863/11

Den 14. marts 2011 blev i sag nr. 78.348:

xxxxxx xxxx
xxxxxxxxxxxx x
xxxxxx xxxxxxx

mod

P/F Føroya Livstrygging
Postsmoga 206
110 Tórshavn
Færøerne

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikrede er omfattet af en gruppeforsikring med dækning ved kritisk sygdom i P/F Føroya Livstrygging. Han klager ved sin fagforening over, at selskabet har afvist at yde dækning i anledning af en anmeldt kritisk sygdom (apopleksi).

Selskabet henviser til, at kriterierne for udbetaling ikke er opfyldt.

Af klagen, som nævnet har modtaget den 17/5 2010, fremgår:

> "[Klager] fik hjerneblødning ombord et fiskeskib, og han blev flyttet fra skibet med helikopter til et hospital i Skotland. Blev siden flyttet til hospitalet på … har været indlagt i længere tid. Han har været delvis lammet og har haft stort synkningsbesvær. Oplevelsen af fare for kvælning, har påvirket ham meget psykisk og dette har medført flere indlæggelser. Han er stadigvæk ikke arbejdsdygtig.
>
> Fagforeningen har været i dialog med forsikringsselskabet om sagen. Forsikringsselskabet fastholder, at den type af hjerneblødning, som [klager] har haft, ikke giver ret til udbetaling.
>
> [Klager], og hans fagforening fastholder, at hjerneblødning skal altid give ret til udbetaling, særligt i dette tilfælde, hvor hjerneblødningen og dens følgevirkninger har gjort patienten uarbejdsdygtig og påført ham svære psykiske og legemlige problemer.
>
> Det kan nævnes, at hjerneblødning står på listen over sygdomme, som giver ret til udbetaling. Patienten og fagforeningen føler sig vildledt af forsikringsselskabet, da de nægter udbetaling på grund af lægefaglige detaljer, som almindelige mennesker ikke forstår."

Selskabet har i brev af 7/6 2010 til nævnet anført:

"Ovennævnte er gennem sin fagforening gruppelivsforsikring hos LÍV for bl.a. kritisk sygdom. I forbindelse med blodprop i hjernen den 5.7.2009, har han søgt om forsikringsudbetaling for kritisk sygdom, men har fået afslag under henvisning til, at diagnosen ikke er dækningsberettiget ifølge de i forsikringsbetingelserne nævnte definitioner.

På opfordring fra fagforeningen har LÍV revurderet samtlige sagsakter og på ny drøftet sagen med sine lægekonsulenter, og fastholder herefter den forrige afgørelse.

Det fremgår af sagsakterne, at [klager] har været indlagt på … Sygehus, pga. synkebesvær. Forsikrede får lagt en midlertidig gastrostomi imens synkefunktionen bliver genoptrænet. Ved udskrivelsen spiser [Klager] almindelig kost og har ikke længere brug for træning ved ergoterapeut.

Det fremgår af oplysningerne, at en MR-scanning viser obs. for små laukunære infarkter. Der er ikke modtaget yderligere svar på MR- eller CT-scanninger, som bekræfter denne diagnose.

Selskabet finder således ikke, at der foreligger dokumentation for, at [klager] har haft infarkter i hjernen, som har medført blivende neurologiske udfaldssymptomer.

LÍV mener derfor, at [klagers] sygdom ikke opfylder kriterierne for diagnosegruppen 'Hjerneblødning eller blodprop i hjernen' og har derfor afvist skaden."

Nævnet har fået forelagt de bilag, som parterne har fremlagt, herunder diverse lægelige oplysninger, hvoraf nogle gengives her:

Af journalnotat af 9/7 2009 fremgår:

"Været indlagt i Skotland haft neurologiske symptomer. Været uklar, + Romberg. Dobbeltsyn og synkebesvær. Det meste væk men der resterer manglende evne til at tygge sammen. Intermitterende dobbeltsyn. Carnienerver!
Der er p.t. normale øjebevægelser men tungetryk og masseter svage. BT: ok. Der tages EKG og konf.rtg. om MR/CT."

Af sygehusnotat af 4/8 2009 fra Røntgenafdelingen fremgår:

"**MR av cerebrum og hjernestamme uden og med i.v. kontrast.**
Centralt i pons umiddelbart til højre for midtlinjen ses 2 punktater ca. mm store højsignalerende forandringer på T2, disse er hver 1-2 mm store. Der ses ingen kontrastopladning sv.t. disse forandringer efter i.v. kontrast. Det drejer sig helst om minimal lakunære infarkter, ellers ses ikke andre patologiske forandringer i hjernen.
RD: obs. minimale lakunære infarkter i pons."

Af journalnotat af 4/8 2009 fremgår:

"Undersøgelse pga. cerebr. symptomer: svimmelhed, bliver ør, og har tørn med dobbeltsyn. Var indl. til nærmere us. i Scotland: CTC i.a. Har netop været i rtg.afd. til MR-scanning. Fort-

sat kortvarige tørn med horisontalt forskudte dobbeltsyns-billeder. Ingen perifere neurologiske udfald i øvrigt. Ingen DM. Får 1 tabl. dagl. for forhøjet BT. Synet har altid været godt, men til us. for søfolk: har på det seneste været lidt dårligere syn på hø. øje.
Obj.: Visus dexter: 0,5 ukorrig. & 0,8 ved +0,50-1,00*180; Visus sinister: 0,.9 ukorrig.; Autorefraktion: +0,25-1,++*005/0,00 Rmx: +0,50-1,00*005/+0,50; Tension: hø./ve.: 17 mmHb (10-22): Begge øje: Balbus blegt, cornea klar. Ingen reaktion i forreste kammer.; Oftalmoskopi af begge øjne: Klart indblik. Papillen er vel afgrænset. Central åretegning, central ekskavation, makula naturligt udseende. Retina i periferien liggen indtil.; Neurostatus, Motorisk: Externe, leje og stilling: i.a. I primer position er der ingen diplopi og øjnene er parallelle. I periferi er det heller ikke muligt at afdække diplopitendens. Litdissoc.-test alene fjernt afdækker 3-4 pd esofori.; Nystagmus: Ingen spontan- og indirekte lysstimuli og konvergens.; Donder: Synsfelt uden begrænsninger.
Konklusion og plan: Ingen sikker neurooftalmol. tvivlsomme fænomeer.
Diagnose: DH522, Astigmatismus o.dxt."

Af journaludskrift fra sygehus fremgår:

"11.9.2009 - Indlagt
Indlagt akut for problemer med at synke og feber. Han har haft et cerebralt anfald (apopleksi) juli 2009, som begyndte på samme måde med synkningen. CT-skanning er foretaget på LS. Han havde dog kommet sig godt igen. Han har ikke kunnet tage medicin i 2 dage.
…
Objektivt
Kan ikke synke, ellers upåvirket.
BT 127/72. Puls 90. Tp. 38,8.
Mund/svælg: Rød i halsen, belægning på tungen.
St. c. et p.: l. a.
Abdomen: Blødt og indolent.
Ekstremiteter.

rp. alm. blodprøver + EKG

Drop bliver sat op.
CRP 120.

rp. inj Zinacef 1,5g x 3
i.v.
rp. Pause med tabl.

14.9.2009
Det har været lidt skiftende, hvad han får ned, men i går aftes klarede han så at spise og drikke noget og hertil morgen har han spist havregrød, selv om det tog mere end en time. Jeg har ellers aftalt med … på med. afd. … at han skulle komme nord og få lagt en PEG-sonde. Dette vil vi vente med og vide om han ikke kan klare sig uden. Ellers er infektionen på retur, CRP er faldet fra 120 til 50.
Han har ikke kunnet tage medicin, men Eltroxinen får han synket
Han vil forsøge med blendet kost.
Vi begynder træning ingen hos e:goterpeut.

17.9.2009
Det går bedre. Han spiser nu fast føde, rugbrød. Intet går i den gale hals. Ingen hoste. CRP falder stadig og er nu nede på 18. Venflonin gik i morges, årene er lidt skrøbelige og han har fået Zinacef nu på 6. døgn, og vi ser nu hvordan det går uden antibiotika. Træner med ergoterapien hver dag.

18.9.2009
Det går nu stort fremad. Han synker tabl. som ingenting nu og skal så igen i behandling med Persantin og vi

sep. Fragmin.

Belægningen som han havde i munden er forsvunden og tungens slimhinde er fuldstændig ren. Der er heller inden belægning på tonsillens. GRP er nu kommet ned på 18. Vi planlægger nu, at han kan tage hjem i weekenden. Tager nu igen den medicin som han kom ind med og kommer igen søndag aften for at træne.

23.9.2009
Det går godt fremad, han spiser og drikker, men kan være her en tid mere for at få så mange synkeøvelser som muligt.
…
05 10 09
Pt. har en hel del spytsekretion, og det er stort set hans eneste klage, har det ellers godt. Vi må afvente og se om det er noget, der holder op af sig selv, det er lidt tynd indikation alene at henvise til en øre-næse-halslæge for dette.

06 10 09
Pt. har fortsat problemer med synkning og + for at han tidligere har haft kronisk halsbetændelse. Problemet med synkning stammer under alle sandsynligheder fra tidligere infarkt, men pt. må henvises til øre-næse og halsafd. Der skal sendes brev til øre-næse og halsafd. på …

09 10 09
Pt. har fortsat synkebesvær og en del expectorat og forhøjede infektionsparametre. Der ordineres rtg. af thorax og vi stiler mod gastroskopi, for en ordens skyld, hvis der skal været noget, som forhindrer synkningen, dog man mener synkebesværet er seg. af det centrale infarkt.

Der gøres: <u>gastroskopi.</u>
Først inspicerer man i mundhulen, hvor man finder helt normale forhold. Herefter nedføres gastroskopet uden besvær. Der er normale forhold i første og andet stykke af duodenum, pylerus ser normal ud, antrum ligeledes og ved loopen ses der fuldstændig normale forhold i ventriklen. Oesophagus gennemgås nøje, der er heller ikke tegn her, hverken til svamp eller andet, der kan forklare hans synkebesvær. Da jeg komme helt op i pharynx, kan jeg tydeligt se ned i stemmelæberne, de ser helt normale ud, der er fuldstændig normale forhold at se.
Jeg kan ikke finde nogen organisk årsag til, at pt. har synkebesvær og ikke kan spise og drikke. Jeg har sagt til ham, at han nå forsøge så godt han kan ellers må, vi lægge en ventrikelsonde.

09 10 09
Har været til gastroskopi, som. er i.a.
Rtg. af thorax viser hø. sidig basla infiltrat. Sættes i behandling med Penicillin.

11 10 09
Drikker iflg. væskeskemaet kun sparsomt.
Der anlægges ventrikelsonde
uden besvær, kontrolleres med stetoskop. Er korrekt beliggende.
Vi må give sondemad + tynd suppe.
Væsketallene er normale.

12 10 09
Pt. synes det går langsomt fremad efter, at han har fået langt ventrikelsonden. Der har været lidt problemer til morgen. Han har lidt svært ved at hoste sit slim op og får
rp. lungefysioterpi.

13 10 09
Vi rykker for øre-næse og halslægerne i …

14 10 09 Gastroskopi
Anlæggelse af PEG-sonde

Der indledes med gastroskopi. Ventrikelslimhinden normal. Ved gennemlysning finder man et passende sted på store kurvatursiden og man incideren et lille hul fortil på abdomen. Kanylerer (overlæge …) og man fanger stiletten og fikserer den til sonden som trækkes igennem oesophagus op gennem abdominalvæggen og ved efterfølgende gastroskopi finder man sondepladen fint beliggende op mod abdominalvæggen på store kurvatursiden af ventriklen. Sonden fikseres via gummiplade med 3 suturer til abdominalhuden

Når PEG-sonden på et tidspunkt skal fjernes trækker man tot i sonden og klipper i hudniveau, hvorefter sondepladen på sonden kvitteres med afføringen.
Pt. kan ernæres via PEG-sonden fra i dag.

15 10 09
Pt. har det muligvis en anelse bedre, men han er noget deprimeret, hvorfor
rp. tabl. Cipramil 10 mg dgl.
Skal til ørenæse-halslæge i morgen.

19 10 09
Pt. er i behandling med Centyl med kalium i form af kapsler. Pt. har besvær med at indtage tabletter per os, derfor sættes han i behandling med Centyl-tabl. som kan knuses og gives gennem gastrostomi-sonden. Der er normal kalium og såfremt kalium falder, må man give kalium-mikstur gennem gastrostomi-sonden.

21 10 09
Det går bedre med synkning, men har problemer med at sove om natten og er i perioder urolig.
Sættes i beh. med Stilnoct og Stesolid
rp.diætist-tilsyn

02 11 09
Det går godt med genoptræningen. Pt. spiser fuldkost. Har ikke mere brug for gastrostomisonde. Det går op og ned med depressionen. Cipramildo øges fra 10 til 20 mg dgl.

18 11 09
Gastrostomisonden fjernes, idet den afklippes i hudniveau og skubbes ind, den kan afgå med afføringen.
…
24.11.2009
Ifølge … ergoterapeut, ser hun ikke nogen grund til at fortsætte, fordi hun mener, at hun har nået sit mål. På den anden side så får han stadig træning, og han mener, at det har gået særdeles godt både går og i dag, så han vil gerne fortsætte ugen ud. Det mener jeg også er

rimeligt. Vi har ikke fået svar på henvisninger til psykolog på LS. Det vil vi sende påmindelse om.

27.11.2009
Velbefindende.

Udskrives."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**§ 9.**
VED KRITISK SYGDOM FORSTÅS
…
E. Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (apopleksi).
En læsion i hjernen, som medfører objektive neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed, som følge af en infarkt forårsaget af emboli eller trombose, af en subaraknoidalblødning eller fra et intracerebralt hæmatom opstået spontant eller som følge af en vaskulær malformation. Der skal være blivende neurologiske udfald og der skal foreligger hjernescanning (CT/MR) med fund svarende til ovennævnte karlidelser.
Krav: Diagnosen skal være stillet på en neuromedicinsk eller neurokirurgisk afdeling eller bekræftet af speciallæge i neuromedicin."

Nævnet udtaler:

Nævnet råder ikke over den fornødne lægelige sagkundskab til at kunne træffe afgørelse i sagen og må derfor henvise klageren til i givet fald at søge denne afgjort ved domstolene, jfr. § 4, stk. 1, i nævnets vedtægter

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

_____

Nævnet kan ikke afgøre sagen.

J. Hermann