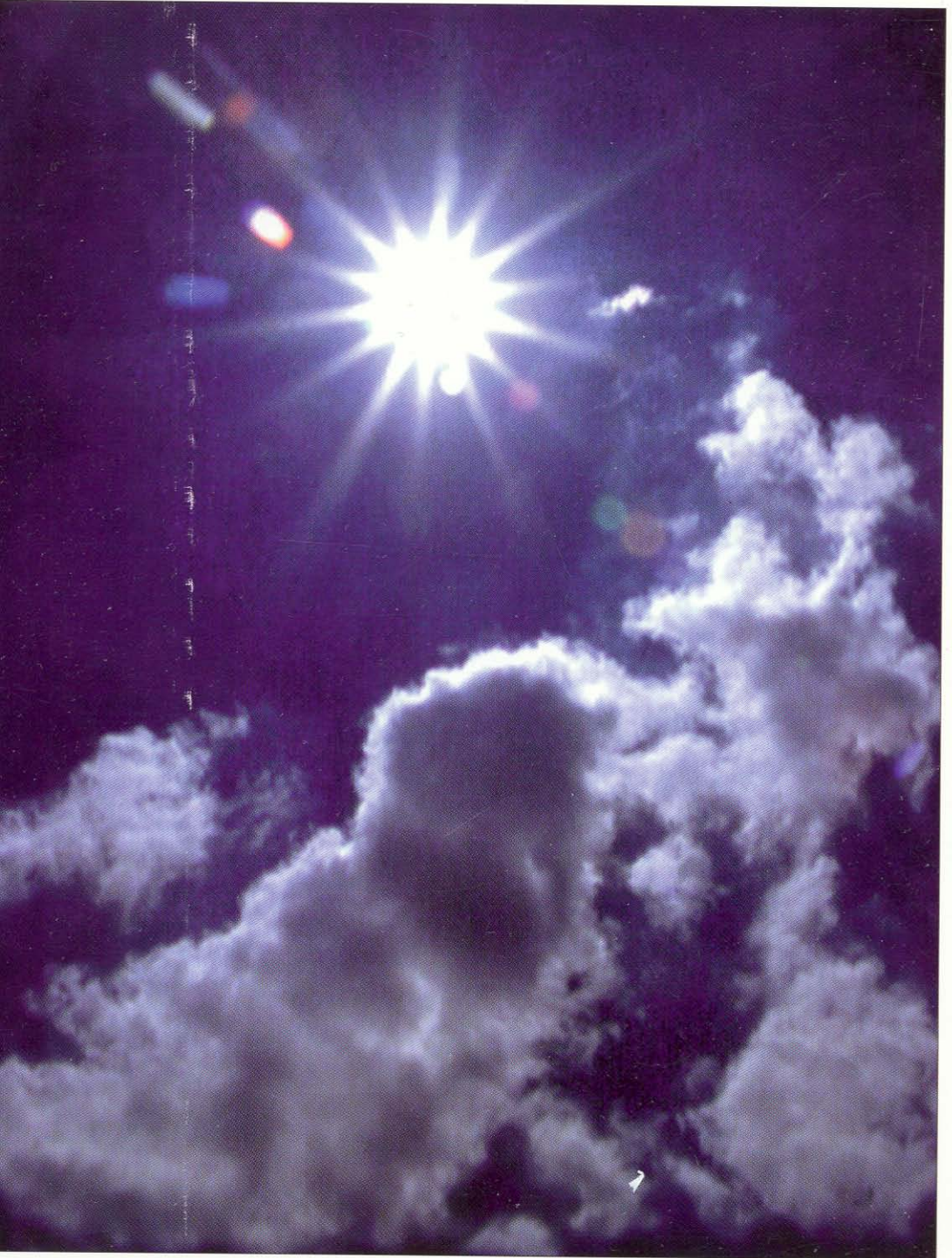


Årsberetning 1999



PATIENTFORSIKRINGEN

Årsberetning 1999



PATIENTFORSIKRINGEN

Indhold

	Side
Forord	5
1. Patientforsikringen	7
1.1. Lovgrundlag	7
1.2. Organisation	7
1.3. Sagernes behandling	8
1.3.1. Anmeldelse af skader	8
1.3.2. Sagsoplysning	9
1.3.3. Afgørelser	10
2. Talmæssige oplysninger	11
2.1. Udviklingen i antallet af anmeldelser	11
2.2. Antallet af afgørelser og verserende sager	12
2.3. Sagsbehandlingstiden	14
2.4. Afgørelser efter patientforsikringsloven	16
2.5. Tilkendte erstatningsbeløb	20
2.6. Patientskader og forebyggelse	24
3. Erstatningsgrundlag og afgørelser	27
3.1. Formål	27
3.2. Patientforsikringslovens erstatningsgrundlag	28
3.3. Eksempler på afgørelser	30
3.3.1. PFL § 1, stk. 1, (er behandlingen foregået på et offentligt sygehus?)	30
3.3.2. PFL § 1, stk. 1, (foreligger der en fysisk skade?)	30
3.3.3. PFL § 2, stk. 1, nr. 1, (specialistmålestokken)	34
3.3.4. PFL § 2, stk. 1, nr. 2, (fejl eller svigt i teknisk apparatur, redskaber m.v.)	38
3.3.5. PFL § 2, stk. 1, nr. 3, (alternativ metode eller teknik)	41
3.3.6. PFL § 2, stk. 1, nr. 4, (rimelighedsreglen)	46
3.3.7. PFL § 3, stk. 1, jfr. § 2, stk. 1, nr. 1, (forkert diagnose eller diagnoseforsinkelse)	53
3.3.8. PFL § 3, stk. 2, (culpa)	59

	Side
4. Erstatningsberegning	65
4.1. Gennemgang af erstatningsansvarslovens regler	65
4.2. Eksempler på erstatningsberegning	68
5. Generelle problemstillinger	87
5.1. Patientforsikringslovens dækningsområde	87
5.2. Erstatning til patienter opereret med Boneloc-cement før 1. juli 1992	99
5.3. Vejledende udtalelser til forsikringsselskaberne mv.	105
5.4. Patientforsikringens retningslinier vedrørende forrentning af erstatningskrav efter erstatningsansvarsloven (EAL)	107
5.5. Kan der ydes erstatning for skade i forbindelse med selvmord og selvmordsforsøg?	112
5.6. Er elektronisk forsterovervågning (CTG) bedste specialiststandard	120
6. Patientforsikringens virksomhed	123
6.1. Foreningens medlemmer	123
6.2. Foreningens bestyrelse	125
6.3. Foreningens administration	126
6.3.1. Patientforsikringens medarbejdere pr. 31.12.1999	126
6.3.2. Lægeligt konsulentnet	129
6.4. Administrationsaftale	129
6.5. Regnskab og budget	130
7. Beretning om lov om erstatning for lægemiddelskader	133
7.1. Lovgrundlag	133
7.2. Organisation	133
7.3. Sagernes behandling	134
7.3.1. Anmeldelse af skader	134
7.3.2. Sagsoplysning	135
7.3.3. Afgørelser	135
7.4. Talmæssige oplysninger	135
7.4.1. Udviklingen i antallet af anmeldelser	135
7.4.2. Antallet af afgørelser	137
7.4.3. Sagsbehandlingstiden	137

	Side
7.5. Afgørelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader	137
7.6. Tilkendte erstatningsbeløb	139
7.7. Erstatningsgrundlag og afgørelser	139
7.7.1. Formål	139
7.7.2. Erstatningsgrundlaget i lov om erstatning for lægemiddelskade	140
7.7.3. Eksempler på afgørelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader	143
7.8. Særlige problemstillinger	150
7.8.1. Forholdet til produktansvarsreglerne	150
 BILAG	
Bilag 1. Bekendtgørelse af lov om patientforsikring nr. 228 af 24.3.1997	154
Bilag 2. Bekendtgørelse vedrørende dækningsområdet for lov om patientforsikring	159
Bilag 3. Bekendtgørelse om vedtægter for Foreningen af Patientforsikringsselskaber	161
Bilag 4. Bekendtgørelse om forsikringspligtens gennemførelse efter lov om patientforsikring	164
Bilag 5. Uddrag af lov om erstatningsansvar	166
Bilag 6. Regnskab for 1999, 8. regnskabsår	169
Bilag 7. Lov om erstatning for lægemiddelskader, lov nr. 1120 af 20.12.1995	181
Bilag 8. Lov om erstatning til patienter opereret med Boneloc-cement før 1. juli 1992	185

Forord

I henhold til patientforsikringslovens § 12, stk. 3, afgiver Patientforsikringen en årlig redegørelse til sundhedsministeren om sin virksomhed.

Patientforsikringen fremlægger herved sin årsberetning for 1999. Da behandlingen af enkelte sager er foregået over flere år, men først er afsluttet i foråret 2000, er de medtaget i beretningen. Tilsvarende er der medtaget forskellige administrative spørgsmål, som først har fået deres afslutning i 2000.

Ud over en talmæssig belysning af Patientforsikringens virksomhed er der i beretningen lagt vægt på at belyse foreningens praksis gennem en række eksempler på afgørelser inden for patientforsikringslovens område. Da kendskab til patientforsikringslovens ansvarsregler er en forudsætning for forståelsen af afgørelserne, er der som indledning til denne del af beretningen givet en kort gennemgang af reglerne.

Beretningen indeholder endvidere en redegørelse til sundhedsministeren vedrørende Patientforsikringens administration af lov om erstatning for lægemiddelskader.

Det er Patientforsikringens håb, at beretningen vil være nyttig for alle med interesse for patientforsikringsordningen og lægemiddelerstatningsordningen.

Jørgen Bjørnvad

/

Arne Grünfeld

1. Patientforsikringen

1.1. Lovgrundlag

Ved ikrafttrædelsen af lov om patientforsikring 1. juli 1992, indførtes en betydelig lempelse i patienters mulighed for at opnå erstatning for komplikationer i tilknytning til sygehusbehandling.

Samtidigt hermed besluttedes det i henhold til lovens § 12 og § 13, at henlægge sagernes behandling til et administrativt, uvildigt organ - Patientforsikringsforeningen, i det følgende kaldet Patientforsikringen.

Udover at lempe erstatningsadgangen var det hermed hensigten at sikre patienterne en hurtigere behandling af erstatningssagerne. Foreningen er patientforsikringsordningens centrale organ, idet foreningen efter lovens § 13, stk. 1, skal modtage, oplyse og afgøre alle erstatningssager efter loven.

1.2. Organisation

I henhold til patientforsikringslovens (PFL) § 12, stk. 1, opretter de forsikringsselskaber, som har tegnet forsikringer omfattet af loven, i fællesskab en patientforsikringsforening.

Selvforsikrende myndigheder er ikke som sådan medlemmer af foreningen, men er dog repræsenteret i foreningens bestyrelse, jfr. afsnit 6.2.

Foreningen ledes af en bestyrelse, der består af 7 medlemmer. 1 medlem udpeges af sundhedsministeren. De øvrige 6 medlemmer udpeges af forsikringsgiverne og de selvforsikrende myndigheder i forhold til henholdsvis årlige præmieindtægter og beregnede præmiebeløb svarende til risikoen. De selvforsikrende myndigheder har dog altid ret til at udpege mindst ét medlem af bestyrelsen.

Bestyrelsens opgave er at sørge for en forsvarlig organisation og tilrettelæggelse af foreningens virksomhed.

Foreningens daglige virksomhed varetages af en administration, der ledes af en af bestyrelsen ansat person. Bestyrelsen skal således kun beskæftige

sig med generelle spørgsmål, herunder spørgsmål om administrationens varetagelse af de opgaver, der er pålagt foreningen, hvorimod behandlingen af enkeltsager udelukkende skal finde sted i administrationen. Bestyrelsen kan i ganske særlige tilfælde tage stilling til principielle enkeltsager vedrørende administrationen af lov om patientforsikring og regler fastsat i medfør heraf, f.eks. om Patientforsikringen bør indbringe en ankenævnsafgørelse for domstolene.

Udgifterne til Patientforsikringens administration, herunder udgifter til personale, lokaler og kontorfaciliteter samt, som en særlig post, udgifter til drift af Patientskadeankenævnet, jfr. lovens § 14, stk. 8, afholdes af forsikringsskiverne og de selvforsikrende myndigheder. Udgifterne til foreningens drift og udgifter i øvrigt, der pålægges foreningen i henhold til loven, opkræves hos forsikringsselskaberne og de selvforsikrende myndigheder, jfr. PFL § 12, stk. 2. Der henvises i øvrigt til Patientforsikringens regnskab, optrykt som bilag 6.

Udgifter til erstatninger afholdes direkte af de enkelte forsikringsselskaber eller selvforsikrende myndigheder.

Patientforsikringens etablering, bestyrelsens sammensætning, de nærmere regler vedrørende opgaver samt foreningens drift og økonomi er nærmere reguleret i Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 31 af 20. januar 1992 om vedtægter for foreningen af patientforsikringsselskaber.

1.3. Sagernes behandling

1.3.1. Anmeldelse af skader

Efter PFL § 13, stk. 1, 1. pkt. modtager, oplyser og afgør Patientforsikringen alle erstatningssager efter loven. Dette gælder som tidligere nævnt også skader, der vedrører selvforsikrende myndigheder.

Anmeldelserne sker rent praktisk på to skadeanmeldelsesblanketter - én som udfyldes af patienten, og én som udfyldes af sygehuset.

Patienten skal sørge for, at anmeldelsen kommer Patientforsikringen i hæn-

de hurtigst muligt, og det er patienten, der må sørge for, at erstatningskrav anmeldes, inden der indtræder forældelse. Patientens anmeldelse indeholder vejledning om, hvortil den skal sendes og et uddrag af loven.

Sygehusets anmeldelse skal indeholde oplysning om, hvordan sygehuset har opfattet skadeforløbet, og anmeldelsen indeholder en opfordring til, at alt relevant materiale, herunder journaler, vedlægges.

Det vil i høj grad være den enkelte læge eller sygeplejerske, der skal tage initiativet til, at skaderne bliver anmeldt, da de normalt har bedst mulighed for at konstatere, om der er indtrådt en skade, som kan erstattes. Det er derfor uhyre vigtigt, at sundhedspersonalet har tillid til, at anmeldelse kan ske, uden at oplysningerne videregives til Sundhedsstyrelsen og Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

1.3.2. Sagsoplysning

Når en skade er anmeldt til Patientforsikringen, er det foreningens opgave at oplyse sagen, jfr. PFL § 13, stk. 1, 1. pkt. Det påhviler foreningen af egen drift at indhente alle de oplysninger, som er nødvendige for at kunne tage stilling til, om patienten er berettiget til erstatning efter loven - og i bekræftende fald - selve erstatningsberegningen.

I visse tilfælde vil foreningen kunne afgøre, om der kan ydes erstatning eller ej alene ud fra anmeldelserne, f.eks. hvis skaden vedrører behandlinger, der er sket før lovens ikrafttræden, eller hvis det er åbenbart, at lovens minimumskrav om, at erstatningen skal overstige 10.000 kr., ikke er opfyldt.

I de fleste tilfælde vil det imidlertid være nødvendigt, at der, ud over en juridisk vurdering, ligeledes foretages en lægelig vurdering. Denne kan foretages af foreningens faste lægekonsulenter samt en tandlægekonsulent, men der kan også indhentes supplerende udtalelser og erklæringer fra mere løst tilknyttede speciallæger eller fra det pågældende sygehus.

Fastsættelse af méngrad og erhvervsevnetab foretages også af Patientforsikringens egne læger og jurister. Det følger dog af Patientforsikringens forretningsorden § 8, stk. 3, at foreningen indhenter en vejledende udtalelse om spørgsmålet om fastsættelse af méngraden og erhvervsevnetabspro-

centen fra Arbejdsskadestyrelsen, såfremt skadelidte eller skadevolder under sagens behandling fremsætter begæring herom jfr. § 5, stk. 1, i lov om patientforsikring. Udgifter hertil afholdes ikke af Patientforsikringen.

Da det således påhviler Patientforsikringen at oplyse sagerne fuldt ud og dermed varetage patienternes interesser, er det forudsat i patientforsikringsloven, at der ikke kan ske dækning af patientens eventuelle udgifter til advokatbistand.

1.3.3. Afgørelser

Ifølge PFL § 13, stk. 1, 1. pkt. træffer Patientforsikringen afgørelse i alle sager efter loven. Som tidligere nævnt træffes afgørelsen i enkeltsager ikke af bestyrelsen, men af administrationen ved dens leder.

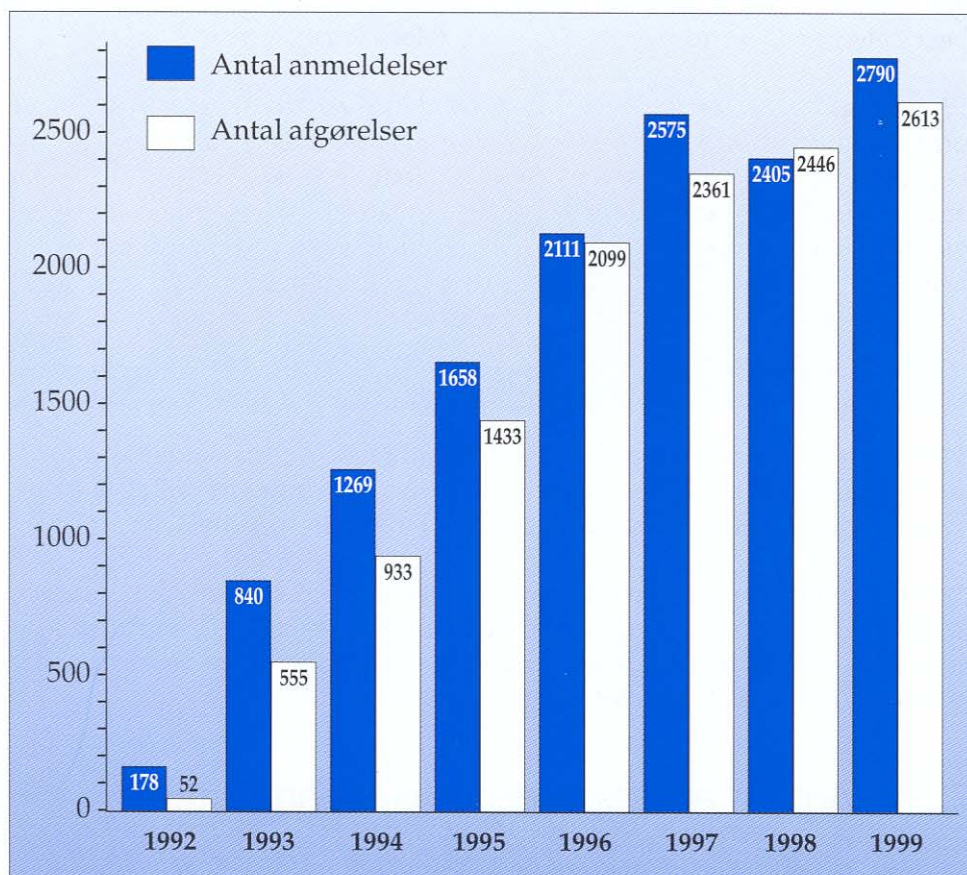
På trods af Patientforsikringens karakter af "privat" forening er foreningen omfattet af forvaltningslovens regler om bl.a. aktindsigt, tavshedspligt og begrundelse, jfr. sundhedsministerens udstedelse af bekendtgørelse nr. 652 af 23. juli 1992 om forvaltningslovens anvendelse på Patientforsikringens virksomhed. Patientforsikringen er derimod ikke omfattet af offentlighedsloven.

2. Talmæssige oplysninger

2.1. Udviklingen i antallet af anmeldelser

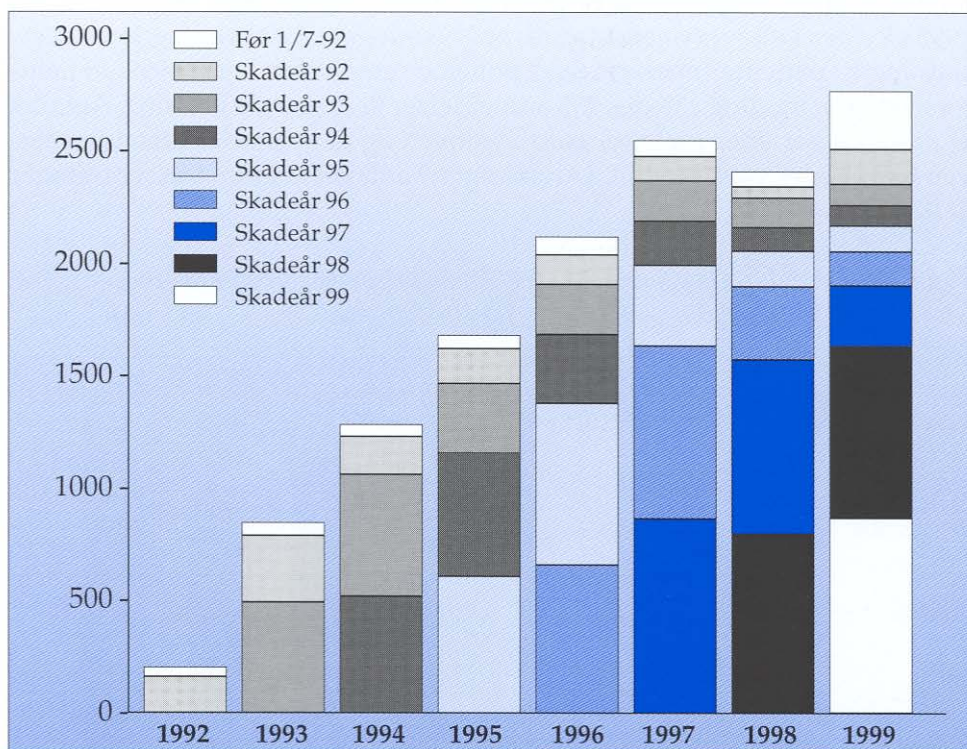
I 1999 modtog Patientforsikringen i alt 2.790 anmeldelser. Stigningen fra 1998 skyldes i altovervejende grad, at Folketinget i 1999 vedtog lov om erstatning til patienter opereret med Boneloc-cement før 1. juli 1992. Patientforsikringen modtog således 352 anmeldelser vedrørende Boneloc. Antallet af anmeldelser efter patientforsikringsloven og lægemiddelerstatningsloven har således været stabilt. Udviklingen i antallet af anmeldelser fremgår af figur 1.

Figur 1 Patient- og lægemiddelskader. Anmeldelser og afgørelser i årene 1992 til 1999



Figur 2 viser, i hvilke år skaderne, anmeldt i et givet år, rent faktisk indtraf.

Figur 2 Udvikling i antallet af anmeldelser fordelt efter skadeår



Som det ses, vedrører stigningen i antallet af anmeldelser skader sket før 1. juli 1992. Disse anmeldelser vedrører Boneloc, hvorimod fordelingen af anmeldelserne i forhold til skadetidspunktet i øvrigt er uændret.

Patientforsikringen har de tidligere år, hvor anmeldelsesantallet er steget, understreget, at stigningen ikke var udtryk for nogen faldende kvalitet i sygehusbehandlingen. Den stabile udvikling i antallet af anmeldelser, når man ser bort fra disse Boneloc-sager, bekræfter dette.

2.2. Antallet af afgørelser og verserende sager

Af figur 1 fremgår, at Patientforsikringen i 1999 traf 2.613 afgørelser ved-

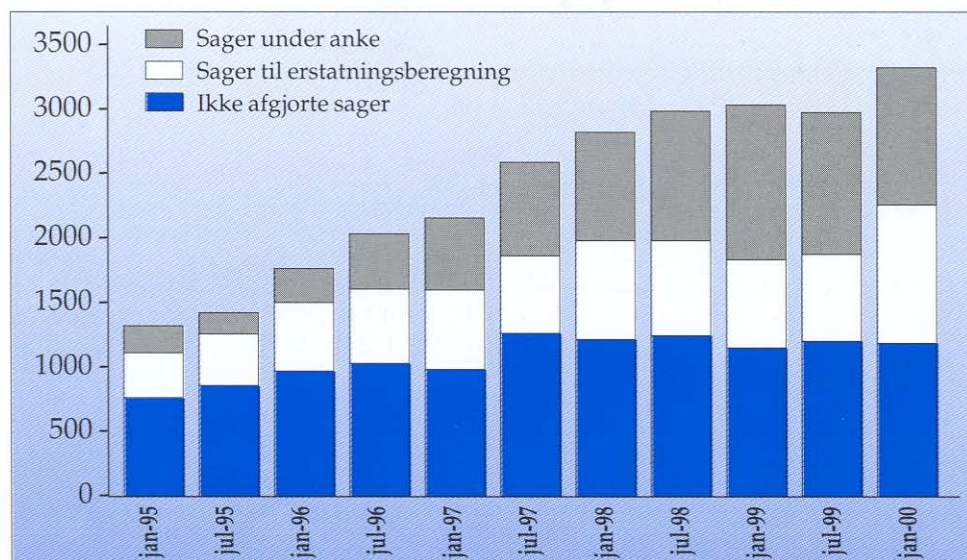
rørende patientforsikringsloven og lægemiddelskadeloven. Hertil kommer 1.100 - 1.200 afgørelser efter erstatningsansvarsloven.

Når antallet af afgørelser ikke modsvarer antallet af anmeldelser skyldes det, at det store antal anmeldelser vedrørende boneloc-skader først er anmeldt i 2. halvår af 1999. Disse sager har således ikke kunnet nå at blive færdigbehandlet i 1999, men vil først blive afgjort i 1. halvår 2000. Ser man bort fra boneloc-sagerne, har antallet af afgørelser og anmeldelser stort set været ens.

Af figur 3 fremgår udviklingen i antallet af verserende sager i 1999. Det fremgår, at antallet af verserende sager er steget i løbet af 1999, til i alt 3.346 sager. Stigningen skyldes både de mange boneloc-sager, der anmeldtes i løbet af 1999, og en mindre ophobning af sager til erstatningsberegning som følge af personaleudskiftning i Patientforsikringen i 1999. Antallet af ikke-afgjorte sager har dog stort set været uændret.

Antallet af sager under anke er faldende, hvilket skyldes en kraftig udvidelse i ankenævnets kapacitet. Antallet forventes at falde yderligere i det kommende år.

Figur 3 Udviklingen i antallet af verserende sager i 1995-99



2.3. Sagsbehandlingstiden

Det er for Patientforsikringen afgørende, at sagsbehandlingstiden begrænses mest muligt.

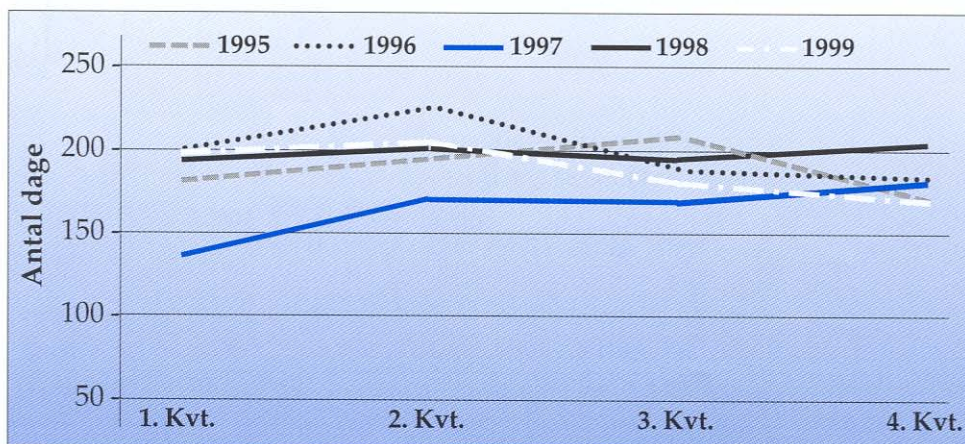
Det er i denne forbindelse vigtigt, at man ved patientforsikringslovens vedtagelse lagde vægt på, at ikke blot kriterierne for at få erstatning skulle lempes, men at man i lige så høj grad lagde vægt på, at patienter skulle have afgjort deres erstatningssag inden for en rimelig tid.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid til der træffes afgørelse efter lov om patientforsikring fremgår af figur 4. Den tid, der efterfølgende medgår til at beregne en eventuel erstatning til patienten, er ikke medtaget i figuren. Sagsbehandlingstiden har således i en 5-årig periode svinget mellem 150 og 200 dage.

Ved vurderingen af sagsbehandlingstiden skal man være opmærksom på, at i gennemsnit 3 måneder anvendes af læger, sygehuse og patienter til at fremskaffe det materiale, som er nødvendigt, for at afgørelsen overhovedet kan træffes.

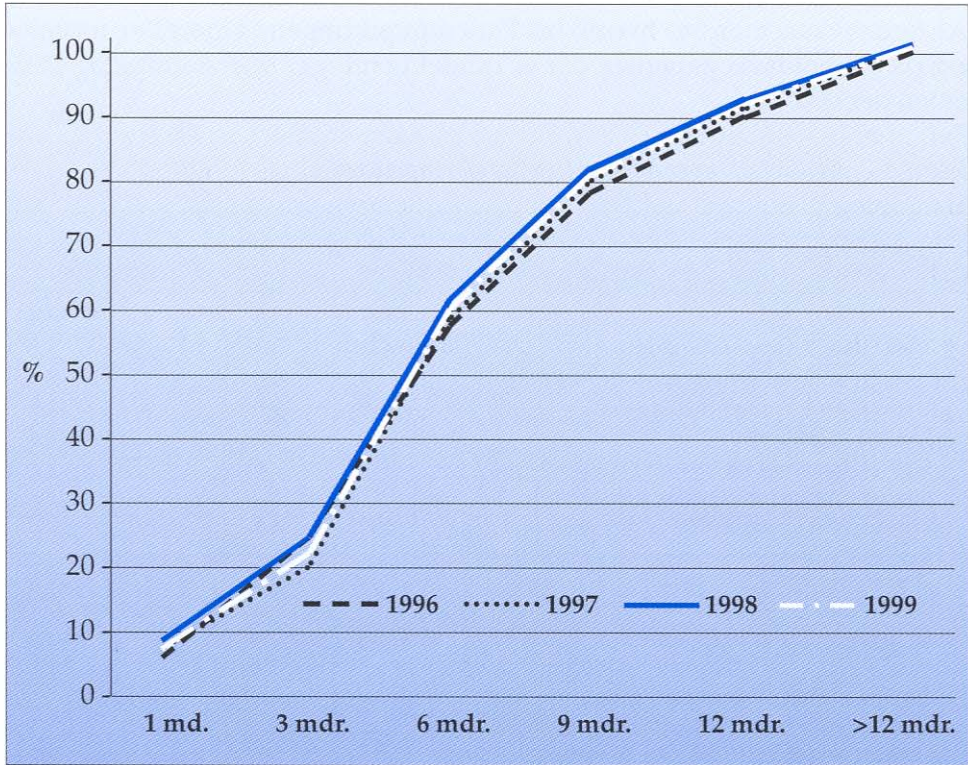
Denne del af sagsbehandlingstiden er Patientforsikringen uden indflydelse på.

Figur 4 Gennemsnitlig sagsbehandlingstid i perioden fra 1. januar 1995 til 31. december 1999



Figur 5 understreger de meget små udsving, der har været i sagsbehandlingstiden. Den procentuelle andel af patienter, der får deres afgørelser inden 6 måneder, udgør ca. 60%. Patientforsikringen afgør ca. 80% af sagerne inden for en sagsbehandlingstid på 9 måneder.

Figur 5 Afgørelsestidspunkt efter modtagelsen



Man skal ved vurderingen af, hvad en realistisk sagsbehandlingstid er, være opmærksom på, at visse sager ikke kan afgøres, før patienternes endelige tilstand er kendt. I andre tilfælde er det nødvendigt, at patienterne undersøges af en speciallæge inden afgørelsen kan træffes.

Henset til at næsten halvdelen af den samlede sagsbehandlingstid går med at afvente materiale, der indhentes fra sygehuse, læger mv., er det næppe realistisk at tro, at sagsbehandlingstiden vil kunne nedbringes væsentligt i de kommende år.

2.4. Afgørelser efter patientforsikringsloven

I det følgende omtales alene anmeldelser efter patientforsikringsloven og lov om erstatning til patienter behandlet med Boneloc. For så vidt angår anmeldelser vedrørende lægemidlererstatningsloven, henvises til beretningens afsnit 7.

Af figur 6 kan man se, hvorledes Patientforsikringens afgørelser fordeler sig på henholdsvis patienter, der er fundet berettiget til erstatning og patienter, der ikke er.

Figur 6 Afgørelsestyper efter patientforsikringsloven

Afgørelsestype	Antal 1/7-1992- 31/12 1999	%	Antal 1/1-31/12 1999	%
§ 2, stk. 1, nr. 1, (specialistmålestokken)	1.897	15,8	415	16,4
§ 2, stk. 1, nr. 2, (apparatursvigt)	421	3,5	240	9,5
§ 2, stk. 1, nr. 3, (alternativ metode/teknik)	92	0,8	15	0,6
§ 2, stk. 1, nr. 4, (rimelighedsreglen)	1.659	13,8	372	14,7
§ 3, stk. 2, (ulykker)	40	0,3	11	0,4
§ 4, stk. 1, (donorer og forsøgspersoner)	310	2,6	72	2,8
Omfattet, men efterfølgende konstateret under kr. 10.000/kr. 20.000	539	4,5	81	3,2
I alt omfattet	4.958	41,3	1.206	47,6
Ikke berettiget til erstatning i alt	5.070	42,3	1.034	40,9
Uden for lovens dækningsområde:				
Åbenbart under kr. 10.000/kr. 20.000	716	6,0	113	4,5
Før 1. juli 1992	468	3,9	43	1,7
Ikke offentligt sygehusvæsen	313	2,6	59	2,3
Diverse	14	0,1	13	0,5
Forældelse	459	3,8	62	2,5
I alt uden for lovens dækningsområde	1.970	16,4	290	11,5
Samlet antal afgørelser efter PFL	11.998	100,0	2.530	100,0

Antallet af sager, der umiddelbart har kunnet afvises, fordi de ikke var omfattet af lovens dækningsområde, er faldet væsentligt. Det skyldes, at an-

meldelser vedrørende skader indtruffet før lovens ikrafttræden nu er ved at forsvinde, mens sager, der afvises som følge af patientforsikringslovens 5 års forældelsesfrist, endnu ikke er steget tilsvarende. Denne udvikling har været forventelig, men udviklingen betyder også, at andelen af anmeldte sager, der skal realitetsbehandles, er steget.

Den kraftige stigning i antallet af anmeldelser, der anerkendes efter reglen i PFL § 2, stk. 1, nr. 2, skyldes anmeldelser efter lov om erstatning til patienter opereret med Boneloc-cement før 1. juli 1992.

Af figur 6a og 6b fremgår antallet af anmeldelser og anerkendelser i de enkelte sygehuskommuner for henholdsvis perioden 1999 alene og for 1992 - 1999.

Figur 6a Antal anmeldelser og anerkendelser i 1999

Amt	Antal anmel- delser	Pr. 1.000 udskriv- ninger	Antal anerken- delser	Pr. 1.000 udskriv- ninger
Københavns Amt	299	2,48	101	0,84
Frederiksborg Amt	198	3,16	85	1,36
Roskilde Amt	114	2,70	51	1,21
Vestsjællands Amt	108	1,96	36	0,65
Storstrøms Amt	102	2,06	30	0,60
Bornholms Amt	30	3,68	12	1,47
Fyns Amt	236	2,34	111	1,10
Sønderjyllands Amt	91	1,87	33	0,68
Ribe Amt	96	2,14	49	1,09
Vejle Amt	140	2,04	77	1,12
Ringkøbing Amt	104	2,06	47	0,93
Århus Amt	301	2,29	140	1,06
Viborg Amt	106	2,23	51	1,07
Nordjyllands Amt	200	2,05	69	0,71
Hovedstadens Sygehusfællesskab	554	3,09	219	1,22
Skørping Privathospital	2	-	0	-
Kolonien Filadelfia	0	-	0	-
Øvrige	109	-	12	-
Hele landet	2.790	2,53	1.123	1,02

Figur 6b Antal anmeldelser og anerkendelser i perioden
fra 1. juli 1992 til 31. december 1999

Amt	Antal anmel- delser	Pr. 1.000 udskriv- ninger	Antal anerken- delser	Pr. 1.000 udskriv- ninger
Københavns Amt	1.631	1,81	534	0,59
Frederiksborg Amt	985	2,10	331	0,71
Roskilde Amt	526	1,66	169	0,53
Vestsjællands Amt	611	1,48	189	0,46
Storstrøms Amt	562	1,51	186	0,50
Bornholms Amt	124	2,03	52	0,85
Fyns Amt	1.089	1,44	413	0,55
Sønderjyllands Amt	484	1,32	156	0,43
Ribe Amt	481	1,43	183	0,54
Vejle Amt	722	1,41	263	0,51
Ringkøbing Amt	497	1,31	171	0,45
Århus Amt	1.658	1,68	603	0,61
Viborg Amt	522	1,47	199	0,56
Nordjyllands Amt	998	1,37	321	0,44
Hovedstadens Sygehusfællesskab	2.427	1,81	823	0,61
Skørping Privathospital	18	-	3	-
Kolonien Filadelfia	2	-	0	-
Øvrige	477	-	54	-
Hele landet	13.814	1,67	4.650	0,56

Man skal være opmærksom på, at enkelte amter, eksempelvis Frederiksborg, har anmeldt mange boneloc-sager, hvilket påvirker tallene voldsomt.

De forskelle, der kan være i anmeldelses- og anerkendelsesfrekvenserne inden for det enkelte år, ses i høj grad at udligne sig, når tidsperspektivet udvides til hele perioden.

Af figur 7 fremgår efter hvilke bestemmelser i patientforsikringsloven de anerkendte skader i hver sygehuskommune er afgjort.

Sammenligner man figur 6b med figur 7, kan det konkluderes, at sygehuskommuner, med en højere anmeldelsesfrekvens generelt ikke har en højere

anerkendelsesfrekvens efter specialistmålestokken i PFL § 2 stk. 1, nr. 1, (kolonne A). Der kan altså ikke påvises nogen sammenhæng mellem en høj anmeldelsesfrekvens og den lægefaglige kvalitet i behandlingen.

Figur 7 Afgørelser i de enkelte amter efter afgørelseskategorier for perioden 1. juli 1992 til 31. december 1999

Amt	Antal afgørelser	A %	B %	C %	D %	E %	F %
Københavns Amt	1.469	19	20	2	6	8	45
Frederiksborg Amt	882	20	20	2	6	13	39
Roskilde Amt	473	20	19	1	7	7	46
Vestsjællands Amt	550	23	15	2	6	8	46
Storstrøms Amt	514	25	14	2	7	11	41
Bornholms Amt	107	32	18	2	5	5	38
Fyns Amt	972	22	22	2	5	6	43
Sønderjyllands Amt	434	18	19	1	9	7	46
Ribe Amt	443	22	16	5	6	10	41
Vejle Amt	660	20	23	1	9	9	38
Ringkøbing Amt	443	25	17	1	5	8	44
Århus Amt	1.496	21	23	2	6	6	42
Viborg Amt	471	27	18	2	7	7	39
Nordjyllands Amt	891	20	18	2	6	8	46
Hovedstadens Sygehusfællesskab	2.127	16	21	5	6	8	44
Skørping Privathospital	17	12	12	0	6	41	29
Øvrige	405	0	0	9	0	86	5

- A. Omfattet af specialistmålestokken, PFL § 2, stk. 1, nr. 1.
- B. Omfattet af øvrige erstatningsbestemmelser, PFL § 2, stk. 1, nr. 2-4 og § 3, stk. 2.
- C. Omfattet, forsøg og donorer, PFL § 4, stk. 1.
- D. Afvisninger under 20.000/10.000 kr., PFL § 5, stk. 2.
- E. Afvisninger uden for lovens dækningsområde.
- F. Afvisninger - ikke omfattet af lovens erstatningsbestemmelser.

2.5. Tilkendte erstatningsbeløb

De samlede udbetalinger efter patientforsikringsloven siden 1. juli 1992 udgjorde ved udgangen af 1999 ca. 520 mill. kr. Alene i 1999 tilkendtes ca. 127,5 mill. kr.

Figur 9a Tilkendt erstatning fordelt efter udbetalingsår i perioden fra 1. juli 1992 til 31. december 1999*

1992	1993	1994	1995	1996	1997
0	5.665.669	21.828.211	65.368.618	83.507.633	101.057.241

1998	1999	udbetalt i alt
115.118.391	127.507.077	520.052.840

* excl. renter

Af figur 9a fremgår, hvorledes de samlede udbetalinger er fordelt på de enkelte udbetalingsår.

Figur 9b Tilkendt erstatning fordelt efter skadernes anmeldelsesår i perioden fra 1. juli 1992 til 31. december 1999*

1992	1993	1994	1995	1996	1997
12.072.885	49.107.447	85.359.235	96.466.628	109.664.839	88.528.236

1998	1999	udbetalt i alt
66.886.388	11.967.182	520.052.840

* excl. renter.

Af figur 9b fremgår, at de beløb, der udbetales i de enkelte år, kun i meget begrænset omfang vedrører skader, der er anmeldt i året. Tværtimod vedrører langt størstedelen af de udbetalte 127,5 mill. kr. i 1999 anmeldelser, der er modtaget i de tidligere år.

Årsagen er, at udbetalingerne ofte først sker ganske lang tid efter, at patienterne har fået meddelelse om, at de er berettiget til erstatning.

Dette beror på flere forhold:

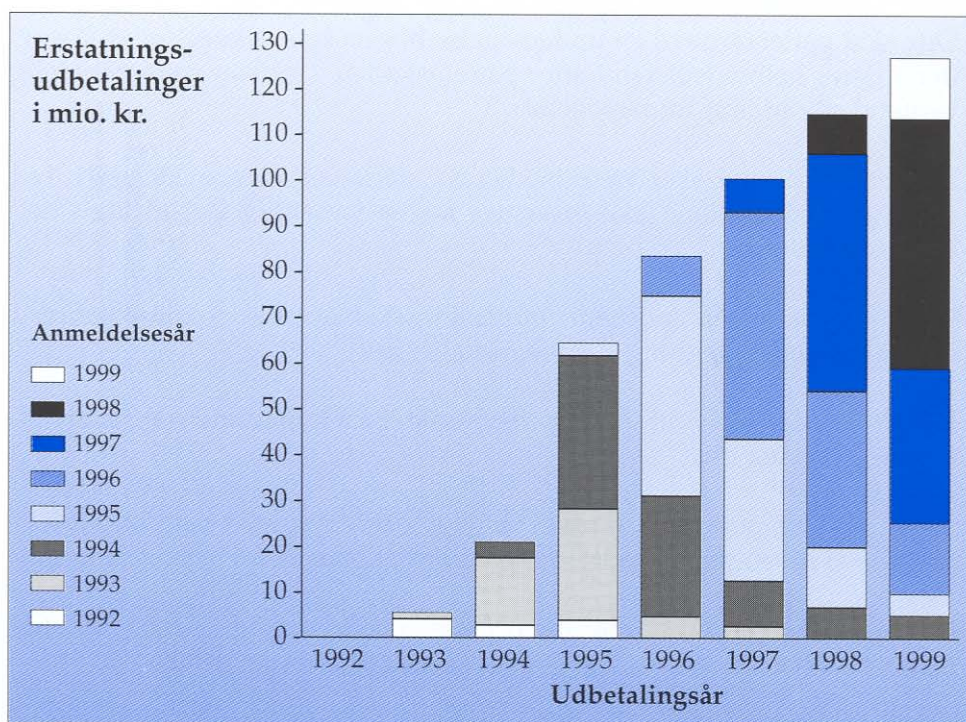
- Ofte skal patienterne til en undersøgelse hos en speciallæge for at få vurderet deres helbredstilstand efter patientskaden. Der kan være betydelig ventetid på sådanne undersøgelser.
- Patientens tilstand skal være medicinsk stationær. Dvs. at der selv ved yderligere behandling ikke forventes nogen væsentlig forbedring i helbredstilstanden.
- Ofte skal patienten indsende oplysningsskemaer og dokumentation i form af lønsedler, regninger, årsregnskaber mv.
- Der skal undertiden indhentes pensionsakter fra kommunen og senere tilkomne journaler mv.
- Sagen skal gennemgå en fornyet lægelig vurdering med henblik på fastsættelse af eksempelvis godtgørelse for varigt mén og for svie og smerte.
- Der skal foretages en vurdering af patientens fremtidige erhvervsmuligheder med henblik på beregning af eventuelt erhvervsevnetab.

Konsekvenserne fremgår mest tydeligt af figur 10. Af figuren kan man se, hvorledes udbetalingerne i de respektive år er sammensat af udbetalinger vedrørende tidligere års anmeldelser. I 1999 vedrørte udbetalingerne således i langt overvejende grad anmeldelser modtaget 1 og 2 år tidligere.

Dette er samtidig en af årsagerne til, at erstatningsudbetalingerne i 1999 fortsat er steget, uanset at anmeldelsesantallet ikke er det. Det stagnerende antal anmeldelser kan først forventes at slå igennem i de samlede udbetalinger i de efterfølgende år.

I denne sammenhæng må man se bort fra det store antal Boneloc-sager, idet der endnu ikke er udbetalt erstatninger af et sådant omfang i disse sager, at det har reel indflydelse på de samlede udbetalinger i 1999.

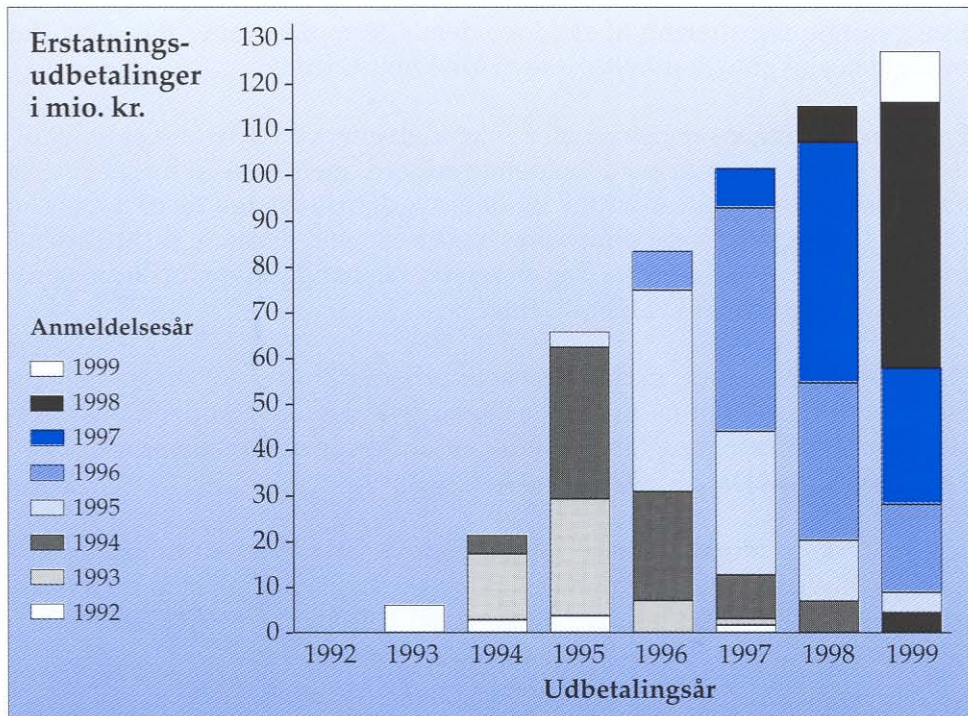
Figur 10 De årlige udbetalingers fordeling efter skadernes anmeldelsesår



Den tid, der medgår til opgørelse af skadens omfang og patientens økonomiske tab, er imidlertid ikke den eneste faktor, der virker forsinkende på den økonomiske kompensation af de tilskadekomne. Som nævnt ovenfor i tilknytning til figur 2, er der også en betydelig forsinkelse fra skadens indtræden og indtil anmeldelse.

Konsekvensen fremgår af figur 11. Udbetalingerne i de respektive år er fordelt efter, hvilket skadeår beløbene vedrører. I 1999 vedrørte omkring halvdelen af udbetalingerne skader, der var sket 3 år tidligere eller mere. Næsten 23 mio. kr. vedrørte skader sket for over 5 år siden.

Figur 11 Årlige udbetalinger opdelt efter skadeår



Af figur 12 fremgår, hvorledes de enkelte erstatningsbeløb størrelsesmæssigt fordeles sig. Ca. 75% af erstatningsbeløbene er mindre end 100.000 kr.

Figur 12 Erstatningerne fordelt efter beløbsstørrelse (i 1.000 kr.)

Beløb i kr.	<10	<50	<100	<250	<500	<1.000	>1.000
%	3,7	57,8	15,2	8,8	6,7	5,2	2,6

Erstatningsbeløbene beregnes efter erstatningsansvarsloven og er generelt ganske lave. Man skal imidlertid være opmærksom på, at mange af de patienter der behandles i sygehusvæsenet er kronisk syge i forvejen, ligesom en forholdsmæssig stor del er ældre mennesker. Derfor vil erstatningsbeløbene for tab af arbejdsindtægt og erhvervsevne ofte være relativt lave.

2.6. Patientskader og forebyggelse

Den centrale registrering af skadevoldende komplikationer har gjort det muligt i højere grad at udnytte disse i forskningsøjemed.

Patientforsikringens registreringer er kendetegnet ved ikke blot at indeholde en registrering af en skadevoldende adfærd, men også en meget præcis angivelse af de enkelte komplikationers sygdomsmæssige og økonomiske følger. Denne yderligere dimension har været medvirkende til, at Patientforsikringens sager allerede i dag anvendes i flere pågående forskningsprojekter med henblik på kvalitetssikring.

Der foregår således en undersøgelse af ortopædkirurgiske skadesager fra Fyns- og Ribe Amter, en undersøgelse af fødselsskader under Dansk Selskab for Gynækologi og Obstetrik og en undersøgelse af anæsthesiskader i samarbejde med Dansk Selskab for Anæstesi.

For at styrke mulighederne for at anvende de anmeldte komplikationer i forebyggelsesøjemed har Patientforsikringen, byggende på bl.a. WHO-diagnosekoder, NOMESCO-koder og lægemiddelkoder samt ATC-koder, udarbejdet et nyt og ganske omfattende registreringssystem.

I øjeblikket pågår registreringer i alle sager, registreret efter 31.12.1995, og når denne registrering er fuldført, vil systemet indeholde præcise registreringer af 12.000-13.000 skadevoldende komplikationer.

Med henblik på at optimere registreringerne og i øvrigt undersøge, hvorledes viden fra registreringerne kan videreformidles til amter og sygehuse, har Patientforsikringen indledt et samarbejde med Frederiksborg Amt og Vejle Amt.

Hvilke skader optræder hyppigst?

I perioden 1. marts 1999 til 1. marts 2000 afgjorde Patientforsikringen 2.577 sager. Af disse er 683 endnu ikke kodede, og af de øvrige forelå der i 396 sager ingen behandlingsskade, men blot følger af grundsygdommen. De 1.498 tilbageværende danner grundlaget for denne lille opgørelse. I alle tabellerne er angivet en "top ti". Det er ikke alle patienterne, der har krav på

erstatning. Det afgøres juridisk efter patientforsikringslovens regler. I denne opgørelse er udelukkende set på, om patienterne ud fra en rent lægelig betragtning har lidt en skade, der kan henføres til behandlingen.

De sygdomme, som patienterne henvendte sig med, fordelte sig i nedenstående grupper:

Grundlidelse	Antal
Skader, knoglebrud	378
Arme og ben	373
Cancer	126
Mave-tarmsygdomme	103
Hjerte og kredsløb	72
Fødsler	67
Urinveje og Gynækologi	60
Rygsygdomme	29
Psykiatri	24
Nervesygdomme	24

De foretagne operationer mm. fordelte sig således (der var 146 patienter, som klagede over, at de netop *ikke* havde fået foretaget nogen operation):

Operation	Antal
Ortopædkirurgi	564
Ingen operation	146
Mavetarm operation	108
Venepunktur	70
Medicinsk behandling	68
Småoperationer	62
Gynækologi	52
Obstetrik	50
Rygoperation	43
Urinveje	39

De ansvarlige lægespecialer var:

Speciale	Antal
Ortopædkirurgi	640
Kirurgi	280
Neurokirurgi	132
Intern medicin	128
Anæstesi	68
Obstetrik	63
Gynækologi	45
Øre-næse-hals	26
Øjensygdomme	17
Røntgen	16

Det er ikke mærkværdigt, at de tre første pladser er besat af operative specialer. Det er nu engang sagens natur, at det skadevoldende potentiale er meget stort inden for disse fag. Hvis man vil foretage risikostyring, er det indenfor de "skærende" specialer og anæstesi, at man vil kunne forvente den største effekt på antallet af skadede patienter.

Det er også muligt at se på de behandlinger, som lægeligt set var mest farlige, helt uafhængigt af, om de i det foreliggende tilfælde forvoldte stor eller lille skade. I denne registrering vurderes det, hvilke følger komplikationen mest sandsynligt ville medføre, såfremt den ville forekomme igen hos en patient med de samme forudsætninger. Det sandsynlige udfald er registreret på en skala fra 1 (ligegyldig) til 4 (dødelig). Dette giver mulighed for at udskille de skader, som med hensyn til risikostyring er de mest interessante. Opgjort på denne måde var der 99 patienter, som havde en potentielt dødelig eller svært invaliderende skade. Ortopæderne tegner sig nu blot for de 9, hvilket er under 0,2% af skaderne inden for specialiet, hvorimod komplikationerne indenfor intern medicin var de potentielt mest farlige (28 - 22%). Det er altså også mod disse fag, man bør rette sine anstrengelser i risikostyringsøjemed, hvis man vil forebygge alvorlige - om end sjældnere - skader.

3. Erstatningsgrundlag og afgørelser

3.1. Formål

Formålet med patientforsikringsloven er at have en offentligt styret patientforsikringsordning, hvor der gives patienter erstatning for skader opstået under behandling mv. i sygehusvæsenet i videre omfang end efter almindelige erstatningsregler (culpa-reglen) og på en for patienten lettere og hurtigere måde.

For at nå dette mål indeholder patientforsikringsloven en omfattende og ret detaljeret beskrivelse af, under hvilke betingelser og i hvilke situationer patienter kan opnå erstatning for skader opstået i forbindelse med sygehusbehandling mv.

Ved administrationen af patientforsikringsloven må der lægges afgørende vægt på at følge lovgivers intentioner, således som disse er beskrevet i patientforsikringslovens lovbemærkninger og forarbejder. Det gælder i særlig grad anvendelsen af patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4, hvorefter der kan gives erstatning ud fra et "rimelighedssynspunkt", som bygger på to kriterier, dels at skaden skal være sjælden, og dels at skaden skal være relativt alvorlig set i forhold til alvoren af patientens grundsygdom.

Det indebærer, at patienter, som lider af f.eks. alvorlige hjerte- eller kræftsygdomme, ofte ikke kan få erstatning efter rimelighedsreglen, fordi deres grundsygdom er for alvorlig. Det er vigtigt at følge lovgivers intentioner på dette punkt og få en fast praksis, som stiller alle patienter lige, og som ikke medfører utilsigtede økonomiske konsekvenser for ordningen.

Til vurdering af, om Patientforsikringen lever op til intentionerne bag patientforsikringsloven og giver erstatning i de situationer, der var forudsat fra lovgivers side, er det nødvendigt at se på nogle af de mere principielle og typiske afgørelser, der er truffet i beretningsperioden. I så henseende er afgørelser, hvor der er givet afslag, lige så oplysende som afgørelser, hvor der er givet patienten medhold.

For at forstå baggrunden for og betydningen af de forskellige afgørelser er det nødvendigt at kende erstatningsgrundlaget i patientforsikringsloven, hvorfor der indledningsvis skal gives en kort gennemgang af dette.

3.2. Patientforsikringslovens erstatningsgrundlag

Af lovens § 1 fremgår følgende:

§ 1. Til patienter, som her i landet påføres fysisk skade i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende foretaget på offentlige sygehuse og sygehuse, det offentlige har driftsoverenskomst med, ydes erstatning efter reglerne i denne lov. Det samme gælder for efterladte til sådanne patienter.

Det er ifølge bestemmelsen en betingelse, at der skal være indtruffet en fysisk skade. Skader af rent psykisk karakter dækkes altså ikke. Derudover er det en betingelse, at skaden skal være indtruffet i Danmark på et offentligt sygehus, eller et privat sygehus med en offentlig driftsoverenskomst. Skader indtruffet i eksempelvis privat lægepraksis eller ved danskeres behandling i udlandet, er ikke omfattet.

Med virkning fra den 4. juni 1999 er lovens område udvidet, således at skader, pådraget ved behandling på private sygehuse og hos private speciallæger mv. her i landet og i udlandet, er omfattet af loven, hvis behandlingen er sket efter henvisning fra et offentligt sygehus.

Patientforsikringslovens centrale bestemmelse er lovens § 2:

§ 2. Erstatning ydes, hvis skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af følgende måder:

1. hvis det må antages, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes ved undersøgelse, behandling eller lignende, hvorved skaden ville være undgået,

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

PFL § 2, stk. 1, nr. 1-4, anvendes på den måde, at man først undersøger, om nr. 1 er opfyldt. Hvis dette er tilfældet, gives erstatning efter § 2, stk. 1, nr. 1. Hvis skaden ikke falder ind under nr. 1, går man videre og undersøger, om den eventuelt falder ind under nr. 2 og så fremdeles.

§ 3. Skade som følge af, at der ikke er blevet stillet den rigtige diagnose af patientens sygdom, erstattes kun i de i § 2, stk. 1, nr. 1 og 2, nævnte tilfælde.

Stk. 2. Ved ulykkestilfælde, der ikke omfattes af § 2, stk. 1, nr. 2, ydes erstatning kun, hvis skadelidte er under behandling mv. på et sygehus, og ulykken er indtruffet inden for dettes område under sådanne omstændigheder, at sygehuset måtte antages at have pådraget sig erstatningsansvar herfor efter almindelige erstatningsretlige regler.

Bestemmelsen i § 3, stk. 1, indeholder således en begrænsning i anvendelsen af reglerne i § 2 i tilfælde, hvor skaden skyldes en forkert eller mangelfuld diagnosticering.

Ligeledes fremgår det af § 3, stk. 2, at der kun kan ydes erstatning efter almindelige erstatningsretlige regler i tilfælde, hvor patienter kommer til skade på sygehuset af andre årsager end selve behandlingen. Patienterne

har i disse tilfælde alene ret til erstatning, såfremt tilskadekomsten skyldes fejl eller forsømmelse fra sygehusets side.

§ 4. Til de af § 1, stk. 2, og § 1, stk. 3, 2. pkt. omfattede forsøgspersoner og donorer ydes erstatning for enhver skade, som kan være forårsaget af forsøget eller udtagelsen af væv mv., medmindre det er overvejende sandsynligt, at skaden har anden årsag.

Forsøgspersoner og donorer har ifølge § 4 ret til erstatning, hvis en opstået skade kan skyldes forsøget eller afgivelsen af eksempelvis blod. Der gælder altså en formodning for, at skaden skyldes selve forsøget. I juridisk terminologi er der tale om en "omvendt bevisbyrde".

3.3. Eksempler på afgørelser

I det følgende vil der blive gennemgået eksempler på afgørelser truffet af Patientforsikringen inden for hver af de omtalte kategorier.

3.3.1. Afgørelser efter PFL § 1, stk. 1, (er behandlingen foregået på et offentligt sygehus?)

Afgørelser indenfor denne kategori af sager behandles i år under generelle emner afsnit 5.1, hvor der gives en række eksempler på situationer, der falder inden for og uden for patientforsikringslovens dækningsområde.

3.3.2. Afgørelser efter PFL § 1, stk. 1, (foreligger der en fysisk skade?)

De følgende afgørelser er eksempler på, at patientforsikringsloven alene dækker skader af fysisk karakter, hvorimod skader, der alene er af psykisk art, ikke er omfattet af loven. Endvidere gives eksempler på, at den fysiske skade med overvejende sandsynlighed skal være forvoldt af behandlingen. Skader, der er en følge af patientens sygdom, erstattes ikke.

1. Årsagssammenhæng - hjerneskade som følge af svækket almentilstand ved indlæggelsen

En 46-årig kvinde blev indlagt via skadestuen efter et fald i hjemmet, hvor hun havde slået hovedet og ikke selv var i stand til at komme på benene igen. Forud for indlæggelsen havde hun haft et mangeårigt svært alkoholmisbrug, som havde medført gentagne indlæggelser.

Ved indlæggelsen kunne man konstatere, at kvinden havde nedsat hjernefunktion, generel kraftnedsættelse overalt samt svage reflekser, ligesom ernæringstilstanden var yderst ringe, idet der var tale om meget lav natrium- og kaliumkoncentration i blodet. Ved korrektion af natriumkoncentrationen var man opmærksom på, at en for hurtig korrektion kunne medføre skade på patientens hjerne (central pontin myelinolyse), hvorfor natriumbalancen forsøgte genoprettet ganske langsomt.

Efterfølgende kunne det imidlertid konstateres, at patienten trods den forsigtige behandling havde pådraget sig en hjerneskade med heraf følgende yderst ringe gangfunktion og bevægelseskoordination i armene.

Patientforsikringen afviste sagen med henvisning til PFL § 1, stk. 1, jfr. § 2, stk. 1, idet man vurderede, at patientens hjerneskade med overvejende sandsynlighed måtte tilskrives hendes grundlidelse, herunder hendes mangeårige svære alkoholmisbrug og meget ringe ernæringstilstand, idet disse forhold i sig selv havde medført en stærkt øget risiko for udviklingen af hjerneskaden.

Patientforsikringen lagde endvidere vægt på, at patienten allerede ved indlæggelsen udviste tegn på hjernesvind samt udbredt nervebeskadigelse (98-1987).

Sagen illustrerer den af og til vanskelige vurdering, der må foretages, når der er flere mulige skadesårsager. I denne sag kunne såvel grundlidelsen som behandlingen hver for sig forårsage skader af den type, som patienten pådrog sig. Henset til patientens almentilstand og symptomer ved indlæggelsen fandtes det dog overvejende sandsynligt, at hjerneskaden var en følge af patientens tilstand ved indlæggelsen og ikke en følge af behandlingen.

2. Manglende information ej medført fysisk skade

En 30-årig kvinde fik i forbindelse med graviditet foretaget en hepatitis-test (leverbetændelse). Testen var positiv for hepatitis C. Dette blev imidlertid ved en fejl ikke oplyst til patienten.

Knap 3 år senere henvendte hun sig til egen læge pga. træthed og fik på baggrund af blodprøver konstateret, at hun var hepatitis C-smittet.

I Patientklagenævnet fik patienten medhold i, at den ansvarlige sygehuslæge havde overtrådt lægelovens § 6, stk. 1, ved ikke at informere patienten om, at hun var smittet med hepatitis C.

Patientforsikringen afviste sagen, idet den manglende information ikke havde påført kvinden en fysisk skade, jfr. PFL § 1, stk. 1.

Der blev lagt vægt på, at der ikke kunne være iværksat behandling, der ville have ændret forløbet fra 1996 til 1999. Perioden fra 1996 til 1999 ville derfor ikke have været anderledes i fysisk henseende, såfremt kvinden havde været vidende om, at hun var smittet. Der blev endvidere lagt vægt på, at ingen af hendes børn, heller ikke det i 1996 fødte, var smittet med hepatitis C (99-0994).

Omtrent 20% af de sager, der anmeldes til Patientforsikringen, anmeldes ligeledes til Patientklagenævnet. Afgørelserne i de to systemer træffes helt uafhængigt af hinanden og efter helt forskellige juridiske regler. Den refererede sag er illustrerende for det forhold, at en overtrædelse af lægeloven ikke automatisk udløser erstatning efter patientforsikringsloven. I den refererede sag har lægelovsovertrædelsen ikke påført patienten en fysisk skade, og en af grundbetingelserne for at opnå erstatning efter patientforsikringsloven er derfor ikke opfyldt.

3. Manglende sammenhæng mellem ekstremitetsmisdannelser og moderkagebiopsi

En 35-årig gravid kvinde fik i forbindelse med sin graviditet foretaget en moderkagebiopsi på grund af sin alder. Hun var på tidspunktet for biopsien 9 uger + 2 dage henne i graviditetsforløbet. Graviditeten forløb i øvrigt

normalt, men efter en ukompliceret fødsel blev det konstateret, at barnet havde misdannelser på begge hænder og den ene fod.

Barnet udviklede siden epilepsi og psykomotorisk retardering, og en efterfølgende CT-scanning af barnets hjerne viste svære hjerneskrader. Barnet udviklede tillige synsforstyrrelse.

Tidlige medicinske undersøgelser har beskrevet en sammenhæng mellem misdannelser på børns hænder og fødder og moderkagebiopsi, men dog kun ved moderkagebiopsier foretaget før 9. graviditetsuge. En WHO-rapport fra 1996 har imidlertid fastslået, at der ikke er nogen sammenhæng mellem moderkagebiopsier og ekstremitetsskrader hos de nyfødte, uanset tidspunktet for biopsien.

Patientforsikringen måtte herefter konkludere, at der ikke med overvejen-
de sandsynlighed var årsagssammenhæng mellem ekstremitetsmisdannel-
serne og moderkagebiopsien, hvorfor barnet ikke var berettiget til erstat-
ning efter lov om patientforsikring, jfr. PFL § 1, stk. 1, og § 2, stk. 1. Hertil
skal det tilføjes, at der aldrig har været mistanke om, at moderkagebiopsier
kan påføre fostret hjerneskrader (93-0697).

Afgørelsen illustrerer kravet til årsagssammenhæng mellem behandling og skade, idet man i det omhandlede tilfælde måtte statuere manglende årsagssammenhæng, da en videnskabelig undersøgelse havde afvist en sammenhæng mellem skrader af den pågældende type og moderkagebiopsier. Afgørelsen viser endvidere, at Patientforsikringens afgørelsesgrundlag naturligvis ændres, når lægevidenskaben dokumenterer eller afviser diverse sammenhænge mellem skrader og behandling. Der havde således tidligere foreligget undersøgelser, som dokumenterede en sammenhæng mellem moderkagebiopsi, foretaget før 9. graviditetsuge, og misdannelser på børnenes hænder og fødder. Den nye WHO-rapport, som bygger på en undersøgelse af knap 140.000 graviditeter, hvor der blev foretaget moderkagebiopsi i perioden 1992 til 1994, fastslår imidlertid, at der ikke er nogen forøget forekomst af ekstremitetsmisdannelser hos børn, hvis mødre har fået foretaget moderkagebiopsi under graviditeten.

3.3.3. Afgørelser efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1, (specialistmålestokken)

1. Valg af forkert størrelse protesemateriale

En 75-årig kvinde fik som planlagt indsat en højresidig hofteprotese på grund af slidgigt i hoften. En efterfølgende røntgenundersøgelse viste god stilling af den indsatte protese. Omtrent halvandet år efter operationen gik hoften af led første gang, og i den følgende periode gik hoften igen af led adskillige gange. Godt et år efter det første tilfælde af ledskred blev patienten reopereret, i hvilken forbindelse man konstaterede, at der ved den første operation var blevet anvendt forkerte protesekomponenter.

Sagen blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1, idet optimal behandling havde tilsagt, at man ikke havde indsat en forkert størrelse plasticindsats i hofteskålen. På sygehuset vurderede man, at fejlen var sket i forbindelse med udpakningen af de sterile protesematerialer under operationen.

Som følge af den aktuelle sag fastlagde sygehuset nye rutiner for udpakning af protesekomponenter med henblik på at undgå, at der fremover opstod en lignende skade som følge af anvendelse af protesekomponenter, som ikke passede sammen (98-2162).

Sagen er et eksempel på, at et sygehus som følge af en konkret sag vælger at ændre sine procedure for at undgå, at der indtræffer lignende skader i fremtiden. Skadeforbyggelse af denne art er et af formålene med patientforsikringssystemet.

2. Fejloperation som følge af forkert valgt operationsfelt

En 51-årig mand blev opereret med henblik på frilægning af nervus ulnaris svarende til indersiden af højre albue.

Efterfølgende havde patienten uændrede gener i form af smerter og nedsat følesans i ring- og lillefingeren på højre hånd. Patienten havde tillige smerter svarende til operationsarret.

Ved den 2. ambulante kontrolundersøgelse 4 måneder efter operationen konstaterede man, at patientens fortsatte gener skyldtes, at operationen var foretaget på ydersiden af højre albue og ikke som planlagt på indersiden.

Sagen blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1, idet optimal behandling havde tilsagt, at operationen var blevet gennemført som planlagt (99-1247).

Patientforsikringen har gennem årene set en række skader af denne karakter. Skaderne skyldes ofte, at der i oplægget til operationen ved en skrivefejl byttes om på højre og venstre, inderside eller yderside eller andre retningsangivelser, der tjener som vejledning for operatøren. Uanset at det kan nærme sig en bakspejlsbetragtning, er det Patientforsikringens vurdering, at sådanne fejl altid bør kunne undgås, hvis behandlingen herunder forundersøgelserne til operationen, lever op til den bedste specialiststandard. Sager af denne type vil derfor normalt kunne anerkendes efter specialistreglen i PFL § 2, stk. 1, nr. 1.

3. Beskadigelse af nervus recurrens som følge af mangelfuld frilægning af denne

En 51 årig kvinde blev opereret, fordi hun havde gener fra en struma (forsørret skjoldbruskkirtel), der trykkede på luftrøret. Ved operationen fjernede man den højre lap på skjoldbruskkirtlen. Under operationen havde man identificeret den højre recurrensnerve (nerve der forsyner den ene stemmelæbe), men ikke frilagt den. Ved afslutningen på operationen satte man 3 peans (klemmer) i operationssåret for at lukke dette, mens patienten blev syet.

Efter operationen havde patienten talebesvær og lufthunger. Undersøgelser viste, at den højre stemmelæbe var lammet, hvilket tydede på en skade på den højresidige recurrensnerve.

Patientforsikringen anerkendte skaden på recurrensnerven efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1. Patientforsikringen lagde vægt på, at skaden med overvejende sandsynlighed var sket, da man ved operationens slutning satte de 3 peans over indstikningsstedet. Bedste specialiststandard havde tilsagt, at man under operationen ikke bare havde identificeret recurrensnerven, men frilagt den helt til indløbet i strubehovedet. Derved havde man med overvejende sandsynlighed undgået at beskadige nerven ved operationens afslutning (98-1881).

Sagen viser, hvor vigtigt det ofte er at identificere og frilægge vitale nerver i opera-

tionsområdet, således at disse kan friholdes fra operationsområdet og beskadigelse undgås.

Beskadigelse af recurrensnervene er en af de nervebeskadigelser der ofte anmeldes til Patientforsikringen, idet beskadigelse af denne nerve ikke bare ses i forbindelse med strumaoperationer, men også i forbindelse med andre operationer i halsområdet som f.eks. diskusprolapsoperationer i halsrygsøjlen.

4. Dødsfald som følge af ambulancelæges behandling

En tidligere rask 5-årig dreng fik en nat på grund af tarminfektion høj feber (40-41°C) samtidig med at han kastede op og havde diarré. Vagtlægen blev kontaktet flere gange i løbet af natten, men fandt ikke behov for indlæggelse af drengen. Den følgende dag fik drengen feberkrampe, hvorfor forældrene tilkaldte en ambulance, der ankom med Falck-reddere og ambulancelæge. Der blev straks efter ankomsten til hjemmet iværksat medicinsk behandling med Stesolid (Benzodiazepin), og i et tidsrum på ca. 15. minutter fik drengen dels som stikpiller, dels som indsprøjtninger i alt 40 mg Stesolid.

Som følge af den medicinske behandling indtrådte der ophævet åndedrætsfunktion, og barnet blev derfor dels i hjemmet og dels i ambulancen håndventileret med maske af ambulancelægen.

Ved ankomsten til sygehuset blev barnet straks tilsluttet respirator, men der opstod komplikationer.

Patientforsikringen vurderede, at barnets død skyldtes den svære hjerne-skade som følge af manglende iltforsyning af hjernen. Da ilttransporten i barnets blod var målt og fundet tilfredsstillende under hele indlæggelsesforløbet, blev det fundet overvejende sandsynligt, at iltmanglen til hjernen var opstået i forbindelse med behandlingen af barnet i hjemmet og i ambulancen. At hjerneskode af den pågældende karakter først kan konstateres ved MR-scanning flere dage efter tilfældet med manglende iltforsyning er ikke usædvanligt.

Det blev endelig vurderet, at behandlingen af barnet i hjemmet og i ambulancen ikke levede op til den bedste specialiststandard, og at barnets død var erstatningsberettigende efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1.

Ved denne vurdering blev det lagt til grund, at den Stesolidmængde der blev anvendt til at behandle barnets feberkrampe var usædvanlig stor, og at følgevirkningerne til en sådan dosis er ophævet åndedrætsfunktion og lavt blodtryk. Disse følgevirkninger indtrådte dels i hjemmet og dels i ambulancen, hvor der ikke blev sikret tilstrækkelig iltforsyning af barnet, hvilket medførte den efterfølgende hjerneskade (98-0224).

Af § 6, stk. 4 i bekendtgørelsen om patientforsikringslovens dækningsområde fremgår det, at også skader, der påføres patienter i forbindelse med behandlingen under ambulancetransporten til sygehuset, er omfattet af patientforsikringsloven.

I den konkrete sag blev det vurderet, at hjerneskaden blev påført barnet som følge af den behandling, der blev givet barnet dels i hjemmet og dels i ambulancen. Da der var tale om ét samlet intensivt behandlingsforløb, og da det ikke fandtes muligt at bortse fra, at den manglende sikring af iltforsyningen til barnet i ambulancen havde haft afgørende betydning for den efterfølgende udvikling af hjerneskaden, fandt Patientforsikringen, at hele skaden var omfattet af lovens dækningsområde, uanset at en del af behandlingen havde fundet sted i hjemmet inden ambulancetransporten.

5. Stivgøringsoperation endte med amputation

En 66-årig kvinde pådrog sig en overrivning af strækkesenen til højre hånds 3. finger. Da fingerens yderled var fastlåst i bøjet stilling, og dermed generede kvinden, tilbød afdelingens overlæge at udføre en artrodese (stivgørende operation) i dette led.

På datoen for operationen var overlægen syg, og operationen blev i stedet udført af en vikar, som af ukendte årsager valgte at lægge et cirkulært snit omkring yderleddet. Snittet gik gennem både hud og sener og forvoldte skade i et sådant omfang, at det efterfølgende var umuligt at udføre artrodesen, men derimod nødvendigt at foretage amputation i leddet. I efterforløbet måtte patienten have amputeret endnu et stykke af fingeren for at fjerne smerter.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1, da det blev fundet overvejende sandsynligt, at en erfaren specialist ville have valgt en

mere traditionel operationsmetode, hvorved leddet var stivgjort uden at amputation var kommet på tale (99-0874).

Der er tale om en klassisk vurdering efter PFL's specialistregel i § 2, stk. 1, nr. 1. Den mindre erfarne læge anvender en operationsteknik, der afviger fra almindelig anerkendt praksis, og patienten påføres derved skaden.

Resultatet af Patientforsikringens vurdering havde imidlertid været det samme, hvis det var den erfarne overlæge på afdelingen, der havde valgt samme metode med samme resultat. Ved vurderingen efter patientforsikringsloven er det således ikke afgørende om behandlingen er udført af en specialist, men alene om behandlingen er udført efter den standard, der måtte forventes af den bedste specialist på området.

3.3.4. Afgørelser efter PFL § 2, stk. 1, nr. 2, (fejl eller svigt i teknisk apparatur, redskaber og andet udstyr)

1. Defekt drænmateriale

En 74-årig kvinde fik på grund af udslukt nyrefunktion fjernet venstre nyre. I forbindelse med operationen blev der anlagt et dræn til opsamling af sårsekret.

Ved drænfjernelsen 3 dage efter operationen konstaterede man, at drænet var gået i stykker, og at der stadig var 10 cm af drænet tilbage inde i drænkana-len. Man forsøgte at fjerne drænstumpen i lokal bedøvelse, hvilket dog ikke var muligt. Det var derfor nødvendigt at foretage reoperation for at fjerne den resterende del af drænet.

Som komplikation hertil opstod der en blødning i mavesækken, som blev behandlet med mavesårsmedicin. Desuden opstod der et brok svarende til arret efter nyreoperationen.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 2, idet årsagen til reoperationen skyldtes det defekte drænmateriale (99-0234).

Når en sag anerkendes efter patientforsikringsloven, ydes der i overensstemmelse

med almindelige erstatningsretlige principper erstatning for alle de skader, der er udløst af den skadevoldende behandling.

I den aktuelle sag blev der således ikke alene ydet erstatning for reoperationen, men også for de skader, der opstod som følge af denne i form af blødning i mavesækken og efterfølgende arbrok. Det er dog en betingelse, at disse skader med overvejende sandsynlighed var undgået, såfremt drænet ikke havde været defekt.

2. Defekt venekateter

En 57-årig kvinde fik i 1993 på grund af brystkræft fjernet venstre bryst. I juni 1996 konstaterede man metastaser til hendes hovedbund, hvilket man behandlede med stråler. I juli 1999 fandt man ved undersøgelse tegn på en kræftsvulst i brystbenet med spredning til venstre lunge, og der blev derfor iværksat kemoterapibehandling, der blev påbegyndt den 3. august 1999.

Ved selve kemoterapibehandlingen konstaterede man primært, at der var et pænt tilbageløb af infusionsvæske, men i forbindelse med afslutningen af behandlingen konstaterede man udsivning af infusionsvæske under huden ved kravebenet, hvor man havde ført kateteret ind i venesystemet.

Man stoppede straks infusionen og fjernede derefter så meget af væsken man kunne, ligesom man påbegyndte kølebehandling. Patienten blev umiddelbart derefter overflyttet til akut behandling på plastikkirurgisk afdeling på Odense Universitetshospital, hvor man foretog hudtransplantation til dækning af defekten.

Trods den akutte behandling endte patienten med et betydeligt tab af væv og muskler i skulderområdet og nedsat bevægelighed i skulderen.

Patientforsikringen vurderede, at skaden med overvejende sandsynlighed var forårsaget af en defekt ved kateteret og anerkendte sagen med henvisning til PFL § 2, stk. 1, nr. 2. Der blev i den forbindelse lagt vægt på, at kateteret var anlagt under røntgengennemlysning og fundet velplaceret, samt at der ved kontrollen af kateteret, inden indgivelse af kemoterapivæsken, var fundet tilfredsstillende tilbageløb i dette. Endvidere blev der lagt vægt på, at udsivningsstedet, ifølge plastikkirurgisk afdeling på Odense Universitetshospital, kun kunne forklares ved en utæthed i kateteret (99-1873).

3. Defekt brystprotese

En 47-årig kvinde fik i 1992 foretaget operation for højresidig brystcancer med fjernelse af brystet. Efter operationen anvendte patienten en ydre brystprotese, men da denne gav hende gener, blev hun i 1998 indlagt med henblik på indoperering af en brystprotese.

Patienten fik først indopereret en ekspander, der er en midlertidig protese, der udvider hud og væv gennem langsom påfyldning af væske. I det næste halve år gik patienten til ambulant kontrol med påfyldning, indtil ekspanderen havde den beregnede størrelse.

Patienten fik herefter ved en ny operation fjernet ekspanderen og indlagt en saltvandsprotese, der blev fyldt gennem en påfyldningsstuds. Når protesen havde sat sig og resultatet efter nogle uger var tilfredsstillende, var det meningen, at påfyldningsstudsens skulle fjernes.

Påfyldningsstudsens og protesen er forbundet med en påfyldningsslange, der fjernes sammen med påfyldningsstudsens, hvorefter protesen gennem et ventilsystem selv lukker, når slangen er fjernet.

I forbindelse med fjernelse af påfyldningsstudsens til den nyindsatte protese skete der brud på plastikslangen, hvilket gav mistanke om, at protesen kunne komme til at lække. Der blev dog ikke umiddelbart konstateret udsvingning af saltvand, og operationen blev derfor afsluttet.

I den følgende tid faldt protesen imidlertid i volume, og patienten måtte derfor reopereres med fjernelse af den utætte protese. Hun fik herefter indlagt en silikoneprotese.

Patientforsikringen anerkendte sagen som en patientskade med henvisning til PFL § 2, stk. 1, nr. 2, på grund af materialesvigtet, der medførte brud på påfyldningsslangen i den indsatte protese og nødvendiggjorde fjernelse af denne og indoperering af endnu en protese. Patientens sygeperiode blev forlænget som følge af materialesvigtet (98-2207).

3.3.5. Afgørelser efter PFL § 2, stk. 1, nr. 3, (alternativ metode eller teknik)

1. Stivgøringsoperation ligeværdig med knæprotese grundet særlige forhold hos patienten

En 77-årig mand blev indlagt på sygehuset med henblik på at få indsat en total højresidig knæprotese. Som 23-årig havde manden pådraget sig et kompliceret brud i højre ben, som havde medført langvarigt sengeleje og senere knogleinfektion. Efter denne skade var der betydelig indskrænket bevægelighed i knæet. Man havde tidligere overvejet en total højresidig knæprotese, men var afstået fra dette. Der var imidlertid tilkommet så mange smerter både i hvile og ved belastning, at man nu besluttede at gennemføre operationen.

Under indgrebet opstod der tekniske vanskeligheder, idet knæet som følge af den tidligere infektion ikke kunne bøjes tilstrækkeligt, til at operationen kunne udføres uden løsning af knæskalthæftningen på skinnebenet. Efter dette indgreb lykkedes det dog at anbringe protesen.

I dagene efter operationen udviklede patienten springende temperatur, og på 13. dagen var der siven fra såret. På trods af dyrkning fra såret og relevant antibiotisk behandling var det ikke muligt at få bugt med infektionen omkring den indsatte knæledsprotese, og det endte derfor med, at man måtte foretage amputation på lårbenet for at hindre infektionens videre udbredelse.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 3, idet man fandt, at man kunne have opnået et bedre resultat ved at have foretaget en stivgøring af knæet (knæartrodese) i stedet for at indsætte en total knæprotese, hvorved risikoen for infektion havde været mindre.

Ved vurderingen blev der lagt vægt på, at der var tale om en ældre mand med dårligt blodomløb i begge ben, hvilket øger risikoen for infektion betydeligt. Henset hertil og til de vanskeligheder, der på grund af hans tidligere knæinfektion kunne forventes med indsættelsen af knæprotesen, fandtes en stivgøring af knæet at være ligeværdig med en knæprotese, uanset at en vellykket knæproteseoperation naturligvis ville gøre patienten mere mobil (99-0821).

Sagen er et eksempel på to operationsmetoder, der normalt ikke kan siges at være ligeværdige som følge af særlige forhold hos en konkret patient, alligevel må betragtes som ligeværdige, når fordele og ulemper ved metoderne vejes op mod hinanden.

2. Stivgøringsoperation som led i et forsøgsprojekt

En 50-årig kvinde, der på grund af lændesmerter i 1984 havde fået foretaget aflastning af rygmarven ud for 5. lændehvirvel, fik igen i sommeren 1996 gener i form af lændesmerter med udstråling til benene. Undersøgelse af patienten viste, at der var indikation for en stivgøringsoperation på det tidligere opererede niveau i lænden.

I oktober 1997 blev patienten indlagt på hospitalet med henblik på operationen, der skulle foretages som led i et forsøgsprojekt, som patienten havde indvilget i.

Operationen blev udført i overensstemmelse med forsøget, der indebar, at patienten først blev opereret gennem ryggen, mens hun lå på maven, og siden at hun blev opereret gennem maven, mens hun var i rygleje.

Man foretog stivgøringsoperation mellem nederste lændehvirvel og korsbenet med indsættelse af knoglegraft, skinner og skruer. I forbindelse med den del af operationen, der foregik, mens patienten lå på ryggen, opstod der en mindre rift på venen ved sammenløbsstedet mellem den ydre og den indre bækkenvene (vena iliaca communis), som blev syet af en tilkaldt karkirurg. Efter lukningen opstod der timeglasformet forsnævring på venen, og man forventede herefter en væskeansamling på venstre ben.

Efter operationen klagede patienten over spænding og omfangsforøgelse af venstre lår, underben og ankel, og hun blev derfor sat i behandling med blodfortyndende medicin og støttestrømper for at forebygge blodpropper som følge af den opståede veneforsnævring.

Siden operationen har patienten haft vedvarende hævelse af venstre ben. Hævelsen tiltager i løbet af dagen og aftager igen om natten. Patienten har tillige gener i form af ændret og til dels ophævet følesans på indersiden af venstre lår.

Da patienten deltog i et forsøg, hvor man forsøgte at mindske reoperationsfrekvensen for stivgørende operationer i lænden, og da der i projektet indgik såvel traditionel operationsteknik som en ny teknik, fandt Patientforsikringen, at skaden i form af den uheldige veneoverskæring og følgerne efter sammensyning af venen kunne anerkendes efter PFL §2, stk. 1, nr. 3. Patientforsikringen lagde herved vægt på, at de to operationsteknikker måtte anses som ligeværdige, og at den indtrådte komplikation med rift i bækkenvenen med overvejende sandsynlighed kunne være undgået, såfremt patienten var behandlet med traditionel operationsadgang gennem ryggen.

Var sagen ikke blevet anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 3, var den blevet afvist, idet behandlingen levede op til den bedste specialiststandard, og patientens gener havde ikke været tilstrækkelig omfattende til at opfylde kravet til relativ alvor i PFL § 2, stk. 1, nr. 4, (97-2572).

Denne sag viser nogle af de momenter der indgår ved vurderingen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 3, og illustrerer afgrænsningen til bestemmelserne om forsøgspersoner. Mens forsøgspatienters ret til erstatning følger patientforsikringslovens almindelige regler, så gælder der en særlig udvidet dækning efter PFL for raske forsøgspersoner.

For raske forsøgspersoner gælder, at dækningen efter PFL også omfatter skader, der ikke opfylder betingelserne i PFL § 2, når blot skaden kan være forårsaget af forsøget. Der gælder altså en formodning for årsagssammenhæng, således at bevisbyrden for denne vendes om. For forsøgspersoner dækkes endvidere også psykiske skader og skader, hvis omfang ikke overstiger kr. 10.000.

Baggrunden for denne forskel i dækningen mellem raske forsøgspersoner på den ene side og forsøgspatienter og andre patienter på den anden side, er et politisk ønske om, at personer, der stiller sig til rådighed for forsøg uden selv at være syge, skal kunne opnå erstatning for enhver skade, de måtte blive påført ved forsøget.

Når patienten er en forsøgspatient, kommer forskellen i dækningen til udtryk ved, at der for at forsøgspatienten kan opnå dækning efter PFL § 2, stk. 1, nr. 3, kræves, dels at der fandtes en anden ligeværdig behandlingsmetode på behandlingstidspunktet, dels at skaden med overvejende sandsynlighed var undgået, hvis denne havde været anvendt. Tilsvarende krav gælder ikke for raske forsøgspersoner.

Den første betingelse vil sjældent give anledning til problemer, idet den traditionelle behandling i hvert fald i forsøgsperioden må betragtes som et ligeværdigt behandlingsalternativ. Også den anden betingelse var opfyldt, fordi skaden med overvejende sandsynlighed var undgået, hvis den traditionelle metode havde været anvendt.

3. Operativ aflukning af halspulsåre ligeværdig med indsættelse af kunststofprotese

En 56-årig mand, der havde haft to tilfælde af venstresidig kraftnedsættelse, fik foretaget en arteriografi (kontraststrøntgenundersøgelse af pulsårerne), der viste næsten total tillukning af højre halspulsåre.

I januar 1998 forsøgte man at foretage oprensning af pulsåren. Denne var meget spinkel, hvorfor indgrebet ikke lykkedes, og man isatte i stedet en kunststofprotese efter at have fjernet den tillukkede del af arterien.

Desværre lukkede kunststofprotesen også til, i hvilken forbindelse der afgik en blodprop fra arterien og satte sig fast i patientens hjerne. Patienten udviklede herved ansigtslammelse og total lammelse af venstre arm samt kraftnedsættelse i venstre ben.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter § 2, stk. 1, nr. 3, idet man fandt, at det havde været en ligeværdig behandlingsmetode, såfremt man ved operationen havde sat en syning omkring arterien (carotis interna) og lukket denne, i stedet for at isætte en kunststofprotese.

Patientforsikringen fandt herefter, at patienten med overvejende sandsynlighed ville have undgået den blodprop der udgik fra operationsstedet og medførte lammelserne. Lægeligt blev det skønnet, at patienten ville have fået ansigtslammelserne, også hvis man havde valgt at tillukke arterien, men at den omfattende kraftnedsættelse i hele venstre side af kroppen kunne have været undgået (98-0336).

4. Medicinsk behandling af mavesår ikke ligeværdig med operation på skadetidspunktet

En 26-årig mand havde gennem flere år lidt af fordøjelsesproblemer og smerter øverst i maven. Han havde gennemgået flere syrehæmmende kure mod mavesår, uden at dette havde haft nogen effekt.

I september 1992 blev patienten indlagt, og man konstaterede et sår på tolvfinger-tarmen. Man tilbød herefter operation med overskæring af syrenerven til mavesækken. Operationen fandt sted i december 1992.

Efter operationen var der tegn på infektion, og manden måtte gennem et langvarigt forløb med mindre og større revisioner af såret samt fjernelse af et arbrok.

Patientforsikringen afviste sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1, da operationen var udført i overensstemmelse med den bedste specialiststandard og på korrekt indikation, idet operationen først var tilbudt efter forgæves forsøg med flere syrehæmmende kure.

Sagen blev endvidere afvist efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, da infektioner efter en operation af den pågældende type, er en velkendt komplikation, hvis følger i form af gentagne sårrevisioner og arbrok ikke opfylder bestemmelsens krav til sjældenhed.

Under sagens behandling blev det fra patientens side gjort gældende, at hele forløbet kunne have været undgået, såfremt man havde valgt en behandling med syrehæmmende medicin og antibiotika, i stedet for operation.

Ved sin afgørelse vedrørende dette spørgsmål lagde Patientforsikringen til grund, at man i dag ved, at mavesår blandt andet skyldes en infektion med bakterien "helicobakter pylori", og at de fleste patienter derfor har god effekt af en behandling med syrehæmmende medicin og antibiotika.

Denne viden om sygdommen og dens behandling var imidlertid så ny i december 1992, at den endnu ikke var almindelig anerkendt i Danmark i et sådant omfang, at den kunne siges at være et ligeværdigt alternativ til operation på behandlingstidspunktet.

På denne baggrund afviste Patientforsikringen ligeledes sagen efter PFL § 2, stk.1, nr. 3, idet betingelserne i denne bestemmelse ikke var opfyldt (97-1433).

Bo v. Eyben behandler problemstillingen i sin bog Patientforsikring (1993) side 144 f., hvor han om kriteriet "ligeværdig" skriver "Det følger endvidere af dette princip, at der ikke kan tages hensyn til efterfølgende lægevidenskabelig indsigt i forholdet mellem forskellige teknikkers eller metoders anvendelighed og værdi. Hvis f.eks. en vis behandlingsmetode på behandlingstidspunktet ikke nød anerkendelse i en sådan grad, at den ud fra specialistmålestokken kunne betragtes som ligeværdig med en anden metode, kan der ikke ydes erstatning efter reglen i nr. 3, selv om der senere indtræder en stigende grad af anerkendelse, således at metoden på det tidspunkt, hvor erstatningssagen skal afgøres, betragtes som ligeværdig med den valgte." Som eksempel på problemstillingen nævnes operationer for mavesår.

3.3.6. Afgørelser efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, (rimelighedsreglen)

1. Brystbensødelæggelse og permanent behov for brystskjold på grund af infektion opstået i tilknytning til hjerte by-pass operation

En 62-årig mand, der havde fået konstateret en alvorlig 3-kars hjertesygdom med betydelig forsnævring af de vigtigste forsyningsgrene til hjertet, fik foretaget by-pass operation på grund af hjertekramper. I efterforløbet opstod der løshed af brystbenet med infektion bag brystbenet og omkring hjertet. Som følge af infektionen mistede patienten det meste af brystkassens forside og måtte gå med fast skjold til beskyttelse af organerne.

Patientforsikringen fandt, at patientens forudbestående hjertesygdom i form af 3-karssygdom med forsnævninger i og omkring hjertet var en så alvorlig grundsygdom, at patienten uden operation kun ville have haft beskeden chance for at overleve et år.

Patientforsikringen fandt endvidere, at der i forbindelse med by-pass operationer hos patienter med 3-kars hjertesygdomme, nedsat venstre ventrikelfunktion og med risikofaktorer som hos den aktuelle patient var en dødelighed på betydeligt over 2% i forbindelse med selve indgrebet eller i det umiddelbare efterforløb.

Operationen var efter patientforsikringens vurdering udført i overensstemmelse med den bedste specialiststandard, og sagen kunne derfor ikke anerkendes efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1.

Infektion i brystbenet er en kendt og frygtet komplikation til by-pass operationer i hjertet, idet den ofte fører til destruktion af større eller mindre dele af patientens brystkasse. Infektionen må betragtes som en uundgåelig komplikation hos patienter, der opereres for hjertesygdomme. Den nedsatte blodforsyning til brystbenet hos disse patienter øger risikoen for infektion.

Efter en samlet vurdering af grundsygdommens alvor og de risici der var forbundet med det hjertekirurgiske indgreb, fandt Patientforsikringen, at den indtrådte skade i form af destruktion af brystbenet og dele af brystkassens forside ikke gik ud over, hvad patienten måtte tåle, og skaden kunne derfor heller ikke anerkendes efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, (98-0980).

Hvis der i tilslutning til en behandling indtræder en uundgåelig skade, vil denne som udgangspunkt ikke kunne anerkendes efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, uanset at den konkrete skade er meget sjælden, hvis der statistisk indtræder skader af tilsvarende eller større omfang efter mere end 2% af behandlingerne af samme type.

I forbindelse med operationer, hvor mortaliteten (dødeligheden) statistisk vides at overstige 2%, må altså døden og dermed også alle andre uundgåelige skader tåles uden erstatning, idet kravet til sjældenhed i PFL § 2, stk. 1, nr. 4, ikke er opfyldt.

2. Tarmlækage efter tyktarmsoperation

En 39-årig mand fik foretaget operation for en udbukning på tyktarmen. Ved operationen blev der fjernet et tarmstykke og anlagt en anastomose (operativ sammensyning af tarmenderne). 5 dage efter operationen fik man mistanke om anastomoselækage (utæthed ved sammensyningen), idet der var opstået bughindebetændelse. Patienten blev derfor opereret akut med oprensning af infektionen og anlæggelse af stomi (fremlæggelse af tarmen til huden). Der var herefter et langvarigt behandlingsforløb med indlæggelse på intensiv afdeling.

Patienten blev efterfølgende indlagt på fysiurgisk hospital med henblik på

genoptræning efter polyneuropati (degenerativ nervesygdom) opstået i tilknytning til det lange sygdomsforløb.

Patientforsikringen vurderede, at tarmoperationen var udført i overensstemmelse med den bedste specialiststandard. Det blev endvidere vurderet, at der opstår anastomoselækage efter mere end 2% af de operationer, hvor der fjernes et tarmstykke med efterfølgende sammensyning af tarmenderne.

På denne baggrund fandt Patientforsikringen, at anastomoselækage, der resulterer i bughindebetændelse og fremlæggelse af tarmen til huden (stomi) optræder for hyppigt efter en operation med fjernelse af et tarmstykke, til at sjældenhedskriteriet i PFL § 2, stk. 1, nr. 4, er opfyldt. Sagen blev herefter afvist, idet skaden ikke gik ud over, hvad patienten burde tåle (98-1594).

Det var afgørende ved vurderingen, at den konkrete skade, bughindebetændelse og stomi, var indtruffet efter en operation med fjernelse af et tarmstykke. Var skaden derimod indtrådt efter en almindelig diagnostisk kikkertundersøgelse, ville den normalt gå ud over, hvad patienten skulle tåle.

3. Paravenøs injektion i forbindelse med kemoterapi

En 48-årig kvinde fik i juli 1998 foretaget delvis fjernelse af venstre bryst på grund af brystkræft. Der blev herefter iværksat intravenøs kemoterapibehandling og strålebehandling mod den resterende del af brystet.

I forbindelse med den første kemoterapibehandling blev det konstateret, at kemovæsken der var anlagt i et drop på armen, var løbet paravenøst (ved siden af venen). Patienten blev sat i relevant behandling og overført til en plastikkirurgisk afdeling, hvor hun fik delhudstransplantation med et stykke hud fra låret til dækning af det beskadigede område på armen.

Patienten havde efter den indtrådte komplikation nedsat følesans på højre hånds 2. og 3. finger samt et stort vansirende ar på højre arm.

Af en indhentet speciallægeudtalelse fremgik det, at prognosen for patientens kræftsygdom var god, og at patientens 5-års overlevelsesprognose var ca. 90% ved behandling med kemoterapi.

Det paravenøse udløb af kemovæske resulterede i et vandsirende ar og nedsat følesans i to fingre på højre hånd.

Henset til patientens helbredelsesprognose og skadens omfang, set i forhold til hendes grundsygdom, fandtes den indtrådte komplikation tilstrækkelig alvorlig og sjælden til, at sagen kunne anerkendes efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, (98-2131).

Paravenøst udløb af kemovæske er en kendt komplikation ved anvendelse af kemoterapi til kræftpatienter. Komplikationen og de skader denne forvolder opstår dog så sjældent, at sjældenhedskriteriet i PFL § 2, stk. 1, nr. 4, altid er opfyldt.

Skaderne består i ætsningsskader i underhud og væv som følge af cellegiftens udløb i dette, og behandlingen består i større eller mindre plastikkirurgiske indgreb afhængig af skadens opfang.

Patientforsikringen foretager ved vurderingen af om også kravet til relativ alvor i PFL § 2, stk. 1, nr. 4, er opfyldt, altid et konkret skøn over forholdet mellem skadens omfang og prognosen for den kræftsygdom, der er årsagen til, at patienten må behandles med kemoterapi

Normalt må disse sager afvises, idet prognosen for patienternes grundsygdom er så dårlig, at ætsningsskaderne uanset deres omfang må tåles uden erstatning.

Den konkrete sag adskiller sig dog ved, at prognosen for patientens kræftsygdom var så god, at skaden efter en samlet bedømmelse gik ud over, hvad hun måtte tåle efter behandling med kemoterapi.

4. Komplikationer efter teknisk vanskelig operation med fjernelse af svulst i kraniet

En 46-årig mand, der oprindeligt blev opereret i 1994 for en svulst i hjernekassens bund, fik ved en kontrolundersøgelse i 1999 konstateret gendannelse af svulsten.

Han blev reopereret i 1999. Operationen forløb planmæssigt, men på anden dagen efter operationen konstaterede man bortfald af begge øjnes synsfelt mod venstre.

I de følgende dage blev det klart, at patienten også led af hukommelses-svigt. Ved CT-scanninger, der blev foretaget i april 1999, fandt man ingen tegn på blodprop, men de viste dog noget forøget hjerne- og rygmærkesvæske. Da man fandt, at denne væskeforøgelse kunne være årsag til patientens udtalte træthed samt hovedpine, tilbød man operativ udtømmelse af væsken.

Der var god effekt af dette indgreb, uden at det dog afhjalp patientens hukommessvigt.

Patientforsikringen vurderede, at behandlingen havde fulgt gældende retningslinier, og at den var udført i overensstemmelse med den bedste specialstand. Patientens efterfølgende tilstand kunne ikke anses for at være tilstrækkelig sjælden og alvorlig til, at den kunne anerkendes efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, når man henså til patientens grundsygdom og de teknisk vanskelige operationer, patienten havde gennemgået, der medførte betydelig risiko for komplikationer (99-1857).

5. Dropfod hos hoftepatient i behandling med blodfortyndende medicin

En 69-årig mand, der i forvejen var i behandling med blodfortyndende medicin på grund af en hjertelidelse, fik indsat en venstresidig hofteprotese. På grund af den forøgede risiko for blødning under indgrebet ophørte man med at give den blodfortyndende medicin nogle dage før operationen.

Forløbet efter operationen blev kompliceret af en stor blødning, hvorefter man kunne konstatere, at patienten havde udviklet en lammelse af peroneusnerven (dropfod).

Patientforsikringen fandt, at dropfoden med overvejende sandsynlighed var en følge af den store blødning efter hofteoperationen, men afviste sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, idet man vurderede, at der hos den konkrete patient ikke var tale om en tilstrækkelig sjælden og alvorlig komplikation til, at den kunne anses for mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed måtte tåle.

Patientforsikringen lagde vægt på, at der forelå en forøget risiko for dan-

nelse af blødning på grund af patientens forudgående behandling med blodfortyndende medicin (99-0812).

Efter Patientforsikringens praksis kan dropfødder som følge af uundgåelige skader på peroneusnerven efter førstegangs hofteoperationer som regel anerkendes efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, idet sådanne skader opfylder bestemmelsens krav til såvel sjældenhed som til relativ alvor.

Den konkrete sag er dog et eksempel på, at der hos den enkelte patient kan være særlige forhold, der øger risikoen for skader af den pågældende type, således at disse ikke opfylder kravene til sjældenhed og relativ alvorlighed i PFL § 2, stk. 1, nr. 4.

6. Skade som følge af anvendelse af blodtomhed

En 36-årig kvinde havde længe været generet af føleforstyrrelser i højre hånd, og hun blev derfor opereret med flytning af nerven til albuebenet. Operationen blev foretaget i blodtomhed. Efterfølgende klagede hun over voldsomme smerter i armen og nedsat følesans svarende til det område, hvor blodtomhedsmanchetten havde været anlagt, og hun udviklede efterhånden svært henfald af de små håndmuskler.

Af en indhentet speciallægeerklæring til sagen fremgik det, at patienten efter operationen havde ophævet følelse og konstante brændende smerter i højre hånds yderste fingre og trækkende op i underarmen til lidt over albuen samt diffus kraftnedsættelse i armen. Disse gener var i øvrigt særligt afgørende for patienten, da hun i forvejen manglede venstre underarm og således var ekstra afhængig af at kunne bruge højre hånd. Dette fik betydning ved opgørelsen af patientens varige mén, jfr. herom under afsnittet afgørelser efter erstatningsansvarsloven.

Patientforsikringen vurderede, at nervepåvirkning er en yderst sjælden komplikation til anvendelse af blodtomhedsmanchet. Set i forhold til patientens grundsygdom og det forventede resultat af behandlingen fandt Patientforsikringen endvidere, at der var tale om en alvorlig skade. Sagen blev herefter anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4 (98-1709).

Sagen er et eksempel på en af de mere sjældne skader opstået efter anvendelse af blodtomhed.

6. Rygmarvspåvirkning opstået, da en tang gled

En 37-årig kvinde blev opereret for en diskusprolaps i halsrygsøjlen ved en såkaldt Cloward-operation, hvor man indsatte en knogleprop. Under indgrebet gled den anvendte tang, og der opstod derved påvirkning af rygmarven. Efterfølgende klagede patienten over kraftige smerter i højre arm og hånd, og man vurderede, at der var opstået en lammelse af bicepsmuskelen på overarmen med nedsat kraft og følesans i hånd og fingre til følge.

Patientforsikringen vurderede, at det forhold at tangen gled under operationen, måtte betragtes som et hændeligt uheld, der ikke skyldtes, at behandlingen havde afvejet fra optimal standard. Patientforsikringen fandt endvidere, at skadens følger, set i forhold til patientens grundsygdom, var tilstrækkelige alvorlige og sjældne til, at sagen kunne anerkendes efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, (98-1285).

7. Infektion i øjet i tilknytning til grå stær operation

Patienten fik foretaget en ukompliceret grå stær operation under anvendelse af ultralydsteknik. Der var dagen efter operationen tilfredsstillende forhold og en synsstyrke på 6/12 (næsten normalt syn).

Patienten fik imidlertid efterfølgende irritative forandringer i øjet, hvorfor man udførte forkammertapning og tapning fra øjets glaslegeme, hvorved udtømtes strågul væske. Man indsprøjtede derpå antibiotika i øjet. Efterfølgende mikrobiologisk undersøgelse viste vækst af bakterien stafylokok aureus.

Der indtrådte efterfølgende nethindeløsning i øjet, hvorfor man indlagde silikoneolie til behandling af nethindeløsningen.

Patienten havde på stationærtidspunktet en synsstyrke på øjet på 2/60 (næsten ophævet syn).

Patienten fandtes berettiget til erstatning efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, idet skaden opstået i tilknytning til grå stær operationen i form af infektion og nethindeløsning fandtes at gå ud over, hvad hun med rimelighed måtte tåle i

forbindelse med den pågældende operation. Der var herved lagt vægt på, at der var tale om en overordentlig sjælden og alvorlig skade, der udløste et varigt mén på 15%.

Infektion i øjet i tilknytning til en grå stær operation indtræder ifølge alle foreliggende oplysninger ekstremt sjældent, hvorfor sjældenhedsbetingelsen i PFL § 2, stk. 1, nr. 4, altid er opfyldt, når der indtræder infektion (endophtalmitis eller panophtalmitis) i tilknytning til en grå stær operation (99-1070).

3.3.7 Afgørelser efter PFL § 3, stk. 1, jfr. § 2, stk. 1, nr. 1, (forkert diagnose eller diagnoseforsinkelse)

1. Udskudt overflytning til næste dag

En 40-årig kvinde blev indlagt på et lokalt sygehus uden karkirurgisk specialafdeling, da hun pludselig fik voldsomme smerter i begge ben og ikke kunne føle sine fødder. På sygehuset blev der konstateret manglende puls i arterierne på underbenene, men pæn puls i arterierne på lårene. Patienten var øm i venstre læg og havde hvide tæer. Hun kunne ikke mærke berøring af venstre fod, men der var normale reflekser og ingen rygsmerter. På baggrund heraf blev det vurderet, at hun havde blodpropper i begge ben.

Sidst på aftenen kontaktede man telefonisk et større sygehus, hvor der var specialafdeling for karkirurgi med henblik på overflytning. Dette blev udskudt, idet man her fandt, at overflytningen kunne afvente til den følgende formiddag. Kvinden blev derfor alene behandlet for smerter natten igennem.

Kvinden udviklede tryksskade (compartment syndrom) og efterfølgende muskellammelse i venstre underben (peroneuspares).

Patientforsikringen anerkendte sagen som en forsinket behandling efter PFL § 3, stk. 1, jfr. § 2, stk. 1, nr. 1. Der blev lagt vægt på, at man på det andet sygehus, på baggrund af kvindens symptomer sidst på aftenen, burde have accepteret overflytning straks, da det første sygehus anmodede herom. Dermed ville muskellammelsen med overvejende sandsynlighed være

undgået. På det første sygehus havde man derimod handlet, som man burde (99-0864/99-0831).

Sagen viser, at også specialafdelingens telefoniske vejledninger af ikke-specialiserede afdelinger på andre sygehuse kan føre til ansvar for specialafdelingen efter patientforsikringsloven, hvis rådgivningen ikke har levet op til bedste specialiststandard, uanset at behandlingen har fundet sted på den ikke-specialiserede afdeling

Derimod kan den ikke-specialiserede afdeling ikke bebrejdes, at rådgivningen er fulgt, uanset at denne senere måtte vise sig at være forkert, idet man på den ikke-specialiserede afdeling må kunne fæste lid til rådgivningen fra specialafdelingen, da man jo netop ikke selv ligger inde med den viden, der er nødvendig for at kunne foretage en faglig efterprøvelse af rådgivningen.

Optimal behandlingsstandard på den ikke-specialiserede afdeling består således i at vide, hvornår det er relevant at søge rådgivning fra specialafdelingen og eventuelt efter aftale at overflytte patienten til denne.

2. Brud overset ved tomografiundersøgelse

En 65-årig mand blev indlagt på sygehuset efter at være faldet 5-6 trin ned ad en betontrappe, hvorved han havde slået hovedet og nakken.

Man foretog en røntgenundersøgelse og en specialrøntgenundersøgelse (tomografi) og fandt ikke tegn på brud eller ledscred. Man konstaterede imidlertid en lidt ejendommelig knækdannelse omkring 6. nakkehvirvel, hvilket man tilskrev patientens grundsygdom Morbus Bechterew (rygsygdom der giver stivhed som følge af sammenvoksning af småleddene). Henset til at patientens smerter var aftagende, fandt man ikke indikation for anvendelse af halskrave, og patienten blev udskrevet 2 dage efter indlæggelsen.

To dage efter udskrivelsen blev patienten indlagt på ny, idet han den foregående aften havde fået voldsomme smerter i nakken, da han var gået i seng. På indlæggelsesdagen havde patienten tiltagende lammelser og kraftnedsættelse i både arme og ben, han havde en lidt vattet følesans i samtlige fingre, højre pupil var en anelse mindre end venstre pupil, og endelig var han ikke i stand til at lukke munden helt.

Grundet tiltagende lammelse blev patienten overflyttet til et andet sygehus. En MR-scanning foretaget samme dag viste en brudlinie mellem 5. og 6. nakkehvirvel, hvor der havde dannet sig en større blodansamling, der trykkede på rygmarven og var årsag til lammelserne. Samme dag foretog man en stabilisering af bruddet og fjernede blodansamlingen.

Patientforsikringen fandt, at sagen var omfattet af PFL § 3, stk. 1, jfr. § 2, stk. 1, nr. 1, idet optimal behandling havde tilsagt, at man have diagnosticeret bruddet/glidningen mellem 5. og 6. nakkehvirvel på baggrund af tomografibillederne, hvoraf bruddet fremgik og på baggrund af disse henvist patienten til videre neurokirurgisk behandling med henblik på stabilisering af bruddet.

Det blev samtidig fundet overvejende sandsynligt, at man ved en tidligere operation af bruddet kunne have begrænset blodansamlingens omfang samt dens tryk på rygmarven og dermed også de varige lammelser, som trykket forårsagede (98-2045).

Sagen illustrerer en af de mest almindelige typer af diagnoseforsinkelser, nemlig brud der overses på røntgenbilleder. Betingelsen for at disse sager kan anerkendes er, at den gode specialist, uden kendskab til de efterfølgende fund, ville have stillet diagnosen på baggrund af de primære røntgenbilleder.

Ved vurderingen af disse sager foretager Patientforsikringens lægekonsulenter derfor en gennemgang af røntgenbillederne fra den primære undersøgelse for at se, om bruddet fremgår så klart af disse, at den gode specialist ikke ville have overset det. Kun hvis dette er tilfældet, er sagen til anerkendelse.

3. Fejlagtig parkinsondiagnose til patient med anden sygdom

En 50-årig kvinde fik i 1991 stillet diagnosen Parkinsonisme på grundlag af en række symptomer i form af træge legemsbevægelser, reduceret ansigtsmimik, slæbende og langsomme skridt samt vanskeligheder ved finkoordination. Hun rystede derimod ikke.

Patienten blev sat i behandling med antiparkinson medicin for at afprøve en eventuel behandlingseffekt af medicinen. Da patienten umiddelbart

herefter fik det markant bedre, mente man sig sikker med hensyn til diagnosens rigtighed.

I marts 1994 fandtes patienten imidlertid symptomfri i en sådan grad, at man overvejede, hvorvidt patienten overhovedet havde Parkinson. Man valgte dog at fastholde behandlingen, idet diagnosen tidligere var stillet af flere speciallæger, og idet patientens symptomfrihed netop kunne tyde på, at hun havde god effekt af antiparkinson behandlingen.

I 1997 valgte patienten selv at ophøre med behandlingen, idet hun havde fået mistanke om, at hun ikke led af Parkinsonisme. Efterfølgende kunne det konstateres, at patienten slet ikke havde haft sygdommen, idet der ved behandlingens ophør ikke længere fandtes tegn på Parkinsonisme. Patienten klagede over fejldiagnosen og de forbigående bivirkninger til antiparkinson medicinen.

Uanset dette blev sagen afvist, idet Patientforsikringen fandt, at patienten var blevet undersøgt og behandlet i overensstemmelse med bedste specialiststandard, eftersom hun forud for behandlingen havde udvist symptomer på Parkinsonisme, ligesom hun havde opnået overordentlig god effekt af behandlingen mod Parkinsonisme, hvorved diagnosemistanken var blevet yderligere bestyrket.

Patientforsikringen lagde herved vægt på, at Parkinsonisme, selv for en specialist på området, er en yderst vanskelig diagnose at stille, hvilket illustreres af, at antallet af fejldiagnoser på dette område antages at ligge på omkring 20% (99-0010).

Sagen er et eksempel på, at visse diagnoser kan være så vanskelige at stille, at selv den bedste specialist kan tage fejl, uden at patienten derved bliver berettiget til erstatning efter patientforsikringsloven.

4. Forbytning af leverprøve

En 58-årig mand fik, i forbindelse med udredning af gener i form af feber, vægttab og træthed i april 1998, foretaget en ultralydsscanning af leveren. Undersøgelsen viste flere cyster samt en svulst i højre leverlap. Man foretog herefter finnålsbiopsi i højre leverlap med henblik på yderligere diag-

nosticering. Vævsprøverne blev sendt til undersøgelse på Patologisk Institut.

Af svaret fra Patologisk Institut fremgik det, at der var tale om kræftceller. Man fandt, at der kunne være tale om enten en primær leverkræft eller om kræftceller udgående fra en kræftsvulst uden for leveren. Patienten fik besked om biopsisvaret og udredningsplanen.

I den mellemliggende periode havde patienten fået det fysisk bedre, og han følte sig knap så træt, ligesom temperaturen var ved at blive normaliseret. Endelig var appetitten også blevet bedre.

I den efterfølgende periode undergik patienten en lang række undersøgelser for at afklare, om det lavt differentierede adenokarcinom var en primær leverkræft eller en metastase fra en kræftsvulst uden for leveren.

Trods gentagne leverbiopsier fandt man ingen tegn på kræftsygdom. Dette sammenholdt med, at patienten i undersøgelsesforløbet var blevet feberfri og var i bedring, førte til, at man undersøgte, om der på sygehuset kunne være sket en forbytning af patientens biopsipræparat med en anden patients præparat fra samme dag.

Det viste sig, at der samme dag havde været en anden patient til leverbiopsi, som havde multiple levermetastaser. Der var således sket en forbytning af biopsipræparaterne på Patologisk Institut. Den korrekte beskrivelse af den 58-årige mands præparat var, at materialet var uegnet til diagnostisk vurdering. Manden blev orienteret om forbytningen i juni 1998.

Undersøgelsesforløbet påviste forandringer i patientens lever, som utvivlsomt ville have ført til undersøgelser med henblik på at afklare årsagen til såvel patientens symptomer som leverforandringerne, men disse undersøgelser ville ikke have været af et omfang, som de undersøgelser patienten fik foretaget som følge af forbytningen.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 3, stk. 1, jfr. § 2, stk. 1, nr. 1, idet det ikke harmonerer med bedste specialiststandard at forbytte en patients biopsi med en anden patients biopsi. Patienten blev tilkendt godtgørelse for svie og smerte og varigt mén på grund af det intensive og belastende undersøgelsesforløb, der havde givet fysiske gener (98-1999).

5. Forsinket diagnose af brystkræft, dog uden fysisk skade

En 37-årig kvinde havde bemærket en knude i sit ene bryst, hvorfor hun fik foretaget mammografi (røntgenundersøgelse af brystet) på hospitalet. Mammografien viste tegn på øgede mængder af kirtelvæv i brystet men uden tegn på knuder og en enkelt lymfeknude i forreste del af armhulen. Man afsluttede derpå behandlingen.

Patienten blev dog godt et halvt år senere henvist til ny mammografi, idet hun havde fået tiltagende ømhed af knuden. Man udførte derpå ny mammografi og biopsi, som viste en ondartet knude i brystet.

Patienten fik herefter fjernet brystet og fjernet alle lymfeknuder i armhulen, ligesom man efterfølgende iværksatte kemoterapi. Mikroskopiundersøgelsen af den fjernede knude og de fjernede lymfeknuder viste, at der var tale om en lokal knude (anaplasigrad II) uden spredning til lymfekirtlerne.

Patientforsikringen indhentede en speciallægevurdering af mammografibillederne, som fastslog, at vurderingen af disse havde været i overensstemmelse med optimal lægelig standard.

Patientforsikringen indhentede endvidere en onkologisk speciallægevurdering fra en kræftspecialist, som konkluderede, at man i forbindelse med den primære mammografi burde have udført en klinisk undersøgelse og eventuel biopsi, på hvilken baggrund man med overvejende sandsynlighed ville have fundet forhold svarende til en ondartet knude i brystet allerede på dette tidspunkt.

Det kunne imidlertid samtidig konkluderes, at behandlingsstrategien ville have været nøjagtig den samme, selvom man havde opdaget kræftknuden allerede i forbindelse med den primære undersøgelse. Det kunne endvidere konkluderes, at patientens overlevelseshesprognose ikke med overvejende sandsynlighed var blevet forringet som følge af den forsinkede diagnose/behandling af brystkræften, i hvilken forbindelse det blev oplyst, at patientens aktuelle 5-årige overlevelseshesprognose var 95%.

Patientforsikringen fandt under disse omstændigheder, at diagnosen af brystkræften var blevet forsinket. Da behandlingen imidlertid ikke var blevet ændret og overlevelseshesprognosen ikke forringet, var patienten dog ikke

påført en fysisk skade, og hun var derfor ikke berettiget til erstatning efter lov om patientforsikring, jfr. PFL § 1, stk. 1 og § 2, stk. 1, (98-0767).

En betingelse for at der kan ydes erstatning efter patientforsikringsloven er, at patienten er påført en fysisk skade som følge af behandling eller mangel på samme. En behandlingsforsinkelse som følge af, at undersøgelserne af patienten ikke har levet op til den bedste specialiststandard udløser således ikke automatisk erstatning. Hvis patienten, som det var tilfældet i den aktuelle sag, er raskmeldt i forsinkelsesperioden uden væsentlige gener, og hvis behandlingsens art og omfang samt helbredelsesprognosen efter endt behandling ikke er ændret som følge af behandlingsforsinkelsen, har patienten ikke lidt en fysisk skade som følge af denne. Sager af denne karakter vil derfor blive afvist med henvisning til grundbetingelserne i PFL § 1, stk. 1, jfr. § 2, stk. 1.

3.3.8. Afgørelser efter PFL § 3, stk. 2, (culpa)

1. Patient klemmt mellem to hospitalssenge

En 71-årig mand lå i sin seng på en røntgenafdeling, hvor han ventede på at blive kørt tilbage til et sengeafsnit. Medens patienten ventede, kom en portør kørende med en anden seng i høj fart forbi patientens seng. I forbindelse med at sengene passerede hinanden, fik patienten klemmt højre hånd voldsomt mellem sengene. En efterfølgende røntgenundersøgelse viste et brud på 4. håndrod.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 3, stk. 2, idet man ikke fandt, at den i uheldet involverede portør havde udvist den fornødne agtpågivenhed. I tilslutning hertil vurderede man, at såfremt portøren i fornødent omfang havde taget hensyn til forholdene, kunne uheldet være undgået (99-1063).

2. Brud på achillessenen i forbindelse med genoptræning

En 47-årig mand deltog efter en hjerteoperation på et genoptræningshold i sygehusets fysioterapi, hvor han spillede badminton efter forudgående opvarmning. I forbindelse med badmintonspillet strakte han sig efter en bold, hvorefter han mærkede et smæld i højre achillessene. Umiddelbart herefter

blev patienten behandlet på skadestuen, hvor man konstaterede, at achillessenen var bristet.

På baggrund af oplysningerne i sagen vurderede Patientforsikringen, at det opståede uheld ikke kunne henføres til en sådan fejl eller forsømmelse fra sygehusets side, at der var grundlag for erstatningsansvar, og sagen blev derfor afvist efter patientforsikringslovens PFL § 3, stk. 2.

I vurderingen heraf lagde man vægt på, at genoptræningen på sygehuset var sket på forsvarlig vis efter de sædvanlige retningslinier, og uheldet måtte derfor betragtes som et hændeligt uheld, som det ikke ved planlægningen af genoptræningen havde været muligt at forudse og derved forhindre (99-1194).

3. Dødsfald efter rygning i sengen

En 51-årig mand blev indlagt på grund af mistanke om en hjernesvulst samt lungekræft. Han var præget af lammelser i begge sine ben, og man mente, at behandlingsmulighederne var udsigtsløse, hvorfor han blev skrevet op til en plejehjemsplads.

Få dage efter konstaterede man om natten, at der var ild i patientens seng. Efter at sygehusets personale forgæves havde forsøgt selv at slukke ilden, blev brandvæsenet kontaktet. Patienten pådrog sig 3. grads forbrændinger og afgik senere på morgenen ved døden. En obduktion viste, at dødens indtræden skyldtes de alvorlige brandsår hos en i forvejen svækket patient.

De pårørende anførte i anmeldelsen til Patientforsikringen, at patienten var lam i den ene side af kroppen, og at han var ude af stand til at vende sig om efter kaldesnoren. De anførte endvidere, at de vidste at han havde cigaretter og lighter i sit sengebord, men at de aldrig havde set ham ryge. Endelig fremførte de, at brandfolkene kom for sent, og at det på grund af forholdene på stedet ikke var muligt at slukke ilden hurtigere.

Patientforsikringen fandt ikke, at der var grundlag for at pålægge sygehuset erstatningsansvar efter de almindelige erstatningsregler i dansk ret, jfr. PFL § 3, stk. 2.

På baggrund af politirapporten og de indhentede oplysninger fra sygehuset, fandt Patientforsikringen det mest sandsynligt, at årsagen til branden var mandens rygning i sengen, idet brandtilsynet efterfølgende fandt en cigaretpakke og en lighter i mandens seng.

Patientforsikringen lagde endvidere vægt på, at manden var blevet informeret om, at rygning på sygehusets område skulle foregå i særlige opholdsstuer indrettet dertil, og at sygehuset ikke tidligere havde oplevet manden ryge, hvorfor der ikke var grund til at være ekstra opmærksom på manden den pågældende nat. Endelig fandt Patientforsikringen, at slukningsudstyret havde fungeret efter hensigten, og at sygehusets personale havde handlet relevant i den konkrete situation (99-0441).

Den citerede sag adskiller sig betydeligt fra de culpasager, Patientforsikringen normalt vurderer i henhold til PFL § 3, stk. 2. Sagen viser dog, at Patientforsikringen i enkelte meget sjældne situationer kan blive tvunget til at foretage ansvarsvurderinger uden for vores egentlige kernekompetenceområde, nemlig de medicinsk/juridiske vurderinger, som patientforsikringslovens øvrige ansvarsbestemmelser lægger op til.

I den konkrete sag blev der derfor, i overensstemmelse med almindelig erstatningspraksis, indhentet oplysninger vedrørende de efterfølgende brandtekniske undersøgelser, herunder blandt andet oplysninger om årsagen til brandens opståen, sikkerhedsudstyr og brandslukningstekniske rutiner. Disse oplysninger blev, sammen med resultatet af den politimæssige efterforskning af ulykken, lagt til grund ved Patientforsikringens vurdering af sagen.

Da Patientforsikringen således ikke i enhver situation har de fornødne forudsætninger for at vurdere ansvar og handlinger i sager som den pågældende, vil resultatet af sådanne sager i betydelig grad afhænge af resultatet af den politimæssige efterforskning af ulykken.

4. Faldt under ophold på sygehus

En 67-årig kvinde fik på grund af slidgigt indsat to kunstige hofter. Røntgenbillederne viste god stilling af proteserne og 3 dage efter operationen, begyndte man på at mobilisere patienten.

5 dage efter operationen fik patienten et ildebefindende, mens hun stod i et gangstativ. Hun faldt og slog højre hofte, der gik af led. Det var som følge af uheldet nødvendigt med 2 nye operationer, hvor man først satte hoften på plads og senere fjernede knoglenydannelse omkring hoften.

Vedrørende uheldet oplyste patienten, at det skete, da hun stående i et gangstativ fik skiftet bandage. Hun advarede sygehuspersonalet om, at hun var utilpas, men de reagerede ikke før hun faldt om. Sygehuset bekræftede, at patienten faldt i forbindelse med et ildebefindende.

Patientforsikringen afviste at anerkende sagen efter PFL § 3, stk. 2, da uheldet ikke kunne henføres til fejl eller forsømmelser fra sygehusets side.

Patientforsikringen lagde vægt på, at det 5 dage efter operationen var for svarligt at lade patienten gå og stå. Der var ikke oplysninger om, at patienten i dagene inden uheldet var utilpas eller svimmel, og da uheldet skete, havde patienten støtte fra et gangstativ.

Patientforsikringen lagde endvidere vægt på, at sygehuset ikke kunne bekræfte patientens oplysninger om, at hun umiddelbart inden uheldet havde advaret personalet. Det er patienten, der har bevisbyrden for, at uheldet skyldes fejl eller forsømmelser fra sygehusets side. Når der er uenighed mellem patienten og sygehuset, vil patienten som regel ikke kunne løfte denne bevisbyrde, medmindre vidner eller omstændighederne i øvrigt støtter patientens oplysninger.

På den baggrund vurderede Patientforsikringen, at det ikke kunne godtgøres, at uheldet skyldtes fejl eller forsømmelser fra sygehusets side, og patienten var derfor ikke berettiget til erstatning (98-2174).

Patientforsikringen har i henhold til PFL § 13 pligt til at søge sagen oplyst bedst muligt, inden der træffes afgørelse i denne. I en sag som den aktuelle vil Patientforsikringen derfor normalt bede alle tilstedeværende dvs. behandlerpersonale, patient og eventuelle medpatienter, med erindring om ulykken, om skriftligt eller eventuelt telefonisk over for Patientforsikringen at berette, hvad de har oplevet omkring ulykken. Disse forklaringer sammenholdes med eventuelle oplysninger i patientens journal og i sygeplejekardex, og først når alle disse oplysninger er skaffet, foretager Patientforsikringen en vurdering af sagen.

Det hænder imidlertid, at der hverken er oplysninger om det passerede i journalmaterialet eller i kardex, og at ingen medpatienter var til stede ved ulykken. Hvis sygehuspersonalet og patienten i denne situation har to modsatrettede forklaringer vedrørende omstændighederne, der førte til ulykken, og intet synes særligt at kunne støtte patientens forklaring, så må sagen afvises med henvisning til, at patienten ikke har løftet bevisbyrden for det culpøse forhold.

4. Erstatningsberegning

4.1. Gennemgang af erstatningsansvarslovens regler

Patientforsikringen skal ifølge PFL § 5 fastsætte erstatningerne efter reglerne i erstatningsansvarsloven (EAL). I det følgende gengives i hovedtræk, hvilke poster erstatningsansvarsloven giver mulighed for at erstatte. Det skal understreges, at det, der kan erstattes, er følgerne af patientskaden og ikke følgerne af den sygdom eller lidelse, som patienten blev indlagt for (grundlidelsen).

Helbredelsesudgifter og andet tab omfatter rimelige udgifter til eksempelvis medicin, læge og behandlingsudgifter. Ligeledes kan eksempelvis rimelige transportudgifter til og fra sygehuset samt omkostninger til hjælpemidler erstattes. Normalt kan disse krav dog kun erstattes frem til stationærtidspunktet, dvs. *det tidspunkt, hvor patientens helbredstilstand selv ved yderligere behandling ikke kan forventes at blive bedre*. Der er dog en række undtagelser fra denne hovedregel, hvorfor der i visse tilfælde kan ydes erstatning for posterne ud over stationærtidspunktet, eksempelvis i form af livsvarige udgifter til f.eks. medicin eller behandlinger som følge af skaden. I et vist omfang kan sådanne fremtidige udgifter kapitaliseres og erstattes som en engangsydelse. Dette gælder såvel receptpligtig medicin som håndkøbsmedicin, for så vidt der er lægelig dokumentation for nødvendigheden heraf.

Som eksempler på "andet tab" kan nævnes de økonomiske tab, der kan opstå som følge af forlængelse af et uddannelsesforløb, udgifter til hjemmehjælp, hundepasning mv.

Tabt arbejdsfortjeneste. Er der forskel på den ydelse, man har modtaget, mens man var syg, og den løn, man ville have modtaget, såfremt skaden ikke var indtruffet, kan denne forskel erstattes. Typisk er der tale om forskellen mellem den forventede løn og de sygedagpenge, der er modtaget i perioden fra patientskadens indtræden frem til stationærtidspunktet, eller til arbejdet genoptages.

Svie og smerte godtgøres ligesom erstatning for tabt arbejdsfortjeneste frem til det tidspunkt, hvor arbejdet genoptages, eller hvor tilstanden er medicinsk stationær. Det skal nævnes, at i lighed med en lang række andre

poster efter erstatningsansvarsloven er der også undtagelser fra denne hovedregel. Der er således domspraksis for, at man i de situationer, hvor patienten genoptager sit arbejde på trods af stærke smerter, kan yde en godtgørelse for svie og smerte, der typisk fastsættes skønsmæssigt. I sager, der afgøres efter patientforsikringsloven, har patienten ofte, uden at der har været tale om en egentlig forlængelse af sygeperioden, haft et værre forløb på grund af patientskaden. Også i sådanne tilfælde vil der kunne ydes en skønsmæssig godtgørelse.

Godtgørelsen udgør pr. 1. januar 2000 henholdsvis 170 kr. pr. sengeliggende dag og 80 kr. pr. ikke-sengeliggende dag. Overstiger godtgørelsen 25.000 kr., vil den godtgørelse, der skal ydes herefter, blive fastsat skønsmæssigt. Ved skønnet vil der blive lagt vægt på varigheden af sygdomsperioden, antallet af indlæggelser, omfanget af smerter mv.

Godtgørelse for varigt mén. Har skaden medført varige ulemper i skadelidtes daglige livsførelse, som ikke er af økonomisk art, kan der ydes godtgørelse for varigt mén. Det er dog en betingelse, at ménet, *som følge af patientskaden*, udgør mindst 5%. Ménen fastsættes i procent, og godtgørelsen udgør pr. 1. januar 2000, 3.325 kr. pr. méngrad. Méngraden fastsættes ud fra tilstanden på afgørelsestidspunktet, dog tidligst på det tidspunkt, hvor tilstanden ud fra en lægelig vurdering er medicinsk stationær. Godtgørelsen udbetales som et engangsbeløb. Der er fastsat regler om nedsættelse af méngodtgørelsen, og såfremt patienten på skadetidspunktet er fyldt 60 år, nedsættes godtgørelsen med 5% for hvert år, man på skadetidspunktet er over 59 år. Dog kan godtgørelsen maksimalt nedsættes med 50%.

Erstatning for **tab af erhvervsevne** ydes, såfremt skaden vil medføre en varig indtægtsnedgang, eller såfremt det må forventes, at de fremtidige muligheder for at bibeholde den nuværende indtægt er blevet væsentligt forringet.

Kort beskrevet udgør erhvervsevnetabet forskellen mellem den fremtidige indtægt, som man kunne have forventet, hvis skaden ikke var sket, og den indtægt, som man efter skaden har mulighed for at opnå ved en rimelig udnyttelse af erhvervsevnen. På grundlag heraf fastsættes erhvervsevnetabsprocenten. Erstatningen for erhvervsevnetab beregnes som patientens årsløn 12 måneder før skaden ganget med en faktor på 6 og herefter ganget med erhvervsevnetabsprocenten. I mange tilfælde må årslønnen dog fast-

sættes mere skønsmæssigt. Det skal anføres, at årslønnen maksimalt pr. 1. januar 2000 kan andrage 581.500 kr. Erstatningen kan således maksimalt andrage 3.489.000 kr. Der ydes ikke erstatning, hvis erhvervsevnetabsprocenten, for så vidt angår skaden, skønnes at udgøre under 15%. Erstatningen for erhvervsevnetab nedsættes også på grund af alder, nemlig med $8\frac{1}{2}\%$ for hvert år man på skadetidspunktet var ældre end 55 år.

Børn eller unge under uddannelse og hjemmearbejdende uden løn, som ikke eller kun i begrænset omfang har erhvervsindtægt, har også mulighed for at få tilkendt erstatning for erhvervsevnetab. I disse tilfælde anvendes nogle særlige beregningsregler i EAL § 8. Erstatning beregnes som en procentdel af méngodtgørelsen. Ved eksempelvis en méngrad på 50% udgør erhvervsevnetaberstatningen 200% af méngodtgørelsen.

I henhold til EAL er det også muligt at få erstattet **tab af forsørger** samt udgifter til **begravelsesomkostninger**. Afgår en patient ved døden som følge af skaden, kan skadelidtes ægtefælle/samlever eller efterladte børn få erstatning for forsørgertab. Erstatningen til ægtefællen udgør 30% af den erstatning, afdøde ville have haft krav på ved et fuldstændigt tab af erhvervsevnen. Børn tilkendes en erstatning svarende til de børnebidrag, som afdøde kunne være pålagt at betale til barnet på uheldstidspunktet frem til det fyldte 18. år.

Det skal nævnes, at patienten i henhold til EAL har adgang til at få sagen genoptaget, såfremt der er indtrådt uforudsete ændringer i patientens helbredstilstand, således at méngraden må antages at være væsentligt større end først antaget.

Man bør være opmærksom på, at Patientforsikringens fastsættelse af erstatninger og godtgørelser ofte skal foretages i sager, hvor patienten i forvejen lider af en invaliderende sygdom, og hvor patienten, selv under de bedst mulige forhold, ville have haft et langvarigt sygeleje som følge af den oprindelige lidelse, og også ville have haft varige gener som følge heraf.

Patientforsikringen skal alene tilkende godtgørelse for det yderligere varige mén eller den yderligere svie og smerte samt erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og erhvervsevnetab, der er forårsaget af patientskaden. Derfor må Patientforsikringen også foretage en vurdering af, hvad følgerne af den oprindelige lidelse ville have været uden skaden.

Denne vurdering er ofte meget vanskelig.

Som det fremgår af foranstående, har erstatningsansvarsloven givet nogle rimelig faste rammer for udmåling af erstatning for personskade. I praksis er det dog ofte vanskeligt at fastsætte den korrekte erstatning, dels fordi en række erstatningsposter bygger på vanskelige lægelige skøn, dels fordi der er poster, som er forbundet med en vis fortolkningstvivel.

4.2. Eksempler på erstatningsberegning

Erstatningsretlige problemstillinger

EAL § 1

1. Psykologudgifter

I en sag om fastsættelse af erstatning som følge af et 5-årigt barns dødsfald blev der fremsat krav om erstatning for udgifter til psykologbehandling til barnets far samt godtgørelse for svie og smerte til begge forældre.

Patientforsikringen henviste til, at det er dansk rets hovedregel, at det kun er den skadelidte person selv, der er berettiget til erstatning (barnet) og ikke andre (forældrene), som indirekte lider tab ved personskaden.

For så vidt angik faderens psykologudgifter fandt Patientforsikringen heller ikke, at disse kunne dækkes.

Patientforsikringen henviste endvidere til dommen U1988.166H, hvor der ikke blev ydet erstatning til en mor, der pådrog sig et psykisk traume som følge af en ulykke, der overgik hendes barn.

I Højesterets dom U1997.721H blev der tilkendt erstatning og godtgørelse til en mor, der i forbindelse med en brandulykke forgæves forsøgte at redde sin søn og derved påførtes et traumatisk chok. Denne dom adskiller sig fra nærværende sag og fra dommen i U1988.166H ved, at moderen ved brandulykken selv var i overhængende fare, hvilket ifølge retspraksis anses for en nødvendig betingelse for tilkendelse af erstatning for chokskader.

Patientforsikringen fandt således ikke, at barnets forældre var berettiget til erstatning for psykologudgifter og godtgørelse for svie og smerte (98-0224).

2. Afvist erstatning for forsinkelse af uddannelsesforløb

En 43-årig kvinde blev i februar 1997 opereret for galdesten. I forbindelse med operationen skete der en læsion af den dybe galdegang. Sagen blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4.

Patienten blev tilkendt godtgørelse for svie og smerte samt varigt mén. Patientforsikringen fandt imidlertid ikke, at patienten var berettiget til erstatning for forsinkelse af uddannelsesforløb.

Ved vurderingen af sagen lagde Patientforsikringen vægt på, at patienten på tidspunktet for patientskadens indtræden endnu ikke havde ansøgt om optagelse på den aktuelle uddannelse, og at hun derfor hverken var optaget på eller startet på den pågældende uddannelse på skadestidspunktet. Patientforsikringen fandt ikke, at der i et sådant tilfælde var mulighed for at tilkende erstatning for forsinkelse af uddannelse (97-0567).

3. Ikke erstatning for fremtidige udgifter til havehjælp mv.

En 74-årig mand fik foretaget knæalloplastik, men der opstod efterfølgende problemer med blodforsyningen til foden, og det endte med, at man måtte amputere benet under knæet. Dette forhold blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4.

I forbindelse med erstatningsopgørelsen blev det oplyst, at patienten som følge af skaden ikke længere kunne deltage i de såkaldte "Grønne Dage", hvor ejendommens beboere vedligeholder fællesarealerne. Han forventede derfor, at dette ville medføre udgifter på 1.500,00 kr. 4 gange årligt, for hvilke han rejste krav om erstatning.

Ligeledes rejste patienten krav om erstatning for forventede udgifter til havehjælp, bilpasning/vask, pasning af hus og snerydning, i alt anslået ca. 20.000,00 kr. om året.

Efter EAL § 1, stk. 1, kan der ydes erstatning for fremtidige udgifter, hvis disse kan sandsynliggøres med betydelig sikkerhed, og alene hvis der er tale om udgifter der har til formål at søge den skadelidte helbredt, eller som står i umiddelbar forbindelse med skadelidtes helbredelse. Herudover skal udgifterne naturligvis være afholdt som følge af den anerkendte skade.

I det konkrete tilfælde var der tale om udgifter af usikker karakter, der ikke stod i direkte forbindelse med skadelidtes helbredelse, og Patientforsikringen vurderede derfor, at udgifterne ikke kunne dækkes særskilt med henvisning til EAL § 1.

For god ordens skyld blev det ved afgørelsen tilføjet, at patienten i hvert fald i et vist omfang ville have været afskåret fra at varetage de nævnte opgaver, også selvom patientskaden ikke var indtrådt (98-0513) .

Patientforsikringens praksis med hensyn til at erstatte fremtidige endnu ikke afholdte udgifter er i flere konkrete sager tiltrådt af Patientskadeankenævnet. Fremtidige udgifter har i sagens natur en mere usikker karakter, end de forskellige udgifter den skadelidte allerede har afholdt i umiddelbar forbindelse med patientskaden. Patientforsikringen finder det derfor rigtigst og i overensstemmelse med domspraksis, at der til disse udgifter stilles særlige krav både til disse kravs sandsynliggørelse og til deres sammenhæng med patientens helbredelse.

Fremtidig udgifter af mere usikker karakter og uden direkte sammenhæng med patientens helbredelse må afholdes gennem de varige godtgørelses- og erstatningsposter i EAL § 4 og §§ 5-7.

EAL § 2

1. Erstatning for tabt arbejdsfortjeneste skulle ikke reduceres med en udbetalt fratrædelsesgodtgørelse

En 58-årig kvinde havde på skadetidspunktet været ansat i det samme rengøringsjob i 19 år, hvor hun arbejdede 15 timer ugentligt.

Som følge af patientskaden blev patienten den 4. december 1992 opsagt med forkortet varsel efter 120 sygedage i henhold til funktionærlovens § 5,

stk. 2, med fratræden 31. januar 1993. Patienten modtog ved fratrædelsen i henhold til funktionærlovens § 2a, stk. 1, en fratrædelsesgodtgørelse svarende til 3 måneders løn som følge af det lange ansættelsesforhold.

Patientforsikringen fandt, at patienten i den erstatningsberettigende periode var berettiget til erstatning for tabt arbejdsfortjeneste svarende til forskellen mellem den forventede indtægt, såfremt patienten var fortsat med arbejdet som rengøringsassistent 15 timer ugentligt, og den tilkendte førtidspension. Patientforsikringen fandt ikke, at erstatningen skulle reduceres med den udbetalte fratrædelsesgodtgørelse.

Der blev ved afgørelsen lagt vægt på, at retten til fratrædelsesgodtgørelsen var optjent under hele ansættelsesforløbet uafhængigt af den indtrådte skade, og at udbetalingen, der var et engangsbeløb svarende til 3 måneders løn, blev udbetalt som følge af opsigelsen, uanset hvad der var årsagen til denne (99-1523).

EAL § 3

1. Arbejdet genoptaget før stationærtidspunktet

En 55-årig mand havde som følge af patientskaden fået en forlængelse af sygeperioden svarende til 15 ikke-sengeliggende dage. Han var derfor berettiget til takstmæssig godtgørelse for svie og smerte efter EAL § 3, 1. pkt.

Han havde herefter genoptaget sit arbejde mere end 2 måneder før stationærtidspunktet, men var i starten meget lidt arbejdsduelig.

Patientforsikringen fandt, at han var berettiget til skønsmæssig godtgørelse for svie og smerte for tidspunktet fra arbejdets genoptagelse og frem til stationærtidspunktet efter EAL § 3, 2. pkt.

Ved den skønsmæssige fastsættelse lagde Patientforsikringen vægt på, at patienten i den første periode efter arbejdets genoptagelse havde haft betydelige gener som følge af patientskaden.

Den skønsmæssige godtgørelse blev fastsat til kr. 2.000,00 (99-0171).

Godtgørelsen var i denne sag meget skønspregt, idet det ikke nærmere var oplyst i hvor lang en periode efter arbejdets genoptagelse patienten var forhindret i at varetage sine tidligere arbejdsopgaver fuldt ud.

Der er i retspraksis ikke klart taget stilling til, hvordan en skønsmæssig godtgørelse skal fastsættes. Der synes dog at være enighed om, at der skal tages udgangspunkt i taksten for oppegående sygedage, hvilket i den aktuelle sag var 70 kr. pr. dag, idet den skadelidte jo ikke var sengeliggende. Endvidere er der i en række domstolsafgørelser tilkendt en godtgørelse, der nærmer sig halvdelen af normaltaksten, altså ca. 35 kr. pr. dag, men der findes også domme der tilkender både fuld godtgørelse og slet ingen godtgørelse, uanset at arbejdet kun er genoptaget med betydeligt besvær.

De afgørende kriterier bliver omfanget af generne og disses betydning for arbejdets udførelse.

2. Fradrag i erstatningsperioden svarende til forløbet af optimal behandling

En 48-årig kvinde fik udført kikkertoperation med fjernelse af galdeblæren. Den dybe galdegang blev fejlagtigt delt, hvorfor operationen blev ændret til åben operation, hvor galdegangen blev syet sammen og galdeblæren fjernet.

I forbindelse med kikkertoperationen blev det konstateret, at galdeblærens udførselsgang var usædvanlig kort og indlejret i galdeblærens tragtformede dannelse. Når en erfaren specialist erkender dette i forbindelse med et kikkertkirurgisk indgreb, vil operationen blive ændret til en åben operation. Patientforsikringen fandt det overvejende sandsynligt, at den dybe galdegang ikke var blevet delt, såfremt man allerede ved erkendelsen af patientens specielle anatomi havde ændret operationen til en åben operation.

Ved fastsættelsen af godtgørelse for svie og smerte blev det derfor lagt til grund, at optimal behandling havde tilsagt, at operationen under alle omstændigheder var ændret til en åben operation, også selvom der ikke var sket skade på den dybe galdegang.

Den forventede sygeperiode, der blev fratrasket den samlede sygeperiode, fastsattes derfor efter en normal åben operation til 1 uge på sygehus og 5

uger i hjemmet, og ikke som efter en normal kikkertoperation, hvor sygeperioden er noget kortere.

Varigt mén blev fastsat til 5%, da kvinden fremover skulle gå til relativt hyppige kontroller af leverblodprøver, idet der var en vis risiko for, at der senere udvikledes forsnævring af galdegangen (98-2046).

EAL § 4

1. Méngodtgørelse forhøjet på grund af særlige forhold hos patienten

En 36-årig kvinde havde været generet af føleforstyrrelser i højre hånd, og hun blev derfor opereret med flytning af nerven til albuebenet. Efterfølgende klagede patienten over voldsomme smerter i armen og nedsat følesans svarende til det område, hvor der havde været anlagt blodtomhed. Patienten fik varige gener i form af ophævet følelse og konstante brændende smerter i højre hånds yderste fingre og trækkende op i underarmen til lidt over albuen samt diffus kraftnedsættelse i armen. Sagen blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4.

Ved ménfastsættelsen var Patientforsikringen opmærksom på, at patienten i forvejen manglede venstre underarm som følge af en medfødt misdannelse, og at hun således var ekstra afhængig af at kunne bruge højre hånd. Efter fradrag af patientens forudbestående føleforstyrrelser blev hun tilkendt et mén på 35%, hvilket i det konkrete tilfælde svarede til en forhøjelse på 10% i forhold til det mén, der kunne udledes af Arbejdsskadestyrelsens méntabel. Forhøjelsen skete udelukkende som følge af de ekstra gener patienten var påført ved, at patientskaden havde ramt patientens eneste brugbare arm. (98-1709).

Sagen er et eksempel på, at en konkret skade i visse tilfælde kan have større betydning for én skadelidte end for andre, der måtte få en tilsvarende skade.

Ved udmålingen af varige mén for personskader tages der udgangspunkt i Arbejdsskadestyrelsens méntabel. I tabellens indledning er der nævnt en række eksempler på situationer, hvor det vil være rimeligt at foretage en afvigelse fra méntabellen i opadgående retning. Et af disse eksempler er netop den situation, at skaden som føl-

ge af forudbestående invaliditet får mere vidtrækkende følger for den skadelidte, end hvad der normalt må antages at være tilfældet.

EAL § 5

1. Erhvervsevnetabserstatning, når patienten er førtidspensionist på skadetidspunktet

Patienten var blevet påført en patientskade, idet man ikke have behandlet et forskudt håndledsbrud (Older type III) i overensstemmelse med optimal lægelig standard. Bruddet var derfor helet i fejlstilling, ligesom det måtte lægges til grund, at den ikke-optimale behandling af bruddet var årsag til en påvirkning af medianusnerven.

Patientens varige mén som følge af den ikke-optimale behandling af bruddet blev vurderet til 12%.

Patienten modtog på skadestidspunktet mellemste førtidspension, idet hendes erhvervsevne som følge af andre forhold i 1979 var vurderet til at være nedsat mindst 2/3. Pensionsmyndighederne fandt, at patienten efter patientskadens indtræden var berettiget til højeste førtidspension, idet hendes erhvervsevne nu var yderligere nedsat.

Patientforsikringen fandt imidlertid, at patienten ikke var berettiget til erstatning for tab af erhvervsevne. Der blev herved lagt vægt på, at patienten ikke havde været i arbejde, siden hun blev tilkendt mellemste førtidspension i 1979, hvilket var 17 år før patientskadens indtræden.

Patienten havde således ikke udnyttet sin resterhvervsevne i et betragteligt antal år forud for patientskadens indtræden, og det var derfor ikke særligt sandsynligt, at patienten ville have gjort dette, selvom patientskaden ikke var indtrådt. Patienten mistede derfor ikke en fremtidig indtægt som følge af patientskaden, hvorfor hun i erstatningsretlig henseende ikke havde lidt et erhvervsevnetab, selvom hendes resterhvervsevne efter pensionsmyndighedernes opfattelse var ændret fra 1/3 til en ubetydelighed som følge af patientskaden.

Patientenskadeankenævnet har efterfølgende tiltrådt Patientforsikringen afvisning af at yde erstatning for tab af erhvervsevne (97-0026).

Afgørelsen illustrerer, at erstatning for tab af erhvervsevne efter erstatningsansvarsloven er en økonomisk vurdering og ikke en medicinsk vurdering. Det afgørende er således ikke alene, at skadelidtes fysiske evne til at udføre arbejde er nedsat som følge af skaden. Det er samtidig en betingelse, at skadelidtes fremtidige indtægt herved må antages at blive påvirket. Hvis skadelidte således på trods af væsentlige fysiske handicaps må antages med overvejende sandsynlighed stadig at kunne oppebære samme indtægt ved erhvervsarbejde som forud for skadens indtræden, har skaden som udgangspunkt ikke medført et erhvervsevnetab.

2. Resterhvervsevne intakt på skadestidspunktet

En 49-årig mand, der havde gennemgået en levertransplantation i november 1997 og samtidig havde insulinkrævende sukkersyge, fik i 1998, endnu før han havde genoptaget sit arbejde efter transplantationen, tuberkulose som udviklede sig til infektion i rygmærven.

Patientforsikringen anerkendte sagen, idet patientens rygmærvsinfektion efter tuberkulosen var diagnosticeret for sent, hvilket resulterede i, at trykket på patientens rygmærve blev forlænget, og de efterfølgende skader i form af lammelser i benene samt manglende kontrol over såvel urin som afføring blev mere omfattende end nødvendigt. Den samlede méngrad som følge af infektionen blev fastsat til 100%, hvoraf forsinkelsen skønsmæssigt blev vurderet til at udgøre halvdelen nemlig 50%.

Patienten drev forud for patientskaden egen apotekervirksomhed men havde været sygemeldt fra denne siden transplantationen. Han havde således allerede været sygemeldt i mere end et år, da rygmærvsinfektionen indtrådte i 1998.

Patienten havde gener efter transplantationen i form af udtalt træthed og lav blodprocent.

Umiddelbart forud for patientskadens indtræden vurderede den behandlende læge, at patienten formentlig ville kunne genoptage arbejdet inden

for det næste halve år evt. i reduceret omfang. Efter patientskaden blev han tilkendt højeste førtidspension.

Det samlede erhvervsevnetab blev vurderet til 100%. Samtidig blev det skønnet, at patientens erhvervsevne, forud for patientskadens indtræden som følge af transplantationsfølgerne var reduceret til 50%. Denne resterhvervsevne var nu forsvundet som følge af rygmarvsinfektionen og den forsinkede diagnosticering af denne.

Erhvervsevnetabet, som følge af diagnoseforsinkelsen, blev herefter skønsmæssigt fastsat til 25% (98-2112).

Patientforsikringens sager adskiller sig fra andre erstatningssager ved næsten altid at indeholde et element af årsagskonkurrence mellem den causale faktor (patientens grundsygdom) på den ene side, og den erstatningsberettigende adfærd (patientskaden) på den anden side. Den erstatningsmæssige opgørelse af sagerne indebærer derfor, at der skal foretages en opdeling af skadesfølgerne mellem disse to faktorer, da det jo kun er patientskaden, der udløser erstatning efter patientforsikringsloven.

Opdelingen af erhvervsevnetabet vil undertiden, som det også var tilfældet i den citerede sag, indebære et stort element af skøn, da det sjældent er muligt præcist at sige, hvilken arbejdsevne patienten havde haft tilbage, såfremt han kun havde haft følgerne af grundsygdommen og ikke samtidig følgerne efter patientskaden.

I en sag som den aktuelle vil opdelingen af ménene mellem grundsygdom og patientskade være retningsgivende for, hvordan erhvervsevnetabet skal opdeles mellem samme grundsygdom og patientskade. Patientforsikringen vurderede således, at det samlede mén, som følge af rygmarvsinfektionen og den forsinkede diagnosticering af denne, kunne fastsættes til 100%, og at diagnoseforsinkelsen skønsmæssigt var årsag til halvdelen af dette.

Tilsvarende vurderede Patientforsikringen, at patientens erhvervsevne var reduceret til 50%, da rygmarvsinfektionen indtrådte, og at patienten efter behandlingen af rygmarvsinfektionen var helt uden erhvervsevne. Skønsmæssigt halvdelen af dette erhvervsevnetab, nemlig 25% blev i overensstemmelse med ménfordelingen vurderet til at være en følge af diagnoseforsinkelsen.

EAL § 7, stk. 2

1. Årslønsfastsættelse til brug for erhvervsevnetabserstatning til asylansøger

En 31-årig mand fra Gambia, der tidligere havde arbejdet som ufaglært havnearbejder i sit hjemland, kom illegalt ind i Danmark og søgte efterfølgende om asyl.

Under opholdet i Danmark, hvor han modtog flere afslag på asyl, hjalp han til på det asylcenter, hvor han opholdt sig, men havde ingen egentlig lønnet beskæftigelse.

Da patienten fik rygsmerter, med begyndende udstråling til arme og ben, blev han undersøgt på et offentligt sygehus her i landet, uden at man kunne konstatere, hvad der var årsagen til hans gener. Efter længere tids undersøgelser blev han henvist til neurokirurgisk udredning på et andet sygehus, hvor man straks konstaterede, at han havde en discusprolaps i halsrygsøjlen, der trykkede på rygmarven. På dette tidspunkt havde lammelserne udviklet sig til total lammelse i både arme og ben, og trods akut operation var det ikke muligt at ændre denne tilstand.

Som følge af skaden blev han nu bevilget permanent opholdstilladelse i Danmark af humanitære grunde.

Patientforsikringen anerkendte sagen med henvisning til specialistreglen i PFL § 2, stk. 1, nr. 1, og fandt, at hans varige lammelser var en følge af behandlingsforsinkelsen. Det blev samtidig vurderet, at hans erhvervsevne var varigt nedsat med 100% som følge af patientskaden.

Da patienten ikke udnyttede sin erhvervsevne før patientskaden, fandt Patientforsikringen, at årslønnen med hjemmel til EAL § 7, stk. 2, skulle fastsættes efter et skøn. Ved udøvelsen af skønnet blev der lagt vægt på, at patienten efter skadens indtræden havde fået bevilget permanent opholdstilladelse i Danmark, og at det på den baggrund måtte antages, at han skulle leve af sin erstatning i Danmark. Årslønnen blev udfra dette synspunkt fastsat efter de forhold, der gjaldt for en dansk havnearbejder uden særlig uddannelse (96-2054).

Ved vurderingen af sagen blev det overvejet, om årslønnen eventuelt skulle fastsæt-

tes efter forholdene i Gambia, idet patienten før operationen havde fået flere afslag på opholdstilladelse og stod umiddelbart for at skulle udvises til Gambia. Patienten havde derfor med overvejende sandsynlighed aldrig opnået ansættelse i Danmark.

Situationen svarede således i nogen grad til den, at en turist kommer til skade under et ferieophold i Danmark, hvorved han mister erhvervsevnen. Her er der en forventning om, at han aldrig ville have søgt arbejde i Danmark, og at han efter endt behandling vender tilbage til sit hjemland. I denne situation må det derfor være rimeligt at fastsætte årslønnen efter forholdene i turistens hjemland.

Patientforsikringen fandt det imidlertid afgørende, at patienten måtte forventes at forblive i Danmark, og at erstatningen, der tilsigtede at holde ham skadesløs, derfor skulle udmåles efter danske forhold, idet dette mål ellers langt fra ville blive nået. En gennemsnits gambiansk havnearbejder tjente til sammenligning på skadestidspunktet, hvad der omregnet til danske kroner svarede til ca. 3.000 kr. årligt.

Det forhold, at patienten efter at han havde modtaget erstatningen, kunne vælge at rejse tilbage til sit hjemland med denne, hvorved han ville være blevet betragteligt overkompenseret, blev ikke fundet afgørende, idet enhver dansk statsborger, der får udbetalt en erstatning, jo kan gøre noget tilsvarende.

2. Dyb venøs trombose (blodprop) efter operation for åreknuder

- Skønsmæssig fastsættelse af årsløn, jfr. EAL § 7, stk. 2,
- kapitalisering af medicinudgifter

En 28-årig kvinde fik en alvorlig blodprop i benet i forbindelse med en operation for åreknuder i 1998. Som følge af forhold ved behandlingen, herunder manglende antikoagulationsbehandling, blev skaden anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1.

Patientforsikringen fastsatte kvindens varige mén til en méngrad på 35%, da hun havde betydelige smerter og var afhængig af krykkestokke.

Den kommune, der behandlede kvindens pensionssag, tildelte hende mellemste helbredsbedinget førtidspension, og Patientforsikringen vurderede blandt andet på dette grundlag, at kvindens erhvervsevnetabsprocent var 65%.

Under sagens behandling oplyste kvinden selv, at hendes månedsløn var ca. kr. 12.500,00. Hun var imidlertid kun deltidsansat uden at dette skyldtes helbredsmæssige forhold og havde en pensionsordning, hvor arbejdsgiveren indbetalte på ordningen.

Efter praksis i Patientforsikringen blev årslønnen herefter i henhold til EAL § 7, stk. 2, fastsat skønsmæssigt. Der blev ved vurderingen taget udgangspunkt i, hvad kvinden kunne tjene ved ansættelse på fuld tid, inklusiv til-læg og pensionsbidrag. Årslønnen blev herefter fastsat til kr. 210.000,00, hvilket fandtes at svare til værdien af hendes faktiske indtjeningsevne på skadestidspunktet.

Kvinden havde store varige udgifter til medicin, og Patientforsikringen vurderede, at hun ved ansøgning herom kunne opnå medicinkort og dermed fuld betaling af alle udgifter over kr. 3.600,00 pr. år. I henhold til praksis i Patientforsikringen blev kvindens erstatning for varige medicinudgifter herefter beregnet ved at gange den årlige udgift på kr. 3.600,00 med kapitalfaktor 6. Der blev således tilkendt kr. 21.600,00 i erstatning for varige medicinudgifter (98-1718).

Ved afgørelsen blev der lagt vægt på, at patienten ved siden af sit deltidsarbejde passede hjemmet og to børn, således at hun reelt udførte arbejde i hjemmet for mand og børn i de resterende timer op til fuld tid.

Det fremgår af EAL §1, stk. 3, at værdien af arbejde i hjemmet ligestilles med erhvervsindkomst, og Patientforsikringen har derfor praksis for at beregne årslønnen svarende til fuldtidsarbejde i den pågældende situation, uanset at der kun udføres lønnet arbejde svarende til nedsat tid.

3. Skønsmæssig fastsættelse af årsløn

En 57-årig kvinde blev som følge af en behandlingsskade tilkendt erstatning svarende til et tab af erhvervsevne på 100%.

Patienten havde haft egen butik frem til 1993. I de følgende år var hun uden arbejde, men i årene 1996-98 havde hun regelmæssigt skiftende vikariater som butiksassistent. Fra slutningen af 1998 ophørte hun med at arbejde på grund af behandlingsskadens følger.

Ved fastsættelsen af patientens årsløn lagde Patientforsikringen til grund, at hun havde haft fast tilknytning til arbejdsmarkedet som vikar, uanset at der havde været enkelte perioder med arbejdsløshed mellem vikariatene. Der var forud for behandlingsskaden ikke helbredsforhold, der begrænsede patientens arbejdsevne, og hendes årsløn blev derfor beregnet, som om hun havde haft fuldtidsarbejde i hele indkomståret forud for patientskaden.

Patientforsikringen fik fra HK oplyst gennemsnitslønnen for fuldtidsansatte butiksekspedienter i 1998 og lagde denne til grund som årsløn. Patientforsikringen udregnede derefter skadelidtes erstatning for tab af erhvervssevne på baggrund af denne skønsmæssigt fastsatte årsløn (98-1812).

I den konkrete sag var det alene forholdene på arbejdsmarkedet samt patientens mange jobskift, og ikke hendes arbejdsevne, der gjorde, at hun i perioder ikke havde haft arbejde. Patientens forskellige vikarjobs i årene forud for skaden samt omfanget af disse gjorde dog, at hun, trods perioder med arbejdsløshed, måtte anses for at have en fast tilknytning til arbejdsmarkedet.

I en sådan situation er der erstatningsretlig praksis for at se bort fra perioder med arbejdsløshed, når årslønnen skal fastsættes. Henset til at alle vikaransættelserne var inden for butiksassistentområdet, og at patienten ikke havde været fuldtidsansat i alle de seneste 12 måneder før patientskaden, blev årslønnen fastsat efter et skøn jfr. EAL §7, stk. 2, med udgangspunkt i patientens anciennitet og den gennemsnitlige løn inden for butiksassistentområdet, der svarede til denne anciennitet.

EAL § 9

1. Analog anvendelse af EAL § 9, stk. 1, ved beregning af forsørgertabserstatning

En 43-årig kvinde blev undersøgt på sygehuset på grund af lænderygsmærter og åndedrætsbesvær. Man konkluderede på baggrund af undersøgelsen på sygehuset, at hun led af lungebetændelse, hvorfor man iværksatte medicinsk behandling heraf.

Patienten blev imidlertid indlagt på ny omkring 9 måneder senere, hvor

man nu udførte underlivsundersøgelse, hvorved påvist livmoderhalskræft i stadium 4 med spredning til knoglemarven. Det var ikke muligt at helbrede patienten, som afgik ved døden knap 6 måneder efter diagnosen af kræftsygdommen eller godt 1 år efter tidspunktet for den første undersøgelse på sygehuset.

Patientforsikringen fandt, at undersøgelse i overensstemmelse med optimal lægelig standard havde tilsagt, at der var foretaget en gynækologisk undersøgelse i forbindelse med den første undersøgelse på sygehuset. Patientforsikringen fandt samtidig, at man herved med overvejende sandsynlighed ville have påvist livmoderhalskræft men kun i stadium 3, og iværksat behandling af kræftsygdommen, hvorved patienten med overvejende sandsynlighed ikke ville være afgået ved døden helt så tidligt.

Patientens ægtefælle fandtes herefter berettiget til erstatning efter lov om patientforsikring, jfr. PFL § 3, stk. 1, jfr. § 2, stk. 1, nr. 1.

Patientforsikringen fandt ved beregningen af forsørgertabserstatningen, at patienten med overvejende sandsynlighed under alle omstændigheder ville være afgået ved døden 2 år efter det faktiske dødstidspunkt.

Patientforsikringen lagde herved vægt på, at kræftsygdommen med overvejende sandsynlighed havde været i stadium 3 på det tidspunkt, hvor man burde have diagnosticeret sygdommen. Patientforsikringen lagde endvidere vægt på, at den statistiske overlevelsesprognose ved livmoderhalskræft i stadium 3 for kvinder i den pågældende alder var mindre end 50% omkring 3 år efter det tidspunkt, hvor man burde have diagnosticeret og iværksat relevant behandling af kræftsygdommen, eller 2 år efter det faktiske dødstidspunkt. Patienten ville dermed med statistisk sandsynlighed ikke have været i live 2 år efter det faktiske dødstidspunkt.

Patientforsikringen fandt på denne baggrund, at patientens efterladte ægtefælle alene var berettiget til nedsat forsørgertabserstatning svarende til 2 års mistet forsørgelse.

Patientforsikringen tog ved beregningen udgangspunkt i minimumserstatningen i EAL § 13, stk. 1, sidste pkt. Patientforsikringen fandt herefter, at erstatningen for tab af forsørger i 2 år passende kunne beregnes efter en analogi af erstatningsansvarslovens § 9, stk. 1. Den efterladte ægtefælle

blev herefter tilkendt erstatning for tab af forsørger svarende til 8,5% af minimumserstatningen for hvert år, patienten ville have levet uden patient-skaden, eller i alt 17% af minimumserstatningen.

Afgørelsen er efterfølgende tiltrådt af Patientskadeankenævnet.

Kommentar:

Afgørelsen illustrerer for det første den almindelige kausalitetsbetingelse i lov om patientforsikring om, at behandlingen med overvejende sandsynlighed skal være årsag til en skade.

Hvis skadelidte statistisk set har en overlevelsessandsynlighed på mindre end 50% 2 år efter et faktisk dødstidspunkt, hvis diagnose og behandling havde været optimal, kan det ikke hævdes, at skadelidte med overvejende sandsynlighed ville have været i live mere end 2 år efter det faktiske dødstidspunkt. Den fysiske skade består således i, at skadelidte er død 2 år for tidligt.

Det er almindeligt antaget, at godtgørelse for varigt mén, erstatning for tab af erhvervsevne og erstatning for tab af forsørger skal reduceres, hvis skadelidte og/eller dennes efterladte afgår ved døden tidligere end forventet, hvilket typisk vil sige under sagens behandling.

Dette princip finder ligeledes anvendelse i de tilfælde, hvor skadelidte på grund af skaden eller sin grundlidelse i øvrigt med stor sandsynlighed under alle omstændigheder ville være afgået ved døden inden for et kortere tidsrum.

Erstatning for tab af forsørger ydes for det tidsrum, hvor skadelidte ved sine indtægter ville have bidraget til den efterladte ægtefælle/samlevers forsørgelse, såfremt skaden ikke var indtrådt. Erstatning for tab af forsørger ydes dog som udgangspunkt, ligesom erstatning for tab af erhvervsevne, alene frem til skadelidte (afdøde) er fyldt 67 år (pensionsalderen), jfr. EAL § 13, stk. 2. Efter dette tidspunkt vil skadelidte normalt ikke kunne forsørge den efterladte ægtefælle/samlever ved indtægter fra erhvervsarbejde, hvorfor skadelidte efter dette tidspunkt ikke findes at forsørge ægtefællen/samleveren.

Patientforsikringen har i den foreliggende situation fundet, at skadelidte på det faktiske dødstidspunkt på mange måder har kunnet sidestilles med en person på 65 år

på skadestidspunktet, idet skadelidte i den foreliggende situation med overvejende sandsynlighed kun ville kunne oppebære erhvervsindtægt i omtrent yderligere 2 år.

Patientforsikringen fandt derfor, at man ved anvendelse af en analogi af EAL § 9, stk. 1, kunne fastsætte den mest rimelige erstatning for tab af forsørger under de givne omstændigheder (98-1246).

EAL § 12

1. Opgørelse af begravelsesudgifter - begravelse i udlandet

En 59-årig mand afgik ved døden som følge af blodforgiftning, som han fik på et offentligt sygehus. Skaden blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4.

Afdøde efterlod sig ægtefælle og et barn under 18 år, der var berettiget til forsørgertabserstatning efter henholdsvis erstatningsansvarsloven § 13 og § 14.

Derudover var de efterladte berettiget til erstatning for afholdte rimelige begravelsesudgifter efter EAL § 12. Afdøde var af arabisk herkomst og blev efterfølgende fløjet til fødelandet, hvor han blev begravet. I den forbindelse var der betydelige udgifter til såvel flytransport, nedkøling af liget og usædvanlig store udgifter til bespisning af følget, der efter muslimsk skik skulle bespises over længere tid. Samlet blev begravelsesudgifterne opgjort til over kr. 80.000,00.

Ved erstatning af rimelige begravelsesudgifter erstattes som udgangspunkt dokumenterede udgifter. De enkelte udgiftsposter skal dog være rimelige, og det samlede beløb skal også kunne karakteriseres som værende rimeligt. Det betyder som udgangspunkt, at erstatningen ikke væsentligt kan overstige et gennemsnitligt udgiftsniveau for begravelser i Danmark. I retspraksis er den maksimale erstatning for rimelige begravelsesudgifter på kr. 20-25.000,00. Der er dog mulighed for at tilkende større beløb, når særlige forhold gør sig gældende, f.eks. hvis begravelsen sker i udlandet.

Patientforsikringen fastsatte herefter en skønsmæssig erstatning på kr. 40.000,00 for rimelige begravelsesudgifter. Ved fastsættelsen af den skønsmæssige godtgørelse lagde Patientforsikringen vægt på, at der ikke var

grundlag for at erstatte hele den usædvanlig store begravelsesudgift. På den anden side var det rimeligt at erstatte ekstraudgifterne til transporten ud af landet og i nogen grad til bespisning af følget (98-1470).

EAL § 13

1. Reduktion i forsørgertabserstatning på grund af livstruende grundsygdom

En 42-årig mand med et længerevarende alkoholmisbrug blev indlagt med svært påvirket leverfunktion i form af alkoholisk leverbetændelse og skrumpelever. Patienten havde tidligere været indlagt 4 gange som følge af det tilbagevendende massive alkoholforbrug, der havde medført adskillige organskader. Han var tidligere forsøgt afvænnnet, men uden resultat.

Under indlæggelsen fik patienten foretaget en leverbiopsi, i hvilken forbindelse man ved et uheld perforerede lungehinden. På tidspunktet for leverbiopsien havde patienten en øget blødningstendens trods gentagne injektioner med K-vitamin.

Samme aften fik patienten kramper og udsættende vejrtrækning, og man konstaterede blødning i lungehulen og forbigående blodtryksfald. Patienten udviklede efterfølgende leverkoma og hans tilstand blev gradvist forværret. Senere tilstødte svigtende nyrefunktion, bevidstløshed og han afgik ved døden knap 3 uger efter indlæggelsen.

Patientens efterlevende ægtefælle fandtes berettiget til erstatning for forsørgertab efter EAL § 13, stk. 1, idet patienten var afgået ved døden som følge af behandlingen.

Imidlertid var det Patientforsikringens opfattelse, at patienten på grund af følgerne af sit forudbestående og vedvarende alkoholforbrug havde en væsentlig forringet livsprognose, og at han som følge deraf efter en lægelig vurdering også uden patientskaden måtte forventes kun at ville have levet i ganske kort tid.

På baggrund af de lægelige oplysninger i sagen fandt Patientforsikringen det overvejende sandsynligt, at patienten uden patientskaden var afgået

ved døden som følge af sin svære grundsygdom inden 3 år efter det tidspunkt, hvor leverbiopsien blev foretaget.

Med udgangspunkt i denne vurdering blev der efter en analogi til EAL § 9, stk. 1, tilkendt den efterladte ægtefælle 8 1/2 % af fuld erstatning pr. år i 3 år, eller i alt 25 1/2 % af fuld forsørgertabserstatning.

I forbindelse med en anke af sagen blev der indhentet en ekspertudtalelse i hvilken det blev vurderet, at patientens 1 års overlevelse såfremt patient-skaden ikke var indtrådt var 25-40% og 2 og 3 års overlevelsen yderligere reduceret. Vurderingen byggede på forskellige videnskabelige arbejder og en vurdering af muligheden for, om et nyt afvænningsforsøg kunne have været gennemført med succes.

Patientforsikringen har fastholdt afgørelsen, der fortsat er under ankebehandling (98-0415).

Det er Patientforsikringens praksis at foretage en skønsmæssig reduktion i erstatningen til de efterladte i de situationer, hvor der foreligger sikker lægelig dokumentation for, at patientens grundsygdom var så alvorlig, at den også uden patientskaden ville have medført patientens død inden for kort tid.

Selve reduktionsmetoden kan enten ske efter en analogi til EAL § 9, stk. 1, således at der gives 8 1/2 % af fuld erstatning for hvert år patienten kunne forventes at have overlevet uden patientskaden eller som en mere skønsmæssig reduktion med f. eks. halvdelen. Patientskadeankenævnet har tiltrådt afgørelser af begge typer.

På baggrund af den lægelige ekspertvurdering, der blev indhentet under ankesagen, må Patientforsikringens afgørelse siges at være særdeles patientvenlig. Hvis denne vurdering havde foreligget inden afgørelsen, havde den efterladte formentlig kun fået erstatning for 1 år, svarende til 8 1/2 % af fuld erstatning.

5. Generelle problemstillinger

5.1. Patientforsikringslovens dækningsområde

5.1.1 Dækningsområdet udvidet ved lovændring i juni 1999

Patientforsikringsloven omfatter offentlige sygehuse og private sygehuse, som det offentlige har driftsoverenskomst med. Endvidere omfatter loven private sygehuse, hvor mindst halvdelen af driftsudgifterne vedrører behandling af patienter betalt af det offentlige sygehusvæsen. I praksis betyder disse regler, at private sygehuse som altovervejende hovedregel ikke er omfattet af patientforsikringsloven.

Ved en lovændring i sommeren 1999 (lov nr. 395 af 2. juni 1999) blev patientforsikringsloven udvidet til at omfatte behandling på private sygehuse, klinikker m.v. her i landet og i udlandet i særlige tilfælde. Ved lovændringen er følgende bestemmelse indsat i patientforsikringslovens § 1, stk. 4:

"Loven gælder tillige for patienter, der modtager vederlagsfri behandling efter § 5 i lov om sygehusvæsenet eller modtager tilskud til behandling efter § 5 d, stk. 4, i lov om sygehusvæsenet, uanset på hvilket sygehus m.v. her i landet eller udlandet behandlingen finder sted."

Den nye bestemmelse indebærer, at patientforsikringsloven nu omfatter behandling på alle private sygehuse, klinikker m.v. her i landet og i udlandet, hvis følgende to betingelser er opfyldt:

- Patienten er henvist fra det offentlige sygehusvæsen.
- Behandlingen finansieres af det offentlige sygehusvæsen.

Sygehusydelser, der midlertidigt af kapacitetsmæssige årsager bliver udlagt i speciallægeregi, er ligeledes omfattet af den nye regel, hvorimod ydelser efter sygesikringsloven ikke er omfattet.

Patienter, der lider af visse livstruende sygdomme, har i henhold til § 5 d, stk. 4, i lov om sygehusvæsenet krav på at få tilskud fra det offentlige til behandling på et privat sygehus i Danmark eller i udlandet. Sådanne patienter

ter er nu omfattet af patientforsikringsloven, selv om behandlingen ikke finansieres 100% af det offentlige sygehusvæsen.

Patienter, der henvises til højt specialiseret behandling i udlandet efter de særlige regler herom, er også omfattet af den nye bestemmelse.

Udvidelsen af patientforsikringsloven omfatter således behandling på alle private sygehuse, klinikker, privat praktiserende speciallæger m.v. her i landet og i udlandet, som amtskommunerne benytter som led i løsningen af deres sygehusopgaver efter sygehusloven.

Ved sagernes behandling i Patientforsikringen har de pågældende private sygehuse m.v. i Danmark pligt til at meddele enhver oplysning, som Patientforsikringen skønner er af betydning for sagsbehandlingen, jfr. PFL § 17, stk. 1.

En sådan pligt til at afgive oplysninger kan ikke pålægges udenlandske sygehuse, klinikker m.v., men det forudsættes, at amtskommunerne - forinden patienterne visiteres til udlandet - indgår en aftale herom med det pågældende udenlandske sygehus m.v.

Erstatningspligten i forbindelse med skader, som et privat sygehus, klinik m.v. eller et sygehus i udlandet er ansvarlig for efter § 1, stk. 4, påhviler patientens bopælsamtskommune eller opholdsamtskommune i de tilfælde, hvor patienten ikke har bopæl her i landet.

Den nye bestemmelse i PFL § 1, stk. 4, gælder for skader, der forårsages den 4. juni 1999 eller senere.

5.1.2. Afgrænsning af patientforsikringslovens dækningsområde

Med jævne mellemrum får Patientforsikringen forelagt spørgsmål om afgrænsning af lovens dækningsområde i forbindelse med særlige behandlingsinstitutioner og behandlinger. Afgrænsningsproblemerne opstår især, når amterne som led i løsning af deres sygehusopgaver benytter sig af helt eller delvist private institutioner.

Patientforsikringen besvarer spørgsmålene på grundlag af PFL § 1, stk. 1,

samt reglerne i bekendtgørelse nr. 666 af 3. august 1995 om dækningsområdet for lov om patientforsikring.

I de tilfælde, hvor Patientforsikringen afgiver svar direkte til amter eller forsikringsselskaber, har besvarelsen karakter af en vejledende udtalelse, idet den formelle kompetence ligger hos Sundhedsministeriet, jfr. bekendtgørelsens § 8.

Nedenfor gennemgås en række af Patientforsikringens udtalelser om lovens dækningsområde. Endvidere omtales 2 konkrete sager om skader i forbindelse med ambulancetransport til sygehuset, samt redegøres for spørgsmålet om statens selvforsikring ved patientbehandling på tandlægeskolerne.

1. Sct. Maria Hospice Center og Behandlingscentret Vejlefjord

Sct. Maria Hospice Center er en selvejende institution, der har indgået overenskomst med Vejle Amt med Sundhedsministeriets godkendelse. Institutionen har 12 sengepladser og har til formål at varetage pleje og omsorg af uhelbredeligt syge og døende patienter. Ansvar for den lægelige betjening af patienterne ligger hos onkologisk afdeling på Vejle Sygehus.

Behandlingscentret Vejlefjord er en institution med 20 sengepladser, der behandler patienter med hjerneskader. Behandlingen sker i samarbejde med lokale neurologiske, psykiatriske og arbejdsmedicinske afdelinger eller med kommunernes social- og sundhedsforvaltninger. Vejlefjord har indgået driftsoverenskomst med Vejle Amt og er omfattet af sygehuslovens regler om vederlagsfri behandling samt reglerne om frit sygehusvalg.

Patientforsikringen udtalte, at Sct. Maria Hospice Center og Behandlingscentret Vejlefjord må betragtes som sygehuse, som det offentlige har driftsoverenskomst med, hvilket indebærer, at sygehuse er omfattet af patientforsikringslovens dækningsområde, jfr. § 1, stk. 1, sammenholdt med § 3 i bekendtgørelsen om dækningsområdet.

Patientforsikringens udtalelse er tiltrådt af Sundhedsministeriet.

2. Gero-team-funktionen på Skagen Sygehus

Gero-team-funktionen drives af Nordjyllands Amt og Skagen Kommune i fællesskab. Der er tale om et tværfagligt, geriatrik kyndigt team, som varetager diagnostiske, behandlingsmæssige, plejemæssige og sociale opgaver vedrørende ældre borgere.

Det overordnede lægelige ansvar for teamets virke har den administrerende overlæge på medicinsk afdeling på Skagen Sygehus. Teamet er fysisk placeret i vagtlægekonsultationen på Skagen Sygehus.

Teamets funktioner varetages af 2 læger fra Skagen Sygehus, en kommunalt ansat sygeplejerske samt fysio- og ergoterapeuter fra det fælleskommunale træningscenter. Der udfærdiges for hver enkelt patient en journal, som indgår i Skagen Sygehus' fællesjournal.

På baggrund af oplysningerne om Gero-teamets tætte tilknytning til Skagen Sygehus, såvel geografisk som funktionsmæssigt, var det Patientforsikringens opfattelse, at Gero-teamet er omfattet af lov om patientforsikring.

Patientforsikringen udtalte endvidere, at Nordjyllands Amt som sygehusmyndighed er erstatningsansvarlig efter lov om patientforsikring for skader i forbindelse med undersøgelse, behandling og lignende i Gero-teamet.

3. Træningscenter Skagen I/S

Træningscentret har ifølge vedtægterne til formål at yde patienter på Skagen Sygehus og borgere i Skagen Kommune fysio- og ergoterapeutisk træning.

Centret ejes af Nordjyllands Amt og Skagen Kommune i lige sameje, men drives af en bestyrelse med 11 medlemmer. Centret er fysisk placeret i lokaler, der lejes af Nordjyllands Amt. Centret har adressefællesskab med Skagen Sygehus.

Nordjyllands Amt har oplyst, at centret, trods adressefællesskabet med Skagen Sygehus, er en selvstændig institution med egen ledelse og eget personale.

Patientforsikringen udtalte, at træningscenter Skagen I/S ikke er omfattet af dækningsområdet for lov om patientforsikring. Der blev herved lagt vægt på, at centret ikke i sig selv er et sygehus, samt at centret fungerer selvstændigt, og dermed heller ikke er en integreret del af Skagen Sygehus.

For så vidt angår patienter, der påføres en skade på træningscentret den 4. juni 1999 eller senere, ydes erstatning efter den nye bestemmelse i § 1, stk. 4, jfr. ovenfor. Det er en betingelse for erstatning, at patienten er henvist til genoptræning på centret af det offentlige sygehusvæsen, og at det offentlige afholder udgifterne.

Lovændringen indebærer derimod ikke, at træningscentret som sådant er omfattet af lov om patientforsikring. Det betyder, at patienter, der ikke har fået finansieret opholdet på træningscentret af sygehusvæsenet, ikke er omfattet af loven.

4. Fødeklinikken på Skive Sygehus

Fødeklinikken på Skive Sygehus har eget budget og er selvstændigt ledet. Fødeklinikken er fysisk placeret på Skive Sygehus og er 100% finansieret af Viborg Amt.

Patientforsikringen udtalte, at fødeklinikken på Skive Sygehus er omfattet af lov om patientforsikring, og at Viborg Amt er erstatningsansvarlig for skader, der opfylder lovens ansvarsbetingelser. Dette gælder uanset om skaden er forvoldt af en af klinikkens jordemødre eller af en tilkaldt læge, sygeplejerske, medicinstuderende mv.

Ved vurdering af sagen lagde Patientforsikringen vægt på, at det er fastsat i sygehuslovens § 3, stk. 1, at til en amtskommunes sygehusvæsen hører bl.a. amtskommunens egne sygehuse og fødeklinikker.

5. Jordemødre på "gæstevisit"

Nordjyllands Amt har ønsket at få afklaret, om patientforsikringsloven gælder i tilfælde, hvor en autoriseret jordemoder, der ikke er ansat på Aalborg Sygehus, kommer som ledsager til en fødende, og deltager i fødslen på sygehuset. Jordemoderens deltagelse sker frivilligt og ulønnet og med det faste personales samtykke.

Patientforsikringen udtalte, at en eventuel skade på moderen eller barnet som følge af den fremmede jordemoder indgriben ville være omfattet af lov om patientforsikring. Dette gælder uanset om jordemoderen handler selvstændigt eller i samarbejde med en fastansat jordemoder.

Patientforsikringen lagde vægt på, at jordemoderen ved sin deltagelse i fødslen yder et stykke arbejde, som sygehuset ellers selv skulle have udført, og som sygehuset konkret har indvilget i bliver udført af jordemoderen. Sygehuset må derfor bære risikoen for eventuelle skader. Alternativt må sygehuset afvise at modtage hjælpen.

Hvis sygehusmyndigheden pålægges erstatning som følge af den fremmede jordemoderes behandling, kan der kun gøres regres mod jordemoderen, hvis vedkommende har handlet forsætligt, jfr. PFL § 8.

6. Behandling i patientens hjem og gangtræning uden for hjemmet

Patientforsikringen har modtaget et spørgsmål om, hvorvidt behandling foretaget af sygehusansatte læger og fysioterapeuter på hjemmebesøg er omfattet af dækningsområdet for patientforsikringsloven.

Det er patientforsikringslovens udgangspunkt, at der kun ydes erstatning for skader, der forårsages inden for sygehusets geografiske område. I bekendtgørelsen om dækningsområdet for lov om patientforsikring (bekendtgørelse nr. 666 af 3.8.1995) er der imidlertid gjort visse undtagelser fra denne hovedregel.

Det fremgår således af bekendtgørelsens § 6, stk. 2, at loven omfatter skader, der forårsages uden for sygehuset i lokaliteter, der er indrettet til behandlingsformål efter sygehusets anvisning, hvis patienten er under syge-

husets direkte behandlingsansvar. Som eksempel nævnes det tilfælde, hvor patientens hjem er indrettet til hjemmedialyse.

På den baggrund udtalte Patientforsikringen, at den situation, hvor en sygehusbehandling, f.eks. en ambulant kontrol eller en fysioterapeutisk genoptræning, af særlige årsager udføres i patientens eget hjem, er omfattet af bekendtgørelsens § 6, stk. 2.

Patientforsikringen lagde lagt vægt på, at hjemmet må siges at være indrettet til behandlingsformål, hvis en sygehusansat læge eller anden sygehusansat sundhedsperson finder det forsvarligt at udføre undersøgelse eller behandling under de givne forhold i hjemmet.

Patientforsikringen har særligt taget i betragtning, at selv om behandlingen udføres uden for sygehuset, er der tale om en sygehusydelse, der er omfattet af sygehusets behandlingsansvar.

I tilfælde, hvor sygehusbehandling i form af gangtræning under ledsagelse af en sygehusansat fysioterapeut udføres uden for sygehusets geografiske område, er det Patientforsikringens vurdering, at eventuelle skader i forbindelse med gangtræningen ikke er omfattet af lovens dækningsområde. Gangtræningen er kun omfattet af loven, hvis den finder sted inden for sygehusets geografiske område.

7. Ansvarsfordeling mellem to amter i forbindelse med gensidig behandling af patienter

Patientforsikringen har afgivet en udtalelse til Sundhedsministeriet om ansvarsfordeling mellem Fyns Amt og Vestsjællands Amt i forbindelse med en aftale mellem de to amter om gensidig behandling af patienter med lumbal discusprolaps. Aftalen går bl.a. ud på, at nogle af operationerne på Centralsygehuset i Slagelse skal foretages af læger fra Odense Universitetshospital.

I den forbindelse ønskedes ansvarsplaceringen efter patientforsikringsloven afklaret i to situationer: Dels det tilfælde, hvor en patient fra Vestsjællands Amt opereres på Centralsygehuset i Slagelse af en læge fra Fyns Amt,

dels det tilfælde, hvor en patient fra Fyns Amt opereres på Centralsygehuset i Slagelse af en læge fra Fyns Amt.

Patientforsikringen afgav følgende udtalelse:

”Det er udgangspunktet i patientforsikringsloven, at erstatningspligten for skader på offentlige sygehuse påhviler den pågældende driftsansvarlige myndighed (amtskommunerne eller Hovedstadens Sygehusfællesskab), jfr. PFL § 9, stk. 1, nr. 1.

Bestemmelsen indebærer, at en amtskommune - enten som selvforsikrende eller via et forsikringsselskab - skal udbetale erstatning efter lovens regler til patienter, der kommer til skade på sygehuse, der drives af kommunen. Det afgørende kriterium er, at skaden er sket på et af amtets sygehuse. Det er uden betydning for erstatningspligten, om patienten er blevet henvist fra et sygehus uden for amtet, eller om patienten har valgt det pågældende sygehus i medfør af reglerne om frit sygehusvalg.

Omvendt kan en amtskommune ikke ifalde ansvar, hvis en af amtets egne borgere påføres en behandlingsskade på et andet amts sygehus eller på et privat betalingssygehus. Det gælder uanset, om patienten er henvist til behandling på det pågældende sygehus. *(Efter lovændringen i juni 1999, jfr. oven for afsnit 5.1.1, kan en amtskommune pålægges ansvar for skader på private sygehuse mv., hvis patienten er henvist fra det offentlige sygehusvæsen og behandlingen finansieres af det offentlige).*

I praksis har det vist sig meget hensigtsmæssigt at lade erstatningspligten afhænge af et rent geografisk kriterium, således som dette også er formuleret i § 6, stk. 1, i bekendtgørelse nr. 666 af 3. august 1995 vedrørende dækningsområdet for lov om patientforsikring. Herefter påhviler erstatningspligten den sygehusmyndighed, hvorunder det skadevoldende sygehus geografisk henhører.

Ifølge § 6, stk. 5, i ovennævnte bekendtgørelse falder skader indtruffet på sygehusets område uden for patientforsikringsloven, hvis patienten står under ansvar af andre end sygehusmyndigheden, og dette gælder også, hvis patienten behandles på sygehuset af en læge efter de særlige regler om lægers adgang til at behandle egne patienter fra lokaliteter på sygehuset.

Bestemmelsen vedrører f.eks. det tilfælde, hvor lægevagten fysisk er placeret på sygehusets område. Her står patienterne under ansvar af lægevagtsystemet og ikke sygehusvæsenet.

Selv om bestemmelsen i § 6, stk. 5, ikke tager sigte på at regulere den særlige konstruktion, der er indeholdt i aftalen mellem Fyns Amt og Vestsjællands Amt, kan man rejse det spørgsmål, om patienter, der opereres af fynske læger på Centralsygehuset i Slagelse, kan siges at stå under ansvar af Fyns Amt, således at Fyns Amt er erstatningsansvarlig efter patientforsikringsloven for skader sket på Centralsygehuset i Slagelse.

Efter Patientforsikringens vurdering må dette spørgsmål besvares benægtende. Patientforsikringsloven bygger på et særligt virksomhedsansvar, som rækker ud over det erstatningsretlige culpaansvar og arbejdsgiveransvaret i Danske Lov 3-19-2, idet loven i en række tilfælde pålægger sygehuset ansvar, uanset om nogen ansat eller sygehuset er skyld i skaden. Dette gælder helt klart i de situationer, der er nævnt i patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 2-4.

Det vil derfor ikke være i overensstemmelse med lovens formål at lade erstatningsansvaret være afhængig af, om den skadevoldende behandling er udført af en læge, der er ansat på sygehuset eller af en læge, der kommer fra et udenamtsligt sygehus som led i en aftale. Det må endvidere tages i betragtning, at Vestsjællands Amt som sygehusmyndighed har det overordnede ansvar for sygehusets faciliteter, apparatur og udstyr, samt personalet i øvrigt.

Det er således Patientforsikringens opfattelse, at den primære erstatningspligtige i forhold til den skadelidte patient er den sygehusmyndighed, hvorunder sygehuset henhører, dvs. Vestsjællands Amt. Det indebærer, at evt. skader af Patientforsikringen vil blive registreret som sket på Centralsygehuset i Slagelse, og afgørelser om tilkendelse af erstatning vil blive fremsendt til Vestsjællands Amt med henblik på udbetaling af erstatning.

Efter Patientforsikringens opfattelse vil der ikke være noget til hinder for, at de to amter indgår en gensidig aftale om, hvem der skal bære det endelige tab for erstatningsudbetaling efter patientforsikringsloven til patienter, der er påført skader på hinandens sygehuse, men en sådan aftale kan ikke ændre på det forhold, at Vestsjællands Amt er erstatningsansvarlig for alle

skader forårsaget på Centralsygehuset i Slagelse - hvis lovens betingelser i øvrigt er opfyldt - uanset om patienten kommer fra et andet amt eller personalet er stillet til rådighed af et andet amt."

Patientforsikringens udtalelse blev tiltrådt af Sundhedsministeriet.

8. Skader i forbindelse med ambulancetransport til sygehuset

Behandlingsskader, der forårsages af ambulancetjenesten, er i et vist omfang omfattet af patientforsikringslovens dækningsområde.

Det er således fastsat i § 6, stk. 4, i bekendtgørelsen om dækningsområdet, at skader efter loven forårsaget under transport af patienter til et sygehus eller mellem forskellige sygehuse er omfattet af lovens område, hvis transporten foregår med ambulance eller særligt sygekøretøj.

Det er en betingelse for dækning efter loven, at ambulancemandskabet har påført patienten en skade i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende, og at en af erstatningsbetingelserne i lovens § 2, stk. 1, nr. 1-4 er opfyldt. Skader der står i forbindelse med ventetid på en ambulance ligger uden for loven.

Reglerne kan illustreres af følgende 2 sager:

8.1. Ingen fysisk under ambulancetransport

I 1998 fik en 53-årig kvinde hjertestop. Hendes ægtefælle gav akut førstehjælp, hvorefter han ringede til Alarmcentralen. Ca. kl. 00.55 ankom politiet. Der blev rykket efter ambulancen ca. kl. 01.01 og ambulancen ankom mellem kl. 01.01 og 01.07.

Efter ankomsten foretog ambulancefolkene undersøgelse og behandling af patienten. Man besluttede imidlertid at fortsætte den videre behandling i ambulancen. Det blev aftalt, at en af de tilstedeværende politibetjente skulle føre ambulancen, hvorved begge ambulancefolk kunne sørge for behandling af hende på vej til hospitalet.

På vejen til hospitalet blev der tre gange givet el-stød i ambulancen.

Ambulancen ankom kl. 01.30, hvor det blev konstateret, at patienten ikke havde hjerteaktivitet, blodtryk eller respiration. Der blev givet Adrenalin flere gange og hun blev intuberet. Manual ventilation blev også iværksat og der blev opnået hjerteaktivitet. Efterfølgende blev der givet Bicarbonat og Streptase. Herefter indtrådte der imidlertid på ny hjerrestop, som man forgæves forsøgte at behandle. Kl. 01.54 blev yderligere genoplivningsforsøg opgivet. Ifølge dødsattesten skyldtes døden et akut myocardiinfarkt.

Patientforsikringen vurderede, at patienten ikke blev påført nogen skade i forbindelse med det genoplivningsarbejde, der blev indledt af de tilkaldte ambulancefolk og som blev fortsat af hospitalspersonalet, indtil genoplivningsarbejdet måtte anses for forgæves. Patientforsikringen fandt endvidere, at den hjælp, som ambulancepersonalet ydede på afdødes bopæl og i ambulancen foregik i overensstemmelse med anerkendte retningslinier.

Patientens død måtte således henføres til hendes myocardiinfarkt, hvorfor boet ikke var berettiget til erstatning efter patientforsikringsloven.

Med hensyn til den tid, der gik fra Alarmcentralen modtog ægtefællens opkald og til ambulancen ankom, bemærkede Patientforsikringen, at eventuelle skader, der står i forbindelse med ventetid på en ambulance, ligger uden for lovens dækningsområde. Patientforsikringen kunne derfor ikke behandle dette forhold i sagen (98-2261).

8.2. Dødsfald opstået i forbindelse med ambulancetransport

En 5-årig dreng, der havde haft opkastninger og høj feber på grund af en tarminfektion, fik den følgende dag feberkræmper. Forældrene ringede til alarmcentralen, der straks sendte en ambulance og en ambulancelæge, der indledte behandling.

I et tidsrum på ca. 15 minutter blev der givet i alt 40 mg Benzodiazepin, samtidig blev der givet 300 ml væske i form af saltvand. Drengen blev efterfølgende håndventileret på maske af ambulancelægen dels i hjemmet, og dels i ambulancen indtil ankomsten til sygehuset.

2 dage senere fandt man ved MR-scanning opsvulmet hjerne og tegn på svær hjerneskade med tryk i hovedet. Der var endvidere tegn på betydelig påvirkning af hjernen i form af udvidede pupiller, ophør af spontan bevægelighed og forstyrrelser i blodcirkulationen. Idet der ikke var blodgennemstrømning i hjernens blodkar, var fortsat aktiv behandling udsigtsløs, og 4 dage efter indlæggelsen afgik drengen ved døden.

Patientforsikringen vurderede, at forløbet var usædvanligt, idet feberkramper generelt er godartede og ikke medfører risiko for hjerneskade. Patientforsikringen fandt endvidere, at der i forbindelse med drengens behandling i hjemmet og i ambulancen opstod iltmangel og nedsat blodcirkulation som følge af den store stesolidmængde. Patientforsikringen fandt således, at dødsårsagen var svær iltmangel til hjernen opstået i forbindelse med behandlingen i hjemmet og i ambulancen forud for indlæggelsen til sygehuset.

Det var således Patientforsikringens vurdering, at behandlingen inden indlæggelsen på sygehuset ikke var i overensstemmelse med bedste specialiststandard, jfr. PFL § 2, stk. 1, nr. 1 (98-0224).

Sagen er ligeledes gennemgået ovenfor under afsnit 3.3.3.

9. Statens selvforsikring ved patientbehandling på tandlægeskolerne

Patientforsikringsloven dækker ikke patientskader, der opstår i forbindelse med behandling på tandlægeskolerne ved Københavns og Aarhus Universiteter. Den manglende dækning er en følge af, at PFL i § 1, stk. 1, er afgrænset til sygehusområdet.

Forskningsministeren har imidlertid tilkendegivet i et svar til Folketinget, at patienter, der kommer til skade ved behandling på universiteter under Forskningsministeriet, har ret til erstatning efter reglerne om statens selvforsikring. Ifølge disse regler må skadelidte ikke stilles ringere ved sundhedsfaglig behandling på universiteter end i det ordinære behandlingssystem. Borgerens valg af et universitet som behandlingssted må ikke være bestemmende for mulighederne for at opnå erstatning ved en eventuel fejlbehandling.

Hvis en patient kommer til skade ved tandbehandling på en af tandlægeskolerne, skal der således ifølge forskningsministeren ydes erstatning efter samme kriterier, som om behandlingen var udført andetsteds, f.eks. på sygehuse eller hos privatpraktiserende tandlæger.

I tilfælde, hvor den sundhedsfaglige behandling på tandlægeskolen træder i stedet for behandling inden for den kommunale tandpleje, vil en eventuel erstatning skulle ydes efter de kriterier, som gælder på dette område.

Forskningsministeriet har anbefalet Københavns og Aarhus Universiteter, at de indhenter en vejledende udtalelse fra Patientforsikringen i disse sager.

5.2. Erstatning til patienter opereret med Boneloc-cement før 1. juli 1992

5.2.1. Lovgrundlag

Med virkning fra den 4. juni 1999 trådte lov om erstatning til patienter opereret med Boneloc-cement før 1. juli 1992 i kraft. Loven er medtaget i årsberetningen som bilag.

Loven medfører, at patienter, der er opereret med Boneloc-cement før 1. juli 1992, har ret til erstatning og godtgørelse efter reglerne i lov om patientforsikring. Det samme gælder efterladte til sådanne patienter.

Forældelsesreglerne i PFL § 19 gælder dog ikke for patienter opereret med Boneloc-cement før 1. juli 1992.

For disse særlige skader er PFL § 19 blevet afløst af § 6 i lov om erstatning til patienter opereret med Boneloc cement før 1. juli 1992, hvorefter der indtræder forældelse, såfremt kravet ikke er anmeldt til Patientforsikringen inden den 1. januar 2003.

Konsekvensen af loven er, at patienter opereret med Boneloc-cement før 1. juli 1992 har en udvidet klageadgang sammenlignet med øvrige patienter.

Den udvidede klageadgang består i følgende forhold:

- Skader som følge af anvendelsen af Boneloc-cement forud for 1. juli 1992 er erstatningsberettigende.
- Skader opstået før 1. juli 1992, der ikke er en følge af anvendelsen af Boneloc-cement, vil kunne anerkendes, såfremt skaden er sket i tilknytning til en operation, hvorunder der er anvendt Boneloc-cement, og skaden i øvrigt er omfattet af patientforsikringslovens regler.
- Forældelsesreglerne for patienter opereret med Boneloc-cement er lempeligere end forældelsesreglerne for øvrige patienter.

5.2.2. Talmæssige oplysninger

I 1999 modtog Patientforsikringen 353 anmeldelser efter lov om erstatning til patienter opereret med Boneloc-cement før 1. juli 1992.

Patientforsikringen har pr. 31. december 1999 truffet afgørelse i 197 sager af de 353 sager med anerkendelse i 176 sager.

I de 176 sager, hvor der er sket anerkendelse har skaden været omfattet af PFL. § 2, stk. 1, nr. 2. Denne regel omfatter skader, som skyldes fejl eller svigt i teknisk apparatur.

Årsagen til at 21 sager måtte afvises skyldes,

at der ikke er konstateret løsning af den indsatte hofteprotese,

at patienten er opereret på privathospital,

at patienten ikke er opereret med Boneloc-cement eller

at den samlede erstatning er mindre end 10.000 kr.

5.2.3. Erstatningens størrelse

I 1999 er der udbetalt erstatning i 51 sager med en gennemsnitlig erstatning på kr. 32.263,00.

Disse sager fordeler sig størrelsesmæssigt, som det fremgår af figuren nedenfor:

<25.000	25-50.000	50-75.000	>75.000
12	37	2	0

5.2.4. Méngodtgørelsen

I de erstattede sager har patienternes mermén fordelt sig, som det fremgår af figuren nedenfor:

5%	8%	10%	15%	20%	25%
31	7	6	4	1	2

Fælles for alle patienter, der skal have indsat en hofteprotese, er, at de har en lidelse, typisk slidgigt, der i sig selv er invaliderende, og som også, efter en vellykket operation, ofte medfører mén.

Uanset hvad årsagen er til, at patienter opereres med indsættelse af et kunstigt hofteled, må der selv ved vellykkede operationer påregnes et efterfølgende mén. I erstatningsretlig henseende takseres den mest vellykkede hoftealloplastik, efter Arbejdsskadestyrelsens méntabel, en ménggrad på 10%. Med andre ord vil en patient, selv efter en vellykket operation uden anvendelse af Boneloc, ende med et varigt mén på minimum 10%.

De varige følger, som patienter påføres i forbindelse med anvendelsen af Boneloc-cement, er ofte yderst sparsomme. De indopererede hofter sidder på grund af den smuldrende cement så løst, at der som regel ikke er komplikationer forbundet med udskiftningen.

Resultatet heraf er, at patienter efter reoperationen ofte ikke er stillet anderledes end de ville have været, såfremt den oprindelige operation havde været tilfredsstillende.

Det er imidlertid Patientforsikringens praksis, at tilkende et varigt mén på 5% i de sager, hvor patienten er reopereret med et godt resultat. Begrundel-

sen for dette er, at der, efter 2. gangs indsættelse af en hofteprotese, altid efterfølgende vil opstå visse gener i form af kortere proteselevetid, større smerter samt forøget risiko for komplikationer.

Som det fremgår af tabellen ovenfor, vil der selvfølgelig være situationer, hvor løsningen udløser et mén, der er højere end 5%, f.eks i tilfælde hvor reoperation af den ene eller anden grund ikke kan lade sig gøre, eller hvor patientens tilstand efter reoperationen er væsentlig ringere, end hvad man kunne forvente efter en førstegangsoperation.

5.2.5. Godtgørelse for svie og smerte

Størrelsen af udbetalt godtgørelse for svie og smerte i de erstattede sager fordeles sig som det fremgår af figuren nedenfor:

<15.000	10-20.000	20-25.000	25-30.000
2	16	12	15

I de sager hvor det ikke har været muligt præcist at fastsætte den forlængede sygeperiode som følge af Boneloc-cementens svigtende egenskaber, har Patientforsikringen foretaget en skønsmæssig vurdering af godtgørelsen for svie og smerte.

Ved den skønsmæssige vurdering lægges der vægt på:

- Hvornår patienten begynder at få gener fra sin bonelocopererede hofte.
- Hvornår der radiologisk konstateres løsning.
- Varigheden af indlæggelsesforløbet i forbindelse med eventuelt reoperation.
- Hvornår patientens tilstand er stationær efter reoperationen.

5.2.6. Erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og erhvervsevnetab

Det er sjældent, at der udbetales erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og erhvervsevnetab i disse sager, da langt de fleste patienter var pensionister på skadetidspunktet.

5.2.7. Skadedato, takster og forrentning

I Boneloc-sager fastsættes skadedatoen til datoen for operationen, hvor der blev indsat Boneloc-cement. Godtgørelsen for svie og smerte samt varigt mén forrentes altid fra dette tidspunkt, uanset at løsningsfølgerne først opstår langt senere.

5.2.8. Udbetaling af erstatning

Sundhedsministeriet udbetaler erstatningen for skader der er anerkendt efter lov om erstatning til patienter opereret med Boneloc før 1. juli 1992.

Har den driftsansvarlige sygehusmyndighed anerkendt erstatningspligten i anledning af en Boneloc-operation, kan krav først rejses over for Patientforsikringen, når sygehusmyndigheden har tilkendegivet, hvilken erstatning der kan ydes. Disse patienter forudsættes dog efterfølgende også at kunne forelægge deres sag for Patientforsikringen, specielt med henblik på vurdering af erstatningsberegningen.

Såfremt Patientforsikringen vurderer, at patienten er berettiget til en højere erstatning end den af sygehusmyndigheden udbetalte, vil patienten blive tilkendt en differenceerstatning, som udbetales af Sundhedsministeriet.

Det er udelukkende Fyns Amt og Rigshospitalet, der har anerkendt erstatningspligten over for patienter, der er opereret med Boneloc-cement. Fyns Amt har anerkendt erstatningspligten over for 11 patienter, og Rigshospitalet har anerkendt erstatningspligten over for 17 patienter.

5.2.9. Eksempler på afgørelser

Afgørelser efter PFL § 1, stk. 1, (Foreligger der en fysisk skade)

Patienten fik den 22. november 1974 indsat en total venstresidig hofteprotese. I april 1976 var man sikker på, at den venstresidige hofteprotese var løs. Man udskiftede den ved operation den 3. september 1976.

Den 21. maj 1991 fik patienten atter udskiftet den venstresidige hofteprotese. Ved operationen fastgjorde man protesen ved hjælp af Boneloc-cement.

Ved 3 måneders kontrollen den 20. august 1991 havde patienten det godt og gik næsten uden at halte. Han havde genoptaget sit arbejde. Røntgenkontrollen viste en velplaceret hofteprotese.

I 1993 fik patienten amputeret sit venstre underben på grund af åreforkalkning.

Den 12. august 1997 viste røntgen opklaringszoner langs lårbenskomponenten. Patienten angav at have været plaget af smerter fra venstre lyske gennem ca. 3 år. Man fandt grundlag for igen at foretage reoperation af den venstre hofte.

Ved kontrollen den 18. december 1997 kunne man ikke med sikkerhed konstatere, at den venstresidige hofteprotese havde flyttet sig.

Røntgen den 12. februar 1998 gav mistanke om løsning, idet der var et brud i cementen omkring lårbenskomponenten.

Patienten blev indlagt til reoperation den 8. juni 1998. Røntgenundersøgelse samme dag viste fortsat en velplaceret lårbenskomponent, men der var stadigvæk let opklaring omkring ledskålskomponenten. Ved operationen den 10. juni 1998 fandt man både ledskåls- og lårbenskomponenterne fastsiddende (99-2017).

Patientforsikringen afviste sagen med, at patienten ikke var blevet påført en fysisk skade som følge af anvendelsen af Boneloc-cement.

Patientforsikringen lagde vægt på, at reoperationen var indiceret på grund af patientens smerter og ønske om reoperation samt usikre radiologiske fund. Der blev endvidere lagt vægt på, at man ved reoperationen fandt protesekomponenterne fuldstændigt fastsiddende.

Afgørelse efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4

Den 29. april 1992 fik patienten på grund af slidgigt indsat en kunstig hofte på højre side, og ved indgrebet blev der anvendt Boneloc-cement. Under operationen skete der en påvirkning af peroneusnerven resulterende i, at patienten fik en permanent dropfod.

Den 11. september 1996 fik patienten på Hillerød Sygehus foretaget udskiftningsoperation af den højresidige hofteprotese, idet der var radiologisk konstateret løshed. Operationen forløb ukompliceret.

Skaden i form af peroneuslammelse resulterende i dropfod blev anset for tilstrækkelig alvorlig og sjælden til, at der kunne ske anerkendelse efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, (99-1560).

Sagen viser, at Boneloc-lovens § 1 også giver patienter, der er opereret med Boneloc-cement, og som i forbindelse hermed får en skade, der ikke direkte kan relateres til anvendelsen af Boneloc-cement, mulighed for også at oppebære erstatning for denne skade.

Patientforsikringen spurgte i den konkrete sag Sundhedsministeriet, om loven også giver Boneloc-opererede patienter en udvidet adgang til erstatning for de skader, der relaterer sig til Boneloc-operationen, men ikke er en følge af den anvendte Boneloc-cement.

Sundhedsministeriet besvarede dette spørgsmål bekræftende ved udtalelse af 29. oktober 1999.

5.3. Vejledende udtalelser til forsikringsselskaber mv.

Som følge af en lovændring i sommeren 1999 (lov nr. 395 af 2. juni 1999) blev patientforsikringsloven udvidet til også at omfatte undersøgelse og

behandling på privathospitaler og speciallægeklinikker m.v. i de tilfælde, hvor der foreligger henvisning fra det offentlige sygehusvæsen, og hvor det er hensigten, at behandlingen skal finansieres af det offentlige sygehusvæsen. Lovændringen gælder for skader forårsaget den 4. juni 1999 eller senere. Se nærmere herom under afsnit 5.1.

De tilfælde, hvor patienterne er blevet behandlet på privathospitaler og speciallægeklinikker m.v. før den 4. juni 1999, uanset om der forelå henvisning og finansiering fra det offentlige sygehusvæsen, og de tilfælde, hvor patienterne selv henvender sig til disse institutioner og mod betaling får foretaget undersøgelse eller behandling, er fortsat ikke omfattet af patientforsikringsloven. Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet kan derfor ikke træffe afgørelse efter patientforsikringsloven i disse tilfælde.

Nogle af privathospitalerne og speciallægeklinikkerne har tegnet særskilte ansvarsforsikringer med henvisning til patientforsikringsloven, hvorved deres patienter får mulighed for at opnå erstatning under de samme lempelige betingelser, som er gældende for patienter inden for det offentlige sygehusvæsen, jfr. reglerne i patientforsikringsloven, såfremt patienterne ikke umiddelbart er omfattet af den ovenfor nævnte lovændring.

Patienter, privathospitaler/speciallægeklinikker og forsikringsselskaber er dog i sådanne erstatningssager henvist til at indbringe sagerne for domstolene, såfremt der ikke forinden kan indgås forlig.

For hurtigere og billigere at opnå en forligsmæssig løsning af sagerne har forsikringsselskaberne i flere tilfælde rettet henvendelse til Patientforsikringen og anmodet om, at Patientforsikringen mod betaling fremkom med en sagkyndig udtalelse om, hvorvidt erstatningsbetingelserne i patientforsikringsloven ville være opfyldt, såfremt man antog, at sagen faldt ind under lovens dækningsområde. På denne baggrund har Patientforsikringen kunnet stille sin viden om fortolkning af patientforsikringsloven til rådighed i andre tilfælde end i patientskadesager på offentlige sygehuse.

Supplerende har Patientforsikringen i enkelte sager efter specifik anmodning herom udtalt sig om stationærtidspunktet, den forventede sygeperiode som følge af behandlingen af grundsygdommen, det varige mén samt erhvervsevnetabet i henhold til reglerne i erstatningsansvarsloven. I den forbindelse gør Patientforsikringen dog opmærksom på, at Arbejdsskade-

styrelsen i medfør af EAL § 10 anses for at være det særlige sagkyndige organ i relation til fastsættelse af varigt mén og erhvervsevnetab.

Patientforsikringens honorar for en vejledende udtalelse vedrørende patient-forsikringsloven var i 1999 kr. 4.000,- excl. moms, og honoraret for en supplerende udtalelse om grundlaget for erstatningsopgørelsen efter erstatningsansvarsloven var kr. 3.000,- excl. moms. Honorarerne er af samme størrelse i 2000.

Herudover kan der afhængigt af omstændighederne i den enkelte sag blive tale om udgifter i forbindelse med indhentelse af eksterne speciallægeerklæringer mv.

Det skal bemærkes, at der ikke foreligger nogen ret ifølge lovgivningen til at forelægge sådanne sager for Patientforsikringen, at udtalelserne fra Patientforsikringen i disse sager alene er af vejledende karakter, og at eventuelle uenigheder mellem parterne henhører under domstolene og er Patientforsikringen uvedkommende.

Patientforsikringen fik de første henvendelser om afgivelse af vejledende udtalelse i 1996. Frem til udgangen af 1999 har Patientforsikringen modtaget i alt 26 anmodninger om vejledende udtalelse, og der var ved udgangen af 1999 afgivet vejledende udtalelse i 19 af disse sager.

5.4. Patientforsikringens retningslinier vedrørende forrentning af erstatningskrav efter erstatningsansvarsloven (EAL)

Forrentning af helbredelsesudgifter, tabt arbejdsfortjeneste og begravelsesudgifter sker efter rentelovens regler, som bygger på, at forrentning forudsætter, at de skadelidte eller deres advokater fremsætter krav herom.

Da de skadelidte ofte glemmer at fremsætte krav på disse renter, indebærer rentelovens regler, at de skadelidte ofte ikke får forrentet disse erstatningsposter. Det har givet anledning til klager og ankesager, hvor Patientskadeankenævnet dog har fulgt Patientforsikringens praksis.

Patientforsikringen har fundet, at rentelovens regler bør administreres

mere smidigt, således at patienter, som glemmer at fremsætte krav om forrentning også får forrentet deres krav.

Patientforsikringen har derfor udarbejdet nedenstående interne retningslinier for forrentning, som trådte i kraft den 1. maj 1999. Retningslinierne har været forelagt for de forsikringsselskaber, der har tegnet patientforsikring og for Patientskadeankenævnet, som ikke har haft indvendinger mod reglerne.

5.4.1. Regelgrundlaget

Reglerne om forrentning af erstatnings- og godtgørelseskrav efter EAL findes i EAL § 16 og i lov om renter ved forsinket betaling mv. (renteloven).

Krav om godtgørelse for svie og smerte, godtgørelse for varigt mén, erstatning for erhvervsevnetab samt erstatning for tab af forsørger forrentes fra *skadetidspunktet* til betaling sker med en årlig rente, der svarer til den til enhver tid fastsatte officielle diskonto med et tillæg på 5%, jfr. EAL § 16.

De erstatnings- og godtgørelseskrav, som ikke er nævnt i EAL § 16, dvs. erstatning for tingskade, helbredelsesudgifter og andet tab (EAL § 1), tabt arbejdsfortjeneste (EAL § 2), begravelsesudgifter (EAL § 12) samt godtgørelse for tort (EAL § 26) forrentes efter reglerne i renteloven.

For Patientforsikringens vedkommende er det alene helbredelsesudgifter og andet tab samt erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og begravelsesudgifter, der i praksis betyder noget.

I henhold til rentelovens § 3, stk. 2, skal der betales rente, når der er gået 1 måned efter den dag, da skadelidte har afsendt eller fremsat anmodning om betaling med angivelse af, at manglende betaling medfører pligt til at betale rente.

Der skal dog, jfr. rentelovens § 3, stk. 3, tidligst betales rente, når der er gået 1 måned efter den dag, hvor skadevolderen var i stand til at indhente de oplysninger, som må anses for nødvendige for at bedømme kravets berettigelse og størrelse.

Ifølge rentelovens § 3, stk. 4, skal der - uanset bestemmelserne i stk. 1 og 2 - senest betales rente fra den dag, da skadelidte påbegyndte retsforfølgning til betaling af gælden (såkaldt procesrente).

Ifølge rentelovens § 3, stk. 5, kan retten, hvor særlige forhold begrunder det, bestemme, at renten skal betales fra et tidligere eller senere tidspunkt.

Renten udgør den til enhver tid fastsatte officielle diskonto med et tillæg på 5%.

5.4.2. Retningslinier for Patientforsikringens administration af reglerne

A. For så vidt angår krav på godtgørelse for svie og smerte, varigt mén, erstatning for erhvervsevnetab samt erstatning for tab af forsørger følger Patientforsikringen og dermed også forsikringsselskaberne og de selv-forsikrende myndigheder reglen i EAL § 16, hvilket vil sige, at der sker forrentning fra skadetidspunktet. Skadetidspunktet er i de fleste tilfælde helt entydigt og dermed også administrativt enkelt at arbejde med.

I forbindelse med udarbejdelse af erstatningsopgørelse, hvori disse poster indgår, meddeler Patientforsikringen skadelidte og forsikringsselskabet mv., fra hvilken dato forrentning sker, hvorefter selskabet foretager den videre beregning.

B. Med hensyn til erstatning for helbredelsesudgifter og andet tab, tabt arbejdsfortjeneste og begravelsesudgifter har der i Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet været nogen usikkerhed om, hvordan rentelovens regler skal administreres. Det skyldes, at de skadelidte ofte glemmer eller er uvidende om, at der i forbindelse med skadeanmeldelsen eller senere i sagsforløbet skal fremsættes krav om rentebetaling. Dermed opfylder de skadelidte ikke kravet i rentelovens § 3, stk. 2. Patientforsikringen har hidtil lagt vægt på denne formelle fejl fra de skadelidtes side, men finder, at denne praksis bør ændres.

Ifølge PFL § 13, modtager, oplyser og afgør Patientforsikringen alle erstatningssager efter patientforsikringsloven. Det hedder i lovbemærkningerne til denne bestemmelse bl.a.: "Det er i øvrigt vigtigt for ordnin-

gens sigte, at Patientforsikringsforeningen selv tilvejebringer de oplysninger, der er nødvendige til sagens afgørelse, således at patienten ikke skal engagere f.eks. en advokat til varetagelse af sine interesser.”

På baggrund heraf må det afgørende for Patientforsikringen være, at man skal kunne administrere rentelovens regler på en måde, som lever op til lovgivers intentioner, og samtidig gør reglerne rimeligt enkle at administrere for forsikringsselskaberne, de selvforsikrende myndigheder, Patientskadeankenævnet og Patientforsikringen.

Med udgangspunkt heri fastsættes følgende retningslinier:

1. Tabt arbejdsfortjeneste, hvor kravet kan gøres endeligt op (tilstanden stationær) *inden* anmeldelsen til Patientforsikringen:

Forrentning sker, når der er gået 1 måned fra den dag, hvor skadelidte anmeldte skaden til Patientforsikringen. Hermed stilles patienten, som om vedkommende i sin anmeldelse havde stillet krav om renter, jfr. rentelovens § 3, stk. 2, og løsningen harmonerer med rentelovens § 3, stk. 3.

Reglen er administrativt enkel, idet der anvendes et helt entydigt starttidspunkt for forrentningen af disse krav, uanset hvornår de i øvrigt er opstået.

2. Tabt arbejdsfortjeneste, hvor kravet først kan gøres endeligt op (tilstanden stationær) *efter* anmeldelsen til Patientforsikringen:

I denne situation kan der naturligvis ikke betales rente fra anmeldelsestidspunktet, da tabet ikke kan gøres op på dette tidspunkt.

Renten beregnes som udgangspunkt fra det tidspunkt, der ligger 1 måned efter, at *kravet kan gøres endeligt op* (tilstanden stationær), eller skadelidte har *genoptaget arbejdet*, hvis dette sker på et andet tidspunkt end stationærtidspunktet.

Når disse to tidspunkter er valgt som starttidspunkt for renteberegningen, skyldes det, at såvel skadelidte som Patientforsikringen normalt først har mulighed for at beregne størrelsen af den tabte arbejdsfortjene-

ste, når tilstanden er blevet stationær eller skadelidte har genoptaget arbejdet. Reglen harmonerer med principperne bag rentelovens § 3, stk. 3.

Såfremt Patientforsikringens stillingtagen til erstatningskravene trækker ud alene som følge af, at skadelidte ikke fremsender relevant dokumentation, kan Patientforsikringen bestemme, at rente skal betales fra et senere tidspunkt, f.eks. fra det tidspunkt, hvor dokumentationen fremkommer, jfr. reglen i rentelovens § 3, stk. 5. Omvendt kan det, f.eks. hvor der er fremsat delkrav om tabt arbejdsfortjeneste eller ved meget langvarige perioder med tabt arbejdsfortjeneste, være rimeligt at lade forrentningen løbe fra et tidligere tidspunkt end månedsdagen efter stationærtidspunktet.

Da forrentningen af disse erstatningskrav er ganske høj, har en række forsikringsselskaber, for at undgå rentebetaling, indført den praksis, at man ved hjælp af løbende a conto betalinger af tabt arbejdsfortjeneste, undgår at skulle betale renter.

En sådan fremgangsmåde vil også kunne anvendes i Patientforsikringen.

3. Begravelsesudgifter samt helbredelsesudgifter og andet tab.

Helbredelsesudgifter og andet tab drejer sig oftest om småbeløb f.eks. medicinudgifter og transportudgifter, hvor forrentningen vil være helt bagatelagtig.

I princippet følges de under 1 og 2 nævnte retningslinier, idet det forudsættes, at krav på sådanne udgifter fremsendes nogenlunde samlet, således at forrentning kan ske fra samme tidspunkt.

Såfremt skadelidte på trods af opfordring indsender krav på sådanne småbeløb lidt efter lidt eller uden dokumentation foretages forrentning fra månedsdagen efter det tidspunkt, hvor Patientforsikringen er i stand til at gøre det samlede krav op.

C. Ikrafttræden.

Foranstående regler træder i kraft *den 1. maj 1999* og finder anvendelse på alle erstatningsafgørelser, der udarbejdes efter dette tidspunkt.

5.5. Kan der ydes erstatning for skade i forbindelse med selvmord og selvmordsforsøg?

Psykiatriske sygehuse er omfattet af patientforsikringslovens dækningsområde. Det betyder, at såfremt psykiatriske patienter påføres fysisk skade i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende foretaget på et psykiatrisk sygehus, kan der ydes erstatning efter patientforsikringslovens særlige ansvarsregler, jfr. PFL § 1, stk. 1. Uden for dækningsområdet falder psykiske skader med mindre disse skyldes en fysisk skade i forbindelse med behandlingen. Såfremt patienten kommer til skade ved et ulykkestilfælde under opholdet på det psykiatriske sygehus, kan der ydes erstatning efter almindelige erstatningsregler (culpa), jfr. PFL § 3, stk. 2.

Der anmeldes årligt ca. 50 sager til Patientforsikringen om skade i forbindelse med psykiatrisk behandling herunder nogle få tilfælde, hvor psykiatriske patienter har begået selvmord eller er kommet til skade ved selvmordsforsøg.

Denne type sager indeholder helt specielle problemstillinger.

Når det overhovedet kan komme på tale at yde erstatning for skade i forbindelse med psykiatriske patienters selvmord, så skyldes det, at disponeringen for at begå selvmord er særlig stor hos nogle af disse patienter. 5-8% af alle selvmord i Danmark finder således sted under indlæggelse på psykiatrisk sygehus. Det er således ofte et formål med sygehusindlæggelsen og behandlingen af patienten netop at bringe denne ud af risikoen for at begå selvmord.

Dette stiller særlige krav til de psykiatriske sygehuse, idet

- det ved diagnosticeringen af patientens sygdom indgår som et væsentligt element, om der er risiko for, at patienten vil begå selvmord og i tilslutning hertil hvilke foranstaltninger, der skal træffes for at sikre patienten

herimod (f.eks. lukket afdeling, antidepressiv medicinering, overvågning og fiksering etc.). Diagnosticeringen og fastsættelsen af de rigtige sikkerhedsforanstaltninger beror på en psykiatrisk specialtvurdering, som må bedømmes efter "specialistreglen" i PFL § 3, stk. 1, jfr. § 2, stk. 1, nr. 1, og

- selv ved korrekt diagnosticering og valg af sikkerhedsforanstaltninger udelukker dette ikke altid, at selvmord sker, enten fordi det ikke har været muligt at hindre patienten i at gøre det, eller fordi sikkerhedsforanstaltningerne har svigtet eller været utilstrækkelige. Her har det ingen mening at anvende "specialistreglen", idet der alene er tale om en kontrol af patientens færden og handlinger. Sygehuset kan i disse tilfælde kun ifalde ansvar efter almindelige erstatningsregler, dvs. hvis der er begået fejl i forbindelse med sikkerhedsforanstaltningerne, jfr. PFL § 3, stk. 2, jfr. Bo von Eyben, Patientforsikring, side 135.

At disse sager kan være meget vanskelige at bedømme fremgår af følgende uddrag af en udtalelse, som en psykiatrisk overlæge har givet i en konkret sag:

"Inden jeg tager stilling til de 5 stillede spørgsmål, vil jeg kort redegøre for nogle forudsætninger dels med hensyn til selvmord hos sindssyge personer, der er væsentlige for bedømmelsen, specielt hvad angår specialistmålestokken, dels med hensyn til andre forhold, såsom ressourcemæssige..

Jeg vil, hvad angår det første, opstille nogle kategorier, men må dog i den forbindelse sige, at der er tale om kernegrupper. Mange patienter vil ikke helt klart kunne placeres i en enkelt kategori. Hertil kommer, at der i løbet af en sindssygdom kan blive tale om, at en patient placerer sig i forskellige kategorier. Det kan ske i en forværringsfase, eller hvor det drejer sig om periodisk sindssygdom, kan patienten, som det vil ses nedenfor, pludselig eller gradvis ændre tilstandsbilledet.

Generelt må det også siges, at der er en overdødelighed for personer med psykisk lidelse. Denne er også meget fremtrædende ved sindssygdommene, og her må særlig skizofreni og manio-depressiv sindslidelse (stemningssindssygdom) nævnes, idet selvmord ikke er ualmindeligt ved depressioner.

Jeg vil opstille følgende kategorier:

1. Personer med åbenlys stor selvmordsfare

Disse personer vil ved deres handlinger og ytringer umiddelbart røbe selvmordsfaren. De udfører åbenlyse selvmorderiske og selvdestruktive handlinger. Trods sindssygdommen har de den nødvendige dømm- og handlekraft til at gennemføre deres forehavende. Er de indlagt kan selvmordet forebygges ved intensiv overvågning, fast vagt og evt. bæltefiksering.

Problemet med denne gruppe opstår efterhånden som tilstanden afsvækkes, og man derfor gradvist slipper overvågningen. De kan dermed glide over i kategori 2.1.

2. Personer som skjuler deres selvmordsønsker

Disse kan igen opdeles som følger:

2.1. Personer som vil begå selvmord på sindssygeligt grundlag (f.eks. tilskyndet af "stemmer" eller på grund af vrangforestillinger om at de må dø, fordi de indeholder alverdens ondskab), men som har tilstrækkelig dømmekraft til ikke at røbe deres selvmordsønske. Sådanne selvmord lykkes altid, såfremt metoden er effektiv. De ligner derved normale, dvs. ikke-sindssyge personer, der er helt besluttede på at tage livet af sig.

2.2. Personer som vel er sindssyge, men som vil begå selvmord på grund af langvarig forpintethed af psykiske symptomer (f.eks. svær angst gennem flere år, hvor hidtidig behandling ikke har hjulpet). Sådanne selvmord kan beskrives som normale, idet de kan sidestilles med selvmord ved langvarige, ubehandlelige smertetilstande, der evt. tillige er forbundet med en sygdom, som under alle omstændigheder vil medføre døden. Såfremt de skjuler deres forehavende og vælger effektiv metode, vil selvmord også her lykkes.

3. Personer med åbenlys selvmordsfare, der dog er hæmmet

3.1. Personer som klart røber selvmordstanker, men som ikke har den nødvendige handle- og dømmekraft til at begå selvmord.

3.2. *Personer som selv er angste for deres selvmordsimpulser og som derfor selv søger behandling og indlæggelse.*

For begge disse kategoriers vedkommende vil indlæggelse og omsorg som hovedregel være tilstrækkeligt til at hindre selvmordet, men de kan gradvis ændre sig både til kategori 1 og 2.1. Er der tale om observation under indlæggelsen, vil det naturligvis have betydning for en afværgen, men enkelte er meget dygtige til at foregive en bedring og skjule deres selvmordsønske.

Man skal desuden være opmærksom på, at behandlingen nogle gange har den effekt for kategori 3.1's vedkommende, at hæmningen (handlingslammelsen) kan aftage uden at selvmordsønsket er mindsket.

4. Personer med akut gennemslag af pludselige, voldsomme selvmordsimpulser

Det kan dreje sig om personer svarende til kategori 3 eller om personer som i årevis har haft vage selvmordsimpulser, og hvor der pludselig kommer et gennembrud.

Drejer det sig om tilfælde svarende til kategori 3, sker der det, at der for 3.1's vedkommende er tale om, at hæmningen og handlingslammelsen pludselig ophører, og for kategori 3.2's vedkommende om, at angsten og modforestillingerne mod selvmord akut formindskes, og selvmordsimpulsen omvendt relativt øges.

Også her kan man underopdele:

4.1. Akut omslag til kategori 1

Personen får da pludselig handlekraften, men røber samtidig sine impulser, således at det er muligt for omgivelserne, specielt hvis den pågældende er indlagt, at afværge selvmordet.

4.2. Pludselig omslag til kategori 2

Her har personen ikke alene handlekraften, men også tilstrækkelig dømmekraft til at skjule sit forehavende. En person i denne tilstand kan tilmed virke

lettet og kan derved narre omgivelserne. Det er næsten umuligt at afværge disse selvmord, såfremt de gennemføres med hurtig og effektiv metode.

Men også andre faktorer må inddrages, såfremt man skal bedømme ansvar - specielt under indlæggelse i psykiatrisk afdeling - for selvmord. Det drejer sig om resourcespørgsmål, lovgrundlag (lov om administrativ frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien) og endelig om etisk faglige betragtninger.

Hvad angår det ressourcemæssige skal ressourceanvendelsen, også overfor selvmordstruede patienter, kunne begrundes sagligt. Såfremt en person befinder sig i kategori 3 ved man, at der er en vis risiko for omslag til kategori 4 og specielt kategori 4.2, men det er sjældent. Man kan derfor ikke tillade sig at udløse større ressourcemængder ved alle som er i kategori 3. Man skal have et grundlag for at iværksætte en konstant overvågning, som enten vil indebære, at et personalemedlem bestandigt følger den pågældende (hvorved andre patienter berøves en overvågnings- og kommunikationsmulighed) eller ved en ekstraordinær tilkaldt person. Dette indebærer en ikke ubetydelig udgift.

Hvad angår nævnte lov, foreskriver den det mindste middels princip. Man kan derfor ikke tillade sig på et meget løst grundlag at ordinere bæltefiksering med fast vagt.

Etisk fagligt må man også være opmærksom på, at overvågning kan virke meget belastende og nedværdigende. Derfor skal der også gode grunde til f.eks. at følge en person på toilettet eller til hele tiden at kigge ind til den pågældende på stuen. Det sidste indebærer også en forstyrrelse og kan virke søvnhindrende, hvilket i sig selv indebærer en svækkelse af muligheden for bedring i tilstanden."

Denne udtalelse viser nogle af de vanskeligheder, der er forbundet med at give en korrekt vurdering af risikoen for selvmord og en korrekt vurdering af de foranstaltninger, der bør træffes for at forhindre dette. Udtalelsen viser også, at selvom man har vurderet patienten korrekt og truffet de rette sikkerhedsforanstaltninger, så er det langt fra sikkert, at man der igennem kan undgå selvmord. Omvendt viser dette også, at selvom sygehuset fejlvurderer patienten, så er det langt fra sikkert, at man havde reddet patienten ved en korrekt vurdering mv.

Foranstående indebærer, at det vil være sjældent, at der kan blive tale om at pålægge sygehuset et erstatningsansvar for patienters selvmord.

5.5.1. Nogle eksempler fra Patientforsikringens praksis skal refereres kort

1. Selvmord i hjemmet efter udskrivning fra psykiatrisk sygehus - ingen erstatning

En 57-årig kvinde indlægges den 15. december 1998 på psykiatrisk afdeling med vage selvmordstanker, som hun selv tager afstand fra. Hun var ved indlæggelsen urolig og hendes stemningsleje var lavt.

Hun blev efter indlæggelsen behandlet med antidepressiv medicin, og da det efter et par dage gik godt fremad med helbredelsen, skønnede sygehuset, at der ikke længere var selvmordsfarer. Da hun ønskede at komme hjem til julen, blev hun udskrevet den 23. december 1998 til fortsat behandling i sygehusets dagafsnit, idet hun fortsat var i antidepressiv behandling. Den 21. januar 1999 besluttede man at reducere den antidepressive medicin, idet den gav hende nogle gener. Hun havde ifølge sygehusjournalen ikke på nogen måde udsendt signaler om selvmordstanker. Den 27. januar 1999 begik hun selvmord i hjemmet.

Erstatning til efterlevende ægtefælle afvist efter PFL § 3, stk. 1, jfr. § 2, stk. 1, idet Patientforsikringen vurderede, at diagnosticeringen og behandlingen på det psykiatriske sygehus var i overensstemmelse med bedste specialiststandard. Man lagde vægt på, at hun ikke på udskrivningstidspunktet var alvorligt selvmordstruet, ligesom man lagde vægt på, at der ikke senere i forløbet var tale om selvmordsrisiko (99-1189).

Bemærkning:

Patientforsikringen lagde vægt på, at patienten var korrekt diagnosticeret og behandlet, og at man ikke kunne have afværget dette selvmord. I så fald skulle hun have været under permanent overvågning, hvad der ikke var indikation for. Man ville ikke kunne have tilbageholdt hende mod hendes vilje i henhold til lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien. Selvmordet var uforudsigeligt. Patienten kan formentlig henføres til kategori 4.2.

2. Selvmord på lukket psykiatrisk afdeling - ingen erstatning

En 50-årig mand havde gennem 3 uger udviklet tiltagende symptomer på depressiv sindslidelse. Han var af egen læge sat i behandling for depression. Depressionen udviklede sig, og han blev den 2. maj 1997 indlagt på psykiatrisk afdeling. Den 4. maj 1997 blev patienten undersøgt af den behandlende overlæge, som fandt ham deprimeret og svært forpint med klar risiko for selvmord. Af sikkerhedsmæssige årsager blev patienten herefter tvangsoverflyttet til lukket psykiatrisk afdeling.

På den lukkede psykiatriske afdeling vurderede den vagthavende 1. reserve-læge, at patienten var deprimeret i sværere grad, men at han var for hæmmet til på dette tidspunkt at være selvmordsfarlig. Patienten blev sat i antidepressiv medicinsk behandling. Den 5. maj 1997 havde overlægen en samtale med patienten, og overlægen fandt, at patienten var deprimeret i moderat svær grad, men vurderede, at han ikke var selvmordstruet. Samme dag talte patienten med en sygeplejerske, der på dette tidspunkt fandt ham selvforringende uden dog at virke selvmordstruet.

Ifølge overlægen blev der ikke ordineret fast vagt, ligesom han ikke fik frtaget sin livrem, da lægerne og afdelingspersonalet ikke vurderede ham som selvmordstruet. Senere samme dag blev han fundet livløs, hængt i radiatoren i sin livrem.

Patientforsikringen afviste at yde erstatning, idet man fandt, at diagnoseringen og behandlingen var i overensstemmelse med bedste specialiststandard, ligesom man fandt, at der i forbindelse med tilsynet af patienten ikke var begået fejl eller forsømmelse fra sygehusets side. Betingelserne for at anse skaden for erstatningsberettigende efter PFL § 3, stk. 2, var derfor ikke opfyldt. Afgørelsen blev tiltrådt af Patientskadeankenævnet (97-1328).

Bemærkning:

Patientforsikringen lagde vægt på, at patientens selvmordsimpulser pludselig slog igennem, således at han fik den fornødne handlekraft til at gennemføre selvmordet, altså hvor en kategori 3.1. tilstand går over i en kategori 4.2. tilstand. Man kunne kun have afværget selvmordet ved at etablere konstant vagt og ved at frtage ham livremmen, men det var der ikke sagligt grundlag for.

3. Selvmordsforsøg på lukket afdeling - erstatning

49-årig kvindelig patient blev den 27. september 1993 indlagt på et psykiatrisk sygehus på grund af depression, og da hun den følgende dag krævede sig udskrevet, blev hun tvangstilbageholdt på behandlingsindikation. Kvinden fandtes svær psykotisk med svære depressive vrangforestillinger og blev behandlet med NCE. Den 3. oktober 1993 truede hun med at komme fra sygehuset på den ene eller anden måde, hvilket af plejepersonalet blev opfattet som trusler om selvmord, hvorfor hun fik ordineret fast vagt. Den 7. oktober 1993 bemærkede man, at hun havde røde øjne, og hun oplyste, at hun havde forsøgt at strangulere sig med et håndklæde, og øjen-symptomerne fandtes i overensstemmelse hermed.

Den 29. oktober 1993 havde kvinden besøg af sin ægtefælle, og den faste vagt aftalte med ægtefællen, at denne var alene med sin hustru på værelset, mens vagten hentede kaffe til parret. Da vagten vendte tilbage og åbnede døren til værelset, løb kvinden forbi vagten og direkte mod vinduet i opholdsstuen, hvorfra hun i 1. sals højde sprang ud. Ved faldet pådrog hun sig brud på hælben, fodrodsknogler og ledscred svarende til første tå. Patientskadeankenævnet fandt, at sygehuset var erstatningsansvarlig efter PFL § 3, stk. 2, idet man ikke fandt, at sygehuspersonalet havde udvist den fornødne omhu vedrørende sikring af vinduerne. Det fremgik af sagen, at det var uafklaret, hvorfor det ikke synligt åbne vindue, som patienten sprang ud af, var ulåst, og hvor længe det havde været ulåst, hvorved bemærkes, at sygehuspersonalet, efter det oplyste, ikke dagligt checker vinduerne (94-0092).

Bemærkning:

Der er ikke tvivl om, at denne patient havde åbenlys og stor selvmordsfare, dvs. kategori 1, og det var helt korrekt, at hun blev tvangstilbageholdt på en lukket afdeling med fast vagt. Når selvmordsforsøget kunne gennemføres, skyldtes det, at sygehuset ikke havde sikret vinduet tilstrækkeligt og ikke kunne give nærmere forklaring herpå. Hvis vinduet havde været aflåst, er det overvejende sandsynligt, at patienten ikke kunne have gennemført selvmordsforsøget.

5.6. Er elektronisk fosterovervågning (CTG) bedste specialiststandard?

CTG (cardiotokograf) er et apparat, der laver en kontinuerlig optegning af en kurve over frekvensen af fosterets hjerteaktion og en kurve over veernes styrke og frekvens. Disse registreringer aftegnes på 2 kurver, øverst en FHR-kurve, der viser fosterhjerteraktionen, og nederste en kurve over veaktiviteten. Under graviditeten og i særdeleshed i forbindelse med fødslen vil fosterets hjerteaktion, ud over at fortælle at fosteret er i live, fortælle noget om, hvordan fosteret har det.

Patientforsikringen modtager hvert år en række sager, hvor børn er født med skader som følge af iltmangel under fødselsforløbet. I disse sager foretager Patientforsikringen en lægelig vurdering af, om overvågningen af barnet under fødslen har levet op til den bedste specialiststandard, eller om skaden kunne være undgået ved en mere intensiv overvågning af barnet.

Til brug for denne vurdering besluttede Patientforsikringen i slutningen af 1999 at foretage en undersøgelse af, i hvilket omfang der på landets fødeafdelinger blev anvendt CTG overvågning. Der blev derfor i december 1999 udsendt et spørgeskema, hvor besvarelsen skulle afdække omfanget af anvendelsen af CTG, samt om der fandtes retningslinier herfor. Forespørgslen blev sendt ud til 34 fødeafdelinger. Den 1. marts 2000 forelå der 28 besvarelser.

Blandt de 28 afdelinger, der besvarede forespørgslen, havde 20 afdelinger detaljerede retningslinier for anvendelse af CTG. 8 afdelinger havde ingen egentlige detaljerede skriftlige retningslinier, men en mere ad hoc beslutning om, hvornår CTG var indiceret.

Blandt de 20 afdelinger med retningslinier for anvendelse af CTG var der forskel specielt for anvendelsen af CTG ved normale fødsler, det vil sige fødsler, hvor der hverken var sygdomme eller symptomer hos moderen der tydede på, at fødselsforløbet ville afvige fra en normal vaginal fødsel.

Når en normal fødende kom ind med begyndende veaktivitet anvendte 8 afdelinger et såkaldt doorstep CTG, hvilket vil sige, at der blev målt CTG i 20 - 30 minutter umiddelbart efter den gravides ankomst til sygehuset. 12 afdelinger anvendte ikke doorstep CTG men lytning med træstetoskop

(auskultation). På disse afdelinger anvendtes der dog CTG, hvis presseperioden oversteg en time, hvis der var afgang af grønt fostervand, eller hvis der blev opsat vestimulerende drop.

Ved patologiske fødsler (fødsler med stor risiko for forekomst af sygelige tilstande hos barnet) anvendte 14 afdelinger kontinuerlig CTG overvågning og 6 afdelinger periodisk overvågning ved CTG. Indikationerne for anvendelse af CTG i disse tilfælde var ret ens. Det drejede sig primært om følgende tilstande: suspekt CTG-måling ved ankomst, underkroppspræsentation, tvillinger, for tidlig fødsel, blødning og svangerskabsforgiftning.

Kun på 6 afdelinger blev der rutinemæssigt anvendt skalp vene pH måling (måling af pH-værdien fra blod udtaget fra en vene på fosterets isse) ved patologisk CTG, mens der blev arbejdet på dette på yderligere 5 afdelinger.

Problemet ved anvendelse af CTG er specielt de falske positive målinger. Dette er målinger, hvor der er et unormalt udslag på CTG-kurven, uden at dette skyldes forhold hos barnet. De falske positive prøver medfører en for stor forekomst af indgriben i form af kejsersnit og cupforløsning hos normale fostre, men dette er desværre prisen for i videst muligt omfang at søge at undgå, at der forekommer skader på grund af iltmangel hos de nyfødte.

Over for de falske positive målinger står de falske negative målinger, hvor CTG målingen er normal men barnet sygt. Denne type måleresultater forekommer imidlertid yderst sjældent. CTG målinger, der viser normale forhold, er oftest en god garanti for, at fosteret har det godt, mens en suspekt CTG måling ikke altid betyder, at der er iltmangel hos barnet. En suspekt CTG måling følges derfor ofte op med en pH måling af blod fra barnet, mens det er i fostertilstanden for at undgå, at der gribes ind i tilfælde, hvor der ikke er behov for det.

Der er efterhånden foretaget en del store sammenlignende undersøgelser af resultaterne af CTG overvågning, og disse har vist, at risikoen for død, iltmangel og neurologiske følgetilstande under fødslen er signifikant lavere i grupper overvåget med CTG, sammenlignet med grupper, hvor man alene har lyttet med træstetoskop. CTG er således et vigtigt redskab til at reducere forekomsten af skader på grund af iltmangel.

Patientforsikringen har anerkendt en række sager, hvor der er anmeldt skader som følge af iltmangel hos nyfødte børn. Disse anerkendelser er sket med henvisning til specialistreglen i PFL § 2, stk. 1, nr. 1, og har været baseret på,

1. sygehusets forkerte tolkning af CTG-kurverne,
2. manglende iværksættelse af CTG overvågning trods suspekt auskultation (lytning med træstetoskop),
3. sygehusets manglende reaktion på erkendte CTG forandringer og
4. manglende dokumentation (arkivering) af CTG-kurver.

På baggrund af de indsendte besvarelser er det vanskeligt at opstille en egentlig standard for, hvornår der bør foretages CTG overvågning. Det er dog Patientforsikringens vurdering, at et sådant krav ikke kan stilles ved normale fødsler.

Ved patologiske fødsler og ved afvigelser i det normale fødselsforløb f.eks. forlænget presseperiode, vestimulation og grønt fostervand er det imidlertid Patientforsikringens vurdering, at behandling i overensstemmelse med bedste specialiststandard tilsiger, at der anvendes CTG overvågning.

Hvis et barn fødes med skader som følge af iltmangel efter et patologisk fødselsforløb og en sådan overvågning ikke er foretaget, vil sagen derfor normalt kunne anerkendes med henvisning til specialistreglen i PFL § 2, stk. 1, nr. 1. Sagerne vil dog altid blive afgjort ud fra en helt konkret vurdering af fødselsforløbet, og den fødselshjælp der er ydet, ligesom det fortsat er en betingelse for anerkendelse, at skaden med overvejende sandsynlighed var undgået, hvis CTG overvågning var iværksat.

6. Patientforsikringens virksomhed

6.1. Foreningens medlemmer

I henhold til Patientforsikringens vedtægter § 6, stk. 6, har medlemsfordelingen i Patientforsikringen for 1998 og 1999 været følgende:

Forsikringsselskaber	1999	1998
Kommunernes gensidige Forsikringsselskab (KgF)	24,74%	64,45%
Skandia (nu "if...")	0%	44,75%
Købstædernes almindelige Brandforsikring (KaB)	74,13%	0%
Zürich Forsikring	0,27%	0,38%
Winterthur International	0,26%	0,42%

KgF har tegnet forsikring for

Nordjyllands Amt
Storstrøms Amt
Frederiksborg Amt

KaB har tegnet forsikring for

Hovedstadens Sygehusfællesskab (HS)
Københavns Amt
Roskilde Amt
Bornholms Amt
Fyns Amt
Vejle Amt
Sønderjyllands Amt og
Ribe Amt.

Zürich Forsikring har tegnet forsikring for

Epilepsihospitalet Dianalund.

Winterthur International har tegnet forsikringer for

Steno Diabetescenter A/S.

Selvforsikrende	1999	1998
Århus Amt	45,84%	
Ringkjøbing Amt	18,16%	46,82%
Vestsjællands Amt	19,36%	51,64%
Viborg Amt	19,64%	
Undervisningsministeriet	1,54%	1,54%

Forholdet mellem forsikringsselskabers præmier og selvforsikrendes skønnede præmier

	1999	1998
KgF, KaB, Zürich Forsikring og Winterthur International	72,01%	90,34%
Selvforsikrende myndigheder	27,99%	9,61%

Medlemsfordelingen er fastsat på baggrund af de respektive forsikringsselskabers præmieindtægter ved tegning af patientforsikring. Fordelingen mellem forsikringsselskaberne og de selvforsikrende er uændret i forhold til 1998. De selvforsikrende har således udpeget 1 medlem, og forsikringsselskaberne har tilsammen udpeget 5 medlemmer til bestyrelsen. Fordelingen bliver foretaget efter "D'Hondtske metode".

På baggrund af medlemsfordelingen og i henhold til vedtægterne § 6, stk. 2, er Kommunernes gensidige Forsikringsselskab, Købstædernes almindelig Brandforsikring, Zürich og Winterthur Forsikring anmodet om i fællesskab at udpege 5 medlemmer til bestyrelsen. Århus, Ringkjøbing, Vestsjællands og Viborg amter har i fællesskab udpeget 1 medlem, og Sundhedsministeriet har ligeledes udpeget 1 medlem til bestyrelsen.

6.2. Foreningens bestyrelse

Til Patientforsikringens bestyrelse var i 1999 udpeget følgende:

Udpeget af Købstædernes almindelige Brandforsikring

Næstformand Jørgen Bjørnvad (HS's bestyrelse)
Advokat Mikael Rosenmejer (Plesner & Grønborg)
Adm. direktør Mogens N. Skov (KaB)

Suppleanter

Inger Marie Bruun-Vierø (HS)
Advokat Tina Reissmann (Plesner & Grønborg)
Direktør Lars Østenfeld (KaB)

Udpeget af Kommunernes gensidige Forsikringsselskab

Amtsrådsmedlem Ejvind Hansen (Fyns Amt)
Amtsrådsmedlem Hjørdis Høegh-Andersen (Storstrøms Amt)

Suppleanter

Amtsborgmester Johannes Flensted-Jensen (Århus Amt)
Amtsrådsmedlem Hans Andersen (Frederiksborg Amt)

Udpeget af selvforsikrere

Amtsrådsmedlem Knud Erik Særkjær (Århus Amt)

Suppleant

Amtsrådsmedlem Inge Bach Nielsen Vestsjællands Amt

Udpeget af Sundhedsministeriet

Afdelingschef Jette Mersing (Sundhedsministeriet)

Suppleant

Fuldmægtig Dorte Knudsen (Sundhedsministeriet)

Næstformand i HS's bestyrelse Jørgen Bjørnvad valgtes som formand og amsrådsmedlem Ejvind Hansen som næstformand.

Der har i 1999 været afholdt 3 bestyrelsesmøder. På møderne har bestyrelsen taget stilling til Patientforsikringens budgetter, regnskaber og personalenormering mv. samt drøftet en lang række administrative spørgsmål, herunder sagsbehandlingstid samt generelle og principielle spørgsmål vedrørende patientforsikringslovens administration. Herudover har sekretariatet orienteret bestyrelsen om mere principielle enkeltafgørelser.

Det har været af afgørende betydning for bestyrelsen, at Patientforsikringen fortsat tilstræber at træffe materielt korrekte afgørelser med en så kort sagsbehandlingstid som mulig.

6.3. Foreningens administration

6.3.1. Patientforsikringens medarbejdere pr. 31. december 1999

Nedenstående oversigt viser Patientforsikringens medarbejdere pr. 31. december 1999.

Arne Grünfeld	direktør
Ole Graugård	sekretariatschef
Martin Erichsen	kontorchef
Helle Andersen	fuldmægtig

Enhed 1

Peter Jakobsen	vicekontorchef
Alan M. Wad	fuldmægtig, cand.jur.
Michael Lind Hansen	fuldmægtig, cand.jur.
Trine Schmidt	fuldmægtig, cand.jur.
Alice Bøgild Jensen	assistent (barselsvikar)
Jutta Møller Jensen	assistent (barselsorlov)
Susanne Ricks	assistent

Ole Hart Hansen	overlæge, dr.med.	(kirurgisk gastroenterologi)
Ulrik Gerner Svendsen	overlæge, dr.med.	(intern medicin)

Enhed 2

Morten Henriksen	vicekontorchef	
Birgitte Frost	fuldmægtig, cand.jur.	(barselsvikar)
Hans-Jørgen Dam	fuldmægtig, cand.jur.	
Marie-Louise Holmgreen	fuldmægtig, cand.jur.	(barselsorlov)
Thomas Arleth	fuldmægtig, cand.jur.	
Bettina Lund	assistent	
Merete Rolsted	overassistent	

Cai Frimodt-Møller	overlæge, dr.med.	(parenkymkirurgi)
Steen Mejdahl	overlæge	(ortopædkirurgi)

Enhed 3

Anne Gjerding	vicekontorchef	
Helle Brammer	fuldmægtig, cand.jur.	
Michael H. Steenberg	fuldmægtig, cand.jur.	
Pernille Kofoed	fuldmægtig, cand.jur.	
Kasper Gersmann	stud.jur.	
Maria Bienkowski	assistent	
Yvonne Hansen	assistent (barselsvikar)	
Bent Ebskov	adm. overlæge, dr.med.	(ortopædkirurgi)
Marianne Juhler	adm. overlæge, dr.med.	(neurokirurgi)

Enhed 4

Mette Heegaard	vicekontorchef	
Ann-Birgitte Holm	fuldmægtig, cand.jur.	
Lene Hannecke Olsen	fuldmægtig, cand.jur.	
Niels Hjortnæs	fuldmægtig, cand.jur.	
Lotte Johnson	assistent	
Dorte Jørgensen	overassistent	

Johannes Bock	professor, dr.med.	(gynækologi og obstetrik)
Jens Kristian Gøtrik	cheflæge, dr.med.	(ortopædkirurgi)

Enhed 5

Erik Asp Poulsen	vicekontorchef	
Andreas Hjort	fuldmægtig, cand.jur. (vikar)	
Anne-Louise		
Wedell-Wedellsborg	fuldmægtig, cand.jur.	
Charlotte R. Gransøe	fuldmægtig, cand.jur. (barselsorlov)	
Kristina Sprove	fuldmægtig, cand.jur.	
Per Vesten Pedersen	fuldmægtig, cand.jur. (forældreorlov)	
Tina Frimand	assistent	
Flemming Gjerris	professor, dr.med.	(neurokirurgi)
Søren Solgaard	overlæge, dr.med.	(ortopædkirurgi)

Konsulenter

Leif Kledal	tandlæge
Randi Mikkelsen	cand.jur. (på pension 31.1.00)
Vibeke Henning	overlæge (speciallæge i øjensygdom) ansat 1.1.00

Patientforsikringens registreringssystem

Jens Krogh Christoffersen	overlæge
Ulla Anderson	lægesekretær

Øvrigt personale

Else Duus	køkkenassistent
Jytte Skov	receptionist
Lone Sloth Kofod	receptionist
Mikka Tybjerg Petersen	kontorassistent
Svend Rubæk Nielsen	medhjælper

6.3.2. Lægeligt konsulentnet

Til brug for Patientforsikringens vurdering af de medicinske aspekter i de anmeldte patientskader har Patientforsikringen tilknyttet lægelige konsulenter inden for forskellige medicinske specialer. Lægekonsulenterne er alle tilknyttede sygehusvæsenet og har den fornødne speciallægeuddannelse og erfaring fra udarbejdelse af erklæringer i revaliderings-, pensions- eller forsikringssager.

Pr. 31. december 1999 var der 11 lægekonsulenter tilknyttet Patientforsikringen.

Herudover har Patientforsikringen tilknyttet 1 tandlægekonsulent, tandlæge Leif Kledal samt en juridisk konsulent, der medvirker ved fastsættelse af erhvervsevnetab, cand.jur. Randi Mikkelsen.

I det omfang Patientforsikringens lægelige konsulenter har fundet det nødvendigt i konkrete sager, er der indhentet speciallægeerklæringer eller speciallægevurderinger fra eksterne speciallæger inden for andre specialer.

6.4. Administrationsaftale

Patientforsikringen indgik i 1993 en administrationsaftale med Kommunernes gensidige Forsikringsselskab om leje af lokaler og administration af lønudbetalinger, EDB-service, kantinebetjening, bogholderi- og kassefunktion samt regnskabsbistand.

Med virkning fra den 1. december 1995 blev der indgået en ny begrænset administrationsaftale, der alene omfatter lønadministration og bogholderi- og kassefunktion.

6.5. Regnskab og budget

Foreningens virksomhed finansieres ifølge PFL § 12, stk. 2, af forsikrings-selskaber, der tegner forsikring efter loven og selvforsikrende myndighe-der.

Den nærmere fordeling af driftsudgifterne er fastlagt i foreningens vedtæg-ter § 11. Heraf fremgår, "at udgifter til foreningens drift afholdes af hver en-kelt af forsikringsgiverne og de enkelte selvforsikrende myndigheder i for-hold til henholdsvis forsikringsgivernes samlede årlige præmieindtægter og et af bestyrelsen for de selvforsikrende myndigheder skønsmæssigt be-regnet, årligt præmiebeløb svarende til risikoen."

Det er således foreningen, der - på baggrund af oplysninger om præmie-indtægterne hos forsikringsgiverne - skønsmæssigt fastsætter en præmie for de selvforsikrende myndigheder.

Foreningens budget for 1999 blev godkendt på bestyrelsesmøde i septem-ber 1998 og indeholdt budgetterede udgifter på 30.850.000 kr. De samlede udgifter til patientforsikringsordningens (Patientforsikringen og Patient-skadeankenævnet) administration blev i 1999 ifølge regnskabet på i alt 33.840.844 kr. De ekstraordinært store udgifter, i forhold til det budgettere-de, må i altovervejende grad tilskrives meget store merudgifter i Patient-skadeankenævnet i forbindelse med oprettelse af flere sideordnede nævn og udvidelser i sekretariatet. Patientforsikringens udgifter til driften af Pa-tientskadeankenævnet udgjorde således ca. 10.287.985 kr.

Patientforsikringen blev, ifølge lov om erstatning til patienter opereret med Boneloc-cement før 1. juli 1992, pålagt at behandle anmeldelser efter loven. Ifølge aftale med Sundhedsministeriet betales Patientforsikringen pr. sag, og modtog et samlet administrationsbidrag herfor på 1.496.000 kr. i 1999.

I forbindelse med vedtagelsen af lov om lægemiddelskader blev der ind-gået en administrationsaftale med Sundhedsministeriet om, at Patientfor-sikringen behandler anmeldelser efter loven mod betaling. Gebyret herfor udgjorde i 1999, 659.506 kr.

De omkostninger, der er forbundet med at behandle erstatningssager efter patientforsikringsloven, er meget store, både i relation til sagsbehandlin-

gen i Patientforsikringen og ved Patientskadeankenævnets behandling af ankesager.

Patientforsikringens bestyrelse har i 1999 godkendt et budget for 2000 indeholdende samlede udgifter til administration af patientforsikringsordningen på 33.575.000 kr.

Patientforsikringens budget for 2000 er fastlagt ud fra en forventning om en uændret tilgang af nye anmeldelser.

Regnskabet er optrykt som bilag 6.

Lov om erstatning til patienter opereret med Boneloc-cement før 1. juli 1992 som bilag 8.

7. Beretning om lov om erstatning for lægemiddelskader

7.1. Lovgrundlag

Med virkning fra den 1. januar 1996 trådte lov om erstatning for lægemiddelskader (LMSL) i kraft. Loven er medtaget i årsberetningen som bilag 7.

Loven gør det lettere at få erstatning for skader, der skyldes bivirkninger til et lægemiddel. Ordningen gælder både for patienter og for raske personer, der deltager i videnskabelige forsøg samt for donorer.

Ordningen sikrer patienter, raske forsøgspersoner og donorer en bred erstatningsdækning i tilfælde af lægemiddelskader, der skyldes receptpligtig medicin eller håndkøbsmedicin, som er udleveret i Danmark til forbrug eller klinisk afprøvning.

Lov om erstatning for lægemiddelskader supplerer patientforsikringsloven, idet patientforsikringsloven ikke omfatter skader, der skyldes egenskaber ved de lægemidler, der er anvendt ved undersøgelse, behandling eller lignende.

Lov om erstatning for lægemiddelskader er i modsætning til patientforsikringsloven ikke begrænset til sygehusvæsenet, idet loven omfatter alle lægemidler, der er udleveret gennem apotek, sygehus, læge eller tandlæge.

7.2. Organisation

Lægemiddelskadeerstatningsordningen administreres af Patientforsikringen. Derved sikres det, at de patienter, der har fået udleveret et lægemiddel på et offentligt sygehus, automatisk får vurderet sagen efter både lov om erstatning for lægemiddelskader og lov om patientforsikring. Endvidere sikres en ensartet behandling af alle patienter, hvad enten skaden skyldes sygehusbehandling eller egenskaber ved et lægemiddel.

Patienten skal således ikke henvende sig flere steder, selv om der måtte være tvivl om, hvorvidt der er tale om skade som følge af egenskaber ved et lægemiddel, eller hvorvidt der er tale om skade som følge af, at udleveringen af et lægemiddel ikke har levet op til bedste specialiststandard.

Der er tale om en statslig erstatningsordning, og det er således Sundhedsministeriet, der udbetaler erstatning i de sager, hvor Patientforsikringen har fastslået, at skadelidte har krav på erstatning eller godtgørelse.

7.3. Sagernes behandling

7.3.1. Anmeldelse af skader

Patientforsikringen behandler og træffer afgørelser efter loven. Patientforsikringens afgørelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader kan ankes til Lægemedelskadeankenævnet.

Anmeldelsen sker rent praktisk på to skadesanmeldelser - én som udfyldes af patienten, og én som udfyldes af det sygehus eller den læge, der har ordineret/udleveret lægemidlet.

Patienten skal sørge for, at anmeldelsen kommer Patientforsikringen i hænde hurtigst muligt, og det er patienten, der må sørge for, at erstatningskrav anmeldes, inden der indtræder forældelse. Patientens anmeldelse indeholder vejledning om, hvortil den skal sendes og et uddrag af loven.

Sundhedspersonens anmeldelse skal indeholde oplysning om, hvordan denne har opfattet skadeforløbet, herunder om anmelderen mener, at et lægemiddel er årsag til skadens opståen. Anmeldelsen skal vedlægges kopi af alt relevant journalmateriale.

Det vil i høj grad være de enkelte sundhedspersoner, der skal tage initiativet til, at skaderne bliver anmeldt, da de normalt har bedst mulighed for at konstatere, om der er indtrådt en skade, som kan erstattes.

Patientforsikringen vil i sager, hvor der er sket udlevering af et lægemiddel fra et offentligt sygehus foretage en vurdering af, om sagen er omfattet af patientforsikringsloven. Som det er beskrevet under afsnit 1.3.1 videregir-

ver Patientforsikringen ikke oplysninger til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

7.3.2. Sagsoplysning

Sagsoplysningen følger stort set den procedure, der er beskrevet i afsnit 1.3.2. vedrørende behandling af sager anmeldt efter PFL.

For lægemiddelskadernes vedkommende skal der dog oftere end i patientforsikringssager indhentes sagsoplysninger fra egen læge og speciallæge.

7.3.3. Afgørelser

Ifølge lov om erstatning for lægemiddelskader § 18, stk. 2, har sundhedsministeren bemyndiget Patientforsikringen til at træffe afgørelse i alle sager efter loven.

Selv om Patientforsikringen har karakter af "privat" forening, finder forvaltningslovens regler om bl.a. aktindsigt, tavshedspligt og begrundelse anvendelse i lægemiddelskadesagerne, jfr. lov om erstatning for lægemiddelskader § 18, stk. 3.

7.4. Talmæssige oplysninger

Materialet vedrørende lægemiddelskader er endnu ret lille. Talmaterialet bygger derfor på alle lægemiddelsager fra lovens ikrafttræden den 1. januar 1996 til 31. december 1999.

7.4.1. Udviklingen i antallet af anmeldelser

Både i 1998 og i 1999 modtog Patientforsikringen 67 anmeldelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader.

Siden lovens ikrafttræden den 1. januar 1996 har der i alt været anmeldt 235 sager efter lov om erstatning for lægemiddelskader. Det forekommer ofte,

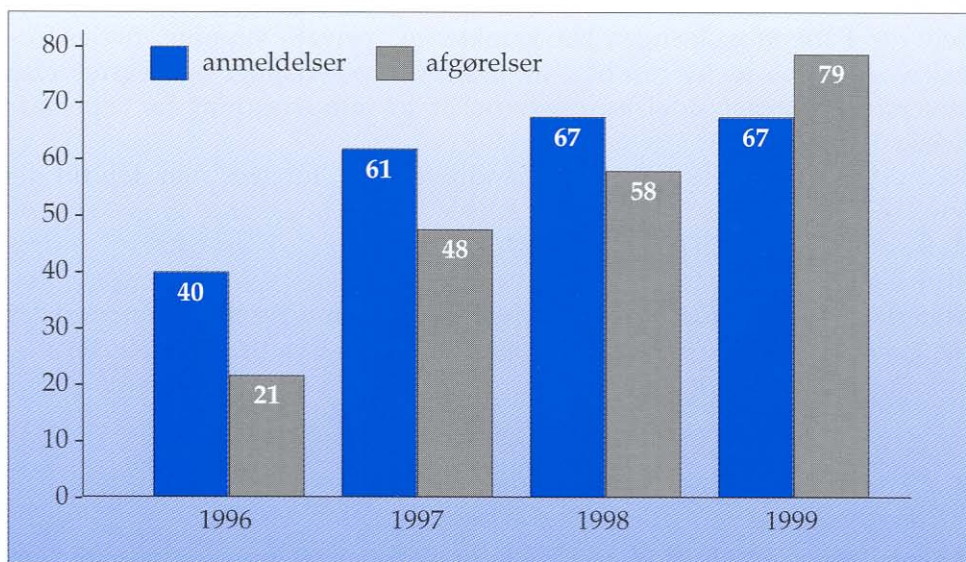
at en sag anmeldes efter lov om patientforsikring, hvor den retteligt skulle have været anmeldt efter lov om erstatning for lægemiddelskader.

Patientforsikringen behandler alle anmeldelser, hvor lægemidlet er udleveret i forbindelse med behandling på offentlige sygehuse, efter både lov om erstatning for lægemiddelskader og efter lov om patientforsikring. Det vil være resultatet af Patientforsikringens vurdering af skadesårsag, som er afgørende for, om sagen bliver registreret endeligt som en lægemiddelskade eller som en behandlingsskade.

Patientforsikringen har pr. 31. december 1999 afgjort 206 sager efter lov om erstatning for lægemiddelskader.

Udviklingen i antallet af anmeldelser og afgørelser siden lovens ikrafttræden den 1. januar 1996 fremgår af figur 7.1.

Figur 7.1 Udviklingen i antal modtagne anmeldelser og trufne afgørelser i årene 1996 til 1999



Antallet af anmeldelser er forholdsvis lavt, og udviklingen tyder på, at antallet af anmeldelser foreløbig er stagneret på et niveau svarende til knap 70 anmeldelser årligt. Patientforsikringen vurderer, at årsagen til det forholdsvis lave antal sager er, at der endnu er et ringe kendskab til muligheden for erstatning for omfattende bivirkninger.

På baggrund af erfaringerne fra patientforsikringsloven forventer Patientforsikringen fremover en stigning i antallet af anmeldelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader.

7.4.2. Antallet af afgørelser

Af figur 7.1 fremgår det, at Patientforsikringen i 1999 traf 79 afgørelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader mod 58 året før.

7.4.3. Sagsbehandlingstiden

På grund af ændringer i Patientforsikringens registreringssystem, er det ikke muligt at illustrere sagsbehandlingstiden for lægemiddelskadesagerne særskilt for tiden før 1. november 1998.

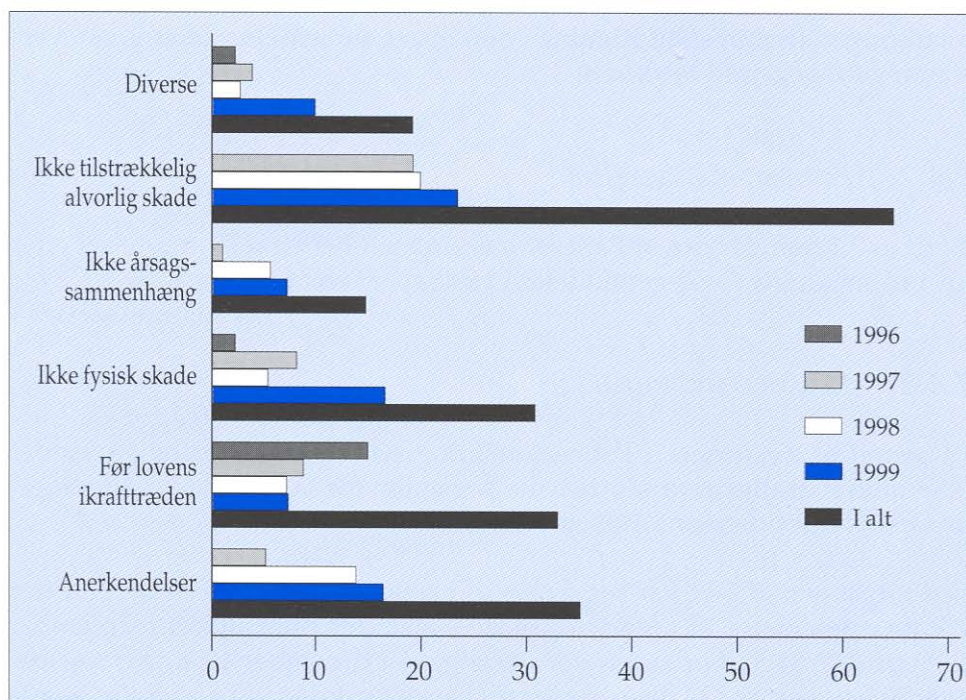
Ved udgangen af året var sagsbehandlingstiden, forstået som den tid der gik fra anmeldelse til afgørelse for de sager, der blev afgjort i december 1999 på 247 dage. For sager, der var afgjort i december 1998, var sagsbehandlingstiden på 127 dage. At sagsbehandlingstiden var væsentlig højere i december 1999 end på tilsvarende tidspunkt året før skyldes, at man i 1999 fik afgjort en del "gamle" sager.

7.5. Afgørelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader

Patientforsikringen har i perioden fra 1. januar 1996 til 31. december 1999 anerkendt 35 sager som erstatningsberettigende. Det fremgår af figur 7.1, at Patientforsikringen har truffet 206 afgørelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader i perioden.

Af det samlede antal afgjorte sager er 17% således anerkendt som erstatningsberettigende lægemiddelskader. Dette svarer stort set til anerkendelsesfrekvensen efter patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4, ("rimelighedsreglen").

Figur 7.2 Afgørelsestyperne efter lov om erstatning for lægemiddelskader



Som det ses, er den helt store hovedårsag til afvisning, at skaden ikke var tilstrækkelig alvorlig i forhold til den grundsygdom, der blev behandlet.

I flere af sagerne er afvisningsgrundlaget kombineret. For eksempel skal en skade, der er opstået i løbet af slutningen af 1995 og i begyndelsen af 1996, også splittes op for så vidt angår begrundelsen. Den del af forløbet, der ligger forud for 1. januar 1996 vil blive afvist med den begrundelse, at lægemidlet er udleveret før lovens ikrafttræden, mens den del af forløbet, der ligger efter, vil blive vurderet i forhold til grundsygdommens alvor.

7.6. Tilkendte erstatningsbeløb

De samlede udbetalinger efter lov om erstatning for lægemiddelskader siden 1. januar 1996 udgjorde ved udgangen af 1999, 1.993.575 kr. Alene i 1999 tilkendtes 659.575 kr.

*Figur 7.3 Tilkendt erstatning * fordelt efter udbetalingsår i perioden fra 1. januar 1996 til den 31. december 1999*

1996	1997	1998	1999	I alt
0	91.105	1.242.895	659.575	1.993.575

*excl. renter

I 1998 blev der udbetalt erstatninger i 11 sager, og den største samlede erstatning i en enkelt sag var på 374.739 kr. Det mindste erstatningsbeløb i hele perioden var på 3.663 kr.

I 1999 blev der udbetalt erstatninger i 15 sager, hvoraf det højeste enkeltbeløb var på kr. 121.266.

7.7. Erstatningsgrundlag og afgørelser

7.7.1. Formål

Formålet med lov om erstatning for lægemiddelskader er at have en offentligt styret erstatningsordning, hvor der gives patienter erstatning for skader forårsaget af egenskaber ved et lægemiddel i videre omfang end efter de almindelige produktansvarsregler og på en for patienten lettere og hurtigere måde.

For at nå dette mål indeholder lov om erstatning for lægemiddelskader en ret detaljeret beskrivelse af, under hvilke betingelser og i hvilke situationer patienter kan opnå erstatning for skader forårsaget af et lægemiddel.

Lov om erstatning for lægemiddelskader opererer i lighed med patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4, med et erstatningsgrundlag, hvorefter der kan gives erstatning ud fra et "rimelighedssynspunkt", som bygger på, at

skaden skal være relativ alvorlig set i forhold til alvoren af patientens grundsygdom.

For at forstå baggrunden for og betydningen af de forskellige afgørelser er det nødvendigt at kende erstatningsgrundlaget i lov om erstatning for lægemiddelskader, hvorfor der indledningsvis skal gives en kort gennemgang af dette.

7.7.2. Erstatningsgrundlaget i lov om erstatning for lægemiddelskader

Erstatningsordningen gælder kun, hvis det lægemiddel, der har forvoldt skaden, er udleveret den 1. januar 1996 eller derefter.

Af lovens §1 fremgår følgende:

§ 1. Til patienter, der påføres fysisk skade som følge af egenskaber ved lægemidler, der er anvendt ved undersøgelse, behandling eller lignende (lægemiddelskade), ydes erstatning efter reglerne i denne lov. Det samme gælder for efterladte til sådanne patienter.

Det er ifølge bestemmelsen en betingelse, at der skal være indtruffet en fysisk skade. Skader af rent psykisk karakter dækkes altså ikke.

I § 2 fastlægges det, hvorledes lægemidlet skal være udleveret, for at være omfattet af loven:

§ 2. Erstatning ydes kun, hvis lægemidlet erhvervsmæssigt er udleveret i Danmark til forbrug eller kliniske afprøvninger af lægemidler (biomedicinske forsøg). Udleveringen skal være sket gennem apotek, sygehus, læge eller tandlæge.

Lovens § 3 definerer nærmere, hvad der forstås ved et lægemiddel:

§ 3. Ved et lægemiddel forstås i denne lov en vare, som er bestemt til at tilføres mennesker for at forebygge, erkende, lindre, behandle eller helbrede sygdom, sygdomssymptomer og smerter eller for at påvirke legemsfunktioner.

Stk. 2. Lægemidlet skal være godkendt til markedsføring i Danmark i henhold til gældende regler. Dette gælder dog ikke for lægemidler, der anvendes ved kliniske afprøvninger (biomedicinske forsøg), jfr. § 1, stk. 2.

Stk. 3.

Stk. 4. Naturlægemidler, homøopatiske lægemidler, vitamin- og mineralpræparater er ikke omfattet af loven. Dette gælder dog ikke, såfremt disse produkter anvendes ved kliniske afprøvninger (biomedicinske forsøg) med henblik på at opnå markedsføringstilladelse som lægemiddel, jfr. stk. 2, 1. pkt.

Det er således en betingelse, at skaden skal være forårsaget af et lægemiddel, der er godkendt til markedsføring i Danmark. Endvidere følger det af lovens § 2, at lægemidlet skal være udleveret gennem apotek, sygehus, læge eller tandlæge.

Skader forårsaget af, hvad der almindeligvis kendes som "kosttilskud", er ikke omfattet, selv om det måtte være udleveret gennem apotek eller gennem sygehus som led i en behandling ordineret af en læge.

Lovens § 5 afgrænser området for bivirkninger:

§ 5. Som lægemiddelskade anses ikke sygdomme eller anden skade, som

- 1) skyldes, at lægemidlet ikke har haft den tilsigtede effekt på den pågældende patient, eller
- 2) skyldes fejl eller forsømmelse i forbindelse med ordination eller udlevering af lægemidlet til patienten.

Patientforsikringen kan i tilfælde af fejl eller forsømmelse i forbindelse med udleveringen af lægemidlet alene behandle sagen, såfremt udleveringen er sket gennem et sygehus, hvorefter skaden vil kunne være omfattet af patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1.

Hvis der opstår skade som følge af fejl eller forsømmelse i forbindelse med

udlevering af lægemidler uden for sygehusvæsenet, skal patienten rejse erstatningskrav efter de almindelige erstatningsretlige regler.

Når loven undtager skader som følge af, at lægemidlet ikke har haft den tilsigtede effekt, skyldes det, at der ellers ville blive tale om en garantiordning, hvilket ikke har været hensigten.

Bevisbyrden er med § 7 i lov om erstatning for lægemiddelskader lettet meget i forhold til almindelige erstatningsretlige regler, idet erstatning ydes, hvis skaden med overvejende sandsynlighed er forårsaget ved brug af lægemidler. Patienten skal altså ikke bevise, at lægemidlet har forårsaget skaden, men der skal være mere end 50%'s sandsynlighed for, at lægemidlet er årsag til skaden.

Lov om erstatning for lægemiddelskaders centrale bestemmelse er lovens § 6:

§ 6. En lægemiddelskade, der er opstået som følge af bivirkninger af et lægemiddel, erstattes kun, hvis bivirkningerne efter deres karakter eller omfang går ud over, hvad skadelidte med rimelighed bør acceptere. Bestemmelsen omfatter både kendte og ukendte samt konkret påregnelige og upåregnelige bivirkninger,

Stk. 2. Ved afgørelser i henhold til stk. 1 skal der særligt tages hensyn til:

- 1) arten og sværhedsgraden af den sygdom, som behandlingen rettede sig imod,
- 2) den skadelidtes helbredstilstand,
- 3) skadens omfang og
- 4) mulighederne i øvrigt for at tage risikoen for skadens indtræden i betragtning.

Stk. 3

Lov om erstatning for lægemiddelskader opererer i lighed med patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4, med et erstatningsgrundlag, hvorefter der kan gives erstatning ud fra et "rimelighedssynspunkt". Der ydes således kun erstatning for bivirkninger, der er værre, end hvad man med rimelighed bør acceptere set i forhold til alvoren af den sygdom, som behandles med lægemidlet. Det vil sige, at man ved behandling af en alvorlig sygdom må acceptere større bivirkninger end ved mindre alvorlige sygdomme.

§ 6 er meget klar for så vidt angår kriteriet vedrørende grundsygdommens alvor, men ud over at operere med et grundsygdomskriterium, mod hvilken bivirkningens omfang skal vægtes, skal patientens generelle helbreds-tilstand også inddrages i vægtningen. Hvis skadens omfang står i forbindelse med, at patientens generelle helbreds-tilstand er dårlig, vil denne særlige modtagelighed tale imod en ret til erstatning.

Patientforsikringen mener, at det er vigtigt, at praksis efter lov om erstatning for lægemiddelskader følger de samme retningslinier, som anvendes i patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4.

Til vurdering af, om Patientforsikringen lever op til intentionerne bag lov om erstatning for lægemiddelskader og giver erstatning i de situationer, der var forudsat fra lovgivers side, er det nødvendigt at se på nogle af de mere principielle og typiske afgørelser, der er truffet i beretningsperioden. I så henseende er afgørelser, hvor der er givet afslag, lige så oplysende som afgørelser, hvor der er givet patienten medhold.

7.7.3. Eksempler på afgørelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader

I det følgende vil der blive gennemgået eksempler på Patientforsikringens afgørelser vedrørende en række lægemidler.

1. Psykisk skade som følge af behandlingen med Roaccutan

En 23-årig kvinde med svær akne havde tidligere været i behandling herfor med præparatet Roaccutan.

I februar 1996 blev patienten atter sat i behandling med Roaccutan, idet hendes akne havde vist sig særdeles svært behandlelig.

Efter en pause i behandlingen blev denne atter genoptaget i marts 1998.

I september samme år henvendte patienten sig hos egen læge, idet hun gennem nogle måneder havde udviklet udtalte depressive symptomer. Man iværksatte samtaleterapi samt behandling med antidepressiv medicin, idet patienten havde voldsomme gener i form af angst, selvbefejdelse m.m.

Patienten fik det gradvist bedre og anmeldte sagen til Patientforsikringen, idet hun klagede over, at hun havde pådraget sig depressionen som følge af behandlingen med Roaccutan.

Da der alene var tale om psykiske gener, kunne sagen ikke anerkendes efter LMSL, hvorfor Patientforsikringen måtte afvise sagen under henvisning til, at patienten ikke var påført en fysisk skade, jfr. § 1, stk. 1 (99-0047).

2. Psykisk skade efter behandling med Lariam

En 23-årig kvinde havde forud for en rejse til Østen fået ordineret Lariam som forebyggende behandling mod malaria.

Et par dage efter afrejsen fik patienten et psykisk ildebefindende og følte, at hun befandt sig på kanten af et nervøst sammenbrud, idet hun var stærkt generet af mareridt, søvnløshed, tungsind samt finmotoriske problemer.

Da patienten ophørte med indtagelse af Lariam, forsvandt generne gradvist.

Patientforsikringen afviste sagen, idet patienten ikke kunne anses at være påført en fysisk skade som følge af behandlingen med Lariam, jfr. LMSL § 1, stk. 1 (99-1326).

3. Fysisk skade ved Lariam-behandling

I forbindelse med en forestående rejse til Indonesien påbegyndte en 53-årig kvinde i september 1996 behandling med Lariam som forebyggelse mod malaria.

En uge efter hjemkomst fra Indonesien begyndte patienten at opleve sitren og uro overalt, specielt i benene, ligesom hun var generet af søvnforstyrrelser, vægttab samt koncentrations- og hukommelsesbesvær.

Patienten blev henvist til neurologisk undersøgelse, hvor man på baggrund af en mistanke om nervebeskadigelse (polyneuropati) foretog en EMG-undersøgelse, som dog viste normale forhold hos patienten.

I oktober 1997 var patienten indlagt på neuromedicinsk afdeling, idet patienten havde været generet af træthed og vekslende føleforstyrrelser i arme og ben i næsten et år. Adskillige undersøgelser kunne dog ikke påvise lidelser i nervesystemet, ligesom en scanning af hjernen ikke havde vist noget unormalt.

I maj 1998 ophørte man med yderligere undersøgelser, idet det ikke havde været muligt at påvise en årsag til patientens gener.

Patienten anmeldte sagen til Patientforsikringen, idet hun mente, at hun som følge af behandlingen med Lariam havde pådraget sig gener i form af dødhedsfornemmelse under venstre fod, manglende evne til at bevæge tæerne på venstre fod, føleforstyrrelser i arme og ben, rysteture, koordinationsvanskeligheder samt smerter i knæ, hofte, ryg og hænder.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter LMSL § 6, idet man vurderede, at patientens fysiske senfølger efter Lariambehandlingen oversteg, hvad man som rask person bør acceptere i forbindelse med forebyggende malariebehandling (98-1955).

4. Ingen effekt af behandling med Klorokin

Som forebyggende behandling mod malaria forud for en rejse til Afrika påbegyndte en 64-årig mand behandling med Klorokin i februar 1999.

Efter hjemkomst til Danmark blev patienten syg med kulderystelser, hede-
ture samt feber, ligesom han ikke var i stand til at tale klart.

Patienten blev indlagt, hvor man konstaterede, at han havde pådraget sig
en malariainfektion.

Patienten anmeldte sagen til Patientforsikringen, idet han klagede over, at
den forebyggende behandling med Klorokin havde vist sig at være virk-
ningsløs, hvorfor han havde pådraget sig malaria med heraf følgende lun-
gebetændelse, herpes, blodforgiftning, taleforstyrrelser og svigtende nyre-
funktion.

Patientforsikringen afviste skaden efter LMSL § 5, nr. 1, idet en skade ikke
er omfattet af loven, hvis den er en følge af, at et lægemiddel ikke har haft
den tilsigtede effekt på den pågældende patient (99-1002).

5. Muskelkramper som følge af Cisordinol afvist efter LMSL § 6

En 49-årig kvinde blev i januar 1999 sat i behandling med Cisordinol depot
300 mg hver 14. dag som led i behandlingen af en mangeårig psykiatrisk li-
delse i form af skizoaffektiv psykose.

Pt. klagede i sin anmeldelse til Patientforsikringen over bivirkninger som
følge af behandlingen med Cisordinol, idet hun havde fået kramper i hæn-
der og ben, balanceproblemer samt tankebesvær.

Da der var tale om en behandling rettet mod en mangeårig og meget alvor-
lig psykiatrisk lidelse, afviste Patientforsikringen sagen under henvisning
til, at skaden ikke gik ud over, hvad patienten måtte acceptere i forbindelse
med behandlingen af sin skizoaffektive psykose, jfr. LMSL § 6 (99-0888).

6. Dystoni efter behandling med Cisordinol anerkendt efter LMSL § 6

En 36-årig kvinde havde flere gange siden 1992 været indlagt på grund af
en skizotypal sindslidelse, som først og fremmest blev behandlet med
Cisordinol, som hun indtog frem til august 1997, hvor behandlingen med
dette præparat blev bragt til ophør efter en nedtrapningsperiode.

Få måneder efter Cisordinolbehandlingens ophør fik patienten imidlertid ufrivillige og kraftige blinkebevægelser i øjnene.

På grund af tiltagende symptomer fik patienten i 1998 foretaget en neurologisk undersøgelse, der pegede på unormal muskelspænding (dystoni). Patienten blev herefter behandlet med antiparkinsonistisk medicin samt præparatet Botox, som havde en vis symptomdæmpende effekt.

Ved speciallægeundersøgelse i juli 1999 fandtes patienten med tardiv dystoni i form af smertefuld blinken med øjnene (blepharospasmer), som gjorde, at patienten i perioder var funktionel blind. Herudover var patienten generet af ufrivillige sammentrækninger i halsmuskulaturen (torticollis).

Patientforsikringen vurderede, at sagen skulle anerkendes efter LMSL § 6, idet der var tale om en yderst generende og alvorlig bivirkning til den medicinske behandling, som fandtes at gå ud over, hvor patienten med rimelighed burde acceptere. Der blev herved lagt vægt på, at den aktuelle form for dystoni var en yderst sjælden bivirkning i forbindelse med neuroleptika-behandling (99-0296).

7. Dyskinesier forårsaget af Loxapac afvist efter LMSL § 6

En 51-årig mand havde siden 17-års alderen lidt af en maniodepressiv sindslidelse, som han havde været i forskellig medicinsk behandling for.

I 1993 blev patienten indlagt, idet han efter en periode med depression var kommet i en manisk fase. Man påbegyndte behandling med Serenase og Litium. Da patienten fik bivirkninger i form af uro i benene og rastløshed, ophørte man med Serenase-behandlingen.

Efter yderligere tre indlæggelser fik patienten i 1995 atter en depression, som blev behandlet med Efexor og Loxapac. I forbindelse med denne behandling blev han impotent, ligesom han kom til at lide af søvnbesvær, uro og træthed.

Behandlingen med Efexor og Loxapac ophørte senere, men i forbindelse

med aftrapning af Loxapac udviklede patienten ufrivillige muskelbevægelser (dyskinesier), som man forsøgte at behandle med Lysantin.

I maj 1997 blev patienten igen depressiv, hvorfor man måtte genoptage behandlingen med Efexor og Loxapac.

Fra august 1997 oplevede patienten tiltagende bivirkninger i form af hostelyde, manglende fornemmelse af at kunne regulere vejtrækningen naturligt, smaskende ufrivillige mund- og tungebevægelser (BLM-syndrom). Man besluttede på grundlag af disse symptomer atter at ophøre med Loxapac-behandlingen og sætte patienten i Lysantin-behandling.

Patientens BLM-syndrom aftog imidlertid ikke, idet han vedblev med at være præget af rysten på hænderne, uro samt ufrivillige muskelsammen-trækninger.

Patientforsikringen afviste sagen efter LMSL § 6, idet patientens bivirkninger til medicinen ikke fandtes tilstrækkelig alvorlige i betragtning af den kroniske og meget svære og konstant medicinkrævende maniodepressive sindslidelse, som behandlingen havde været rettet imod (98-0392).

8. Hjerneblødning efter Streptase-behandling anerkendt efter LMSL § 6

En 55-årig kvinde blev i november 1998 indlagt til observation for en blodprop i hjertet, idet hun to timer forinden pludselig havde fået brystsmerter med udstråling til hals og venstre arm.

Patienten blev samme dag sat i behandling med blodfortyndende medicin i form af Streptase og Magnyl, hvilket havde god effekt på tilstanden.

Dagen efter blev den blodfortyndende behandling suppleret med præparatet Fragmin med henblik på at forebygge dannelse af nye blodpropper, men kort efter blev patienten svimmel og fik hovedpine og synsforstyrrelser. En CT-scanning påviste en blodansamling i højre side af hjernen.

Ved ambulant kontrol i marts 1999 havde patienten fortsat udtalt synsbesvær, som i høj grad vanskeliggjorde daglige gøremål, ligesom hun ikke var i stand til at føre bil eller køre på cykel.

Sagen blev anerkendt efter LMSL § 6, idet Patientforsikringen vurderede, at hjerneblødningen med overvejende sandsynlighed var forårsaget af Streptase-behandlingen, og at denne skade oversteg, hvad patienten med rimelighed burde acceptere set i forhold til grundsygdommen (99-0978).

9. Blodpropper i lungerne efter behandling med Levormeloxifen anerkendt efter LMSL § 6

En 71-årig kvinde deltog i marts 1998 i et studie vedrørende forebyggelse og behandling af knogleskørhed, og blev i den forbindelse sat i behandling med forsøgspræparatet Levormeloxifen, som er et østrogen receptor agonist.

Patienten blev indlagt i juli 1998 med åndenød som følge af flere mindre blodpropper i lungerne, hvorfor hun blev sat i antikoagulationsbehandling, som blev opretholdt et halvt år efter udskrivelsen.

Patientens åndenød blev langsomt bedre i forbindelse med behandlingen, og en lungefunktionsundersøgelse i januar 1999 viste, at lungekapaciteten igen var normal.

Patientforsikringen vurderede ved sin afgørelse, at en bivirkning i form af blodpropper i lungerne oversteg, hvad patienten med rimelighed burde acceptere i tilknytning til et forsøg vedrørende behandling og forebyggelse af knogleskørhed, jfr. LMSL § 6 (98-1660).

10. Nedsynkning af livmoder som følge af Levormeloxifen ikke anerkendt efter LMSL § 6

En 70-årig kvinde fik som led i behandlingen af sin knogleskørhed tilbudt deltagelse i et forsøg med præparatet Levormeloxifen.

Efter mindre end en måneds behandling med præparatet kunne man konstatere udtalt nedsynkning af livmoderen. Patienten fik opsat en Meyers ring, hvorefter hun afventede operation med henblik på hel eller delvis fjernelse af livmoderen.

Sagen blev afvist, idet Patientforsikringen vurderede, at en nedsynkning af livmoderen ikke gik ud over, hvad patienten måtte acceptere i forbindelse med behandlingen af et svært tilfælde af knogleskørhed (99-0817).

11. Medfødte misdannelser efter moderens behandling med Deprakine anerkendt efter LMSL § 6

En 29-årig kvinde var under sin graviditet i behandling med præparatet Deprakine mod epilepsi.

Ved fødslen i februar 1997 konstaterede man, at barnet havde pådraget sig misdannelser i kraniet, mongolisme, en deform højre arm og hånd, ligesom barnet havde bagudstilling af begge fødder. Endelig udmundede barnets urinrør på undersiden af penis.

Barnet blev opereret i maj 1997, hvor der blev foretaget rekonstruktion af kraniet samt amputation af en finger. Under reoperation i juni 1998 foretoges kranieplastik.

Patientforsikringen vurderede ved sin afgørelse, at barnets misdannelser med overvejende sandsynlighed var en følge af moderens anvendelse af Deprakine under graviditeten.

Patientforsikringen lagde vægt på, at misdannelser efter moderens behandling med Deprakine var en yderst sjælden og meget alvorlig bivirkning til behandlingen med Deprakine, hvorfor sagen blev anerkendt efter LMSL § 6 (99-0174).

7.8. Særlige problemstillinger

7.8.1. Forholdet til produktansvarsreglerne

Et lægemiddel er et produkt, og er dermed omfattet af de gældende regler om produktansvar. Ved produktansvar i bred forstand forstås de erstatningsretlige problemer, der opstår, når et produkt under brug forvolder skade på person eller ting.

Produktansvarsloven indeholder regler om objektivt ansvar for skader, der forvoldes af defekte produkter. Ved defekt forstås, at produktet ikke frembyder den sikkerhed, som man med rette kan forvente under hensyntagen til blandt andet markedsføringen.

Ansaret efter produktansvarsloven påhviler producenter, importører og mellemhandlere.

Det følger af lov om erstatning for lægemiddelskader § 16, at Sundhedsministeriet indtræder i patientens krav mod lægemiddelproducenter og mellemhandlere i henhold til lov om produktansvar.

Når Patientforsikringen fastslår, at en fysisk skade er forårsaget ved brug af et lægemiddel, afgiver Patientforsikringen samtidig udtalelse til Sundhedsministeriet om statens muligheder for at søge regres i henhold til lov om produktansvar, jfr. Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 1156 af 20. december 1995.

Hidtil har Patientforsikringen kun i en enkelt sag vurderet, at der var mulighed for at søge regres efter lov om produktansvar. Den pågældende sag vedrørte en 35-årig kvinde, som pådrog sig en hjertesygdom efter anvendelse af slankemidlet Isomeride. Patienten måtte som følge heraf have indopereret en hjerteklapprotese.

Når Patientforsikringen, bortset fra i ovennævnte sag, har vurderet, at der ikke forelå mulighed for at gøre regres mod producenten og mellemhandleren, skyldes det, at de lægemidler, som efter Patientforsikringens vurdering har forårsaget fysiske skader ikke har været defekte. Der har alene været tale om kendte bivirkninger, som i de konkrete tilfælde har været mere alvorlige, end hvad man som patient bør acceptere (en abnorm reaktion hos den enkelte patient).

BILAG

Sundhedsministeriets lovebekendtgørelse nr. 228 af 24. marts 1997

Bekendtgørelse af lov om patientforsikring

Herved bekendtgøres lov om patientforsikring, jf. lovebekendtgørelse nr. 849 af 14. oktober 1992, med de ændringer, der følger af lov nr. 1133 af 21. december 1994, lov nr. 217 af 29. marts 1995, lov nr. 1227 af 27. december 1996 og lov nr. 1229 af 27. december 1996.

Kapitel 1

Erstatningsomfang

Dækningsområde

§ 1. Til patienter, som her i landet påføres fysisk skade i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende foretaget på offentlige sygehuse og sygehuse, det offentlige har driftsoverenskomst med, ydes erstatning efter reglerne i denne lov. Det samme gælder for efterladte til sådanne patienter.

Stk. 2. Med patienter sidestilles personer, der deltager i biomedicinske forsøg, der ikke indgår som led i diagnostik eller behandling af personens sygdom. Det samme gælder for vævs-, organ- og vævsvæskedonorere.

Stk. 3. Loven gælder også for patienter, der deltager i biomedicinske forsøg inden for den primære sundhedssektor. Med patienter lige-stilles personer, der deltager i biomedicinske forsøg, der ikke indgår som led i diagnostik eller behandling af personens sygdom.

Stk. 4. Sundhedsministeren fastsætter regler om, hvilke områder der efter stk. 1-3 nærmere er omfattet af loven.

Stk. 5. Loven gælder ikke for skader, der er omfattet af lov om erstatning for vaccinations-skader.

Erstatningsberettigende skader

§ 2. Erstatning ydes, hvis skaden med overve-

jende sandsynlighed er forvoldt på en af følgende måder:

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

Stk. 2. Sundhedsministeren kan fastsætte regler om, hvilke skader der efter stk. 1 nærmere er omfattet af loven. Ministeren kan endvide-

re fastsætte regler om, at visse skader efter stk. 1, nr. 3, er undtaget fra loven.

§ 3. Skade som følge af, at der ikke er blevet stillet en rigtig diagnose af patientens sygdom, erstattes kun i de i § 2, stk. 1, nr. 1 og 2, nævnte tilfælde.

Stk. 2. Ved ulykkestilfælde, der ikke omfattes af § 2, stk. 1, nr. 2, ydes erstatning kun, hvis skadelidte er under behandling m.v. på et sygehus og ulykken er indtruffet inden for dettes område under sådanne omstændigheder, at sygehuset måtte antages at have pådraget sig erstatningsansvar herfor efter almindelige erstatningsretlige regler.

Stk. 3. Erstatning efter denne lov ydes ikke for skader, der skyldes egenskaber ved de lægemidler, der er anvendt ved undersøgelse, behandling eller lignende.

§ 4. Til de af § 1, stk. 2, og § 1, stk. 3, 2. pkt., omfattede forsøgspersoner og donorer ydes erstatning for enhver skade, som kan være forårsaget af forsøget eller af udtagelsen af væv m.v., medmindre det er overvejende sandsynligt, at skaden har anden årsag.

Stk. 2. Reglen i stk. 1 gælder ikke ved skader, der omfattes af § 3, stk. 3.

Stk. 3. For de af § 1, stk. 2, 1. pkt., og § 1, stk. 3, 2. pkt., omfattede forsøgspersoner gælder reglen i stk. 1 tilsvarende for psykisk skade.

Erstatningsudmåling m.v.

§ 5. Erstatning og godtgørelse fastsættes efter reglerne i lov om erstatningsansvar.

Stk. 2. Erstatning m.v. efter stk. 1 ydes, såfremt den overstiger 10.000 kr. Sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og godtgørelse for smerte kun ydes, såfremt skaden har medført uarbejdsdygtighed eller sygdom ud over en nærmere fastsat periode, der højst kan udgøre 3 måneder.

Stk. 3. Stk. 2 samt regler fastsat i medfør af stk. 2 finder ikke anvendelse på skader, der omfattes af § 4, stk. 1 eller stk. 3, jf. § 1, stk. 2, og § 1, stk. 3, 2. pkt.

Stk. 4. Erstatning ydes ikke til dækning af regreskrav.

§ 6. Erstatningen til patienten eller dennes efterladte kan nedsættes eller efter omstændighederne helt bortfalde, hvis patienten forsætligt

eller ved grov uagtsomhed har medvirket til skaden.

§ 7. I det omfang patienten eller dennes efterladte har fået eller har krav på at få erstatning i henhold til § 5, kan erstatningskrav ikke rejses mod nogen, der måtte have pådraget sig erstatningsansvar for skaden.

§ 8. Hvis den, der efter almindelige erstatningsregler måtte have pådraget sig erstatningsansvar over for patienten eller dennes efterladte, er omfattet af § 1, stk. 1, eller i øvrigt er ansat på et sygehus, eller er omfattet af § 1, stk. 3, kan ydelser i henhold til § 5 kun danne grundlag for regreskrav, hvis skaden er forvoldt forsætligt.

§ 8 a. I det omfang der er erstatningsansvar efter reglerne i lov om produktansvar, gælder reglerne i §§ 7 og 8 ikke.

Kapitel 2

Erstatningsordningens organisation

Erstatningspligt

§ 9. Pligt til at yde erstatning efter loven har:

- 1) Enhver driftsansvarlig for offentlige sygehuse og sygehuse, det offentlige har driftsoverenskomst med.
- 2) Driftsansvarlige for institutioner, som foretager biomedicinske forsøg på personer, uden at forsøget indgår som led i diagnostik eller behandling af personens sygdom, og driftsansvarlige for institutioner, som forestår vævs-, organ- og vævsvæskedonorvirksomhed.

Stk. 2. Den amtskommune eller Hovedstadens Sygehusfællesskab, hvori den ansvarlige for forsøg i den primære sundhedssektor har sin praksis, har pligt til at yde erstatning efter loven for den i § 1, stk. 3, omfattede personkreds.

Forsikringspligt

§ 10. Krav om erstatning efter loven skal være dækket af en forsikring i et forsikringsselskab, jf. dog § 11, stk. 1.

Stk. 2. Forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af denne lov, skal underrette sundhedsministeren herom.

Stk. 3. Sundhedsministeren fastsætter de år-

lige dækningssummer for de i stk. 1 nævnte forsikringer.

Stk. 4. Dækningssummer fastsat i medfør af stk. 3 reguleres efter reglerne i § 15 i lov om erstatningsansvar.

Stk. 5. Sundhedsministeren fastsætter bestemmelser om forsikringspligtens gennemførelse, herunder minimumsbetingelser for forsikringsselskabernes tegning af forsikringer omfattet af denne lov. Ministeren fastsætter herunder bestemmelser om,

- 1) at forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af denne lov, i fællesskab yder erstatning i tilfælde af overtrædelse af stk. 1,
- 2) at forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af denne lov, i fællesskab yder erstatning i tilfælde, hvor den enkelte driftsansvarliges erstatningspligt overstiger forsikringens dækningssum fastsat i medfør af stk. 3,
- 3) at forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af denne lov, og selvforsikrende myndigheder i fællesskab yder erstatning efter § 5, hvor det ikke er muligt med rimelig sikkerhed at udpege den erstatningspligtige efter § 9.

Stk. 6. Ministeren fastsætter bestemmelser om maksimering af den fælles erstatningsforpligtelse efter stk. 5, nr. 1-3.

Stk. 7. Præmier for forsikringerne tillægges udpantningsret.

§ 11. Staten, kommunerne og Hovedstadens Sygehusfællesskab er undtaget fra forsikringspligten efter § 10.

Stk. 2. Sundhedsministeren kan godkende, at kommunerne efter aftale overtager forsikringspligten efter § 10, stk. 1, for de private driftsansvarlige, jf. § 9. Overtagelsen kan kun ske for de private driftsansvarlige, som udøver virksomhed inden for kommunens område.

Stk. 3. Kommunerne kan kræve omkostningerne ved de i stk. 2 nævnte forsikringsordninger dækket hos de private driftsansvarlige, der er omfattet af ordningerne.

Stk. 4. Sundhedsministeren fastsætter de årlige dækningssummer for de i stk. 2 nævnte forsikringer.

Stk. 5. Dækningssummer fastsat i medfør af stk. 4 reguleres efter reglerne i § 15 i lov om erstatningsansvar.

Stk. 6. § 10, stk. 5, nr. 1 og 2, samt stk. 6, fin-

der ikke anvendelse, såfremt en kommune efter stk. 2 har overtaget forsikringspligten.

Stk. 7. Der tillægges kommuner udpantningsret for de i stk. 3 nævnte omkostninger.

Patientforsikringsforeningen

§ 12. Forsikringsselskaber, som har tegnet forsikringer omfattet af denne lov, opretter i fællesskab en patientforsikringsforening og vælger en bestyrelse for foreningen. Sundhedsministeren kan bestemme, at staten, Hovedstadens Sygehusfællesskab og de kommuner, som er selvforsikrende, kan blive medlem af bestyrelsen.

Stk. 2. Sundhedsministeren fastsætter vedtægter for foreningens styrelse og virksomhed. Udgifter til foreningens drift samt udgifter, der i øvrigt pålægges foreningen efter loven, afholdes af forsikringsselskaberne og selvforsikrende myndigheder efter en fordeling, som fastsættes i vedtægterne.

Stk. 3. Patientforsikringsforeningen afgiver en årlig redegørelse til sundhedsministeren om sin virksomhed.

Sagernes behandling

§ 13. Patientforsikringsforeningen modtager, oplyser og afgør alle erstatningssager efter denne lov. Foreningen kan efter nærmere bestemmelse i vedtægterne bemyndige de enkelte forsikringsselskaber og selvforsikrende myndigheder til selv at oplyse og afgøre nærmere beskrevne sagstyper.

Stk. 2. Patientforsikringsforeningen kan lade vidner afhøre ved byretten på det sted, hvor de bor.

Stk. 3. Patientforsikringsforeningens afgørelser meddeles vedkommende forsikringsselskab, staten eller selvforsikrende kommune, som herefter skal udbetale de fastsatte ydelser.

§ 14. Sundhedsministeren nedsætter et patientskadeankenævn, der består af en formand og et af sundhedsministeren fastsat antal næstformænd og beskikkede medlemmer.

Stk. 2. Formanden og næstformændene, der udnævnes af sundhedsministeren, skal være dommere. Nævnets øvrige medlemmer udpeges af sundhedsministeren, Sundhedsstyrelsen, Amtsrådsforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab, De Samvirkende Invalideorganisationer og Forbrugerrådet.

Stk. 3. Ved afgørelsen af den enkelte sag skal nævnet sammensættes af

- 1) formanden eller en næstformand,
- 2) 1 medlem udpeget af sundhedsministeren,
- 3) 2 sagkyndige medlemmer inden for lægevidenskab udpeget af Sundhedsstyrelsen,
- 4) 2 medlemmer udpeget i fællesskab af Amtsrådsforeningen og Hovedstadens Sygehusfællesskab,
- 5) 2 medlemmer udpeget af De Samvirkende Invalideorganisationer og
- 6) 1 medlem udpeget af Forbrugerrådet.

Stk. 4. Sundhedsministeren kan bemyndige nævnets formand eller en næstformand til at træffe afgørelse i sager, der ikke skønnes at frembyde tvivl.

Stk. 5. En repræsentant fra patientforsikringsforeningen kan deltage uden stemmeret ved nævnets behandling af sager.

Stk. 6. Patientskadeankenævnets medlemmer udpeges for 4 år. Finder udpegningen sted i løbet af en periode, gælder den kun til periodens udløb.

Stk. 7. Sundhedsministeren fastsætter efter forhandling med Patientskadeankenævnet dettes forretningsorden.

Stk. 8. Udgifter til drift af Patientskadeankenævnet afholdes af forsikringsselskaberne og selvforsikrende myndigheder efter den fordeling, som fastsættes af sundhedsministeren efter § 12, stk. 2, 2. pkt.

§ 15. De afgørelser, der træffes efter § 13, kan indbringes for Patientskadeankenævnet, der har den endelige administrative afgørelse. Patientskadeankenævnet kan tillægge en klage opsættende virkning.

Stk. 2. Klage til Patientskadeankenævnet indgives inden 3 måneder efter, at klageren har fået meddelelse om afgørelsen.

Stk. 3. Patientskadeankenævnet kan se bort fra overskridelse af klagefristen, når der er særlig grund hertil.

§ 16. Patientskadeankenævnets afgørelse kan indbringes for landsretten, der kan stadfæste, ophæve eller ændre afgørelsen.

Stk. 2. Indbringelse skal ske inden 6 måneder efter, at afgørelsen er meddelt.

§ 17. Patientforsikringsforeningen kan af kommuner, amtskommuner og andre vedkommende, herunder sygehuse, institutioner, behandelende læger m.v. samt den skadelidte, for-

lange meddelt enhver oplysning, herunder sygehusjournaler, journaloptegnelser m.v., som foreningen skønner er af betydning for behandling af sager efter loven.

Stk. 2. Patientforsikringsforeningen skal afgive de oplysninger til Patientskadeankenævnet og Sundhedsministeriet, som er nødvendige for disse myndigheders varetagelse af opgaver efter loven.

Kapitel 3

Lægemedelforsikringsordning

§ 18. Sundhedsministeren kan godkende, at patientforsikringsforeningen samarbejder med en lægemedelforsikringsordning, som oprettes af lægemedelbranchens organisationer i Danmark.

Stk. 2. Sundhedsministeren kan efter anmodning fra lægemedelbranchen udpege formanden og visse medlemmer til et ankeorgan, der er omfattet af en sådan lægemedelforsikringsordning.

Stk. 3. Sundhedsministeren kan efter forhandling med justitsministeren fastsætte regler om,

- 1) at organerne i en lægemedelforsikringsordning kan indhente de i § 17, stk. 1, nævnte oplysninger,
- 2) at forvaltningsloven og offentlighedsloven samt straffelovens bestemmelser om tavshedspligt finder anvendelse på administrationen, og
- 3) at § 13, stk. 2, om vidneafhøring finder tilsvarende anvendelse på organerne i en lægemedelforsikringsordning.

Kapitel 4

Forældelses- og straffebestemmelser

§ 19. Erstatningskrav efter denne lov skal være anmeldt til patientforsikringsforeningen senest 5 år efter, at den erstatningsberettigede har fået eller burde have fået kendskab til skaden.

Stk. 2. Forældelse af erstatningskrav indtræder dog senest 10 år efter den dag, skaden er forårsaget.

§ 20. Overtrædelse af § 10, stk. 1, straffes med bøde. Der kan pålægges selskaber m.v. (juridiske personer) strafansvar efter reglerne i straffelovens 5. kapitel.

Kapitel 5

Ikrafttrædelsesbestemmelser m.v.

§ 21. Loven træder i kraft den 1. juli 1992 og finder anvendelse for skader, der forårsages efter lovens ikrafttræden.

§ 22. Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kongelig anordning sættes i kraft for disse landsdele med de afvigelser, som de særlige færøske og grønlandske forhold tilsiger.

Lov nr. 1133 af 21. december 1994, der vedrører § 11, stk. 1, § 12, stk. 1, 2. pkt. og § 14, stk. 1, nr. 2, indeholder i § 14 følgende ikrafttrædelsesbestemmelse:

§ 14

Stk. 1. Loven træder i kraft den 1. januar 1995.

Lov nr. 217 af 29. marts 1995, der vedrører § 1, stk. 3-5, § 4, stk. 1 og 3, § 5, stk. 3, § 8 og § 9, stk. 2, indeholder i § 2 følgende ikrafttrædelsesbestemmelse:

§ 2

Loven træder i kraft den 1. juli 1995 og finder anvendelse for skader, der forårsages efter lovens ikrafttræden.

Lov nr. 1227 af 27. december 1996, der vedrø-

rer § 5, stk. 2, 1. pkt., indeholder i §§ 2 og 3 følgende ikrafttrædelsesbestemmelser:

§ 2

Loven træder i kraft den 1. januar 1997 og finder anvendelse for sager, som afgøres af Patientforsikringsforeningen den 1. januar 1997 eller senere.

§ 3

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kongelig anordning sættes i kraft for disse landsdele med de afvigelser, som de særlige færøske og grønlandske forhold tilsiger.

Lov nr. 1229 af 27. december 1996, der vedrører § 14 og § 20, 2. pkt., indeholder i §§ 2 og 3 følgende ikrafttrædelsesbestemmelser:

§ 2

Loven træder i kraft den 1. januar 1997 og finder anvendelse på sager, som Patientskadeankenævnet har under behandling ved lovens ikrafttræden eller modtager herefter.

§ 3

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kongelig anordning sættes i kraft for disse landsdele med de afvigelser, som de særlige færøske og grønlandske forhold tilsiger.

Sundhedsministeriet, den 24. marts 1997

BIRTE WEISS

/ Peter Jakobsen

Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 666 af 3. august 1995

Bekendtgørelse vedrørende dækningsområdet for lov om patientforsikring

I medfør af § 1, stk. 4, i lov om patientforsikring, jf. lovbekendtgørelse nr. 849 af 14. oktober 1992, med senere ændringer, herunder lov nr. 217 af 29. marts 1995, fastsættes:

§ 1. Med de præciseringer, der nærmere er indeholdt i denne bekendtgørelse, ydes erstatning efter lov om patientforsikring til:

- 1) Patienter, som her i landet påføres fysisk skade i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende foretaget på offentlige sygehuse og sygehuse, det offentlige har driftsoverenskomst med. Det samme gælder for efterladte til sådanne patienter.
- 2) Personer, der deltager i biomedicinske forsøg, der ikke indgår som led i diagnostik eller behandling af personens sygdom, idet disse sidestilles med patienter efter nr. 1. Tilsvarende ydes erstatning til vævs-, organ- og vævsvæskedonorere.
- 3) Patienter, der deltager i biomedicinske forsøg inden for den primære sundhedssektor. Med patienter ligestilles personer, der deltager i biomedicinske forsøg, der ikke indgår som led i diagnostik eller behandling af personens sygdom.

Stk. 2. Skader, der skyldes egenskaber ved de lægemidler, der er anvendt ved undersøgelse, behandling, forsøg eller lignende efter stk. 1, er ikke omfattet af denne bekendtgørelse, jf. lovens § 3, stk. 3, og § 4, stk. 2.

§ 2. Offentlige sygehuse, jf. § 1, omfatter de sygehuse, som amtskommunerne og Hovedstadens Sygehusfællesskab (sygehuskommuner-

ne) driver i henhold til lovgivningen om sygehusvæsenet.

§ 3. Sygehuse, som det offentlige har driftsoverenskomst med, jf. § 1, stk. 1, nr. 1, omfatter sådanne private herunder foreningsejede sygehuse, hvormed en sygehuskommune har indgået en driftsoverenskomst, hvorefter kommunen som led i løsning af sine opgaver under sygehusvæsenet har aftalt at benytte og betale for en del af institutionens senge- samt eventuelle ambulatoriefaciliteter m.v. Tilsvarende er omfattet private sygehuse, hvor sygehuskommunerne, uden at en egentlig driftsoverenskomst foreligger, benytter og betaler for nævnte faciliteter.

Stk. 2. Afgrænsningen af private sygehuse efter stk. 1 ændres ikke af, at sygehuskommunerne eller andre måtte yde helt eller delvist tilskud til driften af disse sygehuse.

§ 4. De i §§ 2 og 3 nævnte sygehuse omfatter ikke følgende institutioner:

- 1) kur- og rekonvalescenthjem,
- 2) behandlingsinstitutioner for alkoholskadede,
- 3) private eller offentlige klinikker eller lægehuse, der behandler patienter ambulant eller ved kortere døgnhvil mod patientens egen betaling eller med mulighed for tilskud efter lov om offentlig sygesikring, samt
- 4) private betalingspsykiatriske, bortset fra sygehuse, hvor mindst halvdelen af driftsudgifterne måtte vedrøre behandling af patienter betalt af sygehuskommunerne.

Stk. 2. I et bilag til bekendtgørelsen er opregnet de private sygehuse, der på tidspunktet for

bekendtgørelsens udstedelse anses for omfattet af lovens dækningsområde.

§ 5. Den primære sundhedssektor, jf. § 1, stk. 1, nr. 3, omfatter privat praktiserende sundhedspersoner, der er autoriseret ved særlig lovgivning.

§ 6. Erstatning efter lov om patientforsikring ydes for skader, der er forårsaget inden for det geografiske område for de efter denne bekendtgørelse omfattede sygehuse, jf. dog stk. 5.

Stk. 2. Skader efter loven forårsaget uden for sygehusets geografiske område i lokaliteter indrettet til behandlingsformål efter sygehusets anvisning er ligeledes omfattet af lovens område, forudsat patienten fortsat er under sygehusets direkte behandlingsansvar, f.eks. skader efter loven opstået i patientens eget hjem, hvor dette er særligt indrettet til hjemmedialyse.

Stk. 3. Skader efter loven forårsaget uden for sygehusets geografiske område i forbindelse med afgivelse af blod i mobile blodbanker er omfattet af lovens område i tilfælde, hvor tappingen sker efter aftale med det sygehus, der skal modtage blodportionerne.

Stk. 4. Skader efter loven forårsaget under transport af patienter til et sygehus eller mellem forskellige sygehuse er omfattet af lovens område, hvis transporten foregår med ambulance eller særligt sygekøretøj.

Stk. 5. Skader forårsaget på sygehusets geografiske område i tilfælde, hvor patienten står under ansvar af andre end sygehusmyndigheden, er ikke omfattet af lovens område. Dette gælder ligeledes i tilfælde, hvor patienten undersøges eller behandles på sygehus af en læge efter de særlige regler om lægers adgang til at behandle egne patienter fra lokaliteter på sygehuset.

§ 7. Til personer, der er omfattet af § 1, stk. 1, nr. 2 og 3, ydes erstatning efter loven i tilfælde, hvor forsøg m.v. er foretaget på sygehuse, jf. §§ 2-4 og § 6, på statslige højere uddannelsesinstitutioner (universiteter og højere læreanstalter), i den primære sundhedssektor, jf. § 5, eller andetsteds, hvis de er udført under direkte ansvar for de nævnte sygehuse, højere uddannelsesinstitutioner eller privat praktiserende autoriserede sundhedspersoner.

Stk. 2. Skader efter loven forårsaget på personer, der deltager i biomedicinske forsøg m.fl., jf. § 1, stk. 1, nr. 2 og 3, der udføres af private firmaer og foreninger, er omfattet af lovens område, hvis forsøget udføres under direkte ansvar af et af de i stk. 1 nævnte sygehuse, en af de nævnte højere uddannelsesinstitutioner eller privat praktiserende autoriserede sundhedspersoner.

Stk. 3. I tilfælde omfattet af stk. 2, påhviler erstatnings- og eventuelt forsikringspligten efter lov om patientforsikring vedkommende sygehus, højere uddannelsesinstitution eller den amtskommune eller Hovedstadens Sygehusfællesskab, hvori vedkommende privat praktiserende autoriserede sundhedsperson har sin praksis.

§ 8. Sundhedsministeriet træffer i øvrigt i tvivlstilfælde afgørelse i sager om, hvorvidt en institution eller lignende er omfattet af forsikringspligten efter lov om patientforsikring.

§ 9. Bekendtgørelsen træder i kraft den 15. august 1995.

Stk. 2. § 1, stk. 1, nr. 3, § 5 og § 7 har virkning fra den 1. juli 1995.

Stk. 3. Bekendtgørelse nr. 216 af 27. marts 1992 vedrørende dækningsområdet for lov om patientforsikring ophæves.

Sundhedsministeriet, den 3. august 1995

YVONNE HERLØV ANDERSEN

/ Peter Jakobsen

Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 31 af 20. januar 1992

Bekendtgørelse om vedtægter for Foreningen af Patientforsikringsselskaber

(Patientforsikringsforeningen)

I medfør af § 12, stk. 2, i lov nr. 367 af 6. juni 1991, om patientforsikring fastsættes:

Kapitel 1

Foreningens navn, hjemsted og formål

§ 1. Foreningens navn er Foreningen af Patientforsikringsselskaber (Patientforsikringsforeningen). Dens hjemsted er København.

§ 2. Foreningens formål er at administrere den i lov om patientforsikring regulerede patientforsikringsordning. Foreningen skal herunder modtage, oplyse og afgøre alle erstatningsager efter loven, jf. dog stk. 3.

Stk. 2. Foreningen skal endvidere hos forsikringsselskaber og selvforsikrende myndigheder foretage opkrævning til dækning af erstatninger, der udbetales i medfør af § 10, stk. 4, i lov om patientforsikring, jf. § 11, stk. 3-6.

Stk. 3. Foreningen kan efter indhentet godkendelse fra sundhedsministeren bemyndige de enkelte forsikringsselskaber og selvforsikrende myndigheder til selv at oplyse og afgøre nærmere beskrevne sagstyper.

Stk. 4. Foreningen skal afgive de oplysninger til Patientskadeankenævnet og Sundhedsministeriet, som er nødvendige for disse myndigheds varetægtelse af opgaver efter loven.

Kapitel 2

Medlemmer

§ 3. Medlemmer af foreningen er forsikringsselskaber, som har tegnet forsikringer omfattet

af lov om patientforsikring, og som har givet sundhedsministeren underretning herom.

§ 4. Medlemmerne er forpligtet af de bestemmelser om forsikringspligtens gennemførelse, der fastsættes af sundhedsministeren.

§ 5. Et medlem, der ophører med tegning af forsikringer omfattet af lov om patientforsikring, udtræder af foreningen senest ved kalenderårets udgang.

Stk. 2. Intet medlem kan ved udtræden af foreningen unddrage sig de forpligtelser og/eller udgifter, som påhviler det i henhold til lov om patientforsikring og bestemmelser fastsat i medfør heraf.

Kapitel 3

Bestyrelsens sammensætning og opgaver

§ 6. Foreningen ledes af en bestyrelse, der består af 7 medlemmer.

Stk. 2. 1 medlem udpeges af sundhedsministeren. De øvrige 6 medlemmer udpeges af forsikringsgiverne og de selvforsikrende myndigheder i forhold til henholdsvis forsikringsgivernes samlede årlige præmieindtægter og et af bestyrelsen for de selvforsikrende myndigheder skønsmæssigt fastsat beregnet præmiebeløb svarende til risikoen, jf. dog stk. 3.

Stk. 3. De selvforsikrende myndigheder har dog uanset stk. 2 altid ret til at udpege mindst 1 medlem til bestyrelsen.

Stk. 4. Medlemmer, der repræsenterer forsik-

ringsgiverne, udpeges i fællesskab af forsikringsgiverne.

Stk. 5. Medlemmer, der repræsenterer selvforsikrende myndigheder, udpeges i fællesskab af de selvforsikrende myndigheder.

Stk. 6. Bestyrelsen foretager den i stk. 2 nævnte opgørelse af medlemsfordelingen og giver årligt forsikringsgivere og selvforsikrende myndigheder meddelelse herom inden udgangen af oktober måned, jf. stk. 7.

Stk. 7. Medlemmer af bestyrelsen udpeges for 1 år ad gangen. Medlemsperioden følger kalenderåret.

Stk. 8. Der kan udpeges faste suppleanter.

§ 7. Bestyrelsen fastsætter i overensstemmelse med gældende praksis honorering af medlemmer og formand.

§ 8. Bestyrelsen vælger selv blandt sine medlemmer en formand samt en næstformand, der i formandens fravær træder i dennes sted.

Stk. 2. Bestyrelsen indkaldes til møde, når formanden finder det fornødent, eller når mindst 3 bestyrelsesmedlemmer fremsætter ønske herom. Dagsorden skal angives.

Stk. 3. Der tages referat af bestyrelsens møder.

Stk. 4. Bestyrelsen er beslutningsdygtig, når over halvdelen af bestyrelsesmedlemmerne, herunder formanden eller næstformanden er til stede. Bestyrelsens beslutninger træffes ved almindeligt stemmeflertal. I tilfælde af stemmelighed er formandens stemme afgørende.

§ 9. Bestyrelsen godkender foreningens årsregnskab og foretager valg af revisorer.

Stk. 2. Bestyrelsen træffer i øvrigt nærmere bestemmelse om udførelse af sit hverv ved en forretningsorden, der godkendes af sundhedsministeren.

Kapitel 4

Foreningens drift, økonomi m.v.

§ 10. Foreningens daglige virksomhed varetages af et sekretariat, der ledes af en af bestyrelsen udpeget person.

§ 11. Udgifter til foreningens drift og administration samt udgifter, der i øvrigt pålægges foreningen efter lov om patientforsikring, afholdes af hver enkelt af forsikringsgiverne og de enkelte selvforsikrende myndigheder i forhold

til henholdsvis forsikringsgivernes samlede årlige præmieindtægter og et af bestyrelsen for de selvforsikrende myndigheder skønsmæssigt beregnet årligt præmiebeløb svarende til risikoen.

Stk. 2. Forsikringsgiverne og de selvforsikrende myndigheder hæfter solidarisk for de i stk. 1 nævnte udgifter i henhold til samme fordelingsnøgle.

Stk. 3. Udgifter afholdt af foreningen til de i § 10, stk. 4, nr. 1 og 2, i lov om patientforsikring nævnte puljer, betales af forsikringsgiverne i forhold til de enkelte forsikringsgiveres årlige præmieindtægt fra forsikringspligtige.

Stk. 4. Erstatninger afholdt i henhold til § 10, stk. 4, nr. 3, i lov om patientforsikring, betales af forsikringsgiverne og de selvforsikrende myndigheder i forhold til henholdsvis forsikringsgivernes samlede årlige præmieindtægter og et af bestyrelsen for de selvforsikrende myndigheder skønsmæssigt beregnet præmiebeløb svarende til risikoen.

§ 12. Foreningen afgiver en årlig redegørelse til sundhedsministeren om sin virksomhed.

§ 13. Foreningen tegnes af bestyrelsens formand eller næstformand i forening med et andet bestyrelsesmedlem eller med lederen af foreningens sekretariat.

§ 14. Foreningens regnskabsår er kalenderåret.

§ 15. Foreningens regnskab revideres af 2 af bestyrelsen for ét år ad gangen valgte revisorer, hvoraf mindst én revisor skal være statsautoriseret.

Kapitel 5

Vedtægtsændringer

§ 16. Foreningens vedtægter kan ændres af sundhedsministeren efter indhentet udtalelse fra bestyrelsen.

Kapitel 6

Ikrafttræden m.v.

§ 17. Det stiftende møde i foreningens bestyrelse afholdes inden udgangen af april 1992.

Stk. 2. Som betingelse for adgang til at udpege medlemmer til foreningens bestyrelse skal forsikringsselskaber, der har tegnet forsikrin-

ger omfattet af lov om patientforsikring, senest 15. februar 1992 underrette sundhedsministeren herom, herunder for hvem forsikring er tegnet samt størrelsen af de samlede årlige præmieindtægter.

Stk. 3. Selvforsikrende myndigheder skal ligeledes senest 15. februar 1992 underrette sundhedsministeren som betingelse for at udpege medlemmer til foreningens bestyrelse.

Stk. 4. Sundhedsministeren udarbejder forud for foreningens stiftelse en opgørelse over fordelingen af medlemmer i bestyrelsen efter den i § 6, stk. 2 nævnte fordelingsnøgle.

§ 18. Foreningens første regnskabsår løber fra stiftelsen til 31. december 1992.

§ 19. Bekendtgørelsen træder i kraft den 30. januar 1992.

Sundhedsministeriet den 20. januar 1992

ESTER LARSEN

/ Dorte Knudsen

Bekendtgørelse om forsikringspligtens gennemførelse efter lov om patientforsikring

I medfør af § 10, stk. 3, og stk. 5-6, og § 11, stk. 4, i lov nr. 367 af 6. juni 1991 om patientforsikring, som ændret ved lov nr. 239 af 8. april 1992, fastsættes:

Kapitel 1

Indledende bestemmelser

§ 1. Bestemmelserne i denne bekendtgørelse finder anvendelse på forsikringer, der tegnes til dækning af krav i medfør af lov om patientforsikring.

§ 2. Et forsikringsselskab, der tilbyder at tegne forsikring i medfør af lov om patientforsikring, er forpligtet til at overtage forsikring for enhver forsikringspligtig med de begrænsninger, der følger af selskabets vedtægter eller dets koncession.

§ 3. Forsikringer tegnet til dækning af krav i henhold til lov om patientforsikring skal omfatte alle krav efter loven, jf. dog § 12.

Kapitel 2

Hæftelse

§ 4. Forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af lov om patientforsikring, hæfter for så vidt angår de lovpligtige forsikringer pro rata efter den i stk. 2 fastsatte fordelingsnøgle for et samlet beløb på indtil 50 mio. kr. pr. år for dækning af krav om erstatning efter loven mod en forsikringspligtig, der ikke har opfyldt sin forsikringspligt, jf. lovens § 10, stk. 5, nr. 1. Endvidere hæfter de pågældende forsikringsselskaber for de nævnte lovpligtige for-

sikringer subsidiært solidarisk for det nævnte beløb.

Stk. 2. Forsikringsselskaberne hæfter for de i stk. 1 nævnte udgifter i forhold til de enkelte forsikringsselskabers årlige præmieindtægt fra forsikringspligtige.

Stk. 3. Der er regres over for den pågældende forsikringspligtige driftsansvarlige myndighed for beløb, som forsikringsselskaberne har betalt i medfør af stk. 1, samt adgang til at opkræve den ubetalte præmiesum.

§ 5. De i § 4 nævnte forsikringsselskaber hæfter for de lovpligtige forsikringer i henhold til lov om patientforsikring desuden pro rata efter den i § 4, stk. 2, fastsatte fordelingsnøgle for et samlet beløb på indtil 50 mio. kr. i tilfælde, hvor den enkelte forsikringspligtiges erstatningspligt overstiger forsikringens dækningssum efter § 8, jf. lovens § 10, stk. 5, nr. 2. Endvidere hæfter de pågældende forsikringsselskaber for de nævnte lovpligtige forsikringer subsidiært solidarisk for det nævnte beløb.

Stk. 2. Der er regres over for den enkelte forsikringspligtige driftsansvarlige myndighed for beløb, som forsikringsselskaberne har betalt i medfør af stk. 1.

§ 6. Forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer for erstatningskrav i henhold til lov om patientforsikring, samt de selvforsikrende myndigheder hæfter pro rata efter den i stk. 2 fastsatte fordelingsnøgle for et samlet beløb på indtil 100 mio. kr. pr. år for dækning af erstatningskrav, hvor det ikke er muligt med rimelig sikkerhed at udpege den erstatningspligtige ef-

ter lovens § 9, jf. lovens § 10, stk. 5, nr. 3. Endvidere hæfter de pågældende forsikringsselskaber samt de selvforsikrende myndigheder subsidiært solidarisk for det nævnte beløb.

Stk. 2. Forsikringsselskaberne og de selvforsikrende myndigheder hæfter for de i stk. 1 nævnte udgifter i forhold til henholdsvis forsikringsselskabernes samlede årlige præmieindtægter og et af bestyrelsen for Patientforsikringsforeningen for de selvforsikrende myndigheder skønsmæssigt beregnet præmiebeløb svarende til risikoen.

Stk. 3. Forsikringsselskaberne og de selvforsikrede myndigheder har regres for beløb, der er udbetalt i medfør af stk. 1 over for den erstatningspligtige, såfremt den erstatningspligtige efterfølgende kan udpeges.

§ 7. Hæftelsen for de i § 4 nævnte forsikringsselskaber vedvarer for så vidt angår de lovpligtige forsikringer i henhold til lov om patientforsikring for erstatningskrav opstået som følge af skade, der er forårsaget, inden et selskab er opført med at tegne forsikring i henhold til loven.

Kapitel 3

Dækningssummer

§ 8. For forsikringspligtige er dækningssummen som minimum 20 mio. kr. pr. år for skader forårsaget i forsikringstiden.

Stk. 2. Hvis en forsikringspligtig har beskæftiget mere end 4 læger, omregnet til fuldtidsansatte, forøges dækningssummen som følger:

- 1) For de næste 10 læger, omregnet til fuldtidsansatte, tillægges 2 mio. kr. pr. læge.

- 2) For de efterfølgende læger, omregnet til fuldtidsansatte, tillægges 500.000 kr. pr. læge.

Stk. 3. Med henblik på regulering af dækningssummen pr. 1. januar i det efterfølgende år skal forsikringspligtige hvert år pr. 1. oktober til deres forsikringsselskab indberette antallet af de på dette tidspunkt beskæftigede læger, omregnet til fuldtidsansatte.

§ 9. For staten og de kommuner, der har valgt at tegne forsikring efter loven, gælder ingen regler om dækningssum.

Kapitel 4

Forsikringstid

§ 10. Forsikringer efter loven træder i kraft fra det tidspunkt, hvor den underskrevne begæring modtages af selskabet, medmindre en anden senere ikrafttrædelsestid er aftalt med forsikringstageren.

§ 11. Forsikringer, tegnet af forsikringspligtige, skal dække erstatningskrav i tiden, indtil kravet er forældet, jf. lovens § 19, stk. 2.

§ 12. Forsikringer, tegnet af staten og kommuner, skal dække erstatningskrav, der er forårsaget i forsikringstiden og anmeldt senest 3 måneder efter forsikringens ophør.

Kapitel 5

Ikrafttræden

§ 13. Bekendtgørelsen træder i kraft den 20. maj 1992.

Sundhedsministeriet, den 4. maj 1992

ESTER LARSEN

/ Dorte Knudsen

Justitsministeriets lovbekendtgørelse nr. 599 af 8. september 1986

Bekendtgørelse af lov om erstatningsansvar

Herved bekendtgøres lov nr. 228 af 23. maj 1984 om erstatningsansvar med de ændringer, der følger af lov nr. 618 af 19. december 1984, § 4.

Kapitel I

Erstatning og godtgørelse for personskade og tab af forsørger

Personskade

§ 1. Den, der er erstatningsansvarlig for personskade, skal betale erstatning for tabt arbejdsfortjeneste, helbredelsesudgifter og andet tab som følge af skaden samt en godtgørelse for svie og smerte.

Stk. 2. Har skaden fået varige følger, skal der tillige betales godtgørelse for varigt mén samt erstatning for tab eller forringelse af erhvervsevne.

Stk. 3. Værdien af arbejde i hjemmet lige-stilles med erhvervsindkomst.

Tabt arbejdsfortjeneste

§ 2. Erstatning for tabt arbejdsfortjeneste fastsættes for tiden fra skadens indtræden, indtil skadelidte kan begynde at arbejde igen eller skadelidtes helbredstilstand er blevet stationær.

Stk. 2. I erstatningen fradrages løn under sygdom, dagpenge fra arbejdsgiver eller det sociale udvalg og forsikringsydelse, der har karakter af en virkelig skadeserstatning, samt lignende ydelser til den skadelidte.

Svie og smerte

§ 3. Godtgørelse for svie og smerte udgør for tiden fra skadens indtræden, indtil skadelidtes helbredstilstand er blevet stationær 100 kr. for hver dag, den skadelidte er sengeliggende, og 50 kr. for hver dag, den skadelidte er syg uden at være sengeliggende. Der kan i særlige tilfælde ydes godtgørelse for svie og smerte, selv om skadelidte ikke er syg. Overstiger godtgørelsen 15.000 kr., kan de beløb, der er nævnt i 1. pkt., fraviges.

Varigt mén

§ 4. Godtgørelse for varigt mén fastsættes til et kapitalbeløb, der beregnes under hensyn til skadens medicinske art og omfang og de forvoldte ulemper i skadelidtes personlige livsførelse. Mængden fastsættes efter forholdene på det tidspunkt, da skadelidtes helbredstilstand blev stationær. Godtgørelsen udgør ved en mængdegrad på 100 pct. 200.000 kr. Ved lavere mængdegrader nedsættes beløbet forholdsmæssigt. I særlige tilfælde kan mængdegraden fastsættes til et højere beløb, dog højst 240.000 kr. Ved en mængdegrad på under 5 pct. ydes ingen godtgørelse.

Stk. 2. Var skadelidte ved skadens indtræden fyldt 60 år, nedsættes den i henhold til stk. 1 beregnede godtgørelse for mén med 5 pct. for hvert år, skadelidte var ældre end 59

år ved skadens indtræden. Godtgørelsen nedsættes dog ikke yderligere efter det fyldte 69. år.

Erhvervsevnetab

§ 5. Har en personskade, efter at skadelidtes helbredstilstand er blevet stationær, medført varig nedsættelse af skadelidtes evne til at skaffe sig indtægt ved arbejde, tilkommer der skadelidte erstatning for tab af erhvervsevne.

Stk. 2. Ved bedømmelsen af erhvervsevnetabet skal der tages hensyn til skadelidtes muligheder for at skaffe sig indtægt ved sådant arbejde, som med rimelighed kan forlanges af skadelidte.

Stk. 3. Skadelidtes erhvervsevnetab beregnes i procent (erhvervsevnetabsprocenten). Der ydes ikke erstatning, såfremt erhvervsevnetabet er mindre end 15 pct.

§ 6. Erstatningen fastsættes til et kapitalbeløb, der udgør skadelidtes årsløn, jfr. § 7, ganget med 6 og herefter ganget med erhvervsevnetabsprocenten, jfr. § 5, stk. 3.

§ 7. Som årsløn regnes skadelidtes samlede erhvervsindtægt i det år, der går forud for datoen for skadens indtræden.

Stk. 2. Årslønnen fastsættes dog efter et skøn, når særlige indtægts- eller ansættelsesforhold eller andre særlige forhold har gjort sig gældende.

Stk. 3. Årslønnen kan højst udgøre 350.000 kr.

§ 8. For en skadelidt, der i det væsentlige udnytter erhvervsevnen på en måde, som ikke eller kun i begrænset omfang medfører erhvervsindtægt, og for børn fastsættes erstatningen som et kapitalbeløb på grundlag af den i § 4 nævnte mængde. Erstatningen fastsættes som en procentdel af den i § 4, stk. 1, 1.-4. pkt., nævnte mængde.

Stk. 2. Ved en mængde på under 15 pct. ydes ingen erstatning. Ved mængder på 15 pct., 18 pct. og 20 pct. udgør erstatningen henholdsvis 130 pct., 135 pct. og 140 pct. af mængde.

Stk. 3. Ved en mængde på 25 pct. udgør erstatningen 150 pct. af mængde. Ved mængder på 30 pct., 35 pct., 40 pct., 45 pct. og 50 pct. udgør erstatningen henholds-

vis 160 pct., 170 pct., 180 pct., 190 pct. og 200 pct. af mængde.

Stk. 4. Ved en mængde på 55 pct. udgør erstatningen 225 pct. af mængde. Ved mængder på 60 pct., 65 pct., 70 pct., 75 pct., 80 pct. og 85 pct. udgør erstatningen henholdsvis 250 pct., 275 pct., 300 pct., 325 pct., 350 pct. og 375 pct. af mængde. Ved mængder på 90 pct., 95 pct. og 100 pct. udgør erstatningen 400 pct. af mængde.

§ 9. Var skadelidte ved skadens indtræden fyldt 56 år, nedsættes erstatningen med 8 1/2 pct. for hvert år, skadelidte var ældre end 55 år ved skadens indtræden.

Stk. 2. Må det antages, at skadelidte ville have været erhvervsaktiv også efter det fyldte 67. år, kan stk. 1 fraviges helt eller delvis.

Forelæggelse for sikringsstyrelsen

§ 10. Såvel skadelidte som skadevolderen kan indhente en udtalelse om spørgsmålet om fastsættelsen af mængden og erhvervsevnetabsprocenten fra sikringsstyrelsen, jfr. lov om arbejdsskadeforsikring.

Genoptagelse

§ 11. En afsluttet sag om godtgørelse for varigt mén eller erstatning for erhvervsevnetab kan på skadelidtes begæring genoptages, hvis der indtræder uforudsete ændringer i skadelidtes helbredstilstand, således at skadelidtes mængde eller erhvervsevnetabsprocent må antages at være væsentlig højere end først antaget. Ved genoptagelse af sagen kan spørgsmålet om fastsættelsen af mængden og erhvervsevnetabsprocenten igen begæres forelagt for sikringsstyrelsen, jfr. § 10.

Tab af forsørger m.v.

§ 12. Den, som er erstatningsansvarlig for en andens død, skal betale erstatning for rimelige begravelsesudgifter og erstatning til den, som ved dødsfaldet har mistet en forsørger. Forsørgelse omfatter også værdien af afdødes arbejde i hjemmet.

Erstatning til ægtefælle eller samlever

§ 13. Erstatning for tab af forsørger til ægtefælle eller samlever udgør 30 pct. af den

erstatning, som afdøde må antages at ville have opnået ved et fuldstændigt tab af erhvervsevnen, jfr. §§ 5-8. Erstatningen udgør dog mindst 225.000 kr., medmindre der foreligger særlige omstændigheder.

Stk. 2. Var forsørgeren fyldt 56 år, nedsættes erstatningen efter reglerne i § 9.

Forsørgertabserstatning til børn

§ 14. Erstatning for tab af forsørger til efterlevende børn fastsættes til et beløb, der svarer til summen af de bidrag til barnets underhold, som afdøde på skadestidspunktet kunne være pålagt efter lov om børns retsstilling, hvis afdøde havde været bidragspligtig. Var afdøde eneforsørger, forhøjes erstatningen med 100 pct.

Regulering af erstatnings- og godtgørelsesbeløb

§ 15. De i § 3, § 4, stk. 1, § 7, stk. 3, og § 13, stk. 1, 2. pkt., nævnte beløb reguleres årligt med samme procent, som ugelønnen for april kvartal er steget eller faldet i forhold til april kvartal 1983. Reguleringen har virkning fra den følgende 1. april. Ugelønnen beregnes som den af Danmarks Statistik offentliggjorte gennemsnitlige timefortjeneste (inkl. dyrtidstillæg, men bortset fra alle andre tillæg) for alle arbejdere inden for håndværk og industri i hele landet i april kvartal ganget med det ugentlige antal arbejdstimer ved fuld sædvanlig arbejdstid. De herefter fremkomne beløb afrundes til nærmeste med 500 delelige kronebeløb, for de i § 3, 1. pkt., nævnte beløb dog til nærmeste med 10 delelige kronebeløb.

Stk. 2. Justitsministeren bekendtgør hvert år, hvilke reguleringer der skal finde sted.

Stk. 3. Erstatning og godtgørelse fastsættes på grundlag af de beløb, der i henhold til stk. 1 var gældende på tidspunktet for skadens indtræden.

Forrentning

§ 16. Krav om godtgørelse for svie og smerte, godtgørelse for varigt mén, erstatning for erhvervsevnetab samt erstatning for tab af forsørger forrentes fra skadestidspunktet, til betaling sker, med en årlig rente, der svarer til den tid enhver tid fastsatte officielle diskonto med et tillæg på 6 pct.¹⁾ Justitsmi-

nisteren kan hvert andet år efter forhandling med Danmarks Nationalbank og økonomiministeriet ændre renten.

Regres mod den erstatningsansvarlige

§ 17. Ydelser i henhold til den sociale lovgivning, herunder dagpenge, sygehjælp, pension efter den sociale pensionslovgivning og ydelser i henhold til lov om arbejdsskadeforsikring, som tilkommer en skadelidt eller efterlevende, kan ikke danne grundlag for regreskrav mod den erstatningsansvarlige. Det samme gælder pensionsydelser, der udbetales af stat, kommune eller i henhold til anden pensionsordning, samt forsikringsydelser uanset forsikringens karakter, jfr. § 22, stk. 2.

Stk. 2. En arbejdsgiver, der har udbetalt dagpenge eller sygeløn til en skadelidt eller har udbetalt dertil knyttede ydelser, kan gøre regres mod den erstatningsansvarlige i det omfang, arbejdsgiveren har lidt et tab.

Overførelse m.v. af erstatnings- og godtgørelseskrav

§ 18. Krav om erstatning og godtgørelse for personskeade og krav om erstatning til den, der har mistet en forsørger, kan ikke overdrages, så længe kravet og dets størrelse ikke er anerkendt eller fastslået af domstolene.

Stk. 2. Krav om godtgørelse for personskade falder i arv, når det er anerkendt eller gjort gældende ved sagsanlæg eller under en straffesag ved kravets fremsættelse i retten eller et anklageskrift eller en stævning, der er indleveret til retten.

Stk. 3. Erstatning og godtgørelse som nævnt i stk. 1, der ikke må antages at være forbrugt, indgår ikke i formuefællesskabet mellem ægtefæller ved skifte i anledning af ægteskabs ophør, separation eller bosondring. Erstatningen eller godtgørelsen indgår dog i formuefællesskabet, når den, som erstatningen tilkommer, afgår ved døden, medmindre erstatningen eller godtgørelsen ifølge ægtepagt er særeje.

Stk. 4. Reglerne i stk. 1 og stk. 3 finder ikke anvendelse på krav om erstatning for tabt arbejdsfortjeneste.

**Regnskab
for
1999
8. regnskabsår**

BESTYRELSENS BERETNING

Indledning

De samlede udgifter til Patientforsikringens og Patientskadeankenævnets administration har i 1999 udgjort kr. 34.195.850,-. Der har i 1999 været samlede indtægter på kr. 34.764.509,-

Der var i 1999 budgetteret med samlede indtægter på kr. 30.850.000. De samlede merindtægter vedrører henholdsvis indtægter ved behandling af sager anmeldt efter Lov om erstatning til patienter behandlet med Boneloc-cement, samt opkrævet ekstraordinært bidrag til dækning af et merforbrug i Patientskadeankenævnet.

Overskuddet vil blive tilbagebetalt til forsikringsselskaber og selvforsikrende myndigheder.

I 1999 modtog Patientforsikringen ialt 2.796 nye anmeldelser, heraf 339 anmeldelser vedrørende patienter behandlet med Boneloc-cement. Der blev i løbet af 1998 truffet 2.594 afgørelser efter patientforsikringsloven og Lov om erstatning til Boneloc-patienter. Der blev tilkendt erstatninger for et samlet beløb i størrelsesordenen kr. 115 mill. kr. excl. renter.

Bestyrelsen

Forsikringsselskaberne udpegede i fællesskab 5 repræsentanter til bestyrelsen, og selvforsikrende myndigheder, dvs. Århus, Viborg, Ringkøbing og Vestsjællands amter, udpegede 1 repræsentant.

Fordelingen af bestyrelsesposter var i 1999 uændret i forhold til 1998.

Personale og ekstern konsulentbistand

Patientforsikringen har i 1999 haft ca. 39 fuldtidsansatte medarbejdere. Medarbejderantallet har - bortset fra 2 midlertidige stillinger - været uændret i forhold til 1998.

Sagsbehandlingen bliver varetaget i 5 selvstændige enheder. Hver enhed ledes af en vicekontorchef, der har ansvaret for, at opstillede normer for bl.a. kvalitet, kvantitet og sagsbehandlings-tid opfyldes.

Patientforsikringen har herudover ansat 11 lægekonsulenter indenfor forskellige medicinske specialer. Konsulenterne er til daglig fungerende overlæger på offentlige sygehuse.

Patientforsikringen betjener sig, udover ansatte læger, af en lang række speciallæger over hele landet til udarbejdelse af erklæringer og udtalelser i enkeltsager.

Sagsbehandlingen

Antallet af anmeldelser efter patientforsikringsloven har i 1999 været uændret i forhold til 1998. Patientforsikringen modtog således også i 1999 ca. 150 færre sager end i 1997.

Det er Patientforsikringens vurdering, at der har været stabilitet i sagsbehandlingen, idet antallet af afgørelser efter patientforsikringsloven har svaret til antallet af anmeldelser. Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid var ved udgangen af året 171 dage, hvilket svarer til gennemsnittet i de seneste 5 år.

På baggrund af sagernes kompleksitet, og at sagerne i næsten halvdelen af den medgåede tid afventer materiale fra sygehuse og patienter, finder Patientforsikringen, at en gennemsnitlig sagsbehandlingstid på ca. ½ år må anses for realistisk.

Administrationsaftale med KgF

KgF har, i lighed med tidligere år, i 1999 varetaget lønadministration, betalings- og bogføringsfunktion og ydet regnskabsmæssig bistand.

Det er bestyrelsens opfattelse, at Patientforsikringen fortsat har administrative fordele ved en sådan aftale.

Informationsvirksomhed

Patientforsikringen skal hvert år udfærdige en årsberetning til Sundhedsministeren. Beretningen udsendes til alle interessenter, herunder sygehuse og andre sundhedsmyndigheder.

Udover en nærmere beskrivelse af administrative forhold vedrørende patientforsikringsordningen, indeholder beretningen tillige en gennemgang af lovens erstatningsbetingelser, belyst gennem Patientforsikringens praksis.

For yderligere oplysninger vedrørende patientforsikringsordningen, herunder Patientforsikringens virksomhed, henvises derfor til årsberetningen.

Beretningen for 1999 forventes udsendt i forsommeren 2000.

Yderligere indformationer om patientforsikringsordningen kan endvidere findes på Patientforsikringens hjemmeside www.patientforsikringen.dk

Lægemedelskader

Patientforsikringen administrerer tillige Lov om erstatning for lægemiddelskader, der trådte i kraft pr. 1. januar 1996.

Sundhedsministeriet og Patientforsikringen har indgået aftale om, at Patientforsikringen træffer afgørelse i sager vedrørende lægemiddelskader som 1. instans. Afgørelserne kan indbringes for et lægemiddelskadeankenævn, der modsat Patientskadeankenævnet - ikke finansieres af Patientforsikringen.

Ifølge administrationsaftalen betaler Sundhedsministeriet et gebyr pr. sag. Beløbets størrelse afhænger af antallet af modtagne anmeldelser. Patientforsikringen modtog 67 anmeldelser i 1999.

Patientforsikringen skal årligt afgive en beretning efter loven til sundhedsministeren. Beretningen er medtaget i Patientforsikringens årsberetning.

Anmeldelser efter lov om erstatning til patienter behandlet med Boneloc-cement.

Folketinget vedtog i 1999, at give patienter behandlet med Boneloc-cement erstatning også i tilfælde, hvor behandlingen havde fundet sted før patientforsikringslovens ikrafttræden. Erstatning betales af Sundhedsministeriet.

Ifølge loven, skal afgørelse i disse sager træffes af Patientforsikringen. Sundhedsministeriet og Patientforsikringen har derfor indgået en aftale om udgiftsdækning i forbindelse med sagernes behandling.

Sundhedsministeriet betaler således et fast beløb for hver sag, som Patientforsikringen behandler efter loven. Be-

løbet udgør kr. 8.000. Beløbet er beregnet på grundlag af de gennemsnitlige omkostninger ved behandling af sådanne sager, excl. behandling af sagerne i Patientskadeankenævnet.

Ændringer i patientforsikringsordningen

I forbindelse med finanslovsforliget for 1999 pålagdes sygehusmyndighederne under visse betingelser at tilbyde behandling, eller tilskud til behandling, på private sygehuse, hos privatpraktiserende speciallæger eller i udlandet.

For at sikre disse patienter en erstatningsretlig ligestilling med patienter behandlet på offentlige sygehuse, vedtog Folketinget en lovudvidelse der betyder, at erstatningspligten for disse behandlinger påhviler den henvisende sygehusmyndighed, og at Patientforsikringen fremover skal behandle disse sager.

Der er altså ikke med vedtagelsen pålagt private sygehuse og praktiserende læger noget selvstændigt ansvar efter patientforsikringsloven.

Patientforsikringen har ved udgangen af 1999 ikke modtaget anmeldelser i henhold til de nye regler, og antallet af anmeldelser som følge af lovændringen forventes at være yderst beskedent.

Fremtidige omkostninger ved lovens administration

Bestyrelsen har i september 1999 godkendt et budget for 2000 på kr. 33.575.000. Budgettet er fastlagt ud fra en forventning om et uændret antal anmeldelser i 2000.

LEDELSENS OG BESTYRELSENS UNDERSKRIFTER

Patientforsikringen
København, den 3. maj 2000

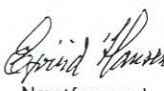
Ledelsen:


Arne Grünfeld
Direktør

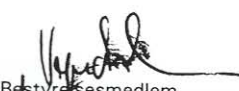

Ole Graugård
Sekretariatschef

Bestyrelsen:

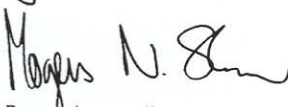

Formand
Jørgen Bjørnvad

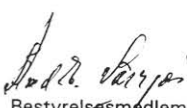

Næstformand
Ejvind Hansen


Bestyrelsesmedlem
Hjørdis Høegh-Andersen


Bestyrelsesmedlem
Jette Mersing


Bestyrelsesmedlem
Mikael Rosenmejer


Bestyrelsesmedlem
Mogens N. Skov


Bestyrelsesmedlem
Knud Erik Søerkjær

REVISIONSPÅTEGNING

Vi har revideret det af ledelsen aflagte årsregnskab for 1999 for Patientforsikringen.

Den udførte revision

Vi har i overensstemmelse med almindeligt anerkendte revisionsprincipper tilrettelagt og udført revisionen med henblik på at opnå en begrundet overbevisning om, at årsregnskabet er uden væsentlige fejl eller mangler. Under revisionen har vi ud fra en vurdering af væsentlighed og risiko efterprøvet grundlaget og dokumentationen for de i årsregnskabet anførte beløb og øvrige oplysninger. Vi har herunder taget stilling til den af ledelsen valgte regnskabspraksis og de udøvede regnskabsmæssige skøn samt vurderet, om årsregnskabets informationer som helhed er fyldestgørende.

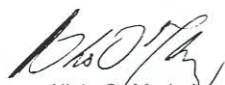
Revisionen har ikke givet anledning til forbehold.

Konklusion

Det er vor opfattelse, at årsregnskabet er aflagt i overensstemmelse med lovgivningens krav til regnskabsaflæggelsen, og at det giver et retvisende billede af foreningens aktiver og passiver, økonomiske stilling samt resultat.

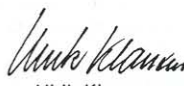
København, den 3. maj 2000

DELOITTE & TOUCHE
Statsautoriseret Revisionsaktieselskab



Niels O. Marholt
Statsautoriseret revisor

KOMMUNERNES
REVISIONSAFDELING



Ulrik Klausen
Revisionschef

ANVENDT REGNSKABSPRAKSIS

Årsregnskabet er aflagt i overensstemmelse med lov om patientforsikring, lov nr. 367 af 6. juni 1991 med dertil knyttede bekendtgørelser mv.

Den anvendte regnskabspraksis er uændret i forhold til sidste år.

RESULTATOPGØRELSEN

Administrationsbidrag

Administrationsbidrag opkræves i henhold til lov om patientforsikring. For regnskabsåret opkræves kvartalsvise aconto bidrag hos de forsikringsselskaber, der har tegnet patientforsikring og de selvforsikrende myndigheder. I andet kvartal af det efterfølgende år slutreguleres bidraget i henhold til årsregnskabet.

Opgørelsen af administrationsbidraget foretages på baggrund af forholdet mellem de samlede præmieindtægter, herunder de oplyste præmieindtægter fra forsikringsselskaberne samt den af foreningen fastsatte, skønnede præmie for selvforsikrende myndigheder og det af bestyrelsen godkendte budget for 1999 på kr. 30.850.000.

Følgende fire forsikringsselskaber havde pr. 1. januar 1999 tegnet patientforsikring for 1998:

Købstædernes almindelige Brandforsikring (KaB)
Kommunernes gensidige forsikringsselskab (KgF),
Zürich Forsikring og
Winterthur Forsikring.

Selvforsikrende myndigheder var:

Århus Amt, Viborg Amt, Ringkøbing Amt, Vestsjællands Amt samt statslige højere uddannelsesinstitutioner.

Andre indtægter

Administrationsbidrag opkræves i henhold til lov om lægemiddelskader i Danmark, der trådte i kraft pr. 1. januar 1996.

Sundhedsministeriet og Patientforsikringen har indgået aftale om, at Patientforsikringen træffer afgørelse i sager vedrørende lægemiddelskader som 1. instans. Afgørelserne kan indbringes for et lægemiddelskadeankenævn, der - modsat Patientskadeankenævnet - ikke finansieres af Patientforsikringen.

Ifølge administrationsaftalen betaler Sundhedsministeriet et gebyr pr. sag. Beløbets størrelse afhænger af antallet af modtagne anmeldelser.

Gebyrer opkræves endvidere af forsikringsselskaber for udtalelser i patientskadesager, der ikke er omfattet af lov om patientforsikring.

Gebyrerne er momspligtige.

Patientforsikringen har i 1999 endvidere behandlet sager anmeldt efter Lov om erstatning til patienter behandlet med Boneloc-cement.

Sagerne honoreres på grundlag af en aftale mellem Sundhedsministeriet og Patientforsikringen med et honorar på kr. 8.000 pr. sag.

Patientforsikringen forventer, at disse sager i 2000 vil give Patientforsikringen en indtægt i samme størrelsesorden

som i 1999. Der forventes ikke indtægter for behandlingen af disse sager i 2001.

Administrationsomkostninger

Administrationsomkostninger omfatter de periodiserede udgifter, der kan henføres til regnskabsåret.

Alle anskaffelser, herunder indretning af lejede lokaler, udgiftsføres i regnskabsåret.

Der er med KgF indgået en administrationsaftale. Efter denne aftale udfører KgF lønadministration, betalings- og bogføringsfunktion samt regnskabsmæssig bistand. Aftalen er baseret på omkostningsdækning. I 1999 udgjorde den samlede betaling fra Patientforsikringen til KgF kr. 169.930,-.

Renter

Renter indeholder renter af bankkonti.

Skatter og afgifter

Skatter og afgifter indeholder alene afgifter til offentlige myndigheder, herunder bidrag til Patientskadeankenævnet. I henhold til lov om patientforsikring skal Patientforsikringen betale samtlige udgifter til Patientskadeankenævnets administration.

Patientforsikringen er ikke skattepligtig i henhold til lov om patientforsikring.

BALANCEN

Kapitalandele

Unoterede kapitalandele værdiansættes til en skønnet markedsværdi baseret på

det seneste foreliggende årsregnskab for den pågældende virksomhed.

Egenkapital

Der er etableret en egenkapital af hensyn til et vist behov for en likviditetsreserve. Egenkapitalen er fastsat til kr. 1.000.000.

Tilgodehavende i form af administrationsbidrag

Beløbet vedrører for lidt opkrævet administrationsbidrag hos forsikrings-selskaber og selvforsikrende. Beløbet svarer til regnskabsårets underskud.

Feriepengeforpligtelse

Patientforsikringen har ikke i sit regnskab udgiftsført sine feriepengeforpligtelser.

Patientforsikringen vil fra regnskabsåret 2001 udgiftsføre denne.

Omkostningskreditorer

Det skyldige beløb vedrører primært bidrag til Patientskadeankenævnet. Bidraget for regnskabsåret opkræves a conto kvartalsvis forud på grundlag af et af Patientskadenævnet udarbejdet budget. For lidt erlagt i henhold til regnskabet opkræves det efterfølgende år af Patientskadeankenævnet.

RESULTATOPGØRELSE FOR 1999

Note	1999 Regnskab kr.	1998 Regnskab kr.
BIDRAG		
1 Administrationsbidrag	32.253.907	25.137.938
	<u>32.253.907</u>	<u>25.137.938</u>
 2 ANDRE INDTÆGTER	 2.436.506	 566.400
 ADMINISTRATIONSOMKOSTNINGER		
Løn og honorarer	(16.854.764)	(15.145.414)
Husleje m.v.	(2.260.038)	(1.738.248)
Fremmede tjenesteydelser	(610.952)	(430.565)
Kontorhold m.v.	(890.354)	(1.026.364)
Øvrige administrationsomkostninger	(1.143.005)	(853.464)
Anskaffelser	(739.879)	(495.126)
	<u>(22.498.992)</u>	<u>(19.689.181)</u>
 5 UREALISEREDE NEDSKR./OPSKR.	 4.039	 10.864
 3 RENTER	 70.057	 197.354
 4 SKATTER OG AFGIFTER	 (11.696.858)	 (10.154.722)
 RESULTAT	 <u>568.659</u>	 <u>(3.931.347)</u>
 RESULTATDISPONERING		
Tilbagebetales til medlemmerne	568.659	(3.931.347)
(Opkrævet medlemmerne i 1998)	-	-
Årets resultat	<u>568.659</u>	<u>(3.931.347)</u>

BALANCE PR. 31.12.1999

Note	1999 Regnskab kr.	1998 Regnskab kr.
AKTIVER		
ANLÆGSAKTIVER		
5 Kapitalandele	31.011	26.972
TILGODEHAVENDER		
6 Tilgodehavende adm.bidrag	831.343	3.931.347
7 Andre tilgodehavender	2.639.787	738.693
Periodeafgrænsningsposter	74.660	167.448
	<u>3.545.790</u>	<u>4.837.488</u>
LIKVIDER		
Bankbeholdning	1.135.303	1.274.633
	<u>1.135.303</u>	<u>1.274.633</u>
AKTIVER IALT	<u><u>4.712.104</u></u>	<u><u>6.139.093</u></u>
PASSIVER		
EGENKAPITAL		
	<u>1.000.000</u>	<u>1.000.000</u>
GÆLD		
8 A-skat m.m.	655.108	595.924
Versur løn	1.978	3.443
Lønsumsafgift	347.962	200.667
Skyldig pension	141.060	11.994
Skyldig gruppeliv	2.530	1.210
Kreditorer	2.395.744	4.167.763
Moms	167.722	158.092
	<u>3.712.104</u>	<u>5.139.093</u>
PASSIVER IALT	<u><u>4.712.104</u></u>	<u><u>6.139.093</u></u>
9 Eventualforpligtelser		

NOTER

Note	1999 Regnskab kr.	1998 Regnskab kr.
1 Administrationsbidrag		
KgF	5.743.992	12.713.381
Kgl. Brand	-	9.834.316
KAB	17.355.042	-
Zürich	64.835	83.012
Winterthur Forsikring	59.424	91.980
Århus Amt	4.119.838	-
Vestsjællands Amt	1.740.715	1.245.803
Viborg Amt	1.495.258	-
Undervisningsministeriet	42.905	37.222
Ringkøbing Amtskommune	1.631.898	1.132.224
	<u>32.253.907</u>	<u>25.137.938</u>
2 Andre indtægter		
Administration af lægemiddelskader	659.506	559.200
Honorar for udtalelser	11.000	7.200
Ekstraordinære indtægter	270.000	-
Adm.bidrag for boneloc-sager	1.496.000	-
	<u>2.436.506</u>	<u>566.400</u>
3 Renter		
Renteindtægter	72.476	198.116
Renteudgifter	(2.419)	(762)
	<u>70.057</u>	<u>197.354</u>
4 Skatter og afgifter		
AER-bidrag	(41.443)	(45.148)
Arbejdsgivers AM-bidrag	(42.782)	(46.334)
Lønsumsafgift	(1.312.175)	(1.223.064)
Finansieringsbidrag	(12.473)	(24.527)
Patientskadeankenævnet	(10.287.985)	(8.814.649)
Andre udgifter	-	(1.000)
	<u>(11.696.858)</u>	<u>(10.154.722)</u>

Patientforsikringen er ikke skattepligtig af virksomhed udøvet i henhold til lov om patientforsikring

NOTER

Note	1999 Regnskab kr.	1998 Regnskab kr.
5 Kapitalandele		
Anskaffelsessum pr. 01.01.	118.227	118.227
Nyanskaffelser	-	-
Anskaffelsessum pr. 31.12.	<u>118.227</u>	<u>118.227</u>
Nedskrivninger pr. 01.01	102.119	102.119
Årets nedskrivninger	-	-
Nedskrivninger pr. 31.12	<u>102.119</u>	<u>102.119</u>
Opskrivninger pr. 01.01	10.864	-
Årets opskrivninger	4.039	10.864
Opskrivninger pr. 31.12	<u>14.903</u>	<u>10.864</u>
Bogført værdi pr. 31.12	<u>31.011</u>	<u>26.972</u>
6 Tilgodehavende administrationsbidrag		
Bidrag til Patientforsikringen opkræves på grundlag af foreningens budget. For meget eller for lidt opkrævet bidrag reguleres over næstfølgende års bidrag.		
7 Andre tilgodehavender		
Sundhedsministeriet	824.383	699.000
Sundh.ministeriet boneloc-sager	1.496.000	-
Sundhedsministeriet	270.000	-
Regulering af adm.bidrag til KgF	18.664	27.654
Andre tilgodehavender	30.740	12.039
	<u>2.639.787</u>	<u>738.693</u>
8 Skyldig A-skat m.m.		
Skyldig A-skat	417.942	382.373
Skyldig AM-bidrag	98.063	90.870
Skyldig ATP	27.509	25.198
Midlertidig pensionsopsp.	11.545	10.865
Skyldige feriepenge	100.049	86.618
	<u>655.108</u>	<u>595.924</u>
9 Eventualforpligtelser		
Foreningen har følgende forpligtelser:		
Huslejekontrakt	1,5 mio. kr.	
Leasingaftale	1,1 mio. kr.	
Feriepenge	1,6 mio. kr.	

Lov nr. 1120 af 20. december 1995

Lov om erstatning for lægemiddelskader

VI MARGRETHE DEN ANDEN, af Guds Nåde Danmarks Dronning, gør vitterligt:
Folketinget har vedtaget og Vi ved Vort samtykke stadfæstet følgende lov:

Kapitel 1

Lovens anvendelsesområde

§ 1. Til patienter, der påføres fysisk skade som følge af egenskaber ved lægemidler, der er anvendt ved undersøgelse, behandling eller lignende (lægemiddelskade), ydes erstatning efter reglerne i denne lov. Det samme gælder for efterladte til sådanne patienter.

Stk. 2. Med patienter sidestilles personer, der deltager i kliniske afprøvninger af lægemidler (biomedicinske forsøg), der ikke indgår som led i diagnostik eller behandling af persons sygdom. Det samme gælder for vævs-, organ- og vævsvæskedonorer. Til forsøgspersoner og donorer, der er omfattet af bestemmelsen, ydes også erstatning for psykisk skade.

Stk. 3. Med lægemiddelskade sidestilles skade forårsaget af et lægemiddel på en person, der plejer eller behandler den, til hvem et lægemiddel er ordineret. Erstatning ydes kun i det omfang, skaden ikke dækkes af lov om forsikring mod følger af arbejdsskade.

Stk. 4. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om, hvilke skader efter stk. 1-3 der er omfattet af loven.

§ 2. Erstatning ydes kun, hvis lægemidlet hvervsmæssigt er udleveret i Danmark til forbrug eller kliniske afprøvninger af lægemidler (biomedicinske forsøg). Udleveringen skal være sket gennem apotek, sygehus, læge eller tandlæge.

§ 3. Ved et lægemiddel forstås i denne lov en vare, som er bestemt til at tilføres mennesker for at forebygge, erkende, lindre, behandle el-

ler helbrede sygdom, sygdomssymptomer og smerter eller for at påvirke legemsfunktioner.

Stk. 2. Lægemidlet skal være godkendt til markedsføring i Danmark i henhold til gældende regler. Dette gælder dog ikke for lægemidler, der anvendes ved kliniske afprøvninger (biomedicinske forsøg), jf. § 1, stk. 2.

Stk. 3. Magistrelt fremstillede lægemidler og lægemidler, der efter forudgående tilladelse fra Sundhedsstyrelsen importeres til brug for enkeltpersoner, er omfattet af loven.

Stk. 4. Naturlægemidler, homøopatiske lægemidler, vitamin- og mineralpræparater er ikke omfattet af loven. Dette gælder dog ikke, såfremt disse produkter anvendes ved kliniske afprøvninger (biomedicinske forsøg) med henblik på at opnå markedsføringstilladelse som lægemiddel, jf. stk. 2, 1. pkt.

Stk. 5. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om, hvilke lægemidler m.v. efter stk. 1-4 der er omfattet af loven.

§ 4. En lægemiddelskade forvoldt af et receptpligtigt lægemiddel erstattes kun, hvis lægemidlet er ordineret til skadelidte.

§ 5. Som lægemiddelskade anses ikke sygdomme eller anden skade, som

- 1) skyldes, at lægemidlet ikke har haft den tilsigtede effekt på den pågældende patient, eller
- 2) skyldes fejl eller forsømmelse i forbindelse med ordination eller udlevering af lægemidlet til patienten.

§ 6. En lægemiddelskade, der er opstået som følge af bivirkninger af et lægemiddel, erstattes kun, hvis bivirkningerne efter deres karakter

eller omfang går ud over, hvad skadelidte med rimelighed bør acceptere. Bestemmelsen omfatter både kendte og ukendte samt konkret påregnelige og upåregnelige bivirkninger.

Stk. 2. Ved afgørelser i henhold til stk. 1 skal der særligt tages hensyn til

- 1) arten og sværhedsgraden af den sygdom, som behandlingen rettede sig imod,
- 2) den skadelidtes helbredstilstand,
- 3) skadens omfang og
- 4) mulighederne i øvrigt for at tage risikoen for skadens indtræden i betragtning.

Stk. 3. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om, hvilke lægemiddelskader efter §§ 4-6 der er omfattet af loven.

§ 7. Der ydes kun erstatning, hvis skaden med overvejende sandsynlighed er forårsaget ved brug af lægemidler.

§ 8. Loven gælder ikke for skader, der er omfattet af lov om erstatning for vaccinationsskader.

Kapitel 2

Erstatningsudmåling m.v.

§ 9. Erstatning og godtgørelse fastsættes efter reglerne i lov om erstatningsansvar, jf. dog reglerne i dette kapitel.

Stk. 2. Erstatning m.v. ydes kun, såfremt beløb fastsat efter stk. 1 overstiger 3.000 kr.

Stk. 3. Sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og godtgørelse for svie og smerte kun ydes, såfremt skaden har medført uarbejdsdygtighed eller sygdom ud over en nærmere fastsat periode, der højst kan udgøre 3 måneder.

Stk. 4. Stk. 2 og 3 finder ikke anvendelse på lægemiddelskader, der er omfattet af § 1, stk. 2.

§ 10. Erstatning ydes ikke til dækning af afledte regreskrav, jf. § 17 i lov om erstatningsansvar.

§ 11. Erstatningen til patienten eller dennes efterladte kan nedsættes eller efter omstændighederne helt bortfalde, hvis patienten forsætligt eller ved grov uagtsomhed har medvirket til skaden.

§ 12. Ved en serieskade forstås lægemiddelskader, som er påført flere personer og forårs-

get af samme egenskab hos samme substans i et eller flere lægemidler, og

- 1) som beror på bivirkninger, der ikke på tidspunktet for lægemidlets udlevering var angivet i det af Sundhedsstyrelsen godkendte resumé af lægemidlets egenskaber eller registreret i lægemiddelkataloget, og som medfører skade af en sådan karakter, at denne ikke ved lægemidlets udlevering burde være forudset af en fagmand, eller
- 2) som skyldes en defekt ved lægemidlet som følge af instruktions-, fabrikations- eller distributionsfejl.

Stk. 2. En serieskade henføres til det år, hvor det første erstatningskrav rejses over for sundhedsministeren eller Patientforsikringsforeningen, jf. § 18, uanset hvornår de senere skader anmeldes.

§ 13. Erstatningssummen for skader i henhold til loven er begrænset til 150 mio. kr. pr. kalenderår.

Stk. 2. Erstatningssummen for hver enkelt serieskade, jf. § 12, er dog begrænset til 100 mio. kr.

Stk. 3. Erstatningssummen for lægemiddelskader ved kliniske afprøvninger af lægemidler (biomedicinske forsøg) er begrænset til 25 mio. kr. pr. forsøg.

Stk. 4. Erstatningen kan ikke overstige 5 mio. kr. pr. skadelidte.

§ 14. Er de i § 13 angivne beløb ikke tilstrækkelige til at dække alle de skadelidtes krav, foretages en forholdsmæssig nedsættelse af de enkelte krav, dog kun i endnu ikke udbetalte erstatningsbeløb. Viser det sig, efter at en skade er indtruffet, at en sådan nedsættelse kan blive nødvendig, kan det bestemmes, at erstatningen indtil videre alene ydes med en del af de anerkendte krav.

§ 15. I det omfang patienten eller dennes efterladte har fået eller har krav på at få erstatning i henhold til loven, kan erstatningskrav ikke rejses mod nogen, der måtte have pådraget sig erstatningsansvar for skaden.

Stk. 2. Reglen i stk. 1 gælder ikke i de tilfælde, hvor der er erstatningsansvar efter reglerne i lov om produktansvar.

§ 16. I det omfang staten yder erstatning efter denne lov, indtræder Sundhedsministeriet i patientens krav mod lægemiddelproducenter

og mellemhandlere i henhold til lov om produktansvar.

Stk. 2. Staten kan afholde udgifter til advokat, sagsanlæg m.v. til inddrivelse af erstatning fra lægemiddelproducenter og mellemhandlere efter lov om produktansvar, jf. stk. 1. Inddrevne erstatningsbeløb i forbindelse hermed tilgår staten.

Kapitel 3

Erstatningsordningens finansiering

§ 17. Udgifter til erstatninger samt andre udgifter til erstatningsordningen afholdes af staten.

Stk. 2. Sundhedsministeren foretager beregning og udbetaling af erstatninger. Sundhedsministeren kan bemyndige andre, herunder private, til at foretage beregning og udbetaling af erstatninger m.v. efter denne bestemmelse.

Kapitel 4

Sagernes behandling

§ 18. Sundhedsministeren behandler og træffer afgørelse i sager efter denne lov.

Stk. 2. Sundhedsministeren kan bemyndige Patientforsikringsforeningen, jf. lov om patientforsikring, til at behandle og træffe afgørelse i sager efter stk. 1. Patientforsikringsforeningens udgifter i forbindelse hermed afholdes af staten, jf. § 17, stk. 1.

Stk. 3. I tilfælde, hvor sundhedsministeren har bemyndiget andre end offentlige myndigheder til at varetage opgaver efter denne lov, finder forvaltningsloven tilsvarende anvendelse.

Lægemedelskadeankenævnet

§ 19. Sundhedsministeren nedsætter et lægemedelskadeankenævn, som består af

- 1) en af sundhedsministeren udnævnt formand, som skal være dommer,
- 2) 2 medlemmer udpeget af sundhedsministeren,
- 3) 2 medlemmer udpeget af Sundhedsstyrelsen med henholdsvis medicinsk og farmaceutisk sagkundskab,
- 4) 2 medlemmer udpeget i fællesskab af Amtsrådsforeningen i Danmark, Hovedstadens Sygehusfællesskab og Københavns og Frederiksberg Kommuner,

5) 1 medlem udpeget af De Samvirkende Invalideorganisationer,

6) 1 medlem udpeget af Forbrugerrådet.

Stk. 2. Lægemedelskadeankenævnets medlemmer udpeges for 4 år. Finder udpegningssted i løbet af en periode, gælder den kun til periodens udløb.

Stk. 3. Sundhedsministeren fastsætter efter forhandling med Lægemedelskadeankenævnet dets forretningsorden. Ministeren kan heri fastsætte regler om honorar til nævnets formand og medlemmer.

Stk. 4. Udgifter til drift af Lægemedelskadeankenævnet afholdes af staten, jf. § 17, stk. 1.

§ 20. De afgørelser, der træffes efter § 18, stk. 1 og 2, kan indbringes for Lægemedelskadeankenævnet, der har den endelige administrative afgørelse. Lægemedelskadeankenævnet kan tillægge en klage opsættende virkning.

Stk. 2. Klage til Lægemedelskadeankenævnet skal indgives inden 3 måneder efter, at klageren har fået meddelelse om afgørelsen.

Stk. 3. Lægemedelskadeankenævnet kan se bort fra overskridelse af klagefristen, når der er særlige grunde hertil.

Stk. 4. Lægemedelskadeankenævnets afgørelse kan indbringes for landsretten. Indbringelse skal ske inden 6 måneder efter, at afgørelsen er meddelt.

§ 21. Sundhedsministeren eller den, ministeren bemyndiger til at varetage opgaver efter denne lov, kan af kommuner, amtskommuner og andre vedkommende, herunder sygehuse, apoteker, institutioner, behandlende læger m.v. samt den skadelidte og vedkommende medicinalfirma, forlange meddelt enhver oplysning, herunder sygehusjournaler, journaloptegnelser m.v., som skønnes at være af betydning for behandling af sager efter loven.

Stk. 2. Sundhedsministeren eller den, ministeren bemyndiger til at varetage opgaver efter denne lov, skal afgive de oplysninger til Lægemedelskadeankenævnet, som er nødvendige for nævnets varetagelse af opgaver efter loven.

Kapitel 5

Forældelsesbestemmelser

§ 22. Erstatningskrav efter denne lov skal være anmeldt til sundhedsministeren eller den, ministeren bemyndiger til at varetage opgaver

efter denne lov, senest 3 år efter, at den erstatningsberettigede har fået eller burde have fået kendskab til skaden.

Stk. 2. Forældelse af erstatningskrav efter denne lov indtræder dog senest 10 år efter den dag, lægemidlet er udleveret til skadelidte.

Kapitel 6

Ikrafttrædelses- og ændringsbestemmelser m.v.

§ 23. Loven træder i kraft den 1. januar 1996. Loven gælder ikke, såfremt det lægemiddel, der har forvoldt skaden, er udleveret til skadelidte inden lovens ikrafttræden.

§ 24. I lov om offentlig sygesikring, jf. lovbe- kendtgørelse nr. 77 af 31. januar 1994, som æn- dret ved lov nr. 1133 af 21. december 1994, fo- retages følgende ændringer:

1. I § 7, *stk. 1*, ændres »75 pct.« 3 steder til: »74,7 pct.«

2. I § 7, *stk. 2*, ændres »50 pct.« 3 steder til: »49,8 pct.«

3. I § 7, *stk. 3*, ændres »50 pct.« til: »49,8 pct.« og »75 pct.« til: »74,7 pct.«

4. I § 7, *stk. 5*, ændres »75 pct.« 2 steder til: »74,7 pct.« og »50 pct.« 2 steder til: »49,8 pct.«

5. I § 7, *stk. 6*, ændres »75 pct.« til: »74,7 pct.« og »50 pct.« til: »49,8 pct.«

§ 25. Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kongelig anordning sættes i kraft for disse landsdele med de afvi- gelser, som de særlige færøske og grønlandske forhold tilsiger.

Givet på Christiansborg Slot, den 20. december 1995

Under Vor Kongelige Hånd og Segl

MARGRETHE R.

/ Yvonne Herløv Andersen

Lov nr. 397 af 2. juni 1999

Lov om erstatning til patienter opereret med Boneloc-cement før 1. juli 1992

VI MARGRETHE DEN ANDEN, af Guds Nåde Danmarks Dronning, gør vitterligt:

Folketinget har vedtaget og Vi ved Vort samtykke stadfæstet følgende lov:

Kapitel 1

Erstatningsordning m.v.

§ 1. Patienter, som før 1. juli 1992 er blevet opereret med Boneloc-cement, har ret til erstatning og godtgørelse efter reglerne i lov om patientforsikring, jf. dog §§ 5 og 6. Det samme gælder for efterladte til sådanne patienter.

§ 2. Patientforsikringsforeningen modtager, oplyser og afgør sager efter denne lov.

Stk. 2. Sundhedsministeren udbetaler erstatning og godtgørelse i overensstemmelse med afgørelser truffet efter denne lov. Sundhedsministeren afholder endvidere andre udgifter som følge af denne lov og indgår herunder aftale med Patientforsikringsforeningen om, at staten afholder udgifter i forbindelse med foreningens administration af sager efter stk. 1 samt andre udgifter, foreningen måtte have som følge af erstatningsordningen.

§ 3. Har den driftsansvarlige sygehusmyndighed anerkendt erstatningspligt i anledning af en operation som nævnt i § 1, kan krav efter denne lov først rejses, når sygehusmyndigheden har til-

kendegivet, hvilken erstatning m.v. der kan ydes.

Stk. 2. Ved udmåling af erstatning og godtgørelse efter denne lov i sager som nævnt i stk. 1 foretages der fradrag svarende til sygehusmyndighedens tilkendegivelse.

Kapitel 2

Ikrafttrædelses- og forældelsesbestemmelser m.v.

§ 4. Loven træder i kraft dagen efter bekendtgørelsen i Lovtidende.

§ 5. Bestemmelsen i § 19 i lov om patientforsikring om forældelse af erstatningskrav gælder ikke for patienter, der anmelder deres krav til Patientforsikringsforeningen efter denne lov.

§ 6. Loven omfatter alene krav anmeldt til Patientforsikringsforeningen inden den 1. januar 2003.

§ 7. Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kongelig anordning sættes i kraft for Færøerne med de afvigelser, som de særlige færøske forhold tilsiger.

Givet på Christiansborg Slot, den 2. juni 1999

Under Vor Kongelige Hånd og Segl

MARGRETHE R.

/ Carsten Koch