

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 8. september 2021 blev i sag nr. 93656:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Gouda Rejseforsikring
A.C. Meyers Vænge 9
2450 København SV

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har rejseforsikring. Boet efter klageren er indtrådt i nu afdøde klagers klage til nævnet. I klageskema af 12/4 2019 til nævnet samt i vedlagte bilag har klagerens advokat bl.a. anført:

"Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?"

Anerkendelse af skaden som værende omfattende af forsikringen

...

Twisten udspringer af, at [klagerens] rejseforsikring ved Gouda har afvist at der skulle være sket lægefejl i forbindelse med hendes behandlingsforløb i [Europa] tilbage i sommeren 2014. Selskabet har senest afvist dækning ved brev dateret den 6. februar 2019.

Helt konkret er der uenighed mellem parterne om hvorvidt der skete fejl i forbindelse med fjernelsen af et anlagt dræn den 4. august 2014. Efter fjernelsen af drænet fik [klageren] fornyet op-hobning af væske i hjernen, hvilket har fået alvorlige følgevirkninger i forhold til [klageren] funkti-onsniveau.

Selskabet har i den forbindelse lagt det til grund, at drænet blev fjernet idet man havde påvist in-fektion i området. Det stemmer dog ikke overens med det [klageren] selv og familien blev oplyst. Her lød forklaringen, at man havde valgt at fjerne drænet idet man lægeligt vurderede, at hun ik-ke længere havde behov for dette.

Den forklaring stod dog i skærende kontrast til det overlægen tidligere havde berettet, nemlig at [klageren] fremadrettet ville have behov for permanent dræn. Der blev heller ikke iværksat be-handling for infektionen efter udtagningen af de to ventrikeldræn den 4. august 2014.

Det fremgår da også af operationsnotatet den 6. august 2014 (bilag 5), at vurderingen havde været at de to ventrikeldræn kunne fravænnnes i forbindelse med behandlingsforløbet – og at man derfor den 4. august 2014 havde fjernet disse med diskret ventrikelbredde efter lukningen. Heller ikke her fremgår det, at der allerede på dette tidspunkt var påvist stafylokokker i den ophobede hjernevæske. Der var således tale om forebyggende behandling på det tidspunkt, hvilket også naturligt ligger i ordet profylaktisk.

Den nyligt opståede væskeophobning medførte dog, at man på ny måtte indsætte ventrikeldræn hos [klageren]. Efter indgrebet forværredes [klagerens] situation, og man var ikke sikker om hun ville overleve de efterfølgende dage. [Klageren] vågnede dog op efter nogle dage, men var herefter betydeligt påvirket af voldsomme lammelser, betydelige synsforstyrrelser og afasi jf. beskrivelsen i henholdsvis bilag 2, side 21 og bilag 3.

En tilstand som var i væsentlig kontrast til situationen forud for fjernelse af drænene den 4. august 2014. På det tidspunkt var [klageren] i stand til at snakke og deltage i samtaler med både venner og familie uden problemer. Det fremgår også af vedlagte vidneudtalelser. Derudover var [klageren] allerede i dialog med sin arbejdsgiver om eventuel tilbagevenden til arbejdspladsen i det omfang det var muligt. Det lå hende meget på sinde at komme retur hurtigst muligt. Følgervirkningerne af drænfjernelsen og den opståede væskeophobning har dog umuliggjort dette.

Den 14. august 2014 blev [klageren] opereret igen, idet det netop indsatte dræn var tilstoppet. Man skiftede her drænet og gav antibiotika intravenøst med henblik på at bekæmpe den påviste infektion i det udtagne dræn. Det var altså først her, at man konstaterede infektion i området – hvilket også stemmer overens med den i bilag 7 angivne dato.

Der blev imidlertid ikke angivet noget om infektion allerede tilbage ved seponeringen af drænet den 4. august 2014. Tværtimod gentages det her, at drænet blev fjernet som følge af en konkret vurdering af, at [klageren] ikke længere behøvede dette.

Den 18. august 2014 havde situationen stabiliseret sig yderligere, så man var i stand til at anlægge et permanent dræn på [klageren]. (Bilag 8). Det vil sige man vurderede altså her, at [klageren] fremadrettet ikke ville være i stand til at klare sig uden det pågældende ventrikeldræn. En vurdering der altså stemte overens med den besked familien og [klageren] tidligere havde faet fra den ledende overlæge på afdelingen.

Sagens tvist omhandler altså, hvorvidt der er sket en lægelig fejlbehandling i forbindelse med fjernelsen af drænet den 4. august 2014. Dette også under hensyn til, at fjernelsen efter det oplyste ikke skyldtes infektion i området, men derimod en vurdering af at [klageren] ville være i stand til at klare sig uden permanent dræn. Det kan desuden oplyses, at anlæggelsen af permanent dræn efter operationer som den udført på [klageren] er normalen – netop for at undgå risikoen forbundet med ophobning af væske i hjernen.

Tilbage sidder [klageren] i dag med betydelige fysiske gener som følge af den lægelige fejlbehandling hun var udsat for i forbindelse med opholdet i [Europa]."

Selskabet har i brev af 18/7 2019 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Sagsfremstilling

Under ophold i [Europa] tager klager 9. maj 2014 kontakt til Goudas 24 timers alarmcentral og oplyser, at hun gennem 3 uger har haft symptomer i form af svimmelhed, hovedpine samt oplevet tilfælde med besvimelse. Hun bliver tilset af læge i [Europa], der mener, at der er tale om spændinger i nakkeregionen. Lægen udskriver muskelafslappende medicin.

Goudas 24 timers alarmcentral er herefter i løbende kontakt med klager, hvor hun oplyser, at medicinen hjælper på hendes symptomer. I mail af 10. juni 2014 oplyser klager, at hun har aflyst planlagt konsultation hos lægen, da hun er i bedring.

Gouda hører herefter først fra klager ved telefonopkald af 11. juli 2014, hvor hun oplyser igen at være besvimet. Klager bliver sendt til udredning og får 21. juli 2014 scannet hovedet. Her konstateres der en tumor i hjernen. Denne bliver fjernet ved operation den 25. juli 2014, og efterfølgende biopsi viser, at tumoren er ondartet. Ved operationen anlægges der dræn.

Ved fornyet scanning den 28. juli 2014 ses der breddeforøgelse af hjernehulrummene, som tegn på afløbshindring af hjernevæsken. Den 29. juli 2014 anlægges der nye eksterne dræn.

Den 4. august 2014 opstår der infektion med stafylokokker i hjernens hulrum. Drænet fjernes, og der opstartes bredspektret antibiotikabehandling.

Den 6. august 2014 får klager fornyet væskeophobning i hjernen og der installeres to nye dræn. Der er gentagne dyrkning fra hjernevæsken, der fortsat viser stafylokokker, hvorfor drænene skiftes den 14. august 2014.

Den 15. august 2014 findes for sidste gang stafylokokker, hvorfor der den 18. august 2014 anlægges et permanent dræn.

Klager opstarter primo september 2014 kemoterapibehandling. Efterfølgende har hun et længere genoptræningsforløb i [Europa], inden hun med medicinsk ledsagelse transporteres hjem til Danmark med henblik på yderligere behandling og rehabilitering. Gouda har dækket samtlige udgifter i forbindelse med behandling i [Europa], tilkald af pårørende samt hjemtransport af klager.

I brev af 28. januar 2016 fra klagers advokat (**Bilag A**) tages der forbehold for yderligere krav på godtgørelse og erstatning. I samme mail vedhæftes redegørelse fra klagers [pårørende].

Som følge af henvendelse fra klagers advokat anmoder Gouda en lægekonsulent om at gennemgå sagen. Der er her tale om anden læge i forhold til under sagens forløb. Dette med henblik på at få en 'second opinion' i sagen. I mail af 10. august 2016 vedhæfter Gouda redegørelse af 9. august 2016 fra lægekonsulent ..., der er speciallæge i patalogisk anatomi og specialist i neuroonkologi (**Bilag B**). På baggrund af lægekonsulentens redegørelse afviser Gouda, at der har været tale om lægelig fejlbehandling.

I mail af 12. september 2016 fra klagers advokat, vedhæftet brev af 28. juli 2016 fra klagers advokat, **(Bilag C)** oplyses det, at det ved hjemkomst til Danmark efterfølgende er blevet konstateret, at det er en fejl, at den sutur, der holdt huden lukket ved det permanente dræn, ikke blev fjernet.

I mail af samme dag fra Gouda **(Bilag C)** oplyses det, at medicinsk dokumentation for disse påstande venligst bedes fremsendt. Det oplyses endvidere, at det er skadelidte, der har bevisbyrden for, at der har været tale om lægelig fejlbehandling. Den ønskede dokumentation ses endnu ikke at være fremsendt.

Som følge af henvendelsen fra klagers advokat, anmoder Gouda på ny lægekonsulent ... om at gennemgå sagens medicinske oplysninger. Herudover indhentes vævsprøver fra klagers tumor, der analyseres af lægekonsulent ..., som fremsender sit notat 17. april 2017 **(Bilag D)**

På baggrund heraf fastholder Gouda i mail af 22. april 2017 **(Bilag E)**, at der ikke er tale om lægelig fejlbehandling. I de medicinske oplysninger foreligger det oplyst, at [klageren]s dræn den 4. august 2014 fjernes. Det oplyses endvidere, at der allerede den 4. august 2014 konstateres både infektion samt væskeophobning **(Bilag F)**.

Forsikringsdækning

I de gældende forsikringsbetingelser står der følgende:

6. LÆGELIG FEJLBEHANDLING

Dækning	Super	Standard
Forsikringssum	1.000.000 kr.	500.000 kr.

6.1 Hvilke udgifter dækker rejseforsikringen

Rejseforsikringen dækker varigt mén som følge af dokumenteret lægelig fejlbehandling i direkte forbindelse med en *skade*, der er dækningsberettiget i henhold til dækning 1 *Sygdom* eller er omfattet af den offentlige rejsesygesikring. Erstatningsansvaret fastlægges efter Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet §§ 20-23, og erstatningens størrelse fastlægges efter Lov om erstatningsansvar.

I lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet fremgår det af § 20, at lægelig fejlbehandling foreligger i tilfælde af, at:

1. en specialist på området ville have handlet anderledes
2. skade skyldes fejl eller svigt i teknisk apparatur
3. skaden ud fra efterfølgende vurdering kunne være undgået ved hjælp af en anden til rådighed stående behandlingsteknik.
4. der som følge af undersøgelse eller behandling indtræder skade i form af infektion eller andre komplikationer, der er mere omfattende end hvad patienten med rimelig må tåle.

I lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet er der i §§ 21 og 22 ligeledes nævnt årsager til, at der kan danne grundlag for lægelig fejlbehandling. Disse årsager ses dog ikke at være relevante for indeværende sag.

Vores vurdering

Ud fra den foreliggende lægelige dokumentation i sagen, er det ikke vores vurdering, at der har været tale om lægelig fejlbehandling.

Det fremgår af lægejournalnotater er der allerede den 4. august 2014 er fundet infektion i hjernevæsken/hjernebinderne ([EVD forbundet meningitis med påvisning af KNS og Staphylococcus capitis på begge kateterspidser 04.08.14]) se bilag B og F.

Således er det klart fastlagt, at der allerede den 4. august 2014 kunne konstateres en infektion i hjernevæsken/hjernebinderne, ligesom der opstartes bredspektret antibiotikabehandling som følge heraf.

I henhold til udtalelse fra overlæge ... af 9. august 2016 fjernes drænet så hurtigt som det er klinisk muligt for at undgå eksempelvis infektioner, og han oplyser videre, at ved infektioner, der skyldes drænbehandling, som i dette tilfælde, fjernes ligeledes drænet, hvis det er muligt. Han afslutter sit notat med at konkludere, at fjernelse af klagers dræn er lægeligt korrekt.

Det bemærkes i den forbindelse, at infektioner i forbindelse med anlæggelse af dræn må kunne forventes.

På baggrund af ovenstående må vi således fastholde, at det er dokumenteret, at der allerede den 4. august 2014 kunne konstateres infektion i hjernevæsken/hjernebinderne, og at det endvidere er sædvanligt og lægeligt korrekt, at dræn fjernes ved infektioner, ligesom overlægen bekræfter, at fjernelse af drænet i den konkrete situation var lægeligt korrekt.

Således fastholder vi, at der ikke er sket lægelig fejlbehandling, hvorfor vi fastholder vores afvisning af forsikringsdækning.

Vi skal endvidere bemærke, at klager har fået afslag på retshjælpsdækning (dette er oplyst telefonisk af klagers advokat den 20. april 2018), hvilket også underbygger, at der **ikke** foreligger lægelig fejlbehandling i sagen.

Vi bemærker afslutningsvist, at klager har mulighed for at indbringe sagen for myndighederne i [Europa], som en pendant til Styrelsen for Patientklager, hvis klager fortsat er af den opfattelse, at der var tale om lægelig fejlbehandling."

Klagerens advokat har i brev af 16/9 2019 til nævnet bl.a. anført:

"I forbindelse med de fremsendte bemærkninger fra selskabet, fremsendes her yderligere bemærkninger. Bemærkningerne relaterer sig her til specifikke dele af journalmaterialet. For overblikkets skyld er materialet vedlagt med nummerering 1 til 5. Det beklages hvis der ses gengange i henhold til tidligere fremsendt materiale.

Af materialet i dokument 1, fremgår det at drænet ved CT-skanning den 4. august 2018 var vel-fungerende. Efter fjernelsen af drænet den 4. august 2018 påviste man stafylokokker på spidsen af det fjernede dræn – der blev ikke den dag taget prøver fra væsken fra drænet – ligesom blodprøver ikke påviste forhøjede infektionstal den pågældende dag jf. beskrivelsen i vedlagte doku-

ment 2. Det var derfor følgelig heller ikke som følge af påvist infektion at drænet blev udtaget, idet man først påviste dette efterfølgende.

Det understøttes også af vedlagte dokument 4, hvoraf det fremgår at der ikke i forbindelse med fjernelsen den 4. august 2018 er angivet noget omkring en indtrådt ventrikulit. Tilsvarende angives det i vedlagte dokument 5, at drænene blev fjernet den 4. august 2018 som følge af en vurdering af at man kunne fravænne disse under behandlingen.

Der var altså ikke erkendt stafylokokker i området på det tidspunkt hvor man fjernede drænene og behandling for dette blev ligeledes først op startet den 8. august, da man havde indsat nye dræn efter at [klageren] oplevede stigende tryk i hjernen og blev ukontaktbar.

Af vedlagte dokument 3 fremgår desuden under 4. august 2018 [Forværring med aflukkede EVDs] – altså at der sker forværring ved aflukning af dræn. Dette understøtter således, at der ikke var medicinsk belæg for at udtage drænene den pågældende dag.

Tilsvarende undrer det, at man ved påvist infektion i så fald først iværksætter behandling 4 dage efter betydelig forværring i tilstanden. Der forelægger således entydige behandlingsfejl i forbindelse med fjernelsen af de pågældende dræn, hvorfor forløbet omfattes af forsikringen."

Selskabet har i brev/mail af 18/11 2019 til nævnet bl.a. anført:

"På baggrund af det fremsendte har sagen været til vurdering hos vores kontaktlæge (neurolog), der ligeledes har drøftet sagen med tysktalende kollega (neurolog).

Vores kontaktlæge har fremsendt følgende oplysninger:

'Der klages over fjernelse af de eksterne dræn (EVD) den 04.08.2014.

Der foreligger beskrivelse af CT-skanning den 04.08.2014 med begge EVD, dvs. FT blev skannet umiddelbart inden fjernelse af EVD. Radiologen beskriver endvidere, at der er regression af ventrikelsystemets størrelse samt bevarede basale cisterner. Under indikation står der bl.a. at drænene har været aflukket siden 03.08.2014.

Dvs. at FT på skanningstidspunktet i princippet har kunnet klare sig uden EVD siden den 03.08.2014, hvorfor EVD mest sandsynligt er blevet fjernet. Den 05.08.2014 er der beskrevet [Hemipares højre støt bedre, kan give hånd] ved klinisk undersøgelse, hvilket ikke tyder på forværring af tilstand, som man mest sandsynligt ville have set såfremt FT ikke havde kunnet klare sig uden EVD.

Det er normalt at sende udtaget materiale til dyrkning, også når der ikke klinisk er mistanke om infektion. Blodprøvesvar fra den 04.08.2014 viste CRP 3 og leukocytter 13,8 (steget fra 6 den 03.08.2014). Der er ikke angivet temperatur eller almen tilstand for den 04.08.2014 så vidt jeg kan se. Således uklart om der på det tidspunkt var klinisk infektionsmistanke eller ej.

Dog angives der på side 301 af 606 at vancomycin og refampicin blev startet 04.08.2014. Jf. senere sagsakter blev antibiotisk behandling først opstartet den 08.08.2014. Kateterspidserne der blev afsendt den 04.08.2014 viste stafylokokker. Det står ikke klart hvornår dyrknings svar fra kateterspidserne forelå, men det er ikke unormalt at der kan gå nogle dage (op til 5 dage).

Den 06.08.2014 blev FTs tilstand akut forværret og der i henvisning til akut CT-skanning den 06.08.2014 angivet 'krampeanfald' som indikation. CT-skanningen viste let øgning af ventrikelsystemet og mindre afgrænsning af de basale cisterner i forhold til den 04.08.2014. Det er kendt at krampeanfald kan øget det intrakranielle tryk og krampeanfald ses overordentligt hyppigst hos patienter med glioblastom. Omvendt kan patienter også få krampeanfald af forhøjet intrakranielt tryk, men da ville man typiske have øvrige klager op til evt. krampeanfald. FT er beskrevet med GCS 15 både 04.08.2014 og 05.0[8].2014, hvilket betyder at hun har været ved fuld bevidsthed.

Min vurdering

- 1) Fjernelse af EVD mest sandsynligt pga. på det tidspunkt, manglende behov for disse bedømt ud fra CT-skanning samme dag samt retrospektiv bedømt ud af bedring af klinisk tilstand dagen efter.
- 2) Senere viste det sig at der var bakterier på EVD-spidserne.
- 3) Den pludselige forværring den 06.04.2014 efter ca. 2 dage med klinisk bedring mest sandsynligt pga. krampeanfald, hvilket typisk kan forårsage let øgning i det intrakranielle tryk, som blev set på CT-skanningen som den 06.04.2014.
 - regression af ventrikelsystemets størrelse samt bevarede basale cisterner stort ventrikelsystem og tillukkede basale cisterner tyder på højt tryk i kraniet. Således betyder regression af ventrikelsystemets større og bevarede basale cisterner at hjernen ikke er truet af trykforhøjelse.
 - CRP 3 og leukocytter 13,8
CRP er bl.a. indikator for infektion i kroppen. Lav CRP taler imod infektion, og en værdi på 3 er meget lav. Udover CRP bliver leukocytter (hvide blodceller) også medtaget som infektionstal. Hos en patient der får steroid-behandling forventer man at leukocytterne er høje pga. steroidbehandling og derfor lægges der større vægt på om CRP er forhøjet eller ej, når man undersøger patienten for infektion.
 - side 301 af 606 at vancomycin og rifampicin blev startet 04.08.2014
Vancomycin og Rifampicin er behandling af ventrikulit (infektion i hjernen). Hvis behandling med opstartet allerede den 04.08.2019 tyder det på at man havde haft mistanke om ventrikulit. Såfremt behandling blev opstartet den 08.04.2019 er det højst sandsynligt fordi man har set svar på bakterie-undersøgelsen af dræn-spidserne på det tidspunkt.
 - FT er beskrevet med GCS 15 GCS (Glasgow Coma Scale) bliver brugt til at vurdere bevidsthed hos en patient. GCS går fra 3 (=dyb komatøs) til 15 (=helt vågen, klar og orienteret).'

Det foreligger oplyst, at klager blev skannet inden fjernelse af drænet. Her beskriver radiologen, at hjernen ikke er truet af trykforhøjelse. Det fremgår endvidere, at drænene havde været aflukket siden 3. august 2014 og således ingen effekt havde. Dette betyder, at klager fra det tidspunkt har kunnet klare sig uden dræn.

Ifølge journal af 5. august 201[4] konstateres der en fremgang i klagers situation og først 6. august 2014 opstår der en akut forværring som følge af krampeanfald.

Allerede den 4. august 201[4] blev klager behandlet med Vancomycin og Rifampicin, hvilket efter vores lægekonsulents opfattelse indikerer, at man allerede på det tidspunkt havde mistanke om infektion. Antibiotisk behandling blev opstartet 8. august 201[4] efter svar på undersøgelsen af dræns-spidserne.

På baggrund af de fremsendte oplysninger fra vores lægekonsulent, må vi fastholde, at der ikke har været tale om lægelig fejlbehandling i forhold til at udtage klagers dræn den 4. august 2014. Klagers forværring den 6. august 2014 ses ikke at have forbindelse med udtagning af drænet, men skyldes en akut forværring som følge af krampeanfald. En forværring der på ingen måde kan betragtes som værende lægelig fejlbehandling.

Vi må fortsat opfordre klager til at indbringe sagen for myndighederne i [Europa], som en pendant til Styrelsen for Patientklager, hvis klager fortsat er af den opfattelse, at der har været tale om lægelig fejlbehandling. Ønskes dette ikke, opfordres klager til at oplyse årsagen hertil. I modsat fald må det manglende ønske om at indbringe sagen for myndighederne i [Europa] komme klager bevismæssigt til skade.

Vi må afslutningsvist bemærke, at det på baggrund af ovenstående er vores holdning, at der er så stor usikkerhed om de lægelige oplysninger, som fremkommer i det meget omfangsrige lægelige materiale i sagen, som i øvrigt er på [fremmedsprog], og dermed ikke er oversat, at vi ikke finder, at sagen er egnet til behandling ved nævnet, men i stedet bør finde sted ved domstolene, hvor der kan findes anden bevisførelse sted, herunder oversættelse af det omfangsrige tyske lægelige materiale jf. nævnets vedtægter § 4 stk. 3 nr. 3."

Til dette har klagerens advokat fremsendt brev af 4/3 2020, hvori det bl.a. er anført:

"Ved nærværende skal jeg anmode Gouda Rejseforsikring om genoptagelse af sagen. Dette som følge af vedhæftede speciallægevurdering udfærdiget af speciallæge i neurokirurgi, [speciallæge 1].

Jeg foreslår derfor, at vi anmoder Ankenævnet for Forsikring om at sætte sagen i bero, indtil der foreligger en afgørelse vedrørende nærværende genoptagelsesanmodning."

Sagen har herefter været sat i bero ved nævnet til februar 2021. Selskabet har i brev af 15/2 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Vi har efterfølgende undersøgt muligheden for vurdering af sagen i [Europa] hos pendant til Patienterstatningen. Vores netværksafdeling har undersøgt forholdene i [Europa], men har desværre måtte konstatere, at der ikke findes en pendant til Patienterstatningen i [Europa].

Vi har herefter haft sagen til vurdering hos professor dr. med [speciallæge 2], Hjerne- og nervekirurgisk afdeling, Dr. med [speciallæge 2] har i speciallægeerklæring af 1. februar 2021 foretaget en vurdering af klagers behandlingsforløb i perioden 21. juli 2014 til 7. november 2014.

Speciallægeerklæringen af 1. februar 2021 fra dr. med [speciallæge 2] er efterfølgende blevet forelagt for vores lægekonsulent, der oplyser følgende:

I aktuelle sag foreligger gennemgang af behandlingsforløb i perioden 21. juni 2014 til 7. november 2014 under indlæggelse på [sygehus], [Europa] udfærdiget af professor, overlæge, dr.med. [speciallæge 2], afdeling for hjerne- og nervekirurgi ..., dateret 1. februar 2021.

Prof. [speciallæge 2] har foretaget en gennemgang af forløbet og følgende kan afledes heraf.

[Klageren] har som udgangspunkt fået diagnosticeret en højmaligntumor med dyb beliggenhed i hjernen med deraf vanskelig kirurgisk tilgængelighed. Begge forhold af prognostisk betydning og idet også med indflydelse på umiddelbare forløb, herunder direkte operationsfølger.

Postoperativt foretages der ekstern drænage og der behandles for tilkommen infektion før seponering (ophør) af ekstern drænage og skift til intern shunt. Varighed af ekstern drænage er omtalt og man har fra behandlende afdeling haft et ønske om hurtig ekstern dræn seponering (dette er normalt). Ved seponering indgår bl.a. registrering af intrakranielt tryk og klinisk fremtoning.

I forhold til umiddelbare og senere følger – lammelser og kognitive udfald har tumors lokalisering og størrelse, den udførte kirurgi og postoperative forløb med tilstræbt normotension alle indflydelse.

I aktuelle tilfælde kan det ikke afvises, at der i en periode har været et forøget intrakranielt tryk, men spørgsmålet er om dette i sig selv overskygger øvrige bidragsydere, altså tumors størrelse og lokalisering, samt den udførte kirurgi. Det skal her bemærkes, at der ikke eksisterer evidensbaserede retningslinjer for behandling med eksternt dræn; herunder behandling af dræninfection, og dette beror således i høj grad på klinisk skøn.

Prof. [speciallæge 2] konkluderer afslutningsvis:

[Klagerens] tilstand beskrives den 7.11.2014 under rehabiliterings indlæggelse som stabil almentilstand. Den neurologiske status beskrives med selvstændig gangfunktion med lette motoriske deficienser og med lette koordinationsproblemer. Mentalt beskrives hun svært påvirket med desorientering, som nødvendiggør konstant overvågning. Dette kan være en følge både efter tumorkirurgi, efter et postoperativt forløb med forhøjet intrakranielt tryk eller en kombination heraf.

Dertil kommer en tæt på sikker gradvis senere forværring på grund af progression af den maligne tumor indenfor et tidsperspektiv på måneder/få år. Den generelle prognose for sådan efterfølgende forværring af den neurologiske tilstand og for overlevelse er ikke ændret af ovenstående, medmindre tilstanden har medført, at [klageren] ikke har kunnet gennemføre den planlagte onkologiske efterbehandling.

Samlet set er spørgsmålet om den i en periode mulige trykforhøjelse har haft nogen afgørende betydning for det samlede forløb. Umiddelbart synes dette ikke at være tilfældet. Om det har haft en u hensigtsmæssig indflydelse på kognitive færdigheder eller motoriske er ikke relevant nu, og vil ikke kunne besvares eller kvalificeres yderligere. En diskussion af drænhåndteringen om denne har været hensigtsmæssig kan være relevant, men om anden tilgang havde ændret på forløbet synes usikkert.

Det er derfor min opfattelse at [klageren] under sin indlæggelse i [Europa] er behandlet efter bedste specialist standard.

Klagers advokat ses ikke at have anfægtet klagers operation i [Europa], men alene forholdet omkring overgang fra ekstern drænage til intern shunt. Det er herefter vores opfattelse, at det er

dette forhold Ankenævnet bør tage stilling til. Det må i den forbindelse desværre oplyses, at klager er afdød ved døden ... 2020.

Erstatningsansvaret fastsættes efter §§ 20-23 efter lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet og erstatningens størrelse efter lov om erstatningsansvar.

I henhold til denne lovgivning kan der være tale om lægelig fejlbehandling i følgende tilfælde:

1. Hvis det må antages, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes ved undersøgelse, behandling el. lign.
2. Hvis skaden skyldes fejl eller svigt i teknisk apparatur, redskaber eller andet udstyr, der anvendes ved eller i forbindelse med undersøgelse, behandling el.lign.
3. Hvis skaden ud fra en efterfølgende vurdering kunne være undgået ved hjælp af en anden til rådighed stående behandlingsteknik eller behandlingsmetode, som ud fra et medicinsk synspunkt ville have været lige så effektiv behandling af patientens sygdom
4. Hvis der som følge af undersøgelse, herunder diagnostisk indgreb, eller behandling indtræder skade i form af infektioner eller andre komplikationer, der er mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed må tåle. Der skal herved tages hensyn til dels skadens alvor, dels patientens sygdom og helbredstilstand i øvrigt samt skadens sjældenhed og mulighederne i øvrigt for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning.

Det er ikke vores opfattelse, at pkt. 2 til 4 er relevante i forhold til vurdering af indeværende sag.

I forhold til pkt. 1, er det vores opfattelse, at klagers behandling i [Europa] har levet op til specialist standard. I forhold til tidspunktet for overgang fra eksterne drænage til intern shunt, baseres dette på et konkret skøn fra den behandlende læge. Vi bemærker her udtalelsen fra Dr. Med [speciallæge 2] om, at der ikke eksisterer evidensbaserede retningslinjer for behandling med eksternt dræn, herunder behandling af dræninfektion. Denne beror således i høj grad på klinisk skøn.

Måtte det være Ankenævnets opfattelse, at man burde have udsat overgang fra eksternt drænage til intern shunt, må vi opfordre klagers advokat til at dokumentere, at dette forhold, isoleret set, har medført varige gener for klager, der ikke er en forventelig følge af hjernetumoren, operationen og den efterfølgende behandling. Vi bemærker her udtalelse fra Dr. Med [speciallæge 2] om, at der kommer en tæt på sikker gradvis senere forværring på grund af progression af den maligne tumor indenfor et tidsperspektiv på måneder/få år.

Vi mener ikke, at klagers advokat har løftet bevisbyrden for, at der har været tale om lægelig fejlbehandling og/eller at klager alene af den grund skulle have pådraget sig varige gener, der berettiger til erstatning efter Erstatningsansvarsloven. Vi må herefter fastholde vores opfattelse af, at der ikke har været tale om lægelig fejlbehandling."

Hertil har klagerens advokat i brev af 18/3 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Indledningsvis gør jeg opmærksom på, at det ikke skal have nogen betydning for bedømmelsen af sagen, at der ikke i [Europa] findes en pendant til Patientforsikringen. Selskabet har solgt [klageren] en ydelse i forbindelse med hvilken, der kan opnås dækning, såfremt betingelserne i KEL §§ 20-23 er opfyldte.

[Klagerens] operation for tumoren forløb planmæssigt, og hun var faktisk velbefindende efter operationen. Kunne tale og agere og havde fuld bevægelighed. Hun kunne selv gå i bad, ringe til sin arbejdsplads mv.

Da man fjerner drænet, medfører det, at [klageren] går i coma. Da hun kommer til bevidsthed, kan hun ikke bevæge arme og ben og er fuldstændig blind. Hun opnår aldrig fuld bevægelighed og må på grund af lammelser og de kognitive gener have hjælp døgnet rundt frem til sin død.

Jeg repeterer tidsforløbet:

21.07.2014	Indlæggelse
25.07.2014	Operationen – der er vellykket
29.07.2014	Skift af dræn
04.08.2014	Dræn fjernes – der foretages IKKE efterfølgende scanning med henblik på at vurdere, om [klageren] kunne klare sig uden dræn.
06.08.2014	[Klageren] opereres akut, og der lægges udvendigt dræn.
14.08.2004	Dræn skiftes.
18.08.2014	Der lægges permanent dræn.

Jeg henviser til vores bemærkninger i brev af 4. marts 2020 vedlagt erklæring fra neurokirurg [speciallæge 1] fra 1.3.2020.

I den sammenhæng fremhæver jeg særligt bemærkninger på side 5, afsnit 2-3 og afsnit 5 samt konklusionen side 6 ff.

Derudover henviser jeg til [speciallæge 1] tillægserklæring af 26.06.2020.

Afslutningsvis fremhæver jeg, at [speciallæge 2] i sin erklæring af 1. februar 2021 på side 7 efter at have lagt til grund, at det er et klinisk skøn, om dræn skal fjernes, jo netop ud fra bedømmelsen af de kliniske oplysninger og drænobserveringer i dagene efter operationen anfører: ', at vægtningen har været for meget/ for ensidigt på, at fjerne drænet hurtigst muligt, idet [klageren] havde kliniske symptomer for forhøjet intrakranielt tryk i forbindelse med forsøg på udtrapning. Beslutningen om at bibeholde eller seponere ekstern drænage kan understøttes ved at tilkoble trykmåling til drænet. Det vurderes, at det beskrevne forløb fra 4.8 til 6.8, der udviklede sig til kliniske symptomer på formentlig betydeligt forhøjet intrakranielt tryk d. 6.8. kunne have været undgået ved at anvende denne type af almindeligt anvendt neurokirurgisk / neurointensiv teknologi'.

Samt

Side 7, 4. afsnit: '.... Der foreligger ikke oplysninger om trykket – men i anden omgang har trykforhøjelsen ud fra de kliniske inkarcinationstegn (fleksionsmotorik/ efterfulgt af ekstensionsmotorik) været meget betydelig. De kan ikke afvises, at de kognitive skader er delvist betinget af dette. '

Jeg gør derfor gældende, at den behandling [klageren] fik postoperativt ikke var i overensstemmelse med erfaren specialiststandard, jfr. KEL § 20, stk. 1. nr.1."

Heroverfor har selskabet i brev af 22/4 2021 til nævnet bl.a. anført:

"Vi er enige med klagers advokat i at det er uden direkte betydning for sagen, at der i [Europa] ikke findes en pendant til Patienterstatningen. Vi har valgt at oplyse Ankenævnet om dette, som en del af de mange undersøgelser, der har været foretaget i sagen.

Vi kan konstatere, at klagers advokat er enig i, at operation og behandling i [Europa] er foregået efter specialiststandard og at klagers advokat alene mener, at der er begået fejl ved overgangen fra ekstern drænage til intern shunt. Det er herefter dette forhold Ankenævnet må forholde sig til.

I vores brev af 15. februar 2021 opfordrede vi klagers advokat til at dokumentere, at overgangen fra ekstern drænage til intern shunt, isoleret set, havde medført varige gener for klager. Klagers advokat er ikke fremkommet med oplysninger eller dokumentation for dette, hvorfor det er vores opfattelse, at Ankenævnet må lægge til grund, at klagers varige gener alene har været en følge af operation af en højmalig tumor i hjernen samt forventet progression af de dele af den maligne tumor, der ikke kunne bortopereres.

Prognosen for en højmalig tumor i hjernen er ifølge Dr Med [speciallæge 2], at der tæt på sikker kommer gradvise senere forværringer på grund af progression af den maligne tumor indenfor et tidsperspektiv på måneder/år. Hun oplyser endvidere, at prognosen for den omhandlede tumor-type er med meget begrænset 5 års overlevelse. Operationen foretages 25. juli 2014 og klager afgår ved døden ca. 6 ½ år efter.

I Dr Med [speciallæge 2] speciallægeerklæring af 1. februar 2021 oplyses det, at der ikke eksisterer evidensbaserede retningslinjer for behandling med eksternt dræn, herunder dræninfection. Dette beror på et klinisk skøn.

Vi må fastholde, at den foretagne operation og efterfølgende behandling af klager i [Europa] er foregået efter bedste specialist standard, og at der ikke har været tale om lægelig fejlbehandling. Klagers gener og dødsfald ... 2020, skyldes herefter alene den fortsatte progression af den tilbageværende del af den maligne tumor.

Må det være Ankenævnets opfattelse, at man burde have udsat overgangen fra ekstern drænage til intern shunt, og der dermed har været tale om lægelig fejlbehandling i dette forhold, kan der alene være tale om erstatning for gener, der isoleret set skyldes dette forhold. Sådanne gener er ikke oplyst eller dokumenteret af klagers advokat."

Klagerens advokat har i besked af 10/5 2021 til nævnet meddelt, at der ikke er yderligere bemærkninger til sagen.

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen. Uddrag af bilagene gengives nedenfor.

Af notat af 27/12 2015 fra klagerens pårørende fremgår det bl.a.:

"[Klageren] blev indlagt den 21.7.2014 og opereret den 25.7.2014. Allerede dagen efter operationen kunne [klageren] tale og svare relevant. [Klageren] havde problemer med at bruge højre

hånd, men det blev hurtigt bedre. Jeg havde en samtale med overlæge ..., som forklarede mig, at [klageren] skulle have et permanent dræn og viste mig en tegning, så jeg kunne se, hvorledes det fungerede – og jeg var helt rolig ved dette.

Den 29.7.2014 blev [klageren] opereret akut, da det midlertidige dræn var stoppet. Der skete et lille tilbagefald med hensyn til at bruge højre hånd, men det blev igen bedre. [Klageren] var fortsat helt klar, talte almindeligt og kunne bruge sin mobiltelefon.

Da jeg kom ind til [klageren] den 4.8.2014, fik jeg at vide, at jeg skulle vente udenfor, da [klageren] ikke var klar til besøg. Lidt efter kom hendes sygeplejerske ... ud med [klagerens] dræn og poser. [Sygeplejerske] smilede glad og sagde, at [klageren] nu kunne undvære drænet. Jeg blev meget bekymret og forklarede om min samtale med overlæge ..., som havde sagt, at [klageren] skulle have et permanent dræn.

Da [sygeplejerske] kom på arbejde om morgenen den 6.8.2014, opdagede hun, at [klageren] var i koma, og reagerede prompte. [Klageren] havde fået en stor væskeansamling i hjernen og blev opereret.

Efter operationen kom [pårørende] ind til [klageren] og havde en samtale med 3 læger. [Klageren] var bevidstløs, og vi fik oplyst, at hun var hjernedød og formentlig ikke ville vågne igen. Jeg fastholdt, at de skulle forsøge at holde hende i live.

I løbet af de næste 2 døgn vågnede [klageren] langsomt op, men hun var blind og totalt lammet.

Den 14.8.2014 blev [klageren] igen opereret og fik skiftet drænet, der igen var stoppet. Samtidig havde hun ved operationen den 6.8.2014 fået en stafylokok infektion i drænet. Hendes temperatur var høj, og hun var igen lige ved ikke at kunne klare krisen. Jeg var der hver nat – lagde ekstra dynner over hende, når hun frøs, og isposer, når hun svedte.

Selv om lægerne ikke troede, at [klageren] klarede krisen (hun fik meget antibiotika intravenøst og lå passivt hen), forsvandt feberen pludselig, og den 18.8.2014 fik hun lagt permanent dræn.

Derefter begyndte genoptræningen. [Klageren] kunne stadig ikke se men anede skygger. 3 fysioterapeuter hjalp [klageren] med at gå nogle få skridt – 2 holdt hende oprejst, og 1 kravlede bag hende og flyttedes hendes fødder. [Klageren] kunne ikke tale – kunne kun sige ja og nej men ofte forkert. Jeg var stadig hos [klageren] døgnet rundt. Forsinket kunne hun påbegynde behandlingen med kemo og stråler.

[Klageren] har ikke fået den samme førlighed, som hun havde inden den 6.8.2014. Hun kan bl.a. stadig ikke bruge højre arm, kan ikke spise selv (da venstre arm heller ikke fungerer normalt), kan ikke fokusere og dermed heller ikke læse eller bruge mobiltelefon, og hukommelsen er dårlig. Hun har fortsat brug for hjælp døgnet rundt.

[Klageren] bliver scannet hver 3. måned, og tumoren er i ro."

Af vurdering af 1/3 2020 fra speciallæge 1 i neurokirurgi fremgår det bl.a.:

"Der er ønsket neurokirurgisk speciallægevurdering vedr. forløbet fra ovenstående patient fra operationstidspunkt for angiveligt glioblastom multiforma 25.07-14 indtil skadelidte får anlagt permanent ventriculo peritoneal shunt (Hakim shunt man regulerbar) 18.08-2014.

I sagen indgår et flertal MR- og CT-scanninger.

Omfattende journalmateriale fra [sygehus].

Man bemærker generelt at der er tale om en særdeles stor og ubehagelig beliggende tumor, der i sin udstrækning omfatter betydelige dele af ventrikelsystemet corpus callosum og området omkring ventrikelsystemet, specielt på venstre side.

Ventrikelsystemet er i høj grad udfyldt af tumor, og man har indtryk af hydrocephalus.

Operationen udføres ud fra det beskrevne ESS og udføres af seniorer neurokirurger. Allerede inden operationen er overvejet og også fortalt til skadelidtes familie, at der vil blive behov for permanent shunt efter operationen, da tumor naturligvis ikke kan fjernes radikalt.

Det fremgår såvel af beskrivelsen af operationen samt den postoperative MR-scanning, at der ikke kunne foretages radikal fjernelse.

UMIDDELBAR POSTOPERATIVT MR-SCANNING:

Der ses delvis resection af stor tumor med fortsat intraventrikulær komponent. Centrale dele af tumor er resekeret. Man bemærker at der på MR-scanningen ses blod i begge baghorn (naturligt og forventelig). Det virker som om der er kommet en let formindskelse af ventrikelsystemet (helt naturligt da CFS løber ud ved operationen) og samtidig er der ved operationen anlagt et venstre-sidig eksternt ventrikeldræn.

Vigtigt er imidlertid at bemærke, at der fortsat er en betydelig rumopfyldende virkning både af resttumor men også peritumoralt ødem og formentlig også postoperativt ødem. Der er et tydeligt patologisk billede med dårlig diskrepans mellem grå og hvid substans, hvilket er udtryk for et højt tryk. Man bemærker desuden at der er påvirkning ikke alene af det supratentoriale hjerneafsnit men også infratentoriale hjerneafsnit.

Umiddelbart efter operationen allerede på operationsafdelingen opleves et krampeanfald. Klarer dog hurtigt op fra GCS 6 – GCS 14-15 (GCS 15 er normal bevidsthedsplan). Derudover beskrives højresidig hemiparese (forventelig) og forskellige størrelse på pupillerne (højre større end venstre – forventelig). Det første døgn har det eksterne dræn med 10 cm H₂O modtryk præsteret 200 ml CSF (hjerneventrikelvæske). Dette tyder på et meget drænage behov.

27.07-14 beskrives patienten som vågen. Fortsat højresidig hemiparese og facialis parese.

27.07-14 og 28.08-14 hæver man det eksterne dræn på trods af at der den 27.07-14 to gange forekommer tilstopning af drænet (EVD), hvor man har skyllet på drænet (stor risiko for indførelse af bakterie i ventrikelsystemet). Man beslutter desuden at hæve drænet fra 10 cm til 15 cm H₂O. På dette tidspunkt må man med overvejende sandsynlighed antage, at den stuegangsgående læge på neurokirurgisk afd. vil forsøge om det er muligt at afvende patienten fra den eksterne drænage og om muligt at undgå permanent ventil.

Denne procedure er kendt fra almindelig kendt. Imidlertid er der her tale om en stor malign tumor med betydelig indvækst i ventrikelsystemet, hvorfor også operatøren havde overvejet, at patienten senere skulle have en permanent ventil. Det er muligt at den stuegangsgående læge har tolket den postoperative MR-scanning med et formindsket ventrikelsystem som et tegn på at man evt. kunne undgå ventil. Imidlertid var der allerede i det foregående døgn en drænamængde på 200 ml/24 timer. Lægen vælger dog at anføre at hvis der fortsat er symptomer på forhøjet tryk (patienten havde på dette tidspunkt tiltagende hovedpine og opkastning) skal man igen sænke drænet til 10 cm.

28.07-14 øger man drænmodstanden til 20 cm H₂O. GCS beskrives til 14 uden at det fremgår om hvad den ikke normale GCS hviler på! Lægen forholder sig ikke til symptomerne på forhøjet tryk (dagen i forvejen)! Og forholder sig i høj grad ikke til drænamængde, da denne slet ikke anføres!

7 timer senere er det imidlertid evident at patienten er plaget af for højt tryk og er blevet sløv. Man sænker EVD til 15 cm's H₂Omodstand. Forsat har lægen i forholdt sig til drænamængde.

Senere samme dag anlægges dræn på begge sider pga. forstørret ventrikelsystem (jf. CT-scanning). Den akutte CT-scanning viser tegn til betydeligt forhøjet tryk både infra- og supratentorielt med dårlig diskrepans mellem grå og hvid substans og delvis obliteratede basal cisterner med dårlige pladsforhold supra- og infratentorielt (dette er i yderste grad et faretegn og selv en lille massevirkning supratentorielt kan øjeblikkelig give skader og risiko for det der faktisk senere sker, nemlig subinkarceration/inkarceration).

29.07-14 beskrives at begge EVD med 10 cm's H₂O modtryk. Lægen har tilsyneladende ikke interesseret sig for drænamængde. Imidlertid beskrives at patienten er mere vågen, men på trods af dette samtidig en GCS på 13 (altså et fald fra den umiddelbare postoperative periode fra GCS 15 til GCS 13). Forsat højresidig hemiparese. Der beskrives nu tonus stigning (spastisk) og motorisk betonet afasi.

Med overvejende sandsynlighed med baggrund i netop tonusstigningen som ikke vil være forventelig på nuværende tidspunkt, hvis der ikke er anden nytilkommet intrakraniell patologi foretages EEG. EEG viser ikke tegn til epileptisk status. Der ses i tillæg en tiltagende bedring i baggrundsaktiviteten og i de tidligere (postoperative) epilepsimistænkte områder synes ikke længere tydelige.

30.07-14 forsat GCS 13, men samtidig beskrives patienten tydeligt mere vågen, taler og er mindre spastisk end dagen i forvejen.

Drænene er forsat med lavt modtryk plus 10 cm og der er god produktion i begge (lægen har dog ikke angivet hvor meget).

31.07-14 er patienten forsat beskrevet som i god tilstand og er vågen. Drænene er forsat i 10 cm højde og nu beskrives en forskel på de to sider.

- Venstre har produceret 36 ml.
- Højre har produceret 25 ml.

EEG forsat i bedring.

01.08-14 GCS 13. Som igen noget nyt der er igen tydelig tonusstigning (spastisk). Lægen forholder sig ikke til forskel på drænmængde fra højre til venstre, men beskriver at der tilsammen er kommet ca. 50 ml det sidste døgn. Altså en væsentlig reduktion.

02.08-14 beskrives nu mere kvalme end tidligere og patienten spiser kun lidt.

Vedr. dræn:

Drænene er hævet til plus 15 cm.

Venstre EVD: 70 ml.

Højre EVD: Har næsten ikke produceret noget (hvilet man ikke forholder sig til)!

03.08-14 GCS beskrives til 15. Afasien beskrives i bedring, men derimod beskrives at der generelle symptomer på forhøjet tryk. Man beslutter på trods af, at der det sidste døgn, nu er kommet 100 ml i drænene (der er ikke skelnet mellem højre og venstre), at lukke drænen og foretage CT-scanning den næste dag.

DELKONKLUSION

Man bemærker at skadelidte i forløbet efter operationen har været klart drænagekrævende i de første døgn, hvor man i tillæg til det venstresidig dræn, også må lægge et højresidigt. Derefter dræneres ret store mængder CFS og det bliver også klart, at patienten ikke tåler hævnning i drænet som man forsøger i op til 15 og 20 cm H₂O modtryk.

Der er i hele forløbet tale om en vekslende tonus i den paretiske side, som synes afhængig af drænage højde (modtryk).

Dagen efter, 02.08-14, hvor man i det foregående døgn havde hævet drænen til 15 cm modtryk, øges dræagemængden til 70 cm, og i dette tilfælde kun på det ene dræn, idet det højresidige nu næsten intet producere (man bemærker i øvrigt på CT-scanningen 04.08-14, at det dræne ikke ligger optimalt og slet ikke det højresidige, hvilket svarer til at der ikke produceres ret meget på denne side).

Stadig med et modtryk på 15 cm vand øger patienten sit drænagebehov til dagen efter, 03.08-14, til nu 100 ml i døgnet.

Lægen vælger på trods af tre dages tiltagende drænage mængder og tiltagende modtryk at aflukke drænet. Forleder sig herefter på at en kontrolscanning skulle kunne vise om der er drænage behov.

Det er bemærkelsesværdigt at man på højt specialiseret neurokirurgisk afd. hvor man må antage at patienten befinder sig på Neurointensiv afd. med overvågning ikke anlægger en ekstern trykmåler på det lukkede dræn (yderst simpel metode), specielt når man har en patient med et meget lille compliance, vil man indenfor få timer kunne konstatere om patienten kan undvære et eksternt drænage eller ej. Metoden er skånsom.

Patienten har de foregående døgn vist sig følsom for trykstigning, hvilket naturligvis ikke er bemærkelsesværdigt, da der både er tale om supratentoriel og infratentoriel massevirkning, (tumor, hydrocephalus og ødem).

04.08-14 foretages CT-scanning kl. 09.44. Det beskrives at drænene har været lukket i 24 timer, hvilket dog ikke er dokumenteret på andet end en PowerPoint præsentation! Ifølge journalnotatet, der er foretaget den 03.08-14, beskrives kl. 19.15, at man har lukket drænet uden tidsangivelse. Der er således næppe gået 24 timer, som PowerPoint præsentationen angiver.

Man vælger at fjerne drænene. Den stuegangsgående læge bemærker at CT-scanningen viser, at ventrikelsystemet er blevet slankere (her er det uvist om lægen sammenligner med den sidst foretagne scanning, hvor der var ventrikel drænage problemer og tiltagende hydrocephalus) eller han sammenligner med den præoperative MR-scanning (postoperativ MR-scanning kan naturligvis ikke bruges til at sammenligne med, da der under operationen er løbet store mængder CFS ud). Lægen overser at der svært påvirkede basal cisterner og dårlig diskrepans mellem grå og hvid substans.

06.08-14 beskrives at patienten kl. 07.00 om morgen findes med lav GCS med tegn til inkarceration med et decerebrerings anfald og lysstive pupiller.

Akut CT-scanning viser fortsat svære pladsforhold i fossa posterior med obliteratede basal cisterner. Ventrikelsystemet er forstørret, men ikke som det sås umiddelbart postoperativt den 28.07-14 eller sammenlignet med 04.08-14, altså to dage før, hvor drænet angivet skulle være lukket i 24 timer, er der heller ikke en voldsom udvidelse.

KONKLUSION

Patienten har i hele forløbet postoperativt haft betydelig nedsat intrakranielt trykcompliance. Det kliniske forløb, som beskrevet ovenfor i den postoperative fase og tydelig klinisk påvirkning med ændringer i drænage modtryk, er forenelige hermed.

Patienten har befundet sig langt på ude på trykvolumenkurven og kun ved drænage har det lykkedes at drænere de få ml der har været nødvendige for at forhindre en katastrofe, som der faktisk indtræder den 06.08-14, hvor patienten subinkarcerer.

Problemet er her at supratentoriel masse (tumorrest, hydrocephalus og ødem), som med en manglende compliance (infratentorielt – svær komprimeret basal cisterner), betyder at selv en lille volumen forøgelse vil give risiko for inkarceration, som det faktisk sker.

Det har i forløbet været anført at overfor familien (mundtligt), at man angiveligt skulle have fjernet de eksterne dræn, 04.08-14, men baggrund i at man havde konstateret betændelse i ventrikelsystemet, hvorfor man så det nødvendigt at fjerne drænene for at sanere fokus. Dette er ikke dokumenteret i journalmaterialet, men deduceret tilsyneladende (forsikringsselskabets læge) ud fra en beskrivelse af de mikrobiologiske svar er noteret 27.07- 14 til 18.08-14.

Af denne fremgår at man den 04.08-14 (hvor man fjerner de eksterne dræn har vækst af staphylococcus capitis). Det er normal rutine at man i forbindelse med fjernelse af eksternt dræn sender kateterspidserne til dyrkning. Dyrkningen kan naturligvis ikke foreligge den 04.08-14, da drænene først fjernes 04.08-14! (der medgår sædvanligvis tre dage inden man får dyrkningssvar – og ikke som anført af forsikringslægen 5 dage).

Det kan derfor ikke være korrekt at man 04.08-14 stiller diagnosen ventriculitis og opstarte Vancomydie og Rifampicin. Dette er heller ikke dokumenteret i journalen, men foreligger udelukkende i efterfabrikeret resume.

Det fremgår desuden fra mikrobiologiske undersøgelser at der fra 27.07-14 til 03.08-14 er foretaget daglige dyrkninger af CFS (hjerneventrikelvæske). Ingen af disse har vist vækst.

Først fra 04.08-14 beskriver man som anført vækst på kateterspidserne, men man har ikke spidser at dyrke på før 04.08-14, hvorfor man ved fjernelse ikke kan stille diagnosen ventriculitis, endsiges mistanke om at den skulle foreligge.

For at kunne stille diagnosen ventriculitis kræves at man (afhængig af den enkelte laboratories normalværdier, kræver et vist antal CFU-dannende enheder pr. ml, som vises i CSF, som det faktisk gøres den 08.08-14. Med overvejende sandsynlighed er patienten ikke startet i behandling 04.08-14, hvilket heller ikke er dokumenteret i journalmaterialet, men blot i et resume af 20.08-14.

Det er normal neurokirurgisk praksis, at man hvis ventriculitis konstateres at udskifte drænene med nye dræn og behandling intrathecalt (medicin der sprøjtes direkte ind i ventrikelkateterene i hjernens hulrumssystem) og systemisk. Kun hvis man er helt sikker på, at der ikke foreligger en truende intrakranielt tryksituation ville man fjerne drænene kortvarigt, hvorefter at anlægge dem igen eller i det mindste anlægge en trykmåler (fx Camino eller Rawmedic som anlægges ved et lille borehul i kraniet, som ikke giver en risiko for fornyet infektion, som hvis man indlagde et ventrikeldræn). Trykmåleren vil øjeblikkelig afsløre et stigende tryk, også før der kommer kliniske symptomer.

Man har gennemgået de i sagen foreliggende sagsakter fra forsikringsselskabet Gouda, og må konstatere, at den lægekonsulent, som er anvendt, ikke har været opmærksom på ovenstående kritiske parametre.

Det synes at være forsikringsselskabets opfattelse, at der 04.08-14 opstår en infektion med stafylokokker i hjernens hulrum og man derfor skal fjerne drænet og give bredspektret antibiotika behandling. Forsikringsselskabet mener det først er 06.08-14, at patienten får fornyet væskeophobning i hjerne og der indsættes to nye dræn.

Dette er en yderst og også problematisk forsimpning af ovenstående forløb og, som hviler på ikke neurokirurgisk specialisterfaring indenfor CSF-dynamik og neurointensive forhold.

Det fremgår af sagsakterne, at Gouda tilsyneladende har bedt anden lægekonsulent om at gennemgå sagen for at opnå en såkaldt second opinion i sagen. Det yderst bemærkelsesværdigt, at denne lægekonsulent, som er speciallæge i patologisk anatomi, udtaler sig om højtspecialiseret neurokirurgisk behandling, hvorom en patolog som er laboratorielæge, ikke har special indsigt.

Det fremgår desuden i forsikringsselskabets skrivelse, at man sammenkæder skadelidtes dårlige neurologiske tilstand efter den 06.08-14 med en infektion i ventrikelsystemet, som man samtidig også beskriver, er en naturlig følge af anlæggelse af eksternt dræn.

Patientens tilstand er klart beskrevet som inkarcerations forløb med decenterings rigiditet, lysstive pupiller hvilket også modsvarer den CT-scanning, der foreligger.

Efterfølgende er der tydelige symptomer på følger til denne tilstand (som få mennesker overlever). Herunder nytilkomne infarkter bilateralt parietooccipitalt. Disse er klar følge til subinkarceration.

Ventriculitis er ikke en tilstand, der normalt giver varige følger, hvis den behandles qua og tidligt i forløbet.

Ventriculitis er ikke det samme som vækst på kateterspidserne af bakterier. Ventriculitis er dels en mikrobiologisk og laboratoriemæssig diagnose, men også en klinisk diagnose. Mange patienter får påvist vækst af bakterier i CSF og når man når et vist volumen (CFU pr. mill. defineres mulig ventriculitis infektion). Imidlertid kræver det også at der er kliniske symptomer, hvilket patienten ikke udviser tegn til hverken den 04.08-14 eller 05.08-14 (det skal erindres at der var negativ dyrkning 03.08-14). Patienten er altså ikke påvirket af noget, der kunne tyde på en ventriculitis, og under alle omstændigheder ser man aldrig en udvikling, som det er beskrevet i forløbet hos en patient med selv en klinisk ventriculitis."

Af vurdering af 1/2 2021 fra speciallæge 2 i neurokirurgi fremgår det bl.a.:

"21.7. indlæggelse med symptomer i.f.a. hovedpine, kvalme, opkastinger, svimmelhed, balanceusikkerhed og faldepisode. Præ-operativ MR scanning med rumopfyldende proces med kontrastopladede partier, gennemvækst af corpus callosum, gennembrud til ventrikelsystemet og begyndende hydrocefalus.

Scanningen viser en tumor, som udfylder venstre sideventrikel og 3. ventrikel samt komprimerer og forskyder højre sideventrikel.

...

25.7. Operation med adgang frontalt på venstre side, partiel tumorfjernelse og dræn i højre sideventrikel. Post.opr.scanning viser, at en stor del af tumor er fjernet; midtlinjeforskydning og kompression af modsidige sideventrikel er ophævet. Der er debris/blodtilblanding i ventriklerne, som vanskeliggør vurdering af omfanget af resttumor

...26.07.14:

...

Postoperativ kontrol scanning. Klinisk status med svær høj hemiparese og afasi.

Scanningen viser forventelige postoperative følger og sandsynlig rest tumor ved foramen Monroi på begge sider.

Ventrikelsystemet er symmetrisk og fremtræder trykaflastet uden hydrocefalus

1. postoperative dag (27.7.) øges drænhøjden/drænmodstanden fra 10 til 15 cm. Der observeres tilstopning af drænet medførende somnolens og hovedpine. Drænet beskrives med re-etableret funktion. Dagen efter (28.7) øges drænhøjden til 20 cm med det formål at udtrappe ('weane') patienten fra drænagebehov. På grund af somnolens sænkes drænhøjden tilbage til 15, men man observerer nu yderligere dalende bevidsthedsplan til GCS 5. Drænet findes uden funktion/tilstoppet, selvom det sænkes helt ned til minus 20 cm.

...

CT udført p.gr.a. klinisk tilstand 28.7. med GCS 5

Scanningen viser hydrocefalus og resttumor.

Scanningen resulterer i, at der anlægges nyt dræn i begge sideventrikler

28.7. iværksættelse af antiepileptisk behandling på grundlag af EEG forandringer (fund af paroxystisk aktivitet)

...04.08.14

...

Kontrol CT

Scanningen udføres efter aflukket drænage i 24 timer

Scanningen viser dræn i begge sideventrikler. Ventrikelsystemet fremtræder smalt/aflastet uden tegn på radiologisk overdrænage.

Uændret synlig resttumor.

05.08.14, klinisk status med stabilt bevidsthedsplan GCS 14-15, bedring af hemiparese, og bedring af ordmobiliseringsbesvær. Drænet blev fjernet den 4. eller den 5. på grund af uændret klinisk tilstand vurderet som stabil.

...

Akut CT 6.8. p.gr.a. klinisk forværring med reflektorisk fleksionsmotorik afløst af ekstensionsmotorik samt dilaterede lys stive pupiller. Tilstanden er forenelig med udtalt og livstruende øgning af intrakranielt tryk medførende kompressions af hjernestammen – beskrives som '*klinisk formodet herniering*'

Scanningen viser, at der igen er igen hydrocefalus – universel dilatation af ventrikelsystemet

...

Postoperativ CT kontrol samme dag efter anlæggelse af dobbeltsidigt ventrikeldræn.

Scanningen viser velplacerede dræn fra begge sider – og aftagende størrelse af ventrikelsystemet.

8.8. har GCS rettet sig fra 5 den 6.8. til nu 13-14. Samtidig bedring af hemiparese efter drænanlæggelse. Febril med tp. 38.9.; CRP 156. Der påvises dræn/CSF infektion med fund af staph. Epi. og staph. Capitis i CSF og på drænspid. Antibiotisk behandling med Rimactan og Vancomycin. Da der vedvarende påvises bakterier i CSF, blev drænen den 14.8. fjernet og erstattet af antibiotika imprægneret dræn Bactiseal) anlagt i venstre sideventrikel.

...15.08.14

...

Scanning viser velplaceret dræn i sideventriklen fra venstre side

Fortsat systemisk behandling med Vancomycin.

1.9. seponering af Vancomycin, da infektion vurderes velbehandlet med normaliseret CRP og afebril tilstand.

18.8. på baggrund af nu negative dyrkninger fjernes venstresidigt Bactiseal dræn – der anlægges en VP shunt på højre side med en regulerbar ventil. Klinisk bedring til GCS 15 – og en bedret, men stadig svær hemiparese. 19.8. seponering af Rimactan gr. bakteriel resistens over for stoffet.

...

Postopr. kontrol CT 19.8. efter anlæggelse af permanent drænsystem (shunt).

Scanningen viser ventrikeldræn placeret fra højre med drænage af begge sideventrikler, uden displacering af midtlinjen, obliteration af ve forhorn gr. rest tumor

...

Samlet vurdering af behandlingsforløbet.

Behandling af tumor:

Komplet tumorfjernelse er ikke mulig; dels på grund af tumors profunde beliggenhed overgribende flere hjerneregioner dels fordi den påviste tumortype (glioblastom) infiltrerer hjernevævet i vid udstrækning. Operation med fjernelse af tumor er udført efter anbefalede retningslinjer med anvendelse af både computervejledt operationsvejledning (neuronavigation) og intra-operativ tumorvisualisering med fluorescensstoffet 5-ala. Der er foretaget så omfattende tumorfjernelse som muligt med opnåelse af, at en stor del af tumor er fjernet og tumors rumopfyldende effekt er ophævet.

De postoperative fokale neurologiske udfald i.f.a. hemiparese og afasi er overensstemmende med følger efter selve tumor operationen. De beskrevne neurologiske symptomer er forenelige med postoperativt SMA syndrom (supplementary motor area syndrom), der jævnligt forekommer efter operation, hvor adgang gennem frontallappen er nødvendig. SMA syndrom kan remittere helt eller delvist afhængig af den kirurgiske adgang bestemt af tumor beliggenhed og i mindre grad af omfanget af tumorresektion.

Beslutning om postoperativ onkologisk behandling blev truffet på multidisciplinær tumorboard konference, hvor man fandt indikation for behandling med stråle- og kemoterapi, og der blev henvist til dette i onkologisk regi den 2.9., idet det samtidig anførtes, at efterbehandling med stråle- og kemoterapi også kunne foregå ved overflytning til Danmark.

Den 17.10 forelå molekyler analyse for IDH mutation og MGMT status, hvilket er anbefalede indikatorer for tumors følsomhed/effekt af onkologisk behandling.

Samlet set er beslutning og udførelse af tumorbehandling efter anbefalede retningslinjer gennem hele forløbet. Prognosen for den omhandlede tumortype er med en meget begrænset 5 års overlevelse.

I det postoperative døgn forekommer et generaliseret krampeanfald, hvorfor der påbegyndes antiepileptisk behandling med Keppra. Dette følger ligeledes anbefalede retningslinjer.

Behandling af tumorrelateret/postoperativ hydrocefalus.

I forbindelse med tumor operationen er der anlagt dræn i ventrikelsystemet med drænage til eksterne steril pose (ekstern dræn) mhp. drænage i tilfælde af udvikling af postoperativ hydrocefalus. Beliggenhed af rest tumor indikerer, at obstruktiv hydrocefalus kan opstå, men på den umiddelbart postoperative scanning er der ingen hydrocefalus. Over de næstfølgende dage øges drænhøjden mhp. at udtrappe fra ekstern drænage. Rationalet bag dette er, infektionsrisikoen øges, jo længere drænet ligger, og at man derfor helst udtrapper/fjerner et ekstern dræn så hurtigt som muligt. På den anden side kan drænet først fjernes, enten når der foreligger en tilstand med stabilt normaliseret intrakranielt tryk, eller i tilfælde af vedvarende drænagebehov når

operationsfølger (blod og vævsdebris) er væk eller reduceret tilstrækkelig til, at en intern shunt kan anlægges uden væsentlig risiko for tilstopning.

Efter genanlæggelse af ekstern drænage den 6.8. stabiliseres den neurologisk tilstand med gradvis bedring, og [klageren] genvinder normalt bevidsthedsplan med forbehold for afasi, der sandsynligvis er årsag til GCS score 13-14.

Der eksisterer ikke evidensbaserede retningslinjer for behandling med eksternt dræn; herunder behandling af dræninfection, og dette beror således i høj grad på klinisk skøn. Bedømt ud fra de kliniske oplysninger og drænobervationer i de postoperative døgn, vurderes det, at vægtningen har været for meget/for ensidigt på at fjerne drænet hurtigst muligt, idet [klageren] havde kliniske symptomer for forhøjet intrakranielt tryk i forbindelse med forsøg på udtrapning. Beslutning om at bibeholde eller seponere ekstern drænage kan understøttes ved at tilkoble trykmåling til drænet. Det vurderes, at det beskrevne forløb 4.8 til 6.8., der udviklede sig til kliniske symptomer på formentlig betydeligt forhøjet intrakranielt tryk den 6.8. kunne være undgået ved at anvende denne type af almindeligt anvendt neurokirurgisk/neurointensiv teknologi. Dræninfection med de beskrevne bakteriestammer er en kendt og hyppig komplikation til ekstern drænage. Den beskrevne behandling med både systemisk antibiotika efter resistensmønster og med udskiftning af det eksterne dræn til et dræn med antibiotika imprægnering vurderes relevant og korrekt. Implantation af et permanent drænsystem (shunt) efter sanering af infektionen er ligeledes korrekt.

Spørgsmål om hvorvidt behandling/fejlbehandling har forværret [klagerens] tilstand

[Klagerens] tilstand beskrives den 7.11.2014 under rehabiliterings indlæggelse som stabil almentilstand. Den neurologiske status beskrives med selvstændig gangfunktion med lette motoriske deficits og med lette koordinationsproblemer. Mentalt beskrives hun svært påvirket med desorientering, som nødvendiggør konstant overvågning. Dette kan være en følge både efter tumorkirurgi, efter et postoperativt forløb med forhøjet intrakranielt tryk eller en kombination heraf.

Den samlede påvirkning af forhøjet intrakranielt tryk (dvs. både størrelsesorden af trykforhøjelsen og varighed af forhøjet tryk) kan medføre en forringet prognose. Spørgsmålet er således om alvorlighed og varighed af intrakranielt trykforhøjelse har været i tilstrækkelig grad til at medvirke til en forværring af neurologisk handicap efter operationen. Varigheden vurderes ud fra de kliniske oplysninger op til ca. 1 døgn i første omgang (27.-28.7) og i anden omgang timer (6.8.). Der foreligger ikke oplysninger om trykket – men i anden omgang har trykforhøjelsen ud fra de kliniske inkarcerations tegn (fleksionsmotorik efterfulgt af ekstensionsmotorik) været meget betydelig. Det kan ikke afvises, at de kognitive skader er delvist betinget af dette.

Dertil kommer en tæt på sikker gradvis senere forværring på grund af progression af den maligne tumor indenfor et tidsperspektiv på måneder/få år. Den generelle prognose for sådan efterfølgende forværring af den neurologiske tilstand og for overlevelse er ikke ændret af ovenstående, medmindre tilstanden har medført, at [klageren] ikke har kunnet gennemføre den planlagte onkologiske efterbehandling."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"6. LÆGEGELIG FEJLBEHANDLING

Dækning	Super	Standard
Forsikringssum	1.000.000 kr.	500.000 kr.

6.1 Hvilke udgifter dækker rejseforsikringen

Rejseforsikringen dækker varigt mén som følge af dokumenteret lægelig fejlbehandling i direkte forbindelse med en *skade*, der er dækningsberettiget i henhold til dækning 1 *Sygdom* eller er omfattet af den offentlige rejsesygesikring. Erstatningsansvaret fastlægges efter Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet §§ 20-23, og erstatningens størrelse fastlægges efter Lov om erstatningsansvar"

Nævnet udtaler:

Klageren fik under et arbejdsophold i Europa i 2014 konstateret en ondartet tumor i hjernen. Hun blev opereret i udlandet den 25/7 2014, hvor tumoren ikke kunne fjernes helt, og der blev indsat midlertidigt dræn i højre sideventrikel. På grund af tilstopning af drænet blev der indlagt nyt dræn i begge sideventrikler den 28/7 2014. Drænet blev aflukket den 3/8 2014, og på baggrund af en skanning den 4/8 2014, hvor ventrikelsystemet fremtrådte smalt/aflastet, blev drænet fjernet. Den 6/8 2014 indtraf der en forværring af klagerens tilstand på grund af forøget ophobning af væske i hjernen, og klageren fik samme dag indlagt nye dobbeltsidige ventrikel-dræn. Dette dræn blev udskiftet den 14/8 2014 som følge af påvist infektion og erstattet af et permanent drænsystem (shunt) den 18/8 2014, efter at infektionen var bekæmpet. Klageren startede kemoterapibehandlinger primo september 2014 og havde et længere genoptræningsforløb, inden hun blev hjemtransporteret af selskabet den 11/12 2014 for yderligere behandling og rehabilitering. Hun er efter sagens indbringelse for nævnet den 12/4 2019 afgået ved døden ultimo 2020.

Klagerens rejseforsikring dækker, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 6, med en forsikringssum på 1 mio. kr. "varigt mén som følge af dokumenteret lægelig fejlbehandling i direkte forbindelse med en *skade*, der er dækningsberettiget i henhold til dækning 1 *Sygdom* eller er omfattet af den offentlig rejsesygesikring. Erstatningsansvaret fastsættes efter Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet §§ 20-23, og erstatningens størrelse fastsættes efter Lov om erstatningsansvar".

Det følger af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 20, stk. 1, nr. 1, at "Erstatning ydes, hvis skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af følgende måder: • 1) Hvis det må antages, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes ved undersøgelse, behandling el. lign., hvorved skaden ville være undgået ...".

Det lægelige materiale fra det udenlandske hospital har været gennemgået og vurderet af selskabets lægekonsulenter og af to danske speciallæger i neurokirurgi, som henholdsvis klageren og selskabet har indhentet udtalelser hos.

Klager har fremsat krav om dækning for varigt mén som følge af lægelig fejlbehandling ved fjernelse af drænet den 4/8 2014. Hun har anmeldt skaderne i 2016, hvor hun har oplyst, at hun ikke har fået den samme førlighed, som hun havde før den 6/8 2014, og at hun blandt andet stadig ikke kan bruge højre arm, ikke kan spise selv, da venstre arm ikke fungerer normalt, ikke kan fokusere og dermed heller ikke kan læse eller bruge mobiltelefon, og at hukommelsen er dårlig. Hun har desuden oplyst, at hun er blevet skannet hver 3. måned, og at tumoren er i ro.

Hun har anført, at drænet blev fjernet som følge af en konkret vurdering af, at hun ikke længere behøvede drænage, og at drænet ikke blev fjernet på grund af infektion som antaget af selskabet.

Hun har indhentet en vurdering af 1/3 2020 af behandlingsforløbet fra speciallæge 1 i neurokirurgi, som ud fra lægejournalerne har konkluderet, at klageren den 4/8 eller 5/8 2014 ikke sås påvirket af noget, der kunne tyde på infektion i hjernen (ventriculitis), og som har udtalt, at det ikke er dokumenteret i journalen, at behandlingen for infektion blev opstartet den 4/8 2014, men blot i et efterfølgende resumé af 20/8 2014. Speciallæge 1 har desuden oplyst, at man ved fjernelse af drænet kunne have anlagt en ekstern trykmåler, og klageren har anført, at speciallæge 2 i sin vurdering af 1/2 2021 af behandlingsforløbet har udtalt, at det beskrevne forløb fra

Ankenævnet for Forsikring

25.

93656

4/8 til 6/8 2014, der udviklede sig til kliniske symptomer på formentlig betydeligt forhøjet intrakranielt tryk, kunne have været undgået ved i stedet at have tilkoblet trykmåling til drænet.

Selskabet har afvist, at der er bevist lægelig fejlbehandling ved fjernelse af drænen. Selskabet har med henvisning til lægejournalerne anført, at klageren har kunnet klare sig uden drænen fra den 3/8 2014, og at den akutte forværring den 6/8 2014 skyldes et krampeanfald, som kan øge det intrakranielle tryk. Selskabet har videre anført, at klageren allerede fra den 4/8 2014 blev behandlet med medicin for infektion i hjernen, hvilket indikerer, at der allerede på det tidspunkt var mistanke om infektion.

Selskabet har med henvisning til en indhentet vurdering af 1/2 2019 af behandlingsforløbet fra speciallæge 2 i neurokirurgi anført, at behandling med eksterne dræne beror på et klinisk skøn, og at behandlingen af klager har levet op til specialiststandard. Selskabet har videre anført, at det ikke er bevist, at drænenbehandling isoleret set har medført varige gener for klageren, der ikke er en forventelig følge af hjernetumoren, operationen og den efterfølgende behandling.

Det er desuden selskabets opfattelse, at der er en så stor usikkerhed om de lægelige oplysninger i det omfangsrige lægelige materiale i sagen, som ikke er oversat, at sagen ikke er egnet til behandling ved nævnet.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at der er en sådan usikkerhed om bedømmelsen af oplysningerne i sagen, at der til sagens afgørelse kræves en bevisførelse, som ikke kan ske for nævnet. I givet fald må bevisførelsen ske ved domstolene, hvor der kan ske vidneafhøringer og eventuel forelæggelse for Retslægerådet. Det følger af vedtægternes § 4, stk. 3, nr. 3, at nævnet herefter må afvise at afgøre sagen.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at der foreligger forskellige lægefaglige vurderinger af journalmaterialet, og at journalmaterialet er på et fremmedsprog og ikke oversat til dansk.

Ankenævnet for Forsikring

26.

93656

Nævnet har endvidere lagt vægt på, at der ikke eksisterer evidensbaserede retningslinjer for behandling med eksternt dræn, herunder behandling af dræninfektion, og at behandlingen i høj grad beror på klinisk skøn.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Nævnet kan ikke afgøre sagen.

Klagegebyret tilbagebetales.



Jens Kruse Mikkelsen

formand