

Årsberetning 2003

***Patient**forsikringen*

Indhold

	Side
Forord	10
Resumé	11
1. Patientforsikringen	14
1.1. Lovgrundlag	14
1.2. Udvidelse af patientforsikringsloven	
- inddragelse af den primære sundhedssektor under loven	14
1.2.1. Indledning	14
1.2.2. Hvem er omfattet af patientforsikringsloven efter 1. januar 2004?	14
1.2.3. Hvem betaler erstatning?	16
1.2.4. Psykiske skader	16
1.2.5. Regresreglen i PFL § 8	17
1.2.6. Informationspligt	17
1.2.7. Vaccinationsskader	18
1.2.8. Patientskadeankenævnet	18
1.3. Organisation 2003	19
1.4. Sagernes behandling	20
1.4.1. Anmeldelse af skader	20
1.4.2. Sagsoplysning	20
1.4.3. Afgørelser	21
2. Talmæssige oplysninger	22
2.1. Anmeldelser og afgørelser	22
2.2. Sagsbehandlingstiden	25
2.3. Afgørelser efter patientforsikringsloven	28
2.4. Skadernes art	31
2.5. Tilkendte erstatninger	33
2.6. Administrative omkostninger	35
3. Erstatningsgrundlag og afgørelser	37
3.1. Formål	37
3.2. Patientforsikringslovens erstatningsgrundlag	38

Indhold

3.3. Eksempler på afgørelser	39
3.3.1. Afgørelser efter PFL § 1, stk. 1 (patientbegrebet)	40
3.3.2. Afgørelser efter PFL § 1, stk. 1 (offentligt sygehus?)	40
3.3.3. Afgørelser efter PFL § 1, stk. 1 (foreligger der en fysisk skade som følge af behandlingen?)	41
3.3.4. Afgørelser efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1 (specialistmålestokken)	44
3.3.5. Afgørelser efter PFL § 2, stk. 1, nr. 2 (fejl eller svigt i teknisk apparatur, redskaber eller andet udstyr)	48
3.3.6. Afgørelser efter PFL § 2, stk. 1, nr. 3 (alternativ metode eller teknik)	49
3.3.7. Afgørelser efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4 (rimelighedsreglen)	50
3.3.8. Afgørelser efter PFL § 3, stk. 1, jfr. § 2, stk. 1, nr. 1 (forkert diagnose eller diagnoseforsinkelse)	53
3.3.9. Afgørelser efter PFL § 3, stk. 2 (culpa)	55
3.3.10. PFL § 19 (forældelse)	56
3.3.11. PFL § 21 (ikrafttrædelse)	57
4. Erstatningsberegning	58
4.1. Gennemgang af erstatningsansvarslovens regler	58
4.2. Eksempler på erstatningsberegning	61
4.2.1. Helbredelsesudgifter og andet tab (EAL § 1)	61
4.2.2. Erhvervsevnetab (EAL § 5-8)	63
4.2.3. Genoptagelse (EAL § 11)	65
4.2.4. Forsørgertabserstatning til ægtefæller (EAL §13)	66
4.2.5. Overgangsbeløb EAL § 14 a	71
4.2.6. Reguleringsbestemmelsen EAL § 15	71
4.2.7. Øvrige eksempler	72
5. Generelle problemstillinger	75
5.1. Fastsættelse af forsørgertab, mén og erhvervsevnetab i sager om forsinket diagnosticering og behandling af kræftlidelser	75
5.1.1. Indledning	75
5.1.2. Hvilke regler gælder for de varige erstatningsposter?	76
5.1.3. Erstatning ved forringet overlevelsesprognose	82

Indhold

5.2.	Lejringskader - Højesterets dom af 2. februar 2004	83
5.2.1.	Om lejringskader generelt	83
5.2.2.	Højesteretsdommens forhistorie	83
5.2.3.	Udviklingen i praksis efter den første Højesteretsdom	83
5.2.4.	Højesterets seneste dom	84
5.2.5.	Konklusion	85
5.3.	Lejringskader - kan kriteriet, "at skaden er uden specifik sammenhæng med grundsygdommens alvor", stå for en nærmere prøvelse?	86
5.3.1.	Hvad går kriteriet ud på?	86
5.3.2.	De nordiske landes patientforsikringslove	87
5.3.3.	Hvilken tankegang kan der ligge bag kriteriet?	87
5.3.4.	Kan kriteriet indskrænkes til kun at gælde for "lejringskader"?	90
5.3.5.	Sammenfatning og Patientforsikringens praksis	92
5.4.	Stråleskader efter behandling af livmoderhalskræft	93
5.4.1.	Problemstillingen	93
5.4.2.	Alvorlighedskriteriet i PFL § 2, stk. 1, nr. 4.	93
5.4.3.	Praksis vedrørende stråleskader	94
5.4.4.	Diagnosticering og behandling af livmoderhalskræft	95
5.4.5.	Vurdering efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4	96
	5.4.5.1. Den statistiske prognose for den ubehandlede grundsygdom	96
	5.4.5.2. Den statistiske prognose for den velbehandlede grundsygdom	97
	5.4.5.3. Det faktiske forløb af den velbehandlede grundsygdom	97
5.4.6.	Patientforsikringens praksis	97
5.4.7.	Afgørelser truffet i 2004	98
5.5.	Rotator cuff læsioner	99
5.5.1.	Hvad er en rotator cuff læsion?	99
5.5.2.	Optimal diagnosticering af rotator cuff læsioner efter et skuldertraume	100
5.5.3.	Optimal behandling af rotator cuff læsioner	101
5.5.4.	Patientforsikringens praksis	102

Indhold

6. Patientforsikringens virksomhed	104
6.1. Patientforsikringens medlemmer	104
6.2. Patientforsikringens bestyrelse i 2003	105
6.3. Patientforsikringens administration	106
6.3.1. Patientforsikringens medarbejdere pr. 15. juni 2004	106
6.3.2. Lægeligt konsulentnet	108
6.4. Administrationsaftaler	108
6.5. Regnskab og budget	108
7. Beretning om lov om erstatning for lægemiddelskader	110
7.1. Lovgrundlag	110
7.2. Organisation	110
7.3. Sageres behandling	111
7.3.1. Anmeldelse af skader	111
7.3.2. Sagsoplysning	111
7.3.3. Afgørelser	111
7.4. Talmæssige oplysninger	112
7.4.1. Udviklingen i antallet af anmeldelser	112
7.4.2. Antallet af afgørelser og deres udfald	113
7.4.3. Tilkendte erstatningsbeløb	113
7.4.4. Sagsbehandlingstiden	114
7.5. Erstatningsgrundlag og afgørelser	114
7.5.1. Formål	114
7.5.2. Erstatningsgrundlaget i lov om erstatning for lægemiddelskader	115
7.5.3. Eksempler på afgørelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader	117
7.6. Særlige problemstillinger	121
7.6.1. Slankemidlet Letigen	121
7.6.1.1. Eksempler på afgørelser i Letigen-sager	122
7.6.2. Forholdet til produktansvarsreglerne	122
8. The Danish Patient Insurance System	124
8.1. Background for the Danish Patient Insurance Act	124
8.1.1. The Culpa System	124
8.1.2. Redress	124
8.1.3. Prevention	124

Indhold

8.2.	The Insurance Scheme in Outline	125
8.3.	Limitations in the Scope	126
8.3.1.	Only Treatments at Public Hospitals (only injuries sustained before 1 January 2004)	126
8.3.2.	Only Injuries Caused by Examination and Treatment	126
8.3.3.	Only Physical Injuries (only injuries sustained before 1 January 2004)	127
8.3.4.	Other Limitations	127
8.4.	Conditions for Damages	127
8.5.	Avoidable Injuries	128
8.5.1.	"The Specialist Rule" (§ 2 (1), no. 1)	128
8.5.2.	"The Equipment Rule" (§ 2 (1), no. 2)	130
8.5.3.	"The Alternative Rule" (§ 2 (1), no. 3)	131
8.6.	Unavoidable Injuries	132
8.6.1.	"The Endurability Rule" (§ 2 (1), no. 4)	132
8.7.	Special Conditions for Damages	134
8.8.	Key Figures for the Patient Insurance	134
8.9.	The Appeals System	135
8.10.	Conclusion	136
Bilag 1	Lovbekendtgørelse 1997-03-24 nr. 228 om patientforsikring	138
Bilag 2	Bekendtgørelse nr. 1099 af 12. december 2003	141
Bilag 3	Bekendtgørelse 2003-12-12 nr. 1097 om dæknings- området for lov om patientforsikring	143
Bilag 4	Regnskab for 2003, 12. regnskabsår	144
Bilag 5	Anmeldelser og anerkendelser fordelt på sygehuse	158
Bilag 6	Lovbekendtgørelse 2002-09-04 nr. 750 om erstatningsansvar	162
Bilag 7	Lov 1995-12-20 nr. 1120 om erstatning for lægemiddelskader	166

Forord

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

Patientforsikringen fremlægger herved sin årsberetning for 2003. Beretningen indeholder eksempler på erstatningssager og forskellige administrative spørgsmål, der har fundet deres løsning inden årsberetningens deadline 1. april 2004.

Der er i beretningen lagt vægt på at belyse foreningens praksis gennem en række eksempler på afgørelser inden for patientforsikrings- og erstatningsansvarslovens område. Da kendskab til patientforsikrings- og erstatningsansvarslovens regler er en forudsætning for forståelsen af afgørelserne, er der som indledning til denne del af beretningen givet en kort gennemgang af reglerne.

Endvidere indeholder beretningen en række talmæssige oplysninger om Patientforsikringens virksomhed i 2003 og tidligere år.

Patientforsikringen skal i henhold til lov om erstatning for lægemiddel-skader afgive en årlig beretning til sundhedsministeren om lovens administration. Beretningen indeholder derfor også en redegørelse til ministeren vedrørende Patientforsikringens administration af denne lov.

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

Poul-Erik Svendsen
Bestyrelsesformand

/

Arne Grünfeld
Direktør

Resumé

Afsnit 1 indeholder en kort beskrivelse af Patientforsikringens lovgrundlag, organisation og forretningsgange.

Patientforsikringen er en privat forening, oprettet af forsikringsselskaber, som har tegnet patientforsikringer. Patientforsikringen ledes af en bestyrelse på 7 medlemmer, hvoraf 1 medlem udpeges af sundhedsministeren, og 6 medlemmer udpeges af forsikringsgiverne og de selvforsikrende myndigheder. Udgifterne til Patientforsikringens drift afholdes af forsikringsgiverne og de selvforsikrende myndigheder.

Patientforsikringen modtager, oplyser og afgør alle sager efter patientforsikringsloven (PFL) og beregner erstatningerne efter erstatningsansvarsloven (EAL). Det påhviler således Patientforsikringen at oplyse sagerne fuldt ud og dermed varetage patienternes interesser. Det er forudsat i patientforsikringsloven, at der ikke kan ske dækning af patienternes eventuelle udgifter til advokatbistand.

Patientforsikringen er omfattet af forvaltningsloven, hvilket bl.a. betyder, at afgørelserne skal begrundes, at der er tavshedspligt, og at parterne har ret til aktindsigt. Patientforsikringen er derimod ikke omfattet af offentlighedsloven, hvorfor udenforstående ikke har ret til aktindsigt i Patientforsikringens sager.

Særligt for så vidt angår lovgrundlaget skal det nævnes, at loven pr. 1. januar 2004 er blevet udvidet til også at dække skader opstået ved behandling i praksissektoren og til også at dække rent psykiske skader. Der er med lovændringen desuden indført en udvidet regresadgang for forsikringsselskaberne og de selvforsikrende myndigheder, ligesom der er indført en informationspligt for alle autoriserede sundhedspersoner. Endelig er lov om erstatning for vaccinationsskader blevet ophævet, således at disse skader nu skal behandles efter henholdsvis lov om patientforsikring og lov om erstatning for lægemiddelskader.

I **afsnit 2** er Patientforsikringens virksomhed belyst ved en række talmæssige oplysninger. I 2003 modtog foreningen i alt 3.607 anmeldelser efter lov om patientforsikring, hvilket svarer til en stigning på ca. 200 anmeldelser i forhold til 2002. Sagernes fordeling på de enkelte amter og medicinske specialer er angivet.

I 2003 traf Patientforsikringen i alt 3.704 afgørelser efter lov om patientforsikring, og heraf blev 1.580 sager anerkendt. Herudover blev der truffet 2.812 afgørelser efter erstatningsansvarsloven. Af de 2.124 sager, der blev afvist, lå 365 sager uden for patientforsikringslovens dækningsområde.

En af Patientforsikringens målsætninger i de seneste år har været at nedbringe sagsbehandlingstiden. Som det fremgår af afsnit 2.2., lykkedes det i 2003 at træffe flere afgørelser end i 2002 og at nedbringe sagsbehandlingernes sagsportefølje. Som følge af dette lykkedes det i 2003 at nedbringe den gennemsnitlige sagsbehandlingstid med 20 dage fra 4. kvartal 2002 til samme kvartal 2003. Ved udgangen af 2003 var den gennemsnitlige sagsbehandlingstid nede på 210 dage. Når målet på 200 dage ikke helt lykkedes, skyldes dette primært den fortsatte stigning i antallet af nye anmeldelser. Det er dog fortsat Patientforsikringens målsætning at forsøge at nedbringe sagsbehandlingstiden yderligere.

I afsnit 2.5. er der talmæssigt redegjort for, hvor store erstatningsbeløb der er udbetalt i 2003, og i hvilke år disse skader er anmeldt. Ligesom for de tidligere år fremgår det, at udbetalingerne sker med en betydelig forsinkelse i forhold til anmeldelserne. I 2003 tilkendtes der i alt 272,9 mio. kr. ekskl. renter i erstatning efter lov om patientforsikring, hvilket er en stigning på næsten 50 mio. kr. i forhold til 2002. Sammen med erstatningerne blev patienterne tilkendt renter, således at det samlede erstatningsbeløb i 2003 udgjorde hen ved 340 mio. kr.

I afsnit 2.6. er der redegjort for udviklingen i de administrative omkostninger,

der er forbundet med Patientforsikringens behandling af sagerne.

Afsnit 3 indeholder en gennemgang af patientforsikringslovens erstatningsgrundlag og Patientforsikringens afgørelser. Som det fremgår af det indledende afsnit, er formålet med patientforsikringsloven at etablere en erstatningsordning, hvorefter patienter, som kommer til skade i forbindelse med sygehusbehandling m.v., lettere og hurtigere kan opnå erstatning end før patientforsikringsloven. For at nå dette mål indeholder patientforsikringsloven en omfattende og detaljeret beskrivelse af, under hvilke betingelser og i hvilke situationer man kan opnå erstatning for skader, der er opstået i forbindelse med sygehusbehandling.

Der er i afsnittet refereret en række typiske afgørelser, som belyser anvendelsen af patientforsikringslovens ansvarsgrundlag og Patientforsikringens praksis.

I **afsnit 4** er kort beskrevet erstatningsansvarlovens regler efter lovændringen pr. 1. juli 2002. Denne ændring har forhøjet erstatningsniveauet med ca. 2/3 i forhold til de skader, der behandles efter de tidligere regler. Der er desuden givet en række eksempler på de erstatningsberegninger, som Patientforsikringen har foretaget, henholdsvis efter den "gamle" og den "nye" erstatningsansvarslov.

I **afsnit 5** er der redegjort for en række mere generelle problemstillinger, som har fundet deres løsning i 2003 og foråret 2004.

Afsnit 6 indeholder en nærmere beskrivelse af, hvilke forsikringsselskaber der i dag er medlemmer af Patientforsikringen, og hvem der sidder i foreningens bestyrelse. Endvidere er der oplysninger om, hvem der er ansat i Patientforsikringen, og hvilke lægelige og juridiske konsulenter foreningen har tilknyttet.

I afsnit 6.6 er der givet en redegørelse for Patientforsikringens regnskab og budget. Som det fremgår heraf, har de samlede udgifter til Patientforsikringens og Patientskadeankenævnets administration i 2003 udgjort i alt 51.904.915 kr.

Afsnit 7 indeholder en beretning om lov om erstatning for lægemiddelskader, herunder eksempler på afgørelser truffet efter denne lov. Som det fremgår, modtog Patientforsikringen i 2003 182 anmeldelser efter denne lov mod 132 i 2002, og der blev truffet i alt 198 afgørelser mod 131 i 2002. Der er i alt truffet 669 afgørelser efter loven i perioden 1. januar 1996 – 31. december 2003, og heraf er 195 sager blevet anerkendt svarende til næsten 30 %.

1. Patientforsikringen

1.1. Lovgrundlag

Ved ikrafttrædelsen af lov om patientforsikring 1. juli 1992 blev skadelidte patienters adgang til at opnå erstatning for komplikationer opstået i tilknytning til sygehusbehandlingen udvidet betydeligt.

Samtidig blev det i henhold til lovens § 12 og § 13 besluttet at henlægge sagernes behandling til et administrativt, uvidt organ - Patientforsikringsforeningen, i det følgende kaldet Patientforsikringen.

Udover at udvide 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. Udvidelse af patientforsikringsloven - inddragelse af den primære sundhedssektor under loven

1.2.1. Indledning

Ved lov nr. 430 af 10. juni 2003 er patientforsikringsloven blevet udvidet til at omfatte hele sundhedsvæsenet, således at loven nu dækker skader i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lig-

nende hos privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner m.v. Formålet med loven er at give patienter en udvidet adgang til erstatning for skader forvoldt i den primære sundhedssektor og dermed også forbedre disse patienters retsstilling.

Udover inddragelsen af den primære sundhedssektor under loven er der foretaget en række andre ændringer af loven. Således er lovens skadesbegreb udvidet til at omfatte psykiske skader, regresreglen i § 8 er ændret, der er indført en informationspligt for enhver autoriseret sundhedsperson, vaccinationsskader er inddraget under loven, og endelig er der foretaget en justering af Patientskadeankenævnets sammensætning.

Ændringerne i loven bygger i vidt omfang på betænkning nr. 1346 om revision af lov om patientforsikring, som et udvalg under Sundhedsministeriet afgav i november 1997.

Lovændringerne gælder for skader, der er forårsaget efter lovens ikrafttræden den 1. januar 2004. Loven er medtaget i årsberetningen som bilag nr. 1.

1.2.2. Hvem er omfattet af patientforsikringsloven efter 1. januar 2004?

Som følge af lovudvidelsen har patientforsikringsloven for skader forårsaget

den 1. januar 2004 og senere følgende dækningsområde:

- Alle patienter på offentlige og private sygehuse, herunder skader i forbindelse med behandling i ambulance eller på skadestedet.
- Alle donorer, herunder bloddonorer og organdonorer og lign.
- Alle personer, der deltager i medicinske forsøg.
- Alle patienter, der modtager vederlagsfri behandling eller tilskud til behandling på sygehuse, klinikker m.v. i udlandet efter lov om sygehusvæsenet.
- Alle personer, der bliver undersøgt, behandlet eller plejet hos følgende autoriserede sundhedspersoner eller på vegne af disse:
 - Privatpraktiserende læger.
 - Læger, der uden at være privatpraktiserende, foretager vaccinationer eller virker som vagtlæger.
 - Privatpraktiserende speciallæger eller speciallægeklinikker.
 - Privatpraktiserende tandlæger, tandplejere og kliniske tandteknikere.
 - Privatpraktiserende kiropraktorer.

- Privatpraktiserende ergo- og fysioterapeuter.
- Privatpraktiserende psykologer.
- Privatpraktiserende fodterapeuter.
- Privatpraktiserende sygeplejersker, jordemødre, kliniske diætister, bioanalytikere, bandagister og radiografer.
- Autoriserede sundhedspersoner ansat i amtstandplejen og under de kommunale sundhedsordninger. De kommunale sundhedsordninger omfatter forebyggende sundhedsordninger for børn og unge, hjemmesygeplejerskeordningen, den kommunale omsorgstandpleje samt den kommunale børne- og ungdomstandpleje.

Ved bekendtgørelse nr. 1099 af 12. december 2003 er skader i forbindelse med tandbehandling hos privatpraktiserende tandlæger, amtstandplejen, de kommunale tandlægeordninger og universiteternes tandlægeskoler henlagt til Dansk Tandlægeforenings Patientskade-forsikring. Bekendtgørelsen er medtaget i årsberetningen som bilag nr. 2.

Patientforsikringslovens dækningsområde efter lovændringen er nærmere præciseret i bekendtgørelse nr. 1097 af

12. december 2003. Bekendtgørelsen er medtaget i årsberetningen som bilag nr. 3.

1.2.3. Hvem betaler erstatning?

Erstatning til patienter i henhold til de nye regler betales af det offentlige. Den enkelte privatpraktiserende læge m.v. skal ikke selv tegne en forsikring.

For skader indtrådt hos privatpraktiserende læger, speciallæger, private sygehuse m.v. ydes erstatning af den amtskommune eller Københavns, Frederiksberg og Bornholms kommuner, hvor den privatpraktiserende autoriserede sundhedsperson har sin praksis, eller hvor det private sygehus er beliggende.

Det fremgår af lovmotiverne, at man har valgt at lade amtskommunerne overtage erstatningsansvaret for alle privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner, da det er en administrativ enkel finansieringsform, der samtidig er ressourcebesparende. Dette skal ses på baggrund af, at der med patientforsikringsordningen er tale om en såkaldt "no fault" forsikringsordning. Det er en ordning, hvor patienternes ret til erstatning ikke beror på, at nogen person har pådraget sig ansvar for skaden i kraft af en begået fejl, men alene på, om de særlige erstatningskriterier i loven er opfyldt.

Som nævnt er amterne med lovændringen blevet pålagt erstatningsansvaret efter patientforsikringsloven for private sygehuse. Dette gælder, uanset om patienten selv har betalt for behandlingen, eller om behandlingen er vederlagsfri for patienten efter reglerne i sygehusloven. I tilfælde, hvor en patient henvises til vederlagsfri behandling på et privat sygehus uden for bopælsamtet, påhviler erstatningspligten det amt, hvor det private sygehus er beliggende.

For skader indtrådt på udenlandske sygehuse eller klinikker, jfr. PFL § 1, stk. 3, påhviler erstatningspligten patientens bopælsamtskommune eller, hvis patienten ikke har bopæl hér i landet, opholdsamtskommunen.

For skader indtrådt under de kommunale sundhedsordninger og amtstandplejen påhviler erstatningspligten de driftsansvarlige, dvs. kommunen eller amtet.

Amtskommunerne og kommunerne kan vælge, om de vil være selvforsikrende eller tegne forsikring til dækning af erstatningsansvaret.

1.2.4. Psykiske skader

Ved patientforsikringslovens vedtagelse i 1991 blev lovens dækningsområde begrænset til kun at omfatte fysiske skader med undtagelse af raske forsøgsperso-

ner, der også får dækket psykiske skader. Det indebærer, at skader, som er af rent psykisk karakter, dvs. skader i form af psykiske symptomer, som ikke står i forbindelse med skade af kropslig karakter, hidtil er faldet uden for lovens dækningsområde.

Dette er en begrænsning i forhold til skadesbegrebet efter dansk rets almindelige erstatningsregler, hvorefter en personskade kan omfatte såvel fysiske som psykiske følger af en ansvarspådragende handling.

Denne begrænsning i patienternes mulighed for at få erstatning er ophævet ved lovændringen, således at loven nu omfatter såvel fysisk som psykisk skade.

Der er ikke foretaget en tilsvarende ændring af skadesbegrebet i lov om erstatning for lægemiddelskader. Denne lov gælder derfor fortsat kun for fysiske skader.

1.2.5. Regresreglen i PFL § 8

I henhold til den hidtidige bestemmelse i § 8 har forsikringsselskaber og selvforsikrende myndigheder, der har udbetalt erstatning til patienten eller dennes efterladte, kun haft mulighed for at gøre regres mod den ansvarlige sundhedsperson, hvis skaden var forvoldt forsætligt.

Ved lovændringen er regresadgangen udvidet, således at der kan rejses regreskrav, hvis skaden er forvoldt forsætligt eller ved grov uagtsomhed.

1.2.6. Informationspligt

Ved lovændringen er der indføjet en ny § 4 a om informationspligt over for patienter om retten til erstatning efter loven.

Pligten gælder for alle autoriserede sundhedspersoner, som i deres virksomhed bliver bekendt med skader, som må antages at kunne give ret til erstatning efter loven. Endvidere får de pågældende sundhedspersoner pligt til i fornødent omfang at bistå de skadelidte med anmeldelse til Patientforsikringen.

Informationen til de pågældende skadelidte skal gives på grundlag af en konkret vurdering af det stedfundne undersøgelses- eller behandlingsforløb m.v., hvor det konstateres, at der er indtruffet en skade, der antages at kunne give ret til erstatning. Informationspligten vil således ikke være opfyldt, såfremt informationen gives forud for en given undersøgelse, behandling eller lignende.

En eventuel overtrædelse af informationspligten om ret til erstatning kan indbringes for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn af den involverede patient.

En tilsvarende regel om informationspligt er indsat i lov om erstatning for lægemiddelskader.

1.2.7. Vaccinationsskader

Efter lov om erstatning for vaccinationskader har staten ydet erstatning til en vaccineret person eller dennes efterladte for skade, som med rimelig sandsynlighed må antages at være forårsaget af vaccination her i landet mod en sygdom, der er omfattet af lov om tilbud om gratis vaccination mod visse sygdomme.

Denne lov er nu ophævet, således at skader, der skyldes den måde, som vaccinen er anvendt på i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende, er omfattet af patientforsikringsloven, mens skader, der skyldes egenskaber ved selve vaccinen er omfattet af lov om erstatning for lægemiddelskader.

Lov om erstatning for vaccinationsskader finder fortsat anvendelse på de skader, der er forårsaget før 1. januar 2004.

1.2.8. Patientskadeankenævnet

Som følge af udvidelsen af lovens dækningsområde og på baggrund af forslag i betænkning nr. 1346/1997 er sammensætningen af Patientskadeankenævnet ændret.

Antallet af medlemmer, der deltager ved afgørelsen af de enkelte sager i nævnet, er reduceret fra 9 til 8 medlemmer, idet De Samvirkende Invalideorganisationers repræsentation er nedsat fra 2 til 1 medlem. Der er således ligelig repræsentation fra henholdsvis de driftsansvarlige myndigheder og forbrugerne.

Patientskadeankenævnet er nu i alle sager sammensat af en dommer, en advokat, to sundhedspersoner, to repræsentanter fra de driftsansvarlige samt to forbrugerrepræsentanter.

Den hidtidige ret for Patientforsikringen til uden stemmeret at deltage i nævnets møder er ophævet. Det er nu op til nævnets formand eller næstformand at bestemme, om Patientforsikringen eller andre særligt sagkyndige må deltage i nævnets møder.

I den reviderede forretningsorden for Patientskadeankenævnet – bekendtgørelse nr. 1096 af 12. december 2003 – er det fastsat i § 1, stk. 2, at skadelidte, vedkommende forsikringsselskab eller vedkommende erstatningspligtige myndighed, jfr. PFL § 9, samt anden med retlig interesse i sagen er klageberettiget.

I sager inden for primærsektoren er den enkelte privatpraktiserende sundhedsperson så direkte involveret i sagen, at vedkommende efter Patientforsikringens opfattelse må antages at have den for-

nødne retlige interesse i sagen, således at sundhedspersonen kan påklage Patientforsikringens afgørelse til Patient-skadeankenævnet. Dette stemmer bedst overens med det forhold, at den privatpraktiserende sundhedsperson efter den udvidede regresadgang i PFL § 8 kan risikere at blive mødt med et regreskrav fra den erstatningsansvarlige myndighed.

1.3. Organisation 2003

I henhold til 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 repræsenterede i foreningens bestyrelse, jfr. afsnit 6.2.

Foreningen ledes af en bestyrelse, der består af 7 medlemmer. 1 medlem udpeges af indenrigs- og 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 tilrette-

læggelse 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 dog i ganske særlige tilfælde tage stilling til principielle enkeltsager vedrørende administrationen af lov om patientforsikring og regler fastsat i medfør heraf. Bestyrelsen har imidlertid ikke i den tid, patientforsikringsordningen har eksisteret, taget stilling til sådanne enkeltsager.

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 forsikringsgiverne 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 4.

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.

1.4. Sagernes behandling

1.4.1. Anmeldelse af skader

Efter PFL § 13, stk. 1, 1. pkt. modtager, oplyser og afgør Patientforsikringen alle erstatningssager efter loven. Dette gælder 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 hænde hurtigst muligt, og det er patienten, der må sørge for, at erstatningskrav anmeldes, inden der indtræder forældelse. Patientens anmeldelse indeholder en vejledning om, hvortil den skal sendes, og en kort beskrivelse af, hvornår man kan få erstatning.

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 søges erstattet. Det er derfor uhyre vigtigt, at sundhedspersonalet har tillid til, at anmeldelse kan ske, uden at oplysningerne videregives til Sundhedsstyrelsen og Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

1.4.2. 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 og tandlægekonsulent, men der kan også indhentes supplerende udtalelser og erkendelser 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 erhvervsevnetabsprocenten fra Arbejdsskadestyrelsen, såfremt skadelidte eller skadevolder under sagens behandling fremsætter begæring herom, jfr. § 5, stk. 1, i lov om patientforsikring. Udgifter her til 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.

1.4.3. 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. Anmeldelser og afgørelser

Patientforsikringen modtog i 2003 i alt 3.789 anmeldelser. 182 af disse vedrørte anmeldelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader.

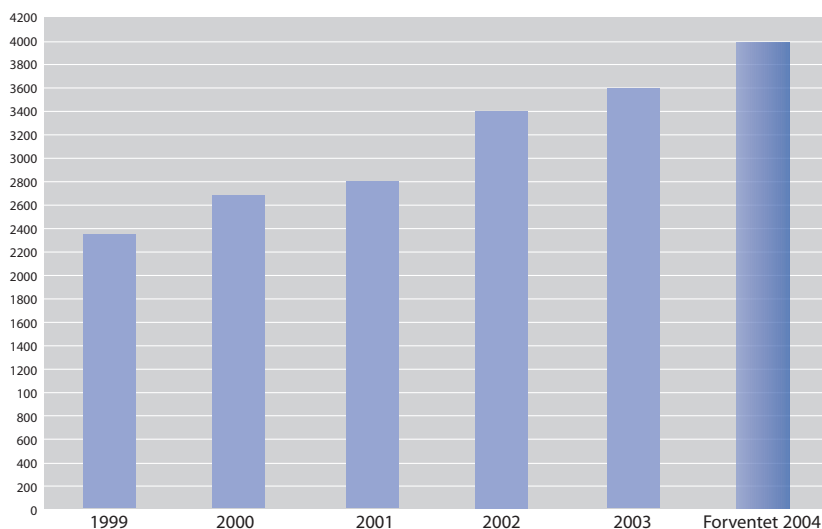
I det følgende vil alene anmeldelser efter patientforsikringsloven blive omtalt, idet anmeldelser efter lægemiddelerstatningsordningen behandles særskilt i denne beretnings kapitel 7.

Patientforsikringen modtog i alt 3.607 anmeldelser efter patientforsikringsloven, hvilket er en stigning på 193 anmeldelser i forhold til 2002, hvor antallet af anmeldelser udgjorde 3.414. Udviklingen i antallet af anmeldelser fremgår af figur 1.

Den kraftige vækst i antallet af anmeldelser i 2002 fortsatte ind i 2003, men aftog i løbet af efteråret. Dermed var stignings-takten atter tilbage på det niveau som havde kendetegnet de tidligere år, nemlig en stigning på ca. 200 anmeldelser årligt.

Der findes ikke nogen entydig forklaring på den konstante vækst, endsige hvorfor væksten i 2002 tilsyneladende afveg så kraftigt fra de øvrige år. Et vist øget kendskab til ordningen blandt patienter og sygehuspersonale medfører generelt en vækst i antallet af anmeldelser, og i 2002 var der både i sundhedsfaglige medier og i nyhedsmedierne meget omtale af den øgede fokus på patientsikkerhed og komplikationer.

Figur 1. Antal anmeldelser efter patientforsikringsloven



Der er ingen tvivl om, at Patientforsikringen fortsat kun modtager anmeldelser vedrørende en relativt beskeden andel af det samlede antal skadevoldende behandlinger. Det bliver i den forbindelse interessant at se, om den vedtagne lovpligt for sundhedspersonalet til at informere skadelidte patienter om erstatningsmulighederne vil medføre yderligere vækst i antallet af anmeldelser.

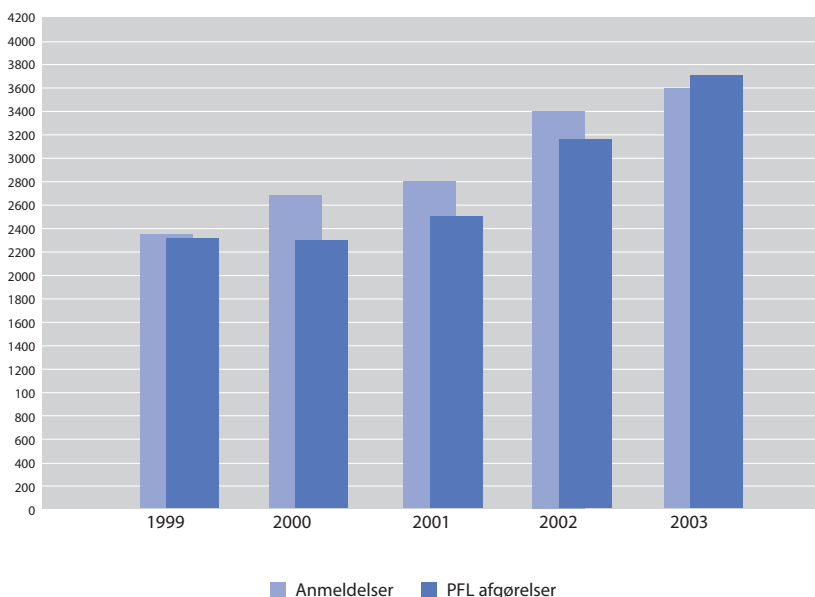
Indtil nu er det kun i godt 10 % af sagerne, at den første henvendelse i en sag kommer fra det behandlende sygehus. I næsten 90 % af sagerne er det altså patientens anmeldelse, der modtages først. Patientforsikringen vil i de kommende år følge med i, hvorvidt pligten for sundhedspersoner til at anmelde medfører

ændringer i denne fordeling.

Som det fremgår af figur 2, blev der i 2003 truffet afgørelse i 3.704 anmeldelser efter patientforsikringsloven, hvilket er 530 flere end i 2002.

Som det også fremgår af figur 2, traf Patientforsikringen i 2003 flere afgørelser end modtagne anmeldelser, hvilket ikke har været tilfældet igennem 5 år. Det skal understreges, at der ikke er noget problematisk i, at antallet af anmeldelser i det enkelte år ikke modsvarer af et tilsvarende antal afgørelser, så længe der sker en konstant vækst i antallet af anmeldelser. Det er kun i de tilfælde, hvor antallet af afgørelser ikke overstiger antallet af anmeldelser i det foregående år, at der

Figur 2. Anmeldelser og afgørelser efter patientforsikringsloven



sker en u hensigtsmæssig ophobning. Dette var eksempelvis tilfældet i 2002, hvor antallet af afgørelser var lavere end antallet af anmeldelser i 2000.

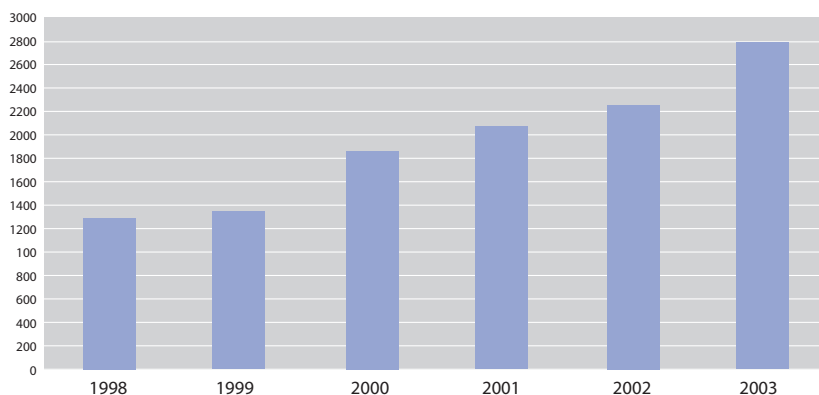
Patientforsikringen traf i 2003 også væsentligt flere afgørelser efter erstatningsansvarsloven end i de foregående år. Antallet af afgørelser efter erstatningsansvarsloven steg til 2.812, hvilket er 541 flere end året før.

Som det fremgår af figur 3, træffes der væsentligt flere afgørelser, end antallet af anerkendte sager tilsiger. Årsagen er, at der træffes en række delafgørelser om erstatning.

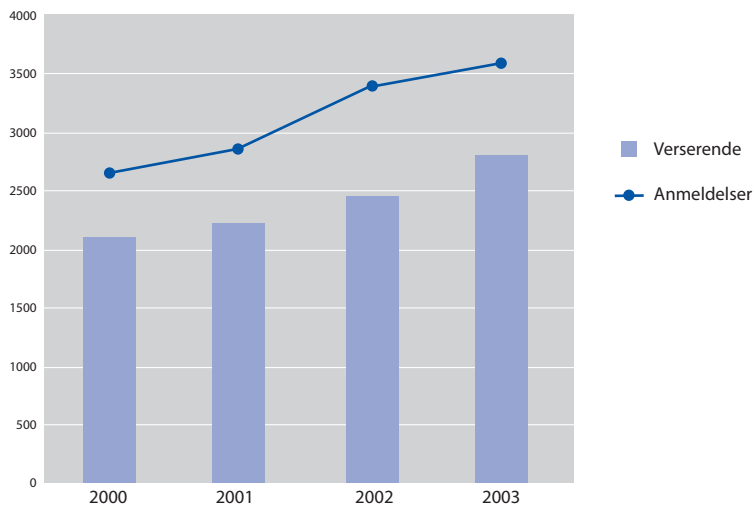
Antallet af erstatningsopgørelser må forventes at stige forholdsvis meget i de kommende år, efterhånden som den nye erstatningsansvarslov slår fuldt igennem. Loven betyder formentligt, at der vil blive truffet endnu flere delafgørelser om erstatningsudbetaling.

Når man skal vurdere, om Patientforsikringens sagsbehandling følger udviklingen i antallet af anmeldelser, er det selvfølgelig vigtigt at se på, om der træffes lige så mange afgørelser, som der modtages anmeldelser. Da der også er mange andre opgaver i sagsbehandlingen, skal man, for at have et mere fuldkomment billede af sagsbehandlingen, også se på udviklingen i antallet af verserende sager.

Figur 3. Antal afgørelser efter erstatningsansvarsloven



Figur 4. Udviklingen i antallet af verserende sager



Figur 4 viser forholdet mellem anmeldelser og verserende sager. Generelt kan man sige, at jo flere anmeldelser, jo flere verserende sager vil der være. Det væsentlige er imidlertid, at antallet af verserende sager ikke stiger forholdsme-ssigt mere end antallet af anmeldelser. Er dette tilfældet, sker der en ophobning af uafsluttet arbejde.

Som det fremgår af figur 4, har udviklingen været meget stabil, og forholdsme-ssigt har der været et svagt fald i antallet af verserende sager.

2.2. Sagsbehandlingstiden

Som det fremgår af figur 5, var der en negativ udvikling i sagsbehandlingstiden i 2001.

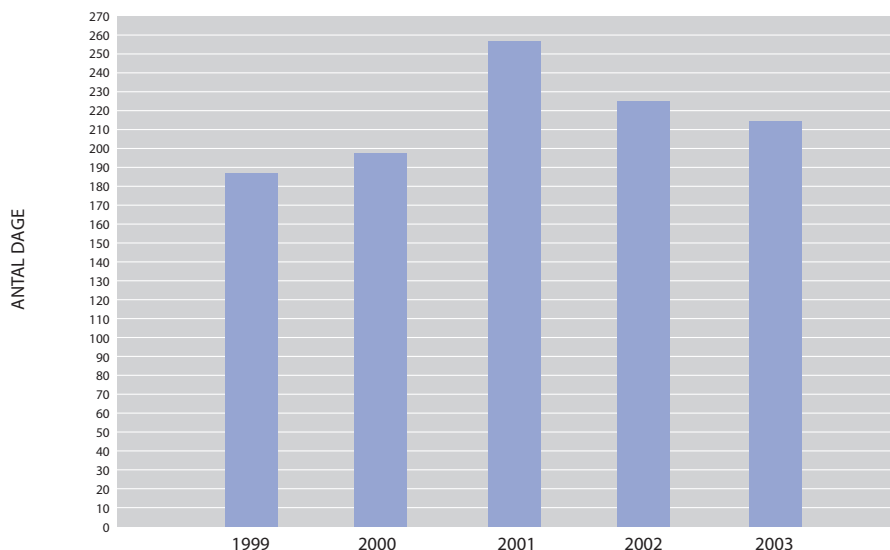
Derfor har Patientforsikringen arbejdet målrettet mod en nedbringelse heraf.

Ved indgangen til 2003 var det således Patientforsikringens mål

at træffe 3.600 afgørelser efter patientforsikringsloven,

at træffe 2.600 afgørelser efter erstatningsansvarsloven,

Figur 5. Gennemsnitlig sagsbehandlingstid for afgørelser efter patientforsikringsloven



at nedbringe antallet af verserende sager, således at den enkelte sagsbehandlers portefølje ikke oversteg 115, således

at den gennemsnitlige sagsbehandlingstid ved udgangen af 2003 ikke oversteg 200 dage.

Til trods for, at det lykkedes at opfylde alle de tre nævnte kriterier for at nå målet om en lavere gennemsnitlig sagsbehandlingstid, så lykkedes det ikke at opfylde dette til fulde, idet den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for 4. kvartal 2003 blev på godt 210 dage.

Årsagen hertil skyldes først og fremmest, at afviklingen af "gamle sager" er med til at forhøje den gennemsnitlige sagsbehandlingstid, fordi gennemsnittet beregnes på grundlag af afgjorte sager. Træffes der afgørelse i mange "gamle" sager i en periode med høj produktivitet, så vil dette – uanset den høje produktivitet – påvirke den gennemsnitlige sagsbehandlingstid negativt.

Det er Patientforsikringens vurdering, at afviklingen af disse "gamle" sager i 2003 vil slå igennem på den gennemsnitlige sagsbehandlingstid i løbet af 2004.

En gennemsnitlig sagsbehandlingstid på ikke over 180 dage er et realistisk mål, som Patientforsikringen konstant har sig for øje. Det er også for 2004 Patientforsikringens klare målsætning, at den gennemsnitlige sagsbehandlingstid skal nedbringes yderligere, og at målet på de maksimalt 180 dage kan nås, såfremt væksten i antallet af anmeldelser i 2004 ikke overstiger de forventede 4.000, jfr. figur 1.

Det skal understreges, at Patientforsikringen afventer materiale fra sygehuse, praktiserende læger og patienter i gennemsnitligt 90 dage i hver sag, således at det gennemsnitlige tidsforbrug i Patientforsikringen reelt er væsentligt lavere.

Ser man imidlertid på, hvor lang tid der går, fra skaderne sker, og indtil de bliver anmeldt, så udgør den største forsinkelse faktisk ikke Patientforsikringens sagsbehandling.

Figur 6 viser, at der går ganske lang tid fra skadens indtræden og til anmeldelse. I eksempelvis 2003 var det kun 35,2 % af de anmeldte skader, der indtraf i 2003.

Figur 6. Modtagne anmeldelser i 2001, 2002 og 2003 fordelt efter skadeår (i %)

		Anmeldelsesår		
Skadeår		2001	2002	2003
	<1. juli 1992	0,6	0,7	0,5
	1992-1998	16,2	12,0	6,8
	1999	11,6	4,7	3,9
	2000	34,4	12,5	6,3
	2001	37,2	33,3	12,3
	2002		36,8	35,0
	2003			35,2

Lige så mange skader anmeldtes mere end 2 år efter, at skaden indtraf.

Figur 5 refererer til den tid, der går, fra anmeldelse og til afgørelse efter patientforsikringsloven. De sager, der afvises, skal naturligvis ikke behandles yderligere, men i de sager, der anerkendes, skal der efterfølgende træffes afgørelse efter erstatningsansvarsloven for at fastlægge størrelsen af den erstatning, som skaden berettiger til.

Figur 7 viser hvor lang tid der går fra anmeldelse, og indtil erstatningerne rent faktisk udbetales i de anerkendte sager.

Figur 7. Erstatningsbeløb opgjort i % efter udbetalingsår og anmeldelsesår

		Anmeldelsesår								
Udbetalingsår		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	I alt*
	2002	2	3	4	13	31	40	8		100
	2003	1	1	2	6	13	25	41	12	100

Som det fremgår, vedrørte 25 % af udbetalingerne i 2003 skader anmeldt i 2001. Fastsættelsen af erstatningen tager altså ofte betydeligt længere tid end dét at træffe afgørelser om, hvorvidt patienten rent faktisk er berettiget til erstatning. Dette skyldes flere forhold: For det første er patientens tilstand ofte endnu usikker, genoptræningen er måske ikke afsluttet, og patienten har endnu ikke genoptaget sit arbejde, så erhvervsevnen er ukendt.

For det andet skal patienten i de fleste tilfælde til en lægeundersøgelse. I nogle tilfælde er det tilstrækkeligt, at patienten henvender sig til sin egen læge, men i andre tilfælde er det nødvendigt med en egentlig speciallægeundersøgelse.

Herudover skal der indhentes akter fra de sociale myndigheder, patienten skal indsende dokumentation for udgifter, arbejdsgiveren skal fremsende lønoplysninger o.s.v.

For at patienten ikke skal vente for længe, træffes der som regel delafgørelser (jfr. bemærkningerne til figur 3), således at patienten får de erstatningsbeløb, det er muligt at fastlægge, så hurtigt som muligt. Det er imidlertid de største erstatningsbeløb, det tager længst tid at fastsætte.

2.3. Afgørelser efter patientforsikringsloven

Figur 8 viser, at godt 42 % af de patienter, der fik deres sag afgjort i 2003, fik deres sag anerkendt som en patientskade. Antallet af patienter, der får medhold, er altså procentuelt uændret i forhold til de foregående år. Fordelingen omfatter også de afgørelser, der er truffet i Patientskadeankenævnet.

Figur 8 viser også, efter hvilke bestemmelser i loven sagerne er afgjort. Begrundelserne for at anerkende en sag fordeler sig i altovervejende grad på to bestemmelser, nemlig reglen i PFL § 2, stk. 1, nr. 1, som giver ret til erstatning, hvis behandling eller diagnosticering kunne have været bedre (specialistmålestokken), og reglen i § 2, stk. 1, nr. 4, som giver ret til erstatning for hændelige, men sjældne og alvorlige komplikationer (rimelighedsreglen). I forhold til disse to er de øvrige bestemmelser af ringe betydning.

Det samlede antal anerkendelser i 2003 var lidt lavere end i 2002, hvilket først og fremmest skyldes et fald i anerkendelsesfrekvensen efter rimelighedsreglen. Antallet af anerkendelser efter denne bestemmelse har i de tidligere år været konstant stigende, hvilket betød, at en regulering af bestemmelsen ved lovændring rykkede nærmere. Dette kan nu forhåbentlig undgås.

Figur 8. Anerkendelsers og afvisningers begrundelser 1997-2002 og 2003

	1997-2002	1997-2002	2003	2003
Afgørelsestyper	Antal	%	Antal	%
§ 2, stk. 1, nr. 1 (specialistmålestokken)	2.843	19,0	776	20,9
§ 2, stk. 1, nr. 2 (apparatursvigt)	260	1,7	30	0,8
§ 2, stk. 1, nr. 3 (alternativ teknik/metode)	110	0,7	32	0,9
§ 2, stk. 1, nr. 4 (rimelighedsreglen)	2.675	17,9	679	18,3
§ 3, stk. 2 (ulykker)	66	0,5	14	0,4
§ 4, stk. 1 (donorer og forsøgspersoner)	470	3,1	49	1,3
I alt omfattet	6.424	42,9	1.580	42,6
Ikke berettiget til erstatning i alt	6.432	42,9	1.759	47,5
Uden for lovens dækningsområde:				
Under lovens bagatelgrænse	1.124	7,5	158	4,4
Før 1. juli 1992	232	1,5	26	0,7
Ikke offentligt sygehusvæsen	356	2,4	89	2,4
Forældelse	53	0,4	20	0,5
Diverse	355	2,4	72	1,9
I alt udenfor lovens dækningsområde	2.120	14,2	365	9,9
Samlet antal afgørelser efter PFL	14.976	100,0	3.704	100,0

Andelen af anmeldelser, der falder uden for lovens dækningsområde, er faldet år for år, hvilket for det første skyldes, at bagatelgrænsen i perioden er sænket fra 20.000 til 10.000 kr., samtidig med, at erstatningsposterne efterhånden er reguleret opad. Dertil kommer, at antallet af anmeldelser, der vedrører skader sket før lovens ikrafttræden i 1992, næsten er forsvundet.

Af figur 9a og 9b fremgår det, hvorledes anmeldelser og anerkendelser fordeler sig på de enkelte amter i henholdsvis perioden fra 1. juli 1992 – 31. december 2002 og i 2003. Antallet af anmeldelser er sat i forhold til antallet af udskrivninger i

de respektive amter. (En tilsvarende opgørelse over anmeldelses- og anerkendelsesfrekvenserne for de enkelte sygehuse er optrykt som bilag 5 i denne beretning.)

Som det kan ses, anmeldes der ikke forholdsvis lige mange skader fra de enkelte amter. Forskellene er dog mindre, når man ser på det forholdsmæssige antal af anerkendte sager. Der er altså forholdsmæssigt færre sager, der anerkendes i de amter, hvorfra der anmeldes flest sager.

Der er flere årsager til, at anmeldelsesfrekvensen kan variere. Det kan skyldes, at et amt eller HS har flere lands- eller lands-

Figur 9a. Antal anmeldelser og anerkendelser efter PFL i perioden
1. juli 1992 til 31. december 2002

Amt	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Københavns Amt	2.471	1,95	916	0,72
Frederiksborg Amt	1.480	2,10	531	0,75
Roskilde Amt	871	1,90	312	0,68
Vestsjællands Amt	1.002	1,68	346	0,58
Storstrøms Amt	926	1,37	347	0,61
Bornholms Amt	188	2,42	80	1,03
Fyns Amt	1.840	1,67	730	0,66
Sønderjyllands Amt	853	1,75	333	0,68
Ribe Amt	775	1,68	298	0,65
Vejle Amt	1.147	1,60	434	0,61
Ringkøbing Amt	836	1,58	332	0,63
Århus Amt	2.680	1,71	1.050	0,67
Viborg Amt	880	1,72	347	0,68
Nordjyllands Amt	1.748	1,68	659	0,63
HS	3.819	2,07	1.419	0,77
Øvrige	670	-	60	-
Hele landet	22.186	1,86	8.194	0,69

Figur 9b. Antal anmeldelser og anerkendelser i 2003

Amt	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Københavns Amt	411	3,41	171	1,42
Frederiksborg Amt	251	3,74	99	1,48
Roskilde Amt	130	2,97	52	1,19
Vestsjællands Amt	142	2,50	71	1,25
Storstrøms Am	139	2,57	75	1,39
Bornholms Amt	24	3,24	18	2,43
Fyns Amt	360	3,43	166	1,58
Sønderjyllands Amt	143	3,08	55	1,18
Ribe Amt	126	2,88	64	1,46
Vejle Amt	243	3,56	98	1,44
Ringkøbing Amt	157	3,11	75	1,48
Århus Amt	454	3,03	184	1,23
Viborg Amt	133	2,73	74	1,52
Nordjyllands Amt	309	3,12	139	1,40
HS	492	2,79	228	1,29
Øvrige	90	-	6	-
Hele landet	3.604	3,17	1.575	1,39

delsspecialer. Det er ofte de mere komplicerede og alvorlige sygdomme, der medfører komplikationer. Det kan også skyldes forskelle i informationsniveauet om patientforsikringsordningen, og det kan skyldes forskelle i befolkningssammensætningen mellem amterne.

Ser man på forskellene i anmeldelses- og anerkendelsesfrekvenserne for de enkelte sygehuse (bilag 5), så skyldes afvigelserne især forskelle i de enkelte sygehuses opgaver. Visse mindre sygehuse er i dag specialiserede inden for eksempelvis ortopædkirurgi. Da ortopædkirurgi er potentielt mere skadevoldende end andre specialer, er det kun naturligt, at der kommer mange anmeldelser fra disse sygehuse.

Det er derfor vigtigt at understrege, at der ikke er holdepunkter for, at en højere anmeldelsesfrekvens generelt skyldes forskelle i kvaliteten af den behandling, der bliver ydet. Dette fremgår af figur 10.

Som det fremgår af figur 9b, har Frederiksborg Amt i 2003 haft den højeste anmeldelsesfrekvens, men samtidig fremgår det af samme figur, at der ikke er sket anerkendelse i et forholdsmæssigt større antal sager end i andre amter.

2.4. Skadernes art

Figur 11 indeholder en oversigt over de medicinske specialer, der medfører flest skader omfattet af patientforsikringsloven.

Figur 10. Anerkendelser efter PFL § 2 stk. 1 nr. 1, i 2003 opgjort pr. 1.000 udskrivinger pr. amt.

Amt	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivinger
Bornholms Amt	2	0,27
Storstrøms Amt	18	0,33
Århus Amt	58	0,39
Sønderjyllands Amt	20	0,43
HS	78	0,44
Nordjyllands Amt	44	0,44
Københavns Amt	58	0,48
Viborg Amt	24	0,49
Ringkøbing Amt	26	0,51
Vestsjællands Amt	29	0,51
Fyns Amt	55	0,52
Vejle Amt	37	0,54
Ribe Amt	24	0,55
Frederiksborg Amt	40	0,60
Roskilde Amt	27	0,62

Figur 11. De 20 specialer med størst anerkendelsesfrekvens

Speciale	Anerkendelser	Opgjort i %
Ortopædisk kirurgi	417	41,00
Kirurgi	110	10,82
Klinisk biokemi	61	6,00
Gynækologi	61	6,00
Anæstesiologi	52	5,11
Neurokirurgi	51	5,01
Obstetrik	47	4,62
Ort-rhino-laryngologi	46	4,52
Kirurgisk gastroenterologi	30	2,95
Intern medicin	27	2,65
Oftalmologi	24	2,36
Thoraxkirurgi	13	1,28
Urologi	13	1,28
Diagnostisk radiologi	12	1,18
Reumatologi	12	1,18
Klinisk immunologi	10	0,98
Onkologi	9	0,88
Kardiologi	8	0,79
Karkirurgi	8	0,79
Neurologi	6	0,59
Total	1.017	100,00

Som det fremgår, er ortopædkirurgien det medicinske speciale, der er mest skadeforvoldende. Man skal imidlertid også huske, at ortopædkirurgien er det langt største kirurgiske speciale, altså det speciale med flest behandlinger.

Ser man på de store kirurgiske specialer i figur 11, forvolder disse sammenlagt næsten 60 % af skaderne.

Vælger man i stedet, som i figur 12, at se på de samme specialer og resultatet af de skader, de forvolder, så er rækkefølgen imidlertid en helt anden.

Skader inden for obstetrik indtræder ikke ofte, men til gengæld er de menneskelige - og dermed økonomiske - konsekvenser af de skader, der rent faktisk indtræder, meget alvorlige. De obstetriske skader med de alvorligste konsekvenser vedrører børn, der under fødslen får hjerne-skader som følge af iltmangel.

De ortopædkirurgiske skader indtræder vel hyppigst, men konsekvenserne af disse skader er gennemsnitligt relativt beskedne.

Figur 12. De 20 dyreste specialer

Speciale	Gennemsnitserstatning
Obstetrik	423.515
Karkirurgi	348.830
Intern medicin	345.124
Kardiologi	314.841
Neurokirurgi	284.074
Thoraxkirurgi	248.571
Oto-rhino-laryngologi	212.714
Urologi	203.739
Anæstesiologi	156.776
Reumatologi	150.756
Gynækologi	147.489
Kirurgi	143.218
Ortopædisk kirurgi	97.957
Diagnostisk radiologi	94.354
Plastikkirurgi	87.136
klinisk immunologi	53.642
Kirurgisk gastroenterologi	52.710
Kæbekirurgi	46.952
Oftalmologi	43.188
Klinisk biokemi	10.642

2.5. Tilkendte erstatninger

Af figur 13 fremgår både, hvor store erstatningsbeløb Patientforsikringen har udbetalt i årene siden lovens ikrafttræden i 1992, og hvor meget der er udbetalt i sager fra de respektive skadeår.

Patientforsikringen tilkendte i 2003 samlede erstatninger på 272,9 mio. kr., hvilket er en stigning på næsten 50 mio. kr. i forhold til året før, hvor de samlede, tilkendte erstatninger udgjorde 224,4 mio. kr.

Når antallet af anmeldelser stiger, sker der naturligvis også en stigning i udbeta-

lingerne. Bag stigningen gemmer sig imidlertid også, at erstatningsbeløbene ved en ændring af erstatningsansvarsloven blev forhøjet meget væsentligt for skader sket efter 1. juli 2002.

Erstatning for erhvervsevnetab udgør den langt største post i erstatningsudgifterne. Det er sædvanligvis også den post, der udbetales sidst, og bl.a. derfor er den nye erstatningsansvarslov endnu ikke slået fuldt igennem. De samlede erstatninger forventes alene som følge af beløbsforhøjelser at stige med mere end 60 %. I opgørelsen nedenfor kan det ses, at de nye regler er begyndt at slå igennem.

Figur 13. Erstatningsbeløb fordelt efter udbetalingsår og skadeår (i mio. kr.)

		Skadeår												
Udbetalingsår		1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	i alt*
	1992	0												0,0
	1993	5,4	0,3											5,7
	1994	8,4	13,2	0,2										21,8
	1995	15,8	34,9	14,3	0,3									65,3
	1996	6,5	25,8	31,0	17,8	2,4								83,5
	1997	7,3	14,6	25,3	33,2	19,4	1,2							101,0
	1998	4,6	11,1	13,1	23,8	33,3	26,1	2,1						114,1
	1999	3,9	13,1	7,0	19,9	21,1	32,5	28,9	1,4					127,8
	2000	0,7	8,9	7,6	8,8	12,2	29,9	40,3	19,9	1,7				130,0
	2001	7,2	3,8	11,4	13,7	17,6	28,8	35,6	53,9	32,5	1,1			205,6
	2002	4,4	5,9	4,6	4,3	11,9	20,6	25,1	53,9	47,8	43,0	2,9		224,4
	2003	0,4	3,2	1,5	3,2	5,4	16,9	26,5	26,3	49,6	77,9	54,0	8,0	272,9
	I alt*	64,6	134,8	116,0	125	123,3	156,0	158,5	155,4	131,6	122	56,9	8,0	1.352,1

*ekskl. renter

Gennemsnitserstatningen i nye sager er altså foreløbigt steget med "kun" 22,8 %. Dette fremgår af figur 14. Som tidligere nævnt tager alvorlige skader længst tid at opføre, og derfor er loven altså endnu ikke slået fuldt ud igennem.

Figur 15 viser, hvorledes sager afsluttet med udbetaling i 2003 fordeler sig efter beløbsstørrelse. Som det ses, er over halvdelen af alle erstatningsbeløb mindre end 50.000 kr.

Figur 14. Det gennemsnitlige erstatningsbeløb efter gammel og ny erstatningsansvarslov*

	Gl. lov	Ny lov
Antal sager	387	254
Total sum	34.981.977	28.196.118
Gennemsnitlig erstatning	90.392	111.008

*Grundlag: Sager anmeldt og afsluttet i perioden 1. juli 2002 – 31. december 2003

Figur 15. Erstatningerne fordelt efter beløbsstørrelse (i 1.000 kr.)

2003	<50	<100	<250	<500	<1.000	>1.000
Antal sager	750	323	160	93	77	62
Angivet i %	51,3	22,0	10,9	6,3	5,3	4,2

Figur 16. Omkostningsudviklingen i Patientforsikringens sagsbehandling beregnet i løbende priser

År	Administrations- omkostninger	Antal afgørelser efter PFL, LMSL og EAL	Pris pr. afgørelse
2003	37.005.453	6.720	5.506
2002	30.156.157	5.698	5.618
2001	29.642.174	5.028	5.895
2000	26.656.492	4.670	5.708
1999	23.339.206	4.141	5.636
1998	24.960.601	3.701	6.744
1997	17.212.537	3.684	4.672

2.6. Administrative omkostninger

Figur 16 illustrerer udviklingen i de gennemsnitlige omkostninger, der er knyttet til en afgørelse. Udgifter til Patientskadeankenævnet er ikke medtaget i beregningen.

Den angivne gennemsnitlige pris pr. afgørelse dækker over store udsving fra sag til sag. Visse sager kan afvises alene på grundlag af patientens anmeldelse, og sådanne sager er naturligvis ikke forbundet med nævneværdige udgifter.

De administrative omkostninger ved en sag afhænger i høj grad af, om patientens sag er omfattet af lovens erstatningsbestemmelser. Særligt er afgørelser efter erstatningsansvarsloven ressourcekrævende. Der anvendes store sagsbehandlerressourcer herpå, og der er i højere grad udgifter til lægeundersøgelser af disse patienter.

Som det fremgår, har omkostningerne pr. afgørelse været stort set uændrede igennem de seneste 5 år. Tages der hensyn til pris- og lønudviklingen, har der endog været tale om et fald i omkostningerne på mere end 10 %.

I betragtning af, at Patientforsikringen foretager en fuldstændig oplysning af alle sager med indhentelse af anmeldelser, sygehusjournaler og røntgenbilleder m.v., betaler for erklæringer fra praktiserende læger og speciallæger, og at alle sager bliver vurderet af Patientforsikringens speciallæger og jurister, må man sige, at administrationsomkostningerne er ganske beskedne.

Til sammenligning kan det oplyses, at omkostningerne til advokater, retsafgifter m.v. og moms ved at få en patientforsikringssag behandlet ved domstolene i gennemsnit andrager skønsmæssigt 130.000 kr. pr. afgørelse, altså mere end

20 gange så meget som administrationen i Patientforsikringen. I den forbindelse skal det tilføjes, at de sager, der går til domstolene, ikke er mere komplicerede end Patientforsikringens øvrige sager, og at domstole og advokater modtager sagerne fuldstændigt oplyste og begrundede fra Patientforsikringen og Patient-skadeankenævnet.

Patientforsikringens meget lempelige erstatningsregler har ganske vist medført store omkostninger til erstatningsudbetalinger, men den samtidige oprettelse af 2 administrative instanser til at træffe afgørelse i sagerne, har altså været med til at begrænse omkostningerne væsentligt.

3. Erstatningsgrundlag og afgørelser

3.1. Formål

Formålet med patientforsikringsloven er at have en offentligt styret patientforsikringsordning, hvorefter patienter kan få erstatning for skader opstået under behandling m.v. i sygehusvæsenet i videre omfang end efter den almindelige erstatningsregel (culpa-reglen) og på en for patienterne 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 m.v.

Ved administrationen af patientforsikringsloven må der lægges afgørende vægt på at følge lovgivers intentioner, således som disse er beskrevet i patientforsikringslovens lovbemærkninger og forarbejder. Dette 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 at skaden skal være relativt alvorlig set i forhold til patientens grundsygdom. Patientens grundsygdom er den sygdom eller lidelse, som patienten blev indlagt eller kom under behandling for.

Dette 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

Som det fremgår af kap. 1.2, er patientforsikringsloven pr. 1. januar 2004 blevet udvidet til også at dække skader i praksissektoren. De afgørelser, der er nævnt i denne beretning, er således truffet efter de regler, der gjaldt indtil 1. januar 2004.

Af den hidtidige lovs § 1 fremgik 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 er 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 blev lovens område dog udvidet, således at skader, som er opstået i forbindelse med behandling på private sygehuse og hos

private speciallæger m.v. hér i landet og i udlandet, er omfattet af loven, hvis behandlingen er sket efter henvisning fra et offentligt sygehus.

Patientforsikringslovens centrale bestemmelse er (fortsat) § 2:

§ 2. *Erstatning ydes, hvis skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på én 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 rime-*

lighed 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 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.

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 af udtagelsen af væv m.v., 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. Det gælder altså, at der blot skal være en formodning for, at skaden skyldes selve forsøget. Dette indebærer et lempeligere beviskrav end kravet om "overvejende sandsynlighed" i § 2.

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 (patientbegrebet)

1. Ægtefælle smittet med infektions- sygdom ikke omfattet af loven

En 54-årig mand fik overført en infektionssygdom ved smitte fra sin kone, der arbejdede som jordemoder på et offentligt sygehus.

Patientforsikringen afviste sagen i henhold til PFL § 1, stk. 1, da manden ikke var patient på et sygehus.

Patientskadeankenævnet tiltrådte afgørelsen (03-0555).

Sagen er et eksempel på afgrænsningen af patientbegrebet i patientforsikringsloven. Loven gælder kun for personer, der er under behandling m.v. på et sygehus eller et andet behandlingssted, der er omfattet af loven. En rask person, der smittes med en sygdom i hjemmet, er ikke under behandling på skadestidspunktet og er således ikke patient.

Den smittebærende jordemoder ville i øvrigt heller ikke være omfattet af patientforsikringsloven, da loven ikke omfatter skader, der rammer ansatte på sygehuse. Hun ville derimod være omfattet af arbejdsskadesikringsloven.

3.3.2. Afgørelser efter PFL § 1, stk. 1 (offentligt sygehus ?)

1. Patient udeblev fra undersøgelse og gik til privat sygehus

En 61-årig kvinde blev af en vagtlæge indlagt på et offentligt sygehus, idet hun igennem lang tid havde haft rygsmerter med udstråling til venstre ben. Ved undersøgelsen på sygehuset havde hun nedsat følesans på højre hånds lillefinger og derudover nedsat følesans på begge hænder. Man observerede desuden, at hun havde mange nakkesmerter og bevægeindskrænkning i nakken, samt smertejag i begge hænder. Desuden var der et bælteformet område på brystkassen, hvor der også var smerter.

Der blev ordineret MR-skanning af hele ryggen med henblik på at udelukke en eventuel rygmærssygdom i hals/nakke-delen og for at sikre mod påvirkning af rygmærven eller nerverødder midt på ryggen. Der blev tillige ordineret en neurofysiologisk undersøgelse.

Patienten udeblev fra den ordinerede skanning og henvendte sig en måned senere til et privathospital, hvor hun fik foretaget en skanning af lænderyggen. Denne viste en let protusion, men ingen prolapskonfigurationer i niveau L4/L5. Hun blev efterfølgende opereret for dette på det private sygehus.

På grund af forværrede gener blev hun et år senere igen opereret på samme niveau i ryggen på et privat sygehus. Dette hjalp ikke, og efter en lang periode med smertebehandling i privat regi blev hun henvist til undersøgelse på et offentligt sygehus. Her fandt man en godartet svulst i halshvirvlerne (C2/C3), som blev operativt fjernet. Efterfølgende havde patienten en markant bedring af generne.

Patientforsikringen fandt, at patienten ikke var blevet påført en fysisk skade ved behandlingen på det offentlige hospital, idet hun på eget initiativ udeblev fra den ordinerede skanning og på eget initiativ konsulterede anden lægefaglig ekspertise i privat regi. Patientforsikringen foretog ikke en vurdering af behandlingen på de private sygehuse, da disse sygehuse ikke var omfattet af lovens dækningsområde. Sagen blev således afvist med henvisning til PFL § 1, stk. 1 (03-1272).

Sagen illustrerer afgrænsningen af patientforsikringslovens dækningsområde i relation til private sygehuse. Efter udvidelsen af patientforsikringsloven fra 1. januar 2004 vil hele det beskrevne forløb skulle vurderes efter patientforsikringsloven, idet privathospitaler efter denne dato også er omfattet af loven.

3.3.3. Afgørelser efter PFL § 1, stk. 1 (foreligger der en fysisk skade som følge af behandlingen ?)

1. Blodprop ikke forårsaget af den iværksatte behandling

En 58-årig mand blev indlagt efter et voldsomt ildebefindende. Man vurderede, at han havde haft en blodprop i hjertet, hvorfor han blev overflyttet til et mere specialiseret sygehus med henblik på videre udredning og behandling.

Man fandt grundlag for at foretage en koronararteriografi, som viste, at højre koronararterie var tillukket. Man foretog tillige en ballonudvidelse af karret, men indgrebet blev kompliceret af, at karret var meget stort og fyldt med blodpropper. Det var derfor nødvendigt at indsætte 5 stents samt supplere den blodfortyndende behandling. På grund af en blodansamling i lysken med pågående blødning måtte man dog efter kort tid afbryde den supplerende blodfortyndende behandling. Efterfølgende udviklede patienten svigtende taleevne, styringsbesvær i højre side og kompromitteret gangfunktion som følge af blodpropper i hjernen.

Patientforsikringen afviste sagen efter PFL § 1, stk. 1, jfr. § 2, stk. 1, idet patienten ikke var blevet påført en fysisk skade i forbindelse med den udførte relevante og korrekte behandling. Patientforsik-



ringen vurderede, at blodpropperne i hjernen ikke indtrådte som følge af den iværksatte behandling, idet udviklingen af blodpropperne ikke var sket under eller umiddelbart efter ballonudvidelsen. Patientforsikringen fandt således, at udviklingen af blodpropperne i hjernen med overvejende sandsynlighed var sket som følge af patientens alvorlige åreforkalkning (02-1945).

Sagen illustrerer, at der ikke ydes erstatning efter patientforsikringsloven for følger af patientens grundsygdom og udviklingen af denne. Uanset at udviklingen af blodpropperne skete under patientens indlæggelse, fandt Patientforsikringen det ikke overvejende sandsynligt, at der var årsags-sammenhæng mellem den udførte behandling og blodpropperne.

2. Sen diagnosticering af tvillingegraviditet medførte ikke fysisk skade

En gravid kvinde blev fulgt på sygehuset, hvor man ved flere jordemoderundersøgelser fandt, at graviditeten forløb normalt. Godt 1 måned før terminen konstaterede man imidlertid, at kvinden ventede tvillinger. Hun gennemgik samme dag en ukompliceret fødsel og fik to raske børn.

Efterfølgende var kvinden generet af smerter i ryg og skuldre, hvilket hun selv tilskrev den ikke-erkendte tvillingegravi-

ditet. Ved en undersøgelse hos en speciallæge blev det konkluderet, at hun havde symptomer som ved fibromyalgi, men at der ikke var tale om en alvorligere lidelse inden for bevægeapparatet eller en neurologisk sygdom. Speciallægen vurderede, at smertetilstanden kunne være en reaktion på graviditeten og den uventede fødsel af tvillinger.

I sin anmeldelse til Patientforsikringen anførte kvinden, at hun mente, at hun var blevet fejlbehandlet under sin graviditet, idet hun havde haft store smerter og problemer og selv havde mistænkt, at der var noget galt. Man havde dog afvist at foretage yderligere undersøgelser trods tegnene på, at der var tale om en tvillingegraviditet.

Patientforsikringen afviste sagen med den begrundelse, at kvinden ikke kunne anses for at være blevet påført skade ved behandlingen, jfr. PFL § 1, stk. 1, og § 2, stk. 1. Der blev ved afgørelsen lagt vægt på, at det er kendt, at man i visse tilfælde først sent erkender, at der er tale om en tvillingegraviditet.

Det var dog Patientforsikringens vurdering, at en tidligere erkendelse heraf ikke med overvejende sandsynlighed ville have ændret på forløbet. Patientforsikringen vurderede endvidere, at kvindens smerter måtte tilskrives følger efter selve graviditeten og den fysiske belastning, denne havde indebåret, og at smerterne

ikke kunne betragtes som en følge af, at man først sent havde erkendt, at der var tale om en tvillingegraviditet (02-1954).

3. Skade som følge af angstreaktion var ikke en behandlingskomplikation

En 25-årig mand gennemgik en stivgørende operation af venstre håndled. Efter operationen bemærkede patienten en defekt i synsfeltet på højre øje, og man kunne ved en undersøgelse konstatere en central cirkulær synsfeltdefekt, ligesom man fandt en stjerneformet aftegning i centrum på nethinden. Man fandt, at synsfeltdefekten mest sandsynligt måtte tilskrives en mindre blodprop i øjet med deraf følgende nedsat ilttilførsel til noget af nethinden.

Patientforsikringen fandt ved vurderingen af sagen, at den mest sandsynlige årsag til den nedsatte ilttilførsel til nethinden var et vasovagalt anfald, som indtrådte, da man var i færd med at anlægge bedøvelse forud for stivgøringsoperationen. I forbindelse med indstik af en kanyle i en blodåre ved anæstesianlæggelsen blev patienten bleg og klamtsvedende. Man kunne samtidig konstatere pulsfald og umåleligt blodtryk, hvorfor man blandt andet iværksatte iltbehandling. Det fremgik endvidere af journaloplysningerne, at patienten forud for anæstesiens havde oplyst, at han havde ekstrem nåleskræk.

Patientforsikringen fandt det derfor mest sandsynligt, at årsagen til det vasovagale anfald var en ekstrem angstreaktion i forbindelse med anlæggelse af anæstesi.

Patientforsikringen fandt samtidig, at denne usædvanlige angstreaktion, som indtrådte i umiddelbar forbindelse med første indstik af kanylen, og som ikke kunne tilskrives en allergisk reaktion på medikamenter anvendt under anæstesi, ikke kunne betragtes som en komplikation til behandlingen, men i det hele måtte tilskrives forhold hos patienten selv (02-0148).

Man kan i den foreliggende situation diskutere, om der er tale om en behandlingskomplikation, idet angstanfaldet indtrådte, fordi man anlagde bedøvelse blandt andet under anvendelse af kanyle. Patientforsikringen fandt imidlertid, at det ville være såvel juridisk som sprogligt vanskeligt at udvide området for komplikationer til at omfatte tilfælde, hvor der ikke indtræder usædvanlige komplikationer til selve den lægelige behandling, men hvor skaden opstår, fordi patienten selv reagerer usædvanligt på behandlingen. Det findes i relation til patientforsikringslovens dækningsområde mest naturligt at betragte sådanne komplikationer som følger af forhold hos patienten selv.

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

1. Dødsfald i forbindelse med røntgenundersøgelse

En 81-årig kvinde blev indlagt med synkebesvær. Hun havde tabt sig betragteligt over de seneste år. Man forsøgte at lave en gastroskopi (kikkertundersøgelse gennem spiserøret), men man kunne ikke komme længere ned end et par centimeter under struben. Man tog en biopsi og indstillede kvinden til en røntgenundersøgelse.

Undersøgelsen blev foretaget samme dag og foregik ved, at kvinden i liggende/siddende stilling indtog 3 enheder kontrastvæske. Derefter blev der taget 5 røntgenbilleder, mens kvinden lå ned. Kvindens datter, som var til stede under undersøgelsen, hjalp sin mor op at sidde. Kort tid efter blev kvinden meget dårlig, og hun blev cyanotisk (blålig misfarvning, som tegn på iltmangel) og mistede bevidstheden. Der blev tilkaldt hjælp, og straks iværksat intensiv behandling med bl.a. maskeventilation og opslugning af kontraststof fra lungerne. Man tog yderligere røntgenbilleder, som viste, at der var kontrastvæske ud i hele venstre lunges bronkiesystem, samt let påvirkning af højre lunge. Kvinden blev overflyttet til intensivafdelingen på et andet sygehus, hvor hun blev behandlet, til hun afgik ved døden knapt 2 måneder senere.

Til brug for sagens behandling indhentede Patientforsikringen beskrivelser af hændelsesforløbet fra henholdsvis kvindens datter og røntgensygeplejersken. Patientforsikringen indhentede endvidere en redegørelse om bedste specialiststandard ved røntgenundersøgelser fra en radiologisk overlæge.

I redegørelsen tilråder den radiologiske overlæge, at røntgenundersøgelse af spiserøret foretages stående under gennemlysning, og at der anvendes en beskeden mængde kontrastvæske (1-2 mundfulde) indledningsvis, således at synkefunktionen kan bedømmes. Det angives samtidig, at det ikke er i overensstemmelse med bedste specialiststandard at foretage en akut røntgenundersøgelse, samme døgn som en biopsi er gennemført. Yderligere angives, at i situationer med kontraindikation for undersøgelse af spiserøret med anvendelse af kontraststof bør der i stedet udføres billedsnitdiagnostik (CT- eller MR-skanning). Det fremhæves, at CT-skanning er en standardudredningsundersøgelse, hvis der er påvist tumor og planlægges operativt indgreb.

Patientforsikringen vurderede sagen med udgangspunkt i redegørelsen og fandt, at skaden var omfattet af PFL § 2, stk. 1, nr. 1, idet optimal behandling havde tilsagt, at man havde gennemført undersøgelsen stående, og ikke i siddende/liggende stilling, som det skete.

Samtidig fandt Patientforsikringen, at det ikke var i overensstemmelse med bedste specialiststandard at foretage røntgenundersøgelsen samme dag, som man havde taget en biopsi, idet man herved ikke tog hensyn til de eventuelle afledte risici for komplikationer. Yderligere havde optimal behandling tilsagt, at journalen havde fulgt patienten, hvilket ikke var tilfældet.

Patientforsikringen fandt, at man ved optimal behandling kunne have undgået fejlsynkning og dermed udløb af usteril kontrastvæske til lunger og bronkiegrene, som førte til, at kvinden afgik ved døden (02-2712).

2. Blodforgiftning med døden til følge – to skadevoldende sygehuse

En 32-årig mand blev via egen læge indlagt på et sygehus, idet han igennem de seneste par døgn havde haft feber med kulderystelser og tiltagende smerter og hævelse omkring højre armhule med rødme af huden og hævelse.

Patienten, der var smed, havde talrige småsår på hænderne. Han havde ikke bemærket infektionstegn i relation hertil. Han mente selv i første omgang, at generne kunne skyldes overanstrengelse af brystmuskulaturen i forbindelse med sit arbejde. Han havde dog ikke haft egentlig slagtraumer mod brystkassen.

Han havde i de seneste to døgn ligeledes været plaget af halssmerter og hovedpine. Der var ingen hoste eller opspyt, ligesom der ikke var brystmerter, opkastninger eller diarré.

Ultralydsskanning afviste, at symptomerne kunne skyldes en byld i armhulen, hvorfor man vurderede, at årsagen til patientens symptomer måtte være overanstrengelse af muskulaturen. Den antibiotiske behandling, som egen læge havde ordineret, blev derfor standset, hvorefter patienten blev udskrevet.

Den følgende nat blev patienten tiltagende dårlig med smerter i højre side af brystet og ryggen, ligesom han fik åndedrætsbesvær. Han blev derfor indlagt på et andet lokalsygehus. Under indlæggelsen blev han ekstremt dårlig, og 3 dage efter indlæggelsen viste det sig, at han havde fået en blodforgiftning. Der blev herefter straks iværksat relevant behandling herfor.

Patienten afgik imidlertid ved døden dage efter.

Patientforsikringen vurderede, at patienten ikke var blevet behandlet i overensstemmelse med optimal behandling ved den primære indlæggelse, da man standsebehandlingen med antibiotika. Ved denne vurdering blev der navnlig lagt vægt på, at patienten havde feber og lokaliseret rødme, hævelse, smerter og

varme, hvilket burde have givet mistanke om, at der var tale om infektion.

Desuden fandt Patientforsikringen, at patienten ikke var blevet behandlet i overensstemmelse med optimal lægelig standard ved den efterfølgende indlæggelse på det andet sygehus. Begrundelsen herfor var, at patienten fortsat frembød symptomer på infektion/blodforgiftning, hvorfor man straks burde have iværksat antibiotisk behandling. Dette skete imidlertid først 3 døgn efter indlæggelsen.

Patientforsikringen fandt, at ansvaret skulle bæres ligeligt af de to involverede sygehuse (02-1805).

Der henvises til kap. 4.2.7., hvor der er givet en nærmere beskrivelse af spørgsmålet om ansvarsfordelingen mellem to sygehuse.

3. Fejlagtig medicinsk behandling af depression

Efter at have lidt af svær depression gennem flere år blev en 52-årig kvinde indlagt med angst- og psykoseoplevelser samt selvmordstanker. Patienten var ved indlæggelsen i behandling med blandt andet Marplan (et antidepressivum).

Under indlæggelsen besluttede man at udskifte Marplan med Efexor (et andet antidepressivum). Patienten påbegyndte

således behandling med Efexor dagen efter ophør med Marplan.

To timer efter indtagelsen af den første dosis Efexor udviklede patienten pludselig krampeanfald i arme og ben, hvorefter hun blev ukontaktbar.

Man overflyttede straks patienten til et større sygehus, hvor man fandt det nødvendigt at påbegynde respiratorbehandling. Man udførte endvidere forskellige undersøgelser, hvorefter man konkluderede, at patienten havde været udsat for et serotonin syndrom som følge af interaktion mellem Marplan og Efexor.

Efterfølgende blev patienten respiratorbehandlet igennem en længere periode.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1, idet det ikke var i overensstemmelse med bedste specialiststandard at opstarte behandling med Efexor umiddelbart efter ophør med behandlingen med Marplan, idet dette vides at medføre stor risiko for udvikling af serotonin syndrom.

Man burde således have afventet udskillelse af Marplan fra organismen, før man opstartede behandling med Efexor.

Patientforsikringen vurderede, at hvis man havde afventet ophør af virkningen af Marplan, ville skaden med overvejende sandsynlighed være undgået, og pati-

enten fandtes derfor berettiget til erstatning for følgerne efter serotoninssyndromet (02-1899).

Sagen er et eksempel på, at en lægemiddelskade opstået på et offentligt sygehus erstattes efter lov om patientforsikring, hvis lægemiddelskaden er en følge af brud på specialiststandarden.

4. Manglende opfølgning på udvikling af gulsot

En kvinde fødte efter et ukompliceret fødselsforløb en pige med fuld apgarscore (som tegn på, at barnet har det godt). Moderen og barnet blev udskrevet samme dag. I forbindelse med udskrivelsen udtrykte forældrene bekymring for, at barnet var gult. Den vagthavende læge var imidlertid ikke enig heri, hvilket blev nedfældet i et håndskrevet notat.

4 dage senere blev barnet indlagt akut, idet hun var blevet tiltagende sløv og kun reagerede sparsomt på stik. Man målte et S-bilirubin på 709, og barnet fik udskiftningstransfusioner og blev respiratorbehandlet. Hun udviklede endvidere anfald, som blev medicinsk behandlet. Efterfølgende undersøgelser har vist tegn på døvhed og hjerneskade.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1, idet bedste specialiststandard havde tilsagt, at den vagt-

havende læge, på baggrund af forældrenes mistanke, havde anvendt et bilirubinometer, som er en enkel metode til at måle bilirubintallet på. Der blev endvidere lagt vægt på, at man ville have foretaget en blodprøve på barnet, hvis bilirubinometeret havde vist tegn på gulsot. Endelig blev der lagt vægt på, at ovenstående undersøgelser ville have givet et hurtigt svar, og at man på den baggrund kunne have iværksat relevant behandling af barnet, hvorved hun med overvejende sandsynlighed ville have undgået følgerne efter sin gulsot (03-0731).

Afgørelsen er et eksempel på, at forældrenes observationer blev tillagt afgørende betydning som bevis ved Patientforsikringens vurdering af sagens hændelsesforløb.

5. Ikke-optimal anvendelse af steroid

En 58-årig kvinde fik foretaget en hornhindetransplantation på højre øje på grund af nedsat funktion af hornhinden. Man efterbehandlede blandt andet med steroid (ultracortenol). Der indtrådte efterfølgende trykforhøjelse og yderligere synsnedsettelse, selvom man også havde iværksat tryksænkende behandling på grund af bestående grøn stær.

Det fremgik af sagens akter, at kvinden 18 år tidligere ligeledes var blevet opereret for nethindeløsning på højre øje, hvor man også havde efterbehandlet med ste-

roid. Man havde dengang i efterforløbet konstateret forhøjet tryk inde i øjet, hvorfor man ophørte med behandlingen med steroid, idet man fandt, at dette formentlig var medvirkende til det forhøjede tryk.

Patientforsikringen fandt, at problemerne med forhøjet tryk i øjet trods antiglaukomatøs behandling måtte tilskrives efterbehandling med steroid. Da man allerede ved den første operation havde konstateret problemer med forhøjet tryk inde i øjet i forbindelse med anvendelse af steroidøjendråber, fandt Patientforsikringen, at optimal behandling havde tilsagt, at man havde undladt at anvende steroidøjendråber i efterbehandlingen (02-1045).

Visse personer er steroid-overfølsomme, hvorved forstås, at de blandt andet reagerer med forhøjet tryk inde i øjet, når de anvender steroid-øjendråber. Forhøjet tryk inde i øjet medfører risiko for nedsat ilttilførsel til synsnerven og dermed varige skader på synet. Det er normalt ikke muligt på forhånd at vide, om patienten er steroid-overfølsom, men i dette tilfælde havde man ved en tidligere lejlighed konstateret denne overfølsomhed, og man burde derfor have undladt efterbehandling med steroid, hvorved man havde undgået trykstigningsproblemerne og dermed de yderligere skader på synet.

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

1. Defekt bremse på rollator

En 78-årig kvinde var indlagt med henblik på indsættelse af en knæprotese i venstre knæ. Forløbet efter operationen var ukompliceret.

To dage efter operationen blev hun fulgt ind på hospitalsstuen af en sygeplejerske med en rollator som støtte. Da sygeplejersken gav slip på kvinden for at ordne hendes seng, kunne rollatoren ikke bremse, og kvinden faldt. Faldet medførte et brud i første lændehvirvel. Kvinden blev udstyret med trepunktskorset og måtte tage smertestillende medicin. Sygehuset oplyste, at der ikke tidligere havde været noget galt med bremsen på rollatoren.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 2, idet man fandt, at skaden skyldtes fejl eller svigt ved rollatorens bremsekabel (02-2361).

2. Knækket silicone-fingerprotese

En 45-årig kvinde, der gennem mange år havde haft gener fra leddegigt, fik på grund af tiltagende gener indopereret silicone-proteser i grundledene på

pege-, lang-, ring- og lillefinger på den ene hånd. Umiddelbart var resultatet af operationen godt, og patienten var velbefindende.

Fire måneder senere havde patienten dog atter gener, der tiltog, og røntgenkontrol 7 måneder efter operationen viste, at proteserne i ring- og lillefingeren var knækket. Patienten blev derfor opereret igen, og der blev indsat en anden type proteser.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter § 2, stk. 1, nr. 2, da de indopererede proteser var knækket allerede efter 7 måneder, og da proteserne normalt burde kunne holde meget længere tid (03-1820).

Sagen illustrerer anvendelsen af PFL § 2, stk. 1, nr. 2, hvorefter der kan ydes erstatning uanset årsagen til apparaturets – eller som hér protesens – svigt. Var protesen derimod knækket som følge af forkert indsættelse, ville skaden være blevet anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1 (specialistreglen).

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

1. Behandling af ankelbrud

En patient blev indlagt på sygehuset efter at have vredet om på benet. Røntgen viste et brud på ankelen, en

såkaldt bimalleolær fraktur med syndesmose-ruptur. Ved et indgreb samme dag forsøgte man at fikse et mindre afsprængt knoglestykke med en skrue. Det lykkedes dog ikke at få skruen til at holde knoglestykket på plads, og i stedet brækkede det i to stykker, som herefter blev sat sammen med K-tråde.

Efterfølgende opstod der falsk leddannelse (pseudoartrose), og man måtte derfor foretage reoperation.

Patientforsikringen vurderede, at en alternativ, ligeværdig behandlingsmetode havde været at foretage fikstation af knoglestykket med eksempelvis stifter eller K-tråde. Patientforsikringen fandt det overvejende sandsynligt, at man, hvis en sådan metode var valgt, ville have undgået, at knoglestykket gik itu, og at der efterfølgende opstod pseudoartrose. Sagen blev derfor anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 3 (01-2931).

Patientforsikringens afgørelse indebærer ikke en kritik af den valgte behandlingsmetode. Det er alene en vurdering af, at der fandtes en anden behandlingsteknik eller behandlingsmetode, som ville have været lige så effektiv som den valgte teknik eller metode. Der er således ikke tale om, at sygehuset burde have valgt den alternative teknik eller metode.

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

1. Lammelser i benene efter epiduralkateter

En 76-årig mand blev opereret for endetarmskræft af typen Dukes C. Efter ankomst fra intensivafdelingen bemærkede man, at patienten ikke kunne mærke sine ben, og man fandt, at årsagen hertil var, at der var opstået en byld ved det epidurale kateter, som man havde anlagt til smertebehandling. Patienten havde som følge heraf fået et komplet medullært tværnitssyndrom svarende til brysthvirvlerne nr. 6 og 7, hvilket gav varige lammelser af begge ben.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, med henvisning til, at skaden var mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed måtte tåle, selvom der var tale om en meget alvorlig grundsygdom. Patientforsikringen lagde vægt på, at komplikationen med en byld ved epiduralkateteret var meget sjælden. Patientforsikringen lagde endvidere vægt på, at skaden havde haft alvorlige konsekvenser for patienten og havde nedsat hans livskvalitet betydeligt. Endelig lagde Patientforsikringen vægt på, at skaden ikke havde specifik sammenhæng med det indgreb, der var blevet foretaget (03-2321).

Patientforsikringens afgørelse er truffet på grundlag af en lignende afgørelse fra Patientskadeankenævnet fra juni 2003.

2. Lejringsskade under kræftoperation ikke tilstrækkelig alvorlig

En 33-årig kvinde blev opereret for brystkræft i højre brystvæg og den øverste del af brystbenet. Umiddelbart efter operationen havde patienten en snurrende fornemmelse i venstre underben gående ned til storetåen. Der var ikke nedsat muskelkraft. Man fandt, at patientens føleforstyrrelser var udløst af tryk under lejringen i forbindelse med operationen.

Patientforsikringen afviste sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, da følgerne efter lejringsskaden i form af lettere smerter og føleforstyrrelser, men ingen muskellammelse eller bevægeindskrænkning, i øvrigt ikke kunne antages at være tilstrækkeligt omfattende set i forhold til alvoren af patientens grundsygdom. Der blev ved vurderingen af sagen endvidere lagt vægt på, at patienten hverken havde haft et midlertidigt eller varigt indtægtsstab som følge af lejringsskaden (03-0982).

Afgørelsen er illustrerende for Patientforsikringens praksis i sager om lejringsskader, hvorefter der foretages en individuel vurdering af skadens alvor.

I tilfælde, hvor lejringskaden kun medfører beskeder gener og ingen erhvervsmæssige konsekvenser for patienten, opfylder skaden ikke betingelserne for anerkendelse efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, hvis der er tale om en alvorlig sygdom.

Patientforsikringens praksis er bekræftet ved Højesterets dom af 2. februar 2004, hvor en lejringskade, der medførte et varigt mén på 10 %, men ikke noget erhvervsevnetab, ikke var tilstrækkeligt alvorlig til anerkendelse set i forhold til sygdommen, leversygdom med behov for levertransplantation.

3. Utilsigtet udløb af calciumclorid hos for tidligt født barn

En nyfødt pige kom i respiratorpleje, fordi hun på fødselstidspunktet kun vejede 767 g og havde en gestationsalder på 27 uger og 2 dage. I forbindelse med behandlingen fik hun en injektion med calciumclorid i en vene på højre fod.

Man konstaterede efterfølgende, at droppet var løbet ved siden af med heraf følgende nekrose (vævsdød) på højre underben på ca. 1-1,5 cm. Der kom efterfølgende vækst af gule stafylokokker i nekrosen, og der blev givet antibiotika og foretaget revision af plastikkirurger. Der blev senere påvist knoglebetændelse, og pigen måtte herefter gennemgå længerevarende behandling.

Patientforsikringen vurderede, at behandlingen på sygehuset var udført i overensstemmelse med bedste specialiststandard. Patientforsikringen lagde herved vægt på, at det forhold, at droppet med calciumclorid i pigens fod løb ved siden af, måtte betegnes som et hændeligt uheld/en uundgåelig skade. Pigen var således ikke berettiget til erstatning efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1.

Patientforsikringen fandt endvidere, at skaden ikke var tilstrækkelig alvorlig til at opfylde lovens krav om alvor, selvom skaden sandsynligvis ville medføre et svært hoftemén. Det var imidlertid Patientforsikringens vurdering, at pigens grundlidelse i form af ekstrem tidlig fødsel var en særdeles alvorlig grundlidelse.

Patientforsikringen lagde vægt på, at en ny undersøgelse af 70 for tidligt fødte børn med en middelgestationsalder på 27 uger og en middelfødselsvægt på 1.102 gram viste, at der var en dødelighed på 11 %. Der blev endvidere lagt vægt på, at hjerneskader forekommer hos 1,5 – 2,5 promille af alle børn, mens hyppigheden er 30 gange større hos børn født før 32. uge. Patientforsikringen lagde endelig vægt på, at en hollandsk opgørelse viste, at meget tidligt fødte børn har alvorlige komplikationer i form af respirationsproblemer i 41 % af tilfældene, intrakraniell blødning i 33 % af tilfældene, sepsis (blodforgiftning) i 16 % af tilfældene og betændelse i tynd- eller tyktarmen i 3 % af tilfældene.

Patientforsikringen fandt på den baggrund, at grundlidelsen i form af ekstrem tidlig fødsel indebar en så stor risiko for alvorlig skade eller død, at pigens skade ikke kunne anerkendes efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4.

Patientskadeankenævnet tiltrådte afgørelsen med den begrundelse, at skaden relativt set ikke var tilstrækkeligt alvorlig til at opfylde alvorlighedskriteriet i PFL § 2, stk. 1, nr. 4. Der blev lagt vægt på, at behandlingen af for tidligt fødte børn er forbundet med stor risiko for alvorlige infektioner, og at man ikke kunne have undladt at behandle barnet, da tidlig fødsel og ekstrem lav fødselsvægt i sig selv giver betydelig risiko for et svært handicap eller død (01-1441).

Afgørelsen viser, at der efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, skal ske en vurdering af skadens alvor set i forhold til grundlidelsen. En hændelig skade kan således, som i denne sag, isoleret set være alvorlig, men i forhold til patientens grundlidelse alligevel ikke være alvorlig nok til anerkendelse efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4.

4. Lårbensbrud i forbindelse med magtanvendelse på psykiatrisk afdeling

En 31-årig mand, som var paranoid skizofren og stofmisbruger, og som havde haft mange psykiatriske indlæggelser, blev

indlagt på psykiatrisk hospital i åbent afsnit. Der var i forbindelse med indlæggelsen mistanke om indtagelse af stoffer, og patientens tilstand var svingende. Der fandtes derfor grundlag for overflytning til lukket afdeling.

Ved overflytningen gjorde patienten modstand, hvorfor plejerne tog fat i patienten for at føre ham ud til afdelingen. For at holde patienten satte en plejer et knæ ned mod patientens højre lår. Patienten blev herefter overflyttet til skadestuen, hvor en røntgenundersøgelse viste et splintret brud på højre lårben, og patienten blev efterfølgende opereret herfor.

Til brug for vurdering af sagen indhente Patientforsikringen en sagkyndig vurdering fra en speciallæge i psykiatri, der vurderede, at magtanvendelsen var i overensstemmelse med bedste specialiststandard. Der blev lagt vægt på, at betingelserne for tvangstilbageholdelse var til stede, idet patienten var psykotisk, og det ville have været uforvarsomt ikke at udøve tvang, da patienten udbød en nærliggende og væsentlig fare for sig selv og andre. Skaden kunne således ikke anerkendes efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1.

Patientforsikringen fandt således, at det opståede brud måtte betragtes som en hændelig komplikation til magtanvendelsen. Skaden kunne imidlertid ikke anerkendes efter § 2, stk. 1, nr. 4, da

generne som følge af lårbensbruddet ikke var tilstrækkeligt alvorlige set i forhold til, at patienten var psykotisk og frembød en nærliggende og væsentlig fare for sig selv og andre (02-2375).

Sagen er illustrerende for Patientforsikringens praksis i sager om magtanvendelse på psykiatriske afdelinger. Hvis der opstår skade i forbindelse med magtanvendelsen, foretager Patientforsikringen en vurdering af, om ansvarsbetingelserne i PFL § 2 er opfyldt, herunder om magtanvendelsen var berettiget.

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

1. Forsinket diagnosticering af ventilsvigt

På grund af hydrocephalus (vand i hovedet) fik en 3 uger gammel pige indopereret en ventil med afløb til maven.

Ventilen fungerede herefter upåklageligt, indtil man, da patienten var blevet 12 år, konstaterede, at ventilen havde trukket sig ud af bughinden. Dette medførte imidlertid ingen gener.

Da patienten var 13 år, begyndte hun pludselig at få vanskeligt ved at se, og hendes forældre kontaktede derfor straks

sygehuset, idet de havde mistanke om ventilsvigt. Sygehuset mente imidlertid ikke, at der var behov for en akut undersøgelse, og gav derfor patienten en tid til undersøgelse ugen efter.

I løbet af de følgende dage forværredes patientens synsnedsettelse, og hun opsøgte derfor en øjenlæge, som fandt tegn på papilødem og synsnervepåvirkning. Patientens forældre måtte herefter kontakte sygehuset to gange, før man indvilligede i at indlægge patienten akut.

På sygehuset udførte man en række undersøgelser og fandt på baggrund heraf indikation for ventilrevision.

Efterfølgende konstateredes det, at patienten havde fået et alvorligt synshandicap.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 3, stk. 1, jfr. § 2, stk. 1, nr. 1, idet det ikke var i overensstemmelse med bedste specialiststandard på området ikke at tilbyde undersøgelse samme dag eller senest dagen efter, at man fik kendskab til patientens synsforstyrrelser.

Patientforsikringen vurderede, at hvis man havde tilbudt undersøgelse på det tidspunkt, hvor man fik kendskab til synsforstyrrelserne, eller senest dagen efter, ville patientens synsnedsettelse have været mindre udtalt.

Patientforsikringen vurderede således, at patienten var berettiget til erstatning for en forværring af synsnedsættelsen (03-0815).

2. Forsinket diagnosticering af brud på den bådformede håndrodsknogle (bådbensknoglen)

En 9-årig dreng faldt i skolen og slog sit højre håndled. På skadestuen samme dag fandt man, at der var lidt ømhed ved håndledet, men der var ikke smerter omkring tommelfingeren eller nedsat bevægelighed. Der blev taget et røntgenbillede, som ikke viste tegn til brud.

Patienten havde efterfølgende gener fra hånden og problemer med at bruge hånden i forskellige situationer. Der blev taget røntgenbilleder af højre hånd 3½ måned efter faldulykken. Disse billeder viste, at der havde været et tidligere brud på bådbensknoglen. Ved den efterfølgende kliniske undersøgelse var der ømhed ved tabatieren (fordybning på håndryggen ved roden af tommelen) og nedsat kraft i håndledet.

Man fandt derfor indikation for operation, hvor man satte bruddet sammen ved hjælp af knogletransplantat fra hoftekammen samt fiksation med K-tråde.

Patientforsikringen fandt, at den primære behandling på skadestuen havde

fraveget bedste specialiststandard. Patientforsikringen vurderede, at optimal behandling havde tilsagt, at man havde undersøgt specifikt for ømhed i tabatieren og herefter foretaget en særlig røntgenoptagelse af bådbensknoglen. Hvis de primære røntgenbilleder ikke havde vist brud, havde bedste specialiststandard tilsagt, at man havde foretaget en fornyet røntgenundersøgelse 10-14 dage efter. Ved denne undersøgelse ville man med overvejende sandsynlighed have diagnosticeret bruddet på bådbensknoglen.

Sagen blev derfor anerkendt efter PFL § 3, stk. 1, jfr. § 2, stk. 1, nr. 1 (03-0381).

Sagen er et eksempel på en velkendt skadetype, idet Patientforsikringen behandler en del sager, hvor der er overset et brud på bådbensknoglen. Der er i øvrigt tale om en tilskadekomst, som ofte vil kunne udløse et brud på bådbensknoglen, hvorfor det er vigtigt at undersøge for ømhed over tabatieren for at afklare en eventuel mistanke om et sådant brud. I de sager, Patientforsikringen anerkender, fordi man burde have diagnosticeret bruddet, er begrundelsen typisk, at der ikke er undersøgt for ømhed over tabatieren.

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

1. Patient sprang ud af vindue

Efter en periode med psykiske problemer blev en 31-årig mand tvangsindlagt på psykiatrisk afdeling med henblik på medicinsk behandling.

Om aftenen på indlæggelsesdagen forsøgte patienten at flygte fra afdelingen, idet han sprang ud af et vindue i personalestuen. I forbindelse med springet landede han i en busk, hvorefter han fik smerter i begge ben. Man foretog derfor en røntgenundersøgelse, som viste tegn på brud på venstre hælben. Bruddet blev efterfølgende behandlet med en bandage og smertestillende medicin.

Sygehuset anførte, at man ikke fandt det nødvendigt at føre skærpet tilsyn med patienten, og at patienter i almindelighed efter en konkret vurdering kunne få adgang til personalerummet med personalets godkendelse. Man havde således givet patienten tilladelse til ophold i personalerummet.

Til brug for vurdering af sagen indhente Patientforsikringen en sagkyndig vurdering fra en speciallæge i psykiatri. Speciallægen var enig med sygehuset i, at der ikke var forhold, der tilsagde, at man burde have ført skærpet tilsyn med

patienten, men det var speciallægens opfattelse, at det under indlæggelse på et lukket afsnit på en psykiatrisk afdeling må kunne forventes, at vinduer mod det fri er sikret mod, at patienter ad den vej kan forlade afdelingen.

Det fremgik endvidere af speciallægevurderingen, at det er almindeligt, at indlagte patienter ikke har adgang til personalerum, og hvis dette undtagelsesvist sker, kræver det særlig opmærksomhed fra tilstedeværende personales side med henblik på at sikre patienternes fortsatte tilstedeværelse i afdelingen, hvis der i personalerummet er adgang til at forlade afdelingen.

Patientforsikringen fandt på baggrund heraf, at sygehuset havde forsømt at sikre sig tilstrækkeligt mod, at patienten kunne springe ud af vinduet, hvorfor patienten fandtes berettiget til erstatning i medført af PFL § 3, stk. 2 (02-3071).

Sagen er et eksempel på et ulykkestilfælde, som skyldes sygehuspersonalets uagtsomhed, hvorfor der kan ydes erstatning i medført af PFL § 3, stk. 2.

3.3.10. PFL § 19 (forældelse)

1. Den 10-årige forældelsesregel i PFL § 19, stk. 2

En 64-årig mand fik ved en operation i oktober 1992 indsat en total højresidig hofteprotese med anvendelse af Boneloc-cement. Røntgenoptagelser i juni 2001 viste løsning af hofteprotesen. Sagen blev anmeldt til Patientforsikringen i december 2002.

Patientforsikringen fandt, at skaden var forårsaget ved operationen i oktober 1992, idet løsningen af hofteprotesen skyldtes egenskaber ved den anvendte Boneloc-cement.

Patientforsikringen afviste herefter sagen i medfør af den 10-årige forældelsesregel i PFL § 19, stk. 2, idet der på tidspunktet for patientens anmeldelse i december 2002 var forløbet mere end 10 år siden forårsagelsen af skaden (02-3277).

Sagen illustrerer, at den 10-årige forældelsesfrist er en absolut regel, der regnes fra skadens forårsagelse. Der kan ikke ses bort fra den 10-årige forældelsesfrist, uanset at patienten først får kendskab til skaden sent i forløbet. Dette er i modsætning til den 5-årige forældelsesregel i PFL § 19, stk. 1, der regnes fra det tidspunkt, hvor patienten har fået eller burde have fået kendskab til skaden.

Der er endnu kun ganske få eksempler på Patientforsikringens afvisning af en sag efter den 10-årige forældelsesregel.

Sagen er endvidere interessant derved, at den viser et misforhold mellem forældelsesreglen i PFL § 19, stk. 2, og forældelsesreglen i § 6 i særloven om erstatning til patienter opereret med Boneloc-cement før 1. juli 1992 (lov nr. 397 af 2. juni 1999). Efter særloven indtræder der nemlig først forældelse, hvis kravet ikke er anmeldt til Patientforsikringen inden den 1. januar 2003.

Hvis patienten i eksemplet var blevet opereret et halvt år tidligere – i foråret 1992 – ville hans sag have været omfattet af Boneloc-særloven, og derved ville patientens anmeldelse i december 2002 have været rettidig.

Patientforsikringen har i perioden fra den 1. juli 2002 til den 1. januar 2003 modtaget 4 anmeldelser efter Boneloc-særloven. Disse patienter har alle modtaget erstatning, og har således opnået en bedre retsstilling end patienten i eksemplet ovenfor, uanset at de 4 patienter er blevet opereret med Boneloc-cement på et tidligere tidspunkt end den patient, hvis sag var forældet.

3.3.11. PFL § 21 (ikrafttrædelse)

1. Gener i øret forårsaget før 1. juli 1992

En 38-årig mand blev opereret i august 1990 på grund af nedsat hørelse og væsken fra øret. I forbindelse med operationen indsatte man et dræn i øret. Operationen havde god effekt på generne i øret.

Omkring årsskiftet 2001/2002 begyndte manden igen at få gener fra øret i form af væsken. Han fik rensset øret flere gange, og i september 2003 opererede man i øret. Her fjernede man en del fibroser samt et gammelt dræn.

Det blev oplyst fra hospitalet, at indsatte dræn sædvanligvis fjernes efter 2-3 dage. I dette tilfælde havde man åbenbart glemt at fjerne det. Der var ingen gener fra drænet i mange år, men drænet var sandsynligvis medvirkende til, at der i 2001/2002 opstod gener fra øret.

Patientforsikringen afviste sagen under henvisning til, at skaden blev forårsaget før 1. juli 1992, hvor loven trådte i kraft, jfr. PFL § 21 (03-3123).

Sagen viser, at det er forårsagelsestidspunktet, der er afgørende for, om en skade er indtrådt før eller efter, at patientforsikringsloven trådte i kraft. Ved forårsagelses-

tidspunktet forstås det tidspunkt, hvor det erstatningsbegrundende forhold er udvist, hvilket i ovennævnte sag var den manglende fjernelse af drænet i august 1990. Det har ingen betydning, at de skadelige følger af behandlingen/undladelsen først viser sig efter lovens ikrafttræden.

4. Erstatningsberegning

4.1. Gennemgang af erstatningsansvarslovens regler

Patientforsikringen skal ifølge PFL § 5, stk. 1, fastsætte erstatningerne efter reglerne i erstatningsansvarsloven (EAL). Denne lov er optrykt som bilag 6. 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 eller kom under behandling for (grundlidelsen).

Erstatning for **helbredelsesudgifter og andet tab** omfatter rimelige udgifter til eksempelvis medicin, læge og behandling. Ligeledes kan eksempelvis rimelige transportudgifter til og fra sygehuset samt omkostninger til hjælpemidler erstattes. Normalt kan disse krav kun erstattes frem til det tidspunkt, hvor det er muligt at vurdere skadens varige følger (ménet). Der er dog en række undtagelser fra denne hovedregel, idet der i visse tilfælde eksempelvis kan ydes erstatning for livsvarige udgifter til f.eks. medicin eller behandling som følge af skaden. I et vist omfang kan sådanne fremtidige udgifter kapitaliseres og erstattes som en éngangsydelse - nemlig når behovet er lægeligt dokumenteret.

Som eksempler på "andet tab" kan nævnes de økonomiske tab, der kan opstå

som følge af forlængelse af et uddannelsesforløb, udgifter til hjemmehjælp m.v.

Erstatning for **tabt arbejdsfortjeneste** kan ydes, hvis der er forskel på den ydelse, man har modtaget, mens man var syg, og den løn, man ville have modtaget, hvis skaden ikke var indtruffet. Typisk er der tale om forskellen mellem den forventede løn og de sygedagpenge, der er modtaget i perioden fra patientskadens indtræden og frem til arbejdets genoptagelse.

Godtgørelse for **svie og smerte** ydes som udgangspunkt kun, hvis man har været syg og underlagt behandling. Denne godtgørelse ydes således kun frem til det tidspunkt, hvor behandlingen ophører, og arbejdet genoptages, eller senest frem til det tidspunkt, hvor det er muligt at vurdere skadens varige følger (ménet). Der ydes dog kun godtgørelse for svie og smerte for den del af forløbet, der skyldes patientskaden, dvs. for forlængelsen af den forventede sygeperiode som følge af grundsygdommen.

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. Ved en skønsmæssig fastsættelse af godtgørelse for svie og smerte lægges der vægt på varigheden af sygdomsperioden, antallet af indlæggelser, omfanget af smerter m.v.

Den takstmæssige godtgørelse udgør pr. 1. januar 2003 140 kr. pr. sygedag. Godtgørelsen kan dog højst udgøre 53.500 kr.

Godtgørelse for **varigt mén** kan ydes, hvis skaden har medført varige ulemper i skadelidtes daglige livsførelse, som ikke er af økonomisk art. Det er dog en betingelse, at ménet som følge af patientskaden, udgør mindst 5 %. Ménet fastsættes i procent, og godtgørelsen udgør pr. 1. januar 2003 6.115 kr. pr. méngrad. Méngraden fastsættes ud fra helbreds-tilstanden på afgørelsestidspunktet, dog tidligst på det tidspunkt, hvor det er muligt at vurdere skadens varige følger. Godtgørelsen udbetales som et éngangsbeløb. Der er fastsat regler om nedsættelse af méngodtgørelsen, som betyder, at såfremt patienten var fyldt 40 år på skadetidspunktet, nedsættes godtgørelsen med 1 % for hvert år, man var over 39 år på skadetidspunktet, og med yderligere 1 % for hvert år, man var over

59 år. Dog kan godtgørelsen maksimalt nedsættes med 40 %.

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 10 og herefter ganget med erhvervsevnetabsprocenten.

I mange tilfælde må årslønnen fastsættes skønsmæssigt. Det skal anføres, at erstatningen for erhvervsevnetab pr. 1. januar 2003 højst kan andrage 6.417.500 kr. Der ydes ikke erstatning, hvis erhvervsevnetabet som følge af skaden skønnes at udgøre mindre end 15 %. Erstatningen for erhvervsevnetab nedsættes også på grund af alder, nemlig med 1 % for hvert år, man var over 29 år på skadetidspunktet, og med yderligere 2 % for hvert år, man var over 54 år. Dog kan erstatningen maksimalt nedsættes med 70 %.

Til børn under 15 år beregnes erstatning for erhvervsevnetab ved at gange méngraden med 10 og derefter med en normalårsløn, der i 2003 udgør 294.000 kr. Ved en méngrad under 5 % ydes der ingen erstatning for erhvervsevnetab.

I henhold til erstatningsansvarsloven er det også muligt at få erstattet **tab af forsørger** og **begravelsesomkostninger**.

Afgår en patient ved døden som følge af skaden, kan skadelidtes ægtefælle/samlever og 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 blevet pålagt at betale til barnet på skadetidspunktet frem til det fyldte 18. år. Den efterlevende ægtefælle eller samlever er desuden berettiget til et **overgangsbeløb**, som pr. 1. januar 2003 udgør 115.000 kr. Der kan dog ikke samtidig ydes erstatning for begravelsesomkostninger, hvis disse er afholdt af den person, der får udbetalt overgangsbeløbet.

Det skal nævnes, at en afsluttet erstatningssag kan **genoptages**, hvis sagens faktiske omstændigheder ændrer sig væsentligt i forhold til dem, der blev lagt til grund ved sagens afslutning. En sag kan dog ikke genoptages alene med henblik på, at der ydes yderligere erstatning for helbredelsesudgifter og andet tab og godtgørelse for svie og smerte.

Det skal endvidere nævnes, at de anførte takster for erstatningsposterne årligt **reguleres**. De enkelte poster opgøres på baggrund af den takst, der er gældende på det tidspunkt, hvor posterne forfalder til betaling, dvs. månedsdagen efter det tidspunkt, hvor der foreligger tilstrækkelige oplysninger til, at de enkelte poster kan opgøres.

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

Patientforsikringen skal alene dække de følger, dvs. det yderligere varige mén, svie og smerte, indkomsttab og erhvervsevnetab, der er forårsaget af patientens skaden. Derfor må Patientforsikringen også foretage en vurdering af, hvad følgerne af den oprindelige lidelse ville have været, hvis skaden ikke var indtruffet. Denne vurdering er ofte meget vanskelig.

Som det fremgår af foranstående, har erstatningsansvarsloven givet nogle rimeligt 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 og juridiske skøn, dels fordi der er poster, som er forbundet med en vis fortolkningstvivl.

4.2. Eksempler på erstatningsberegning

Patientforsikringen har i 2003 truffet afgørelser efter såvel 1984-loven som 2001-loven. Da det for eksemplernes forståelse har betydning, efter hvilken lov sagen er afgjort, fremgår dette af eksemplernes overskrift.

4.2.1. Helbredelsesudgifter og andet tab (EAL § 1)

1. Kapitalisering af fremtidige udgifter til toupé (1984-loven)

En 45-årig kvinde led af en medfødt hudsygdom, der forårsagede gentagen tumordannelse overalt på huden. Som følge heraf blev kvinden 3-4 gange årligt behandlet med såkaldt curettage, hvor man forsigtigt bortskar tumorerne.

I forbindelse med en indlæggelse i november 2001 foretog man tumorfjernelse med en CO₂-laser. Det var aftalt, at der skulle fjernes 30-40 mindre tumorer, men der blev i stedet fjernet flere hundrede, blandt andet fra 4-5 forskellige steder i hovedbunden. Efter behandlin-

gen var patienten meget smerteplaget, og flere af sårene efter laserbehandlingen helede op med røde, ømme ar. Der opstod endvidere infektion i et af områderne i hovedbunden. Det var efterfølgende nødvendigt at foretage revision og senere hudtransplantation til dette område.

Sagen blev anerkendt efter § 2, stk. 1, nr. 1, idet Patientforsikringen fandt, at man ikke burde have foretaget laserbehandling i et omfang, som det havde været tilfældet, uden at man først havde testet patientens reaktion på behandlingen. Patientforsikringen fandt endvidere, at der burde være fulgt bedre op på anvendelsen af laseren i hovedbunden, og at man kunne have undgået de fleste af patientens varige gener ved optimal behandling, herunder de kosmetiske gener efter ardannelse uden hårvækst i hovedbunden. Denne ardannelse havde medført, at patienten måtte anvende toupé.

I forbindelse med erstatningsopgørelsen blev det dokumenteret, at patienten efter fradrag af tilskud havde en egenbetaling på kr. 1.756 pr. toupé, og at en sådan havde en holdbarhed på ca. 2 år. Den gennemsnitlige årlige egenudgift udgjorde således kr. 878 og Patientforsikringen kapitaliserede herefter beløbet med faktor 10 og foretog aldersreduktion efter principperne i 2001-lovens § 4, stk. 2. (02-0707).

Der vil kunne argumenteres for ikke at yde erstatning for fremtidige udgifter til toupéer under henvisning til, at der ikke er tale om egentlige helbredelsesudgifter. Imidlertid bedrede anvendelsen af toupé de kosmetiske gener opstået som følge af patientskaden, hvorved patientens mén blev begrænset. Patientforsikringen fandt det derfor rimeligt at erstatte udgifterne til toupéer.

Østre Landsret har ved dom af 2. september 2003 fastslået, at fremtidige helbredelsesudgifter efter 1984-loven kun kan kræves kapitaliseret med faktor 6. Desuagtet har Patientforsikringen siden 27. maj 2002 valgt at følge Patientskadeankenævnets praksis og anvendt 2001-lovens kapitaliseringsregler. Det vil sige, at der anvendes en kapitaliseringsfaktor 10 også på de krav, der ellers skulle reguleres efter 1984-loven og den praksis, der havde dannet sig omkring forståelsen af denne lov.

Se nærmere om problemstillingen i Patientforsikringens årsberetning 2002 side 86 ff.

2. Fremgangsmåden ved beregning af medicinudgifter (1984-loven)

En 51-årig kvinde blev i forbindelse med indsættelse af en knæprotese i 1997 påført en skade i form af kroniske smerter og svær instabilitet i sit højre knæ.

På baggrund af oplysningerne fra patientens egen læge og en medicinudskrift fra patientens apotek fandt Patientforsikringen, at der var grundlag for at yde erstatning for såvel midlertidige som varige medicinudgifter.

Den pågældende patient havde fordelt over 3 år taget 11 forskellige typer medicin. Ud over at vurdere, om alle medicin typer kunne tilskrives patientskaden, skulle priserne på de enkelte medicintyper fremskaffes og lægges sammen, ligesom der af hensyn til de skiftende medicintilskudsregler skulle tages højde for, hvilket år udgifterne var afholdt. Endelig var patienten medlem af Sygeforsikringen 'danmark' gruppe 5, hvorfor hun fik dækket 50 % af udgifterne til de tilskudsberettigede medicintyper.

Dernæst skulle der ske en beregning af patientens erstatning for fremtidige helbredelsesudgifter. En sådan beregning sker med udgangspunkt i udgifterne på afgørelsestidspunktet.

På baggrund af Lægemiddelstyrelsens hjemmeside blev patientens årlige udgifter fastsat til kr. 9.617, der var fuldt ud tilskudsberettiget. Efter de på afgørelsestidspunktet gældende tilskudsregler var den årlige egenbetaling kr. 540. For udgifter mellem kr. 540 og kr. 1.300 blev der ydet et tilskud på 50 %. Udgifter over kr. 1.300, men under kr. 3.045 blev dækket med 75 %. For den del af udgifterne,

der lå over kr. 3.045, udgjorde tilskuddet 85 %. Patientens årlige egenbetaling udgjorde herefter kr. 2.342, hvoraf halvdelen blev dækket gennem patientens medlemskab af Sygeforsikringen Danmark. De reelle årlige udgifter var således kr. 1.171.

Erstatning for fremtidige medicinudgifter fastsættes som et kapitalbeløb én gang for alle. Uanset at den pågældende sag skulle vurderes efter 1984-erstatningsansvarsloven, benyttede Patientforsikringen principperne fra den nugældende erstatningsansvarslov § 1a. Patientforsikringen anvendte derfor en kapitaliseringsfaktor på 10, ligesom der blev foretaget aldersreduktion af erstatningen, jfr. § 1a, sidste pkt., jfr. § 4, stk. 2. Patienten var 51 år på skadestidspunktet, og hendes erstatning blev derfor reduceret med 12 % (00-0023).

Sagen illustrerer, at beregningen af erstatning for medicinudgifter ofte er en kompliceret og meget tidskrævende del af selve erstatningsberegningen, uanset at erstatningen for disse udgifter ofte kun vil udgøre en beskeden del af den samlede erstatning. I det pågældende tilfælde beløb erstatningen for medicinudgifter sig ikke engang til kr. 15.000 af en samlet erstatning på kr. 800.000.

4.2.2. Erhvervsevnetab (EAL § 5-8)

1. Erhvervsevnetabserstatning til barn under 15 år (2001-loven)

En 14-årig dreng faldt og pådrog sig et brud i den nedre ende af højre underarm. Bruddet blev behandlet med lukket påpladssætning og fikseret med gips. Ved de efterfølgende røntgenkontroller var der tiltagende skred i brudstillingen, uden at der fra lægelig side blev reageret på dette.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1, idet det blev vurderet, at man ved de efterfølgende røntgenundersøgelser burde have erkendt, at bruddet var ustabil, og at en ny åben påpladssætning af bruddet og fiksering af dette med K-tråde var nødvendig for at opnå det bedst mulige behandlingsresultat.

Patientforsikringen vurderede, at patienten som følge af den ikke-optimale behandling havde pådraget sig et mén på 5 %, idet han havde let nedsat drejebevægelighed i højre håndled, gener i form af hurtig udtrætning af håndleddet, besvær med vridbevægelser samt nedsat kraft.

Trods méngradens beskeden størrelse udløste denne som følge af patientens unge alder automatisk en erstatning for tab af erhvervsevne på kr. 147.000 (03-0386).

Med ændringen af erstatningsansvarsloven (2001-loven) er børn under 15 år erstatningsmæssigt blevet stillet langt bedre, end det tidligere var tilfældet. Dels er selve erstatningsniveauet hævet betragteligt for denne gruppe, i enkelte tilfælde med op til 600 %, dels er deres adgang til at få erstatning for erhvervsevnetab udvidet betragteligt, idet de tidligere kun tilkendtes erhvervsevnetabserstatning, hvis méngraden udgjorde mindst 15 %. En grænse, der ved lovændringen blev nedsat til 5 %.

Erstatningen for tab af erhvervsevne ydes som et engangsbetøb svarende til normal-årslønnen ganget med 10. Beløbet ganges herefter med en procentsats svarende til den fastsatte méngrad.

2. Erhvervsevnetab efter det fyldte 67. år (1984-loven)

En 67-årig mand blev som følge af en forsinket diagnose af et brud på halsrygsøjlen påført en betydelig skade. Skaden blev anerkendt i henhold til PFL § 3, stk. 1, jfr. § 2, stk. 1. nr. 1, idet Patientforsikringen vurderede, at skaden kunne være undgået ved rettidig diagnosticering og behandling.

Det varige mén som følge af patientskaden blev vurderet til 65 %, mens erhvervsevnetabsprocenten blev fastsat til 100 %, idet patienten som følge af skaden ikke længere var i stand til at udføre nogen form for lønnet arbejde.

Skadetidspunktet blev fastsat til den 31. marts 2001.

Om patientens erhvervsforhold blev det oplyst, at han havde været aktiv landmand siden 1950'erne, og at han igen en lang årrække havde drevet et stort landbrug med planteavl og produktion af grise. Landbruget var igennem en del år blevet drevet i samarbejde med patientens søn.

Den 1. januar 2001 overtog sønnen gården. I forbindelse hermed indgik patienten aftale om fortsat samarbejde, således at han reelt blev ansat på gården til en årlig indtægt svarende til kr. 150.000-200.000. Der blev ikke indgået en skriftlig aftale, men ansættelsesforholdet og betingelserne herfor, herunder at det var planen, at patienten skulle fortsætte med at arbejde på fuld tid på gården efter det fyldte 67. år, blev over for Patientforsikringen bekræftet skriftligt af en landbrugskonsulent.

Af gårdens årsregnskaber for 1998, 1999 og 2000 fremgik det endvidere, at sønnen før generationsskiftet arbejdede på patientens gård svarende til en fuldtidsansættelse, og at gården havde en sådan størrelse, at der ifølge normtal var et behov for arbejdskraft på ca. 5.000 timer årligt. Som en konsekvens af, at patienten ikke længere var i stand til at varetage sit tidligere arbejde på gården, havde sønnen ansat en medhjælp på fuld tid.

På baggrund af disse oplysninger var det Patientforsikringens skønsmæssige vurdering, at patienten med overvejende sandsynlighed ville have haft ansættelse på gården i yderligere to år efter, at denne var overdraget til sønnen.

Patientforsikringen fastsatte skønsmæssigt patientens årsløn til 175.000.

Beregningen så herefter således ud:

Kr. $175.000 \times 6 \times 100 \% \times 8,5 \% \times 2 = 178.500$, der blev tilkendt patienten som en skattefri erstatning med tillæg af renter fra skadedatoen (02-1694).

Efter 1984-loven nedsættes erstatning for erhvervsevnetab med 8,5 % for hvert år, man er ældre end 55 år ved skadens indtræden. Dette betyder, at erstatning for erhvervsevnetab som udgangspunkt bortfalder ved det fyldte 67. år.

Hvis det må antages, at skadelidte ville have været erhvervsaktiv også efter det fyldte 67. år, er der dog, jfr. FED 2001.1434 Ø, praksis for at fravige denne regel.

Hvis der skal ske en fravigelse, er det en betingelse, at den skadelidte kan sandsynliggøre, at han ville have været erhvervsaktiv efter det fyldte 67. år. For hvert år, erhvervsaktiviteten kan sandsynliggøres, ydes der erstatning svarende til 8,5 % af fuld erhvervsevnetaberstatning.

Det skal fremhæves, at kravet til bevis/sandsynliggørelse af, at skadelidte ville have kunnet fortsætte sit arbejde efter det fyldte 67. år, er meget strengt. Skadelidte skal således kunne dokumentere, at hans arbejdsplads var indrettet på, at han ville arbejde også efter det fyldte 67. år.

Se også afgørelsen i Patientforsikringens årsberetning 1997 side 76 f., der ligger til grund for den ovennævnte Østre Landsretsdømme.

4.2.3. Genoptagelse (EAL § 11)

1. Ingen genoptagelse, før forværringen har manifesteret sig (1984-loven)

En mand fik i marts 1998 indsat et nyt korsbånd. Desværre opstod der i forbindelse med operationen en infektion, der medførte et forlænget sygeforløb og et dårligt fungerende knæ. Patientforsikringen afgjorde sagen i juni 2000 og tilkendte patienten et varigt mén på 8 % og et erhvervsevnetab på 15 %.

I februar 2003 anmodede patienten om, at sagen blev genoptaget. Begrundelsen var, at manden havde gennemgået yderligere undersøgelser af knæet. Det var angiveligt vurderet, at der på et tidspunkt skulle indsættes en knæprotese.

Endvidere havde han svært ved at klare sit arbejde og skulle sandsynligvis revalideres.

Patientforsikringen afviste at genoptage sagen. Begrundelsen var, at mandens gener var de samme, som da Patientforsikringen traf afgørelsen i år 2000. Der var således ikke aktuelle planer om en operation. Endvidere havde Patientforsikringen allerede ved afgørelsen i 2000 lagt til grund, at manden ikke kunne fortsætte i knæbelastende arbejde. (99-1376).

Efter 1984-loven kan en sag kun genoptages, hvis der er sket en forværring i den helbredsmaessige tilstand. Den omstaendighed, at man forventer en forværring, kan ikke begrunde en genoptagelse. Genoptagelsesbetingelserne i EAL § 11 er først opfyldt, naar forværringen har manifesteret sig.

4.2.4. Forsørgertabserstatning til ægtefæller (EAL §13)

1. Forsørgertabserstatning - skadestidspunkt (1984-loven)

I forlængelse af en operation for brystkræft fik en patient i 1994 to blodpropper i hjernen med 14 dages mellemrum. Patientforsikringen vurderede, at den sidste blodprop kunne være undgået, hvis man i overensstemmelse med opti-

mal lægelig standard havde iværksat antitrombotisk behandling med acetylsalicylsyre efter den første blodprop. Blodpropperne i hjernen medførte lammelser i det ene ben, total lammelse af den ene arm/hånd samt afasi (taleproblemer). Derudover udviklede patienten epilepsi som følge af skaderne i hjernen efter blodpropperne. Patientforsikringen fandt, at hjerneskadene og følgerne herefter måtte tilskrives begge blodpropper, hvorfor erstatningen måtte deles ligeligt mellem grundlidelse og behandlingsskade.

I år 2000 fik patienten et epileptisk anfald, hvorved hun faldt og slog hovedet med samtidigt respirationsstop. Patienten afgik som følge heraf ved døden.

Patientforsikringen fandt, at dødsfaldet måtte tilskrives epilepsien, og at sagen som følge heraf måtte genoptages, idet behandlingsskaden fra 1994 nu havde været medvirkende til, at patienten afgik ved døden, og at ægtefællen derved mistede sin forsørger.

Patientforsikringen fandt endvidere, at forsørgertabserstatningen måtte beregnes med baggrund i erstatningsniveauet på skadestidspunktet i 1994 (erstatningen skulle beregnes med baggrund i den dagældende EAL § 8), og følgelig også forrentes fra dette tidspunkt. Dette måtte være den umiddelbare konsekvens af

Højesterets afgørelse refereret i U 1991.960 H, selvom dødsfaldet først indtrådte i år 2000, og patientens ægtefælle i de mellemliggende år var blevet "forsørget". I overensstemmelse med fordelingen af det varige mén og erstatning for tab af erhvervsevne, blev forsørger-tabserstatningen ligeligt fordelt mellem grundlidelse og patientskade (94-0442).

Højesterets afgørelse refereret i U1991.960H omhandler en identisk situation, idet der også hér var tale om en hjerneskade med efterfølgende epilepsi i tilknytning til en arbejdsulykke. Skadelidte afgik ved døden 2 år efter arbejdsulykken på grund af et epileptisk anfald. Højesteret fandt, at man ved beregning af forsørger-tabserstatningen måtte anvende satsen for minimumsforsørger-tabserstatning i dét år, hvor arbejdsulykken indtrådte, selvom forsørger-tabet rent faktisk først indtrådte to år senere.

Begrebsmæssigt kan det virke kunstigt at betragte forsørger-tabet som indtrådt på et tidspunkt, hvor skadelidte fortsat er i live. Dette tager såvel Landsretten som Højesteret da også afstand fra i ovennævnte dom, idet man fastslår, at ægtefællens ret til forsørger-tabserstatning først stiftes ved dødsfaldet. Trods dette fastholdes det alligevel, at bestemmelsen i EAL § 15, stk. 3, skal fortolkes efter sin ordlyd, således at erstatningen skal beregnes på baggrund af forholdene på skadetidspunktet og ikke på tidspunktet for dødsfaldet.

Se vedrørende samme problemstilling Patientforsikringens årsberetning 2002 side 65 f.

2. Betingelserne for at reducere forsørger-tabserstatningen som følge af hypotetisk årsagskonkurrence ikke opfyldt (2001-loven)

En 62-årig mand fik efter en periode med blødning fra endetarmen konstateret en kræftsvulst i den nederste del af tarmen. Ved operation blev svulsten, der efterfølgende kunne klassificeres som en Dukes type C, og det involverede tarmstykke fjernet og tarmenderne syet sammen (anastomose). Samtidig fik patienten ført tyndtarmen frem til huden (stomi) for at aflaste det opererede område i endetarmen.

Godt en uge efter operationen blev patienten pludselig dårlig med boldtryksfald. Patienten blev reopereret, og man fandt en åbning i tarmen, hvor den tidligere var syet sammen, og hvorfra der strømmede afføring ud i bughulen. Som følge af udstrømningen af tarmindholdet var en stor del af tyktarmen gået til grunde, og denne måtte fjernes, samtidig med at den tidligere anlagte loop-ileostomi blev omdannet til en étløbet stomi.

Ved afslutningen af operationen foretog man i overensstemmelse med sædvanlig procedure eftertælling af de servietter, der var blevet anvendt ved operationen. I den forbindelse fandt man overraskende frem til, at der nu var en for meget, og da en af servietternes udseende klart adskilte sig fra de øvrige, blev det konkluderet, at denne ved en fejl måtte være glemt ved den første operation.

Kort efter operationen afgik patienten ved døden som følge af operationsbelastningen.

Selvom anastomoselækage med infektion i bughulen er en velkendt og relativt hyppigt forekommende komplikation efter tarmoperationer, så fandt Patientforsikringen, at den efterladte serviet, der havde været grobund for infektionen i mere end en uge, havde forøget patientens risiko for at få en anastomoselækage i et sådant omfang, at det måtte anses for overvejende sandsynligt, at det var dét, der havde ført til lækagen.

Uanset at patienten på skadestidspunktet led af en alvorlig kræftsygdom, der inden for en kortere årrække måtte antages at ville have medført hans død, blev hans enke tilkendt fuld forsørgertabserstatning (03-2138).

I den aktuelle sag var det usikkert, om skaden var en følge af det erstatningsbegrun-

dende forhold (den glemte serviet) eller af patientens grundsygdom og den nødvendige behandling. Med støtte i retspraksis, herunder Højesterets dom U2002.1690H, vil Patientforsikringen i en sådan situation, hvor der synes at være tale om en klar behandlingsfejl kunne slække på patientforsikringslovens sædvanlige beviskrav for årsagssammenhæng, der forudsætter overvejende sandsynlighed, ved at lade usikkerheden om skadesårsagen komme patienten til gode.

Patientforsikringen vurderede, at det forhold, at man havde glemt en serviet ved den første operation, ikke alene var et brud på bedste specialiststandard, men også en tilsidesættelse af normal procedure, der i det konkrete tilfælde måtte beskrives som en klar lægefejl. Patientforsikringen vurderede derfor, at tvivlen vedrørende årsagen til anastomoselækagens opståen skulle komme patientens efterladte til gode, og anerkendte skaden som en følge af behandlingsfejlen.

Patientforsikringens lægelige konsulent vurderede, at patientens kræftsygdom selv velbehandlet statistisk reducerede hans overlevelsesprognose betydeligt. Det blev således vurderet, at patienter med samme sygdomsstadium og symptomer har en 1-års overlevelse på 70 % og en 5-års overlevelse på 40 % eller mindre.

Betingelserne for, at erstatningen skal reduceres som følge af hypotetisk årsags-

konkurrence, er, at patienten, selvom patientskaden ikke var indtruffet, med meget stor sandsynlighed alligevel måtte forventes at dø af sin grundsygdom inden for få år efter det tidspunkt, hvor døden faktisk indtrådte.

På trods af, at patientens overlevelsesprognose var betydeligt forringet som følge af grundsygdommen, fandt Patientforsikringen ikke, at der forelå så sikre lægelige oplysninger om, at patienten også uden patientskaden med meget stor sandsynlighed alligevel ville være afgået ved døden inden for få år efter, at dette faktisk skete. Ægtefællen blev derfor tilkendt fuld forsørgertabserstatning.

I overensstemmelse med de seneste års retspraksis, herunder dommen U2001.1581V, har Patientforsikringen reguleret sin praksis, således at patienterne nu skal have en endnu mere alvorlig grundsygdom og en endnu dårligere overlevelsesprognose end tidligere, før der sker reduktion i erstatningen som følge af hypotetisk årsagskonkurrence. Afgørelsen er udtryk for denne nye praksis og er derfor ikke i fuld overensstemmelse med afgørelsen i Patientforsikringens årsberetning 1999 side 80 ff., der er udtryk for den tidligere praksis.

Afgørelsen markerer formentlig grænsen for, hvornår der kan foretages fradrag i erstatningen som følge af hypotetisk årsagskonkurrence. Hvis Patientforsikringen havde valgt at foretage fradrag for det

forventede snarlige dødsfald, ville dette næppe kunne kritiseres på baggrund af den gældende retspraksis.

3. Forsørgertabserstatningen reduceret som følge af hypotetisk årsagskonkurrence (1984-loven)

En 54-årig kvinde med lungekræft fik hjertestop i forbindelse med en operation med udtømning af tiltagende væskedannelse ved hjertet. Kvinden døde få dage efter.

I forbindelse med operationen havde man ved et uheld injiceret 500 mg Propofol (bedøvelsesmiddel) i løbet af få minutter i stedet for det anbefalede maksimum på 4 mg/kg/time, svarende til 252 mg/time.

Patientforsikringen vurderede på baggrund af en speciallægevurdering, at patientens hjertestop, hjerneblødning og dødsfald med overvejende sandsynlighed kunne henføres til overdoseringen af Propofol.

Afdøde efterlod sig en ægtefælle, som efter erstatningsansvarslovens § 13 var berettiget til erstatning for tab af forsørger, beregnet som 30 % af den erstatning som afdøde måtte antages at ville have opnået ved fuldstændigt tab af erhvervs-evne.

Fuld forsørgertabserstatning kunne i sagen udregnes til i alt kr. 437.400.

Det fremgik imidlertid af den indhentede speciallægevurdering, at afdødes overlevelsesprognose ved ukompliceret behandling skønnedes at være af størrelsesordenen ganske få måneder. En supplerende vurdering præciserede, at vurderingen var baseret på statistiske analyser, og at sandsynligheden for en overlevelsesprognose på 1 henholdsvis 2 år ved ukompliceret behandling var 0 %.

Patientforsikringen fandt på den baggrund, at der forelå så høj grad af sandsynlighed for, at afdøde ville være død som følge af sin cancersygdom inden for ganske få måneder, selvom behandlingsskaden ikke var indtruffet, at der burde foretages reduktion af forsørgertabserstatningen i overensstemmelse med praksis.

Patientforsikringen tog ved beregningen af forsørgertabserstatningen udgangspunkt i reduktionsreglen i erstatningsansvarslovens § 9, stk. 1, og afdødes ægtefælle blev fundet berettiget til 8,5 % af forsørgertabserstatningen for hvert år afdøde forventeligt ville have levet ved optimal og ukompliceret behandling. Patientforsikringen fandt herefter, at afdødes ægtefælle var berettiget til 8,5 %

af fuld forsørgertabserstatning på kr. 437.400, svarende til en maksimal restlevetid på 1 år.

Begravelsesudgifterne blev dækket fuldt ud, da der i henhold til retspraksis ikke er hjemmel til at reducere erstatningen for begravelsesudgifter, selvom afdøde uafhængigt af behandlingsskaden ville være afgået ved døden inden for kortere tid (02-1900).

Ovennævnte sag er et eksempel på reduktion af erstatningen efter patientforsikringsloven som følge af hypotetisk årsagskonkurrence. Erstatningen blev reduceret, da patienten med meget stor sandsynlighed ville være afgået ved døden inden for kortere tid, selvom hun ikke var blevet påført patientskaden.

Se om samme problemstilling og metoden for reduktion i Patientforsikringens årsberetning 1999 side 80 ff.

4.2.5. Overgangsbeløb EAL § 14 a

1. Overgangsbeløb til samlever og begravelsesudgifter til boet (2001-loven)

En 52-årig mand blev opereret for en arterivenøs fistel i kranspulsåren. Under operationen opstod der en blodpropslukning af den forreste pulsåre i venstre hjertekammer. Patienten afgik ved døden kort tid herefter.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter § 2, stk. 1, nr. 4, idet det var meget sjældent forekommende, at der i forbindelse med den aktuelle operationstype opstod en blodprop. Patientforsikringen fandt desuden, at skaden var meget alvorlig set i forhold til patientens grundlidelse, idet denne ikke var akut livstruende.

Patientforsikringen fandt det godtgjort, at afdøde og personen, der anmeldte sagen, var samlevende. Patientforsikringen udbetalte derfor et overgangsbeløb til samleveren på kr. 115.000 svarende til niveauet i 2003, hvor overgangsbeløbet kunne gøres op.

Det fremgik af sagens oplysninger, at det var boet efter afdøde, og ikke samleveren, der havde afholdt udgifterne til begravelsen. Patientforsikringen udarbejdede derfor en selvstændig afgørelse til boet efter afdøde med udbetaling af erstatning for begravelsesomkostninger (03-0975).

I den aktuelle sag blev der både udbetalt et overgangsbeløb samt erstatning for afholdte udgifter til begravelse, idet udgifterne hertil ikke var afholdt af samleveren, men af boet. Såfremt samleveren havde afholdt udgifterne til begravelsen, skulle der alene have været udbetalt et overgangsbeløb, idet udgifter til begravelse anses for indeholdt i overgangsbeløbet, til lige med andre uforudsete udgifter knyttet til dødsfaldet, såsom udgifter til flytning, bistand i hjemmet m.v. Overgangsbeløbet udbetales ved siden af en eventuel forsørgertabserstatning.

4.2.6. Reguleringsbestemmelsen EAL § 15

1. Efterregulering af årsløn samt normalbidragets størrelse (2001-loven)

En 54-årig mand henvendte sig på et sygehus, idet han gennem en uge havde udviklet betydelig forpustelse og bryst smerter. Han havde desuden kastet blod op og havde smerter i brystkassen. På baggrund af de foretagne undersøgelser vurderede man, at der var tale om lungebetændelse. Patienten blev herefter udskrevet til eget hjem.

Patienten afgik ved døden 4 dage senere. Ifølge obduktionsrapporten døde patienten af blodpropper i lungerne.

Patientforsikringen anerkendte sagen i henhold til § 3, stk. 1, jr. § 2, stk. 1, nr. 1, idet optimal undersøgelse og behand-

ling havde tilsagt, at man på baggrund af patientens symptomer havde fortsat udredningen af hans sygdom, herunder foranlediget en ultralydsundersøgelse af hjertet og de centrale kar.

Patientforsikringen fandt, at man ved at foretage ovennævnte undersøgelser med overvejende sandsynlighed kunne have stillet den rette diagnose allerede i det umiddelbare forløb efter indlæggelsen. Man kunne herefter have iværksat den relevante behandling og med overvejende sandsynlighed have undgået, at patienten afgik ved døden.

Afdødes ægtefælle blev tilkendt erstatning for tab af forsørger på kr. 718.875 beregnet som 30 % af den erstatning, som afdøde måtte antages at ville have opnået ved et fuldstændigt tab af erhvervsevnen. Eftersom patienten var afgået ved døden i 2002, og Patientforsikringen først kunne opgøre erstatningen i 2003, blev afdødes årsløn i henhold til EAL § 15 efterreguleret med 2 % tillagt tilpasningsprocenten 1,5 %, i alt 3,5 %. Den beregnede årsløn blev herefter afrundet til det nærmeste beløb deleligt med 500.

Patientforsikringen tilkendte ligeledes forsørgertabserstatning til afdødes barn på kr. 17.000. Erstatningen blev beregnet som summen af de bidrag til barnets underhold, som patienten i levende live på skadestidspunktet kunne være pålagt

efter lov om børns retsstilling i perioden fra dødsfaldet og frem til barnets 18. år.

Det normalbidrag, som beregningen tog udgangspunkt i, var dét, der gjaldt på tidspunktet for skadens indtræden. Denne erstatning blev derfor ligeledes efterreguleret med 2 % tillagt tilpasningsprocenten på 1,5 %, jfr. EAL § 15, og beløbet blev afrundet til nærmeste beløb deleligt med 500 (03-1502).

Sagen illustrerer, at årsløn og normalbidrag skal efterreguleres i henhold til EAL § 15, når skaden ikke er sket i det år, hvor erstatningen kan kræves udbetalt, dvs. én måned efter, at Patientforsikringen kunne opgøre erstatningen, jfr. § 16. Såfremt patienten var afgået ved døden i 2003, skulle årsløn og normalbidrag ikke have været efterreguleret.

4.2.7. Øvrige eksempler

1. Ansvarsfordeling ved rådgivning fra andet sygehus

En 34-årig kvinde blev indlagt på et sygehus, efter at hun var blevet kastet af en hest og efterfølgende havde fået hesten ned over sig. Hun havde ved indlæggelsen stærke smerter i hele bækkenregionen og bagtil i lænderyggen. Røntgenundersøgelse af bækkenet viste et brud på skambenet uden større forskydning. Der var endvidere små afsprængninger

fra forreste kant af venstre hoftedyskål og fra forkanten af korsbenet. Røntgenundersøgelse af lænderyggen og hofterne viste ingen tegn på brud.

Sygehuset kontaktede telefonisk det nærliggende universitetshospital, som vurderede, at bækkenbruddet var stabilt og ikke skulle behandles operativt. Kvinden skulle i stedet mobiliseres, så snart smerterne tillod det. Hun måtte dog ikke støtte på højre ben i 6 uger.

Ved undersøgelse 11½ måned senere havde kvinden fortsat ømhed ved højre sacroiliacaled. Røntgenundersøgelse viste lidt breddeøget højresidigt sacroiliacaled uden forskydning. Skambensbruddet var noget mere forskudt, og der var ingen knogleheling.

Ved undersøgelse ca. 3 måneder efter skaden viste røntgenbilleder forskudt bækkenbrud og breddeøget højresidigt sacroiliacaled. Der var ikke nogen særlig ændring i forhold til forrige undersøgelse.

Ca. 4 måneder efter skaden foretog man operativ påpladssætning af bækkenbruddet.

Patientforsikringen vurderede, at hverken behandlingen på sygehuset eller vurderingen fra universitetshospitalet var i overensstemmelse med bedste specialiststandard på området. Med hensyn til universitetshospitalets rådgivning vur-

derede Patientforsikringen, at røntgenundersøgelsen lige efter skaden viste et potentielt ustabilt bækkenbrud.

Patientforsikringen lagde endvidere vægt på, at man ved overvejelse af konservativ behandling burde have foretaget testning af bækkenstabiliteten i gennemlysning, og såfremt konservativ behandling herefter havde været indiceret, burde man have foreskrevet aflastning af bækkenet i 6 uger med immobilisering i kørestol med tætte røntgenkontrolundersøgelser og skiftet til operativ behandling ved manglende effekt.

Patientforsikringen vurderede med hensyn til sygehusets egne forhold, at skift til operativ behandling burde have været overvejet ved konstatering af brudskredet ca. 1½ måned efter skaden.

Patientforsikringen konkluderede på den baggrund, at de to sygehuse var solidarisk ansvarlige for skaden, og at de i det indbyrdes forhold endeligt skulle bære hver halvdelen af denne (01-0154).

Sagen illustrerer ansvarsfordelingen mellem to sygehuse.

I sager, hvor der er såvel et rådgivende (typisk en specialafdeling) som et behandelende sygehus, skal der først tages stilling til, om det ene eller begge sygehuse har handlet ansvarspådragende efter reglerne i patientforsikringsloven.

Det rådgivende sygehus kan have handlet ansvarspådragende ved at komme med en rådgivning, som ikke er i overensstemmelse med bedste specialiststandard på området (PFL § 2, stk. 1, nr. 1).

Ved vurderingen af, om det behandlende sygehus har handlet ansvarspådragende, må man se på, om sygehuset har den relevante ekspertise på det pågældende område, og dermed om rådgivningen er afgørende for behandlingsvalget eller blot indgår som én af flere faktorer i behandlingsvalget. Situationen vil typisk være den, at det behandlende sygehus ikke har den relevante ekspertise, hvorfor sygehuset søger rådgivning hos en specialafdeling. Rådgivningen fra specialafdelingen bliver herefter typisk afgørende for det behandlende sygehus' behandlingsvalg. Bedste specialiststandard for det behandlende sygehus vil i denne situation være at vide, hvornår der skal søges om rådgivning fra specialafdelingen og herefter at følge dennes råd.

Vurderes det herefter, at såvel det behandlende som det rådgivende sygehus har handlet ansvarspådragende, kan den ene part blive erstatningsansvarlig i forhold til skadelidte, eller sygehusene kan blive solidarisk ansvarlige over for skadelidte. Udgangspunktet er, at to eller flere skadevoldere hæfter solidarisk over for skadelidte. Undtagelsen hertil er hovedårsagslæren, hvorefter en handling eller undladelse, som kun har haft meget begrænset

betydning for skaden, ikke udløser erstatningsansvar.

I Højesterets dom U1993.908 havde såvel det behandlende sygehus som den rådgivende institution (Statens Seruminstitut) handlet ansvarspådragende. Højesteret valgte at lade det behandlende sygehus bære det fulde erstatningsansvar over for patienten.

Dommen kan ses som udtryk for hovedårsagslæren, hvorefter (ifølge landsrettens dom) "Statens Seruminstits virksomhed i relation til den forvoldte skade findes at have haft en så forholdsvis begrænset karakter, at der ikke ses at være grundlag for at pålægge Statens Seruminstitut noget erstatningsansvar".

5. Generelle problemstillinger

5.1. Fastsættelse af forsørgertab, mén og erhvervsevnetab i sager om forsinket diagnosticering og behandling af kræftlidelser

5.1.1. Indledning

Sager om forsinket diagnosticering og behandling af kræftsygdomme indebærer særlige problemer, fordi der i disse sager altid foreligger sammensatte skadesårsager, hvor det kan være meget vanskeligt at vurdere, hvad der er årsagen til, at kræftsygdommen har udviklet sig uhensigtsmæssigt.

I bedste fald sker der ingen skade ved en forsinket diagnosticering og behandling af sygdommen, idet patientens behandlingsmuligheder og prognose slet ikke ændrer sig på grund af forsinkelsen. Muligvis sker der alene en statistisk forringelse af patientens overlevelsesmuligheder, og endelig kan forsinkelsen medføre, at patientens sygdom bliver uhelbredelig og i sidste ende medfører patientens død.

Ofte vil forløbet være det, at patienten, på trods af forsinkelsen, får fjernet kræftsvulsten operativt og får strålebehandling eller kemoterapi m.v. På trods heraf får patienten efter kortere eller længere tid recidiv, og sygdommen bliver uhelbredelig. Til sidst dør patienten.

Et sådant forløb kan strække sig over flere år, og Patientforsikringens sagsbehandling kan blive meget kompliceret og langvarig. Der kan blive tale om, at der først ydes méngodtgørelse for forringet overlevelsesprognose, dernæst mén-godtgørelse og erstatning for erhvervsevnetab for den tid, patienten levede med sin uhelbredelig kræftsygdom, og endelig forsørgertabserstatning til ægtefælle/samlever og børn, når patienten dør.

En grundlæggende forudsætning for, at der kan ydes erstatning for den forsinkede diagnose/behandling, er naturligvis, at det er overvejende sandsynligt, at det er forsinkelsen og ikke den grundlæggende kræftsygdom, som er skyld i det ulykkelige forløb.

Der foreligger hér sammensatte skadesårsager, hvor skaden ikke kan opdeles. Det er umuligt at fastslå konkret, hvilken betydning henholdsvis grundsygdommen og forsinkelsen har haft på forløbet. Det er muligt, at sygdommen havde udviklet sig på nøjagtig samme måde, selvom der ikke var sket nogen forsinkelse, men det er også muligt, at patienten havde været fuldstændig helbredt, hvis forsinkelsen ikke var sket.

I dansk erstatningsret løser man problemstillingen ved rent statistisk at vurdere, hvilken mulig årsag (grundsygdommen eller forsinkelsen), der er den mest sandsynlige årsag til skaden.

Hvis det er mere end 50 % sandsynligt, at patientens kræftsygdom er skyld i sygdomsforløbet, får patienten ingen erstatning. Omvendt får patienten som udgangspunkt fuld erstatning, hvis det er mere end 50 % sandsynligt, at forløbet skyldes forsinkelsen.

Helt afgørende for erstatningsmulighederne er altså de statistiske oplysninger om overlevelsesmuligheder ved kræftsygdomme og Patientforsikringens anvendelse af disse statistikker.

Der findes ikke i den juridiske litteratur nogen samlet fremstilling af retsstillingen på området, hvilket gør det vanskeligt at få overblik over reglerne. Hertil kommer, at den særlige bevisregel i patientforsikringsloven om "overvejende sandsynlighed" bevirker, at de almindelige bevisregler i en række tilfælde ændres. Dette er baggrunden for den følgende fremstilling, som bygger på retspraksis, den juridiske litteratur på området, Patientforsikringens og Patientskadeankenævnets praksis samt rådgivning fra professor, dr.jur. Bo von Eyben.

5.1.2. Hvilke regler gælder for de varige erstatningsposter?

A. FORSØRGERTABSERSTATNING

1. Årsagssammenhæng

Den forsinkede diagnosticering og behandling skal med overvejende sandsynlighed være årsagen til forsørgerens død.

For at afgøre dette må man principielt kende to statistiske overlevelsessandsynligheder:

- den hypotetiske overlevelsessandsynlighed, som er patientens statistiske overlevelsesprognose, dersom sygdommen var blevet diagnosticeret rettidigt og behandlet optimalt, og
- den faktiske overlevelsessandsynlighed, som er patientens statistiske overlevelsesprognose på det tidspunkt, hvor den rette diagnose blev stillet.

Kravene til bevis for, at den forsinkede diagnose/behandling med overvejende sandsynlighed er årsagen til forsørgerens død, er herefter:

Betingelse 1. Den hypotetiske overlevelsessandsynlighed på dødstidspunktet skal være over 50 %.

Betingelse 2. Den faktiske overlevelsessandsynlighed på dødstidspunktet skal være mindre end halvdelen af den hypotetiske overlevelsessandsynlighed.

Betingelse 1 regulerer, om det er overvejende sandsynligt, at patienten ville have været i live ved korrekt diagnosticering og behandling.

Betingelse 2 regulerer, om det er diagnosticeringsfejlen, der med overvejende sandsynlighed er årsagen til døden.

Et par eksempler kan illustrere betingelserne:

Eksempel 1

Den hypotetiske overlevelsessandsynlighed er på 60 %, og den faktiske overlevelsessandsynlighed er på 40 %. Diagnosticeringsfejlen har reduceret overlevelschancen med 20 procentpoint eller 33 % relativt.

Betingelse 1 er opfyldt, idet det er overvejende sandsynligt, at patienten ville overleve i det hypotetiske forløb.

Betingelse 2 er ikke opfyldt, idet den faktiske overlevelsessandsynlighed er på mere end halvdelen af den hypotetiske overlevelsessandsynlighed. Man kan også sige, at diagnosticeringsfejls andel i årsagen til patientens død alene er på 33 %, altså under 50 %.

Eksempel 2

Den hypotetiske overlevelsessandsynlighed er på 60 %, og den faktiske overlevelsesprocent er på 20 %. Diagnosticeringsfejlen har reduceret overlevelschancen med 40 procentpoint eller 66 %.

Betingelse 1 er opfyldt.

Betingelse 2 er også opfyldt, idet den faktiske overlevelsessandsynlighed er mindre end halvdelen af den hypotetiske. Diagnosticeringsfejls andel i årsagen til patientens død er 66 %.

Ofte findes der hverken pålidelige procenter for overlevelse efter såvel det hypotetiske forløb som det faktiske forløb, hvorfor man må foretage nogle begrundede skøn over procenterne. Hvis der overhovedet ingen procenter kan angives, må Patientforsikringens lægelige konsulenter skønne efter deres bedste overbevisning.

Kravene til bevis kan lempes, hvis det statistisk er vanskeligt at afgøre, om der foreligger overvejende (omkring 50 %) sandsynlighed, og

- diagnoseforsinkelsen skyldes en fejl (culpa), eller
- diagnosticeringsfejlen (f.eks. et manglende røntgenbillede) er årsagen til, at man vanskeligt kan vurdere den hypotetiske overlevelsessandsynlighed.

Der henvises til Patientforsikringens årsberetning 2002, side 72-78 om Højesterets praksis i sager, hvor der foreligger fejl.

2. Nedsættelse

Forsørgertabserstatningen kan nedsættes, hvis der er en meget høj grad af sandsynlighed for, at patienten også ved rettidig diagnosticering og behandling (det hypotetiske forløb) ville være afgået ved døden inden for de nærmeste 2-3 år. Diagnosticeringsfejlen har således blot fremskønnet dødsfaldet. Hvis f.eks. diagnosticeringsfejlen har betydet, at overlevelsesperioden med overvejende sandsynlighed er reduceret fra 3 år til 1 år, ydes der forsørgertabserstatning for en periode på 2 år, se eksempel i Patientforsikringens årsberetning 1999, side 80-83.

B. MÉN OG ERHVERVSEVNETAB

1. Årsagssammenhæng

Det skal være overvejende sandsynligt, at patienten ikke ville have haft uhelbredelig kræft på skadestidspunktet ved rettidig diagnosticering og behandling.

Dette krav til bevis kan modificeres på samme måde som ved forsørgertabserstatning, jfr. foran, dvs. hvis diagnoseforsinkelsen skyldes en fejl (culpa), eller diagnosticeringsfejlen er skyld i den statistiske usikkerhed.

Man skal være opmærksom på, at "skadestidspunktet" ved forsinket diagnosticering af kræft er det tidspunkt, hvor følgerne af den forsinkede diagnosticering og behandling viser sig første gang, normalt når man diagnosticerer kræftsygdommen, se nærmere Patientforsikringens årsberetning 2002, side 71.

2. Fastsættelsen af ménet og erhvervsevnetabet

a. Ménet

Arbejdsskadestyrelsens méntabel er primært opbygget med henblik på at fastsætte mén som følge af arbejdsskader, hvilket ved kræftsygdomme typisk drejer sig om lungecancer som følge af asbest eller andre kræftfremkaldende stoffer, se 4. udgave af Den kommenterede arbejdsskadesikringslov, side 282-289.

I Arbejdsskadestyrelsens méntabel hedder det derfor:

"Kræftlidelser har så forskellige følger, at det ikke er muligt at udarbejde en egentlig tabel. Følgende tjener imidlertid som udgangspunkt ved vurderingen:

Kræftlidelser, radikalt opereret/
behandlet med skønnet ringe
risiko for tilbagefald < 5%

Kræftlidelser, radikalt opereret/
behandlet men med stor eller
meget stor risiko for tilbagefald..... $\leq 15\%$

Inoperabel (lunge) kræft -
som udgangspunkt 100%

Ved inoperabel kræftlidelse, hvor patienten
er i velbefindende ved afgørelsen, kan erstat-
ningen fastsættes til 50%. Der vil i så fald
straks ske revision, og tilstanden vil blive
fulgt løbende.

Følger efter operation/strålebehandlinger
derudover vurderes i overensstemmelse med
tabellens øvrige satser.”

Vejledningen er meget sporadisk og pas-
ser ikke nødvendigvis til de kræftsyg-
domme, som hyppigst optræder i
Patientforsikringens sager, dvs. bryst-
kræft, livmoderhalskræft, tarmkræft, te-
stikelkræft, hjernesvulster etc.

Det betyder, at man altid må foretage en
konkret vurdering af, hvilke gener kræft-
sygdommen påfører patienten. Selvom
en kræftsygdom er inoperabel, kan pati-
enten undertiden leve i mange år med
sin sygdom uden væsentlige gener, hvor-
for det samlede mén i sådanne tilfælde
må sættes til mellem 50 % og 100 %.
Såfremt sygdommen senere forværres
væsentligt, kan sagen genoptages, jfr.
EAL § 11, se nedenfor under ad a og b.

b. Erhvervsevnetabet

Som nævnt under a. kan en del patienter
leve med en uheldelig kræftsygdom
uden væsentlige gener i flere år. Det
indebærer også, at patienterne rent fak-
tisk fortsætter med at arbejde fuldt ud.

I så fald kan der naturligvis ikke ydes
erstatning for tabt arbejdsfortjeneste for
denne periode, og af samme grund kan
der heller ikke blive tale om at fastsætte
noget erhvervsevnetab, da et tab endnu
ikke er indtrådt.

Såfremt patienten på et senere tidspunkt
bliver ude af stand til at arbejde i samme
omfang som før behandlingsforsinkel-
sen, fordi sygdommen forværres, må
sagen genoptages, jfr. EAL § 11.

Erhvervsevnetabsprocenten fastsættes
på sædvanlig måde efter reglerne i EAL
§§ 5-10.

Ad a og b - Retsvirkningerne af gen- optagelse

Efter de seneste ændringer af lov om
erstatningsansvar (lov nr. 463 af 7. juni
2001) behandles skader, der genoptages
som følge af ændrede omstændigheder,
som nye erstatningskrav. Dette gælder
f.eks. i relation til takster, forrentning og
forældelse.

Såfremt en kræftsag genoptages, og der fastsættes et højere mén og erhvervsevnetab, jfr. ovenfor, er der altså tale om nye erstatningskrav.

3. Nedsættelse

Det følgende bygger på, at det under B.1 er fastslået, at det er overvejende sandsynligt, at patienten ikke ville have haft uhelbredelig kræft ved rettidig diagnosticering og behandling af kræftlidelsen, og at den pågældende dermed som udgangspunkt skal have fuld erstatning.

Méngodtgørelsen og erhvervsevnetaberstatningen kan nedsættes i følgende tilfælde:

a. Hypotetisk årsagskonkurrence

Hvis det må anses for meget sikkert, at patienten i det hypotetiske forløb vil dø inden for ca. 2 år, regnet fra skadetidspunktet, dvs. normalt det tidspunkt, hvor man konstaterer, at sygdommen er uhelbredelig.

Begrundelsen for denne nedsættelse er, at patienten må forventes at leve kortere tid med sit mén og erhvervsevnetab end forudsat for disse erstatningsposter, altså den samme begrundelse som ved nedsættelse på grund af "mellemkommende død", jfr. nedenfor under b.

Reduktionen gradueres ud fra en vurdering af, på hvilket tidspunkt dødsfaldet ville indtræffe i det hypotetiske forløb. Såfremt dødsfaldet forventes at indtræffe inden for det første år, reduceres med $\frac{2}{3}$, og inden for det andet år med halvdelen.

Bemærkning: I praksis vil betingelserne for at foretage denne nedsættelse meget sjældent være opfyldt, idet nedsættelsen forudsætter:

at patienten selv ved rettidig diagnosticering og behandling ville afgå ved døden inden for få år, og

at patienten, selv efter diagnosefejlen, er i live på afgørelsestidspunktet.

Hertil kommer, at den tid der går, fra patienten anmelder skaden, og til Patientforsikringen får taget stilling til erstatningen, ofte vil overstige 2 år. Hvis patienten altså rent faktisk dør inden for ca. 2 år, foreligger der en situation med "mellemkommende død", hvorfor der foretages reduktion efter disse regler, jfr. nedenfor.

b. Mellemkommende død

Hvis patienten dør, inden Patientforsikringen har opgjort erstatningen, og dødsfaldet ligger inden for 3-4 år efter skadetidspunktet, kan der ske reduktion efter reglerne om "mellemkommende

død". Denne nedsættelse er uafhængig af årsagen til dødsfaldet.

Begrundelsen for denne nedsættelse er, at patienten har levet kortere tid med mén og erhvervsevnetab, end det er forudsat for disse erstatningsposter. Den afgørende periode er derfor den periode, hvor patienten nåede at leve med mén og erhvervsevnetabet.

Domstolens praksis er ikke helt klar, bl.a. fordi man har afgrænset perioden forskelligt.

Patientskadeankenævnet anvender følgende retningslinier for reduktion:

- Levetid i 1-6 mdr. efter skaden:
Nedsættes med 4/5.
- Levetid i 7-20 mdr. efter skaden:
Nedsættes med 2/3.
- Levetid i 20 mdr. - ca. 3-4 år efter skaden:
Nedsættes med 1/3.
- Levetid på ca. 3-4 år eller mere efter skaden:
Ingen nedsættelse.

c. Følger efter grundsygdommen

Hvis patienten med overvejende sandsynlighed ville have fået varigt mén og erhvervsevnetab selv ved rettidig og kor-

rekt diagnosticering og behandling af sin kræftsygdom, skal der foretages fradrag for de forventede følger efter grundsygdommen.

Der kan være mén efter operationen, f.eks. fjernelse af brystet, men der kan også foretages fradrag i mén på op til 15 %, såfremt der selv uden den forsinkede diagnosticering og behandling ville være en stor eller meget stor risiko for tilbagefald af sygdommen, jfr. Arbejds-skadestyrelsens méntabel (afsnit 5.2.B.2.a).

Det bemærkes, at Patientskadeankenævnet har fast praksis for at foretage et sådant fradrag, se f.eks. Patientskadeankenævnets afgørelse i en konkret sag:

"Nævnet finder, at Deres samlede varige mén med en uhelbredelig lungekræft er 100 %. Det er imidlertid nævnets vurdering, at De selv med en korrekt og rettidig diagnosticering og behandling af Deres kræftsygdom ville have haft et vist varigt mén. Det er således nævnets vurdering, at det under alle omstændigheder ville have været nødvendigt at foretage en radikal operation med fjernelse af Deres ene lunge. Nævnet finder, at det varige mén som følge af de gener, der kan følge heraf, og for en radikal opereret kræftsygdom med risiko for tilbagefald kan fastsættes til i alt 20 %. Der henvises i den forbindelse til Arbejds-skadestyrelsens vejledende méntabel,

hvor lungelidelser med fra ingen til let begrænsning af den fysiske aktivitet vurderes til at give et mén fra under 5 % til 20 %, og hvor radikalt opererede/behandlede kræftlidelser med fra en skønnet ringe til en stor eller meget stor risiko for tilbagefald vurderes til at give et mén fra under 5 % til 15 %. Det skønnede mén på i alt 20 % som følge af Deres grundsygdom skal fratrækkes Deres samlede varige mén, idet der ikke ydes godtgørelse for det varige mén, som grundsygdommen i sig selv ville have givet."

5.1.3. Erstatning ved forringet overlevelsesprognose

Som nævnt indledningsvis kan den forsinkede diagnosticering og behandling i en del tilfælde alene få den betydning, at kræftsvulsten vokser i forsinkelsesperioden, men fortsat kan behandles radikalt med samme resultat som ved rettidig behandling. Skaden består i så fald alene i, at patientens statistiske overlevelseschance er blevet forringet.

I så tilfælde kan der ifølge fast praksis i Patientforsikringen ydes en mindre mén godtgørelse for de psykiske følger heraf. Denne praksis følges af Patient-skadeankenævnet.

Det hedder side 86 i Patientskadeankenævnets årsberetning 2002: "Hvis behand-

lingen af kræftsygdommen fortsat er den samme, som hvis diagnosen var stillet rettidigt, men prognosen statistisk er blevet forringet, kan der, efter Patientskadeankenævnets praksis, ydes godtgørelse for op til 10 % mén for den psykiske belastning ved bevidstheden om, at prognosen for at overleve sygdommen statistisk er blevet forringet."

I tilfælde af, at patienten senere får recidiv og uheldbredekræft og dermed et fysisk mén, skal der som udgangspunkt ikke foretages fradrag for det mén, der er ydet for det psykiske ubehag, idet der er tale om forskellige skadefølger. Dette gælder dog, ifølge Patientskadeankenævnets praksis, ikke, hvis recidiv indtræder efter kort tid, således at patienten kun lever kort tid med det psykiske ubehag.

Litteraturhenvisninger:

- Bo von Eyben, Erstatningsudmåling, side 187-88 (forsørgertab), side 159 (erhvervsevnetab).
- Bo von Eyben og Helle Isager, Lærebog i erstatningsret, 5. udgave, side 220-224 om beviskrav og bevisbyrde og side 239-244 om konkurrerende skadesårsager.
- Jens Møller, Michael S. Wiisby, Erstatningsansvarsloven, 6. udgave, side 318-320 og 331 (forsørgertab),

side 123-124 (mén), side 220-224 (erhvervsevnetab).

- Patientskadeankenævnets årsberetning 2002, side 85-89.
- Patientforsikringens jubilæumsskrift "De første 10 år", side 42-43, Bo von Eyben om "hypotetisk årsagskonkurrence" og "mellemkommende død".
- Patientforsikringen, "Afgørelser og praksis gennem 10 år", side 236, 252.

5.2. Lejringskader - Højesterets dom af 2. februar 2004

5.2.1. Om lejringskader generelt

Lejringskader er en fællesbetegnelse for de nerveskader, der undertiden opstår, når en patient i bedøvet tilstand anbringes på operationslejet. Skaden sker ved, at en nerve trykkes, hvorved der sker en varig beskadigelse af denne med føleudfald eller lammelser til følge.

Lejringskader er ikke et udtryk for, at behandlingen/lejringsen ikke har levet op til den bedste specialiststandard, men betragtes som en uundgåelig, men sjælden behandlingsskade.

5.2.2. Højesteretsdommens forhistorie

I en tidligere Højesteretsdom refereret i U2001.2319H fik en ægtefælle til en afdød patient medhold i, at den lejrings-skade patienten godt ét år forud for sin død var blevet påført i armen i forbindelse med en operation for kræft i endetarmen gav ret erstatning efter rimelighedsreglen i PFL § 2, stk. 1, nr. 4.

Højesteret fastslår i dommens indledende præmisser, at skaden isoleret set var alvorlig, idet patienten fik svære lammelser af venstre arm, der betød, at han ikke kunne genoptage og mistede sit tidligere arbejde som bryggeriarbejder. På den baggrund vurderede Arbejdsskadestyrelsen patientens varige mén til 35 % og erhvervsevnetabet til 80 %.

Højesteret fastslår endvidere, at patientens chancer for at overleve 5 år efter behandlingen var gode, nemlig 60-70 %, og som et sidste argument - "lejrings-skaden var endvidere uden specifik sammenhæng med grundsygdommens alvor".

5.2.3. Udviklingen i praksis efter den første Højesteretsdom

Særligt den sidste del af Højesterets præmisser har efterfølgende i en række tilfælde givet Patientskadeankenævnet anledning til helt at bortse fra grundsyg-

dommens alvor, når patientskaden var forårsaget af lejrings af patienten. Samme vurdering har Patientskadeankenævnet anlagt i andre sager, hvor der ikke var direkte sammenhæng mellem grundsygdommens alvor og den indtrådte skade.

En sådan forståelse af Højesteretsdommen går betydeligt videre end, hvad professor, dr.jur. Bo von Eyben finder rimeligt. I sin artikel i Patientforsikringens 10-års jubilæumsskrift "De første 10 år" side 39-40, fastslår Bo von Eyben: "Svaret må være, at man må fastholde principperne i nr. 4, herunder navnlig, at grundsygdommens alvor skal bedømmes uafhængig af behandlingen, uanset om der opstår spørgsmål om sammenhæng mellem denne og den indtrådte skade. Denne sammenhæng bliver således et støtte-moment i den "almindelige" vurdering, og får derved navnlig betydning i tilfælde, hvor det kan være tvivlsomt, om den fornødne "relative alvor" efter denne vurdering er til stede."

Bo von Eyben tager således afstand fra, at man af Højesteretsdommen kan udlede en slags "automatik" om, at alle lejrings-skader skal anerkendes efter rimelighedsreglen i PFL § 2, stk. 1, nr. 4, uanset graden af grundsygdommens alvor. En sådan forståelse af Højesteretsdommen stemmer også dårligt med de indledende bemærkninger i Højesteretsdommens præmisser, hvor der lægges vægt på dels

skadens omfang og betydning for patientens erhvervsevne på den ene side, dels patientens helbredelsesprognose på den anden side.

5.2.4. Højesterets seneste dom

Højesteret har nu afsagt endnu en dom i en lejrings-skadesag anlagt af det skadevoldende amts forsikringsselskab mod Patientskadeankenævnet. I dommen har Højesteret haft lejlighed til på ny at tage stilling til lejrings-skadeproblematikken i relation til PFL § 2 stk. 1, nr. 4.

Dommen vedrører en kvinde, der gennemgik en levertransplantation, idet hun var ramt af skrumpelever i et sådant omfang, at hun uden transplantation ifølge Retslægerådets vurdering ikke havde mulighed for langtidsoverlevelse. Kvindens almene helbredstilstand var endvidere præget af svær undervægt, kronisk astmatisk bronkitis og sukkersyge.

I forbindelse med levertransplantations-indgrebet, der er et stort og omfattende indgreb med en dødelighed på 10-15 %, pådrog patienten sig en nerveskade i det ene underben som følge af lejrings. Nerveskaden medførte en delvis dropfod, der af Patientforsikringen blev vurderet til en méngrad på 10 %. Patienten havde ikke et dokumenterbart erhvervsevnetab som følge af patientskaden.

Modsat Patientforsikringen, der havde afvist sagen, fandt såvel Patientskadeankenævnet som Østre Landsret, at der ved vurdering af skaden i henhold til PFL § 2, stk. 1, nr. 4, skulle bortses fra grundsygdommens alvor, idet man ikke fandt, at der var direkte sammenhæng mellem den indtrådte skade og behandlingen af grundsygdommen.

Det skadevoldende amts forsikringssselskab indbragte efterfølgende Østre Landsrets afgørelse for Højesteret, der ved dom af 2. februar 2004 fastslog, at skaden ikke havde haft en sådan alvor set i forhold til patientens grundsygdom og helbredstilstand i øvrigt, at hun var berettiget til erstatning efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4. Som afsluttende bemærkning i Højesterets præmisser hedder det, at "det kan ikke føre til andet resultat, at risikoen for en skade som den opståede måtte anses for ringe, og at skaden ikke havde specifik sammenhæng med den egentlige behandling af grundsygdommen".

5.2.5. Konklusion

Ved Højesterets seneste dom af 2. februar 2004 synes det nu fastslået, at lejringskader ikke har en særstatus, der gør, at disse altid skal anerkendes uanset grundsygdommens alvor, blot fordi den indtrådte skade er uden specifik sammenhæng med behandlingen af grundsygdommen.

Med den formulering, Højesteret har anvendt i dommen, er det imidlertid uklart, om man har ønsket at taget afstand fra det kriterium, der blev indført med den ovenfor refererede dom U2001.2319H, eller om Højesteret reelt "blåstempler" kriteriet om den manglende sammenhæng mellem den indtrådte skade og behandlingen af grundsygdommen endnu en gang, men i den konkrete sag blot ikke tillægger kriteriet afgørende betydning.

Det er således Patientforsikringens vurdering, at Højesteret med den seneste dom af 2. februar 2004 alene har fastslået princippet om, at der i den enkelte sag skal foretages en individuel afvejning af grundsygdommens alvor på den ene side og den indtrådte patientskade på den anden side, uanset hvilke dele af behandlingen der udløser patientskaden, og at lejringskader i denne sammenhæng ikke skal vurderes anderledes end andre patientskader.

Der henvises til artiklen under punkt 5.3 for en nærmere diskussion af kriteriets holdbarhed og overensstemmelse med patientforsikringslovens intentioner og forarbejder.

5.3. Lejringskader - kan kriteriet, "at skaden er uden specifik sammenhæng med grundsygdommens alvor", stå for en nærmere prøvelse ?

Som det fremgår af afsnit 5.2, har Højesteret i henholdsvis 2001 og 2004 været inde på, om "lejringskader" kan anerkendes som erstatningsberettigende efter "rimelighedsreglen" i PFL § 2, stk. 1, nr. 4, uanset grundsygdommens alvor, hvis "skaden er uden specifik sammenhæng med grundsygdommens alvor." Den første dom viser, at Højesteret tillægger kriteriet betydning, hvis der, på trods af en meget alvor grundsygdom, er tale en betydelig skade. Den anden dom viser, at Højesteret ikke tillægger kriteriet tilstrækkelig vægt, hvis grundsygdommen er alvorlig, men skaden er meget begrænset.

Det er vanskeligt at vurdere, hvad Højesteret egentlig mener om kriteriet, idet ingen har redegjort for, hvorfor kriteriet "uden sammenhæng med grundsygdommens alvor" overhovedet tillægges betydning. Man må gå ud fra, at Højesteret vil opretholde kriteriet, hvis der kan gives saglig juridisk begrundelse for kriteriet, mens man vil tilsidesætte det, hvis en sådan begrundelse mangler.

En belysning af kriteriets holdbarhed kan formentlig bedst ske, hvis man vurderer

det rent, dvs. ser bort fra, at Højesteret eventuelt anvender det som et hjælpe-kriterium ved siden af alvorligheds-kriteriet eller kun mener, at det skal anvendes ved lejringskader. Hvis det ikke holder rent, er det vanskeligt at se, at det skulle have relevans som hjælpe-kriterium eller ved lejringskader.

Det er baggrunden for den følgende redegørelse.

5.3.1. Hvad går kriteriet ud på ?

Kernen i kriteriet er, at man ved

- uundgåelige skader,
- som skyldes undersøgelse og behandling,
- som indtræder meget sjældent, og
- som er uden specifik sammenhæng med grundsygdommens alvor

skal se bort fra grundsygdommens alvor.

Kriteriet erstatter altså alvorligheds-kriteriet og ændrer dermed rimelighedsreglen i § 2, stk. 1, nr. 4, på afgørende måde. Alvorligheds-kriteriet skal kun anvendes, hvis skaden har specifik sammenhæng med grundsygdommens alvor.

5.3.2. De nordiske landes patientforsikringslove

Indledningsvis bør det nævnes, at kriteriet hverken kan udledes af ordlyden af den danske patientforsikringslovs § 2, stk. 1, nr. 4, eller af lovbemærkningerne til bestemmelsen. Kriteriet kan heller ikke udledes af forarbejderne til patientforsikringsloven, dvs. rapporten fra 1986 fra den af Indenrigsministeriet nedsatte arbejdsgruppe vedrørende en dansk patient- og lægemiddelforsikringsordning. Tværtimod argumenterer denne rapport side 101-108 kraftigt for, at der i en kommende dansk patientforsikringslov alene bør ydes erstatning efter en "rimelighedsregel" ved sjældne og meget alvorlige komplikationer set i forhold til grundsygdommens alvor.

På dette sted i betænkningen tages der klart afstand fra den daværende frivillige svenske patientforsikringsordning, hvor man primært af bevismæssige årsager anvendte et objektivt ansvar for bl.a. infektionsskader. Se nærmere om baggrunden for den danske regel i § 2, stk. 1, nr. 4, hos Bo von Eyben, Patientforsikring, side 157-160.

Siden den danske patientforsikringslov trådte i kraft i 1992, har alle de øvrige nordiske lande fået indført en patientforsikring ved lov, og der er efter grundige forarbejder gennemført regler om, at der ved uundgåelige skader i større eller

mindre udstrækning kan ydes erstatning efter "rimelighed", svarende til den danske PFL § 2, stk. 1, nr. 4. Se Patientforsikringens jubilæumsskrift fra 2002 "De første 10 år", side 78-80.

I de øvrige nordiske lande lægges der, med lidt forskellige formuleringer, vægt på skadens sjældenhed og alvor i relation til grundsygdommen. Intet sted nævnes kriteriet, "at skaden er uden sammenhæng med grundsygdommens alvor", og kriteriet anvendes heller ikke i praksis.

5.3.3. Hvilken tankegang kan der ligge bag kriteriet ?

a. Adækvansbetragtninger

Som tidligere nævnt er der ikke givet forklaringer på kriteriet, men formuleringen "uden specifik sammenhæng med grundsygdommens alvor" peger i retning af adækvansbetragtninger - altså at man skal se væk fra grundsygdommens alvor, når skaden er særlig upåregnelig, eller fordi grundsygdommens alvor ikke forøger risikoen for skadens indtræden. Skaden kan i lige høj grad indtræde ved alle typer operationer. Det kan også udtrykkes på den måde, at skaden anses for "inadækvat" i forhold til de behandlingsrisici, som grundsygdommens alvor medfører, jfr. Bo von Eyben i Patientforsikringens jubilæumsskrift "De første 10 år", side 38.



Problemet ved denne begrundelse er blot, at en forudsætning for, at en skade kan anerkendes efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, er, at den er upåregnelig eller inadækvat. Dette følger af "sjældenhedskriteriet". Den skal indtræde så sjældent, at hverken lægerne eller patienterne kan påregne skaden, og der skal ikke informeres om risikoen herfor.

I tilfælde, hvor "skaden har specifik sammenhæng med grundsygdommens alvor", dvs. at grundsygdommens alvor har forøget risikoen for skaden, vil skaden ofte være påregnelig, og dermed ikke tilstrækkeligt sjælden til at kunne anerkendes.

Et eksempel kan formentlig illustrere dette:

Selvom blindtarmsbetændelse ubehandlet er dødelig, anses det ikke for en særlig alvorlig sygdom, idet den operative behandling er meget effektiv, så meget få dør af sygdommen.

Den specifikke risiko ved sygdommen er primært, at der kan indtræde infektioner ved operationen, idet man fjerner et betændt stykke tarm. Risikoen for postoperative infektioner i bughulen med sårinfektion og tarmsammenvoksninger er langt over 2 %. Disse skader har specifik sammenhæng med grundsygdommens alvor, men de er for hyppige og dermed for påregnelige til, at de kan anerkendes.

Det største problem ved adækvans-tankegangen er imidlertid, at det ofte er helt arbitrært, hvornår man kan sige, at en skade er uden sammenhæng med grundsygdommens alvor. I grundsygdommens alvor indgår jo flere elementer, og mange skader er uden sammenhæng med grundsygdommens alvor. Dette gælder f.eks. skader i forbindelse med behandling af kræftsygdomme.

Når kræftsygdomme anses for meget alvorlige, skyldes det, at der selv efter optimal behandling er en høj dødsrisiko. Grundsygdommens specifikke alvor er altså dødsrisikoen, mens f.eks. det operative indgreb til fjernelse af svulsten ikke er farligere end ved mange andre operationer, herunder fjernelse af godartede svulster. Grundsygdommens alvor øger således ikke risikoen for infektioner, blodpropper, nervebeskadigelser, anæstesi-skader, herunder lejrings-skader, idet disse skader kan indtræde ved alle operationer.

Er det tanken, at man ved alle disse skader skal se væk fra grundsygdommens alvor, blot fordi den specifikke risiko (døden) ikke forøger risikoen for disse skader?

Adækvansbetragtninger vil altså principielt kunne føre til en fuldstændig udhuling af "alvorlighedskriteriet", idet de vil kunne medføre:

- at adækvate (påregnelige) skader ikke kan anerkendes, fordi de er for hyppige, og
- at indadækvate (upåregnelige) skader, som er uden sammenhæng med grundsygdommens alvor, altid kan anerkendes, fordi alvorlighedskriteriet ikke skal anvendes.

Det giver ikke meget mening. Sjældenhedskriteriet i PFL § 2, stk. 1, nr. 4, sikrer, at alene upåregnelige skader dækkes af reglen i § 2, stk. 1, nr. 4. Man kan derfor efter Patientforsikringens opfattelse ikke indlægge et yderligere adækvanskriterium i stedet for alvorlighedskriteriet.

b. Bevismæssige betragtninger

En begrundelse for kriteriet kunne være, at det ved visse skader, f.eks. infektioner og lejringskader, kan være overordentligt vanskeligt at sige, hvad der er årsagen til skaden. Sådanne betragtninger lå bag den tidligere svenske ordning, hvor man anerkendte infektioner på et objektivt grundlag, jfr. foran afsnit 2.

At sådanne betragtninger kan indgå i domstolenes vurderinger, fremgår af Østre Landsrets dom af 13. august 1998, se U2001.2320H, som vedrørte en lejringskade, hvor retten udtalte, at det var en sjælden, men velkendt komplikation, "som hospitalspersonalet har gode

muligheder for at forebygge og tage i betragtning ved lejrning." Østre Landsret anerkendte, at lejringskaden er en uundgåelig skade, men lagde samtidig vægt på, at den kunne være forebygget og undgået. Bortset fra at landsrettens begrundelse dermed er selvmodsigende, viser det, at domstolen havde svært ved at acceptere, at lejringskader ikke altid kan forebygges.

Bevismæssige betragtninger fører altså til, at der ved lejringskader skal gælde et "objektivt ansvar", idet det er umuligt at bevise, om skaden kunne være undgået ved en bedre lejrning. Risikoen for det manglende bevis lægges altså på sygehuset.

Problemet ved denne betragtning er,

- at en sådan bevisregel er i klar modstrid med patientforsikringslovens bevisregel, hvorefter patienten skal bevise, at skaden med overvejende sandsynlighed kunne være undgået, og
- at en sådan bevisregel i givet fald må anvendes i alle tilfælde, hvor det er umuligt at føre bevis for, om skaden kunne være undgået (f.eks. ved infektioner).

Bevismæssige betragtninger ville altså føre til, at man måtte tilsidesætte

patientforsikringslovens generelle bevisregel, og konsekvensen af reglen ville blive, at et stort antal sager måtte anerkendes, fordi man dermed ville have ændret bevisreglen.

5.3.4. Kan kriteriet indskrænkes til kun at gælde for "lejrings-skader"?

Kriteriet blev første gang anvendt af Patientskadeankenævnet ved lejrings-skader, og de to Højesteretsdomme handler alene om "lejrings-skader", hvorfor man må spørge, om kriteriet kan indskrænkes til alene at gælde for denne type skader.

Lejrings-skader sker typisk ved, at patienter, i bedøvet tilstand på operationsbordet, får trykket en nerve så længe, at den bliver beskadiget/lammet. Oftest sker skaden på nervus peroneus (lægbensnerven) og nervus ulnaris (nerven til albuebenet). Skaden kan også ske i forbindelse med spinal- eller epiduralbedøvelse, eller mens patienten ligger bevidstløs på intensiv afdeling. Skaderne kan ikke konstateres under lejrings, men først kortere eller længere tid efter, at bedøvelsen er ophørt. Det er derfor overordentligt vigtigt, at lejrings sker omhyggeligt efter de gældende retningslinier.

Patientforsikringen var allerede i 1994 opmærksom på, at lejrings-skader bevis-

mæssigt udgør et problem. Umiddelbart er det nærliggende at tro, at disse skader skyldes utilstrækkelige foranstaltninger i forbindelse med lejrings. Det er dog umuligt at bevise, idet skaderne også kan indtræde, selvom patienterne er lejrings optimalt efter sædvanlige retningslinier. I de sager, Patientforsikringen har undersøgt, har det således ikke i noget tilfælde været muligt at påvise, at lejrings var mangelfuld.

For at få et bedre vurderingsgrundlag foranledigede Patientforsikringen i 1994, at to speciallæger, Klaus Hindsøe og Lars Bo Ebskov foretog en undersøgelse af de 34 lejrings-skader, som Patientforsikringen havde modtaget i perioden 1. juli 1992 til 1. april 1994. Resultatet af denne undersøgelse findes i Ugeskrift for Læger af 14. august 1995, side 4572 til 4574, hvortil der henvises.

Det hedder i undersøgelsens konklusion:

"Det er vanskeligt med sikkerhed at klarlægge årsagssammenhængen ved formodet lejringsbetingede nerveskader, og ofte må ætiologien (sygdomsårsagen) antages at være multifaktorielle. Neurologisk og neurofysiologisk undersøgelse kan i mange tilfælde afklare dette.

Da det er vigtigt at overveje andet end tryk eller traktion som årsag til disse nerveskader, må man således anbefale grundig præoperativ journalføring af anam-

nestiske og objektive oplysninger vedrørende tilstedeværende neurologiske abnormiteter eller dispositioner herfor. Det er specielt vigtigt at udsørge mænd om symptomer på ulnaris neuropati og i påkommende tilfælde informere om risikoen for postoperativ forværring. Endvidere anbefales grundig angivelse af patientlejrning på anæsthesiskemaet, ligesom symptomer på en eventuel nerveskade bør journaliseres umiddelbart. Nerven bør straks beskyttes mod yderligere påvirkning, hvilket indebærer inspektion med henblik på trykmærker, hæmatom og strammende forbindinger.

Patienter oplever formentlig ikke sjældent lettere og forbigående postoperative neurologiske gener, som ikke journalføres. Dette kan forklare den store variation i incidenstal, som er fundet i litteraturen ... ”

Herudover er det almindelig kendt, at risikoen for lejringskader øges, jo længere tid patienten er bedøvet. Patientens ernæringstilstand, sukkersyge og alkoholforbrug forøger også risikoen for, at der indtræder nerveskader som følge af lejrning på operationsbord m.v.

På grundlag af undersøgelsen har Patientforsikringen måttet lægge til grund, at lejringskader er helt typiske uundgåelige skader. Man kan ikke bevise, at skaden kunne være undgået ved optimal lejrning, og man kan heller ikke bevise,

at skaden skyldes andre forhold, selvom en række forhold hos patienten kan disponere for skaden. Lejringskader adskiller sig i så henseende ikke fra andre uundgåelige skader, f.eks. visse infektioner, hvor det kan være umuligt at bevise årsagssammenhæng. Der er således ikke noget grundlag for - ud fra medicinske grunde - at give lejringskader en præference frem for andre uundgåelige skader.

Set i forhold til patienterne er det også vanskeligt at forklare, hvorfor patienter, som får en lejringskade, skal stilles bedre end andre patienter. For patienterne er det lige urimeligt, om en nervebeskadigelse er opstået som følge af lejrningen, injektioner, anæsthesien, den operative behandling eller den postoperative behandling. I den forbindelse skal man være opmærksom på, at lejringskaderne er et resultat af et kompliceret samspil mellem anæsthesien, operationens varighed, patientens sygdom og patientens individuelle dispositioner.

Det er derfor ubegrundet at give lejringskader en præference frem for andre skader i erstatningsmæssig henseende. En præference for lejringskader vil være i strid med patientforsikringsloven og dens forarbejder, og det vil være i strid med almindelige lighedsbetragtninger, hvorefter sager med lige alvorlige hændelige skader må behandles efter samme kriterier, uanset hvad der er årsagen til de pågældende skader.

5.3.5. Sammenfatning og Patientforsikringens praksis

Det har ikke været muligt for Patientforsikringen, inden for patientforsikringslovens rammer og intentioner, at pege på en saglig, juridisk begrundelse for at erstatte eller supplere alvorlighedskriteriet i PFL § 2, stk. 1, nr. 4, med et kriterium, hvorefter man lægger vægt på, "at skaden er uden sammenhæng med grundsygdommens alvor". Hverken adækvansbetragtninger eller bevismæssige betragtninger fører til holdbare løsninger.

Derimod kan man pege på adskillige forhold, som taler imod kriteriet:

- Kriteriet er i strid med patientforsikringsloven og dens forarbejder.
- Ingen af de øvrige nordiske lande anvender kriteriet.
- Kriteriet medfører ulige behandling af patienter, som er påført uundgåelige skader.
- Kriteriet medfører usikkerhed i Patientforsikringens administration af rimelighedsreglen.
- Domstolenes praksis er uklar.

- Kriteriet medfører dét, som professor, dr.jur. Bo von Eyben advarer imod i Patientforsikringens jubilæumsskrift, side 38, hvor det hedder: "Hvis rimelighedsvurderingen imidlertid ikke følger ret håndfaste retningslinier, risikerer man vilkårlighed og usikkerhed i praktiseringen af reglen..." "Der bør derfor udvises betydelig tilbageholdenhed med at indbygge flere kriterier i rimelighedsvurderingen."

Disse forhold gælder, uanset om man anvender kriteriet "rent" eller som et hjælpeskriterium til alvorlighedskriteriet.

Patientforsikringen finder det meget betænkeligt at administrere patientforsikringsloven efter et erstatningskriterium, som er i strid med loven, som er ubegrundet, som fører til vilkårlige resultater og ulige behandling af tilskadekomne patienter, og hvor Højesterets praksis er uklar.

Indtil der eventuelt på et senere tidspunkt måtte komme en ny dom, som klart viser, at Højesteret anerkender kriteriet, vil Patientforsikringen, i sin administration af PFL § 2, stk. 1, nr. 4, følge patientforsikringsloven og dennes intentioner og dermed sikre, at alle patienter har lige muligheder for at opnå erstatning for uundgåelige skader.

5.4. Stråleskader efter behandling af livmoderhalskræft

5.4.1. Problemstillingen

Patientforsikringen har i 2003 haft en del sager under behandling vedrørende følger efter strålebehandling mod livmoderhalskræft. Disse sager har rejst spørgsmålet, om sådanne skader er tilstrækkeligt alvorlige til anerkendelse efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, set i forhold til grundsygdommen. Problemet er, at livmoderhalskræft er en livstruende sygdom, og at behandlingen derfor er nødvendig af hensyn til patientens overlevelse eller i hvert fald nødvendig for at udskyde grundsygdommens udvikling. Spørgsmålet er således, om patienterne må tåle af og til meget svære skader efter en behandling, som har reddet deres liv eller i hvert fald forlænget dette, uden samtidig at være berettigede til erstatning for skaderne.

5.4.2. Alvorlighetskriteriet i PFL § 2, stk. 1, nr. 4.

For at der kan ydes erstatning efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, er det en betingelse, at der foreligger et misforhold mellem skadens og grundsygdommens alvor. Ved vurderingen heraf er det afgørende, hvorledes

patientens helbredstilstand med overvejende sandsynlighed ville have været, såfremt behandlingen ikke var blevet iværksat, eller hvis behandlingen kun havde medført sådanne komplikationer, som man normalt må regne med ved den pågældende behandling, jfr. herved Bo von Eyben, Patientforsikring, s. 161.

Kerneområdet for bestemmelsen er de tilfælde, hvor patienten behandles for en relativt banal lidelse, men hvor behandlingen resulterer i betydelige skadelige følger, således at det for den pågældende havde været bedre, om behandlingen slet ikke var blevet sat i værk. Betingelsen vil i almindelighed være opfyldt, hvis behandlingen medfører en større grad af helbredsforringelse, end grundsygdommen ubehandlet sandsynligvis ville have medført.

Hvis grundsygdommen ubehandlet indebærer en nærliggende risiko for alvorlig invaliditet eller for patientens død, må der også accepteres en betydelig risiko for alvorlige komplikationer i forbindelse med behandlingen heraf. Dette indebærer, at jo mere alvorlig en grundsygdom er, jo større skader må patienten tåle uden erstatning.

5.4.3. Praksis vedrørende stråleskader

U2001.2505H (Patientforsikringens j.nr. 94-0992) vedrørte en kvinde, der oprindeligt var behandlet for brystkræft i foråret 1993, og som senere udviklede knoglemetastaser. Hun påbegyndte strålebehandling i efteråret 1993, og tarmskaderne viste sig efter ca. 3 ugers behandling og resulterede i et langvarigt og belastende behandlingsforløb samt anlæggelse af permanent kolostomi i sommeren 1994. Patienten døde som følge af sin kræftsygdom i august 2001.

Højesteret nåede frem til, at der ikke kunne ydes erstatning efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4. Ved afgørelsen blev der lagt vægt på, at patientens overlevelseshprognose havde været særdeles dårlig, hvis strålebehandlingen ikke var blevet foretaget. Det skønnedes herefter at være uden betydning, at risikoen for en komplikation som den opståede måtte anses for ringe.

I Østre Landsrets dom afsagt den 18. august 2003 (Patientforsikringens j.nr. 98-0458) var der tale om en patient, som efter strålebehandling for strubekræft i foråret 1996 blandt andet udviklede hæshed og vejrtrækningsbesvær samt beskadigelse af rygmarven i halsrygsøjlen med heraf følgende smerter i arme og ben og gangbesvær. Patientens tilstand blev efterhånden tiltagende dårlig, blandt andet på grund af tiltagende vejr-

trækningsbesvær, og han afgik ved døden i juni 2000.

I denne sag blev der ligeledes afvist at yde erstatning efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4. Der blev herved lagt vægt på, at Retslægerådet havde udtalt, at patienten uden behandling hurtigt ville have fået alvorlige symptomer på grund af væksten af svulsten og efterfølgende ville være død af sin alvorlige strubekræft. Som følge heraf fandtes der efter bestemmelsen at måtte accepteres en betydelig risiko for alvorlige komplikationer i forbindelse med behandlingen af grundsygdommen.

I sagen 96-1785 (Patientforsikringens årsberetning 1997, s. 56) modtog en patient med myelomatose (blodkræft) strålebehandling med henblik på at bremse et begyndende sammenfald i ryghvirvlen samt for at lindre smerter. Behandlingen medførte imidlertid sammenfald af ryghvirvlerne, hvilket udløste tryk på rygmarven, således at patienten blev lam fra lænden og ned. Sagen blev afvist efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, med den begrundelse, at der var tale om en meget alvorlig grundsygdom, som i sig selv kunne medføre totalt brud på ryghvirvlerne med deraf følgende lammelser som følge af tryk på rygmarven.

I sagen 97-2553 (Patientforsikringens årsberetning 1998, s. 68) blev en patient sat i strålebehandling for en kræftsvulst i

spytkirtlen. Et års tid senere oplevede patienten styringsbesvær og nedsat kraft i venstre ben, hvilket blev tolket som følger efter strålebeskadigelse af rygmarven. Generne bredte sig efterhånden til begge arme og ben. Patienten udviklede senere metastaser til lungerne, som ikke kunne behandles, og afgik siden ved døden. Sagen blev afvist efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4. Ved afgørelsen blev der blandt andet lagt vægt på, at der var tale om en yderst alvorlig kræftsygdom, og at rygmarvspåvirkningen ikke med overvejende sandsynlighed havde haft indflydelse på sygdommens prognose, herunder de senere udviklede metastaser. Selvom rygmarvspåvirkningen medførte væsentlig skade, fandtes der ikke at være tale om en tilstrækkeligt alvorlig skade set i forhold til grundsygdommen.

5.4.4. Diagnosticering og behandling af livmoderhalskræft

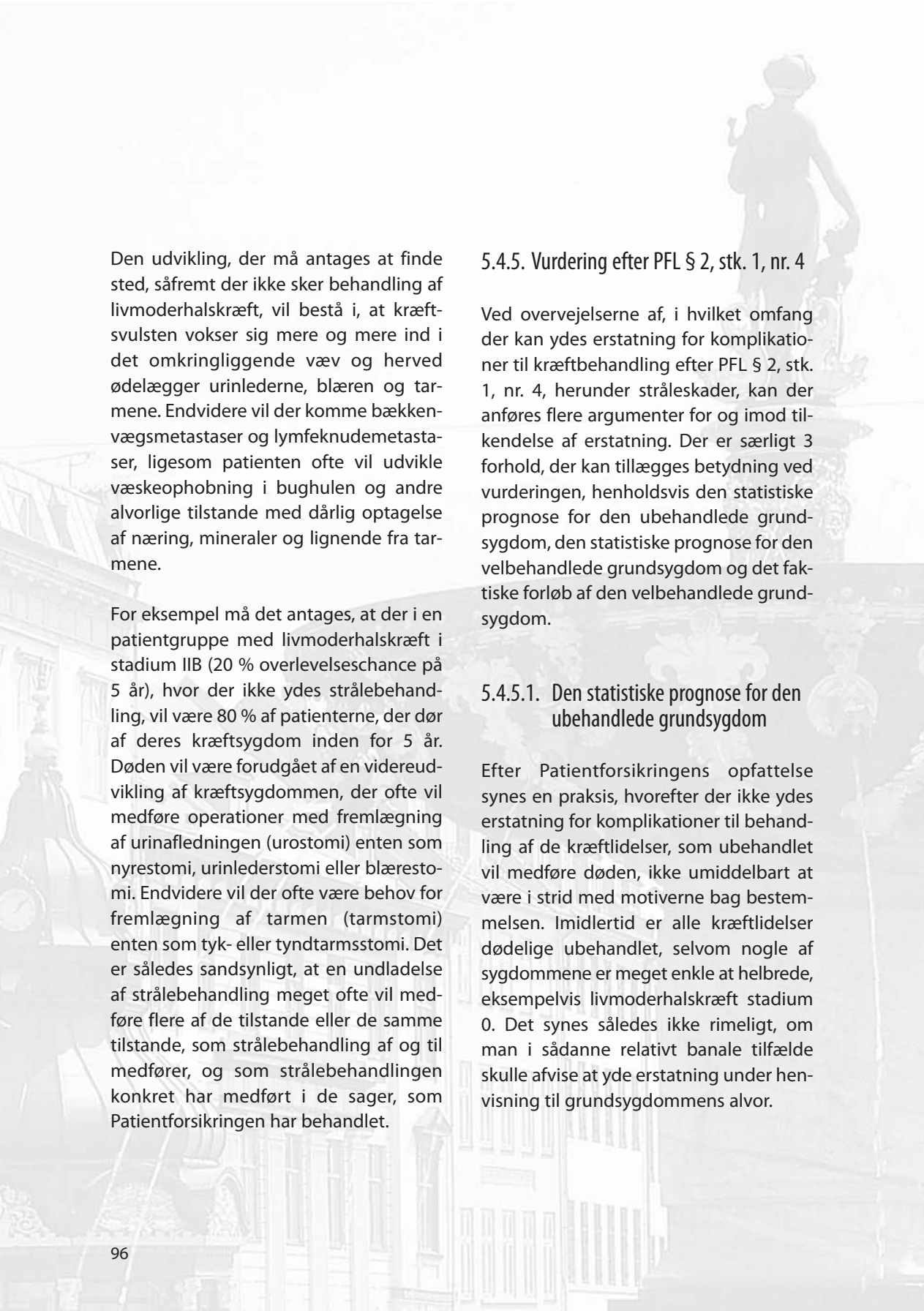
Livmoderhalskræft inddeles i stadierne 0, IA-IB, IIA-IIB, IIIA-IIIB og IVA-IVB. Inddelingen foretages ud fra sygdommens placering og spredning i det enkelte tilfælde.

Behandlingen af livmoderhalskræft varierer afhængig af sygdommens stadium på diagnosticeringstidspunktet. Ved stadium 0 er behandlingen konisation (keglesnit) uden efterbehandling, og ved stadium IA enten konisation eller fjernelse af livmo-

deren, begge dele uden efterbehandling. Ved stadium IB og IIA er behandlingen operation med fjernelse af livmoderen, bindevævet i bækkenet, vaginaltoppen og lymfekirtler i bækkenet, og hvis der konstateres glandelmetastaser, efterbehandles der med strålebehandling. Ved stadium IIB er behandlingen primær strålebehandling, og det samme gælder stadium III og IV, hvor der dog kan iværksættes supplerende behandling med eksperimentel kemoterapi.

5-års overlevelsesprognosen er selvsagt forskellig for de enkelte stadier, idet den i litteraturen angives at ligge på omkring 96-97 % ved stadium IA, 85-90 % ved stadium IB, 65 % ved stadium II, 30 % ved stadium III og 10 % ved stadium IV (*kilde: Gynækologi af Johannes Bock m.fl.*). Disse prognoser er dog opstillet med udgangspunkt i en relevant behandling af sygdommen. Samtidig indebærer konstatering af glandelmetastaser ved operation af stadierne IB og IIA en statistisk dårligere prognose end de ovenfor anførte.

Der findes ingen opgørelser over prognosen for de enkelte stadier af sygdommen uden behandling, men et forsigtigt skøn er en 5-årsoverlevelse på 55 % ved stadium IA, 45 % ved stadium IB, 30 % ved stadium IIA, 20 % ved stadium IIB, 10 % ved stadium IIIA, 5 % ved stadium IIIB og 0 % ved stadium IV.



Den udvikling, der må antages at finde sted, såfremt der ikke sker behandling af livmoderhalskræft, vil bestå i, at kræftsvulsten vokser sig mere og mere ind i det omkringliggende væv og herved ødelægger urinlederne, blæren og tarmene. Endvidere vil der komme bækkenvægsmetastaser og lymfeknudemetastaser, ligesom patienten ofte vil udvikle væskeophobning i bughulen og andre alvorlige tilstande med dårlig optagelse af næring, mineraler og lignende fra tarmene.

For eksempel må det antages, at der i en patientgruppe med livmoderhalskræft i stadium IIB (20 % overlevelseschance på 5 år), hvor der ikke ydes strålebehandling, vil være 80 % af patienterne, der dør af deres kræftsygdom inden for 5 år. Døden vil være forudgået af en videreudvikling af kræftsygdommen, der ofte vil medføre operationer med fremlægning af urinaflædningen (urostomi) enten som nyrestomi, urinlederstomi eller blærestomi. Endvidere vil der ofte være behov for fremlægning af tarmen (tarmstomi) enten som tyk- eller tyndtarmsstomi. Det er således sandsynligt, at en undladelse af strålebehandling meget ofte vil medføre flere af de tilstande eller de samme tilstande, som strålebehandling af og til medfører, og som strålebehandlingen konkret har medført i de sager, som Patientforsikringen har behandlet.

5.4.5. Vurdering efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4

Ved overvejelserne af, i hvilket omfang der kan ydes erstatning for komplikationer til kræftbehandling efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, herunder stråleskader, kan der anføres flere argumenter for og imod tilkendelse af erstatning. Der er særligt 3 forhold, der kan tillægges betydning ved vurderingen, henholdsvis den statistiske prognose for den ubehandlede grundsygdom, den statistiske prognose for den velbehandlede grundsygdom og det faktiske forløb af den velbehandlede grundsygdom.

5.4.5.1. Den statistiske prognose for den ubehandlede grundsygdom

Efter Patientforsikringens opfattelse synes en praksis, hvorefter der ikke ydes erstatning for komplikationer til behandling af de kræftlidelser, som ubehandlet vil medføre døden, ikke umiddelbart at være i strid med motiverne bag bestemmelsen. Imidlertid er alle kræftlidelser dødelige ubehandlet, selvom nogle af sygdommene er meget enkle at helbrede, eksempelvis livmoderhalskræft stadium 0. Det synes således ikke rimeligt, om man i sådanne relativt banale tilfælde skulle afvise at yde erstatning under henvisning til grundsygdommens alvor.

5.4.5.2. Den statistiske prognose for den velbehandlede grundsygdom

Som supplement til prognosen for den ubehandlede grundsygdom kan det være rimeligt at trække grænsen for, hvad patienterne må tåle uden erstatning, ved at sammenholde omfanget af stråleskaderne med den enkelte patients prognose efter relevant behandling af kræftsygdommen. Dette giver mulighed for at yde erstatning i de af ovennævnte situationer, hvor grundsygdommen er på et tidligt stadium og dermed er enkel at behandle. Samtidig vil de patienter, der selv efter relevant behandling har en dårlig prognose, fortsat skulle tåle forholdsommæssigt større skader uden erstatning.

5.4.5.3. Det faktiske forløb af den velbehandlede grundsygdom

Et andet supplement til vurderingen af, om der kan ydes erstatning efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, er at lægge vægt på det faktiske forløb af sygdommen frem til afgørelsestidspunktet, og ikke blot den statistiske prognose før eller efter relevant behandling. I tilfælde, hvor sagen først behandles flere år efter skadens indtræden, og hvor patienten eksempelvis (endnu) ikke har fået konstateret recidiv, er prognosen jo (faktisk) bedre end vurderingen før og efter behandlingstidspunktet.

5.4.6. Patientforsikringens praksis

Det er Patientforsikringens opfattelse, at det stemmer bedst med motiverne til PFL § 2, stk. 1, nr. 4, at der som udgangspunkt ikke ydes erstatning for skader påført patienter i forbindelse med kræftbehandling. Undtagelsen herfra er de tilfælde, hvor der er tale om en meget omfattende skade, og patienten konkret havde en god prognose både forud for og efter behandlingen.

Patientforsikringen har derfor lagt sig fast på den praksis, at der ikke ydes erstatning for stråleskader påført patienter med livmoderhalskræft i stadierne IIB, III og IV (mellem 55 % og 10 % overlevelsesprognose efter behandling og mellem 20 % og 0 % uden behandling). Dette gælder uanset skadens omfang, også selvom komplikationerne måtte have dødelig udgang.

Derimod vil der i de tilfælde, hvor der er tale om livmoderhalskræft i stadierne IA-IB og IIA, som udgangspunkt kunne ydes erstatning efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, dog naturligvis under forudsætning af, at der er tale om en skade af en vis karakter. Det er dog samtidig Patientforsikringens opfattelse, at der ikke kan ydes erstatning til de patienter med livmoderhalskræft i stadium IIA, hvor der konstateres glandelmetastaser under operationen, og hvor der således er tale om en dårligere prognose end for øvrige patienter i stadium IIA.

5.4.7. Afgørelser truffet i 2004

Patientforsikringen har i januar måned 2004 truffet 2 afgørelser, der vedrørte stråleskader efter behandling af livmoderhalskræft.

Sagen 03-1429 vedrørte et tilfælde med livmoderhalskræft i stadium IB, hvor kvinden ca. 1½ år efter strålebehandlingen fik konstateret stråleskader på blandt andet blære og tarme og udviklede væskeophobning i brystet og dobbeltsidig vandnyre (hydronefrose) samt blødning fra endetarm, luftrør og lunger. Under indlæggelsen til behandling for følgerne udviklede kvinden hjertestop som følge af komplikationerne, og hun afgik ved døden. Der var ikke forinden konstateret tegn til recidiv eller metastaser af kræftsygdommen.

Patientforsikringen vurderede, at der var tale om en sjælden skade, idet strålebehandlingen havde medført omfattende skade med svære komplikationer og efterfølgende død.

Patientforsikringen vurderede desuden, at der var tale om en alvorlig skade i lovens forstand, også selvom der var tale om en yderst alvorlig grundsygdom, idet livmoderhalskræft ubehandlet er en dødelig sygdom, som i sig selv indebærer risiko for omfattende komplikationer i form af indvækst til tarme m.v. og beskadigelse af organer.

Det var dog Patientforsikringens vurdering, at sygdommen i det aktuelle tilfælde havde en relativt god prognose selv uden behandling, idet der var tale om kræft i et tidligt stadium (IB – dvs. med en 5-års overlevelsesprognose på 90 % efter behandling og 45 % uden behandling). Herudover var der ikke efterfølgende konstateret tegn til recidiv eller metastaser, hvilket yderligere talte for, at sygdommen havde en god prognose.

Patientforsikringen anerkendte således sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4.

Sagen 03-1171 vedrørte en kvinde med livmoderhalskræft i stadium IIB, som 1½ år efter endt strålebehandling fik konstateret stråleforandringer omkring skeden. Efter yderligere 1½ år konstaterede man stråleskader omkring tarmene, og man anlagde stomi. Senere oplevede kvinden problemer med blæren, og man konstaterede strålebeskadigelse af denne og iværksatte trykkammerbehandling. Det var ved sagens behandling i Patientforsikringen oplyst, at der eventuelt senere skulle anlægges en kunstig blære på grund af strålefølgerne.

Patientforsikringen vurderede, at der ikke var tale om en tilstrækkeligt alvorlig skade set i forhold til grundsygdommen.

Der blev herved lagt vægt på, at kvinden var blevet behandlet for livmoderhalskræft, som ubehandlet er en dødelig

sygdom, og som i stadium IIB har en lav overlevelsesprognose uden behandling (55 % efter behandling og 20 % uden behandling). Der var således tale om en yderst alvorlig grundsygdom.

Der blev endvidere lagt vægt på, at sygdommen i sig selv indebærer en betydelig risiko for omfattende komplikationer i form af spredning/indvækst til tarme m.v. og beskadigelse af organer. Dette vil sige, at der var en betydelig risiko for, at kvinden uden behandlingen ville have udviklet følger efter selve kræftsygdommen svarende til de følger, som strålebehandlingen aktuelt havde medført.

Set i forhold til grundsygdommen vurderede Patientforsikringen således, at selv om strålebehandlingen havde medført betydelige skader og påført kvinden betydelige gener, var der ikke tale om en tilstrækkeligt alvorlig skade i lovens forstand. Sagen blev derfor afvist efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4.

5.5. Rotator cuff læsioner

Patientforsikringen har siden 1997 modtaget ca. 70 sager, hvor patienten i sin anmeldelse har klaget over forsinket diagnosticering og manglende optimal behandling af rotator cuff læsion.

5.5.1. Hvad er en rotator cuff læsion ?

Rotator cuffen (skuldermanchetten) udgøres af de 4 sener, som omgiver overarmsbenets ledhoved og centrerer ledhovedet mod ledeskålen i skulderleddet. De 4 tilsvarende muskler er: musculus subscapularis (drejer armen indad), musculus supraspinatus (løfter armen udad/opad), musculus infraspinatus (drejer armen udad) samt musculus teres minor (drejer armen udad).

Supraspinatus- og infraspinatus-senerne er vævet sammen med skulderledskapslen, således at der ikke findes nogen veldefineret overgang mellem de 2 sener, men snarere et sammenflettet netværk af sener samt kapselfibre hen over overarmsbenets ledhoved. En intakt rotator cuff er en forudsætning for et velfungerende skulderled, idet de 4 muskler stabiliserer ledhovedet mod ledeskålen og i høj grad er medvirkende til at bevæge armen.

Et problem ved behandlingen af rotator cuff læsioner i skulderleddet er, at de udgør et bredt spektrum, spændende fra en overfladisk læsion i en enkelt sene til en komplet overrivning af hele rotator cuff'en. Komplette læsioner er gennemgående, således at der er kommunikation mellem skulderleddet og rummet under nøglebenet (det subakromielle rum). Partielle læsioner kan være lokali-

serede enten på over- eller undersiden af rotator cuff senen, men uden at der er kommunikation mellem skulderleddet og det subakromielle rum.

5.5.2. Optimal diagnosticering af rotator cuff læsioner efter et skuldertraume

Patienter med skuldertraumer bør behandles som enhver anden, der har været udsat for et traume, dvs. der skal foreligge en grundig anamnese efterfulgt af en sufficient klinisk undersøgelse.

Sufficient klinisk undersøgelse omfatter blandt andet, at man udover undersøgelse af den aktive og passive bevægelighed i skulderen også undersøger kraften ved bevægelse udad/opad (abduktion), udadrotation og indadrotation. Konstaterer man nedsat kraft ved en eller flere af disse bevægelser, skal rotator cuff læsion mistænkes, og man bør overveje at iværksætte diagnostiske undersøgelser, f.eks. ultralyds- eller MR-skanning for at afklare om rotator cuff'en er beskadiget. Hvis kraftnedsættelsen skyldes smerter, skal den kliniske undersøgelse gentages, f.eks. efter 1-4 uger, og yderligere undersøgelser kan herefter iværksættes, hvis der fortsat er kraftnedsættelse, og patienten i øvrigt er kandidat til operativ behandling.

Patientforsikringen har i flere sager fundet, at patienter, der har været udsat for et skuldertraume, ikke er blevet optimalt

undersøgt. Den insufficiante undersøgelse beror bl.a. på, at man har undladt at undersøge kraften i skulderen.

Eksempel 1:

En patient blev undersøgt på skadestuen efter at være faldet og have slået højre skulder. Ved undersøgelse af skulderen konstaterede man kraftige smerter i skulderen og bevægeindskrænkning. Patienten blev udstyret med en armslynge og fik en tid til kontrol 10 dage senere. Ved den senere kontrol gik det bedre med skulderen, og patienten blev afsluttet.

Senere blev patienten atter undersøgt på grund af fortsatte skulderproblemer. Man forsøgte primært at behandle skuldergenerne med blokadebehandling uden effekt. Senere kikkertundersøgelse (ca. 1 år efter uheldet) viste en større skade på rotator cuff'en inddragende supraspinatussenen og en mindre del af infraspinatussenen. Man foretog operativ rekonstruktion af rotator cuff senen.

Patientforsikringen fandt, at skaden var omfattet af PFL § 3, stk. 1, jfr. § 2. stk. 1.nr. 1, idet en erfaren specialist ved den afsluttende undersøgelse 10 dage efter henvendelsen i skadestuen havde undersøgt kraften i skulderen, hvorved man med overvejende sandsynlighed ville have diagnosticeret rotator cuff læsionen og dermed kunne have behandlet skaden i den akutte fase (03-2491).

Eksempel 2:

En patient blev undersøgt i skadestuen efter at være faldet og have slået højre skulder. Røntgenundersøgelse viste et ledscred i skulderen, som blev sat på plads. Efterfølgende blev der anlagt en armslynge, som skulle anvendes i en uge. Af ambulant kontrolnotat en uge senere fremgår det, at patienten havde mange smerter. Den kliniske tilstand er ikke beskrevet. Patienten blev henvist til fysioterapi. Ved kontrol 2 måneder senere var der fortsat mange smerter i skulderen samt betydelig bevægeindskrænkning. Man undersøgte ikke kraften i skulderen. Ved kontrol 4 måneder senere havde patienten uforandrede smerter i skulderen og dårlig bevægelighed. Den aktive og passive bevægelighed og kraften blev ikke undersøgt. Ved artroskopi 3 måneder senere fandt man stor supraspinatus-sene-læsion, hvorfor man konverterede til åben operation. Det var dog ikke muligt at reparere senelæsionen, og man foretog alene en oprensning i form af akromioplastik.

Patientforsikringen fandt, at skaden var omfattet af patientforsikringslovens § 3, stk. 1 jfr. § 2, stk. 1, nr. 1, idet en erfaren specialist ved den kliniske kontrol ca. 2 måneder efter faldet, hvor man konstaterede betydelig bevægeindskrænkning i skulderen, ville have suppleret undersøgelsen med også at undersøge for aktiv og passiv bevægelighed samt kraft

i skulderen. En erfaren specialist ville desuden have suppleret med senere ultralydsskanning, hvorved man med overvejende sandsynlighed ville have diagnosticeret senelæsionen og fundet indikation for operation inden for kort tid (03-1363).

5.5.3. Optimal behandling af rotator cuff læsioner

Optimal behandling af rotator cuff læsioner er afhængig af læsionens karakter, patientens almentilstand, alder, erhverv og evne til at kooperere ved et ofte langvarigt og kompliceret genoptræningsforløb. Det er således et skøn fra den behandlende læge, hvorvidt operativ behandling er indiceret.

Ved *gennemgående, komplette* læsioner af en eller flere sener hos *almindeligt* aktive patienter er langtidsresultatet efter reinsertion (genetablering af senens fæste til knoglen eller i nogle tilfælde sammensyning af senen) *bedre*, hvad angår smerter og funktion, end konservativ behandling og også bedre end akromioplastik (pladsskabende operation i det subakromielle rum) alene.

Retraheringsgraden af senestumpen er formentlig i et vist omfang tidsbestemt, således at senen trækker sig længere og længere tilbage. Ved sen reinsertion, dvs. mere end 1 år efter primærtraumet, er

det ikke sjældent teknisk umuligt at rensere senen.

Det skal anføres, at flersene-læsioner (2 eller flere sener) ofte er teknisk umulige at reparere - også i den akutte og subakutte fase, hvorfor der primært tilbydes konservativ behandling.

Mindre læsioner og partielle læsioner, samt læsioner i sener af meget dårlig kvalitet (f.eks. hos ældre patienter med længerevarende skulderproblemer) behandles som hovedregel i første omgang konservativt.

5.5.4. Patientforsikringens praksis

Optimal behandling af rotator cuff læsion hviler således på et skøn, afhængig af patientens alder, læsionens karakter, rotatorcuff'ens tilstand, patientens erhverv, og patientens evne til at cooperere ved et ofte kompliceret og langvarigt sygeforløb.

Hos unge er prognosen rimeligt god efter operativ behandling. De degenerative forandringer af vævet, som indtræder hos nogle personer senere i livet, bevirker, at senesuturer/reinsertion ikke er teknisk muligt eller ikke kan holde, og hos ældre mennesker kan konservativ behandling i form af rehabilitering og evt. subakromiel binyrebarkhormon injektion primært foretrækkes. Hos ældre forbliver kraften ved abduktion (supra-

spinatusruptur) og udadrotation (infraspinatusruptur) dog svag, og rupturen efterlader ikke sjældent kroniske smerter i skulderregionen.

Hos *ældre* (personer over 75 år) med dårlig rotator cuff og et ringe behov for stærk skulderfunktion bør konservativ behandling foretages inden en eventuel operation. Hos *ynge* patienter, med *gennemgående læsioner* bør operation foretrækkes. Hos *aktive yngre* individer bør reinsertion foretages hurtigst muligt for at forhindre retraktion og muskelatrofi.

Eksempel 1:

En 58-årig kvinde var ude for et voldsomt styrt ned ad en trappe og blev herefter set på skadestuen på grund af smerter i skulderen. Røntgen viste normale forhold, og patienten fik anlagt en bandage og blev afsluttet.

På grund af fortsatte skuldergener blev patienten atter undersøgt på hospitalet 3 måneder senere, hvor man ved ultralydsskanning påviste en rotator cuff læsion. Patienten blev opereret kort tid efter, og man konstaterede da en ikke-gennemgående læsion af supraspinatussenen omfattende 30 % af senen. Man trimmede den beskadigede del af senen og lavede akromioplastik.

Patientforsikringen fandt i den konkrete sag, at tidligere diagnosticering og behandling af rotator cuff læsionen ikke

med overvejende sandsynlighed ville have ændret resultatet, idet senen ikke var revet totalt over, og der derfor ikke var indikation for at sammensy/reinserere senen (03-0548).

Eksempel 2:

En 38-årig mand blev påkørt af en bil og blev samme dag undersøgt på skadestuen. På grund af smerter var det ikke muligt at foretage en sufficient klinisk undersøgelse, og patienten blev udstyret med en løs slynge og fik en tid i ambulatoriet en uge senere. Ved de næste kontroller kunne man fortsat ikke undersøge skulderen på grund af smerter.

Ved kikkertundersøgelse en måned efter uheldet fandt man en kapselruptur bagtil opadtil samt en komplet ruptur af supra- og infraspinatus-senerne. Patienten blev henvist til andet sygehus med henblik på videre behandling. Ved ambulant kontrol 2 måneder efter uheldet iværksatte man primært konservativ behandling i form af fysioterapibehandling.

5 måneder efter uheldet blev patienten imidlertid opereret, og under operationen reinserede man rotator cuff læsionen.

Patientforsikringen vurderede i denne sag, at optimal behandling havde tilsagt, at man havde iværksat kirurgisk behandling straks efter, at patienten var blevet

set på skulderkirurgisk ambulatorium 2 måneder efter uheldet, hvor der var klinisk betydelige tegn på stor rotator cuff læsion i højre skulder (02-1457).

6. Patientforsikringens virksomhed

6.1. Patientforsikringens medlemmer

I henhold til Patientforsikringens vedtægter § 6, stk. 6, har medlemsfordelingen i Patientforsikringen for 2002 og 2003 været følgende:

Forsikringsselskaber	2002	2003
KommuneForsikring	37,86%	50,62%
Købstædernes Forsikring	61,96%	49,25%
XL Winterthur Int.	0,18%	0,13%

Følgende havde tegnet forsikring i 2003:

KommuneForsikring tegnede for
Nordjyllands Amt
Storstrøms Amt
Frederiksborg Amt
Roskilde Amt
Ribe Amt
Fyns Amt

Købstædernes Forsikring tegnede for
Hovedstadens Sygehusfællesskab (HS)
Københavns Amt
Bornholms Amt
Vejle Amt
Sønderjyllands Amt

XLWinterthur International tegnede for
Steno Diabetes Center A/S.

Selvforsikrende myndigheder

	2002	2003
Århus Amt	47,62%	47,65%
Ringkjøbing Amt	17,36%	17,37%
Vestsjællands Amt	18,03%	18,05%
Viborg Amt	16,61%	16,63%
Statslige uddannelsesinstitutioner	0,38%	0,30%

Forholdet mellem forsikringsselskabers præmier og selvforsikrendes skønnede præmier

	2002	2003
KommuneForsikring, Købstædernes Forsikring, Zürich Forsikring og XL Winterthur Int.	74,05%	74,03%
Selvforsikrende myndigheder	25,95%	25,97%

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 2002. De selvforsikrende har således udpeget et medlem, og forsikringsselskaberne har tilsammen udpeget fem medlemmer til bestyrelsen. Fordelingen bliver foretaget efter den "D'Hondtske metode".

På baggrund af medlemsfordelingen og i henhold til vedtægterne § 6, stk. 2, har KommuneForsikring og Købstædernes Forsikring udpeget fem medlemmer til bestyrelsen. Århus, Ringkøbing, Vestsjællands og Viborg amter har i fællesskab udpeget ét medlem, og Sundhedsministeriet har ligeledes udpeget ét medlem til bestyrelsen.

6.2. Patientforsikringens bestyrelse i 2003

Til Patientforsikringens bestyrelse var i 2003 udpeget følgende:

Udpeget af Købstædernes Forsikring

- Næstformand i HS, direktør Margit Ørsted
- Advokat Mikael Rosenmejer (Plesner Svane Grønborg)
- Direktør Lars Østenfeld (Købstædernes Forsikring)

Suppleanter

- Chefkonsulent Mogens Lønborg
- Advokat Tina Reissmann (Plesner Svane Grønborg)
- Adm. direktør Mogens N. Skov (Købstædernes Forsikring)

Udpeget af KommuneForsikring

- Formand for sundhedsudvalget Poul-Erik Svendsen (Fyns Amt)

- Formand for sundhedsudvalget Hjørdis Høegh-Andersen (Storstrøms Amt)

Suppleanter

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

Udpeget af selvforsikrende myndigheder

- Formand for sundhedsudvalget Carl Johan Rasmussen (Århus Amt)

Suppleant

- Formand for sundhedsudvalget Jacob Halgaard (Vestsjællands Amt)

Udpeget af Indenrigs- og Sundhedsministeriet

- Fuldmægtig Dorte Knudsen

Formand for sundhedsudvalget Poul-Erik Svendsen valgtes som formand og næstformand i HS Margit Ørsted som næstformand.

Der har i 2003 været afholdt fire bestyrelsesmøder. På møderne har bestyrelsen taget stilling til Patientforsikringens budgetter, regnskaber og personalenormering m.v. samt drøftet en lang række

administrative spørgsmål, herunder sagsbehandlingstid samt generelle og principielle spørgsmål vedrørende patientforsikringslovens administration. Herudover har sekretariatet orienteret bestyrelsen om nogle få principielle enkeltafgørelser.

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

6.3. Patientforsikringens administration

6.3.1. Patientforsikringens medarbejdere pr. 15. juni 2004

Nedenstående oversigt viser Patientforsikringens medarbejdere pr. 15. juni 2004

Direktion

- Arne Grünfeld, direktør
- Ole Graugaard, sekretariatschef
- Martin Erichsen, kontorchef

Stabsfunktion

- Dorte Muusmann, IT-koordinator
- Helle Andersen, direktionsssekretær
- Jenny Gadebirk, receptionist
- Kristina Askjær, juridisk konsulent
- Lone A. Sand, receptionist
- Lotte Johnson, kontorvikar
- Margaret Nielsen, servicemedarbejder

- Margit Andersen, tilkaldevikar
- Svend Rubæk, servicemedarbejder
- Tina Gadebirk, servicemedarbejder
- Torben Fogh, kok
- Ulla Anderson, lægesekretær

Enhed 1

- Anne Gjerding, vicekontorchef
- Nina Barfred, fuldmægtig, cand.jur.
- Pia Boje, fuldmægtig, cand.jur.
- Rehman Butt, fuldmægtig, cand.jur.
- Stina Lind, fuldmægtig, cand.jur.
- Susanne Ricks, overassistent

- Michael R. Krogsgaard, overlæge, dr.med. (ortopædkirurgi)
- Ole Hart Hansen, overlæge, dr.med. (kir. gastroenterologi og kirurgi)
- Svend Schulze, adm. overlæge, dr.med. (kir. gastroenterologi og kirurgi)

Enhed 2

- Erik Asp Poulsen, vicekontorchef
- Anne Helene Rasmussen, fuldmægtig, cand.jur.
- Anne-Louise Zartow, fuldmægtig, cand.jur.
- Camilla Kirk, fuldmægtig, cand.jur.
- Jens Møller Tobberup, fuldmægtig, cand.jur.
- Betina Andersen, assistent

- Cai Frimodt-Møller, overlæge, dr.med. (urologi og kirurgi)
- Lars Ib Andersen, overlæge, dr.med. (thoraxkirurgi)

- Per Hildebrandt, klinikchef, dr.med. (medicin)
- Steen Mejdahl, overlæge (ortopædkirurgi)

Enhed 3

- Peter Jakobsen, vicekontorchef
- Christina Scavenius Borgfuldmægtig, cand.jur.
- Jens Odgaard, fuldmægtig, cand.jur.
- Kasper Gersmann, fuldmægtig, cand.jur.
- Liv Dyrhauge Klargaard, fuldmægtig, cand.jur.
- Tina Halvorsen, fuldmægtig, cand.jur.
- Tina Rømer Olsen, assistent
- Lars Bo Ebskov, overlæge (ortopædkirurgi)
- Marianne Juhler, overlæge, dr.med. (neurokirurgi)
- Michael Rud Lassen, overlæge (ortopædkirurgi)
- Ole Hamberg, adm. overlæge, dr.med. (mediciner)

Enhed 4

- Niels Hjortnæs, Vicekontorchef
- Anette A. Mathiesen, fuldmægtig, cand.jur.
- Anne-Louise Wedell-Wedellsborg, fuldmægtig, cand.jur.
- Lene Hannecke Olsen, fuldmægtig, cand.jur.
- Maria Bienkowski, fuldmægtig
- Susanne Gade Clausen, fuldmægtig, cand.jur.
- Natalie A. Henning, assistent

- Johannes E. Bock, professor, dr.med. (gyn. og obstetrik)
- Michel E.H. Boeckstyns, overlæge, dr.med. (ortopædkirurgi)
- Vibeke Henning, overlæge, dr.med. (oftalmologi)

Enhed 5

- Hans-Jørgen Dam, vicekontorchef
- Ann-Birgitte Holm Gregersen, fuldmægtig, cand.jur.
- Birgitte Frost, fuldmægtig, cand.jur.
- Charlotte R. Gransøe, fuldmægtig, cand.jur.
- Inger Tranberg, fuldmægtig, cand.jur.
- Mette Heurlin, fuldmægtig, cand.jur.
- Bettina Lund, overassistent
- Gitte Stenderup, assistent
- Flemming Gjerris, professor, dr.med. (neurokirurgi)
- Peter Rørdam, overlæge (karkirurgi)
- Poul Bretlau, professor, dr.med. (øre-næse-hals)
- Søren Solgaard, overlæge, dr.med. (ortopædkirurgi)

Enhed 6

- Helle Brammer, vicekontorchef
- Lasse Sveistrup, fuldmægtig, cand.jur.
- Mia Møllerup, fuldmægtig, cand.jur.
- Michael H. Steenberg, fuldmægtig, cand.jur.
- Ulla Juhl Singh, fuldmægtig, cand.jur.
- Janne Lund Enequist, assistent

Interne lægekonsulenter

- Bent Ebskov, dr.med.
- Jens Krogh Christoffersen, overlæge

Øvrige konsulenter

- Leif Kledal, tandlæge

Orlov

- Camilla Bang Lilleør, fuldmægtig, cand.jur.
- Susanne Malene Madsen, assistent

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. 15. juni 2004 var der 18 lægekonsulenter tilknyttet Patientforsikringen.

Herudover har Patientforsikringen tilknyttet 1 tandlægekonsulent, tandlæge Leif Kledal.

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

6.4. Administrationsaftaler

Patientforsikringens økonomifunktion, dvs. betalings-, bogholderi- og regnskabsfunktion, har i 2003 været varetaget af Deloitte.

Patientforsikringens lønadministration har i 2003 været varetaget af Kommunedata.

Det er bestyrelsens opfattelse, at Patientforsikringen fortsat har administrative fordele ved en udlicitering af disse funktioner.

6.5. Regnskab og budget

Foreningens virksomhed finansieres ifølge PFL § 12, stk. 2, af forsikringsselskaber, der tegner forsikring efter loven og selvforsikrende myndigheder.

Den nærmere fordeling af driftsudgifterne er fastlagt i foreningens vedtægter § 11. Heraf fremgår, "at udgifter til foreningens drift 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."

Det er således foreningen, der - på baggrund af oplysninger om præmie-

indtægterne hos forsikringsgiverne - skønsmæssigt fastsætter en præmie for de selvforsikrende myndigheder.

yderligere med ca. 400, således at det samlede antal anmeldelser vil udgøre 4.200.

Foreningens budget for 2003 blev godkendt på bestyrelsesmødet i september 2002 og indeholdt budgetterede udgifter på 47.007.000 kr. De samlede udgifter til patientforsikringsordningens (Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet) administration blev i 2003 ifølge regnskabet på i alt 51.904.915 kr. De samlede indtægter blev på 52.552.690 kr. Differencen på 647.775 kr. vil blive tilbagebetalt ved beregning af det endelige administrationsbidrag fra forsikringsselskaber og selvforsikrende. Patientforsikringens udgifter til driften af Patientskadeankenævnet udgjorde 14.899.462 kr.

I forbindelse med vedtagelsen af lov om erstatning for lægemiddelskader blev der indgået en administrationsaftale med Indenrigs- og Sundhedsministeriet om, at Patientforsikringen behandler anmeldelser efter loven mod betaling. Gebyret herfor udgjorde i 2003 knapt 2 mio. kr.

Patientforsikringens bestyrelse har i 2003 godkendt et budget for 2004 indeholdende samlede udgifter til administration af patientforsikringsordningen på godt 53 mio. kr.

Patientforsikringens budget for 2004 er fastlagt ud fra en forventning om, at antallet af anmeldelser i 2004 vil stige

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 optrykt 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 omfatter alle lægemidler, der er udleveret gennem apotek, sygehus, læge, tandlæge eller salgssted godkendt til salg af ikke apoteksforbeholdte håndkøbslægemidler.

7.2. Organisation

Lægemiddelskadeerstatningsordningen administreres af Patientforsikringen. Derved sikres det, at patienterne automatisk får vurderet sagen efter både lov om erstatning for lægemiddelskader og lov om patientforsikring. Det medfører en ensartet behandling af alle patienter, hvad enten skaden skyldes den lægelige behandling 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 Indenrigs- og 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 modtager, oplyser og afgør alle sager efter loven. Patientforsikringens afgørelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader kan ankes til Lægemiddelskadeankenævnet.

Anmeldelsen sker rent praktisk på to skadesanmeldelser – én, som udfyldes af patienten, og én, som udfyldes af det sygehus eller den læge (sundhedsperson), 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 er i høj grad de enkelte sundhedspersoner, der skal tage initiativ til, at skaderne bliver anmeldt, da de normalt har

bedst mulighed for at konstatere, om der er indtrådt en skade, som eventuelt kan erstattes.

Som det er beskrevet under afsnit 1.4.1, videregiver Patientforsikringen ikke oplysninger til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

7.3.2. Sagsoplysning

Sagsoplysningen følger stort set den procedure, der er beskrevet i afsnit 1.4.2. vedrørende behandling af sager anmeldt efter patientforsikringsloven.

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

7.3.3. Afgørelser

Efter LMSL § 18, stk. 2, har indenrigs- og sundhedsministeren bemyndiget Patientforsikringen til at træffe afgørelse i alle sager efter loven.

Selvom Patientforsikringen har karakter af en "privat" forening, finder forvaltningslovens regler om bl.a. aktindsigt, tavshedspligt og begrundelse anvendelse i lægemiddelskadesagerne, jfr. LMSL § 18, stk. 3.

7.4. Talmæssige oplysninger

Materialet vedrørende lægemiddelskader er stadig begrænset. Talmaterialet bygger derfor på alle lægemiddelsager fra lovens ikrafttræden den 1. januar 1996 til 31. december 2003.

7.4.1. Udviklingen i antallet af anmeldelser

I 2003 modtog Patientforsikringen 182 anmeldelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader, hvilket er 50 flere end i 2002.

Siden lovens ikrafttræden den 1. januar 1996 har der i alt været anmeldt 771 sager efter lov om erstatning for lægemiddelskader. Det forekommer, 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 efter både lov om erstatning for lægemiddelskader og efter lov om patientforsikring. På baggrund af årsagen til skaden vurderer Patientforsikringen, om sagen bliver registreret endeligt som en lægemiddelskade eller som en behandlingsskade.

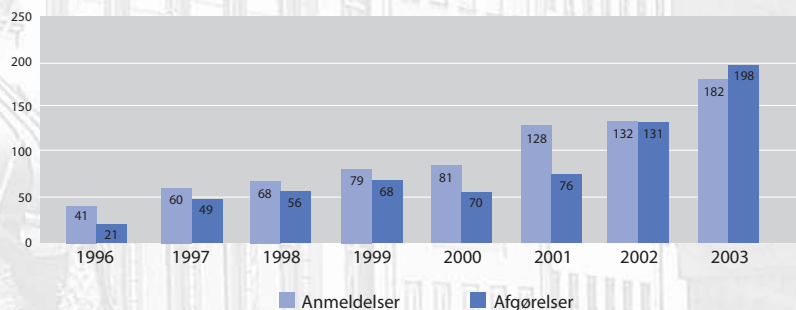
Patientforsikringen har pr. 31. december 2003 afgjort 669 sager efter lov om erstatning for lægemiddelskader.

Udviklingen i antallet af anmeldelser og afgørelser siden lovens ikrafttræden den 1. januar 1996 fremgår af figur 7.1.

Antallet af anmeldelser er forholdsvis lavt, men er dog steget en del siden 2000.

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 af et lægemiddel.

Figur 7.1. Udviklingen i antal modtagne anmeldelser og trufne afgørelser i perioden 1996-2003



Figur 7.2. Afgørelsestyperne efter lov om erstatning for lægemiddelskader

	1996-2002	1996-2002	2003	2003
AFGØRELSESTYPER	Antal	%	Antal	%
Anerkendelser	130	27,60	65	32,8
Før lovens ikrafttræden	49	10,40	12	6,1
Ikke fysisk skade	75	15,92	75	37,9
Ikke lægemiddel	2	0,42	-	-
Manglende effekt	1	0,21	-	-
Fejl eller forsømmelse	10	2,12	0	-
Ikke tilstrækkelig alvorlig skade	135	28,66	26	13,1
Forsøg (§ 1, stk. 2)	-	-	-	-
Ikke årsagssammenhæng	37	7,86	3	1,5
< 3.000	7	1,49	1	0,5
Diverse	25	5,31	16	8,1
I ALT	471	100,0	198	100,0

På baggrund af erfaringerne fra patientforsikringsloven forventer Patientforsikringen, at antallet af anmeldelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader vil stige yderligere.

7.4.2. Antallet af afgørelser og deres udfald

Af figur 7.1 fremgår det, at Patientforsikringen i 2003 traf 198 afgørelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader mod 131 året før.

Patientforsikringen har i perioden fra 1. januar 1996 til 31. december 2003 anerkendt 195 sager som erstatningsberettigende. Det fremgår af figur 7.1, at Patientforsikringen har truffet 669 afgørelser efter lov om erstatning for læ-

gemiddelskader i perioden. Af det samlede antal afgjorte sager er 29,15 % således anerkendt som erstatningsberettigende lægemiddelskader.

Som det ses af figur 7.2, har hovedårsagen til afvisning tidligere været, at skaden ikke var tilstrækkelig alvorlig i forhold til den grundsygdom, der blev behandlet. I 2003 var den primære årsag til afvisning, at der ikke var tale om en fysisk skade som følge af lægemidlet.

7.4.3. Tilkendte erstatningsbeløb

De samlede udbetalinger (ekskl. renter) efter lov om erstatning for lægemiddelskader siden 1. januar 1996 udgjorde ved udgangen af 2003 38,9 mio. kr. Alene i 2003 blev der udbetalt 17 mio. kr.

Figur 7.3. Tilkendt erstatning* i kr. fordelt efter udbetalingsår i perioden fra 1. januar 1996 til den 31. december 2003

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	I alt
0	91.105	1.348.845	620.575	4.650.167	4.245.651	10.983.520	17.021.917	38.961.780

*ekskl. renter

I 2003 blev der således tilkendt ca. 6 millioner mere end i 2002. Dette skal ses i forhold til, at der i 2003 blev anerkendt 10 sager flere i 2003 end i 2002. Desuden trådte den nye erstatningsansvarslov i kraft den 1. juli 2002, hvilket har medført højere erstatninger til de patienter, der er blevet påført skade efter denne dato.

7.4.4. Sagsbehandlingstiden

Ved udgangen af 2003 var sagsbehandlingstiden, dvs. tiden fra anmeldelse til afgørelse, 247 dage. For sager, der blev afgjort ved udgangen af 2002, var sagsbehandlingstiden på 341 dage. Der er således sket et fald i sagsbehandlingstiden på ca. 3 måneder i 2003.

7.5. Erstatningsgrundlag og afgørelser

7.5.1. Formål

Formålet med lov om erstatning for lægemiddelskader er at have en offentligt styret erstatningsordning, der giver

patienter mulighed for erstatning for skader forårsaget af egenskaber ved et lægemiddel i videre omfang end efter de almindelige produktansvarsregler og på en lettere og hurtigere måde for patienten.

For at opnå dette indeholder lov om erstatning for lægemiddelskader en ret detaljeret beskrivelse af, under hvilke betingelser og i hvilke situationer patienter kan få erstatning for skader forårsaget af et lægemiddel.

Lov om erstatning for lægemiddelskader opererer i lighed med PFL § 2, stk. 1, nr. 4, med et erstatningsgrundlag, hvorefter der kan gives erstatning ud fra et rimelighedssynspunkt, som bygger på, at skaden skal være relativt alvorlig set i forhold til 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 dette vil blive gennemgået kort.

7.5.2. 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.

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 personens sygdom. Det samme gælder for vævs-, organ- og vævsvæskedonorer. Til forsøgspersoner og donorer, der er omfattet af bestemmelsen, ydes også erstatning for psykisk skade.

Som følge af denne bestemmelse ydes der også erstatning til raske forsøgspersoner for psykiske skader.

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, tandlæge eller salgssted godkendt til salg af ikke apoteksforbeholdte håndkøbslægemidler i henhold til lægemiddelovens § 8, stk. 1.

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. Magistrelt fremstillede lægemidler og lægemidler, der efter forudgående tilladelse fra Lægemiddelstyrelsen 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, 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, tandlæge eller salgsted godkendt til salg af ikke apoteksforbeholdte håndkøbslægemidler.

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.

I tilfælde af fejl eller forsømmelser begået af en læge på et offentligt sygehus i forbindelse med ordination eller udlevering af lægemidlet vil skaden være omfattet af PFL § 2, stk. 1, nr. 1. (Efter lovudvidelsen pr. 1. januar 2004 gælder dette herefter også fejl eller forsømmelser begået af praktiserende læger m.v.)

Hvis der opstår skade som følge af fejl eller forsømmelse begået af apotekspersonalet i forbindelse med udlevering af lægemidler, 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 LMSL § 7 lempet 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 % sandsynlighed for, at lægemidlet er årsag til skaden.

Den centrale bestemmelse i LMSL er § 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.

Der ydes således 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.

Hvis skadens omfang skyldes, at patientens generelle helbredstilstand er dårlig, vil denne særlige modtagelighed tale imod en ret til erstatning. For så vidt

angår kriteriet om grundsygdommens alvor, er § 6 meget klar, men udover dette kriterium, som bivirkningens omfang skal afvejes imod, inddrages også patientens generelle helbredstilstand i afvejningen.

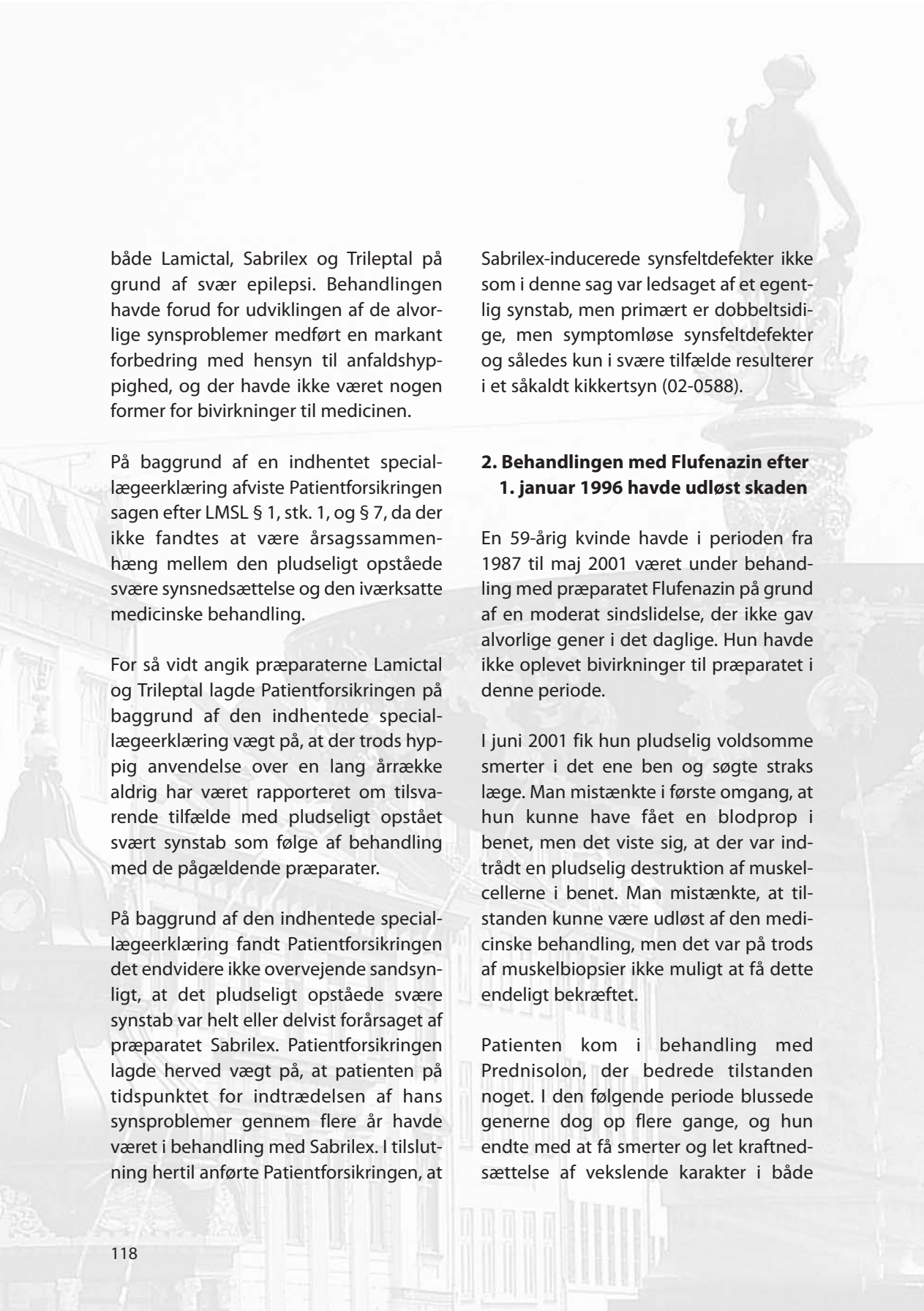
Til vurdering af, om Patientforsikringen lever op til intentionerne bag lov om erstatning for lægemiddelskader og giver erstatning i de situationer, der var forudsat fra lovgivers side, er det nødvendigt at se på nogle af de mere principielle og typiske afgørelser, der er truffet i beretningsperioden.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

7.5.3. 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. Pludseligt opstået, meget svær synsnedsettelse havde ikke sammenhæng med behandlingen med hverken Sabrilex, Lamictal eller Trileptal

En 19-årig mand udviklede pludselig svær synsnedsettelse og dobbeltsyn efter flere års medicinsk behandling med



både Lamictal, Sabrilex og Trileptal på grund af svær epilepsi. Behandlingen havde forud for udviklingen af de alvorlige synsproblemer medført en markant forbedring med hensyn til anfaldshypighed, og der havde ikke været nogen former for bivirkninger til medicinen.

På baggrund af en indhentet speciallægeerklæring afviste Patientforsikringen sagen efter LMSL § 1, stk. 1, og § 7, da der ikke fandtes at være årsagssammenhæng mellem den pludseligt opståede svære synsnedsættelse og den iværksatte medicinske behandling.

For så vidt angik præparaterne Lamictal og Trileptal lagde Patientforsikringen på baggrund af den indhentede speciallægeerklæring vægt på, at der trods hyppig anvendelse over en lang årrække aldrig har været rapporteret om tilsvarende tilfælde med pludseligt opstået svært synstab som følge af behandling med de pågældende præparater.

På baggrund af den indhentede speciallægeerklæring fandt Patientforsikringen det endvidere ikke overvejende sandsynligt, at det pludseligt opståede svære synstab var helt eller delvist forårsaget af præparatet Sabrilex. Patientforsikringen lagde herved vægt på, at patienten på tidspunktet for indtrædelsen af hans synsproblemer gennem flere år havde været i behandling med Sabrilex. I tilslutning hertil anførte Patientforsikringen, at

Sabrilex-inducerede synsfeltdefekter ikke som i denne sag var ledsaget af et egentlig synstab, men primært er dobbeltsidige, men symptomløse synsfeltdefekter og således kun i svære tilfælde resulterer i et såkaldt kikkertsyn (02-0588).

2. Behandlingen med Flufenazin efter 1. januar 1996 havde udløst skaden

En 59-årig kvinde havde i perioden fra 1987 til maj 2001 været under behandling med præparatet Flufenazin på grund af en moderat sindslidelse, der ikke gav alvorlige gener i det daglige. Hun havde ikke oplevet bivirkninger til præparatet i denne periode.

I juni 2001 fik hun pludselig voldsomme smerter i det ene ben og søgte straks læge. Man mistænkte i første omgang, at hun kunne have fået en blodprop i benet, men det viste sig, at der var indtrådt en pludselig destruktion af muskelcellerne i benet. Man mistænkte, at tilstanden kunne være udløst af den medicinske behandling, men det var på trods af muskelbiopsier ikke muligt at få dette endeligt bekræftet.

Patienten kom i behandling med Prednisolon, der bedrede tilstanden noget. I den følgende periode blussede generne dog op flere gange, og hun endte med at få smerter og let kraftnedsættelse af vekslende karakter i både

arme og ben samt betydeligt nedsat gangdistance.

Patientforsikringen fandt det overvejende sandsynligt, at muskelsygdommen var udløst af behandlingen med Flufenazin. Patientforsikringen fandt det endvidere overvejende sandsynligt, at sygdommen var udviklet som følge af behandlingen med præparatet i perioden efter den 1. januar 1996 og således efter ikrafttrædelsen af lov om erstatning for lægemiddelskader. Endelig fandt Patientforsikringen, at skaden var tilstrækkeligt alvorlig til anerkendelse efter § 6, idet hendes sindslidelse som ovenfor nævnt kun havde været moderat og således ikke invaliderende (02-1620).

3. Hjerter- og lungeskade som følge af behandling med Herceptin og Taxol var ikke alvorlig nok set i forhold til patientens meget alvorlige grundsygdom (brystkræft)

En kvinde sidst i 30'erne fik i januar 1998 fjernet det ene bryst på grund af brystkræft. Der var spredning til en enkelt glandel i armhulen, og hun modtog efter operationen både strålebehandling og kemoterapi. I løbet af 2000 blev der konstateret spredning af kræften til lungerne, der dog i en periode blev holdt nogenlunde i ro med kemoterapi. I starten af 2002 fik patienten imidlertid konstateret metastaser i både knoglesystemet

og leveren, og der opstod øget aktivitet i lungekræften.

Patienten kom i midten af maj 2002 i behandling med præparaterne Herceptin og Taxol. I løbet af behandlingen med præparaterne skete der en gradvis forværring af hendes lungefunktion, og hun måtte efterhånden sidde op og sove for at kunne få vejret. Behandlingen havde dog god effekt på kræftlidelsen. Behandlingen blev imidlertid stoppet, da det ultimo juli 2002 blev konstateret, at der nu også var begyndende hjertepåvirkning.

I september 2002 var patienten indlagt med væskeansamlinger omkring både hjerte og lunger, og også efter udskrivelsen var hun generet af nedsat hjerte- og lungefunktion. Man behandlede medicinsk, men patientens tilstand forværredes hurtigt, både som følge af hjerte-/lungepåvirkningen og som følge af kræftlidelsen. I november 2002 afgik patienten ved døden.

Patientforsikringen fandt det overvejende sandsynligt, at hjerte- og lungefunktionen var blevet nedsat som følge af behandlingen med de pågældende præparater. Patientforsikringen fandt dog ikke, at skaden var tilstrækkeligt alvorlig til at opfylde lovens krav, idet patientens tilstand var så kritisk, at hun måtte tåle stort set alle bivirkninger til den relevante medicinering. Sagen blev derfor afvist (02-2097).

4. Knudedannelse som følge af behandling med Zarator var mere, end patienten skulle tåle i forbindelse med behandling for forhøjet kolesterol

En 40-årig mand fik efter en mindre blodprop i hjertet konstateret forhøjet kolesterol i blodet, for hvilket han blev behandlet medicinsk. Han var ellers hjerteskadet og uden gener. Fra og med januar 2000 blev han behandlet med præparatet Zarator, hvilket havde god indvirkning på kolesteroltallet.

I juli 2000 rettede patienten henvendelse til sin egen læge, da der var opstået en øm knude i venstre bryst. Man valgte at se tiden an, men da knuden voksede og blev meget smertefuld, blev manden henvist til et sygehus, hvor man fandt indikation for at fjerne knuden. Denne viste sig at indeholde normalt væv.

I maj 2001 begyndte manden at få gener fra en knude i højre bryst. Han rettede igen henvendelse til sin læge, der igen henviste ham til et sygehus. Man fattede mistanke til, at knudedannelsen kunne være udløst af den kolesterolsænkende medicin, hvorfor patienten ophørte med medicinen. Herefter fortog de fleste af mandens gener sig, og han undgik dermed operation af knuden i højre bryst. Patienten havde dog efter indgrebet i

venstre bryst fået både lette smerter og føleforstyrrelser.

Patientforsikringen fandt det overvejen-
de sandsynligt, at knudedannelsen var
udløst af den medicinske behandling, og
sagen blev på trods af den begrænsede
skade anerkendt under henvisning til
patientens relativt harmløse grundlidelse
i form af forhøjet kolesterol (02-3168).

5. Mulig tandskade som følge af behandling med Thycapzol blev ikke anerkendt

En 33-årig kvinde kom i september 1998
i behandling med præparatet Thycapzol,
idet man vurderede, at hun havde en for-
styrrelse i skjoldbruskkirtlens funktion.
Hun blev herefter fulgt regelmæssigt
med blodprøver, og man reducerede
dosis, efterhånden som stofskiftet norma-
liseredes. I november 1999 var stofskiftet
acceptabelt, og behandlingen ophørte.

Fra sommeren 2000 gennemgik patien-
ten flere omfattende tandlægebehand-
linger, og hun anmeldte sagen efter lov
om erstatning for lægemiddelskader,
idet hun mente, at hendes dårlige tand-
status var udløst af behandlingen mod
forhøjet stofskifte.

Patientforsikringen afviste sagen med den begrundelse, at det ikke fandtes overvejende sandsynligt, at behandlingen havde udløst de omfattende tand-skader, særligt da behandlingen kun havde stået på i et år. Patientforsikringen fandt dog, at patientens i forvejen dårlige tandstatus kunne være let forværret som følge af behandlingen, idet præparatet i sjældne tilfælde medfører mundtørhed, der igen medfører let øget risiko for caries. Patientforsikringen fandt dog ikke, at en eventuel let forværring af patientens dårlige tandstatus havde udsat hende for mere, end hun med rimelighed måtte tåle (03-0379).

7.6. Særlige problemstillinger

7.6.1. Slankemidlet Letigen

Slankemidlet Letigen gav i efteråret 2002 anledning til en del debat i medierne på grund af mistanke om alvorlige bivirkninger. I den anledning forbød Lægemiddelstyrelsen salg af Letigen den 21. november 2002.

Patientforsikringen har herefter modtaget i alt 44 anmeldelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader vedrørende Letigen. Pr. 1. april 2004 er 13 af disse sager anerkendt efter § 6 i lov om erstatning for lægemiddelskader.

De anerkendte sager drejer sig om patienter, der har fået alvorlige skader på grund af blodpropper i hjertet eller hjernen, mens de var i behandling med Letigen. På grundlag af en lægelig vurdering af sagerne har Patientforsikringen fundet, at blodpropperne mest sandsynligt kan tilskrives behandlingen med Letigen.

Der findes ingen større undersøgelser, der påviser en sammenhæng mellem blodpropper og Letigen, hvorfor Patientforsikringens afgørelser alene beror på, at indholdsstofferne (ephedrin og koffein) i flere samstemmende udenlandske undersøgelser er sat i forbindelse med blodpropper. Skaderne er dog uhyre sjældne. Disse sjældne og alvorlige bivirkninger opfylder betingelserne for erstatning i § 6 i lov om erstatning for lægemiddelskader.

Det er således Patientforsikringens udgangspunkt, at patienter, der har fået en blodprop, mens de var under behandling med Letigen, vil kunne opnå erstatning, hvorimod patienter med andre symptomer, herunder blodpropper, der er indtrådt efter afsluttet behandling, og psykiske lidelser, ikke vil kunne opnå erstatning. Afgørelserne vil dog altid bero på en konkret vurdering, idet den overvægt, som Letigen er givet for, i sig selv forøger risikoen for blodpropper.

7.6.1.1. Eksempler på afgørelser i Letigen-sager

1. Blodprop i hjernen opstået samtidig med behandling af Letigen, anerkendt efter § 6

En 30-årig kvinde havde siden 1996 taget Letigen i perioder på grund af overvægt. I midten af juni 1999 genoptog hun behandlingen. Den 2. juli 1999 blev hun akut indlagt på et sygehus med venstresidig lammelse, hovedpine, synspåvirkning og opkastninger. Der blev taget CT-scanning, som ikke viste tegn til blødning, men da der var mistanke om blodprop, blev hun overført til et større sygehus. Her tog man en CT-scanning, som bekræftede, at der var tale om en blodprop i hjernen.

Da der forelå dokumentation for, at kvinden tog Letigen på det tidspunkt, hvor blodproppen opstod, anerkendte Patientforsikringen sagen efter LMSL § 6 (02-2394).

2. Blodprop i hjernen opstået lang tid efter indtagelse af Letigen, afvist efter § 1, stk. 1 og § 7

En 47-årig mand fik i januar 2000 ordineret Letigen på grund af overvægt. Behandlingen ophørte i marts 2001. I september 2001 blev han akut indlagt på et sygehus med hovedpine og ordmobiliseringsbe-

svær. Der var også lammelse i ansigtet og usikkerhed af højre ben. Det viste sig, at han havde fået en lille blodprop i hjernen.

Da blodproppen var opstået flere måneder efter, at han var ophørt med at tage Letigen, fandt Patientforsikringen det ikke overvejende sandsynligt, at Letigen var årsagen til blodproppen. Sagen blev derfor afvist efter LMSL § 1, stk. 1, og § 7 (03-1559).

7.6.2. 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 LMSL § 16, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet indtræder i patien-

tens krav mod lægemiddelproducenter og mellemhandlere i henhold til lov om produktansvar.

I sager, hvor Patientforsikringen træffer afgørelse om, at en fysisk skade er forårsaget ved brug af et lægemiddel, afgiver Patientforsikringen samtidig en udtalelse til Indenrigs- og Sundhedsministeriet om statens muligheder for at søge regres i henhold til lov om produktansvar, jfr. § 2, stk. 3, i bekendtgørelse nr. 1156 af 20. december 1995.

Patientforsikringen har i næsten alle sager vurderet, at der ikke har været mulighed for at gøre regres mod producenten og mellemhandleren. Dette skyldes, 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).

I to sager vedrørende slankemidlet Isomeride samt i sagerne vedrørende slankemidlet Letigen har Patientforsikringen dog vurderet, at der var mulighed for at søge regres efter lov om produktansvar. Disse sager er anerkendt efter LMSL § 6, og patienterne har fået erstatning.

I den ene Isomeride-sag har Kammeradvokaten vurderet, at der ikke var grundlag for at rejse et krav efter produktansvarsreglerne mod producenten. Den anden sag verserer ved Østre Landsret. For så vidt angår Letigen-sagerne, er disse nu til vurdering hos Kammeradvokaten.

8. The Danish Patient Insurance System

8.1. Background for the Danish Patient Insurance Act

8.1.1. The Culpa System

Before the Patient Insurance Act was introduced in Denmark, patients' possibilities of obtaining damages for injuries caused by treatment were governed by the non-statutory principle of liability – the principle of fault known as the culpa principle. In accordance with this principle, the physician was only liable for the injury sustained (if he was guilty of causing the injury, i.e.) if the injury was a result of a negligent act or omission by the physician.

The culpa principle stems from Roman law and has two principal objects: to seek to redress the injury by making the tortfeasor liable for his acts vis-à-vis the injured party and to have a preventive effect on the tortfeasor and other potential tortfeasors in relation to their future conduct.

Up through the 70s and 80s, it became increasingly clear that a culpa principle, which imposes on the patient the onus of proof of the physician's negligence and of a correlation between the physician's negligence and the injury sustained was inexpedient for patient injuries. In particular, it had turned out to be virtually impossible for injured parties to acquire a right to damages for devel-

opmental injuries, i.e. injuries where the treatment method applied subsequently turned out to have unforeseen harmful properties.

To this was added that neither of the two primary objects of the culpa principle, *redress* and *prevention* seems to have been met in the cases in which a notice of claim was filed with the insurance companies of the hospitals.

8.1.2. Redress

Studies of notices of claim filed under the third party liability insurance policies of the hospitals from the period before the commencement of the Danish Patient Insurance Act show that approx. 250 such claims were filed in Denmark p.a. In comparison, 3,789 notices of claim were filed with the Danish Patient Insurance Association in 2003, i.e. more than ten times as many. The low number of filed claims before the Danish Patient Insurance Act came into force shows that one of the objects of the culpa principle, i.e. redress, was only taken into account to a very limited extent in patient injury cases.

8.1.3. Prevention

Nor was the other object of the culpa principle, i.e. to have a preventive effect

on the tortfeasor and other parties in connection with their future acts, particularly well served in the area of patient injuries before the Danish Patient Insurance Act.

In accordance with Danish law, the employer (the hospital authority) and not the individual physician are liable for injuries caused unless the injury was caused with intent or by gross negligence. As the hospital authority had often insured itself against this risk by taking out third party liability insurance, it was, in effect, the insurance company of the hospital authority that was liable for any injury and not the hospital authority itself or the physician. Such a system was hardly any particular deterrent for the physician.

8.2. The Insurance Scheme in Outline

As there were consequently not many reasons for maintaining the culpa liability for patient injuries and as there was a political trend towards a desire to extend injured patients' possibilities of obtaining damages, the legislature looked to our Nordic neighbours for inspiration for the introduction of an actual patient insurance scheme.

The aim of such a scheme was to ensure the patient of quicker and easier access

to damages. This was to be achieved through the extension of the access to damages in relation to the general law of damages and through the establishment of a publicly regulated patient insurance system.

Extensive committee work resulted in a bill, which was passed by the Folketing, the Danish Parliament, and put into effect on 1 July 1992.

The scheme that was put into effect with the passing of the Act consists of the following in broad outline:

- An insurance scheme under which insurance is taken out by the hospital authority. The insurance may either be taken out with an insurance company or the hospital authority may choose to be a self-insurer.
- The insurance companies involved and the self-insuring authorities form a joint association, the Patient Insurance Association, or, in ordinary parlance, the Patient Insurance, which examines and decides all cases in accordance with the Act.
- The Patient Insurance's physicians and legal experts must be impartial in their handling of the cases so that the patient does not require legal assistance.

- Furthermore, a public appeals body is set up to which all the decisions of the Patient Insurance in accordance with the Act may be appealed.
- It is no longer a condition that the injury has been caused by a negligent or intentional act on the part of the physician. Also accidental injuries are covered if special conditions are met.
- Finally, the procedural system for the patient is changed, as the onus of proof is made less stringent for the patient, and the cases bypass the courts of first instance, which shortens the overall case handling period.

8.3. Limitations in the Scope

8.3.1. Only Treatments at Public Hospitals (only injuries sustained before 1 January 2004)

Unlike the schemes known from the other Nordic countries, the Danish Patient Insurance Act does not cover injuries to patients caused by physicians and specialists in general practice or injuries caused by treatment in private hospitals and clinics.

All injuries sustained 1 January 2004 or later are, however, now covered by the scope if the treatment was performed by an authorized health care professional.

8.3.2. Only Injuries Caused by Examination and Treatment

A major limitation in the scope of the Act follows from the requirement for a causal relation, as only injuries caused by examination, treatment and the like and accidents which occur in connection with the course of treatment are covered by the scope of the Act. Injuries resulting from the patient's underlying disease fall outside this scope.

In practice, the limitation means that, for example infections in open fractures are not covered by the Act, as they are not in all probability caused by the treatment. Likewise, patients who die as a result of a heart condition during hospitalisation without this being connected with the hospital treatment will fall outside the scope of the Act.

Finally, the requirement that the injuries must be treatment related also shows that the patient insurance scheme is not a guarantee scheme, as any discomfort, which remains despite relevant treatment, is not covered by the Act. In other words, damages cannot be paid under the Danish Patient Insurance Act simply because the treatment does not have the expected effect.

The limitation is also of importance in connection with the calculation of damages for recognised injuries, as damages

are only paid for the additional injury, which has been caused by the treatment.

8.3.3. Only Physical Injuries (only injuries sustained before 1 January 2004)

In connection with the passing of the Danish Patient Insurance Act, mental injuries were kept outside the scope of the Act. The principal reason for this was that the legislature found that it would be difficult to delimit the consequences of the underlying disease from the consequences of such injuries, and that it would also be difficult to evaluate which of the patient's disorders were merely a consequence of the treatment not having had the expected effect.

For injuries sustained 1 January 2004 or later the scope is now extended to cover mental injuries caused by the treatment.

The violation of the patient's rights when the physician has failed to obtain informed consent prior to the treatment cannot be regarded as an injury and consequently does not entitle the patient to damages under the Act.

Finally, damage to objects and property also falls outside the scope of the Act.

8.3.4. Other Limitations

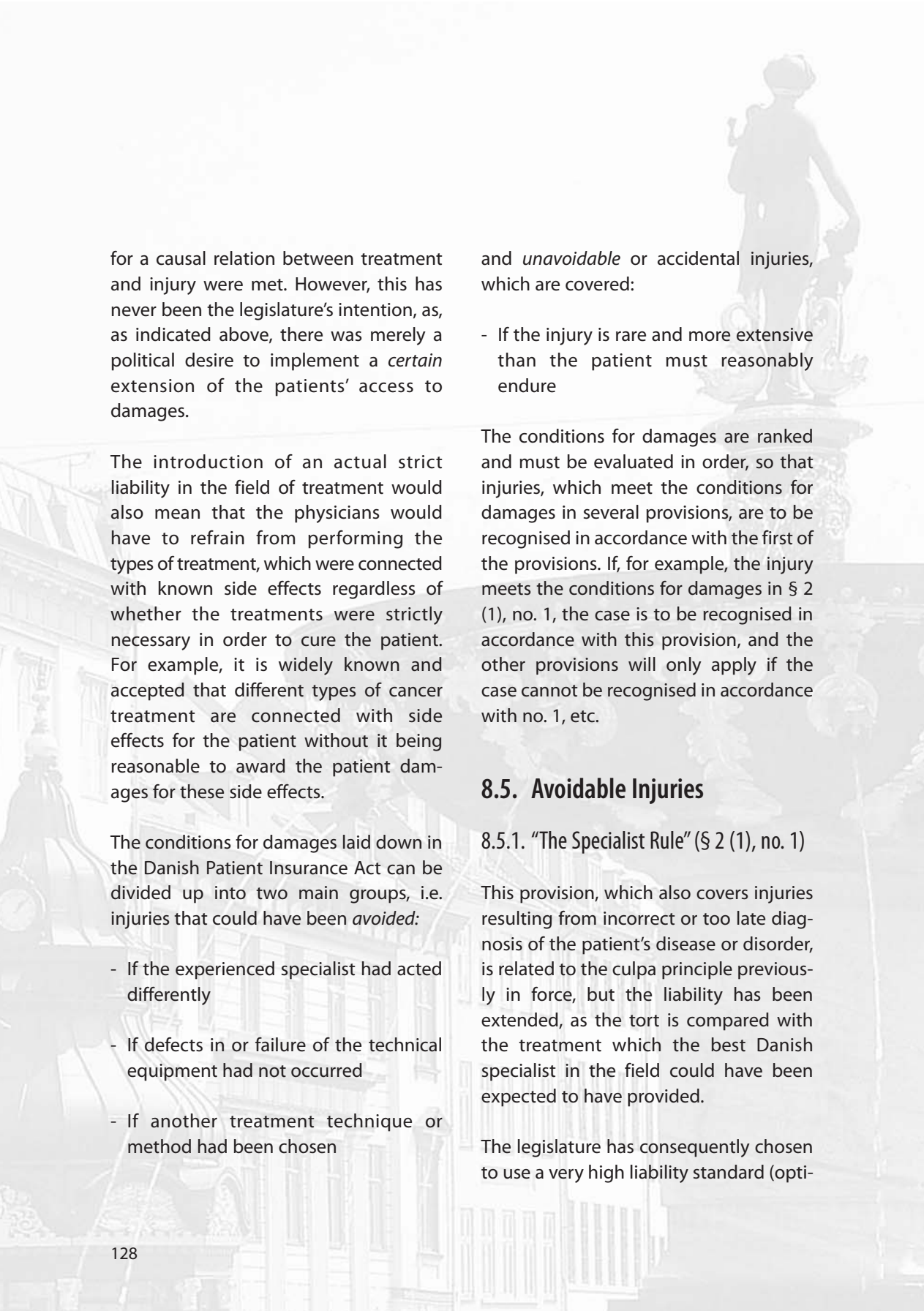
Pharmaceutical injuries are only covered by the Danish Patient Insurance Act to the extent to which the side-effect could have been avoided in accordance with the rules in § 2 (1), nos. 1-3, of the PIA. However, it will sometimes be possible to obtain damages for such injuries in accordance with the rules of the Danish Act on Damages for Pharmaceutical Injuries, which is also administrated by the Patient Insurance.

The commencement provision can be mentioned as an example of other more technical limitations in the scope of the Act. In accordance with this provision, only injuries, which have been sustained after the commencement of the Act on 1 July 1992, are covered by the Act.

Finally, it is a condition for becoming entitled to damages that the total amount of the damages exceeds the minimum limit of DKK 10,000 stipulated in the Act.

8.4. Conditions for Damages

If the basic conditions in the Danish Patient Insurance Act have been met, the injury must also meet one of the conditions for damages laid down in § 2 of the Act. Otherwise, there would be strict liability if merely the requirement



for a causal relation between treatment and injury were met. However, this has never been the legislature's intention, as, as indicated above, there was merely a political desire to implement a *certain* extension of the patients' access to damages.

The introduction of an actual strict liability in the field of treatment would also mean that the physicians would have to refrain from performing the types of treatment, which were connected with known side effects regardless of whether the treatments were strictly necessary in order to cure the patient. For example, it is widely known and accepted that different types of cancer treatment are connected with side effects for the patient without it being reasonable to award the patient damages for these side effects.

The conditions for damages laid down in the Danish Patient Insurance Act can be divided up into two main groups, i.e. injuries that could have been *avoided*:

- If the experienced specialist had acted differently
- If defects in or failure of the technical equipment had not occurred
- If another treatment technique or method had been chosen

and *unavoidable* or accidental injuries, which are covered:

- If the injury is rare and more extensive than the patient must reasonably endure

The conditions for damages are ranked and must be evaluated in order, so that injuries, which meet the conditions for damages in several provisions, are to be recognised in accordance with the first of the provisions. If, for example, the injury meets the conditions for damages in § 2 (1), no. 1, the case is to be recognised in accordance with this provision, and the other provisions will only apply if the case cannot be recognised in accordance with no. 1, etc.

8.5. Avoidable Injuries

8.5.1. "The Specialist Rule" (§ 2 (1), no. 1)

This provision, which also covers injuries resulting from incorrect or too late diagnosis of the patient's disease or disorder, is related to the culpa principle previously in force, but the liability has been extended, as the tort is compared with the treatment which the best Danish specialist in the field could have been expected to have provided.

The legislature has consequently chosen to use a very high liability standard (opti-

mus vir) for any treatment or examination at Danish hospitals. If the patient sustains an injury as a result of the treatment not having followed the best specialist standard, he will, as a general rule, be entitled to damages for the injury sustained.

However, the physical setting of the treatment must be taken into account, and if the injury is a result of limitations in, for example, hospital equipment due to a shortage of resources, it will not trigger damages. However, this is not the case if the injury is the result of a lack of medical expertise, as the evaluation under the specialist rule is based on the assumption that the best possible expertise is available in connection with any treatment provided or examination performed in the public hospital system.

Total result argumentation must not be used in connection with the evaluation, and the evaluation must, therefore, only be based on whether the best specialist in the field in question would, under the same circumstances, have provided a different treatment by which the injury would, in all probability, have been avoided. Only the examinations and treatments, which the experienced specialist would have implemented, are consequently to be included in the consideration, and knowledge acquired after the time of treatment must not be taken into

consideration in connection with the evaluation of whether the patient is entitled to damages in accordance with the specialist rule.

All levels in the course of treatment must meet the best specialist standard. The provision consequently not only covers the treatment itself but also the initial examinations and subsequent patient supervision and control. For example, the medical judgement of the requirement for supervision and treatment must also meet the best specialist standard.

The treatments, which may entitle a patient to damages in accordance with the specialist rule, are any type of injury, which has been caused because the treatment has deviated from recognised guidelines.

One example of such deviation from an optimal standard of treatment is patients who are operated on for a slipped disk, but where, because no radioscopy is performed during the operation with a view to determination of level, the operation is performed at a level at which there is no slipped disk.

As the treatment has deviated from the optimal standard of good care, the patient will be entitled to damages for the discomfort caused as a result of the operation at the wrong level and the

prolongation of the period of illness, which this entails.

Injuries caused by erroneous diagnosis are a subgroup of the specialist rule, but deviate from other patient injuries by the damages often being paid for the consequences of the patient's underlying disease and not for injuries sustained by the patient in connection with the treatment.

Treatment omissions will often be the result of the patient's disease having been overlooked despite his relevant symptoms. An example of such a situation is a patient who, despite symptoms of cancer, is not given the relevant examination, as a result of which the treatment is delayed with a consequent poorer recovery prognosis.

An erroneous diagnosis may also be caused by a mix-up of laboratory samples, which means that the patient will undergo unnecessary treatment with, for example, chemotherapy or radiation therapy. It will also be possible to obtain damages for such unnecessary treatments.

8.5.2. "The Equipment Rule" (§ 2 (1), no. 2)

The provision entitles the patient to damages for injuries caused by defects in or failure of the technical equipment

used in the course of treatment. The concept of equipment is wide, as it covers not only various measuring equipment, anaesthesia equipment, etc., but also mechanical implants and prostheses of synthetic material regardless of whether their purpose is to replace or support the patient's own organs. However, injuries caused by the failure of biological donor organs are not covered by the provision.

The delimitation in relation to the specialist rule in § 2 (1), no. 1, of the PIA means that injuries caused by incorrect use of the equipment will be covered by § 2 (1), no. 1, whereas injuries caused by a lack of maintenance of the equipment or equipment failure are to be evaluated in accordance with § 2 (1), no. 2, of the PIA. The cover of injuries caused by a lack of maintenance means that the patient may be awarded damages in accordance with § 2 (1), no. 2, without this requiring an extensive investigation of who was responsible for the maintenance and functional performance of the equipment in the situation in question.

As Danish product liability rules are based on an EU Directive, which Denmark, as a Member State, has incorporated in Danish law, the Danish Product Liability Act applies concurrently with the equipment rule in the Danish Patient Insurance Act.

In practice, this means that, instead of filing a notice of claim with the Patient

Insurance, the patient may choose to bring the claim against the producer or subsequent middlemen. This option is, however, of a more theoretical than practical nature, as it will normally be easier to succeed in a claim brought in pursuance of the rules of the Danish Patient Insurance Act.

For the patient insurance company, the possibility of cover under the Danish Product Liability Act means that the company will have a right of recourse against the producer or subsequent middlemen in accordance with the Danish Product Liability Act for the damages paid in accordance with the Danish Patient Insurance Act.

One example of an equipment failure is defects in measuring instruments, which have resulted in death in some cases in connection with the use of anaesthesia equipment. But also equipment failures, which results in breaks of crutches and breakdowns of wheel chairs and consequently in injuries to the patient will give the patient this right to damages.

The provision has also been used to recognise injuries caused by the use of Boneloc cement. This Danish-developed prosthesis cement had the defect that the cement quickly crumpled so that the cemented prostheses came loose and a second operation became necessary.

8.5.3. "The Alternative Rule" (§ 2 (1), no. 3)

The last option of having an avoidable injury covered is if, based on a retrospective evaluation, the injury would have been avoided if another equal treatment technique or method had been used.

Unlike the evaluation in accordance with the specialist rule in § 2 (1), no. 1, of the PIA, a retrospective evaluation is adopted in connection with the evaluation in accordance with the alternative rule in § 2 (1), no. 3, as, based on the end result of the treatment and the knowledge of the course of treatment, it is evaluated whether the injury could, in all probability, have been avoided by the use of the alternative technique or method.

It is a condition for injuries to be recognised under the alternative rule that the equal alternative treatment method or technique was available at the time of the treatment. Treatment methods, which may have been developed after the time of treatment, consequently cannot be taken into consideration.

The provision gives patients the possibility of obtaining damages for injuries, which have been caused by the physician's choice in those situations in which the physician had an actual choice, at the time of the treatment,

between two treatment methods or techniques, which were both equally effective for curing the patient. However, it is still a condition that the injury would, in all probability, have been avoided if the alternative technique or method had been used.

As previously mentioned, damages may be paid under the alternative rule for side-effects of drugs if there was another equal treatment method, for example surgical, which could have been used with the result that the injury would, in all probability, have been avoided. However, the alternative rule does not apply in those situations in which the choice of treatment was between two kinds of medical treatment and the injury only could have been avoided if the other medical treatment had been used.

The provision's requirement that an alternative equal treatment method or technique must have been regarded as equal also at the time of treatment limits its application to such an extent that it is only used in the Patient Insurance's decisions on very few occasions a year.

In particular within orthopaedic surgery, there are treatment alternatives where the choice may be between different forms of fixation material or between internal and external fixation, and, therefore, the rule is most often used within this field.

The rule may also be used for injuries, which are caused in connection with the treatment of certain brain tumours, as such tumours may sometimes be treated either surgically, medicinally or by radiation therapy with an equally good result. If, in connection with the treatment, the patient suffers a serious radiation injury, he would often have been better off, based on a subsequent assessment, if a decision had instead been made to treat the tumour medicinally or to remove it surgically.

8.6. Unavoidable Injuries

8.6.1. "The Endurability Rule" (§ 2 (1), no. 4)

The endurance rule functions as a kind of catch-all rule in the patient insurance system, and the application of the rule is therefore best defined negatively. The rule applies to treatment injuries which could not have been avoided in accordance with the provisions in § 2 (1), nos. 1-3, of the PIA, i.e. could not have been avoided by a better treatment, by the use of better equipment or by the use of another equal treatment technique or treatment method.

The central condition for damages to be payable under the provision is that the extent of the injury must exceed the level which the patient must reasonably endure. In connection with this weighing, importance must be attached to the

relative seriousness of the injury and to the risk of its occurrence. An injury must be both relatively serious and rare for its occurrence to entitle the patient to damages under the provision.

Relative Seriousness

In connection with the evaluation of the relative seriousness of the injury, a weighing must be made of the seriousness of the sustained injury on the one hand and the seriousness of the disease for which the patient was treated on the other hand, including the extent of the necessary treatment and the risks connected with the treatment.

The greater the seriousness of the patient's disease, the more extensive the necessary treatment is, and the greater the risks connected with this, the more severe the treatment injuries which the patient must endure without damages.

The consequence of this criterion is that some diseases such as certain brain and heart diseases and certain cancer diseases are so serious and the treatment connected with such great risks of side-effects that any unavoidable treatment injury must be endured by the patient without damages.

The seriousness of the basic disease must be evaluated on the basis of a total result argumentation, which means that injuries resulting from diagnostic

examinations, which subsequently show that the patient was healthy, will normally meet the requirement for relative seriousness.

Rarity

The notion behind the application of this criterion is that the greater the risk of the occurrence of the injury, the greater the possibility for the patient to take its occurrence into account. Injuries, which occur so frequently that they have been taken into account in connection with the consideration of treatment, must therefore be endured by the patient without damages.

In connection with the evaluation of the rarity of the injury, any risk-increasing factors in patients such as overweight, diabetes, etc. must be taken into account. The Patient Insurance uses the general rule of thumb that a concrete injury meets the rarity criterion if it occurs in less than 2% of equivalent patients who undergo the same treatment.

The durability rule is often used on treatment related infections, but only if the infection evaluated on the basis of a total result argumentation, exceeds the level of what the patient must endure without damages.

8.7. Special Conditions for Damages

The Danish Patient Insurance Act contains special lenient conditions for damages for donors and healthy subjects. The reason for these lenient conditions is that persons who volunteer to help others deserve particularly easy access to damages.

Injuries caused by an accident connected with the patient's treatment and stay in hospital that was not an outcome of the treatment itself is also covered by the Act. The evaluation of liability is, however, made in accordance with the general liability rule of Danish law – the culpa principle – and the right to damages therefore requires that the fault lies with the hospital.

8.8. Key Figures for the Patient Insurance

As the below figure 1 shows, the number of notices of claim filed with the Patient Insurance has increased constantly from 178 notices of claim in 1992 to 3.789 notices of claim in 2003.

In 2003, the Patient Insurance made 3.704 decisions in accordance with the Danish Patient Insurance Act, and 1.580 patients, equivalent to 42,6 %, were found entitled to damages.

The accepted notices of claim in 2003 were distributed on the various provisions for damages as shown in figure 2.

Figure 1. Notices of claim in the years 1992 to 2003.

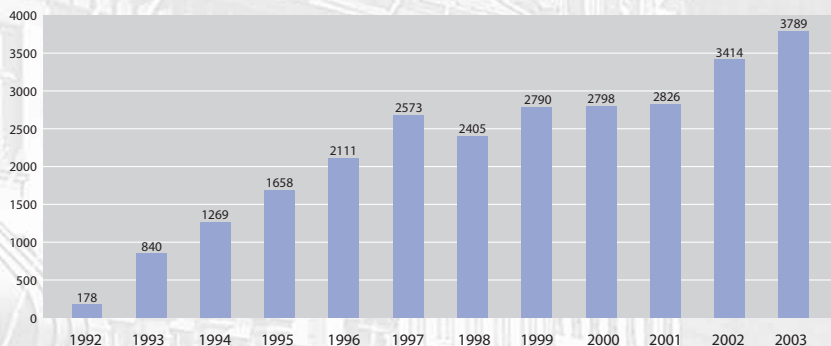


Figure 2. Decision types in accordance with the Danish Patient Insurance Act.

DECISION TYPE	%
§ 2 (1), no. 1 (the specialist standard)	20,9
§ 2 (1), no. 2 (equipment failure)	0,8
§ 2 (1), no. 3 (alternative technique/method)	0,9
§ 2 (1), no. 4 (the reasonability rule)	18,3
§ 3 (2) (accidents)	0,4
§ 4 (1) (donors and subjects)	1,3
Entitled to compensation (total)	42,6
Not entitled	47,5
Outside field and scope	9,9
TOTAL	100,0

Figure 3. Awarded damages* distributed on year of payment in the period from 1 July 1992 to 31 December 2003.

1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	TOTAL PAID
5.7	21.8	65.3	83.5	101.0	114.1	127.8	130.0	205.6	224,4	272,9	1.352,1

* in millions DKK, excl. interests

As shown in figure 3, payments of damages to patients have also increased constantly from 1 July 1992 to 2003, when damages of approx. DKK 272,9 million were paid.

Finally, as a result of the ever-increasing number of notices of claim, the costs for the administration of the Patient Insurance and the Patient Injury Appeals Board have also increased since the commencement of the Act and amounted to approx. 51,9 million DKK in 2003.

8.9. The Appeals System

The decisions of the Patient Insurance may be appealed against to the Patients Injury Appeals Board within 3 months. The Patient Injury Appeals Board is a public appeals body, the chairman of which is a judge. The other members of the Appeals Board consist of physicians, consumer representatives and representatives from the insured counties.

The decisions of the Patient Injury Appeals Board may be appealed against to the Danish High Court within 6 months.

8.10. Conclusion

The principal object of the patient insurance scheme, i.e. to facilitate patients' access to obtain damages for treatment injuries, seems to have been met with the introduction of the Danish Patient Insurance Act. After the Act has now been in force for nearly 11 years, the number of notices of claim has reached a level which means that damages are paid out annually to approx. fifteen times as many patients as was the case before the commencement of the Act.

There may be many reasons why patients did not bring claims for damages against physicians prior to the commencement of the Danish Patient Insurance Act. One important prerequisite for a patient to be able to bring a claim for damages is that he is aware that he has sustained an injury and that the injury is due to an act or omission on the part of the treating staff.

Except for a few very clear-cut cases, such knowledge will require that the patient is notified of the injury and its cause by the physician or others with medical insight. Such notification by the physician has difficult conditions if it becomes the cause of a subsequent action brought by the patient against the physician with the objective of proving that the physician has shown culpable conduct.

With this in mind, in connection with the considerations regarding the wording of the Danish Patient Insurance Act, it was found to be essential to create such an acceptance of the scheme in the hospital system that the physicians could be expected, of their own accord, to advise patients on the possibility of filing a notice of claim when an injury had been sustained.

The main tool for meeting this objective has been clearly to separate the issue of damages from the complaints system by letting these two different case types be handled by separate administrative systems. In Denmark, complaints against medical staff are heard by the Patient Complaints Board, which has no knowledge whatsoever of the claims for damages which are being dealt with by the Patient Insurance.

This separation of the complaints system and the damages system means that a patient counsellor has now been employed at all Danish hospitals. The patient counsellor helps and advises patients about their rights to and possibilities of obtaining damages. At the same time, the Patient Insurance is experiencing great co-cooperativeness on the part of the physicians and hospitals involved. One example of this is that the hospitals sometimes report the injury themselves before the Patient Insurance receives a notice of claim from the patient.

Finally, the concern expressed by a number of politicians that the costs for a patient insurance scheme would spiral out of control must be said to have been shown to be groundless. The total expenses for the scheme still only amount to approx. 3 per mille of the total annual hospital expenses in Denmark. On the face of it, this seems to be a modest price to pay for giving patients greater security during the course of treatment and removing a large part of the criticism previously aimed at the hospitals and physicians.

Lovbekendtgørelse 1997-03-24 nr. 228 om patientforsikring,

som ændret ved L 1999-06-02 nr. 395, L 2002-03-25 nr. 145 og L 2003-06-10 nr. 430

Kap. 1. Erstatningsomfang Dækningsområde

§ 1. Der ydes erstatning efter reglerne i denne lov til patienter eller efterladte til patienter, som her i landet påføres skade i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende, som er foretaget

- 1) på sygehus eller på vegne af dette,
- 2) af sundhedspersoner og andet personale som led i den præhospitale indsats efter sygehusloven,
- 3) af autoriserede sundhedspersoner ansat i amtstandplejen og under de kommunale sundhedsordninger eller på vegne af disse,
- 4) på universiteternes tandlægekoler,
- 5) af privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner,
- 6) af læger, der uden at være privatpraktiserende foretager vaccination i henhold til lov om tilbud om gratis vaccination mod visse sygdomme, eller
- 7) af læger, der uden at være privatpraktiserende virker som vagtlæger.

Stk. 2. Med patienter sidestilles personer, der deltager i biomedicinske forsøg, der ikke indgår som led i diagnostik eller behandling af persons sygdom. Det samme gælder for donorer, hvorfra der udtages væv og andet biologisk materiale.

Stk. 3. Loven gælder tillige for patienter, der modtager vederlagsfri behandling eller tilskud til behandling på sygehuse, klinikker m.v. i udlandet efter lov om sygehusvæsenet.

Stk. 4. Sundhedsministeren fastsætter regler om, hvilke områder der efter stk. 1-3 nærmere er omfattet af loven.

Stk. 5. Indenrigs- og sundhedsministeren kan henlægge behandlingen af sager efter loven helt eller delvis til en privat institution. Indenrigs- og sundhedsministeren indgår i så tilfælde de nødvendige aftaler herom.

Stk. 6. Henlægger indenrigs- og sundhedsministeren behandling af sager efter loven til en privat institution, finder forvaltningsloven anvendelse for institutionens virksomhed.

Stk. 7. Henlægger indenrigs- og sundhedsministeren sine beføjelser efter stk. 5 til en privat institution, kan indenrigs- og sundhedsministeren fastsætte regler om klageadgangen.

Erstatningsberettigende skader

§ 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 muligheden 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 endvidere 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 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.

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, 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. Til de af § 1, stk. 2, omfattede bloddonorer ydes erstatning for skader, der påføres de pågældende ved ulykkestilfælde i forbindelse med transport til en aftalt eller rekvireret tåpning i blodbank eller ved mobil blodbank, medmindre donoren forsætligt eller ved grov uagtsomhed har medvirket til skaden. Der ydes dog ikke erstatning efter 1. pkt., såfremt bloddonoren er berettiget til erstatning for skaden efter anden lovgivning.

§ 4a. Det påhviler enhver autoriseret sundhedsperson, som i sin virksomhed bliver bekendt med skader, som må antages at kunne give ret til erstatning efter loven, at informere skadelidte herom samt i fornødent omfang at bistå med anmeldelse til Patientforsikringsforeningen eller til de private institutioner, hvortil behandlingen af sager efter loven er henlagt i medfør af § 1, stk. 5.

Erstatningsudmåling m v

§ 5. Erstatning og godtgørelse fastsættes efter reglerne i lov om erstatningsansvar.

Stk. 2. Erstatning mv. efter stk. 1 ydes, såfremt den overstiger 10.000 kr. 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. 3. Stk. 2 samt regler fastsat i medfør af stk. 2 finder ikke anvendelse på skader, der omfattes af § 4, stk. 1 eller 3, jf. § 1, stk. 2.

Stk. 4. Erstatning ydes ikke til dækning af regreskrav.

Bilag 1

§ 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, kan ydelser i henhold til § 5 kun danne grundlag for regreskrav, hvis skaden er forvoldt forsætligt eller ved grov uagtsomhed.

§ 8a. I det omfang der er erstatningsansvar efter reglerne i lov om produktansvar, gælder reglerne i §§ 7 og 8 ikke.

Kap. 2. Erstatningsordningens organisation Erstatningspligt

§ 9. Pligt til at yde erstatning efter loven har:

- 1) Driftsansvarlige for offentlige sygehuse og den præhospitale indsats efter sygehusloven.
- 2) Patientens bopælsamtskommune og, hvis patienten ikke har bopæl her i landet, opholdsamtskommunen for skader i forbindelse med behandling, som et sygehus m.v. i udlandet er ansvarligt for efter § 1, stk. 3.
- 3) Driftsansvarlige for amtsstandplejen og de kommunale sundhedsordninger.
- 4) Driftsansvarlige for universiteternes tandlægeskoler.
- 5) Den amtskommune eller Københavns, Frederiksberg og Bornholms Kommuner, hvor en privatpraktiserende autoriseret sundhedsperson har sin praksis, eller hvor et privat sygehus, klinik m.v. er beliggende, eller hvor en læge, der uden at være privatpraktiserende virker som vagtlæge, eller hvor en læge, der uden at være privatpraktiserende foretager vaccination i henhold til lov om tilbud om gratis vaccination mod visse sygdomme, jf. dog stk. 2.

Stk. 2. I det omfang behandling af sager efter loven henlægges til en privat institution efter § 1, stk. 5, kan indenrigs- og sundhedsministeren bestemme, at pligten til at yde erstatning efter loven påhviler den pågældende institution eller de pågældende privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner, som institutionen repræsenterer.

Stk. 3. Såfremt en amtskommune m.v. efter stk. 1, nr. 5, i gentagne tilfælde har ydet erstatning for skader forvoldt af privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner, private sygehuse m.v., er amtskommunen forpligtet til at indberette dette til Sundhedsstyrelsen med henblik på en vurdering af, hvorvidt der er grundlag for at iværksætte tilsynsmæssige foranstaltninger i medfør af lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v. Sundhedsstyrelsen kan fastsætte regler for, hvornår indberetning til styrelsen skal foretages.

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 Patientforsikringsforeningen herom.

Stk. 3. Sundhedsministeren fastsætter de årlige 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 forsikringssels-

skabernes 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, finder 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.

Bilag 1

§ 14. Indenrigs- og sundhedsministeren nedsætter et patientskadeankenævn, der består af en formand og et af indenrigs- og sundhedsministeren fastsat antal næstformænd og beskikkede medlemmer.

Stk. 2. Formanden og næstformændene, der udnævnes af indenrigs- og sundhedsministeren, skal være dommere. Nævnets øvrige medlemmer udpeges af Sundhedsstyrelsen, Amdradsforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab, Kommunernes Landsforening, Københavns, Frederiksberg og Bornholms Kommuner, Advokatrådet, De Samvirkende Invalideorganisationer og Forbrugerrådet.

Stk. 3. Sundhedsstyrelsen udpeger for de faglige områder, hvor det findes nødvendigt for sagernes behandling, et antal sagkyndige medlemmer, der alle er fagligt uddannede, jf. stk. 4.

Stk. 4. Ved afgørelsen af den enkelte sag skal nævnet sammensættes af

- 1) formanden eller en næstformand,
- 2) 2 sagkyndige medlemmer udpeget af Sundhedsstyrelsen efter stk. 3 afhængigt af sagens faglige karakter,
- 3) 1 medlem udpeget af Amdradsforeningen,
- 4) 1 medlem udpeget i forening af Hovedstadens Sygehusfællesskab, Kommunernes Landsforening og Københavns, Frederiksberg og Bornholms Kommuner,
- 5) 1 medlem udpeget af Advokatrådet,
- 6) 1 medlem udpeget af Forbrugerrådet og
- 7) 1 medlem udpeget af De samvirkende Invalideorganisationer.

Stk. 5. Formanden eller vedkommende næstformand afgør, inden for hvilket fagligt område eller områder sagkyndige medlemmer efter stk. 4 skal deltage ved afgørelsen af den enkelte sag.

Stk. 6. Indenrigs- og sundhedsministeren kan bemyndige nævnets formand eller en næstformand til at træffe afgørelse i sager, der ikke skønnes at frembyde tvivl.

Stk. 7. Nævnets formand eller vedkommende næstformand kan bestemme, at særligt sagkyndige eller andre kan deltage uden stemmeret ved nævnets behandling af sager.

Stk. 8. Patientskadeankenævnets medlemmer udpeges for 4 år. Finder udpegningen sted i løbet af en periode, gælder den kun til periodens udløb.

Stk. 9. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter efter forhandling med Patientskadeankenævnet dets forretningsorden.

Stk. 10. Udgifter til drift af Patientskadeankenævnet afholdes af forsikringsselskaberne og selvforsikrende myndigheder efter den fordeling, som fastsættes af indenrigs- og 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, behandlende læger mv. samt den skadelidte, forlange meddelt enhver oplysning, herunder sygehusjournaler, journaloptagelser mv., 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 varetægtelse af opgaver efter loven.

Kap. 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.

Kap. 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 mv. (juridiske personer) strafansvar efter reglerne i straffelovens 5. kapitel.

Kap. 5. Ikrafttrædelsesbestemmelser mv.

§ 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.

Bekendtgørelse om henlæggelse af behandlingen af sager efter lov om patientforsikring til Dansk Tandlægeforenings Patientskadeforsikring og Tandskadeankenævnet

I medfør af § 1, stk. 5 og stk. 7, i lov om patientforsikring, jf. lovbekendtgørelse nr. 228 af 24. marts 1997, som ændret ved lov nr. 395 af 2. juni 1999 og lov nr. 430 af 10. juni 2003, og efter aftale med Dansk Tandlægeforening fastsættes:

§ 1. Dansk Tandlægeforenings Patientskadeforsikring modtager, oplyser og afgør følgende sager om erstatning efter lov om patientforsikring:

- 1) Skader forvoldt af autoriserede sundhedspersoner ansat i amtstandplejen, i børne- og ungdomstandplejen samt i omsorgstandplejen, eller på vegne af disse, jf. lovens § 1, stk. 1, nr. 3,
- 2) skader forvoldt på universiteternes tandlægeskoler, jf. lovens § 1, stk. 1, nr. 4, og
- 3) skader forvoldt af privatpraktiserende autoriserede tandlæger, eller på vegne af disse, jf. lovens § 1, stk. 1, nr. 5.

Stk. 2. Dansk Tandlægeforenings Patientskadeforsikrings afgørelser meddeles vedkommende amtskommune, kommune eller tandlægeskole.

§ 2. Afgørelser truffet af Dansk Tandlægeforenings Patientskadeforsikring kan indbringes for det af Dansk Tandlægeforenings Patientskadeforsikring etablerede ankenævn (Tandskadeankenævnet).

Stk. 2. Tandskadeankenævnet fastsætter en forretningsorden for nævnets virksomhed efter samme retningslinier, som er gældende for Patientskadeankenævnet, jf. lovens § 14, stk. 9.

Stk. 3. Patientforsikringsforeningen og Patientskadeankenævnet udpeger i fællesskab et medlem til Tandskadeankenævnet.

Stk. 4. Amtsrådsforeningen, Kommunernes Landsforening og universiteternes tandlægeskoler kan hver udpege et medlem til Tandskadeankenævnet, der dog kun deltager i Tandskadeankenævnets møder, når der behandles sager inden for området for disse foreninger m.v.

§ 3. Klage til Tandskadeankenævnet indgives inden 3 måneder efter, at klageren har fået meddelelse om afgørelsen.

Stk. 2. Tandskadeankenævnet kan se bort fra overskridelse af klagefristen, når der er særlig grund hertil.

Stk. 3. Tandskadeankenævnets afgørelser meddeles vedkommende amtskommune, kommune eller tandlægeskole.

§ 4. Dansk Tandlægeforenings Patientskadeforsikring kan af amtskommuner, kommuner, tandlægeskoler og andre vedkommende, herunder tandlæger m.v., samt den skadelidte forlange meddelt enhver oplysning, herunder journaloplysninger, som Patientskadeforsikringen skønner er af betydning for behandling af sager efter loven.

Stk. 2. Dansk Tandlægeforenings Patientskadeforsikring og Tandskadeankenævnet skal afgive de oplysninger til Indenrigs- og Sundhedsministeriet, amtskommuner, kommuner samt universiteternes tandlægeskoler, som er nødvendige for disse myndigheders varetagelse af opgaver efter lov om patientforsikring.

Bilag 2

§ 5. Dansk Tandlægeforenings Patientskade-forsikring og Tandskadeankenævnet afgiver en årlig redegørelse til indenrigs- og sundhedsmini-steren om deres virksomhed.

§ 6. Afgørelser truffet af Dansk Tandlægefor-enings Patientskade-forsikring og Tandskadean-kenævnet kan ikke påklages til indenrigs- og sundhedsministeren eller anden administrativ myndighed.

§ 7. Forvaltningsloven finder anvendelse på den virksomhed, der udøves i Dansk Tandlæge-forenings Patientskade-forsikring og i Tandska-

deankenævnet i medfør af lov om patientforsik-ring.

§ 8. Anmeldelse af skader efter lov om patient-forsikring, som sendes til Dansk Tandlægefor-enings Patientskade-forsikring, anses for indgivet hos rette myndighed på det tidspunkt, hvor de modtages i Patientskade-forsikringen, jf. lovens § 19.

§ 9. Bekendtgørelsen træder i kraft den 1. ja-nuar 2004 og finder anvendelse på skader forår-saget efter dette tidspunkt.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, den 12. december 2003

LARS LØKKE RASMUSSEN

/ Dorte Knudsen

Bekendtgørelse 2003-12-12 nr. 1097 om dækningsområdet for lov om patientforsikring

I medfør af § 1, stk. 4, i lov om patientforsikring, jf. lovbekendtgørelse nr. 228 af 24. marts 1997, som ændret ved lov nr. 395 af 2. juni 1999 og lov nr. 430 af 10. juni 2003, fastsættes:

Sygehuse

§ 1. Loven omfatter såvel offentlige som private sygehuse, jf. § 1, stk. 1, nr. 1, i lov om patientforsikring.

Stk. 2. Ved offentlige sygehuse forstås de sygehuse, institutioner m.v., som amtskommunerne, Hovedstadens Sygehusfællesskab og Bornholms Kommune (sygehuskommunerne) driver i henhold til § 3, stk. 1, i lov om sygehusvæsenet.

Stk. 3. Der ydes erstatning efter loven for skader, der er forårsaget inden for det geografiske område for de efter stk. 1 nævnte sygehuse, jf. dog stk. 6.

Stk. 4. Skader forårsaget uden for sygehusets geografiske område er omfattet af lovens område, forudsat at behandlingen m.v. sker efter sygehusets anvisning og på sygehusets behandlingsansvar.

Stk. 5. Skader forårsaget uden for sygehusets geografiske område i forbindelse med afgivelse af blod i mobile blodbanker er omfattet af lovens område i tilfælde, hvor tapningen sker efter aftale med det sygehus, der skal modtage blodportionerne.

Stk. 6. Skader forårsaget på sygehusets geografiske område i tilfælde, hvor patienten ikke er under sygehusets behandlingsansvar, er ikke omfattet af lovens område, medmindre skaden er forårsaget af persongrupper m.v. omfattet af lovens § 1, stk. 1, nr. 2-7.

§ 2. Der ydes kun erstatning for ulykkestilfælde, bortset fra de af lovens § 2, stk. 1, nr. 2, og § 4, stk. 3, omfattede tilfælde, såfremt skadelidte er under behandling m.v. på et sygehus og ulykken er indtruffet inden for dets område under sådanne omstændigheder, at sygehuset måtte antages af have pådraget sig erstatningsansvar herfor efter almindelige erstatningsretlige regler.

Præhospital indsats

§ 3. Ved præhospital indsats efter lovens § 1, stk. 1, nr. 2, forstås den indsats, der i medfør af lov om sygehusvæsenet ydes af sundhedspersoner og andet personale inden ankomst til sygehus over for akut syge og tilskadekomne samt fødende, der har til formål at redde liv, forbedre helbredsudsigter, formindske smerter og andre symptomer, afkorte det samlede sygdomsforløb, yde omsorg og skabe tryghed.

Behandling i udlandet

§ 4. Behandling i udlandet efter lovens § 1, stk. 3, omfatter dokumenteret, forskningsmæssig og eksperimentel behandling, som patienter er henviset til af sygehusvæsenet efter reglerne i lov om sygehusvæsenet.

Amtstandplejen

§ 5. Amtstandplejen efter lovens § 1, stk. 1, nr. 3, omfatter amtstandplejen, amtspecialtandplejen og den højt specialiserede rådgivning, udredning og behandling, der varetages af de odontologiske landsdels- og videnscentre efter lov om tandpleje.

Kommunale sundhedsordninger

§ 6. Kommunale sundhedsordninger efter lovens § 1, stk. 1, nr. 3, omfatter forebyggende sundhedsordninger for børn og unge, hjemme-

sygeplejerskeordninger, den kommunale omsorgstandpleje og den kommunale børne- og ungetandpleje.

Stk. 2. Skader i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende inden for de kommunale sundhedsordninger og amtstandplejen er kun omfattet af lovens område, såfremt undersøgelsen m.v. er foretaget af en autoriseret sundhedsperson eller på vegne af denne.

Universiteternes tandlægeskoler

§ 7. Ved universiteternes tandlægeskoler, jf. lovens § 1, stk. 1, nr. 4, forstås Tandlægeskolen i København, Tandlægeskolen i Århus, Skolen for Klinikassistenter og Tandplejere i København og Skolen for Klinikassistenter, Tandplejere og Kliniske Tandteknikere i Århus.

Privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner

§ 8. Ved en privatpraktiserende autoriseret sundhedsperson forstås i lov om patientforsikring, jf. lovens § 1, stk. 1, nr. 5, en autoriseret sundhedsperson, der på selvstændig privat basis udøver sit erhverv og i forbindelse hermed udbyder tjenesteydelser til patienter.

Stk. 2. Privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner og personer, der handler på disses ansvar, er omfattet af lovens område, uanset om disse har tilsluttet sig overenskomst med den offentlige sygesikring, eller den skadelidte modtager tilskud, støtte eller lignende efter anden lovgivning til behandlingen m.v. hos den privatpraktiserende autoriserede sundhedsperson.

Forsøg i private firmaer m.v.

§ 9. Skader efter loven forårsaget på personer, der deltager i biomedicinske forsøg m.v., der udføres af private firmaer, foreninger m.v., er omfattet af lovens område, hvis forsøget udføres under direkte ansvar af et sygehus, en statslig højere uddannelsesinstitution, en privatpraktiserende autoriseret sundhedsperson m.fl., jf. lovens § 1, stk. 1.

Stk. 2. I tilfælde omfattet af stk. 1 påhviler erstatningspligten efter lov om patientforsikring vedkommende sygehus, højere uddannelsesinstitution, den amtskommune, eller Københavns, Frederiksberg og Bornholms kommuner, hvor en privatpraktiserende autoriseret sundhedsperson har sin praksis m.fl.

Ikrafttræden m.v.

§ 10. Indenrigs- og Sundhedsministeriet træffer i tvivlstilfælde afgørelse i sager om, hvorvidt en institution eller lignende er omfattet af dækningsområdet efter lov om patientforsikring.

§ 11. Bekendtgørelsen træder i kraft den 1. januar 2004.

Stk. 2. Samtidig ophæves bekendtgørelse nr. 666 af 3. august 1995 vedrørende dækningsområdet for lov om patientforsikring.

Bilag 4

**Årsrapport
for
2003**

Bilag 4

INDHOLDSFORTEGNELSE:	Side
Bestyrelsens beretning	1
Ledelsens og bestyrelsens underskrifter	5
Revisionspåtegning	6
Anvendt regnskabspraksis	7
Resultatopgørelse for 2003	9
Balance pr. 31. december 2003	10
Noter	11

Bilag 4

BESTYRELSENS BERETNING

Indledning

Patientforsikringens opgave er at modtage og afgøre sager efter lov om patientforsikring og lov om erstatning for lægemiddelskader, samt beregne erstatningernes størrelse.

I 2003 modtog Patientforsikringen i alt 3.789 nye anmeldelser mod 3.558 i 2002. Der blev i løbet af 2003 truffet 3.902 afgørelser mod 3.320 i 2002. Der blev samtidig truffet 2.812 afgørelser efter erstatningsansvarsloven mod 2.271 i 2002, og tilkendt erstatninger for et samlet beløb på ca. 290 mio. kr. ekskl. renter, hvilket er en stigning på ca. 55 mio. kr. i forhold til 2002. Disse udgifter afholdes af forsikringsselskaber og selvforsikrende myndigheder. Dog udbetales erstatningerne efter lægemiddelskadeloven gennem Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Patientforsikringen har i 2003 haft administrationsomkostninger på kr. 35.786.421 hvortil kommer skatter og afgifter på kr. 1.219.032.

Udgifterne til Patientskadeankenævnets drift udgjorde kr. 14.899.462.

De samlede udgifter til administration af patientforsikringsordningen har således i 2003 udgjort kr. 51.904.915.

Der har i 2003 været samlede indtægter på kr. 52.552.690.

Differencen på kr. 647.775 vil blive tilbagebetalt ved beregning af det endelige administrationsbidrag fra forsikringsselskaber og selvforsikrende myndigheder.

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 2003 uændret i forhold til 2002.

Personale og konsulentbistand

Patientforsikringen havde ved udgangen af 2003 ca. 51 medarbejdere, hvilket er en stigning på 4 medarbejdere i forhold til 2002.

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 sagsbehandlingstid opfyldes.

Patientforsikringen havde ved udgangen af 2003 ansat 16 lægekonsulenter indenfor forskellige medicinske specialer. Konsulenterne er til daglig fungerende speciallæger 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

Ved budgetlægningen for 2003, var det lagt til grund, at Patientforsikringen ville modtage 3.800 anmeldelser og at der skulle træffes et tilsvarende antal afgørel-

Bilag 4

ser, og at den gennemsnitlige sagsbehandlingstid skulle være under 200 dage ved årets udgang. Med 3.789 anmeldelser ved årets udgang svarede det endelige antal altså til forventningerne, og antallet af afgørelser oversteg således det forventede. Dermed afviklede Patientforsikringen også en væsentlig del af det efterslæb, som var oparbejdet i løbet af 2002.

Det lykkedes ikke at få sagsbehandlingstiden under 200 dage som forudsat, men den gennemsnitlige sagsbehandlingstid nåede dog at falde fra 229 dage til 208 dage. Det er dog vurderingen, at sagsbehandlingstiden i løbet af 2004 vil falde yderligere.

Patientforsikringen finder fortsat, at en gennemsnitlig sagsbehandlingstid på ca. ½ år er et realistisk mål, som også er lagt til grund ved budgetlægningen for 2004, således at den vil kunne nås med udgangen af året. Dette forudsætter imidlertid, at antallet af nye anmeldelser ikke stiger ud over det forventede.

Patientforsikringen foretager løbende ændringer i sagsbehandlingen med henblik på en fortsat forbedring og effektivisering. Patientforsikringens Edb-systemer tilpasses løbende de forbedrede teknologiske muligheder og sagsbehandlingsprocedurer omlægges med henblik på en fuldstændig udnyttelse heraf.

Patientforsikringen iværksatte i 2003 en udvikling af et nyt forbedret beregnings-system, der i løbet af 2003 forventes at automatisere en stor del af erstatningsberegningen og samtidigt forbedrer informationen til de erstatningsberettigede.

Som det fremgår af tabellen nedenfor, har den gennemsnitlige pris pr. afgørelse truffet i Patientforsikringen da også været meget konstant. Målt i faste priser har den altså været faldende.

Det skal dog understreges, at faldet fra 2002 til 2003 kan tilskrives faldende afgifter, jf. nedenfor.

År	Antal afgørelser efter PFL og EAL	Pris pr. afgørelse
2003	6.720	5.506
2002	5.698	5.618
2001	4.680	5.895
2000	4.430	5.718
1999	4.141	5.636
1998	3.701	6.744
1997	3.684	4.672

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 2003 forventes udsendt i forsommeren 2004.

Patientforsikringen har som følge af Patientforsikringslovens udvidelse til at omfatte samtlige sundhedspersoner i Danmark udarbejdet nyt informationsmateriale, anmeldelsesskemaer og lignende i 2003. Materialet er i begyndelsen af 2004 udsendt til blandt andre sygehuse, kommuner og praktiserende sundhedspersoner.

Bilag 4

Patientforsikringens årsberetninger, jubilæumsskrift, praksissamling og anden information om patientforsikringsloven findes på www.patientforsikringen.dk

Administrationsaftaler

Patientforsikringens lønadministration varetages af Kommunedata.

Patientforsikringens betalings- og bogføringsfunktion varetages af Deloitte, der også udarbejder udkast til regnskaber.

Det er bestyrelsens opfattelse, at Patientforsikringen fortsat har administrative fordele ved en udlicitering af disse funktioner.

Lægemedelskader

Patientforsikringen administrerer tillige Lov om erstatning for lægemiddelskader, der trådte i kraft pr. 1. januar 1996.

Indenrigs- og 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 Indenrigs- og sundhedsministeriet et gebyr pr. sag. Gebyret fastsættes på baggrund af den gennemsnitlige pris for behandling af sager i Patientforsikringen i året, med et tillæg på 10 %. Beløbet er momspligtigt. Patientforsikringen modtog 132 anmeldelser i 2002. Administrationsudgiften udgjorde knapt 1,3 mio. kr.

Patientforsikringen skal årligt afgive en beretning efter loven til sundhedsministe-

ren. Beretningen er medtaget i Patientforsikringens årsberetning.

Ændringer i Patientforsikringsloven

I forbindelse med finanslovsaftalen for 2003, blev der i Folketinget indgået aftale om en udvidelse af først og fremmest Patientforsikringslovens dækningsområde. Udvidelsen betyder, at loven fra 1. januar 2004 er udvidet til at omfatte den primære sundhedstjeneste, herunder praktiserende læger og speciallæger, samt private sygehuse.

Patientforsikringen har i 2003 måttet iværksætte en række administrative ændringer samt ændringer i eksisterende sagsstyringssystemer.

Antallet af anmeldelser fra den primære sundhedstjeneste skønnes at udgøre en tiendedel af antallet fra offentlige sygehuse, når udvidelsen har været i kraft i en kortere årrække.

Indenfor denne periode skønner Patientforsikringen en stigning i de administrative udgifter på ca. 8 mio. kr. og erstatningsudgifterne på ca. 40 mio. kr.

Skatter og afgifter

Told & Skat har i 2003 truffet afgørelse om, at Patientforsikringens lønsumsafgift skal beregnes efter den lave sats på 5,33% gældende for blandt andre foreninger, og ikke som hidtil, efter den høje sats på 9,13% gældende for finansielle virksomheder.

Hertil kommer, at Patientforsikringen har svaret lønsumsafgift af de dele af lønsummen, som har vedrørt momspligtig virksomhed.

Bilag 4

Patientforsikringen har derfor i 2003 fået tilbagebetalt et beløb fra Told og Skat på kr. 3.182.057, ligesom udgifterne til lønsumsafgift i 2003 har været væsentligt lavere end budgetteret.

Fremtidige omkostninger ved lovens administration

Bestyrelsen har i september 2003 godkendt et budget for 2004 på kr. 53.385.185 kr. Budgettet er fastlagt ud fra en forventning om en stigning i antallet af anmeldelser til i alt 4.200.

Udgiften vedrører administrationsomkostninger i såvel Patientforsikringen som Patientskadeankenævnet.

På baggrund af udvidelsen af lovens dækningsområde og stigningen i antallet af anmeldelser, har Patientforsikringen i 2003 indgået aftale om en udvidelse af Patientforsikringens eksisterende lejemål på Nytorv.

Bilag 4

LEDELSENS OG BESTYRELSENS UNDERSKRIFTER

Patientforsikringen
København, den 1. juni 2004

Ledelsen:

Arne Grünfeld
Direktør

Ole Graugaard
Sekretariatschef

Bestyrelsen:

Formand
Poul-Erik Svendsen

Næstformand
Hjørdis Høegh-Andersen

Bestyrelsesmedlem
Margit Ørsted

Bestyrelsesmedlem
Dorte Knudsen

Bestyrelsesmedlem
Bent Hansen

Bestyrelsesmedlem
Jakob Halgaard

Bestyrelsesmedlem
Carl Johan Rasmussen

Bilag 4

REVISIONSPÅTEGNING:

Til medlemmerne af Patientforsikringen

Vi har revideret årsregnskabet for Patientforsikringen for regnskabsåret 1. januar – 31. december 2003.

Foreningens ledelse har ansvaret for årsrapporten. Vort ansvar er på grundlag af vor revision at afgive en konklusion om årsrapporten.

Den udførte revision

Vi har udført vor revision i overensstemmelse med danske revisionsstandards. Disse standarder kræver, at vi tilrettelægger og udfører revisionen med henblik på at opnå høj grad af sikkerhed for, at årsrapporten ikke indeholder væsentlig fejlinformation. Revisionen omfatter stikprøvevis undersøgelse af information, der understøtter de i årsrapporten anførte beløb og oplysninger. Revisionen omfatter endvidere stillingtagen til den af ledelsen anvendte regnskabspraksis og til de væsentlige skøn, som ledelsen har udøvet, samt vurdering af den samlede præsentation af årsrapporten. Det er vor opfattelse, at den udførte revision giver et tilstrækkeligt grundlag for vor konklusion.

Revisionen har ikke givet anledning til forbehold.

Konklusion

Det er vor opfattelse, at årsrapporten giver et retvisende billede af foreningens aktiver, passiver og finansielle stilling pr. 31. december 2003 samt af resultatet af selskabets aktiviteter for regnskabsåret 2003 i overensstemmelse med den danske lovgivnings krav til regnskabsaflæggelsen.

København, den 1. juni 2004

DELOITTE

Statsautoriseret Revisionsaktieselskab

KOMMUNERNES REVISION

Anders O. Gjelstrup
Statsautoriseret revisor

Ulrik Klausen
Afdelingschef

Bilag 4

ANVENDT REGNSKABSPRAKSIS

Årsrapporten er aflagt i overensstemmelse med lov om patientforsikring 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 a conto 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 er foretaget 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 2003 på kr. 47.007.000.

Følgende fire forsikringsselskaber havde pr. 1. januar 2003 tegnet patientforsikring for 2003:

Købstædernes Forsikring,
KommuneForsikring,
Winterthur Forsikring.

Selvforsikrende myndigheder var:

Århus Amt, Viborg Amt, Ringkøbing Amt, Vestsjællands Amt samt statslige hø-jere uddannelsesinstitutioner.

Andre indtægter

Administrationsbidrag opkræves i henhold til lov om lægemiddelskader i Danmark, der trådte i kraft pr. 1. januar 1996.

Indenrigs- og 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 Indenrigs- og 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 2003 endvidere behandlet sager anmeldt efter Lov om erstatning til patienter behandlet med Bone-loc-cement.

Sagerne honoreres på grundlag af en aftale mellem Indenrigs- og sundhedsministeriet og Patientforsikringen med et honorar på kr. 8.000 pr. sag.

Patientforsikringen forventer, at disse sager ikke vil give anledning til indtægter efter 2003, idet loven er ophørt med udgangen af 2002.

Bilag 4

Kapitalandele

Unoterede kapitalandele værdiansættes til en skønnet markedsværdi baseret på det seneste foreliggende årsregnskab for den pågældende virksomhed.

Administrationsomkostninger

Administrationsomkostninger omfatter de periodiserede udgifter, der kan henføres til regnskabsåret.

Alle anskaffelser, herunder indretning af lejede lokaler, udgiftsføres i regnskabsåret.

Der var i 2003 i lighed med tidligere år indgået en administrationsaftale med Kommunedata om varetagelse af lønadministration. Varetagelsen af betalings- og bogføringsfunktion samt regnskabsmæssig bistand varetages af Deloitte.

Renter

Renter indeholder renter af bankkonti.

Patientskadeankenævnet

I henhold til lov om patientforsikring skal Patientforsikringen betale samtlige udgifter til Patientskadeankenævnets administration.

Afregning sker kvartalsvis a conto på grundlag af Patientskadeankenævnets budget for indværende år.

Eventuelle overskud og underskud afregnes på grundlag af årsregnskabet.

Skatter og afgifter

Skatter og afgifter indeholder alene afgifter til offentlige myndigheder.

Patientforsikringen er ikke skattepligtig i henhold til lov om patientforsikring.

BALANCEN

Egenkapital

Patientforsikringen har ikke nogen egentlig egenkapital, idet det forudsættes, at likviditetsbehovet er opfyldt gennem henrettelserne til skyldige feriepenge.

Skyldige administrationsbidrag

Beløbet vedrører for meget opkrævet administrationsbidrag hos forsikringselskaber og selvforsikrende.

Omkostningskreditorer

Det skyldige beløb vedrører primært bidrag til Patientskadeankenævnet. Bidraget for regnskabsåret opkræves a conto kvartalsvis forud på grundlag af et af Patientskadeankenævnet udarbejdet budget. For lidt erlagt i henhold til regnskabet opkræves det efterfølgende år af Patientskadeankenævnet.

Bilag 4

Patientforsikringen

RESULTATOPGØRELSE FOR 2003

<u>Note</u>	<u>2003</u> <u>Regnskab</u> <u>kr.</u>	<u>2002</u> <u>Regnskab</u> <u>kr.</u>
BIDRAG		
1 Administrationsbidrag	<u>47.007.001</u>	<u>41.508.006</u>
	<u>47.007.001</u>	<u>41.508.006</u>
 2 ANDRE INDTÆGTER	 <u>5.411.948</u>	 <u>1.693.669</u>
 ADMINISTRATIONSOMKOSTNINGER		
Løn og honorarer	(26.754.412)	(23.347.428)
Husleje m.v.	(2.998.026)	(2.603.308)
Fremmede tjenesteydelser	(1.603.736)	(1.009.747)
Kontorhold m.v.	(1.507.825)	(1.078.046)
Øvrige administrationsomkostninger	(1.677.737)	(1.685.941)
Anskaffelser	<u>(1.244.685)</u>	<u>(431.687)</u>
	<u>(35.786.421)</u>	<u>(30.156.157)</u>
 5 UREALISEREDE NEDSKR./OPSKR.	 <u>3.214</u>	 <u>2.666</u>
 3 RENTER	 <u>130.527</u>	 <u>162.235</u>
 PATIENTSKADEANKENÆVNET	 <u>(14.899.462)</u>	 <u>(13.588.849)</u>
 4 SKATTER OG AFGIFTER	 <u>(1.219.032)</u>	 <u>(1.853.571)</u>
 ÅRETS RESULTAT	 <u>647.775</u>	 <u>(2.232.001)</u>
(Opkræves/tilbagebetales)		

Bilag 4

Patientforsikringen

BALANCE PR. 31.12.2003

Note	2003 Regnskab kr.	2002 Regnskab kr.
AKTIVER		
ANLÆGSAKTIVER		
5 Kapitalandele	41.719	38.505
TILGODEHAVENDER		
6 Tilgodehavende adm.bidrag	20.015	3.422.987
Andre tilgodehavender	2.540.030	1.787.293
Mellemregning med KF	-	138.367
Periodeafgrænsningsposter	162.733	706.794
	<u>2.722.778</u>	<u>6.055.441</u>
LIKVIDER		
Bankbeholdning	7.764.126	9.333.537
	<u>7.764.126</u>	<u>9.333.537</u>
AKTIVER IALT	<u>10.528.623</u>	<u>15.427.483</u>
PASSIVER		
EGENKAPITAL		
	<u>0</u>	<u>0</u>
GÆLD		
6 Skyldig bidrag medlemmer	647.775	-
7 Skyldige lønrelaterede poster	2.511.456	2.506.684
Kreditorer	6.888.059	1.332.452
Moms	481.333	353.277
Periodeafgrænsningsposter	-	11.235.070
	<u>10.528.623</u>	<u>15.427.483</u>
PASSIVER IALT	<u>10.528.623</u>	<u>15.427.483</u>
8 Eventualforpligtelser		

Bilag 4

Patientforsikringen

NOTER

Note	2003 Regnskab kr.	2002 Regnskab kr.
1 Administrationsbidrag		
KF	17.616.836	11.635.239
KAB	17.139.775	19.001.744
Zürich	-	54.500
Winterthur Forsikring	42.125	46.701
Århus Amt	5.817.955	5.128.461
Vestsjællands Amt	2.203.067	1.941.979
Viborg Amt	2.029.864	1.789.304
Undervisningsministeriet	-	40.863
Ringkøbing Amtskommune	2.120.520	1.869.215
IT- og Forskningsministeriet	36.859	-
	<u>47.007.001</u>	<u>41.508.006</u>
2 Andre indtægter		
Administration af lægemiddelskader	1.963.224	1.286.116
Honorar for udtalelser	194.667	133.500
Ekstraordinære indtægter	3.182.057	170.053
Adm.bidrag for boneloc-sager	72.000	104.000
	<u>5.411.948</u>	<u>1.693.669</u>
3 Renter		
Renteindtægter	137.577	163.366
Renteudgifter	(7.050)	(1.131)
	<u>130.527</u>	<u>162.235</u>
4 Skatter og afgifter		
AER-bidrag	(71.003)	(48.100)
Lønsumsafgift	(1.146.229)	(1.802.702)
Finansieringsbidrag	-	-
Andre afgifter	(1.800)	(2.769)
	<u>(1.219.032)</u>	<u>(1.853.571)</u>

Patientforsikringen er ikke skattepligtig af virksomhed udøvet i henhold til lov om patientforsikring

Bilag 4

Patientforsikringen

NOTER

	2003 Regnskab kr.	2002 Regnskab kr.
5 Kapitalandele		
Anskaffelsessum pr. 01.01	118.227	118.227
Opskrivning og nyanskaffelser	-	-
Anskaffelsessum pr. 31.12	<u>118.227</u>	<u>118.227</u>
Nedskrivning pr. 01.01	(79.722)	(82.388)
Tilbageførsel af nedskrivning	3.214	2.666
Nedskrivninger pr. 31.12	<u>(76.508)</u>	<u>(79.722)</u>
Bogført værdi pr. 31.12	<u>41.719</u>	<u>38.505</u>
6 Tilgodehavende administrationsbidrag		
Bidrag til Patientforsikringen opkræves på grundlag af foreningens budget. For meget eller for lidt opkrævet bidrag reguleres over næstefølgende års budget.		
7 Skyldige lønrelaterede poster		
Skyldig A-skat	6.712	-
Skyldig AM- og SP-bidrag	1.440	-
Skyldig ATP	-	30.641
Skyldig pension	-	175.332
Skyldig gruppeliv	-	1.430
Lønsumsafgift	88.570	163.129
Versur løn	-	879
Midlertidig pensionsopsp.	180	-
Skyldige feriepenge	<u>2.414.554</u>	<u>2.135.273</u>
	<u>2.511.456</u>	<u>2.506.684</u>
8 Eventualforpligtelser		
Foreningen har følgende forpligtelser		
Huslejekontrakt	10,6 mio. kr.	
Leasingkontrakt	0,7 mio. kr.	

Bilag 5

Anmeldelser og anerkendelser fordelt på sygehuse

Antal anmeldelser og antal anerkendelser i perioden 1992 til 2003 pr. 1.000 udskrivninger.

Københavns Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
KAS Gentofte	854	1,89	304	0,67
KAS Glostrup	820	1,98	337	0,82
KAS Herlev	791	1,98	275	0,69
Øvrige	6	-	-	-
I alt	2.471	1,95	916	0,72

Frederiksborg Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Esbønderup Sygehus	5	-	-	-
Frederikssund Sygehus	266	-	103	-
Hillerød Sygehus	732	-	238	-
Hørsholm Sygehus	224	-	85	-
Helsingør Sygehus	250	-	105	-
Øvrige	3	-	-	-
I alt	1.480	2,10	531	0,75

Roskilde Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Amtssygehuset Roskilde	364	1,16	123	0,39
Roskilde Amts Sygehus Køge	501	3,83	188	1,44
Amtssygehuset Fjorden	6	0,41	1	0,07
I alt	871	1,90	312	0,68

Vestsjællands Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Epilepsihospitalet i Dianalund	4	-	1	-
Psykatrihospitalet i Dianalund	3	-	2	-
Holbæk Sygehus	387	-	133	-
Kalundborg Sygehus	91	-	36	-
Nykøbing Sj. Sygehus	52	-	19	-
Ringsted/Haslev Sygehus	87	-	30	-
Slagelse Sygehus	356	-	116	-
Høng Sygehus/Sæby Sygehus	15	-	6	-
Amtshospitalet i Nykøbing Sj.	2	-	1	-
Øvrige	5	-	2	-
I alt	1.002	1,68	346	0,58

Bilag 5

Storstrøms Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Amtssygehuset i Fakse	65	1,57	18	0,43
Amtssygehuset i Nakskov	82	1,43	24	0,42
Amtssygehuset i Stege	54	2,49	26	1,20
Centralsygehuset i Nykøbing F. incl. Maribo	311	1,74	118	0,66
Centralsygehuset i Næstved incl. Vordingborg	414	1,55	161	0,60
I alt	926	1,37	347	0,61

Bornholms Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Bornholms Centralsygehus	188	2,42	80	1,03
I alt	188	2,42	80	1,03

Fyns Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Assens Sygehus	1	-	-	-
Bogense Sygehus	4	-	-	-
Fåborg Sygehus	69	-	25	-
Middelfart Sygehus	203	-	100	-
Nyborg Sygehus	91	-	40	-
Odense Universitetshospital	1.154	1,68	445	0,65
Ringe Sygehus	7	-	-	-
Rudkøbing Sygehus	3	-	1	-
Svendborg Sygehus	291	-	113	-
Ærøskøbing Sygehus	17	-	6	-
I alt	1.840	1,67	730	0,66

Sønderjyllands Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Augustenborg Sygehus	4	0,16	-	-
Haderslev Sygehus	228	1,69	96	0,71
Sønderborg Sygehus	343	1,64	128	0,61
Tønder Sygehus	102	2,09	55	1,13
Åbenrå Sygehus	176	3,03	54	0,93
I alt	853	1,75	333	0,68

Ribe Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Grindsted-Brørup Sygehuse	120	1,20	49	0,49
Centralsygehuset Esbjerg-Varde incl. Sct. Josephs Hospital	649	1,88	249	0,72
Psykiatrisk afd. ved Ribe	6	0,38	-	-
I alt	775	1,68	298	0,65

Bilag 5

Vejle Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Brædstrup Sygehus	34	1,57	10	0,46
Fredericia Sygehus	135	1,25	50	0,46
Givø Sygehus	73	3,24	27	1,20
Horsens Sygehus	248	1,69	100	0,68
Kolding Sygehus	240	1,25	82	0,43
Vejle Sygehus	416	1,85	165	0,74
Ovrige	1	-	-	-
I alt	1.147	1,60	434	0,61

Ringkøbing Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Herning Centralsygehus	300	1,50	99	0,50
Holstebro Centralsygehus	362	1,89	160	0,84
Lemvig Sygehus	35	0,89	17	0,43
Psykiatrien i Ringkøbing Amt	1	0,10	-	-
Ringkøbing Sygehus	72	1,47	25	0,51
Tarm Sygehus	63	1,53	31	0,75
Ovrige	3	-	-	-
I alt	836	1,58	332	0,63

Århus Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Grenå Centralsygehus	143	1,91	61	0,82
Hammel Fysiurgiske Hospital	2	0,55	-	-
Marselisborg Hospital	14	-	-	-
Odder Sygehus	96	1,13	29	0,34
Psykiatrien i Århus incl. Risskov	18	0,28	3	0,05
Randers Centralsygehus	375	1,67	157	0,70
Silkeborg Centralsygehus	374	2,51	168	1,13
Skejby Sygehus	386	0,87	163	0,37
Tranebjerg Sygehus	8	-	3	-
Århus Amtssygehus	384	1,92	128	0,64
Århus Kommunehospital	875	2,82	337	1,08
Ovrige	5	-	1	-
I alt	2.680	1,71	1.050	0,67

Viborg Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Viborg-Kjellerup Sygehus	485	1,65	205	0,70
Sygehus Nord Nykøbing-Thisted	267	2,15	108	0,87
Viborg-Skive Sygehus	125	1,60	34	0,43
Psykiatrisk Sygehus, Sønderøparken	3	0,26	-	-
I alt	880	1,72	347	0,68

Bilag 5

Nordjyllands Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Brovst Sygehus	27	0,88	9	0,29
Dronninglund Sygehus	61	1,20	24	0,47
Farso Sygehus	115	2,54	56	1,24
Frederikshavn-Skagen Sygehus	183	1,70	75	0,70
Hjørring Brønderslev Sygehus	320	1,63	110	0,56
Hobro/Terndrup Sygehus	96	1,24	43	0,55
Brønderslev (psykiatrisk)	1	-	-	-
Ålborg Sygehus	935	1,84	341	0,67
Ålborg Psykiatrisk Hospital	5	0,21	1	0,04
Øvrige	5			
I alt	1.748	1,68	659	0,63

Hovedstadens Sygehusfællesskab

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal aner- kendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Amager Hospital *	404	2,11	166	0,87
Bispebjerg Hospital	589	2,05	232	0,81
Frederiksberg Hospital	370	1,92	157	0,81
Hvidovre Hospital	762	1,68	266	0,59
Kommunehospitalet	14	-	-	-
Rigshospitalet	1.671	2,35	598	0,84
Sct. Hans Hospital	7	0,55	-	0
Øvrige	2	-	-	-
I alt	3.819	2,07	1.419	0,77

Incl. udskrivninger fra Sankt Elisabeth, Københavns Amt

Bilag 6

Lovbekendtgørelse 2002-09-04 nr. 750 om erstatningsansvar

som ændret ved L 2003-01-21 nr. 35 og L 2003-06-10 nr. 434

Kap. 1. 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 ligestilles med erhvervsindkomst.

§ 1 a. Erstatning for fremtidige helbredelsesudgifter og andet fremtidigt tab som følge af skaden, jf. § 1, stk. 1, fastsættes til et kapitalbeløb, som højst kan udgøre den forventede gennemsnitlige årlige udgift ganget med 10. Er der tale om varige løbende udgifter, finder § 4, stk. 2, tilsvarende anvendelse.

Tabt arbejdsfortjeneste

§ 2. Erstatning for tabt arbejdsfortjeneste ydes, indtil skadelidte kan begynde at arbejde igen. Må det antages, at skadelidte vil lide et varigt erhvervsevnetab, ydes erstatning indtil det tidspunkt, hvor det er muligt midlertidigt eller endeligt at skønne over skadelidtes fremtidige erhvervsevne, jf. §§ 5-8 og § 10 samt § 31 i lov om sikring mod følger af arbejdsskade.

Stk. 2. I erstatningen fradrages løn under sygdom, dagpenge fra arbejdsgiver eller kommunalbestyrelsen og forsikringsydelser, der har karakter af en virkelig skadeserstatning, samt lignende ydelser til den skadelidte.

Svie og smerte

§ 3. Godtgørelse for svie og smerte udgør 130 kr. for hver dag, den skadelidte er syg. Der kan i særlige tilfælde ydes godtgørelse for svie og smerte, selv om skadelidte ikke er syg. Godtgørelsen kan ikke overstige 50.000 kr.

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. Godtgørelsen udgør ved en méngrad på 100 pct. 573.500 kr. Ved lavere méngrader nedsættes beløbet forholdsmæssigt. I særlige tilfælde kan méngodtgørelsen fastsættes til et højere beløb, dog højst 687.500 kr. Ved en méngrad på under 5 pct. ydes ingen godtgørelse.

Stk. 2. Var skadelidte ved skadens indtræden fyldt 40 år, nedsættes godtgørelsen med 1 pct. for hvert år, skadelidte var ældre end 39 år ved skadens indtræden. Var skadelidte fyldt 60 år, nedsættes godtgørelsen med yderligere 1 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 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 tages hensyn til skadelidtes muligheder for at skaffe sig indtægt ved sådant arbejde, som med rimelighed kan forlanges af den pågældende efter dennes evner, uddannelse, alder og muligheder for erhvervsmæssig omskoling og genoptræning eller lignende.

Stk. 3. Skadelidtes erhvervsevnetab beregnes i procent (erhvervsevnetabsprocenten). Der ydes ikke erstatning, såfremt erhvervsevnetabet er mindre end 15%.

§ 6. Erstatningen fastsættes til et kapitalbeløb, der udgør skadelidtes årsløn, jf. § 7, ganget med erhvervsevnetabsprocenten, jf. § 5, stk. 3, og herefter ganget med 10.

Stk. 2. Erstatningen kan højst udgøre 6.020.000 kr.

§ 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.

§ 8. For en skadelidte, der ved skadens indtræden ikke er fyldt 15 år, fastsættes erstatningen som et kapitalbeløb, der udgør 276.000 kr. ganget med méngraden, jf. § 4, og herefter ganget med 10. Ved en méngrad på under 5 pct. ydes ingen erstatning.

§ 9. Var skadelidte ved skadens indtræden fyldt 30 år, nedsættes erstatningen med 1 pct. for hvert år, skadelidte var ældre end 29 år ved skadens indtræden. Var skadelidte fyldt 55 år, nedsættes erstatningen med yderligere 2 pct. for hvert år, skadelidte var ældre end 54 år ved skadens indtræden. Erstatningen nedsættes dog ikke yderligere efter det fyldte 69. år.

Forelæggelse for Arbejdsskadestyrelsen

§ 10. Såvel skadelidte som skadevolder kan indhente en udtalelse om spørgsmålet om fastsættelsen af méngraden og erhvervsevnetabsprocenten fra Arbejdsskadestyrelsen, jf. lov om sikring mod følger af arbejdsskade. Udtalelsen skal så vidt muligt afgives inden 1 år og senest 2 år efter fremsættelsen af anmodningen om en udtalelse. Hvis den erhvervsmæssige situation ikke er afklaret, kan Arbejdsskadestyrelsen, når der foreligger særlige omstændigheder, afgive en midlertidig udtalelse. I så fald skal det af udtalelsen fremgå, at den er midlertidig. Stk. 2. Arbejdsskadestyrelsens udtalelse skal begrundes efter forvaltningslovens § 24.

Stk. 3. Skadelidte og skadevolder har ret til aktindsigt i Arbejdsskadestyrelsens sag efter forvaltningslovens kapitel 4.

Genoptagelse

§ 11. En afsluttet sag om godtgørelse eller erstatning kan på skadelidtes begæring genoptages, hvis sagens faktiske omstændigheder ændrer sig væsentligt i forhold til dem, der blev lagt til grund ved sagens afslutning. Vurderingen af, om genoptagelse kan ske, skal foretages for hver enkelt erstatningspost for sig, jf. dog stk. 2 og 3.

Stk. 2. Hvis der tidligere er fastsat et erhvervsevnetab på mindst 15 pct., kan der ved en genoptagelse af sagen ikke ydes erstatning for tabt arbejdsfortjeneste.

Stk. 3. En afsluttet sag om godtgørelse eller erstatning kan ikke genoptages alene med henblik på, at der ydes yderligere erstatning for helbre-

Bilag 6

delsesudgifter og andet tab og godtgørelse for svie og smerte. Hvis sagen genoptages efter stk. 1, kan der dog ydes erstatning for helbredsudgifter og andet tab og godtgørelse for svie og smerte, hvis der foreligger væsentlige uforudsete ændringer i helbredstilstanden.

Stk. 4. Under en genoptagelse af sagen finder § 10 tilsvarende anvendelse.

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% af den erstatning, som afdøde må antages at ville have opnået ved et fuldstændigt tab af erhvervsvenen, jf. §§ 5-8. Erstatningen udgør dog mindst 644.000 kr., medmindre der foreligger særlige omstændigheder.

Stk. 2. Var forsørgeren fyldt 30 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 forsørgelse, hvis afdøde havde været bidragspligtig. Var afdøde eneforsørger, forhøjes erstatningen med 100%.

Overgangsbeløb

§ 14 a. Der tilkommer den efterlevende ægtefælle eller samlever et overgangsbeløb, der udgør 108.000 kr. Efterlader afdøde sig ikke ægtefælle eller samlever, kan overgangsbeløbet tilkendes en anden efterladt person, når særlige omstændigheder taler derfor. Udbetales der overgangsbeløb, kan den pågældende ikke tillige kræve erstatning for begravelsesudgifter.

Regulering af erstatnings- og godtgørelsesbeløb

§ 15. De i § 3, § 4, stk. 1, § 6, stk. 2, § 8, § 13, stk. 1, 2. pkt., og § 14 a nævnte beløb reguleres årligt pr. 1. januar med 2,0 pct. tillagt tilpasningsprocenten for det pågældende finansår, jf. lov om en satsreguleringsprocent. De herefter fremkomne beløb afrundes til nærmeste med 500 delelige kronebeløb, for det i § 3, 1. pkt., nævnte beløb dog til nærmeste med 5 delelige kronebeløb. Reguleringen sker på grundlag af de på reguleringsstidspunktet gældende beløb før afrunding.

Stk. 2. Justitsministeren bekendtgør hvert år, hvilke reguleringer der skal finde sted.

Stk. 3. Erstatning og godtgørelse fastsættes på grundlag af de beløb, der efter stk. 1 var gældende på det tidspunkt, hvor erstatningen og godtgørelsen kunne kræves betalt efter § 16, stk. 1. Årslønnen efter § 7 og erstatningen efter § 14 reguleres efter reglerne i stk. 1 i perioden mellem skadens indtræden og det tidspunkt, hvor erstatningen og godtgørelsen kunne kræves betalt efter § 16, stk. 1.

Betaling og forrentning

§ 16. Godtgørelse og erstatning kan kræves betalt 1 måned efter, at skadevolderen har været i stand til at indhente de oplysninger, der er fornødne til bedømmelse af erstatningens størrelse. Er det, forinden endelig opgørelse kan finde sted, givet, at skadevolderen i alt fald skal betale en del af det krævede beløb, kan denne del forlanges udbetalt

efter reglerne i 1. pkt. Et sådant udbetalt beløb samt beløb, der er udbetalt som midlertidig erhvervsvenetabserstatning, kan ikke senere kræves tilbagebetalt eller modregnet i andre erstatningsposter.

Stk. 2. Beløbet forrentes fra det tidspunkt, hvor det kan kræves betalt efter stk. 1, med en årlig rente, der svarer til den fastsatte referencesats med et tillæg på 7 pct. Som referencesats anses i denne lov den officielle udlånsrente, som Nationalbanken har fastsat henholdsvis pr. 1. januar og 1. juli det pågældende år. Justitsministeren kan hvert andet år efter forhandling med Danmarks Nationalbank og Økonomi- og Erhvervsministeriet ændre renten, dog således at det i 1. pkt. nævnte tillæg ikke kan fastsættes til mindre end 7 pct.

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 pensionsydelse, der udbetales af stat, kommune eller i henhold til anden pensionsordning, samt forsikringsydelse usæet forsikrings karakter, jf. § 22, stk. 2. Sygedagpengeydelse efter lov om dagpenge ved sygdom eller fødsel kan dog danne grundlag for regreskrav mod den erstatningsansvarlige, jf. lov om dagpenge ved sygdom eller fødsel, § 39, stk. 2.

Stk. 2. En arbejdsgiver, der har udbetalt dagpenge eller sygelen til en skadelidt eller har udbetalt dertil knyttede ydelser, kan gøre regres mod den erstatningsansvarlige i det omfang, arbejdsgiveren har lidt et tab.

Overførelse mv. af erstatnings- og godtgørelseskrav

§ 18. Krav om erstatning og godtgørelse for personskade 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. 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 særlige.

Stk. 3. Reglerne i stk. 1 og 2 finder ikke anvendelse på krav om erstatning for tabt arbejdsfortjeneste.

Kap. 2. Erstatningsansvar for skade, der er dækket af forsikring

§ 19. I det omfang en skade er dækket af en tingsforsikring eller en driftstabsforsikring, er der ikke erstatningsansvar.

Stk. 2. Reglen i stk. 1 gælder ikke, såfremt:

- 1) den erstatningsansvarlige har forvoldt skaden forsætligt eller ved grov uagtsomhed, eller
- 2) skaden er forvoldt ved udøvelse af offentlig eller erhvervsmæssig virksomhed eller virksomhed, der kan ligestilles hermed.

Stk. 3. Har en arbejdstager forvoldt en skade, der er dækket af en tingsforsikring, en driftstabsforsikring eller arbejdsgiverens ansvarsforsikring, ifalder arbejdstageren ikke erstatningsansvar, medmindre skaden er forvoldt forsætligt eller ved grov uagtsomhed.

§ 20. Staten, en kommune eller en anden offentlig institution, der i almindelighed er selvforsikrer, er stillet, som om forsikring var tegnet, jf. § 19.

§ 21. §§ 19 og 20 gælder ikke for erstatningsansvar, der er omhandlet i

Bilag 6

- 1) færdselslovens regler om ansvar for motordrevne køretøjer, eller som i øvrigt er dækket af den for køretøjet lovpligtige ansvarsforsikring,
- 2) luftfartsloven eller
- 3) søloven.

§ 22. Såfremt der er erstatningsansvar for en skade, der er dækket af en skadesforsikring, indtræder forsikringsselskabet i det omfang, det har betalt erstatning, i den skadelidtes ret mod den erstatningsansvarlige.

Stk. 2. Ved livs-, ulykkes- eller sygeforsikring eller anden personforsikring har selskabet uanset forsikringens karakter intet krav mod den erstatningsansvarlige.

Kap. 3. Forskellige bestemmelser

Arbejdstagers erstatningsansvar

§ 23. Erstatning, som en arbejdsgiver har måttet udrede som følge af en arbejdstagers uforvarselige adfærd, kan kun kræves betalt af denne i det omfang, det findes rimeligt under hensyn til den udviste skyld, arbejdstagerens stilling og omstændighederne i øvrigt.

Stk. 2. Arbejdstagerens erstatningsansvar over for skadelidte kan nedsættes eller bortfalde, hvis det findes rimeligt under hensyn til de i stk. 1 nævnte omstændigheder og til skadelidtes interesse. Erstatning, som arbejdstageren har måttet udrede, kan denne kræve betalt af arbejdsgiveren i det omfang, ansvaret endeligt skal påhvile arbejdsgiveren efter stk. 1.

Stk. 3. Bestemmelsen i stk. 1 finder tilsvarende anvendelse på arbejdsgiverens erstatningskrav mod arbejdstageren for skade, denne i øvrigt forvolder arbejdsgiveren i tjenesten.

Almindelig lempelsesregel

§ 24. Erstatningsansvar kan nedsættes eller bortfalde, når ansvaret vil virke urimeligt tyngende for den erstatningsansvarlige, eller når ganske særlige omstændigheder i øvrigt gør det rimeligt. Ved afgørelsen skal der tages hensyn til skadens størrelse, ansvarsrets beskaffenhed, skadevolderens forhold, skadelidtes interesse, foreliggende forsikringer samt omstændighederne i øvrigt.

Stk. 2. Under tilsvarende betingelser som angivet i stk. 1 kan der ses helt eller delvis bort fra skadelidtes medvirken til skaden. Ved krav om erstatning til den, der har mistet en forsøger, gælder det samme om af dødes medvirken.

Børns erstatningsansvar mv

§ 24a. Barn under 15 år er erstatningspligtigt for skadegørende handlinger efter samme regler som personer over denne alder. Dog kan erstatningen nedsættes eller endog helt bortfalde, for så vidt det findes billigt på grund af manglende udvikling hos barnet, handlingens beskaffenhed og omstændighederne i øvrigt, derunder navnlig forholdet mellem den skadegørendes og den skadelidendes evne til at bære tabet og udsigten til, at skaden kan fås godtgjort hos andre.

§ 24b. En person, som på grund af sindssygdom, hæmmet psykisk udvikling, forbigående sindsforvirring eller lignende tilstand har manglet evnen til at handle fornuftmæssigt, er erstatningspligtig for skadegørende handlinger efter samme regler som sjælsunde personer. Dog kan erstatningen nedsættes eller endog helt bortfalde, for så vidt det findes billigt under hensyn til personens sindstilstand, handlingens beskaffenhed eller omstændighederne i øvrigt, derunder navnlig forholdet mellem den skadegørendes og den skadelidendes evne til at bære tabet og udsigten til, at skaden kan fås godtgjort hos andre.

Stk. 2. Har den skadegørende ved misbrug af beruselsesmidler eller på lignende måde forbigående hensat sig i en sindstilstand som ovenfor nævnt, er en lempelse i erstatningsansvaret udelukket.

Flere erstatningsansvarlige

§ 25. Den indbyrdes fordeling af erstatningsbyrden mellem flere solidarisk erstatningsansvarlige foretages efter, hvad der under hensyn til ansvarsrets beskaffenhed og omstændighederne i øvrigt må anses for rimeligt.

Stk. 2. Er en eller flere af de erstatningsansvarlige dækket af en ansvarsforsikring, gælder § 19, stk. 1 og 2, og § 21. I de tilfælde, der er nævnt i § 19, stk. 2, nr. 1 og 2, og § 21, kan der ved den indbyrdes fordeling af erstatningsbyrden mellem skadevolderne tages hensyn til foreliggende ansvarsforsikringer. § 20 finder tilsvarende anvendelse.

Godtgørelse for tort

§ 26. Den, der er ansvarlig for en retsstridig krænkelse af en andens frihed, fred, ære eller person, skal betale den forurettede godtgørelse for tort.

Stk. 2. Ved fastsættelsen af godtgørelsen kan det tillægges vægt, at krænkelsen er begået ved en forbyrdelse, der har indebåret en overtrædelse af bestemmelser i straffelovens kapitel 23 eller 24.

Stk. 3. Selv om der ikke er lidt tort, skal den, der er ansvarlig for en retsstridig krænkelse af en anden, dog betale den forurettede en godtgørelse, såfremt krænkelsen er begået ved en forbyrdelse, der har indebåret et særlig groft angreb mod en andens person eller frihed.

Stk. 4. § 18, stk. 1 og 2, finder tilsvarende anvendelse på godtgørelse efter stk. 1-3 og på godtgørelse efter § 26 a.

Godtgørelse til efterladte

§ 26 a. Den, der forsætligt eller ved grov uagtsomhed forvolder en andens død, kan pålægges at betale en godtgørelse til efterlevende, der stod den afdøde særlig nær.

Stk. 2. Ved vurderingen af, om der skal betales godtgørelse efter stk. 1, og ved fastsættelsen af godtgørelsens størrelse, skal der lægges særlig vægt på karakteren af skadevolderens handling og på den lidelse eller krænkelse, som må antages at være påført den eller de efterlevende.

Fravigelse af lovens regler

§ 27. Aftaler om fravigelse af reglerne i §§ 1-16, § 24, stk. 2, og §§ 26 og 26 a, der er indgået inden en skades indtræden, er ugyldige, såfremt fravigelsen er til ugunst for den erstatningsberettigede.

Stk. 2. Aftaler om fravigelse af § 17, stk. 1, § 19, stk. 1 og 3, § 20, § 22, stk. 2, § 23, § 24, stk. 1, § 24 a, § 24 b, stk. 1, og § 25, der er indgået inden en skades indtræden, er ugyldige, såfremt fravigelsen er til ugunst for den erstatningsansvarlige. Reglen i § 25 kan dog fraviges for skader, der forvoldes ved udøvelse af offentlig eller erhvervsmæssig virksomhed eller virksomhed, der kan ligestilles hermed.

Kap. 4. Ikrafttrædelsesbestemmelser mv.

§ 28. Loven træder i kraft den 1. oktober 1984 og finder anvendelse på erstatningsansvar for skader, der indtræder efter lovens ikrafttræden.

§ 29. Følgende lovbestemmelser ophæves:

- 1) § 25 i lov nr. 129 af 15. april 1930 om forsikringsaftaler.
- 2) § 15 i lov om ikrafttræden af borgerlig straffelov m m, jf. lovbekendtgørelse nr. 277 af 30. juni 1965.
- 3) § 14, stk. 3, 2. pkt., i arveloven, jf. lov nr. 215 af 31. maj 1963.
- 4) § 53, stk. 3, 2. pkt., i sømandsloven, jf. lov nr. 420 af 13. juni 1973.
- 5) § 67, 2. pkt., i søloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 353 af 1. juli 1974.

§ 30. I lov nr. 79 af 8. marts 1978 om arbejdsskadeersikring foretages følgende ændring:

Bilag 6

§ 55 affattes således:

»§ 55. Ydelser i henhold til loven kan ikke danne grundlag for regreskrav mod en skadevolder, der har pådraget sig erstatningspligt over for skadelidte eller dennes efterladte. Skadelidtes eller dennes efterlades krav mod den erstatningsansvarlige nedsættes i det omfang, forsikringsselskabet har betalt eller er pligtigt at betale erstatning til de pågældende efter denne lov.«

§ 31. En forsikringstager kan ikke opsig en forsikringsaftale på grund af en forhøjelse af præmien, som alene er begrundet med den ændring af størrelsen af erstatning for personskade og tab af forsørger, der er en følge af denne lov.

§ 32. Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kgl anordning sættes i kraft for disse landsdele med de afvigelser, som de særlige færøske og grønlandske forhold tilsiger.

Lov 1995-12-20 nr. 1120 om erstatning for lægemiddelskader,

som ændret ved L 1996-12-27 nr. 1228, L 2001-06-07 nr. 493 og L 2003-06-10 nr. 430

Kap. 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 donorer, hvorfra der udtages væv og andet biologisk materiale.

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 personens sygdom. Det samme gælder for donorer, hvorfra der udtages væv og andet biologisk materiale. 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 erhvervsmæssigt er udleveret i Danmark til forbrug eller kliniske afprøvninger af lægemidler (biomedicinske forsøg). Udleveringen skal være sket gennem apotek, sygehus, læge, tandlæge eller salgssted godkendt til salg af ikke apoteksforbeholdte håndkøbslægemidler i henhold til lægemiddelovens § 8, stk. 1.

§ 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), jf. § 1, stk. 2.

Stk. 3. Magistrelt fremstillede lægemidler og lægemidler, der efter forudgående tilladelse fra Lægemiddelstyrelsen 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 mv. 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 forsmælse 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.

§ 7 a. Det påhviler enhver autoriseret sundhedsperson, som i sin virksomhed bliver bekendt med skader, som må antages at kunne give ret til erstatning efter loven, at informere skadelidte herom samt i fornødent omfang at bistå med anmeldelse til Patientforsikringsforeningen.

§ 8. (Ophævet).

Kap. 2. Erstatningsudmåling mv.

§ 9. Erstatning og godtgørelse fastsættes efter reglerne i lov om erstatningsansvar, jf. dog reglerne i dette kapitel.

Stk. 2. Erstatning mv. 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 forsægtlig eller ved grov uagtsomhed har medvirket til skaden.

§ 12. Ved en serieskade forstås lægemiddelskader, som er påført flere personer og forårsaget 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 Lægemiddelstyrelsen 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 forudsat af en fagmand, eller
- 2) som skyldes en defekt ved lægemidlet som følge af instruktions-, fabriktions- 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 afprøvnings 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 mv. til inddrivelse af erstatning fra lægemiddelproducenter og mellemhandlere efter lov om produktansvar, jf. stk 1. Inddrivne erstatningsbeløb i forbindelse hermed tilgår staten.

Kap. 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 mv. efter denne bestemmelse.

Kap. 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) 1 medlem udpeget af Sundhedsstyrelsen,
- 4) 1 medlem udpeget af Lægemedelstyrelsen,
- 5) 2 medlemmer udpeget i fællesskab af Amtsrådsforeningen i Danmark, Hovedstadens Sygehusfællesskab og Københavns og Frederiksberg Kommuner,
- 6) 1 medlem udpeget af De Samvirkende Invalideorganisationer,
- 7) 1 medlem udpeget af Forbrugerrådet.

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren kan bemyndige nævnets formand til at træffe afgørelse i sager, der ikke skønnes at frembyde tvivl.

Stk. 3. Lægemedelskadeankenævnets medlemmer udpeges for 4 år. Finder udpegningsen sted i løbet af en periode, gælder den kun til periodens udløb.

Stk. 4. Sundhedsministeren fastsætter efter forhandling med Lægemedelskadeankenævnet dets forretningsorden. Ministeren kan heri fastsætte regler om honorar til nævnets formand og medlemmer.

Stk. 5. 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 mv. samt den skadelidte og vedkommende medicinalforma, forlange meddelt enhver oplysning, herunder sygehusjournaler, journaloptegnelser mv., 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.

Kap. 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.

Kap. 6. Ikrafttrædelses- og ændringsbestemmelser mv.

§ 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. - - -

§ 25. 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.