

AMBULANT NOTAT 22.05.08

Patient, der er mistænkt for hepatocellulært karcinom i højre leverlap. Der tages telefonisk kontakt til patienten, hvor hun informeres om Pelicanprojektet. Giver umiddelbart accept af at ville deltage. Patienten er blevet tilsendt den skriftlige patientinformation. Skal indkaldes i henhold til tidligere lagte plan, således hun møder fastende på afd. A6 d. 04.06.08 mhp. PET-CT og EUS samme dag og efterfølgende dag lap/LUS.

NOTAT 04.06.08

INDLÆGGELSE

52-årig kvinde indlægges mhp. PET/CT, EUS og lap./LUS.

OPERATIONSGANGEN - KL. 14.05

På indikationen Pelican-projekt gøres i

og

2,5 mg Stesolid

20 mg Petidin

UXUD50 EUS af leveren.

Suspekt HCC i højre leverlap.

Glat nedføring af ekkoendoskopet til 2. stykke af duodenum. Under re-traktion af skopet gennemskannes retroperitoneum og den mulige del af leveren samt det hepatoduodenale ligament, uden at jeg finder noget patologi. Tumor er ikke synlig.

Forsætter i Pelican-projekt mhp. endelig evaluering.

Informeres om lap./LUS i morgen

mhp. endelig resektabilitetsvurdering. Accepterer indgreb.

NOTAT 05.06.08

OPERATIONSGANGEN - KL.08.25-09.00

På indikationen central levertumor gøres i

generel anæstesi

JAH01 laparoskop

UXUD11 laparoskopisk ultralydskann.

JJA20 biopsi fra leveren.

Lille infraumbilikal incision til frit peritoneum. Peritonealkaviteten gennemgås uden peritoneal karcinose. Hjelpeport under venstre kurvatur. Herefter gennemskanner man øvre del af abdomen. Man finder i leveren en central tumorproces ca. 7 cm i største diameter inddragende segmenterne 4 og 5 med in-casement af intermediærvenen. Angående den højre hovedpedikel ligger forandringen helt klos ned på højre hovedpedikel med in-casement af grenen til segment 5 og 8, men fri af postolaterale sektorgren til 6 og 7. Der er dog ingen resektionsafstand mellem den postolaterale sektorgren og tumorprocessen.

Segmenterne 2, 3 og 1 er alle uden tumorproces, og segmenterne 6 og 7 er ligeledes uden tumorproces. Der er i retroperitoneum ingen patologiske lymfeknuder. Det hepatoduodenale ligament har nogle lymfeknuder, som er triangulære og normale af udseende uden mistanke om malignitet.

KONKLUSION

Centralt beliggende levertumor, hvor man kan overveje enten central

hepatektomi eller udvidet højresidig hemihepatektomi, hvilket nok vil være det mest radikale, da forandringen ligger klos på hovedgrenen af højre hovedpedikel.

På baggrund af at ætiologien af tumor er udkendt aftaler vi, at foretage biopsi, der tages TRUCUT-biopsi gange to fra forandringen helt ukompliceret. Sendes til hastehistologi.

Efter afsluttet procedure grundig ekssufflering og begge Troicar-steder lukkes med Vikryl i fascie og

Monosyn interkutan i hud.

PLAN

Vi sigter mod resektion af tumor ved

udvidet højresidig hemihepatektomi,

det vil kræve at patienten skal have foretaget embolisering af det højresidige system mhp. kompensatorisk hypotrofi af venstre side, således at der kan foretages resektion af segmenterne 4, 5, 6, 7 og 8. Journal til ovl. ON mhp. planlægning af operationsdato og kemoembolisering mhp. at logistikken med operation ca. 4 uger efter er mulig.

NOTAT 10.06.08

INDLÆGGELSE

Genindlægges mhp. A-grafi og embolisering af hø. leverlap. Siden sidst velbefindende fraset, at hun har en fornemmelse af, at maven er lidt oppustet.

NOTAT 11.06.08

RØNTGENAFD.

I

LA, Lidocain 0,5% u. fortsættes....

er via hø. a. femoralis foretaget

abd. aortografi og coeliacografi og mesenterica sup. a-grafi

Derpå emboliseret a. hepatica dxt.

(NOTAT 04.07.08 fortsat)

INDLÆGGELSE

Indlægges til planlagt udvidet højresidig hemihepatektomi 07.07.08.

TIDLIGERE

Sund og rask.

ORDINATIONER

Rp. væsketal, lever/galdetal, koagulationstal og CA19-9
Rp. TED-strømper
Rp. Fragmin 5000 IE subkutan
Rp. narkosetilsyn

KL. 15.30

Informeres om operation inkl. højresidig hemihepatektomi. Accepterer. Er forberedt på evt. aflysning.

Ved anæstesiindl.
og

rp. TED
- Fragmin 5000 IE x 1
- 3 g Zinacef i.v.
- 1,5 g Metronidazol

NOTAT 07.07.08

OPERATIONSGANGEN, KL. 09.30-11.45

I
gøresgenerel anæstesi, se skema
JKA20 cholecystectomy
JKB00 choledochotomy

PATOLOGI

Central tumor involverende leverens segment 4 og 5 strækkende sig ud også i segment 3. Lymfeknuder fra ligamentum hepatoduodenale uden tegn på malignitet.

Der gøres peroperativ UL-skanning, choledochus åbnes, hvorefter det kan konstateres, at på venstre side strækker tumor sig helt ind til den intrahepatiske del. På højre side kan man ikke komme ud, der er ingen tegn på galdestase. Pt. er således non-resektabel.

PROCEDURE

Skråincision under højre kurvatur, forlænget i midtlinien op mod processus ensiformis. Ligamentum falsi forme deles, strukturerne i ligamentum hepatoduodenale identificeres, således vena porta og højre og venstre gren, venstre a. hepatica kommer direkte fra gastrica sin. For at afgøre endelig resektabilitet åbnes choledochus over et 2 cm langt område med instrument i venstre ductus hepaticus og ved UL-skanning kan det konstateres at det først er ude 2. til 3. deling af galdevejene at der er fri af tumor på venstre side. Choledochotomien lukkes med 4-0 Vicrylnuder. Galdeblæren fjernes. Ductus cysticus liggeres centralt.

Hæmostasen sikres, serviettallet afstemmes gennem særskilt indstiks-åbning. Sugedræn nr. 18 bag choledochus. Der lukkes med fortløbende Vicryl i peritoneum, knuder i fascie,

stappler i huden

/cholangiokarcinom, non-resektabel/

Der skal ikke gives yderligere antibiotika.

jnr. til Onkokonf. den 11.07.

Oplæg til Onkokonf.:

Non-resektabel intrahepatisk cholangiokarcinom, mhp. pallierende kemo-terapi.

MBM/ON.

Henning Overgaard Nielsen/lb

NOTAT 10.07.08

Jeg har haft samtale med patienten og manden. Det er aftalt, at vi henviser enten til onkologerne i Vejle eller her på OUH mhp. pallierende kemoterapi.

Patienten har været noget forkvalmet også med opkastninger, der er som om det går lidt bedre i dag. Der kommer en del serøst, men også galdefarvet i drænet, det bibeholdes, og der er aftalt

tilbageflytning til Kirurgisk Afd., Esbjerg d.d.

Hvis der forsat er galdefarvet i drænet, kan det blive nødvendigt med ERC og stantanlæggelse. Årsagen er, at vi har haft åbnet choledochus.

Henning Overgaard Nielsen/ba

(AMBULANT NOTAT 01.12.08 fortsat)

Pt. er forsøgt behandlet her for stor levertumor (intrahepatisk kolangiokarcinom). Tumor blev desværre fundet non-resektabel og således ikke kurabel. Pt. er derfor henvist til palliativ kemoterapi på Vejle Sygehus, da det er dem, der varetager onkologisk behandling af kolangiokarcinomer.

Således er pt. i palliativt behandlingstilbud og kan ikke forventes raskmeldt og har en terminalcancer sygdom. Der er vedlagt kopi af epikrise.

CHARITÉ · D-10098 BERLIN

Allgemeinchirurgie
Station 20
Charité - Campus Virchow
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

CAMPUS CHARITÉ MITTE

Institut für Pathologie
Direktor: Prof. Dr. med. M. Dietel

"Rudolf-Virchow-Haus"
Schumannstr. 20-21, 10117 Berlin

*** STATIONÄRER BEFUNDNACHDRUCK ***

J-Nr.: E27773-08

Pat.-Name: Nielsen
Vorname: Mai
geboren: 23.10.1955

SBAL

Vorbefunde: E25655-08

Eingang: 14.08.2008
Ausgang: 18.08.2008

Pathologisch-anatomische Begutachtung

Makroskopie

Hemihepatektomie rechts: Leberteilresektat, Gewicht 1258 g, 140x135x70 mm. Leberparenchym-AE 90x50 mm. Auf der SF ein weißer TM von 65x60x55 mm. Der Tumor reicht makroskopisch sehr dicht an die chir. AE heran. Im Randbereich des TM ein intravasaler Stent. Das Präparat ist bereits eingeschnitten. Blockverteilung

A TM-Bezug Leberparenchym-AE, B TM-Bezug Kapsel, C TM zentral, D TM fernes Leberparenchym, E TM mit Gefäßen, F TM-Bezug Leberparenchym-AE.

Mikroskopie

Innerhalb des Leberparenchyms Manifestation eines Tumors mit glandulärem Wachstumsmuster und ausgeprägter Stromadesmoplasie. Die Tumorzellen mit unscharfen Zellgrenzen und reichlich eosinophilem Zytoplasma. Die Tumorzellkerne mäßiggradig pleomorph, teilweise blasig aufgetrieben, mit randständigem Kernchromatin und prominenten Nukleolen. Der Tumor infiltriert einen größeren Gallengang (C) von außen und reicht herdförmig in die Leberparenchym-AE hinein. Das tumorferne Leberparenchym zeigt Zeichen einer akuten Blutstauung sowie eine neutrophil granulozytär dominierte Entzündungsreaktion.

Diagnose

Leberteilresektat mit einem max. 65 mm großen, mittelgradig differenzierten Adenokarzinom, herdförmig in die Leberparenchymabsetzungsebene hineinreichend.

Kommentar

Der histomorphologische Befund ist vereinbar mit einem cholangiozellulären

Karzinom.

Prof. Dr. Dietel

Prof. Dr. Röcken

Dr. Rieger

CHARITÉ CAMPUS VIRCHOW-KLINIKUM

Charité | Campus Virchow-Klinikum | 13344 Berlin

To whom it may concern

Klinik für Allgemein-, Visceral- und Transplantationschirurgie

Direktor: Prof. Dr. med. P. Neuhaus

Station: 20
Aufnahme-Nr.: 0303558616
Unser Zeichen: dr stockmann
Tel.: +49 (0) 30-450552614
Fax.: +49 (0) 30-450552924
chirurgie@charite.de

Berlin, den 04.09.2008

Sprechstunden:

08.00 – 14.00 Uhr

Tel: 030 / 450 65 20 13
030 / 450 65 20 23

Darmsprechstunde (Do)
Tel: 030 / 450 65 20 04

PD Dr. Schumacher
PD Dr. Neumann
Prof. Dr. Neuhaus
Prof. Dr. Weidemann

Ösop., Magen, Darm (Mo)
Tel: 030 / 450 65 21 17

PD Dr. Schumacher
Prof. Dr. Weidemann
PD Dr. Pascher

Lap. Chirurgie (Mo + Do)
Tel: 030 / 450 65 28 18

Dr. Schmidt
PD Dr. Neumann
Dr. Guckelberger

Leber, Galle (Mo + Do)
Tel: 030 / 450 65 26 03

Prof. Dr. Neuhaus
P. Seehofer
F. Neumann

Pankreas (Do)
Tel: 030 / 450 65 28 18

PD Dr. Glanemann
Dr. Bahra

Schilddrüsenchirurgie (Mi)
Tel: 030 / 450 65 21 28

PD Dr. Rayes
PD Dr. Seehofer
Dr. Ulrich

Gefäßchirurgie (Di)
Tel: 030 / 450 65 23 93

PD Dr. Puhl
Dr. Heidenhain

Lungenchirurgie (Di)
Tel: 030 / 450 65 22 35

Dr. Heidenhain

Transplantation (tgl.)

PD Dr. Pratschke (Niere/Pankr.)
Tel: 030 / 450 65 23 47

Fr. Dr. Neuhaus (Leber)
Tel: 030 / 450 65 21 33

PD Dr. Pascher (Dünndarm)
Tel: 030 / 450 65 22 53

Privatsprechstunde (Mi)
Prof. Dr. Neuhaus
Tel: 030 / 450 55 20 01

N:/ 1. Chirurgische Poliklinik i.H.

Dear colleagues,

we kindly refer to our patient

Mrs Mai NIELSEN, born 10-23-1955,
resident in Aadalsparken 29, 6710 Esbjerg,

who was inpatient from august 11th to september 5th 2008.

diagnoses: cholangiocellular carcinoma
state after cholecystectomy (07-07-2008)
heparin-induced thrombocytopenia type II
postoperative bile leak

therapy: right trisectorectomy (08-12-2008)
hepaticojejunostomy with implantation of a splint
partial resection of the portal vein
continous lavage and drainage of the postoperative bile leak

histology: mid-grade differentiated adenocarcinoma conformable to
cholangiocellular carcinoma
pT1 G2 R1 L0 V0

history and progress:

Mrs Nielsen was diagnosed a 6 cm large central liver process (segment 4 classified as adenocarcinoma (probably intrahepatic cholangiocarcinoma) in her home-country denmark. A PET-scan showed no further pathological foci in the abdomen. After surgery on july 7th 2008 the tumour was stated inoperable, the gall bladder was removed and Mrs Nielsen was planned for chemotherapeutical treatment only. She contacted us for second estimation.

We were able to perform a right hepatic trisectorectomy with biliodigestive anastomosis and implantation of a splint on august 14th 2008. The portal vein

was partially resected. The tumor was capsulated and resection was hardly on the margin of the tumor. Thus, formally the histology stated an R1 status. However, due to the CUSA resection technique and infrared coagulation additional 3-5 mm safety margin were reached and we postulate complete resection.

Mrs Nielsen developed well postoperatively. Control scans showed proper perfusion of the liver and no gall branch obstructions.

Thrombocytopenic decrease on day 11 after surgery and positive HIPA (heparin-induced platelet-activation test) let us change the antithrombotic therapy to Arixtra® (Fondaparinux).

An oncological consultation advises no adjuvant chemotherapeutical treatment at the actual situation, but determination of tumor markers Ca19-9, CEA, as well as subsequent treatment by an oncologist close to Mrs Nielsen's habitation. A postoperative ct scan should be performed at month 3 after the operation.

Mrs Nielsen is still under constant lavage and drainage treatment of a bilioma over a foley catheter. We kindly ask for subsequent treatment and recommend further lavage over 1 week. Then bilirubin should be measured in the fluid without lavage and the foley catheter retracted step by step.

If there are any remaining questions or problems concerning her healing process, do not hesitate to contact us:

Ward 20 : +49 (0) 30-450652614

last meds:

Spironolacton® 100mg	1 - 0 - 0
Lasix® (Furosemid) 20mg	1 - 0 - 0
Erythromycin® 250 mg	1 - 1 - 1 - 1
Ciprobay® (Ciprofloxacin) 500mg	1 - 0 - 1
Pantozol® (Pantoprazol) 40mg	0 - 0 - 0 - 1
Durogesic (fentanyl) transdermal 25 µg every 3 days	
Novalgin® (Metamizol Supp.) 40°	1 - 1 - 1 - 1
Arixtra® (Fondaparinux) 7,5mg s.c.	0 - 0 - 1

CAVE: allergic to penicilline!

With best regards

Prof. P. Neuhaus MD
Head of department

Prof. H. Weidemann MD
Senior consultant

Dr. M. Stockmann MD
Resident

enclosed:



Operative report



Histology



Last Lab

OPERATIONSBESKRIVELSE

Universitetsklinikken ved
Humboldt-universitetet i Berlin
Klinik for almen, visceral og
transplantationskirurgi

Navn: **NIELSEN, Mai**
Fødselsdato: 23.10.1955
Adresse: Aadalsparken 29
6710 Esbjerg

Station: WAC-S20

Sag nr.: 0303558616
(52.594)

Operationsdato: 13.08.2008

Operatør: Prof. dr. Peter Neuhaus
Ass. I: Prof. dr. Henning Weidemann
Ass. II: Dr. Sven Kohler
Ass. III: PJ

Anæstesilæge: dr. Viktoria Martiny
Ass.:
Anæstesiform: Intubation
Instr.sygeplejersker: Katrin Meier
Renata Knossalla

Diagnose: Kolangiocellulært karcinom på ca. 6 cm diameter, centralt beliggende, med affektion af galdegangene, vena porta-grenene og de øvrige kar.
Tilstand efter eksplorativ laparotomi i Danmark
Nu: indikation for re-operation

Operation: Højresidig udvidet hemihepatektomi (S I, S IV-VIII), komplet resektion af det ekstra-hepatiske galdegangssystem, resektion af vena porta-grenene med end-to-end-anastomose, partiel lymfeadenektomi i øvre bughule, 2 x hepatico-jejunostomi med Roux-en-Y med internt tabte dræn til venstre-lateralt

Operationsindikation:

Hos fr. Mai Nielsen blev en relativt stor tumor diagnosticeret i det centrale område af segmenterne IV, V og VIII med tilgrænsning til karstrukturen i segment II og III. I første omgang blev der foretaget en undersøgende laparotomi i Danmark samt et forsøg på præparation/resektion, som blev afbrudt. Patienten blev anbefalet palliativ kemoterapi. Patienten opsøgte derefter klinikken her og fik den besked, at en ny undersøgende laparotomi med henblik på en højresidig udvidet hemihepatektomi muligvis kunne give et vellykket resultat.

Under intubationsnarkose og i rygleje åbnes abdomen med et langt tværsnit over øverste del af bughulen med påsat længdesnit mod xifoideus. Først løsnes forvoksninger i den øverste del af bughulen mellem det store net, leverens underside og leverens konveksitet, som stammer fra den foregående operation. Derefter foretages en komplet eksploration af abdomen, især omhyggelig palpation og – så vidt det er muligt – inspektion af den nederste del af bughulen for at udelukke peritoneale metastaser, som eventuelt kunne forefindes her. I hele bughulen bliver der i den forbindelse ikke gjort yderligere patologiske fund. Samtidig suges en smule let uklar ascites ud af den nederste del af bughulen, især i fossa douglasi, og der foretages en skylning til cytologisk undersøgelse af det peritoneale exudat. Den cytologiske undersøgelse af exudatet, foretaget af dr. Abadi, viser ingen tumorceller. Nu lægges tarmen tilbage i nederste del af bughulen, og colon transversum presses caudalt tilbage, colon tildækkes med et fugtigt mavekompres. Herefter følger revision af leverregionen, især det subhepatisk rum og leverhilus med henblik på at fastslå resektabilitet. I den forbindelse skilles først det lille net fra; her ses en meget kraftig a. hepatica sinistra, afgående fra a. gastrica sinistra, som naturligvis skånes. På det sædvanlige sted ved ligamentet ses derimod ingen leverarterie til venstre og kun en rudimentær karstreng til højre. Bursa omentalis palperes og inspiceres, her ses ingen tegn på tumorinfiltration, især ikke i området omkring vena cava. Venstre laterale del af leveren synes fuldstændig tumorfri. Lukning af dette præparationsområde og præparation i højre side. Duodenum mobiliseres komplet a.m. Kocher, og lymfeknudestationerne eksplorerer paraaortalt og paracavalt oven for nyrehilus. Her ses ingen kliniske tegn på metastasering. Incision af den peritoneale fold subhepatisk fra leverkapslen hen mod nyrekapslen og trinvis mobilisering af højre leverlap. Små kar lukkes ved brænding med elektrokauter, større kar underbindes. Herefter total mobilisering af højre leverlap fra retroperitoneum og fra diaphragma. Blødninger standses, og der foretages tilbagelæggelse af højre lever til oprindelig position.

Ved eksploration af lig. hepatoduodenale og hilus begynder præparationen til venstre ved øvre rand af pancreas. På grund af lokale pancreatitiske forandringer fra den foregående operation er det meget vanskeligt, om overhovedet muligt, her at præsentere arterie- og portårestrukturer, derfor begyndes præparationen længere væk fra cranialt. Her to gange læsion af portåren, den ene sys med Prolene 5-0, en venstre arterie og en arterie, der forløber mod højre, findes ikke her. Præparationen i hilusområdet begrænser sig til præsentation af fissura umbilicalis, palpatorisk bekræftelse på, at området er tumorfrit, og præsentation af venstre portåregren i fissura umbilicalis. Her bliver lig. umbilicale trinvis præpareret ud fra fissuren, indtil man ved dette ligament kommer til portåren, og forgreningen i segment II- og -III-portåregren er præsenteret. Heldigvis er der ikke blevet foretaget præparationer her før, så processen skrider relativt godt frem.

Først yderligere lymfeadenektomi til højre og til venstre ved øvre rand af pancreas. Yderligere lymfeadenektomi afholder man sig fra, da tidligere lymfeknudepræparater alle har været tumorfri.

Herefter præparation af vena porta ud fra pancreashovedet, altså området med confluens af v. mesenterica superior og v. lienalis indtil det vurderede afsnit, cirka 1 cm under

vena porta-grenen. Portåren kan her præsenteres i et blødt område uden ar, hvilket er en fordel for den senere anastomosering. Herefter foretages yderligere præparation på den anden side af vena porta-grenen venstresidigt i området omkring incisura umbilicalis. Det tilstræbes at præparere venstre portåre i cirka 10 mm længde. Udmundende grene til segment I og IV skilles fra mellem ligaturer hhv. underbindinger. D. choledochus er i forvejen allerede skåret af ved pancreashovedet og blevet underbundet. Frysesnit af d. choledochus viser ingen tumorer. For at få bedre oversigt bliver parenkymet nu incideret direkte i området omkring lig. falciforme og løbende mod incisura umbilicalis i 3-4 cm dybde fra leverens overflade, hertil benyttes ultralydsdissektion. Mindre kar ordnes med koagulation hhv. clips, de få større strukturer med ligatur. På denne måde kan portåren visualiseres endnu bedre; den lukkes med karklemmer i stammen ved pancreashovedet samt i området omkring fissura umbilicalis allerede efter forgreningen i segmentportåregrenene og skilles i portårestammen og venstre portåregren. Venstre portåregren bliver så incideret ind i segment III, således at der dannes en anastomosingsegnet flade på portåren på cirka 15 mm længde. Portårens hovedstamme bliver derfor efter-incideret tilsvarende på venstre side, og hjørnerne bliver trimmet. Herefter foretages end-to-end anastomose mellem portårens hovedstamme og portåregrenene i venstre side med fortløbende Prolene 6-0. Bagvæggen sys med kastesting indefra, forvæggen udefra. Efter frigivelse af blodstrømmen har portåren en god beliggenhed, der er et spændingsfrit forløb, en blød portåre uden forhindringer og godt løb i portåren.

Nu foretages dislokering af højre leverlap fremad og trinvis fripræparation af v. cava. Samtlige udmundende vener fra lobus caudatus og fra højre leverlap skæres af, til sidst bliver højre levervene skilt fra mellem to karklemmer og syet over mod cava, mod leveren groft underbundet. Derefter komplettering af resektion mellem segment II og IV, den midterste levervene bliver her skilt fra og ligeret cirka 1 cm før udmunding hhv. confluens med venstre levervene. Således fjernes segment I, IV-VIII, og segment II og III bliver tilbage. Galdegangene, som i mellemtiden ligeledes blev skilt fra, befinder sig i det dorsale område bag portåren og ventralt i forhold til portåren. Der ses to ostier, en større og en mindre, som ikke kan bringes sammen og derfor må anastomeres adskilt fra hinanden. Efter omhyggelig blodstandsning på resektionsfladen lægges en 45 cm lang Roux-en-Y-slynge (fodpunktsanastomose) som end-to-side jejuno-jejunostomi med fortløbende PDS 4-0, og denne slynge, som er lukket blindt for enden, føres gennem en slids i mesocolon til højre op i den øvre del af bughulen. Slyngen lejres ved de to galdegange, korresponderende incision af tyndtarmen antimesenterielt og fremstilling af hhv. to hepatico-jejunostomier til leverens segment II og III. Suturmateriale PDS 5-0. I de større gange bliver et tabt silikonedræn lagt ind og sikret med et fint sting. Afslutningsvis igen kontrol af blodstandsning, bughulen skylles, indlægning af to Easyflow-dræn, højre colonflexur rykkes op og derefter fyldes også det døde rum subfrenisk til højre med mellemgulv og øvrigt bughuleindhold. Den venstre tilbageblevne del af leveren fastgøres ved hjælp af sutur, således at der ikke kan forekomme torsion eller afknækning af karrene. Herefter lagvis lukning af såret ved fortløbende sutur med sædvanlig teknik.

Patienten har ifølge konsultation med anæstesilægerne klaret indgrebet godt så vel kredsløbsmæssigt og pulmonalt som kirurgisk og kommer i første omgang på intensivafdeling til yderligere observation og pleje.

17. juli 2008

Velbefindende. Plaster halveres.

rp. Åben indlæggelse ✓
Udskrives.

Patienten har fået kopi af journalen.

Vagn Juhl Jensen/je
Kontaktlæge Vagn Juhl Jensen

Indlæggelse 252 PK, 5. september 2008 kl. 09.00

Henvender sig på afd. Har haft kontakt til sygehuset i Berlin. De mener at det er meget vigtigt at det intraabdominale dræn genanlægges. Hvis ikke vi vil lægge det, foreslås patienten at drage mod Berlin igen.

Er upåvirket. Ingen abdominalsmerter.

Patienten har medbragt det tidligere dræn, som er et Foley kateter nr. 20, hvor ballonen er klippet af, således at der er indløb via ballonstudsens og udløb via kateterstudsens.

Patienten angiver at der er skyllet med ca. 50 ml/t op til udskrivelsen.

Objektivt

Abdomen: Cikatrice i øvre abdomen. Drænsted i højre side kaudalt for cikatricen.

Steril afdækning.

Det indføres Foleykateter nr. 16 (ballonen afklippet) via drænhullet. Glider glat ind.

Der skylles med saltvand og der kommer tyndt blodigt tilbage.

Drænet fikseres med

nylon 3-0

Der påsættes stomipose og tilkobles saltvand.

Patienten er informeret om, at det ikke er vanlig dansk procedure at klippe i kateterballoner.
skyl med 40 - 50 ml saltvand/time.

Bliver på afd. natten over.

rp. væske- og inf.-tal samt levertal i morgen

Afd. læge Dorte Aude Andreassen/dl

Kontaktlæge Vagn Juhl Jensen

5. september 2008

Patient som har været gennem en større operation i Berlin (se vedlagte epikrise) møder op mhp. drænkontrol.

Patienten konf. med overlæge Vagn Juhl Jensen og det aftales, at patienten møder op her hver 2. dag til skylning af dræn, første gang i morgen.

Hun møder kl. 09.30.

Recept skrives på medicin til afhentning i morgen, dog er der ikke skrevet på Arixtra, idet adm. er s.c.

Aftale med hjemmesygepl. skal aftales, emn patienten er så hurtigt ude af døren, at det ikke nåes i dag.

I overensstemmelse med plan fra Berlin

rp. CT af abdomen 2 md. (henv. sendes i dag)

Mht. drænskylning angiver patienten at hun indtil nu har haft kontinuerlig skyl med mellem 100 og 50 ml /time. Der er skyllet med NaCl.

Idet patienten har været på sygehus i Tyskland

rp. podning fra næse og svælg og perineum

6. september 2008

Abdominaldræn gledet ud. Vi må afvente hvad der sker, og evt. hvis der kommer gener lave UL-skanning mhp. UL-vejledt anlæggelse af bughuledrænage.

rp. lever/galdetal og inf.-tal mandag.

Kontaktlæge Vagn Juhl Jensen

6. september 2008

Der er i dag podet fra svælg, næse og peritoneum samt drænsted.

Patienten er mobiliseret og det aftales med bagvagten

sep. Arixtra inj.

Plan: Ellers som beskrevet ovenfor.

8. september 2008

Patienten får skyllevæske med hjem i ½ liters poser, da hun lettes kan håndtere dette derhjemme.
 Det skal løbe så langsomt som det kan, da skyllevæsken er meget klar.
 Hun har besluttet at tage til Berlin og fjernet drænet, når det er klaret helt op.
 rp. dræntest

Vagn Juhl Jensen/dl

10. september 2008

Dyrkning ved drænsted viser Staph. aureus - følsomme for penicillin/Erythromycin
 Mikrobiologerne har givet svar om antibiotika, dette er OK.

Vagn Juhl Jensen/dl

15. september 2008, Esbjerg

Patienten er afebril. Har lidt smerter ved drænstedet.

LKC er normale, men CRP 144.

Vægt 60,6 kg

Vi sender

Så podes vi drænstedet.

Hun må få

og så komme igen på onsdag.

sep. Furix.

drænskylllevæske til D og R

3 protein til hver dag

Ophører med antibiotika som aftalt i dag.

Vagn Juhl Jensen/dl

Kontaktlæge Vagn Juhl Jensen

17. september 2008, Esbjerg

Patienten har det egentlig rimeligt, men hun er lidt bekymret for drænet og de forhøjede tal.

Nu tjekker vi dem i dag.

Hun har faktisk lidt planer om at tage til Tyskland og få drænet fjernet.

Jeg har fortalt hende, at bliver der problemer kan det jo tage indtil flere døgn inden de opstår, så egentlig synes jeg ligeså godt vi kunne fjerne drænet her og nu.

Det tænker hun lige over, så får hun proteindrik i ventetiden.

Vagn Juhl Jensen/dl

17. september 2008, Esbjerg

Efter patienten's ønske

ndskrivelse.

Udskrivningsepikrise

Indlagt: 05.09.2008 09:00

Udskrevet: 17.09.2008 12:00

Aktionsdiagnose

DC229 Neopl mal hepatitis uden specifikation

AZCA4

EPIKRIS:

52-årig kvinde kendt med neoplasma malignum hepatitis kommer til drænkontrol.
 Der foretages skylning hver 2. dag, og pt. udvikler i forløbet smerter ved drænstedet.

Der tages infektionstal visende normale leucocytter og CRP 144, hvorfor der podes fra drænstedet.

Pt. giver udtryk for bekymring herfor og anfører, at hun har planer om at tage til Tyskland og få drænet fjernet. Hun tilrådes at drænet kunne fjernes her, men udskrives efter eget ønske.

Lotte Poulsen, reservelæge/up

Med venlig hilsen

Vagn Juhl Jensen, overlæge

Mai Nielsen
post@mai-nielsen.dk



Kære Mai Nielsen

Tak for din e-mail af 9. december 2008 om dit behandlingsforløb for kræft. Jeg er først og fremmest glad for at høre, at du har oplevet en så positiv udvikling i din sygdom.

I din e-mail beskriver du indledningsvis dit udredningsforløb, som resulterer i diagnosen kræft i leveren, men med gode udsigter for helbredelse. Ved operationen viser det sig imidlertid, at det ikke er muligt at foretage det kirurgiske indgreb som planlagt. Du henvises til strålebehandling og oplyses om, at strålebehandlingen i dit tilfælde kan have en livsforlængende men ikke helbredende effekt. Du skriver, at du på sygehuset møder en patient, som har haft samme kræftsygdom som dig, og som er blevet kureret på Berlins Universitetshospital. Du vælger at følge trop. Ifølge din e-mail overstås operationen på Berlins Universitetshospital med så vellykket et resultat, at du nu er kræftfri.

Du spørger til, hvorfor man i Danmark med sikkerhed kunne oplyse dig om, at helbredelse ikke var muligt, når det ikke var tilfældet. Det er min klare overbevisning, at de danske læger gør, hvad der står i deres magt for at give danske kræftpatienter den bedste behandling. Det er også mit generelle indtryk, at de danske læger løbende sørger for at holde sig opdateret om nye behandlinger i og uden for landets grænser, så de kan informere patienterne om mulige behandlingstilbud. Dit konkrete forløb og kommunikationen med lægerne kan jeg ikke vurdere, da jeg kun kender det fra din beskrivelse. Du sætter endvidere spørgsmålstegn ved, hvorfor Odense Universitetshospital ikke umiddelbart vil udlevere dine scanningsbilleder, mens Esbjerg Sygehus og Vejle Sygehus udleverede billederne uden problemer. Det er beklageligt, at du har oplevet Odense Universitetshospitals indstilling som beskrevet, men jeg kan igen ikke vurdere baggrunden herfor. For nærmere svar på spørgsmål om lægernes kendskab til behandlingstilbud i Tyskland og udlevering af scanningsbilleder, må du rette henvendelse til det pågældende sygehus.

I forhold til dit spørgsmål, om hvorfor man spreder sjældne kræftsygdomme på flere sygehuse i Danmark, kan jeg oplyse, at regeringen arbejder målrettet på at sikre sammenlægning af den specialiserede behandling på få enheder for at sikre, at patienterne altid bliver behandlet dér, hvor man har den rette ekspertise. For at sikre rammerne for samling af behandlingen, har regeringen som en del af kvalitetsreformen afsat 25 mia. kr. til investeringer og nybyggeri i det danske sygehusvæsen. I forlængelse heraf er nedsat et ekspertudvalg, som har vurderet regionernes forslag til konkrete større strukturelle anlægsprojekter. Den 27. november 2008 afgav ekspertudvalget sin indstilling til regeringen til videre behandling vedr. anvendelse af de første 15 mia. kr. Samtidig arbejder Sundhedsstyrelsen målrettet på, hvordan de fysiske rammer skal udfyldes for at sikre tilstrækkelig aktivitet til, at de pågældende speciallæger kan udvikle og vedligeholde en vis rutine og erfaring.

Slotsholmsgade 10-12
DK-1216 København K
Tlf. +45 7226 9000
Fax. +45 7226 9001
E-mail sum@sum.dk
Hjemmeside www.sum.dk

12 JAN. 2009

Dato:
J.nr.: 2008-12165-315

På kræftområdet har vi med indførelsen af pakkeforløb for alle kræftformer i 2008 gjort en ekstra indsats for at sikre alle kræftpatienter behandling på højeste niveau, uanset hvor de bor i landet. Udover at sikre kræftpatienter den anbefalede behandling, sikrer pakkeforløbene endvidere patienterne veltilrettelagte forløb uden unødige ventetid og tryk i forløbet gennem tilbud om kontaktperson og god information undervejs i forløbet. Pakkeforløb er blevet indført gradvist i løbet af 2008, således at der er pakkeforløb for alle kræftformer inden årets udgang.

Du spørger til second opinion panelet, som yder rådgivning til de behandlende sygehuslæger om mulighederne for eksperimentel behandling, såfremt der ikke er mere at gøre gennem traditionel behandling. Sygehusafdelingerne får dermed adgang til at sikre, at alle behandlinger, der anses for at kunne kurere en sygdom eller forlænge livet, er overvejet i relation til patienter med livstruende sygdomme. Siden den 1. januar 2003 har kræftafdelinger kunne henvende sig til second opinion panelet med henblik på evt. henvisning af kræftpatienter til eksperimentel eller forskningsmæssig behandling i udlandet. Siden 2005 har det også været muligt at modtage eksperimentel behandling i Danmark. Jeg mener faktisk, at vi har en ordning, der sikrer danske kræftpatienter de bedst mulige behandlingsmuligheder. Jeg kan i øvrigt oplyse, at den gennemsnitlige sagsbehandlingstid er 9 dage.

I forhold til dit spørgsmål om refusion kan jeg oplyse, at EF-domstolen i en række domme afsagt siden 1998 har fastslået, at patientbehandling både i og uden for hospitalssektoren er tjenesteydelser i EF-traktatens forstand og derfor omfattet af traktatens regler om fri bevægelighed. Det er en grundlæggende betingelse for anvendelse af reglerne om det indre marked i denne sammenhæng, at behandlingen er dækket af hjemlandets sikringsordning. Domstolen har i de hidtidige sager fastslået, at selvom hospitalsbehandling er en tjenesteydelse og dermed undergivet den frie udveksling, så kan en række hensyn bl.a. til planlægning og økonomi i sygehussektoren berettige, at medlemsstater fastholder et system, hvor en person skal søge om forhåndsgodkendelse fra sit eget system – i Danmark fra bopælsregionen – for at kunne få dækket udgifter til hospitalsbehandling, der ønskes i en anden medlemsstat. Jeg vil opfordre dig til at tage kontakt til din bopælsregion vedr. en nærmere afklaring i din konkrete situation.

Med venlig hilsen

Jakob Axel Nielsen



Region Syddanmark

Mai Nielsen
Ådalsparken 29
6710 Esbjerg V

Sundhedsområdet
Internt Ledelsessekretariat
Kontaktperson: Conny Oriuff
Conny.Oriuff@regionsyddanmark.dk
sundhed@regionsyddanmark.dk
Direkte tlf. 76631135

23. marts 2009
Journal nr. 08/19268
Side 1 / 2

Kære Mai Nielsen

Du har ved mails af 8. februar og 17. marts 2009 rettet henvendelse regionsrådsformand Carl Holst med anmodning om refusion af dine udgifter på ca. 300.000 kr. til operation i udlandet.

Efter oplysningerne i din mail af 9. december 2008 til Sundhedsministeriet, hvor du har redegjort for dit forløb, fandt Odense Universitetshospital det ikke muligt at tilbyde kirurgiske indgreb, derimod blev du tilbudt kemoterapi som kunne have livsforlængende effekt. Derefter har du selv truffet beslutningen om at blive behandlet på Berlins Universitetshospital.

Sundhedslovgivningen angiver udtømmende, hvornår der er hjemmel til at betale for behandling i udlandet.

Sundhedsstaben har derfor vurderet, om der i dit konkrete tilfælde er hjemmel til at dække dine udgifter til behandling i udlandet.

Efter reglerne skal regionsrådet refundere patienters udgifter til behandling på et sygehus i et andet EU- eller EØS-land, hvis regionsrådet ikke kan tilbyde patienten rettidig behandling på egne sygehuse, andre offentlige sygehuse, samarbejdssygehuse eller aftalesygehuse.

Det er en forudsætning for behandling i andet EU- eller EØS-land, at der ikke kan tilbydes *rettidig* behandling i Danmark.

Efter det oplyste fandt Odense Universitetshospital ikke at kunne tilbyde dig yderligere behandling.

Der er således ikke tale om, at der er tilbudt dig en behandling i Danmark, som ikke kunne gives rettidigt.

Region Syddanmark finder derfor ikke, at du var berettiget til behandling i et andet EU- eller EØS-land

I din mail til Sundhedsministeriet har du oplyst, at du har spurgt Onkologisk afdeling på Vejle Sygehus om muligheden for Second Opinion,


Region Syddanmark

19. marts 2009
Journal nr. 08/19268
Side 2 / 2

"hvilket du fik et klart svar på: det er sidst behandlende sygehus (her Vejle) der skal indstille mig og der vil antageligt gå 4 – 6 uger og det er tilsvarende læger, der sidder i "udvalget", så svaret vil ganske givet ikke være anderledes end her, og hvis jeg ønsker dette, skal jeg bare vide, at jeg ryger helt ud af behandlingssystemet, så længe forespørgslen ikke er besvaret, og herefter er der ingen tidsmæssig behandling".

Videre fremgår af din mail, at den behandling, som du fik på Universitetshospitalet i Berlin, ikke tilbydes i Danmark, - derimod har Vejle Sygehus tilbudt dig kemoterapi, som du valgte ikke at tage imod.

Det er derfor Region Syddanmarks vurdering, at den behandling, som du fik på Universitetshospitalet i Berlin, er eksperimentel behandling.

Forudsætningen for at få tilbud om eksperimentel behandling i udlandet er, at sagen forelægges Sundhedsstyrelsens rådgivende panel ("second opinion panelet"), og at en indstilling fra den behandlende sygehusafdeling om eksperimentel behandling i udlandet skal forelægges Sundhedsstyrelsen til godkendelse. Godkendelsen skal foreligge, inden behandlingen foretages.

Dette er ikke sket i dit tilfælde, da du selv traf beslutningen om behandling i udlandet.

På dette grundlag finder Region Syddanmark ikke, at der er hjemmel til at yde dig refusion af dine udgifter til behandling på Berlins Universitetshospital.

Denne afgørelse kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed.

Venlig hilsen


Per Busk
Afdelingschef

Mai Nielsen
 Ådalsparken 29
 6710 Esbjerg V



Sundhedsområdet
 Planlægning og Udvikling
 Kontaktperson: Charlotte Metzmann
 Charlotte.Metzmann@regionsyddanmark.dk
 sundhed@regionsyddanmark.dk
 Direkte tlf. 76631459

30. juni 2009
 Journal nr. 08/19268
 Side 1 / 1

Kære Mai Nielsen

Med henvisning til de sidste to dages medieomtale af din sag samt 1. næstformand for regionsrådet Poul-Erik Svendsens udtalelser om, at din sag burde prøves ved klageinstans, vil jeg gerne orientere dig om dine muligheder for at klage over dit forløb på Odense Universitetshospital og Vejle Sygehus. Jeg vedlægger til din orientering pjecer og klageskema.

Hvis du ønsker hjælp til at skrive en klage, kan jeg henvise til patientvejleder Susanne Fritzen. Du kan kontakte Susanne Fritzen på telefon 7663 1447. Patientvejledernes telefontid er alle hverdage fra kl. 9.00 til 12.00 på telefon 7663 1490.

Jeg vil desuden meget beklage den lange svartid på din mail af 26. marts 2009. Vi vender tilbage, så snart vi har modtaget en faglig udtalelse, som skal bruges til svaret.

Venlig hilsen

Per Busk

Afdelingschef

Sundhedsområdet, Planlægning og Udvikling

OUH
Odense
Universitetshospital
Svendborg Sygehus

Region Syddanmark
 Damhaven 12
 7100 Vejle

Att.: Bjarne Aaby

Direktionen

Kontakt: Charlotte Lykke Palmus
 charlotte.palmus@ouh.fyns-amt.dk
 Direkte tlf. 6541 3942

12. august 2009
 Journal nr. 2-16-12-11-00704-2009
 Side 1/2

Mai Astrid Grøndahl Nielsen

Region Syddanmark har ved mail af 25. juni 2009 anmodet om direktionens udtalelse til brug for stillingtagen til en betalingsanmodning fra ovennævnte patient.

Der er særligt anmodet om at få oplyst, om den operation patienten har gennemgået i Berlin er præcis den samme operation, som man forsøgte gennemført på Odense Universitetshospital.

Sagen har været til udtalelse hos afdelingsledelsen på Kirurgisk Afdeling A, som har oplyst følgende:

Den operation, som patienten har modtaget i Berlin består i en operativ fjernelse af knuden med 75% af leveren. Det svarer til det indgreb, der var planlagt gennemført på Odense Universitetshospital. Imidlertid fandt man ved operationen på Odense Universitetshospital spredning ud i 2. og 3. forgrening af galdegangen i den del af leveren, som ikke skulle fjernes.

Ved en sådan spredning er det den kliniske og videnskabelige erfaring, at patienten ikke bliver gavnnet med en operativ fjernelse af knuden, og i de internationale rekommandationer anbefales, at der afstås fra forsøg på operation.

På baggrund af de operative fund og den videnskabelige evidens der foreligger, afstod man derfor fra at foretage indgrebet. Det er således ikke korrekt, når der i notatet fra Mai Nielsen anføres, at knuden ikke kunne fjernes. Årsagen til at man afstod fra indgrebet var de anbefalinger, der ligger til grund for at gennemføre denne type indgreb.

Direktionen tilslutter sig afdelingsledelsens udtalelse.

Venlig hilsen

Peter Frandsen
 Direktør, dr.med

Charlotte Lykke Palmus
 Fuldmægtig

HPB, 2008; 10: 171-173

informa
healthcare

REVIEW ARTICLE

Radical surgery for right-sided klatskin tumor

P. NEUHAUS & A. THELEN

Department of General, Visceral and Transplant Surgery, Campus Virchow-Klinikum, Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany

Abstract

Local excision of hilar cholangiocarcinomas results in long-term survival in only very few cases. Therefore, the combination of right or left liver resection and bile duct resection has been the standard treatment since about 1990. Five-year survival rates after curative resection could be improved to 30-40%. Recurrence is frequently seen locally, therefore more extended resection with adherence to the surgical principals of tumor resection, such as the "no-touch technique", appears useful. Excellent results with 5-year survival rates up to 60% after curative resection can be achieved with right trisectionectomy together with principle *en bloc* hilar resection. Perioperative mortality is still high because of the small remaining liver volume.

HPB, 2008; 10: 122-125

informa
healthcare

REVIEW ARTICLE

Criteria of unresectability and the decision-making process

R. D. SCHULICK

Johns Hopkins Hospital, Baltimore, MD, USA

Abstract

Determination of the exact criteria for resectability in patients with cholangiocarcinoma and how they are most efficiently evaluated has many limitations. Among many factors taken into account in this decision-making process are: the condition of the patient, the biology of the disease, and the technical expertise of the surgeon and hospital. An attempt is made here to organize recommendations for the work-up of patients and the main criteria for resectability as best possible, keeping in mind that there will always be some limited room for exceptions, especially if the biology is favorable. Work-up and determination of resectability for patients with distal cholangiocarcinoma are more straightforward than at the other two sites of the disease (perihilar and peripheral). In general, these follow the same principles as those for other periampullary carcinomas (pancreas, ampullary, and duodenal). The work-up and determination of resectability for patients with peripheral cholangiocarcinoma can be relatively straightforward if the lesion is away from the hilum of the liver and does not involve a significant proportion of parenchyma, but can be problematic if it is more central or very large. Patients with perihilar cholangiocarcinomas are perhaps the most challenging, as factors such as patient condition, biology of the disease, local involvement of the major vessels and bile ducts at the hilum, and the future liver remnant all have a bearing in the decision-making process.

Key Words: Cholangiocarcinoma, resectability, staging



Fr. Mai Nielsen
 Parken 29
 5700 Svendborg V.

Kontaktperson:
 Bjarne Aabye
 Direkte tlf. 7663 1327

18 AUG. 2009

Kære Mai Nielsen.

Journal nr. 08/19268
 Baa/8218

Efter at have modtaget en udtalelse fra direktionen på Odense Universitetshospital (OUH) vender jeg hermed tilbage til dit brev af 25. marts 2009.

OUH's udtalelse af 12. august 2009 vedlægges.

Det fremgår, at det operative indgreb, som man havde planlagt at gennemføre på OUH, var det samme som det, du senere fik foretaget i Berlin.

På den baggrund kan operationen i Berlin ikke betragtes som eksperimentel behandling, således som vi gjorde i brev af 23. marts 2009.

Det fremgår endvidere, at man på OUH afstod fra at gennemføre operationen den 7. juli 2008 dels på grund af det operative fund ("spredning ud i 2. og 3. forgrening....") dels på grund af internationale rekommandationer (anbefalinger).

Regionen har intet grundlag for at anfægte disse faglige vurderinger.

Regionen finder derfor ikke, at man på det foreliggende grundlag kan afholde de udgifter, du er blevet påført ved operationen i Berlin. Regionen er imidlertid parat til at genoverveje afgørelsen, hvis Sundhedsvæsenets Patientklagenævn måtte finde grundlag for faglig kritik af de involverede læger enten for ikke at have fortsat og gennemført operationen den 7. juli 2008 eller for ikke at have henvist dig til et andet behandlingssted.

Hvis du ønsker at få bedømt de lægefaglige vurderinger, henviser jeg dig til at klage til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Hvis du ønsker hjælp hertil, er du, som tidligere nævnt, velkommen til at kontakte patientvejleder Susanne Fritzen på telefon 7663 1447.

Endelig beklager jeg meget, at du har måttet vente så længe på dette svar.

Venlig hilsen

Per Busk

Afdelingschef

Sundhedsområdet, Planlægning og Udvikling

Kopi t. o.:

Direktionen, OUH/Sygehus Svendborg (ad j.2-16-12-11-00704-2009)

OUH
Odense
Universitetshospital
Svendborg Sygehus

Mai Nielsen
Adalsparken 29
6710 Esbjerg V

Direktionen
Kontakt: Finn Thaarup/MVO
finn.thaarup@ouh.regionsyddanmark.
dk

Direkte tlf. 6541 2011

4. november 2009
Journal nr. 2-16-12-11-00704-2009
Side 1/4

Deres henvendelse af 8. oktober 2009 vedrørende kirurgisk behandling på Odense Universitetshospital i juli måned 2008

De fik i april måned 2008 konstateret en tumor på leveren.

Efter nærmere undersøgelse tilbød Odense Universitetshospital Dem operativ fjernelse af tumoren. Operationsindikationen blev ændret i forbindelse med selve operationens udførelse, idet der under operationen fandtes spredning ud i 2. og 3. forgrening af galdegangen i den del af leveren, som skulle efterlades.

Odense Universitetshospital kunne derefter ikke gennemføre en helbredende behandling af Dem. Operationen blev afsluttet, og De blev i stedet tilbudt lindrende behandling.

De blev selv opmærksom på, at et sygehus i Tyskland tilbød gennemførelse af operation af patienter med kræftsygdom tilsvarende Deres.

På egen foranledning kontaktede De det pågældende sygehus og aftalte en operation, som De selv betalte.

Efter gennemførelsen af operationen i Tyskland anser De Dem nu for fuldstændig rask i forhold til Deres kræftsygdom.

Ved brev af 8. oktober 2009 oplyser De, at Region Syddanmark har afvist at betale for Deres operation i Tyskland, og at afslaget er begrundet i Odense Universitetshospitals udtalelse til regionen af 12. august 2009.

På baggrund heraf rejser De nogle spørgsmål til Odense Universitetshospital. Deres henvendelse giver direktionen anledning til følgende bemærkninger.

Efter sundhedsloven må ingen behandling bringes til udførelse uden patientens informerede samtykke. Patienten skal således acceptere et givet tilbud om behandling, før behandling kan iværksættes.

Sdr. Boulevard 29
5000 Odense C
Tlf. 6611 3333
www.ouh.dk

OUH
Odense
Universitetshospital
Svendborg Sygehus

4. november 2009
Journal nr. 2-16-12-11-00704-
2009
Side 2/4

Det tilbud, som gives patienten, fastlægges efter lægefaglige norm. Det er således ikke patienten, som kan fastlægge en undersøgelse og behandling eller stille krav om en undersøgelse og behandling, som patienten mener, tjener patienten bedst.

Sygehusbehandling på offentlige sygehuse i Danmark tilbydes på baggrund af såkaldt evidensbaseret praksis. D.v.s. at foreliggende oplysninger om dokumenteret behandlingseffekt lægges til grund for formuleringen af behandlingsforslag for den enkelte patient. Såfremt en given behandling gennemsnitligt forventes at medføre en positiv effekt for patienten i forhold til andre behandlinger eller ingen behandling, vil patienten få tilbudt en sådan behandling.

Behandlinger, som ikke lægefagligt sikkert vurderes at tilføre patienten en behandlingsfordel, bringes kun til udførelse som led i forsøg, og efter særlige procedurer som sikrer, at der kan drages konklusioner af forsøget, eller i enkeltstående situationer, hvor en ikke dokumenteret behandling er "et sidste forsøg" – hvor man tager en chance.

Undersøgelsen af Dem forud for operation på Odense Universitetshospital viste en afgrænset kræftsygdom i leveren, som man antog ville kunne fjernes ved operation.

Under operationen konstateredes spredning af kræftsygdommen ud i 2. og 3. forgrening af galdegangen. Derefter opgav man på Odense Universitetshospital at gennemføre operationen, idet en gennemførelse af operationen blev vurderet at medføre større ulemper for Dem, end hvis man afstod fra at gennemføre operationen.

Til grund for beslutningen om ikke at gennemføre operationen lå internationale anbefalinger. Der kan i den forbindelse henvises til konsensuskonference i 2008 publiceret i International Hepato Pancreato Biliary Journal: HPB volumen 10, no. 2 og 3. Det kan endvidere oplyses, at strategien blev bekræftet ved internationalt møde i Athen i juni 2009, som endnu ikke er publiceret.

Det er Odense Universitetshospitals opfattelse, at det var lægefagligt korrekt og i overensstemmelse med internationale anbefalinger, at operationen af Dem ikke blev gennemført.

Odense Universitetshospital vil ikke betvivle, at De har haft udbytte af at blive behandlet i Tyskland, men De udsatte Dem samtidigt for en risiko for, at operationen forværrede Deres tilstand i forhold til ikke at blive opereret. Og den risiko var i en sådan størrelsesorden, at gennemførelse af operationen var direkte kontraindiceret.

Det forhold, at De personligt har haft et positivt udbytte af operation, ændrer således ikke ved, at den gennemsnitlige patient med kræftsygdom tilsvarende Deres, vil opleve længere levetid ved ikke at blive opereret.

4. november 2009

Journal nr. 2-16-12-11-00704-

2009

Side 3/4

Den patient, som modtager en nedslående information om behandlingsmuligheder, kan have svært ved at acceptere en sådan information. Hvilket er umiddelbart forståeligt. Og det giver ofte mening for patienten at undersøge muligheden for behandling på sygehuse i udlandet. Og inden for kræftbehandlingen er det ikke svært at finde sygehuse og klinikker i udlandet, som tilbyder behandling.

Det forhold, at sygehuse og klinikker i udlandet tilbyder behandling i tilfælde, hvor danske sygehuse ikke tilbyder behandling, er imidlertid ikke nødvendigvis udtryk for en behandlingsvillighed, begrundet i en forventning om positiv effekt af en foreslået behandling på baggrund af dokumenterede data. Forskelle i organisationen af sygehusvæsenet i forskellige lande giver større rum i f. eks. Tyskland, for at individuelle patientønsker om behandling kan nyde fremme.

Beslutningen om ikke at gennemføre operationen af Dem på Odense Universitetshospital, kan indbringes for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

De har haft problemer med at få udleveret kopi af skanningsresultater fra Odense Universitetshospital. Det er ikke muligt at identificere de 3 sundhedspersoner, som efter Deres oplysninger afviste at udlevere skanningerne, og det er derfor ikke muligt at redegøre nærmere for en sådan afvisning.

De har imidlertid efter Sundhedsloven ret til at få aktindsigt i skanninger, herunder aktindsigt ved udlevering af skanningerne på Cd-rom. Der kræves dog betaling for fremstilling af Cd-rom.

Direktionen beklager, at De først fik aktindsigt efter gentagne anmodninger herom.

De mener Dem helbredt for Deres kræftsygdom, og De er tilfreds med den behandling, de modtog i Tyskland. Direktionen deler Deres glæde over behandlingsresultaterne. Direktionen finder det imidlertid ikke rimeligt, at De stiller spørgsmål som *Er danske "specialister" virkelig uvidende om, hvad der sker udenfor Danmarks grænser?*

Kræftbehandlingen i Danmark har været præget af kapacitetsproblemer, men er karakteriseret ved det behandlende personales høje faglige standard. Kræftbehandling og -forskning i Danmark gør sig gældende internationalt, og behandlingen af Dem på Odense Universitetshospital har på ingen måde været negativt påvirket af manglende viden om, hvad der internationalt sker på leverkræftområdet.

De drager Deres konklusioner på baggrund af vurderingen af Deres egen oplevelse, hvilket f.s.v. er forståeligt, men direktionen håber på Deres anerkendelse af, at fastlæggelsen af komplicerede og indgribende behandlingsforslag ikke sker på baggrund af enkeltstående patientoplevelser, men derimod på baggrund af indsamlede data fra behandlingen af et større antal patienter – i indland og udland.

De sygehusafdelinger, som behandler for kræftsygdomme, kan søge faglig rådgivning hos et Second Opinion udvalg, herunder oplysninger om eventuelle forsøgsbehandlinger i Danmark eller i udlandet, som kunne være relevant for en dansk patient. Second Opinion Udvalget benyttes også af Odense Universitetshospital, såfremt man ønsker hjælp til belysning af en faglig problemstilling. Odense Universitetshospital har ikke i forbindelse med undersøgelse og behandling af Dem haft et behov for at søge eksternt hjælp.

OUH
Odense
Universitetshospital
Svendborg Sygehus

4. november 2009

Journal nr. 2-16-12-11-00704-

2009

Side 4/4

De beskriver forhold, som kan indbringes for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Direktionen orienterer altid om klageadgangen, når den foreligger.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn er en offentlig, administrativ myndighed, der er oprettet ved lov. Patientklagenævnet er ved sine afgørelser uafhængig af de myndigheder, der har ansvaret for sundhedsvæsenets drift, og er uafhængig af fagpolitiske interesser.

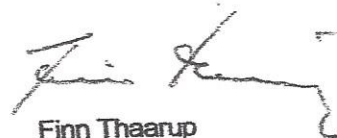
Patientklagenævnet har efter loven til opgave at behandle klager over sundhedspersoners faglige virksomhed. Ved faglig virksomhed forstås ikke blot undersøgelse, diagnose, behandling og pleje, men også sundhedspersoners øvrige pligter som journalføring, tavshedspligt, stillingtagen til aktindsigt, information og samtykke mv.

Klage skal indgives på et særligt skema, som kan rekvireres fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, Frederiksborggade 15, 1360 København K, tlf. 3338 9500. Klageskema kan også hentes på Internettet på adressen www.pkn.dk, hvor der også er nærmere oplysninger om nævnet og dets virksomhed.

Venlig hilsen



Peter A. Frandsen
Direktør, læge, dr. med.



Finn Thaarup
Vicekontorchef

Kopi til:

Kirurgisk Afdeling A (231055-1956)
Radiologisk Afdeling
Region Syddanmark

Sdr. Boulevard 29

5000 Odense C

Tlf. 6611 3333

www.ouh.dk

Mai Nielsen
 Adalsparken 29
 6710 Esbjerg V

Direktionen

Kontakt: Finn Thaarup/MVO
 finn.thaarup@ouh.regionsyddanmark.
 dk

Direkte tlf. 6541 2011

27. november 2009
 Journal nr. 2-16-12-11-00704-2009
 Side 1/2

Deres brev til Odense Universitetshospital af 16. november 2009

Ved brev af 8. oktober 2009 rettede De henvendelse til Odense Universitetshospital med en række spørgsmål i forbindelse med undersøgelse og behandling af Dem på Odense Universitetshospital.

Odense Universitetshospital svarede Dem ved brev af 4. november 2009.

De har på ny henvendt Dem ved brev af 16. november 2009. De anfører, at Odense Universitetshospital ikke har besvaret de spørgsmål, De stillede i Deres brev af 8. oktober 2009, og De anmoder i Deres fornyede henvendelse om en besvarelse.

Det er Odense Universitetshospitals opfattelse, at man har relevant besvaret de grundlæggende spørgsmål, som Deres henvendelser vedrører.

De rejser alvorlig tvivl om Odense Universitetshospitals faglige kapacitet i forhold til operativ behandling for organkirurgiske kræftsygdomme, og de opstiller som et ønskværdigt alternativ hertil, at patienter tilbydes operation i Tyskland.

Det forhold, at De oplever bedre resultater af behandling i Tyskland, end stillet Dem i udsigt på Odense Universitetshospital er i sig selv glædeligt, men ændrer ikke ved, at en kræftsygdom som Deres, erfaringsmæssigt ikke bør opereres, idet risikoen for alvorlige bivirkninger er større end chancen for positivt udbytte af operation. Denne vurdering har sin baggrund i internationale rekommandationer.

Deres fornyede henvendelse ændrer ikke på denne vurdering. Odense Universitetshospital er ikke bekendt med, at der foreligger faglige rekommandationer f. eks. i et almindeligt anerkendt videnskabeligt tidsskrift, som kunne stille spørgsmålstejn ved valideringen af de videnskabelige resultater, som Odense Universitetshospital lægger til grund, og tidligere har henvist til.

Det afgørende er således ikke, om en behandlende læge selv anser sine resultater for overlegne i forhold til andre lægers behandling. Det afgørende er, om en sådan læge ved sin dokumentation for sine resultater kan overbevise andre speciallæger inden for området om rigtigheden af sine observationer.

OUH
Odense
Universitetshospital
Svendborg Sygehus

27. november 2009
Journal nr. 2-16-12-11-00704-
2009
Side 2/2

Problemstillingen illustreres ved Deres uforbeholdne anprisning af en kemoterapibehandling, som bringes til udførelse af Professor, dr. med. Thomas J. Vogl i Frankfurt. Sundhedsstyrelsen har den 29. oktober 2009 offentliggjort et notat, hvori styrelsen bemærker, at Dr. Vogl ikke har forsynet styrelsen med dokumentation som viser, at *intrahepatisk kemoterapi har vist sig at være mere effektiv end systemisk kemoterapi*. Styrelsen konkluderer på baggrund af (manglende) oplysninger fra Dr. Vogl, at *Styrelsen kan derfor ikke generelt anbefale henvisning af patienter til denne behandling*.

De anerkender ikke, at dansk sygehusbehandling grundlæggende tilbydes patienter på evidensbaseret grundlag.

Det er forståeligt, at patienter, som mødes med en nedslående besked om manglende mulighed for helbredende behandling har svært ved at anerkende en sådan besked. Alene beskrivelsen på f. eks. tyske behandlingssteders hjemmesider, giver utvivlsomt mange patienter et håb.

At patienten oplever et håb er værdifuldt for patienten, men efter praksis på danske sygehuse er et patientønske ikke i sig selv et grundlag for henvisning til behandling.

Danske offentlige sygehuses behandlingstilbud skal ses i lyset af, at sygehuse får stillet midler til rådighed, og inden for de til rådighed stillede midler, skal sygehuse levere mest mulig kvalificeret behandling.

Efter sundhedslovens § 16 har De en ret til at få information om Deres helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger.

De har refereret en omfattende telefonisk drøftelse med læger på Odense Universitetshospital. Efter Odense Universitetshospitals opfattelse, har De fået de informationer, som De efter lovgivningen har krav på.

Odense Universitetshospital kan konstatere, at De ønsker en videregående drøftelse af forhold, som vedrører selve det danske sygehusvæsenes organisering. Det danske sygehusvæsen er gennemorganiseret og med omfattende drøftelse af behandlinger i Danske Regioner, Specialeselskaberne og Sundhedsstyrelsen. Odense Universitetshospital deltager i faglige drøftelser i faglige sammenhænge.

De mener, at det danske sygehusvæsen er dårligt, og det tyske er godt. Der er forskelle på de forskellige landes organisering af hospitalsvæsenet, som også giver sig udslag i forskelle i de forskellige hospitalsvæseners villighed til at indlede behandling. Ved søgning på internettet er tilbuddene om behandling unægtelig mere synlige end danske sygehuses tilbud om behandling. Men det er ikke ensbetydende med, at patienten gennemsnitligt er bedre tjent ved behandling under et tysk sygehusvæsen end under et dansk.



Peter A. Frandsen
Direktør, læge, dr. med.

Venlig hilsen



Finn Thaarup
Vicekontorchef

Kopi til: Kirurgisk Afdeling A.

OUH
Odense
Universitetshospital
Svendborg Sygehus

Region Syddanmark
 Att.: Conny Orluff

Direktionen
 Kontakt: Finn Thaarup/MVO
 finn.thaarup@ouh.regionssyddanmark.
 dk

Direkte tlf. 6541 2011

27. november 2009
 Journal nr. 2-16-12-11-00704-2009
 Side 1/1

Henvendelse fra Mai Nielsen om kræftbehandling på Kirurgisk Afdeling A, Odense Universitetshospital

Odense Universitetshospital svarede ved brev af 4. november 2009 på en henvendelse fra Mai Nielsen af 8. oktober 2009, hvori Mai Nielsen udtrykte en høj grad af mistillid til det faglige indhold i undersøgelse og behandling af hende på Kirurgisk Afdeling A, Odense Universitetshospital.

I anledning af svaret henvendte Mai Nielsen sig til Region Syddanmark med *kommentarer til OUH brev af 04.11.2009.*

Region Syddanmark fremsendte ved mail af 10. november 2009 henvendelsen fra Mai Nielsen med anmodning om bemærkningen.

Mellemkommende har Mai Nielsen henvendt sig til Odense Universitetshospital ved brev af 16. november 2009, hvori Mai Nielsen helt overvejende fremfører de samme synspunkter på Odense Universitetshospitals svarbrev, som Mai Nielsen tilkendegav overfor Region Syddanmark.

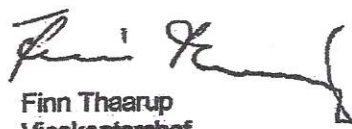
Mai Nielsens brev vedlægges til orientering.

Odense Universitetshospital har svaret Mai Nielsen ved brev af 27. november 2009, som vedlægges til orientering, og som udover at udgøre et svar til Mai Nielsen, også er bemærkninger til Region Syddanmark, jf. ovenfor.



Peter A. Frandsen
 Direktør, læge, dr. med.

Venlig hilsen



Finn Thaarup
 Vicekontorchef

Kopi til: Kirurgisk Afdeling A.

Bilag: Mai Nielsens brev af 16. november 2009.

**Region Syddanmark**

Mai Nielsen
Ådalsparken 29
6710 Esbjerg V

Regionssekretariatet
Kontaktperson: Jenny Krogh
Jenny.Krogh@regionsyddanmark.dk
regionssekretariat@regionsyddanmark.dk
Direkte tlf. 76631102

11. december 2009
Journal nr. 09/12941
Side 1 / 1

Kære Mai Nielsen

Tak for din mail af 8. november 2009, hvori du blandt andet skriver, at Odense Universitetshospital ikke besvarer dine spørgsmål.

Som vi havde aftalt, har jeg videresendt det materiale, som du med din mail af 8. november 2009 har sendt til mig og til regionsrådets medlemmer.

Sundhedsstaben har forelagt din henvendelse for sygehusdirektionen på Odense Universitetshospital, som har orienteret om, at du i mellemtiden har rettet direkte henvendelse til Odense Universitetshospital og overvejende fremfører de samme synspunkter, som du har fremført over for mig.

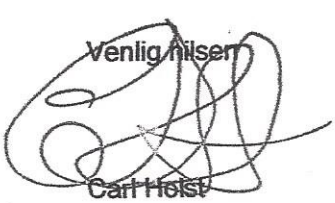
- J. Sygehusdirektionen har den 27. november 2009 videre orienteret om deres svar til dig af 27. november 2009 og har henvist til dette som svar på Sundhedsstabens henvendelse. Kopi af disse breve vedlægges til orientering.

Sundhedsstaben har gennemgået svarene fra Odense Universitetshospital og har vurderet, at Odense Universitetshospital relevant har besvaret de stillede spørgsmål.

Jeg kan fuldt ud tilslutte mig denne vurdering. Og jeg betragter herefter sagen som afsluttet for Regionens vedkommende.

Såfremt du ønsker en bedømmelse af de lægefaglige vurderinger, vil jeg fortsat henvise dig til at klage til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Og som du tidligere er oplyst om, er Regionen parat til at genoverveje sagen, såfremt Sundhedsvæsenets Patientklagenævn måtte finde grundlag for faglig kritik af de involverede læger.

Venlig hilsen



Carl Holst

regionsrådsformand



Fr. Mai Nielsen
Adalsparken 29
6710 Esbjerg V..

Kontaktperson:
Conny Orloff
Direkte tlf. 7663 1327

-1 MRS. 2010

Journal nr. 09/12941
Baa/8329
Side 1 / 1

Spørgsmål til Odense Universitetshospital (OUH).

I en mail af 9. februar 2010 til Jenny Krogh, Regionsrådssekretariatet, bad De om et møde med regionens Sundhedsstab for at få svar på flere spørgsmål, som De tidligere har stillet til OUH.

Som svar på Deres anmodning tilbyder jeg Dem et møde med

~~Direktør, læge, dr.med., Peter Frandsen, OUH, og~~
~~professor, overlæge, dr.med., Claus Hovendal, kirurgisk afdeling A, OUH.~~

med henblik på en gennemgang af Deres behandlingsforløb på OUH. I forbindelse med gennemgangen vil De sandsynligvis kunne få de svar, De efterlyser.

Mødet kan holdes efter Deres valg

10. marts 2010, kl. 13.30-14.30 i Regionshuset i Vejle eller
22. marts 2010, kl. 15.00-16.00 på OUH eller
26. marts 2010, kl. 09.00-10.00 på OUH eller i Regionshuset i Vejle

Hvis De ønsker det, kan der tillige deltage en patientvejleder som bisidder for Dem.

Jeg håber, De tager imod tilbuddet. I så fald bedes De **senest torsdag den 4. marts 2010** meddele min sekretær, Lone Dueholm (tlf. 7663 1341 eller lone.dueholm@regionsyddanmark.), hvornår og hvor De ønsker mødet, samt om De ønsker deltagelse af en patientvejleder.

Med venlig hilsen


Jens Eklær
direktør

Kopi t. o.:

Odense Universitetshospital, Direktionen, att. Gitte Østerkjærhuus (mail).
Patientkontoret i Region Syddanmark (mail).

Mai Nielsen

post@mai-nielsen.dk



Region Syddanmark

Sundhedsområdet
Internt Ledelsessekretariat
Kontaktperson: Conny Orloff
Conny.Orloff@regionsyddanmark.dk
sundhed@regionsyddanmark.dk
Direkte tlf. 76631135

17. juni 2010
Journal nr. 09/12941
Side 1 / 1

Refusion af operationsudgifter

Jeg har modtaget din mail af 14. juni 2010, hvor du atter anmoder om refusion af dine udgifter i forbindelse med din operation i Berlin, da regionen har truffet sin afgørelse i din sag på grundlag af forkerte oplysninger.

Jeg har noteret mig dine bemærkninger, men må pointere at det efterfølgende forløb intet har med spørgsmålet om refusion at gøre.

1. Region Syddanmark finder fortsat ikke grundlag for at refundere dine udgifter til behandling i Berlin. Regionen henholder sig herved til regionens brev af 18. august 2009. (Kopi vedlagt).

Region Syddanmark beklager naturligvis, hvis der har været vanskeligheder/problemer i forbindelse med kommunikationen med Odense Universitetshospital.

Som meddelt i ovennævnte brev af 18. august 2009 er Regionen parat til at genoverveje afgørelsen, såfremt Sundhedsvæsenets Patientklagenævn måtte finde grundlag for faglig kritik af de involverede læger enten for ikke at have fortsat og gennemført operationen den 7. juli 2008 eller for ikke at have henvist dig til et andet behandlingssted.

Jeg vil dog gøre opmærksom på, at selve det forhold, at Regionen i givet fald genovervejer afgørelsen, ikke er en garanti for, at Regionen beslutter at refundere dine udgifter.

Såfremt du ønsker at forfølge sagen yderligere, vil jeg derfor - stadig - foreslå dig at overveje at klage til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Venlig hilsen

Jens Eikjær
Sundhedsdirektør

Henrik Harling	
Speciallæge i kirurgi og kir. mave-tarmsygdomme	
Journalnr.	10-4236
Mødedato	19.01.11

Det drejer sig om en relativ ung patient, som bliver bedømt inoperabel for en Klatskin tumor (svulst udgået fra slimhinden i galdevejene) på Odense Universitetshospital men så efterfølgende på eget initiativ opsøger Universitetshospitalet i Berlin, og efterfølgende får foretaget en trisegmentektomi (udvidet fjernelse af højre side af leveren). Patienten gør nu krav på erstatning af udgifterne til udenlandsk behandling med den påstand, at hun hverken gennem Sundhedsstyrelsens Second opinion udvalg eller på direkte foranledning blev henvist til ekspertbehandling i udlandet og at hun selv mener at hun er radialt opereret og ellers ville være død af sin kræftsygdom.

Dette er en sag som har været vidt omkring og som også har været refereret i medierne. Fra tid til anden blusser debatten op især foranlediget af optimistisk regional kemoterapi i Tyskland samt forskellige behandlinger i Kina. Imidlertid er denne patient i Berlin behandlet af en af verdens absolut førende eksperter i lever- galdevejskirurgi og derfor må vi nødvendigvis gå videre med sagen. Det betyder at vi første gang må have oversat Peter Neuhaus's operationsbeskrivelse fra den 03.08.2008 på dansk og vi må kontakte ham mhp. at få mikroskopisvaret af det fjernede præparat mhp. om patienten blev radialt opereret. De øvrige spørgsmål vedrørende sygehusene i Esbjerg og Vejle er på nuværende tidspunkt helt underordnede, og når vi har oversættelsen og operationsbeskrivelsen samt mikroskopisvaret fra Berlin vil jeg gerne have sagen igen.

17.01.2011/HH

Mødedato	13.04.11
----------	----------

Genbehandling fra mødet den 19.01.11.

Der er nu indkommet en oversættelse af operationsbeskrivelsen samt en histologisk undersøgelse af præparatet. Af førstnævnte fremgår, at patienten fik foretaget en avanceret procedure i form af en udvidet leverresektion med resektion og reanastomosering af vena portae. Der var ingen tegn på fjernspredning af sygdommen. Ved histologisk undersøgelse af det fjernede resektat var resektionslinien så tæt på tumor, at resektionen formelt må betragtes som R1. Imidlertid fremgår det eksplicit af følgebrevet fra Berlin, at man ved den anvendte resektionsteknik opnåede yderligere 3 – 5 mm. tumorfri resektionsafstand, og at man derfor anser resektionen for at være komplet og altså svarende til R0. Dermed må man konkludere, at patienten med overvejende sandsynlighed er radikalt opereret. Ved den seneste CT-kontrol i januar 2011 var der ingen tegn på recidiv og patienten er tilsyneladende også velbefindende at dømme efter den mail, hun har fremsendt den 15.03.2011. Patienten er således recidivfri og velbefindende 28 måneder efter resektionen, og jeg mener det er overvejende sandsynligt, om end ikke fuldstændig sikkert, at patienten er varigt helbredt.

Patienten er ikke påført en skade i lovens forstand ved den operation, hun fik foretaget på Odense Universitetshospital. Jeg vil dog tilføje, at jeg mener man burde have efterkommet patientens ønske om en second opinion, hvis man da ikke havde gjort det på eget initiativ. Det kunne man have gjort ved at forelægge sagen for leverkirurgerne på Rigshospitalet, eller man kunne have forelagt sagen for Sundhedsstyrelsen ledsaget af et forslag til, hvor sagen kunne vurderes. Jeg mener, at denne patient med overvejende sandsynlighed ville være blevet henvist til behandling på et europæisk levercenter som fx Berlin, og så ville hun omkostningsfrit være blevet behandlet, som hun nu blev for egen regning.

08.04.11/HH

Mai Astrid Grøndahl Nielsen
Ådalsparken 29
6710 Esbjerg V

29. april 2011
J.nr. 10-4236 BF
J. nr. 10-4250 BF
J. nr. 10-4251 BF
J.nr. bedes oplyst ved alle henvendelser

Anmeldelse af skade - Odense Universitetshospital, Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg, Vejle Sygehus

Patientforsikringen vender hermed tilbage til din anmeldelse om erstatning efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (KEL) i forbindelse med din behandling på Odense Universitetshospital, på Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg, og på Vejle Sygehus.

Afgørelse

Du er ikke berettiget til erstatning efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Betingelserne for at yde erstatning efter lovens § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, er ikke opfyldt.

Sagsfremstilling

Du har søgt erstatning, fordi du mener, at du på Odense Universitetshospital fik en unødigt operation og ikke blev henvist til relevant behandling for din kræftsygdom (Klatskin tumor). Du har derved haft udgifter til operation i Tyskland (ca. 300.000), som Region Syddanmark ikke vil refundere. Vedrørende Esbjerg Sygehus har du anført, at man ikke ydede den rigtige behandling vedrørende det anlagte dræn, og at man var meget langsomme med at foretage kontrolscanninger og give svar herpå. Du har endelig anført, at man ikke ville henvise dig til genoptræning, hvilket medførte, at du selv startede og der-

Nytorv 5, 3. sal
1450 København K

Tel: 3312 4343
Fax: 3312 4341

ved fik betændelse i skulderen og at kun en operation kan bedre din tilstand i skulderen. Vedrørende Vejle Sygehus har du anført, at du mener, at den tilbudte kemoterapi var forkert.

Vi har på baggrund af din anmeldelse, journalmaterialet og sagens øvrige oplysninger lagt følgende hændelsesforløb til grund for afgørelsen:

Du blev indlagt på Odense Universitetshospital den 4. juni 2008 på mistanke om kræft (et hepatocellulært karcinom) i højre leverlap. Du blev inkluderet i et såkaldt Pelicanprojekt, hvor der skulle foretages PET-CT-scanning, EUS (endoskopisk ultralydsskanning af leveren) og lap/LUS (laparoskopisk ultralydsskanning og biopsi fra leveren).

Ved EUS-undersøgelsen kunne man ikke se en tumor, men ved den laparoskopiske ultralydsskanning fandt man en tumor i højre side af leveren. Der blev taget biopsi. På baggrund af undersøgelsen fandt man, at det var muligt at fjerne tumor ved at lave en udvidet højresidig hemihepatektomi (fjernelse af en del af leveren). Dette indgreb krævede, at der forinden var foretaget såkaldt embolisering af det højresidige system. Du fik herefter foretaget a-grafi og embolisering af højre arteria hepatica den 11. juni 2008. Den 12. juni 2008 er det anført, at biopsisvar viste, at der formentlig var tale om tumor dybt i leveren (intrahepatisk kolangiokarcinom).

Der blev herefter foretaget operation den 7. juli 2008. Ved indgrebet foretog man peroperativ ultralydsskanning, og man åbnede hovedgaldegangen (choledochus). Man fandt herved, at tumor strakte sig helt ind i leveren (den intrahepatiske del), og det var derfor ikke muligt at fjerne tumoren. Man fjernede derfor alene galdeblæren og lukkede åbningen i hovedgaldegangen. Der blev lavet oplæg til onkologerne med henblik på pallierende kemoterapi.

Den 10. juli 2008 blev du henvist til onkologisk afdeling på Vejle Sygehus med henblik på kemoterapi. Du blev samme dag tilbageflyttet til Esbjerg Sygehus med henblik på videre behandling.

Du blev udskrevet fra Esbjerg Sygehus den 17. juli 2008 med en åben indlæggelse på grund af din alvorlige kræftsygdom.

Du blev herefter set på Vejle Sygehus den 22. juli 2008. Der fandtes indikation for kemoterapi, som skulle påbegyndes i august 2008.

Ved notat af 6. august 2008 fremgår det imidlertid, at du på eget initiativ havde været til vurdering på en universitetsklinik i Berlin, som gerne ville operere dig, og du ønskede derfor ikke at starte kemoterapi.

Den 13. august 2008 fik du foretaget leveroperation (højresidig trisektorektomi) på en universitetsklinik i Berlin. Det fremgår i øvrigt af epikrise fra den tyske klinik, at der ikke var grundlag for onkologisk efterbehandling på det aktuelle tidspunkt, men man anbefalede kontrol af tumormarkører og efterfølgende behandling hos onkolog. Desuden blev en CT-scanning anbefalet efter 3 måneder.

Du blev udskrevet i Berlin den 5. september 2008 og indlagt på Esbjerg Sygehus, idet der var anlagt et intraabdominalt dræn til daglig skylning. Dette var gledet ud og der blev indlagt et nyt. Det blev aftalt, at du kunne gå på orlov, men skulle komme til skylning af dræn hver 2. dag. Du blev udskrevet den 17. september 2008.

Ved de følgende CT-scanninger og seneste scanning af 22. juni 2010 var der ikke tegn på tilbagefald af kræftsygdommen.

Vi har til brug for sagens vurdering indhentet yderligere journalmateriale vedrørende operationen i Tyskland samt yderligere journalmateriale fra Esbjerg Sygehus, hvoraf det fremgår, at der ved seneste CT-kontrol i januar 2011 ikke var tegn på recidiv.

Begrundelse

Efter KEL § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1, ydes der erstatning, hvis patienten er blevet påført en fysisk eller psykisk skade.

Det er endvidere en betingelse, at skaden med overvejende sandsynlighed er en følge af den behandling eller undersøgelse, som patienten har fået, og ikke en følge af den sygdom, patienten blev behandlet for.

Det er altså en betingelse for at opnå erstatning, at patienten er påført en skade af enten fysisk eller psykisk karakter i forbindelse med undersøgelse eller behandling. Loven dækker således ikke tingsskade eller udgifter, der ikke er en følge af en personskade.

For så vidt angår selve operationen på Odense Universitetshospital den 7. juli 2008 har vi vurderet, at den var velindiceret på baggrund af de foretagne undersøgelser. Det var ligeledes i overensstemmelse med erfaren specialiststandard ikke at gennemføre operationen som planlagt, da man blev klar over, at man ikke kunne operere.

Da du herefter på eget initiativ fik foretaget behandling af din sygdom i udlandet, og da du der er behandlet i overensstemmelse med højeste specialkundskab, er du ikke blevet påført en fysisk skade i lovens forstand. Det er vores opfattelse, at du, såfremt du var blevet henvist til ekspertbehandling i udlandet med overvejende sandsynlighed ville have gennemgået et forløb som det aktuelle med samme operation og efterbehandling.

Dine udgifter til behandlingen i udlandet kan derfor ikke erstattes efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Imidlertid fremgår af sundhedsloven (lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010) § 89, stk. 2, at "Regionsrådet skal tilbyde en patient henvisning til behandling i udlandet, hvis behandlingen ikke kan ydes på et dansk sygehus, når patienten er indstillet hertil af den sygehusafdeling, som her i landet har den højeste indenlandske specialkundskab, og indstillingen er godkendt af Sundhedsstyrelsen."

Reglen går igen i Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling m.v. § 25, hvoraf det fremgår, at "Et regionsråd skal tilbyde en patient henvisning til behandling i udlandet, hvis patienten forinden har været undersøgt eller behandlet på en sygehusafdeling her i landet, der inden for det pågældende sygdomsområde besidder den højest indenlandske

specialkundskab, og patienten af denne afdeling er indstillet til en nødvendig behandling på en nærmere angivet specialafdeling m.v. i udlandet, når denne behandling ikke kan tilbydes på et dansk sygehus."

Når du ikke er påført en skade som følge af behandlingen, falder det uden for Patientforsikringens kompetence at tage stilling til, om Odense Universitetshospital har levet op til kravene i det nævnte regelsæt, herunder kontakt til Rigshospitalet, som besidder den højeste indenlandske specialkundskab på leverkræftområdet. Ønsker du en afgørelse af dette spørgsmål kan du klage over forløbet til Patientombuddet på følgende adresse:

Patientombuddet, Patientklagecenteret, Frederiksborggade 15, 2. sal, 1360 København K.

Vi kan også med dit skriftlige samtykke oversende sagen til Patientombuddet.

Hvis du ønsker at rejse et erstatningskrav, for de udgifter, du har haft i forbindelse med din operation i Berlin, fordi du mener, at Region Syddanmark efter det nævnte regelsæt burde have afholdt udgiften til din behandling, opfordrer vi dig til at rejse kravet direkte over for regionen.

For så vidt angår din behandling på Vejle Sygehus har vi lagt vægt på, at du ikke blev påført en skade som følge af den planlagte kemoterapeutiske behandling herfor, allerede fordi du aldrig påbegyndte denne behandling efter den operative behandling i Tyskland.

For så vidt angår din behandling på Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg har vi lagt vægt på, at du ikke ses at være påført en skade som følge af drænbehandlingen og de sene svar på scanningsresultater.

Det kan endvidere ikke betragtes som en afvigelse fra specialiststandarden, at du ikke blev henvist til genoptræning.

Ankevejledning

Du kan inden 3 måneder efter, at du har modtaget denne afgørelse, anke til:

Fra: Claus Hovendal [mailto:Claus.Hovendal@ouh.regionsyddanmark.dk]
Sendt: 6. oktober 2011 12:54
Til: post@mai-nielsen.dk
Emne: SV: Dialogmøde

Kære Mai Nielsen

Jeg skal hermed bekræfte at jeg havde støttet dit ønske om second opinion in Berlin, hvis jeg var blevet spurgt.

Vh

Claus Hovendal

Fra: Mai Nielsen [mailto:post@mai-nielsen.dk]
Sendt: 30. september 2011 11:29
Til: Jesper Durup
Cc: Claus Hovendal
Emne: Dialogmøde

Hej med jer

Først vil vi sige tak for en konstruktiv dialog i går, som jeg forstod, at vi alle havde glæde af.

1. Vi forstod på Claus, at hvis jeg havde anmodet ham om henvisning til at blive opereret i Berlin efter mit møde med Peter Neuhaus, ville han have henvist mig til operation i Berlin? Vil I venligst bekræfte dette.
2. På vejen hjem talte vi om kontrol ved ultralydsscanning, som vi forstod, at OUH har benyttet længe. Man burde måske formidle denne oplysning til øvrige sygehuse, så patienter ikke unødigt bliver CT-scannet, som er temmelig dyrt, samt med stråling/kontrastvæske påvirkning. Det kunne måske også nedbringe ventetiden på en CT scanning for patienter, hvor det haster.

Med venlig hilsen

MAI NIELSEN ORIENTTÆPPER

Ådalsparken 29 DK-6710 Esbjerg V
Tel: +45 7515 9011
E-mail: post@mai-nielsen.dk
Web: www.mai-nielsen.dk

Mai Nielsen

Direktionen

Kontakt: Peter Frandsen
peter.frandsen@
ouh.regionsyddanmark.dk
Pfr/gø
Direkte tlf. 65411915

Kære Mai Nielsen

17. maj 2010
Side 1/2

Tak for din mail af 23. april 2010, hvor du anmoder om tilbagemelding vedr. følgende:

1. Det fremsendte materiale, der udgør grundlaget for de internationale guidelines

Ved mødet den 22. marts 2010 aftales, at det issue, der blev drøftet ved mødet, skulle fremsendes til dig. Det blev ved mødet også drøftet, at materialet var vanskeligt tilgængeligt for ikke-fagpersoner.

Det samlede materiale blev fremsendt for dels at vise, hvor omfattende materiale, der indgår ved udarbejdelse af internationale retningslinier dels for at sikre, at alt materialet var til din rådighed.

Vi skal beklage, at det relevante materiale ikke var markeret.

2. Dokumentation for, at det kirurgiske indgreb blev afsluttet med brænding af det sidste kræftvæv (switchning)

Du har fremskaffet operationsbeskrivelse fra professor Peter Neuhaus og har venligst fremsendt materialet til os.

Af operationsbeskrivelsen fremgår ikke de ved mødet den 22. marts 2010 anførte oplysninger om, at "ikke alt kræftvævet blev kirurgisk fjernet, og at kirurgen foretog en brænding af det sidste kræftvæv (switchning)."

Odense Universitetshospital skal beklage og undskylde den bekymring og den usikkerhed, som de anførte og refererede oplysninger evt. har afstedkommet.

3. Dokumentation for, at operation ikke kunne udføres efter de internationale rekommandationer

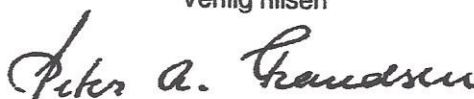
Ved den europæiske konsensus konference blev det besluttet, at kirurgen skulle fastlægge udbredelsen af kræft i galdegangene i forbindelse med operationen for at undgå at skære gennem kræftvæv, hvilket kan øge risiko for spredning. Det fremgår af operationsbeskrivelsen, at kirurgen ikke foretog denne undersøgelse under operationen.

Vedrørende tolkning af guidelines/konsensus rapporten i relation til et konkret sygdomstilfælde, skal dette foretages med udgangspunkt i beskrivelse af kræftens udbredelse (det såkaldte TNM stadium og udbredelse i galdevejene). Det er ikke muligt at se, at professor Neuhaus foretog en vurdering af kræftens udbredelse,

men må formentligt have taget udgangspunkt i de undersøgelser, der var foretaget på OUH. Disse undersøgelser tydede på udbredelse, der ikke muliggjorde behandling.

Vi håber, at dette besvarer din henvendelse.

Venlig hilsen



Peter Frandsen
Direktør, læge, dr.med.

Indgået

- 4 AUG. 2510

P.F.F.

Patientforsikringen

ANMELDELSE af skade på sygehus

Udfyldes af sygehuset

Anmeldelsen sendes til Patientforsikringen straks efter, at sygehuset er blevet bekendt med en skade, der kan være erstatningsberettigende eller hvis der er rejst erstatningskrav fra en patient.

1. Sygehuset (udfyldes af sygehuset)

1. Sygehuset (udfyldes af sygehuset)	
Behandlende sygehus Odense Universitetshsp., Kir.Afd.A, Sdr. Boulevard, 5000 Odense C	Reference/J.nr. 10-4236 Team 2 4

2. Patienten

2. Patienten			
Fornavn Mai Astrid Grøndahl	Efternavn Nielsen	CPR-nr. 231055-1956	Adresse Adalsparken 29
Postnr. 6710	By Esbjerg V		Tlf. arbejde
Tlf. nr. privat	Mobil	Email	

3. Patientens helbredstilstand før skaden

	3. Patientens helbredstilstand før skaden
	Oprindelig årsag til undersøgelse/behandling/indlæggelse Alvorligt syg med stor kolangiokarcinom
	Diagnose cholangiocarcinoma hepatis

4. Forventet sygeperiode

4. Forventet sygeperiode

Forventet sygeperiode, hvis skaden ikke var sket. Fra den til den

5. Den indtrufne skade

5. Den indtrufne skade

Skadedato (Dag-md-år).

0	7	0	7	0	8
---	---	---	---	---	---

På hvilke(n) afdeling(er) fandt behandlingen sted?
Kirurgisk Afd. A

Stillingsbetegnelse for det ansvarlige sundhedspersonale (Fx overlæge, afd. læge, R1, sygeplejerske osv.)
overlæge

Hvor består skaden, og hvordan opstod den?
Patienten har et kolangiokarcinom af betydelig størrelse centralt i leveren.

Der er foretaget emobilisering af højre arteria hepatica mhp. at få tumor til at skrumpe, idet den er border line-resektabel. Ved operationen den 07.07.08 finder man, at tumor strækker sig ind i den intrahepatiske del på grænsen til 2.-3. forgrening, og findes således non-resektabel Tilfældet er vurderet operativt og med peroperativ ultralydsskanning. Postoperativ tilbydes patienten pallierende kemoterapi.

6. Skadens følger

Er behandlingen af skaden afsluttet?

(Sæt X) Ja ☒ Nej ☐ Hvis ja, hvornår: _____

Eventuelle bemærkninger

Har skaden medført varige mén?

(Sæt X) Ja ☐ Nej ☐ Kan endnu ikke besvares ☐

Hvis ja, hvilke?

Problemet er, at vi fandt patienten non-resektabel, og der hos Peter Neuhaus i Berlin er foretaget resektion, forhold der har efterladt en frustreret patient.

7. Statistiske oplysninger

For at kunne forske i patientskader og forebyggelse af disse foretager vi en omhyggelig registrering af data vedrørende de skader, der anmeldes. Oplysningerne videregives bl.a. til Sundhedsstyrelsen.

Ved registreringen anvendes Sundhedsstyrelsens klassifikationer af sygdomme, operationer og behandlinger

Følgende koder skal anføres:

DIAGNOSEKODE (den/de sygdomme der var årsag til patientens behandling mv.)	OPERATIONSKODE (operationer med tilknytning til skaden)	BEHANDLINGSKODE (behandlinger med tilknytning til skaden)
C22.9	JKA20 & JKB00	

8. Sygehusets bemærkninger

Man må glæde sig over, at patienten aktuelt er velbefindende.

Der har været talrige kontakter med patienten telefonisk, via E-mails, skriftlige, via TV, via Regionen og via Sygehusledelsen, og der er foretaget en række samtaler.

Man har forsøgt at belyse de retningslinier, vi følger her i afdelingen, og forklaret de er i overensstemmelse med de retningslinier, der generelt følges

Problemet med kontakten med patienten har været, at alle oplysninger, stort set bliver vendt og drejet og i nogen udstrækning vendt på hovedet, hvorfor der meget let sker misforståelser - undertegnede beklager på det kraftigste, at han ikke har formået at skabe en konstruktiv dialog med patienten.

Vedrørende forholdet omkring radikaliteten af Peter Neuhaus' indgreb og beaming af levergangen i den resterende del af leveren, er det oplysninger jeg fik forelagt af TV-journalisten i forbindelse med udsendelsen på TV om patientens tilfælde.

Jeg kan naturligvis ikke udelukke, at tiden vil vise, at vi burde have gennemført en resektion, men som anført er det ikke vores strategi, at gennemføre så ekstensivt et indgreb, hvis det ikke kan udføres radikalt.

9. Korrespondance

Henvendelser i denne sag rettes til nedenstående. (Ønskes adgang til digital sagsbehandling skal CPR-nr. eller CVR-nr. anføres).

Fornavn Claus P.	Efternavn Hovendal	Stilling professor, ovl dr. med	Sygehus/Region Odense Universitetshospital
Adresse Sdr. Boulevard	Postnr. 5000	By Odense C	CVR-nr.
Evt. reference/J. nr.	Tlf. nr. 6541 2248	Email claus.hovendal@ouh.region	Evt. kontaktperson

Vedlæg venligst kopi af relevant materiale, herunder journaler, prøveresultater, operationsbeskrivelser, henvisningsbreve og lignende.

overlæge, dr. med.
Kirurgisk afdeling A

ODENSE
UNIVERSITETSHOSPITAL

Dato, navn, adresse og underskrift (og stempel)

BEMÆRK:

Patienten har i henhold til forvaltningsloven ret til aktindsigt i sagens akter.
Patienten modtager derfor altid kopi af sygehusets skadesanmeldelse.

Lovbekendtgørelse nr. 913 af 13.juli 2010 af sundhedsloven

Kapitel 22

Behandling i udlandet

§ 89. Regionsrådet kan tilbyde en patient henvisning til behandling i udlandet.

Stk. 2. Regionsrådet skal tilbyde en patient henvisning til behandling i udlandet, hvis behandling ikke kan ydes på et dansk sygehus, når patienten er indstillet hertil af den sygehusafdeling, som her i landet har den højeste indenlandske specialkundskab, og indstillingen er godkendt af Sundhedsstyrelsen.

Stk. 3. Regionsrådet kan, når en patient er indstillet hertil af en sygehusafdeling med lands- eller landsdelsfunktion, tilbyde en patient henvisning til forskningsmæssig behandling i udlandet, hvis behandling ikke kan ydes på et dansk sygehus.

Stk. 4. Sundhedsstyrelsen rådgiver sygehusvæsenet om behandling af patienter, som har en livstruende sygdom, der ikke umiddelbart kan tilbydes behandling for på offentlige sygehuse her i landet eller i udlandet efter stk. 1-3.

Stk. 5. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler og betingelser for henvisning af patienter til behandling i udlandet efter stk. 1-4.

Bekendtgørelse nr. 62 af den 20. januar 2010 om ret til sygehusbehandling m.v.

§ 25. Et regionsråd skal tilbyde en patient henvisning til behandling i udlandet, hvis patienten forinden har været undersøgt eller behandlet på en sygehusafdeling her i landet, der inden for det pågældende sygdomsområde besidder den højeste indenlandske specialkundskab, og patienten af denne afdeling er indstillet til en nødvendig behandling på en nærmere angivet specialafdeling m.v. i udlandet, når denne behandling ikke kan ydes på et dansk sygehus.

Stk. 2. Henvisningen efter stk. 1 skal forinden forelægges for Sundhedsstyrelsen til godkendelse. Forelæggelsen kan i hastende tilfælde ske mundtligt.

RETSLÆGERÅDET

Adelgade 13
1304 København K
Telefon: 33 92 33 34
Telefax: 39 20 45 05

J.nr. 50E/E1-06563-2013 /alp

Dato: 21. marts 2014

Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn
Patientombuddet
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg

Indgået
24 MAR. 2014
P.O.B.

Vedr. j. nr. 11/6099 – Mai Astrid Grøndahl Nielsen

Med sagens tilbagesendelse skal Retslægerådet besvare de stillede spørgsmål således:

Spørgsmål 1:

Var det en fejl, at Mai Astrid Grøndahl Nielsen ikke blev henvist til den afdeling, som besidder den højeste indenlandske specialkundskab på leverkræftområdet efter den 7. juli 2008 på kirurgisk afdeling, Odense Universitetshospital.

Ja, der er tale om manglende omhu med hensyn til afdækningen af de kirurgiske behandlingsmuligheder for Mai Astrid Grøndahl Nielsen.

Spørgsmål 2:

Var det en fejl, at Mai Astrid Grøndahl Nielsens tilfælde ikke blev forelagt Sundhedsstyrelsen efter den 7. juli 2008 på kirurgisk afdeling, Odense Universitetshospital med et forslag til, hvor sagen kunne vurderes?

Ja, der er tale om manglende omhu i afdækningen af de kirurgiske behandlingsmuligheder for Mai Astrid Grøndahl Nielsen.

Retslægerådet

Spørgsmål 3:

Var det en fejl, at Mai Astrid Grøndahl Nielsen efter operationen den 7. juli 2008 blev orienteret om, at der ikke var yderligere kirurgiske behandlingsmuligheder, og at helbredelse ikke var mulig den 9. juli 2008 på kirurgisk afdeling, Odense Universitetshospital?

Ja, idet der henvises til besvarelsen anført ovenfor.

Spørgsmål 4:

Var det en fejl ved den efterfølgende information den 22. marts 2010 på kirurgisk afdeling, Odense Universitetshospital, at oplyse Mai Astrid Grøndahl Nielsen om, at hun ved operationen i Berlin ikke havde fået fjernet alt kræftvæv kirurgisk, men at der var blevet foretaget brænding af det sidste væv?

Nej, det var ikke en fejl.

Spørgsmål 5:

Var det en fejl ved anmeldelsen til Patientforsikringen den 3. august 2010 at oplyse, at Mai Astrid Grøndahl Nielsen ikke var blevet radikalt opereret, samt at der var blevet foretaget beaming af levergangen i den resterende del af leveren.

Det er Retslægerådets opfattelse, at der er tale om et lægeligt fejlskøn, idet kirurgisk radikalitet baseres både på den intraoperative og histologiske vurdering. Af den tyske operatørs efterfølgende redegørelse pr. 16.02.11 fremgår det således, at man ved infrarød koagulation under lever-indgrebet opnåede yderligere 3-5 mm resektion til sikring af den kirurgiske radikalitet.

Spørgsmål 6:

Har Retslægerådet i øvrigt bemærkninger til sagen?

Nej.

I sagens behandling har overlægerne L.P. Larsen og L. N. Jørgensen samt professor T. Steiniche deltaget.

Retslægerådet

Retslægerådet skal anmode om underretning om sagens endelige udfald.

Sagens parter er ikke underrettet herfra.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Hoelgaard', written in a cursive style.

Anne Hoelgaard
Fuldmægtig



Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn

Mai Astrid Grøndahl Nielsen
Ådalsparken 29
6710 Esbjerg V

Dato: 03-07-2014
Sagsnr.: 11/6099/KC
Cpr.nr.: 231055-1956
Mai Astrid Grøndahl Nielsen
Sagsbeh.: Fsa

På baggrund af en sag rejst af Mai Astrid Grøndahl Nielsen har Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn på et møde truffet følgende

AFGØRELSE

Patientombuddet
Sekretariatet for
Sundhedsvæsenets
Disciplinærnævn
Finsensvej 15
2000 Frederiksberg
Dir. tlf. +45 7228 6765
Telefontid: 10:00-14:00
Fax +45 7228 6601

pob@patientombuddet.dk
www.patientombuddet.dk

Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn finder grundlag for at kritisere overlæge Henning Overgaard Nielsen (autID 00H9J) for hans behandling af Mai Astrid Grøndahl Nielsen i perioden fra den 7. til den 9. juli 2008 på kirurgisk afdeling, Odense Universitetshospital, da overlægen har overtrådt autorisationslovens § 17.

Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn finder ikke grundlag for at kritisere overlæge Claus Peter Hovendal for hans behandling af Mai Astrid Grøndahl Nielsen den 22. marts 2010 på kirurgisk afdeling, Odense Universitetshospital, da overlægen ikke har overtrådt autorisationslovens § 17.

Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn finder ikke grundlag for at kritisere overlæge Claus Peter Hovendal i forbindelse med udfærdigelsen af erklæring af 3. august 2010 til Patienterstatningen (tidligere Patientforsikringen) vedrørende Mai Astrid Grøndahl Nielsen, da overlægen ikke har overtrådt autorisationslovens § 20, stk. 1.

Disciplinærnævnet tager ved sin vurdering af sagen stilling til, om en sundhedsperson har handlet i overensstemmelse med "normen for almindelig anerkendt faglig standard". Dette er udtryk for, hvad der må forventes af en almindelig god sundhedsperson med den erfaring, som den pågældende har. Disciplinærnævnet har således ved sin afgørelse ikke taget stilling til, om patienten har modtaget den bedst mulige behandling.

KLAGEN

Der er klaget over følgende:

1. At Mai Astrid Grøndahl Nielsen ikke modtog en korrekt behandling på kirurgisk afdeling, Odense Universitetshospital, i perioden fra den 7. til den 9. juli 2008.

Mai Astrid Grøndahl Nielsen har hertil blandt andet anført, at hun efter operationen den 7. juli 2008 ikke blev henvist til den afdeling, som besidder den højeste indenlandske specialkundskab på leverkræftområdet og ikke forelagde hendes tilfælde for Sundhedsstyrelsen med et forslag til, hvor sagen kunne vurderes. Det er videre anført, at hun efter operationen blev orienteret om, at der ikke var yderligere kirurgiske behandlingsmuligheder, og at helbredelse ikke var mulig, på trods af at der fandtes andre muligheder. Det er endeligt anført, at hun senere selv måtte betale for den korrekte behandling, og at hun nu er kræftfri.

2. At Mai Astrid Grøndahl Nielsen ikke modtog en korrekt behandling på kirurgisk afdeling, Odense Universitetshospital, den 22. marts 2010.

Mai Astrid Grøndahl Nielsen har hertil blandt andet anført, at overlæge Claus Peter Hovendal oplyste hende, at hun ved operationen i Berlin ikke havde fået fjernet alt kræftvæv kirurgisk, men at der var blevet foretaget brænding af det sidste væv, i strid med de faktiske forhold.

3. At overlæge Claus Peter Hovendal ikke handlede med tilstrækkelig omhu og uhildethed ved sin erklæring til Patientforsikringen den 3. august 2010.

Mai Astrid Grøndahl Nielsen har hertil blandt andet anført, at overlæge Claus Peter Hovendal i sin anmeldelse til Patientforsikringen oplyste, at Mai Astrid Grøndahl Nielsen ikke var blevet radikalt opereret samt at der var blevet foretaget beaming af levergangen i den resterende del af leveren.

BEGRUNDELSE

Disciplinærnævnet har, medmindre andet er anført, lagt vægt på oplysningerne i journalen.

Indledende oplysninger

Den 4. juni 2008 blev Mai Astrid Grøndahl Nielsen indlagt på kirurgisk afdeling, Odense Universitetshospital, med henblik på en PET/CT skanning samt ultralydsundersøgelse, idet der var blevet fundet en suspect vækst i leveren. Det blev senere konstateret, at der var tale om en svulst centralt i leveren, og at der kunne foretages en fjernelse (resektion) af leveren. Herefter blev det planlagt, at der skulle foretages en højresidig fjernelse af et større stykke levervæv (hemihepatektomi) den 7. juli 2008.

Begrundelse for afgørelsen af 1. klagepunkt

Den 7. juli 2008 blev operationen foretaget af overlæge Henning Overgaard Nielsen. Det blev vurderet, at der var tale om en svulst der ikke kunne fjernes kirurgisk (nonresektabel cholangiocarcinom), og at Mai Astrid Grøndahl Nielsen skulle henvises til kemoterapi.

Den 8. juli 2008 blev Mai Astrid Grøndahl Nielsen orienteret om operationsfundene, og at der ikke var yderligere behandlingsmuligheder. Hun skulle tilbageflyttes til et andet hospital med henblik på kemoterapi.

Mai Astrid Grøndahl Nielsen valgte herefter at blive opereret i Tyskland, hvor operationen var succesfuld.

Det er disciplinærnævnets vurdering, at Mai Astrid Grøndahl Nielsen burde have været henvist til den afdeling, som besad den højeste indenlandske specialkundskab på leverkræftområdet efter operationen den 7. juli 2008 eller forelagt Sundhedsstyrelsen.

Det er videre disciplinærnævnets vurdering, at det var under normen for almindelig anerkendt faglig standard at orientere Mai Astrid Grøndahl Nielsen om, at der efter operationen ikke var yderligere behandlingsmuligheder end kemoterapi.

Disciplinærnævnet finder på denne baggrund, at overlæge Henning Overgaard Nielsen handlede under normen for almindelig anerkendt faglig standard ved sin behandling af Mai Astrid Grøndahl Nielsen i perioden fra den 7. til den 9. juli 2008 på kirurgisk afdeling, Odense Universitetshospital.

Begrundelse for afgørelsen af 2. klagepunkt

Den 22. marts 2010 var Mai Astrid Grøndahl Nielsen til en samtale på Odense Universitetshospital med deltagelse af blandt andre specialeansvarlige overlæge Claus Peter Hovendal. Ved samtalen oplyste overlæge Claus Peter Hovendal, at alt kræftvæv ikke var blevet fjernet kirurgisk ved operationen i Tyskland, men at det sidste kræftvæv var blevet brændt (switchning).

Det er disciplinærnævnets vurdering, at det ikke var under normen for almindelig anerkendt faglig standard at oplyse Mai Astrid Grøndahl Nielsen om, at alt kræftvæv ikke var blevet fjernet kirurgisk ved operationen i Tyskland, men at det sidste kræftvæv var blevet brændt ved switchning.

Disciplinærnævnet finder på denne baggrund, at overlæge Claus Peter Hovendal handlede i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard ved sin behandling af Mai Astrid Grøndahl Nielsen den 22. marts 2010 på kirurgisk afdeling, Odense Universitetshospital.

Begrundelse for afgørelsen af 3. klagepunkt

Det fremgår blandt andet af overlæge Claus Peter Hovendals anmeldelse til Patientforsikringen den 3. august 2010, at Mai Astrid Grøndahl Nielsen var blevet diagnosticeret med kræft i leveren, men at tumoren blev fundet nonresektabel. Det fremgår videre, at vedrørende forholdet omkring radikaliteten af indgrebet og beaming af levergangene i den resterende del af leveren ved operationen i Tyskland havde overlæge Claus Peter Hovendal fået disse oplysninger af en journalist. Overlæge Claus Peter Hovendal udelukkede ikke, at der burde have været gennemført en resektion, men det var ikke afdelingens strategi at udføre et ekstensivt indgreb, hvis dette ikke kunne udføres radikalt.

Det fremgår blandt andet af klagen, at overlæge Claus Peter Hovendal i sin anmeldelse til Patientforsikringen oplyste, at Mai Astrid Grøndahl Nielsen ikke var blevet radikalt opereret.

Disciplinærnævnet har bemærket, at dette ikke fremgår af erklæringen.

Disciplinærnævnet kan oplyse, at kirurgisk radikalitet baseres både på den intraoperative og histologiske vurdering.

Disciplinærnævnet kan videre oplyse, at det fremgår af bekendtgørelse nr. 212 af 20. juni 1935 om afgivelse af erklæringer mv., at ved afgivelse af lægeerklæringer bør lægen stadig erindre, at lægeerklæringer er dokumenter, der kan få afgørende betydning såvel i offentlige som i private retsforhold. Lægen skal derfor nøje iagttage, at han ikke i denne sin egenskab afgiver erklæringer om sygdomme eller forhold, som han ikke har fornødent lægeligt kendskab til.

Det er disciplinærnævnets vurdering, at det ikke var under normen for almindeligt anerkendt faglig standard at anføre i erklæringen, at overlæge Claus Peter Hovendal havde fået oplysninger af en journalist vedrørende forholdet omkring radikaliteten af indgrebet og beaming af levergangene i den resterende del af leveren ved operationen i Tyskland.

Det er herefter disciplinærnævnets vurdering, at overlæge Claus Peter Hovendals udfærdigede erklæringen til Patientforsikringen med tilstrækkelig omhu og uhildethed.

På denne baggrund finder disciplinærnævnet, at overlæge Claus Peter Hovendal handlede med omhu og uhildethed ved sin udfærdigelse af erklæring af 3. august 2010 til Patienterstatningen.

ooo00ooo

Kommentarer fra Claus Peter Hovendal af den 15. januar 2013 og fra Mai Astrid Grøndahl Nielsen af den 5. oktober 2012, af den 17. januar 2013 samt af den 20. juni 2014 er indgået i disciplinærnævnets vurdering af sagen.

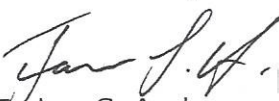
Der kan ikke klages over afgørelsen til anden administrativ myndighed. Hvis der kommer nye oplysninger, som er af væsentlig betydning for sagen, kan den tages op på ny.

Følgende nævnsmedlemmer har deltaget i sagens behandling:

Formand:	Lene Hjerrild
Øvrige medlemmer:	Inger Duus Nielsen
	Sine Jensen
	Peter Magnussen
	Mogens Tangø

Afgørelsen er truffet af et enigt nævn.

På nævnets vegne



Farhan S. Asghar

LOVGRUNDLAG

Bekendtgørelse nr. 877 af 4. august 2011 af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

§ 17: En autoriseret sundhedsperson er under udøvelsen af sin virksomhed forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, herunder ved benyttelse af medhjælp, økonomisk ordination af lægemidler m.v.

Bekendtgørelse nr. 877 af 4. august 2011 af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed

§ 20, stk. 1: En autoriseret sundhedsperson skal ved udfærdigelse af erklæringer, som vedkommende afgiver i sin egenskab af autoriseret sundhedsperson, udvise omhu og uhildethed.

Bekendtgørelse nr. 1113 af 7. november 2011 af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet:

§ 2. Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, jf. §§ 13-16, behandler klager fra patienter over autoriserede sundhedspersoners sundhedsfaglige virksomhed og forhold omfattet af sundhedslovens kapitel 4-7 og 9 med undtagelse af klager, hvor der i den øvrige lovgivning er foreskrevet en anden klageadgang. Nævnet kan ikke behandle en klage, hvis den sundhedsfaglige virksomhed, klagen vedrører, er omfattet af en klage efter § 1, medmindre Patientombuddet i anledning af klagen efter § 1 har udtalt kritik af sundhedsvæsenets sundhedsfaglige virksomhed.

§ 2 a. Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn behandler sager om sundhedsfaglig virksomhed indbragt af Sundhedsstyrelsen eller Lægemiddelstyrelsen i tilfælde, hvor vedkommende styrelse finder, at der kan være grundlag for kritik af eller sanktion over for personer omfattet af § 2, stk. 1, eller regler fastsat i medfør af § 2, stk. 2.

§ 3. Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn afgiver i sager efter §§ 2 og 2 a en udtalelse om, hvorvidt sundhedspersonens sundhedsfaglige virksomhed har været kritisabel, eller om sundhedspersonen har handlet i strid med sundhedslovens kapitel 4-7 og 9. Nævnet kan herunder udtale kritik med indskærpelse eller søge iværksat sanktioner.

Bekendtgørelse nr. 212 af 20. juni 1935 om afgivelse af erklæringer mv.:

§ 1. Ved Afgivelse af Lægeerklæringer bør Lægen stadig erindre, at Lægeerklæringer er Dokumenter, der kan faa afgørende Betydning saavel i offentlige som i private Retsforhold. Lægen skal derfor nøje iagttage, at han ikke i denne sin Egenskab afgiver Erklæringer om Sygdomme eller Forhold, som han ikke har fornødent lægeligt Kendskab til.

§ 2. En Lægeerklæring skal indeholde tilstrækkelig Oplysning til Identifikation af den Person, hvem Erklæringen omfatter, saasom Navn, Stilling, Alder og Adresse, samt Oplysning om, hvorvidt den paagældende er kendt af Lægen og sædvanlig benytter ham som Læge.

Erklæringen skal være udfærdiget med tydelig Skrift, være nøjagtig dateret og forsynet med læselig Underskrift samt Angivelse af Lægens Bopæl. Lægens Navn skal saavidt muligt tillige være anført med Stempel.

Erklæringen skal udstedes paa dertil egnet Papir; forsaavidt offentlig autoriseret Attestblanket foreligger, skal saadan benyttes.

§ 3. I Lægeerklæringer, der udstedes til Brug for Personer eller Institutioner, der ikke kan forudsættes at være i Besiddelse af lægelig Viden, skal, hvor særlige Grunde ikke taler derimod, i videst muligt Omfang benyttes danske eller dog almenfættelige Betegnelser for Sygdomme, anatomiske Forhold m.m.

§ 4. De i Erklæringen indeholdte Oplysninger skal være saa fyldige og tydelige, at Formaalet med Erklæringen opfyldes, og at den, for hvem Erklæringen er bestemt, derved sættes i stand til selv at danne sig et Skøn.

Det skal tydeligt fremgaa, hvilke af de i Erklæringen givne Oplysninger der beror paa Lægens egen Undersøgelse eller Iagttagelse af den paagældende, og hvilke der skyldes Angivelser fra den undersøgte eller Trediemand eller beror paa Journaler o.l.

I Erklæringen skal anføres Dato for Lægens sidste personlige Undersøgelse af den paagældende; er ingen personlig Undersøgelse foretaget, skal dette udtrykkeligt anføres.

§ 5. Ved Erklæringer, der udfærdiges efter bestemte Formularer, er det tilstrækkeligt, at Attesten giver de i Formularen forlangte Oplysninger.

Denne afgørelse er sendt til:

Mai Astrid Grøndahl Nielsne

Overlæge Henning Overgaard Nielsen

Overlæge Claus Peter Hovendal

Ledelsen ved Odense Universitetshospital

Retslægerådet

Folketingets Ombudsmand

Region Syddanmark

Embedslægeinstitutionen Syd

Sundhedsstyrelsen

Mai Nielsen
Ådalsparken 29
6710 Esbjerg



Sundhedsområdet
Internt Ledelsessekretariat
Kontaktperson: Vickie A. V. Foged
Vickie.Foged@rsyd.dk
sundhed@regionsyddanmark.dk
Direkte tlf. 76631327

3. december 2014
Journal nr. 09/12941
Side 1 / 1

Anmodning om refusion af udgifter for behandling i Tyskland

Kære Mai Nielsen

Tak for dit brev af 4. september 2014, hvor du genfremsætter anmodning om refusion af udgifter i forbindelse med din behandling i Tyskland.

Jeg har nøje gennemgået din sag, særligt afgørelsen fra Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn af 3. juli 2014. Det er på den baggrund min vurdering, at Region Syddanmark bør refundere dig din udgift til operationen i Tyskland samt udgifterne til din og din ægtefælles rejse – og opholdsudgifter - i det omfang rejse – og opholdsudgifterne er rimelige - og til brug for vurdering heraf skal jeg venligst bede dig om at fremsende kopi af den endelige faktura fra hospitalet i Berlin (regionen er kun i besiddelse af "offer") samt tilsvarende fakturaer fra rejseselskab, hotel eller lignende.

Allerede fordi Patienterstatningen og Patientskadeankenævnet i deres afgørelser af 29. april 2011 henholdsvis 15. december 2011 vurderer, at såfremt du var blevet henvist til ekspertbehandling i udlandet, da ville du med overvejende sandsynlighed have gennemgået et forløb som det aktuelle med samme operation og efterbehandling, er det min vurdering, at regionen ikke kan yde dig refusion for den tid m.v. du har brugt på sagen – den udgiftspost du benævner som "afledet stort indtægtstab" (som du ikke prissætter.)

De oplysninger jeg i dette brev beder dig om at sende bedes du sende til Region Syddanmark, att. Vickie A.V. Foged, Damhaven 12, 7100 Vejle med angivelse af sagens j.nr. 09/12941.

Afslutningsvis vil jeg gerne benytte lejligheden til at beklage hele det forløb, du har været igennem.

Venlig hilsen



Jens Elkjær, sundhedsdirektør