. Ved sprængningen fremkom en stor skylle klart fostervand.

Kl. 21.25 blev afdelingsjordemoderen kaldt til stuen, idet der var rigelig blødning gennem skeden samt patologisk CTG som tegn på truende iltmangel. Ultralydsscanning bekræftede barnets langsomme hjertelyd, og man mistænkte en moderkageløsning.

Lægen ordinerede derfor akut kejsersnit grad 1, som blev foretaget kl. 21.56. I forbindelse hermed konstaterede man total løsning af moderkagen.

Barnet var slapt og blev overflyttet til neonatalafdelingen, hvor det kom sig.

Efter kejsersnittet viste en CT-scanning, at vores medlem havde fået en urinblærelæsion. Hun blev derfor overflyttet til urologisk afdeling på et nabosygehus, hvor man anlagde et aflastende urinkateter i nyren.

Den 3. januar 2022 blev vores medlem opereret, hvor man genetablerede urinlederens indløb i blæren og anlagde et såkaldt JJ-kateter. Under operationen blev det konstateret, at man ved lukningen efter kejsersnittet havde fået syet urinlederen fast i venstre side mellem livmoderen og blæren.

JJ-kateteret blev fjernet den 31. januar 2022. I efterforløbet blev vores medlem udredt for vensresidige flankesmerter.

Journalen fra gynækologisk-obstetrisk afdeling fremlægges som bilag B.

Patienterstatningen har den 13. oktober 2023 anerkendt skaden på urinlederen som en behandlingsskade og fastsat det varige mén som følge heraf til 5 % for tilbageløb af urin i forbindelse med vandladning. Patienterstatningens afgørelse fremlægges som bilag C.

Den 24. oktober 2023 anmeldte vores medlem skaden på urinlederen på sin ulykkesforsikring.

Anmeldelsen fremlægges som bilag D.

Den 5. december 2023 afviste LBs ulykkesafdeling at dække skaden, idet hændelsesforløbet ikke var udløst af en pludselig initialpåvirkning, men derimod af en forudbestående sygdom/komplikation til graviditeten. Der blev desuden henvist til, at forsikringen ikke dækker lægelig behandling, der ikke er nødvendiggjort af et dækningsberettigende ulykkestilfælde. Afgørelsen fremlægges som bilag E.

Vores medlem klagede herefter til den klageansvarlige, der ved afgørelse af 3. januar 2024 fastholdt dækningsafslaget, jf. bilag F. Den klageansvarlige fandt det ikke bevist, at der var gået et dækningsberettigende ulykkestilfælde forud for hindsprængningen, moderkageløsningen og behovet for kejsersnittet. Det måtte desuden anses for sandsynligt, at moderkagen allerede ved anæggelsen i graviditetens begyndelse havde udviklet sig i patologisk retning.

Vores medlem har herefter indbragt sagen for Ankenævnet for Forsikring.

Lægelige udtalelser

LB har til brug for sagens behandling indhentet en intern lægelig udtalelse fra [ortopædkirurg] (bilag G) samt en ekstern lægelig udtalelse fra [gynækolog og obstetriker] (bilag H).

Af den interne sagkyndige vurdering fremgår følgende blandt andet:

'30.12.21 forløst ved sectio 8 uger før termin, haft PPRM (= præmatur bristning af hinder = vandafgang siden uge 29). (...)

Forud: bristning af hinder tidligt, recidiverende herpes.

Vurdering:

Der udføres akut sectio på indikation af moderkageløsning og iltmangel hos fosteret. Dette er ikke en pludselig hændelse, men graviditetsudløst sygdom som formentlig skyldes

svaghed i moderkagens blodkar. Dette er årsag til sectio, dvs. følge af sygdom og ved sectio sker skade på urinleder = følge af lægelig behandling, som IKKE sker pga. pludselig hændelse men på baggrund af sygdom.'

Af den eksterne obstetriske vurdering fremgår følgende blandt andet:

'[Klageren] havde vandafgang ved 29 uger. Mest sandsynligt var årsagen en infektion, som er den hyppigste årsag til vandafgang på dette tidlige tidspunkt af graviditeten. Der var herefter en periode frem til 32+1 uger om hvilken der ikke foreligger journalmateriale, men der har med en vis sandsynlighed været siven vandafgang indtil [klageren] i uge 32+1 udviklede veer og begyndte at åbne sig. Man mærkede under fødslen en stor spændt hindeblære og der var således, trods siven, fortsat været vand i livmoderen. Kort efter at resten af vandet gik i en stor skylle (pgra hindsprængning) faldt hjertelyden og der var blødning. Dette har MOS [med overvejende sandsynlighed] medført trykforandring i livmoderen og som følge heraf en akut løsning af moderkagen med blødning og ctg forandringer til følge. Denne mekanisme er velbeskrevet ved moderkageløsning. (...) Jævnfør ovenstående er løsningen, med overvejende sandsynlighed, sket pludseligt under fødslen.

Hyppigheden af moderkageløsning (abruptio placentae) angives til 0,4-1,3%. Blandt de væsentligste risikofaktorer er tidligere løsning, svært forhøjet blodtryk, svangerskabsforgiftning, for tidlig vandafgang, øget fostervandsmængde, flerfoldgraviditeter samt rygning. Årsagerne til moderkageløsning er multifaktorielle og det er sandsynligt at moderkagen allerede ved anlæggelsen i graviditetens start udvikler sig i patologisk retning som kan medføre øget risiko for løsning under nogle af de ovennævnte udløsende omstændigheder.

Der forskes fortsat i dette. (...)

Konklusion: Moderkageløsningen skete MOS pludseligt under fødslen, som følge af forhold ved selve graviditeten og moderkagen.'

Vores vurdering

Vi har på baggrund af vores medlems klage gennemgået sagen på ny, og vi finder ikke grundlag for at ændre vores tidligere afgørelse. Det er således fortsat vores vurdering, at betingelserne for at anerkende moderkageløsningen og følgerne heraf som en dækningsberettigende ulykke ikke er opfyldt.

Det følger af ulykkesforsikringens vilkår punkt 2.1., at forsikringen dækker følger efter ulykkestilfælde, hvorved forstås en pludselig hændelse, der forårsager personskade.

Det er altså ikke tilstrækkeligt, at selve skaden indtræder pludseligt.

Ifølge vilkårenes punkt 2.2.a. dækker forsikringen ikke:

- Ulykkestilfælde, hvis hovedårsag er sygdom eller en bestående lidelse.
- Følger efter behandling af en læge eller lignende, som ikke var nødvendig på grund af et ulykkestilfælde.

Det er vores medlem, der har bevisbyrden for, at der er tale om et dækningsberettigende ulykkestilfælde. Denne bevisbyrde er ikke løftet.

Vi er enige med vores medlem i, at moderkagen løsne sig pludseligt, og at dette førte til et akut kejsersnit, hvorunder den venstre urinleder blev beskadiget. Det fastholdes dog, at moderkageløsningen var en følge af lægelig eller lignende behandling i dækningsudtagelsens forstand, og at behandlingen ikke var nødvendiggjort af et ulykkestilfælde. Det fastholdes endvidere, at den til grundliggende årsag til, at der opstod moderkageløsning som følge af behandlingen, var en forud bestående sygdom i dækningsvilkårenes forstand.

Vores medlem begyndte at få veer tidligt om morgenen den 30. december 2021, og veerne tog gradvist til i løbet af dagen. Hun blev overflyttet til fødeafdelingen kl. 17.30, og kl. 19.50 blev der holdt konference mellem jordemoder, afdelingsjordemoder og lægelig bagvagt for at vurdere progressionen i fødslen. Det blev noteret, at man ikke kunne nå barnets hoved, og at der blandt andet var tvivl om, hvorvidt livmoderhalsen var udslettet, og om der var seje hinder. Man foretog derfor

en ultralydsscanning og kikkertundersøgelse, hvor det kunne konstateres, at livmoderhalsen var udslettet, og at det alene var en stor, spændt hindeblære, der holdt barnet tilbage. For at fremskynde fødslen og fremme barnets nedtrængning i bækkenet blev det derfor besluttet at sprænge fosterhinden (bilag B, s. 6-7).

Sprængningen blev udført af afdelingsjordemoderen kl. 20.00, og i forbindelse hermed kom der en stor skylle klart fostervand. Efterfølgende blev der beskrevet påvirket hjertelyd og ordineret akut kejsersnit, hvorunder man konstaterede en komplet løsning af moderkagen.

På baggrund af hændelsesforløbet er der efter vores vurdering ikke grundlag for at fastslå, at hindsprængningen blev iværksat som følge af en pludselig hændelse, der havde forårsaget personskade.

Det fastholdes, at der var tale om lægelig eller lignende behandling i dækningsvilkårenes forstand. Hindsprængningen blev udført af afdelingsjordemoderen efter konference mellem jordemoderen, afdelingsjordemoderen og den lægelige bagvagt og efter forudgående ultralydsscanning og kikkertundersøgelse. Behandlingen rettede sig mod at fremme progressionen af fødslen.

Betingelserne for dækning af følgerne af hindsprængningen er derfor ikke opfyldt, jf. dækningsvilkårenes punkt 2.2.a.

Det bemærkes i tilknytning til ovenstående, at det på baggrund af den obstetriske lægeudtalelse (bilag H) må lægges til grund, at det var hindsprængningen, der med overvejende sandsynlighed udløste en trykforandring i livmoderen og som følge heraf den akutte løsning af moderkagen. Der var således ikke forud for hindsprængningen beskrevet symptomer på moderkageløsning, og mekanismen med trykforandring i livmoderen og deraf følgende akut moderkageløsning med blødning og CTG-forandringer er velbeskrevet.

På baggrund af de lægelige udtalelser må det endvidere anses for sandsynligt, at vores medlem var disponeret for moderkageløsning som følge af en til grundliggende sygelig udvikling i moderkagen. Ifølge den obstetriske lægeudtalelse havde moderkagen sandsynligvis allerede udviklet sig i patologisk retning ved anlæggelsen i graviditetens start. Det fremgår også, at for tidlig vandafgang i sådanne tilfælde er disponerende for moderkageløsning, og at den hyppigste årsag til tidlig vandafgang er en infektion.

Ifølge journalen havde vores medlem risikofaktorer i form af recidiverende herpes samt begyndende vandafgang allerede i uge 29 (bilag B, s. 4). Den tilgrundliggende årsag til, at hun fik tidlig vandafgang og efterfølgende moderkageløsning som komplikation til hindsprængningen, må derfor anses for udløst af sygdomme i dækningsvilkårenes forstand.

Samlet gøres det på baggrund af ovenstående gældende, at nævnet ikke har grundlag for at kritisere vores afslag på dækning."

Klageren har i brev af 18/3 2024 til nævnet bl.a. anført:

"Lægelig behandling

LB- forsikring skriver: Det fastholdes dog, at moderkageløsningen var en følge af lægelig eller lignende behandling i dækningsudtagelsens forstand, og at behandlingen ikke var nødvendiggjort af et ulykkestilfælde.

I 'vilkår for ulykkesforsikringen' står der, at forsikringen ikke dækker 'følger efter behandling af læge eller lignende'. Men der er altså ikke beskrevet mere detaljeret/defineret, hvad lægelig behandling egentlig dækker over. Så hvad er lægelig behandling? Jeg tænker, at der er sager, hvor det er mere åbenlyst, at der er tale om lægelig behandling, end andre, men sikkert også mange sager, som er i en gråzone. Jeg vil gerne henvise til en forsikringssag, hvor klager fik medhold af Ankenævnet for Forsikring fra april 2023 (kendelses nr.: 99330). I denne sag får kvinden skade på halebenet efter en underkropsfødsel. Under fødslen benyttes forskellige håndgreb for at forløse barnet. Det kunne ikke udelukkes, at der var sket påvirkning af halebenet ved brug af disse håndgreb. Flertallet i nævnet finder: at forløsning ved håndgreb ikke kan betragtes som lægelig behandling i betingelsernes forstand.

De forskellige håndgreb, som man benytter ved underkropsfødsler, medvirker til en sikker fremdrift

i fødslen. LB-forsikring skriver om hindsprængningen i min sag: Behandlingen rettede sig mod at fremme progressionen af fødslen.

Jeg synes godt, man kan sidestille forløsning ved håndgreb med hindsprængning. Hindsprængning og forløsning ved håndgreb ved underkropsfødsler er begge metoder, der sikrer korrekt og sikker fremgang i fødsler. Man tog vandet ved min fødsel for at komme videre. Hvis jeg havde født uden sundhedsprofessionel hjælp, ja så var vandet jo gået af sig selv på et tidspunkt, og moderkagen havde løsnet sig. Dette ville man dog ikke vente på inden på sygehuset. På sygehuset fremskyndede man forløbet.

Selv hvis vi siger, at hindsprængning er lægelig behandling, ja så synes jeg ikke LB-forsikring har bevist, at moderkageløsningen udelukkende skyldes hindsprængningen. Fødselslægen skriver, at moderkageløsning er multifaktoriel, og at der dermed er flere risikofaktorer der spiller ind. Man kan altså ikke sige, at hindsprængningen er hovedårsag til moderkageløsningen. Moderkageløsningen skyldes ikke den lægelige behandling, men ville være sket uanset, hvis naturen var gået sin gang.

Sygdom eller bestående lidelse

Jeg synes virkelig ikke, LB-forsikring i det tilsendte kommer med fornuftige argumenter for, at der er tale om et ulykkestilfælde, hvis hovedårsag er sygdom eller en bestående lidelse. Årsagerne til

moderkageløsning er multifaktorielle, og dermed kan man jo ikke benævne én hovedårsag. Hvad

er hovedårsagen ifølge LB-forsikring? Ja der er en udtalelse fra en fødselslæge omkring moderkageløsning, men jeg synes LB-forsikring skal holde sig til fakta i denne sag og hvad der egentlig er bevist i MIN sag. Fødselslægen skriver, at der FORSKES i om moderkager kan udvikle sig i patologisk retning. Der er altså ingen evidens for, at dette sker i virkeligheden. Blodkarrene i min moderkage blev kontrolleret flere gange i graviditeten efter vandafgang (flow skanninger). Alle disse flow skanninger var normale, og dermed intet tegn til patologi i min moderkage (fremgår af min journal). Der er ej heller beskrevet en deform/patologisk moderkage efter kejsersnittet, hvor den jo kunne inspiceres. Så fakta er altså, at der er intet der tyder på, tværtimod, at jeg havde en patologisk moderkage.

Der er flere disponerende faktorer til moderkageløsning og de væsentligste er (som fødselslægen har nævnt): Tidligere løsning (opfyldte jeg ikke), forhøjet blodtryk (opfyldte jeg ikke), svangerskabsforgiftning (opfyldte jeg ikke), rygning (opfyldte jeg ikke), øget mængde fostervand (opfyldte jeg ikke) og for tidlig vandgang, hvilket jeg opfyldte. Jeg opfyldte altså én disponerende faktor til moderkageløsning, tidlig vandafgang, altså én disponerende faktor ud af seks. Og dermed er tidlig vandafgang altså sygdom og dermed udelukkende den eneste årsag/hovedårsag til moderkageløsningen ifølge LB-forsikring? Nej det kan man da ikke sige. Trykændringen ved vandafgang er nok også en medspiller, om end det er ubetydeligt, om vandafgang skete af sig selv eller blev fremskyndet.

Desuden er der ikke noget krav om 'tilfældighed' i den nye ulykkesdefinition. Så selvom jeg i teorien

var en smule disponeret, ja så er det ikke ensbetydende med at, at jeg ikke har været udsat for en ulykke. Og én disponerende faktor er vel ikke sygdom og hovedårsag? LB-forsikring dækker bristninger efter en fødsel. Jamen hvad så hvis der er en kvinde, som har fået bristninger efter at have født et meget stort barn? Denne kvinde er da i høj grad disponeret til bristninger sammenlignet med andre kvinder grundet barnets størrelse. Så skal hendes bristninger da ikke dækkes, fordi hun

er disponeret og dermed er hovedårsagen til bristningerne sygdom (=barnets vægt)?"

Selskabet har i brev af 5/4 2024 til nævnet bl.a. anført:

"Det bestrides, at et håndgreb under en fødsel kan sidestilles med hindsprængning, selvom formålet i begge tilfælde er at fremme eller muliggøre fødslen af barnet.

Hindsprængning er en behandling, hvor man fører et instrument op i skeden og prikker hul i fosterhinderne. Som beskrevet i vores høringsvar af 1. marts 2024 blev beslutningen om behandlingen truffet i samråd med blandt andet den lægelige bagvagt og efter forudgående ultralydsscanning og kikkertundersøgelse.

Det er hypotetisk, hvorledes fødslen var forløbet, hvis man på det pågældende tidspunkt ikke havde valgt at foretage hindsprængning, herunder om vandet i stedet var sivet ud i et langsommere tempo. Det afgørende i denne sag er, at det på baggrund af den obstetriske lægeudtalelse (bilag H) må lægges til grund, at det var hindsprængningen, der med overvejende sandsynlighed udløste en trykforandring i livmoderen og deraf følgende akut løsning af moderkagen. Den direkte

årsag til skaden var således behandlingen i form af hindsprængning, og denne behandling var ikke nødvendiggjort af en dækningsberettigende ulykke.

Om vores medlem havde kun én eller flere disponerende faktorer for udvikling af moderkageløsning, er ligeledes uden relevans for sagen. Det afgørende er, at der allerede i uge 29 var en patologisk udvikling i graviditeten i form af al for tidlig vandafgang, hvilket ifølge den obstetriske lægeudtalelse (bilag H) er en af de væsentligste risikofaktorer for moderkageløsning. Den patologiske udvikling ses desuden ved, at fødslen gik i gang allerede i starten af uge 32. Den omstændighed, at flowscanninger af blodkarrene i moderkagen havde vist normale forhold, og at der ifølge vores medlem ikke kunne konstateres patologiske forandringer i moderkagen efter kejsersnittet, kan ikke føre til en ændret vurdering.

Vores medlems sammenligning med bristninger kan heller ikke føre til en ændret vurdering allerede af den grund, at et stort barn ikke er en sygdom eller bestående lidelse i dækningsvilkårenes forstand."

Klageren har i brev af 16/4 2024 bl.a. anført:

"Jeg mener ikke, at hindsprængning i sig selv er lægelige behandling uden vished om kvindens fødselsforløb.

Jeg mener, man bør orientere sig i hver enkelt kvindes fødselsforløb, for at finde årsagen til hindsprængningen, og på den baggrund vurdere, om det var en lægelig behandling. I nogle fødselscases kan det være en behandling at lave hindsprængning, for eksempel hvis barnet er i en tilstand, hvor det har brug for at komme ud. Så laver man hindsprængning i et behandlingsøjemed, fordi man ønsker at afhjælpe et helbredsmæssigt problem, ved at fødslen fremskyndes.

I mit forløb var hindsprængning ikke i behandlingsøjemed. Der var intet galt i mit forløb på dette tidspunkt.

Alt var naturligt. Man opdagede ved en gynækologisk undersøgelse, at jeg var fuldt dilateret, og at jeg faktisk havde været dette længe, på trods af, at man havde vurderet det modsatte ved gentagne vaginale undersøgelser med fingrene i skeden. Man ville altså ikke vente på, at hinderne sprang af sig selv, nu når jeg havde været fuldt dilateret længe. Men mit barn havde det godt på dette tidspunkt. Barnet blev jo konstant overvåget grundet fødsel før termin. Der var altså intet helbredsmæssigt problem der var årsag til hindsprængningen.

Det er da lige så hypotetisk at antage, at vandet ville sive langsommere ud, hvis vandafgang var sket spontant frem for assisteret. Selv hvis det siver langsommere sammenlignet med assisteret hindsprængning, ja så ville det jo stadig forårsage en trykændring i livmoderen, fordi der bliver en mindre mængde vand i livmoderen.

Fødselslægen nævner ikke en 'lille' eller 'stor' trykændring, men blot en trykændring som mulig medspiller i moderkageløsningen. Så uanset om vandafgang blev assisteret eller skete spontant, ja så ville der ske en trykændring og moderkagen ville løsne sig.

Jeg undrer mig over at LB-forsikring skriver: Om vores medlem havde kun én eller flere disponerende faktorer for udvikling af moderkageløsning, er ligeledes uden relevans for sagen.

Hele sagsbehandlingstiden har LB-forsikring gået op i hvilke risikofaktorer, der er for moderkageløsning, og at jeg i høj grad var disponeret samt havde en patologisk moderkage. Det er da væsentligt at snakke om, hvor disponeret man er for et givent udfald. Jo mere disponeret man er for et givent udfald, jo større er sandsynligheden jo for, at man har fundet den rigtige årsag til udfaldet. Oversat til mit forløb: Jo flere risikofaktorer man har for moderkageløsning, i jo højere grad er man disponeret, og dermed kan man med større sikkerhed sige, at man har fundet forklaringerne på moderkageløsningen. Jo flere disponerende faktorer man har, jo mere peger i retningen af, at løsningen bunder i sygdomsfaktorer. Men da jeg ikke var særligt disponeret for moderkageløsning, og det faktum, at der kun er beviser for, at min moderkage var velfungerende, ja så kan jeg ikke se hvordan, moderkageløsningen kan forklares i sygdom.

LB-forsikring skriver: Vores medlems sammenligning med bristninger kan heller ikke føre til en ændret vurdering allerede af den grund, at et stort barn ikke er en sygdom eller bestående lidelse i dækningsvilkårenes forstand.

Hmmm, hvad så hvis en mor lider af diabetes og på den baggrund føder et stort barn og pådrager sig bristninger under fødslen? Børn af diabetes mødre er ofte større sammenlignet med gravide kvinder uden diabetes. En gravid kvinde med diabetes og et påvist stort barn er i højere grad disponeret for bristninger sammenlignet med andre gravide kvinder. Og diabetes er da en sygdom.

Dette er et eksempel på hvordan høj grad af disponering faktisk hænger sammen med årsag og udfald, og dermed kan forklares i sygdom."

Nævnet har fået forelagt bilag, hvoraf nogle gengives nedenfor. Af udtalelse af 27/11 2023 fra ortopædkirurg fremgår bl.a.:

"Vurdering af mulig fødselsskade:

30.12.21 forløst ved sectio 8 uger før termin, haft PPRM (= præmatur bristning af hinder = vand-afgang siden uge 29)

Kommer ind med veer, CTG med langsom hjerterytme hos fosteret, blødning obs løsning af moderkage

Der foretages sectio med fund af løsning af moderkagen

Forud: bristning af hinder tidligt, recidiverende herpes

Vurdering:

Der udføres akut sectio på indikation af moderkageløsning og iltmangel hos fosteret. Dette er ikke en pludselig hændelse, men graviditetsudløst sygdom som formentlig skyldes svaghed i moderkagens blodkar. Dette er årsag til sectio, dvs. følge af sygdom og ved sectio sker skade på urinleder = følge af lægelig behandling, som IKKE sker pga. pludselig hændelse men på baggrund af sygdom.

Altså foreslås afvisning med begrundelse om manglende dækning af lægelig behandling og dettes følger.

PE har anerkendt manglende specialist behandling medførende skade på urinleder, men det er en helt anden problematik."

Af udtalelse af 29/12 2023 fra gynækolog og obstetriker fremgår bl.a.:

"Der ønskes svar på følgende:

1. gennemgang af forløbet
2. hovedårsagen til hvorfor der blev foretaget kejsersnit
3. hovedårsagen til at moderkagen havde løsnet sig, herunder en bedømmelse af, om løsningen med overvejende sandsynlighed skyldes den præmature bristning af hinder, en svaghed i moderkagens blodkar, en pludselig initial påvirkning eller anden årsag (hvilken i så fald?)
4. om løsningen skete gradvist (langsomt/over tid) eller pludseligt
5. de generelle statistikker for hvorfor og hvordan moderkager løsner sig, hvis det ellers findes.

1. Gennemgang af forløbet.

Ifølge journalen har den gravide [klageren] haft vandafgang siden 29 ugers graviditet. Der foreligger ikke oplysninger om graviditeten i øvrigt, omstændighederne omkring vandafgangen eller de efterfølgende uger.

[Klageren] kalder d. 30.12.21 kl. 5.55, pga. veer og sparsom blødning gennem skeden. Hun er da i uge 32+1. CTG er normal. Livmoderen beskrives ikke.

Kl. 13.30 beskrives livmoderen som blød og velafslappet og ikke irritabel.

Der er i de følgende timer tiltagende veer og da livmodermunden kl. 20.35 er fuldt åben og kun fosterhinder holder på barnet skønnes fødslen uafvendelig, hvorfor der foretages hindsprængning for at afslutte fødslen. Barnet har ved 32 ugers gestationsalder en god chance for overlevelse, da det har fået lungemodning. Det vurderes derfor at være god klinisk praksis.

Kl. 21.25 kaldes den superviserende jordemoder til stuen, idet der er rigelig blødning gennem skeden samt patologisk ctg, som er et tegn på truende iltmangel. Hjertelyden er vanskelig at registrere, men den falder yderligere og forbliver til sidst lav. Pga. den vanskeligt registrerbare hjertelyd ultralydsscannes barnets hjerte hvorved den langsomme hjertelyd bekræftes. Man mistænker en moderkageløsning og lægen ordinerer et akut kejsersnit grad 1, hvilket betyder at barnet skal være født inden for 15 minutter.

Kejsersnittet foretages d. 30.12.21 kl. 21.56. Ved operationen anlægges et nedre tværsnit i livmoderen, som efterfølgende viser sig at ligge meget lavt i livmodervæggen. Der er desuden udrifter i forlængelse af snittet i begge sider, som følge af forløsningen af barnet. Disse sys. Barnet er slapt ved fødslen og overflyttes til neonatalafdelingen.

Efter kejsersnittet ordineres en CT-scanning af [klagerens] urinveje, idet man vurderer at man ved syning af udrifterne har været i tæt kontakt med urinlederne, hvorved disse kan være blevet beskadiget. CT viser aflukning af den venstre urinleder og [klageren] overflyttes til urologisk afdeling

på nabosygehus. Her anlægges et aflastende nefrostomikateter på den venstre side (urinen føres ud gennem et kateter anlagt direkte i nyrebækkenet).

D 1.1 foretages en antegrad pyelografi (røntgenundersøgelse af urinvejene med kontrast). Denne giver mistanke om stop ved urinlederens indløb i blæren og man foretager derfor, d.3.1.22, en re-implantation af den venstre urinleder i blæren, hvorved urinlederens indløb i blæren genetableres. [Klageren] har i efterforløbet JJ-kateter i urinlederen og udvikler d. 12.1 en urinvejsinfektion. Ifølge Patienterstatningens gennemgang af sagen lider patienten i dag af reflux, dvs. tilbageløb af urin i forbindelse med vandladning. Det er vurderet at være en blivende tilstand. Der foreligger ikke dokumentation for dette i journalmaterialet.

2. Hovedårsagen til kejsersnittet

Da der under fødslen opstod vedvarende bradycardi (lav hjerterefrekvens) og mørk blødning var der mistanke om at moderkagen havde løsnet sig. En moderkageløsning er en alvorlig tilstand som, afhængig af løsningens omfang, kan udvikle sig til totalt manglende iltforsyning til barnet. Det er derfor en tilstand som ofte kræver forløsning af barnet, for at forsøge at forhindre iltmangel. Hvor hurtigt og hvordan forløsningen skal ske, besluttet af lægen i en afvejning af tilstandens udvikling og alvorlighed overfor den mulige og mest hensigtsmæssige forløsningsmetode. I [klagerens] tilfælde vurderede man at forløsning skulle ske inden for 5 minutter og at dette ikke var muligt gennem skeden, hvorfor man ordinerede et kejsersnit grad 1.

3. Hovedårsagen til moderkageløsningen

En moderkageløsning kan være partiel, med løsning af dele af moderkagen (=en randløsning). Det kan give symptomer i form af smerter eller sammentrækninger i livmoderen, som bliver 'irritabel', nogle gange ses synlig blødning og i visse tilfælde påvirket hjertelyd. I disse tilfælde vil det kliniske billede afgøre om man bør forløse eller kan afvente situationen under tæt observation.

En større eller total løsning af moderkagen er en hyperakut tilstand med kraftige smerter, ofte blødning og påvirket hjertelyd hos barnet. Tilstanden er livstruende for såvel mor som barn.

[Klageren] havde vandafgang ved 29 uger. Mest sandsynligt var årsagen en infektion, som er den hyppigste årsag til vandafgang på dette tidlige tidspunkt af graviditeten. Der var herefter en periode frem til 32+1 uger om hvilken der ikke foreligger journalmateriale, men der har med en vis sandsynlighed været sivende vandafgang indtil [klageren] i uge 32+1 udviklede veer og begyndte at åbne sig. Man mærkede under fødslen en stor spændt hindeblære og der var således, trods siven, fortsat været vand i livmoderen. Kort efter at resten af vandet gik i en stor skylle (pga. hindsprængning) faldt hjertelyden og der var blødning. Dette har MOS medført trykforandring i livmoderen og som følge heraf en akut løsning af moderkagen med blødning og ctg forandringer til følge. Denne mekanisme er velbeskrevet ved moderkageløsning.

4. Jævnfør ovenstående er løsningen, med overvejende sandsynlighed, sket pludseligt under fødslen. Til grund herfor lægges følgende: Smerterne under fødslen beskrives i flere timer som almindelige vesmerter.

Blødningen under fødslen er indtil hindsprængning sparsom ('lidt blødning') og skyldes på dette tidspunkt formentlig udvidelsen af livmodermunden. Livmoderen beskrives kl. 13.30 som blød, velafslappet og ikke irritabel, altså uden tegn til moderkageløsning (den er herefter ikke beskrevet). Efter hindsprængning bliver hjertelyden patologisk og falder samtidig med at der opstår

mørk blødning. Det vand som udtømmes ved hindsprængningen, er rigeligt og klart, mens det vand som ses ved kejsersnittet, er blodigt med koagler. Ved kejsersnittet er moderkagen totalt løs, en tilstand som barnet kun kan overleve i få minutter.

5. Hyppigheden af moderkageløsning (abruptio placentae) angives til 0,4-1,3%. Blandt de væsentligste risikofaktorer er tidligere løsning, svært forhøjet blodtryk, svangerskabsforgiftning, for tidlig vandafgang, øget fostervandsmængde, flerfoldgraviditeter samt rygning. Årsagerne til moderkageløsning er multifaktorielle og det er sandsynligt at moderkagen allerede ved anlæggelsen i graviditetens start udvikler sig i patologisk retning som kan medføre øget risiko for løsning under nogle af de ovennævnte udløsende omstændigheder. Der forskes fortsat i dette.

Konklusion: Moderkageløsningen skete MOS pludseligt under fødslen, som følge af forhold ved selve graviditeten og moderkagen."

Af journalen fremgår bl.a.:

"30.12.21 20:00

...

Vg. expl.: tvivl om orif. udsl. da der føles stor spændt hindeblære. Der ses med omnioskop og der ses kun hindeblære - ses ingen kant fra orificium. Således er orificium udslettet. Efter ULS ved bagvagt ... besluttet at lave hindepunktur for at fremme nedtrængningen og fremskynde fødslen, da det kun er fosterhinder som holder barnet tilbage og der er tiltagende veer.

...

30.12.21 20:35

...

M pudendusnål gøres [klageren] med udtømmelse af stor skylle klart FV. % fremfald af ns eller smådele."

Det fremgår af forsikringsbetingelserne: "**1. Hvad forsikringen dækker?**

Forsikringen giver ret til erstatning ved et ulykkestilfælde. Ulykkestilfælde betyder en pludselig hændelse, der forårsager personskade.

...

Forsikringen dækker ikke:

a. Sygdom mv.:

...

- Ulykkestilfælde, hvis hovedårsag er sygdom eller en bestående lidelse
- Forværring af et ulykkestilfældets følger der skyldes forudbestående sygdom, sygdomsanlæg eller lidelse, medmindre det lægeligt kan påvises, at ulykkestilfældet er den direkte årsag til sygdommen, sygdomsanlægget eller lidelsen
- ...
- Følger efter behandling af læge eller lignende som ikke var nødvendig på grund af et ulykkestilfælde, der er omfattet af policen."

Nævnet udtaler:

Klageren fik den 30/12 2021 foretaget hindeløsning og efterfølgende akut kejsersnit på grund af totalløsning af moderkagen under fødslen. Ved en fejl blev urinlederen syet fast i venstre side mellem livmoderen og blæren. Klageren lider som følge heraf af reflux ved vandladning og har fået erstatning ved Patienterstatningen for 5 % varigt mén.

Klageren ønsker at få godtgørelse for varigt mén på 5 %. Selskabet har afvist dækning med henvisning til, at der ikke er tale om en dækningsberettigende ulykke.

Klageren har anført, at den pludselige moderkageløsning udgør et dækningsberettigende ulykkestilfælde. Vandafgangen forårsagede en trykændring og en pludselig løsning af moderkagen. Klageren har anført, at hindsprængning ikke er lægelig behandling. Lægelig behandling ved en fødsel er, når en situation afviger fra det normale, og man iværksætter foranstaltninger for at helbrede nogen, eller når man ønsker at afhjælpe et helbreds-mæssigt problem. Vandafgang/hindsprængning er en naturlig og uundgåelig del af en vaginal fødsel. Klageren har anført, at selskabet ikke har bevist, at sygdom eller hindsprængning er hovedårsag til moderkageløsningen. Fødselslægen skriver, at årsagerne til moderkageløsning er multifaktorielle. Dermed kan man ikke pege på én specifik årsag og dermed heller ikke benævne en hovedårsag. Der er ingen sikker evidens for, at moderkager – som følge af patologiske forhold ved dannelsen – kan løsne sig.

Selskabet har anført, at moderkageløsningen og følgerne heraf ikke udgør et dækningsberettigende ulykkestilfælde. Hændelsesforløbet er ikke udløst af en pludselig initialpåvirkning, men derimod af en forud bestående sygdom/komplikation til graviditeten. Selskabet har anført, at moderkageløsningen var en følge af lægelig eller lignende behandling i dækningsudtagelsens forstand, og at behandlingen ikke var nødvendiggjort af et ulykkestilfælde. Selskabet har anført, at jordmoderen foretog hindsprængning for at fremskynde fødslen og ikke som følge af en pludselig hændelse, der havde forårsaget persons-kade. Selskabet har anført, at hindsprængningen med overvejende sandsynlighed udløste en trykforandring i livmoderen og som følge heraf den akutte løsning af moderkagen. Der var ikke forud for hindsprængningen beskrevet symptomer på moderkageløsning, og mekanismen med trykforandring i livmoderen og deraf

følgende akut moderkageløsning med blødning og CTG-forandringer er velbeskrevet. Det må anses for sandsynligt, at klageren var disponeret for moderkageløsning som følge af en tilgrundliggende sygelig udvikling i moderkagen og fordi klageren havde tidlig vandafgang i uge 29, der hyppigst er forårsaget af infektion.

Det fremgår af udtalelse fra gynækolog og obstetriker, at "da livmodermunden kl. 20.35 er fuldt åben og kun fosterhinden holder på barnet skønnes fødslen uafvendelig, hvorfor der foretages hindsprængning for at afslutte fødslen ... det vurderes derfor at være god klinisk praksis ... [Klageren] havde vandafgang ved 29 uger. Mest sandsynligt var årsagen en infektion, som er den hyppigste årsag til vandafgang på dette tidlige tidspunkt af graviditeten ... der har med en vis sandsynlighed været sivende vandafgang indtil [klageren] i uge 32+1 udviklede veer og begyndte at åbne sig. Man mærkede under fødslen en stor spændt hindeblære og der var således, trods siven, fortsat været vand i livmoderen. Kort efter at resten af vandet gik i en stor skylle (pga hindsprængning) faldt hjertelyden og der var blødning. Dette har MOS medført trykforandring i livmoderen og som følge heraf en akut løsning af moderkagen med blødning og ctg forandringer til følge. Denne mekanisme er velbeskrevet ved moderkageløsning. Jævnfør ovenstående er løsningen, med overvejende sandsynlighed, sket pludseligt under fødslen".

Det fremgår af journalnotat af 30/12 2021, at "der ses med omnioskop og der ses kun hindeblære – ses ingen kant fra orificium. Således er orificium udslettet. Efter ULS ved bagvagt ... besluttes at lave hindepunktur for at fremme nedtrængningen og fremskynde fødslen, da det kun er fosterhinder som holder barnet tilbage og der er tiltagende veer ... M pudendusnål gøres [klageren]

med udtømmelse af stor skylle klart FV. % fremfald af ns eller smådele. ".

Ulykkesforsikringen dækker en pludselig hændelse, der forårsager personskade. Forsikringen dækker ikke ulykkestilfælde, hvis hovedårsag er sygdom eller en bestående lidelse eller følger efter behandling af læge eller lignende, som ikke var nødvendig på grund af et ulykkestilfælde, der er omfattet af policen.

Nævnet bemærker, at Højesteret i den såkaldte løbesag (U 2018.7 H) har udtalt om en tilsvarende bestemmelse, at "Den definition af et ulykkestilfælde, der anvendes i de foreliggende forsikringsbetingelser, er bred. Det hænger navnlig sammen med anvendelsen af ordet 'hændelse' og det forhold, at det ikke er en betingelse, at årsagen til ulykkestilfældet er udefra kommende påvirkning eller ydre omstændigheder, ligesom det efter vores opfattelse heller ikke er en betingelse, at der er opstået noget usædvanligt, uventet eller tilfældigt i forbindelse med skadens indtræden. Den hændelse - initialpåvirkning - som har ført til skaden, skal dog være sket pludseligt". Højesteret har videre udtalt, at "På den anførte baggrund og henset til, at den uklarhed, som forsikringspolicernes beskrivelse af ulykkesbegrebet giver anledning til, må komme selskaberne til skade, finder vi, at definitionen på et ulykkestilfælde må anses for også at omfatte den situation, hvor der pludseligt under løbeaktivitet opstår personskade".

Nævnet bemærker, at det foretagne kejsersnit og aflukningen af den venstre urinleder ved syning af udrifterne er lægelig behandling. Forsikringen dækker ikke følger efter behandling af læge eller lignende, som ikke var nødvendig på grund af et ulykkestilfælde, der er omfattet af policen. Der har derfor betydning, om kejsersnittet var nødvendigt på grund af et dækningsberettigende ulykkestilfælde.

Der blev foretaget akut kejsersnit på grund af moderkageløsning. Nævnet finder efter en gennemgang af sagen, at moderkageløsningen skyldtes en pludselig trykforandring i livmoderen forårsaget af den hindsprængning, som jordemoderen foretog, hvorfor klageren under fødslen har været udsat for en pludselig hændelse (en initialpåvirkning).

Nævnet har blandt andet lagt vægt på udtalelsen fra gynækolog/obstetriker, der konkluderer, at hindsprængningen med overvejende sandsynlighed medførte trykforandring i livmoderen og som følge heraf en akut løsning af moderkagen med blødning og ctg forandringer til følge.

Nævnets flertal udtaler:

Ankenævnet for Forsikring

17.

101056

Flertallet finder, at hindsprængningen er en "behandling af læge eller lignende", og at hindsprængningen ikke har været nødvendig på grund af et selvstændigt ulykkestilfælde, der er omfattet af forsikringen. Flertallet kan derfor ikke kritisere, at selskabet har afvist at yde dækning.

Flertallet har blandt andet lagt vægt på, at fosterhinderne blev punkteret i stedet for at briste af sig selv.

Hindsprængningen må i den konkrete situation anses som et indgreb, der har til formål at fremme progressionen af fødslen, hvilket må betragtes som "behandling af læge eller lignende" i forsikringsbetingelsernes forstand.

Flertallet bemærker, at det fremgår af journalnotatet, at hindsprængningen foretages "for at fremme nedtrængningen og fremskynde fødslen, da det kun er fosterhinder som holder barnet tilbage og der er tiltagende veer".

Det, som klageren i øvrigt har anført, kan ikke føre til andet resultat.

Nævnets mindretal (en person) udtaler:

Mindretallet finder, at hindsprængningen ikke kan betragtes, som "behandling af læge eller lignende" i betingelsernes forstand.

Mindretallet har i den forbindelse blandt andet lagt vægt på, at det er en naturlig proces ved en vaginal fødsel, at fosterhinderne brister, og der sker vandafgang.

Mindretallet har videre lagt vægt på, at hindsprængningen ifølge gynækolog/obstetriker var udtryk for god klinisk praksis og blev foretaget for at afslutte fødslen på et tidspunkt, hvor livmodermunden var fuldt åben og fødslen ansås for uafvendelig. Hindsprængningen skete ifølge journalnotatet "for at fremme nedtrængningen og fremskynde fødslen". Der er ikke oplysninger om, at hindsprængningen blev foretaget på grund af unormale forhold eller mistanke herom ved mor eller barn.

Ankenævnet *for* Forsikring

18.

101056

Det, som selskabet i øvrigt har anført, kan ikke føre til andet resultat.

Der træffes afgørelse efter stemmeflertallet.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Jens Kruse Mikkelsen
formand