

Årsberetning 2004

***Patient**forsikringen*

Indhold

	Side
Forord	9
Resumé	11
1. Patientforsikringen	15
1.1. Lovgrundlag	15
1.2. Udvidelse af patientforsikringsloven	15
1.2.1. Indledning	15
1.2.2. Hvem er omfattet af patientforsikringsloven efter 1. januar 2004?	15
1.2.3. Hvem betaler erstatning?	17
1.2.4. Psykiske skader	17
1.2.5. Regresreglen i PFL § 8	18
1.2.6. Informationspligt	18
1.2.7. Vaccinationskader	19
1.2.8. Patientskadeankenævnet	19
1.3. Indenrigs- og sundhedsministeren har fremsat forslag om, at patientforsikringsloven ophæves pr. 1. januar 2007 og erstattes med en ny lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet	20
1.4. Organisation 2004	21
1.5. Sagernes behandling	22
1.5.1. Anmeldelse af skader	22
1.5.2. Sagsoplysning	22
1.5.3. Afgørelser	23
1.6. Informationsvirksomhed	23
2. Talmæssige oplysninger	25
2.1. Anmeldelser	25
2.2. Afgørelser	27
2.3. Sagsbehandlingstiden	30
2.4. Afgørelser efter patientforsikringsloven	35
2.5. Skadernes art	38
2.6. Tilkendte erstatninger	40
2.7. Administrative omkostninger	42
3. Erstatningsgrundlag og afgørelser	45
3.1. Formål	45
3.2. Patientforsikringslovens erstatningsgrundlag	45

Indhold

3.3. Eksempler på afgørelser vedrørende privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner	47
3.4. Eksempler på afgørelser inden for sygehusvæsenet	51
3.4.1. Afgørelser efter PFL § 1, stk. 1 (foreligger der en skade som følge af behandlingen?)	51
3.4.2. Afgørelser efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1 (specialistmålestokken)	51
3.4.3. Afgørelser efter PFL § 2, stk. 1, nr. 2 (fejl eller svigt i teknisk apparatur, redskaber eller andet udstyr)	56
3.4.4. Afgørelser efter PFL § 2, stk. 1, nr. 3 (alternativ metode eller teknik)	57
3.4.5. Afgørelser efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4 (rimelighedsreglen)	58
3.4.6. Afgørelser efter PFL § 3, stk. 1, jf. § 2, stk. 1, nr. 1 (forkert diagnose eller diagnoseforsinkelse)	62
3.4.7. Afgørelser efter PFL § 3, stk. 2 (culpa)	67
3.4.8. Genoptagelse	70
4. Erstatningsberegning	71
4.1. Gennemgang af erstatningsansvarslovens regler	71
4.2. Eksempler på erstatningsberegning	74
4.2.1. Helbredelsesudgifter og andet tab (EAL § 1)	74
4.2.2. Tabt arbejdsfortjeneste (EAL § 2)	78
4.2.3. Varigt mén (EAL § 4)	72
4.2.4. Erhvervsevnetab (EAL § 5-8)	83
4.2.5. Øvrige eksempler	87
5. Generelle sager og problemstillinger	91
5.1. Bevislettelse ved overtrædelse af foreskrifter, som har betydning for vurderingen af specialistmålestokken	91
5.2. Sygedagpengeregres hvis der er ansvar efter almindelige erstatningsregler (culpa) - Østre Landsrets dom U2004.2582Ø	94
5.3. Retningslinier vedrørende medarbejdernes og lægekonsulenternes inhabilitet ved behandling af sager	96
5.4. Komplikationer i tilknytning til galdestensoperationer med kikkertkirurgi i perioden 1996 til og med 2004	98
6. Patientforsikringens virksomhed	105
6.1. Patientforsikringens medlemmer 2004	105
6.2. Patientforsikringens bestyrelse i 2004	105
6.3. Patientforsikringens administration	106

Indhold

6.3.1. Patientforsikringens medarbejdere pr. 1. juni 2005	106
6.3.2. Lægeligt konsulentnet	108
6.4. Administrationsaftaler	109
6.5. Regnskab og budget	109
7. Beretning om lov om erstatning for lægemiddelskader	111
7.1. Lovgrundlag	111
7.2. Organisation	111
7.3. Sageres behandling	112
7.3.1. Anmeldelse af skader	112
7.3.2. Sagsoplysning	112
7.3.3. Afgørelser	112
7.4. Talmæssige oplysninger	112
7.4.1. Udviklingen i antallet af anmeldelser	113
7.4.2. Antallet af afgørelser og deres udfald	114
7.4.3. Tilkendte erstatningsbeløb	115
7.4.4. Sagsbehandlingstiden	115
7.5. Erstatningsgrundlag og afgørelser	115
7.5.1. Formål	115
7.5.2. Erstatningsgrundlaget i lov om erstatning for lægemiddelskader	116
7.5.3. Eksempler på afgørelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader	118
7.6. Særlige problemstillinger	120
7.6.1. Skader ved brug af lægemidlet Seroxat, der anvendes ved depression og panikangst	120
7.6.2. Skader ved brug af bedøvelsesmidlerne Septocaine og Septanest	121
7.6.3. Forholdet til produktansvarsreglerne	122
8. The Danish Patient Insurance System	125
8.1. Background for the Danish Patient Insurance Act	125
8.1.1. The Culpa System	125
8.1.2. Redress	125
8.1.3. Prevention	125
8.2. The Insurance Scheme in Outline	126
8.3. Limitations in the Scope	127
8.3.1. Only Treatments at Public Hospitals (only injuries sustained before 1 January 2004)	127
8.3.2. Only Injuries Caused by Examination and Treatment	127

Indhold

8.3.3. Only Physical Injuries (only injuries sustained before 1 January 2004)	128
8.3.4. Other Limitations	128
8.4. Conditions for Damages	128
8.5. Avoidable Injuries	129
8.5.1. "The Specialist Rule" (§ 2 (1), no. 1)	129
8.5.2. "The Equipment Rule" (§ 2 (1), no. 2)	131
8.5.3. "The Alternative Rule" (§ 2 (1), no. 3)	132
8.6. Unavoidable Injuries	133
8.6.1. "The Endurability Rule" (§ 2 (1), no. 4)	133
8.7. Special Conditions for Damages	135
8.8. Key Figures for the Patient Insurance	135
8.9. The Appeals System	136
8.10. Conclusion	137
Bilag 1 Lovbekendtgørelse 1997-03-24 nr. 228 om Patientforsikringen	139
Bilag 2 Bekendtgørelse nr. 1097 af 12. december 2003 Bekendtgørelse om dækningsområdet for lov om patientforsikring	143
Bilag 3 Bekendtgørelse nr. 1098 af 12. december 2003 Bekendtgørelse om vedtægter for Foreningen af Patientforsikringselskaber (Patientforsikringsforeningen)	145
Bilag 4 Bekendtgørelse nr. 1099 af 12. december 2003 Bekendtgørelse om henlæggelse af behandlingen af sager efter lov om patientforsikring til Dansk Tandlægeforenings Patientskadeforsikring og Tandskadeankenævnet	149
Bilag 5 Årsrapport for 2004	151
Bilag 6 Anmeldelser og anerkendelser fordelt på sygehuse	165
Bilag 7 Lovbekendtgørelse 2002-09-04 nr. 750 om erstatningsansvar	169
Bilag 8 Lov 1995-12-20 nr. 1120 om erstatning for lægemiddelskader	173

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 2004. Beretningen indeholder eksempler på erstatningssager og forskellige administrative spørgsmål, der har fundet deres løsning i 2004 og i enkelte tilfælde i begyndelsen af 2005.

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 2004 og tidligere år.

Patientforsikringen skal i henhold til lov om erstatning for lægemiddel-skader afgive en årlig beretning til indenrigs- og 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 indenrigs- og 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 2004 modtog foreningen i alt 4.693 anmeldelser efter lov om patientforsikring, hvilket svarer til en stigning på knapt 1.100 anmeldelser i forhold til 2003.

Den kraftige stigning i antallet af anmeldelser skyldes til dels lovudvidelsen pr. 1. januar 2004, hvorefter den primære sundhedstjeneste blev omfattet af loven. Det fremgår således, at ca. 8 % af det samlede antal anmeldelser stammer herfra. Det fremgår også, at 93 % af disse anmeldelser vedrører lægelig behandling, hvorimod antallet af anmeldelser fra øvrige grupper af sundhedspersoner er yderst bekedent.

Størstedelen af stigningen stammer dog fra det tidligere dækningsområde, altså de offentlige sygehuse, hvilket må tilskrives den informationskampagne, der blev ført i forbindelse med lovudvidelsen. Sagernes fordeling på de enkelte amter, sygehuse og medicinske specialer er angivet.

I 2004 traf Patientforsikringen i alt 4.038 afgørelser efter lov om patientforsikring, og heraf blev 1.741 sager anerkendt. Herudover blev der truffet 3.200 afgørelser efter erstatningsansvarsloven. Af de 2.297 sager, der blev afvist, var 388 sager uden for patientforsikringslovens dækningsområde.

En af Patientforsikringens målsætninger i de seneste år har været at nedbringe sagsbehandlingstiden. Som det fremgår af afsnit 2.3., lykkedes det i 2004 at få den gennemsnitlige sagsbehandlingstid reduceret til under 190 dage, hvilket er i overensstemmelse med Patientforsikringens målsætning for en rimelig sagsbehandlingstid.

I afsnit 2.5. er der givet en oversigt over fordelingen af afgørelser, anerkendelser og gennemsnitlige erstatninger inden for de medicinske specialer i perioden 1996-2004. Det fremgår bl.a., at ortopædkirurgien er det mest skadeforvoldende speciale.

I afsnit 2.6. er der talmæssigt redegjort for, hvor store erstatningsbeløb der er udbetalt i 2004, 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 2004 tilkendtes der i alt 343,4 mio. kr. ekskl. renter i erstatning efter lov om patientforsikring, hvilket er en stigning på 70,5 mio. kr. i forhold til 2003. Sammen med erstatningerne blev patienterne tilkendt renter, således at det samlede erstatningsbeløb i 2004 udgjorde mere end 400 mio. kr.

I afsnit 2.7. er der redegjort for udviklingen i de administrative omkostninger, der er forbundet med Patientforsikringens behandling af sagerne. Det fremgår, at omkostningerne målt i faste priser har været konstant faldende.

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 undersøgelse og behandling i sundhedsvæsenet.

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

I **afsnit 4** er kort beskrevet erstatningsansvarslovens 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 sager og problemstillinger.

Afsnit 6 indeholder en nærmere beskrivelse af, hvem 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 6.5. er der givet en redegørelse for Patientforsikringens regnskab og budget. Som det fremgår heraf, har de samlede udgifter til Patientforsikringens og

Patient-skadeankenævnets administration i 2004 udgjort i alt 57.374.947 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 2004 220 anmeldelser efter denne lov mod 182 i 2003, og der blev truffet i alt 176 afgørelser mod 198 i 2003. Der er i alt truffet 845 afgørelser efter loven i perioden 1. januar 1996-31. december 2004, og heraf er 249 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 udvidet til at omfatte hele sundhedsvæsenet, således at loven nu dækker skader i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende hos privatpraktiserende autoriserede sund-

hedspersoner 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 o. 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 ungestandpleje.

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 Patientskedeforsikring. Bekendtgørelsen er medtaget i årsberetningen som bilag 4.

Patientforsikringslovens dækningsområde efter lovændringen er nærmere præciseret i bekendtgørelse nr. 1097 af 12. december 2003. Bekendtgørelsen er medtaget i årsberetningen som bilag 2.

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 resourcebesparende. 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 her 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 forsøgspersoner, 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 vaccinations-skader 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.

Vaccinationsskadeerstatningsloven 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 egen-skaber 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 myndigheder 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 fornødne retlige interesse i sagen, således at sundhedspersonen kan påklage Patientforsikringens afgørelse til Patientskadeankenævnet. 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. Indenrigs- og sundhedsministeren har fremsat forslag om, at patientforsikringsloven ophæves pr. 1. januar 2007 og erstattes med en ny lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Indenrigs- og Sundhedsministeriet udsendte den 1. december 2004 forslag til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet til en lang række myndigheder og organisationer, idet man anmodede om eventuelle bemærkninger inden den 7. januar 2005.

Ved lovforslaget samles de eksisterende lovbestemmelser om patientkontorer, klageadgang, patientforsikring og erstatning for lægemiddelskader i een lov. Lovforslaget omfatter således de områder, som hidtil har været reguleret i følgende love:

- Lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse mv. (kapitel 3).
- Lov om patientforsikring.

- Lov om erstatning for lægemiddelskader.
- Lov om sygehusvæsenet.
- Lov om offentlig sygesikring.

Om formålet med lovforslaget hedder det i lovbemærkningerne, "at formålet med det foreliggende lovforslag er dels at tilpasse eksisterende lovgivning til den nye regionale struktur i et antal love på sundhedsområdet, dels at skabe et samlet overblik for patienterne over deres adgang til at klage og modtage erstatning i forbindelse med given behandling mv."

I den forbindelse bemærkes, at patientforsikringsordningen alene berøres af strukturreformen på den måde, at "amterne" erstattes af "regioner" i relation til erstatningspligt, forsikringspligt og medlemskab af Patientforsikringens bestyrelse og Patientskadeankenævnet mv. I øvrigt er den eksisterende lovtekst, i såvel patientforsikringsloven som lov om erstatning for lægemiddelskader uændret.

I denne anledning afgav Patientforsikringen den 3. januar 2005 en kritisk udtalelse over lovforslaget, hvor man bl.a. anførte, at det af principielle grunde er meget uheldigt at samle reglerne om klager og erstatninger i en fælles lov, og at det er forbundet med en lang række administrative og økonomiske problemer for Patientforsikringen at ophæve

patientforsikringsloven og at indlægge lovens bestemmelser i en ny lov. Det betyder bl.a., at Patientforsikringen i en lang periode skal arbejde med to love med samme indhold, men med forskellige navne og paragrafnumre mv. Patientforsikringens edb-systemer, registreringer og brevsystemer er ikke indrettet herpå.

Den Almindelige Danske Lægeforening, Dansk Tandlægeforenings Patientskade-forsikring og Forbrugerrådet har på linie med Patientforsikringen udtrykt betænkelighed ved at samle klage- og erstatningsreglerne i en lov. I det lovforslag, L 75, som indenrigs- og sundhedsministeren har fremsat i Folketinget den 24. februar 2005, er der ikke taget hensyn til disse indvendinger.

1.4. Organisation 2004

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

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

Foreningen ledes af en bestyrelse, der består af 7 medlemmer. 1 medlem udpeges af 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 tilrettelæggelse af foreningens virksomhed.

Foreningens daglige virksomhed varetages af en administration, der ledes af en af bestyrelsen ansat person.

Bestyrelsen skal således kun beskæftige sig med generelle spørgsmål, herunder spørgsmål om administrationens varetagelse af de opgaver, der er pålagt foreningen, hvorimod behandlingen af enkelt-sager udelukkende skal finde sted i administrationen. Bestyrelsen kan dog i ganske særlige tilfælde tage stilling til principielle enkelt-sager 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 enkelt-sager.

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 5.

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, se bilag 3.

1.5. Sagernes behandling

1.5.1. 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, klinikken, lægepraksis mv.

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 en kort beskrivelse af, hvornår man kan få erstatning.

Anmeldelsen fra sygehuset mv. skal indeholde oplysning om, hvordan man der har opfattet skadeforløbet, og anmeldelsen indeholder en opfordring til, at alt relevant materiale, herunder journaler, vedlægges.

Det vil i høj grad være den enkelte sundhedsperson, 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.

1.5.2. 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 erklæringer fra mere løst tilknyttede speciallæger eller fra det pågældende sygehus.

Fastsættelse af méngrad og erhvervsevnetab foretages også af Patientforsikringens egne læger og jurister. Det følger dog af Patientforsikringens forretningsorden § 8, stk. 3, at foreningen indhenter en vejledende udtalelse om spørgsmålet om fastsættelse af méngraden og erhvervsevnetabsprocenten fra Arbejdsskadestyrelsen, såfremt skadelidte eller skadevolder under sagens behandling fremsætter begæring herom, jfr. § 5, stk. 1, i lov om patientforsikring. Udgifter hertil afholdes ikke af Patientforsikringen.

Da det således påhviler Patientforsikringen at oplyse sagerne fuldt ud og dermed varetage patienternes interesser, er det forudsat i patientforsikringsloven, at

der ikke kan ske dækning af patientens eventuelle udgifter til advokatbistand.

1.5.3. Afgørelser

Ifølge PFL § 13, stk. 1, 1. pkt., træffer Patientforsikringen afgørelse i alle sager efter loven. Som tidligere nævnt træffes afgørelsen i enkeltssager 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 udtalelse af bekendtgørelse nr. 652 af 23. juli 1992 om forvaltningslovens anvendelse på Patientforsikringens virksomhed. Patientforsikringen er derimod ikke omfattet af offentlighedsloven.

1.6. Informationsvirksomhed

Den væsentligste information om erstatningsmulighederne i patientforsikringsloven til de tilskadedkomne patienter sker givetvis gennem sundhedspersonalet på sygehusene og hos de praktiserende sundhedspersoner, som har de bedste muligheder for at vurdere, om der er sket en skade som følge af undersøgelse og behandling, og dermed om der er mulighed for at få erstatning. Personalets information over for patienterne er således af

helt afgørende betydning, hvilket er baggrunden for, at der med ændringen af patientforsikringsloven pr. 1. januar 2004 blev indført en egentlig informationspligt for personalet, jf. foran i afsnit 1.2.6.

En forudsætning for at de mange nye grupper af sundhedspersoner, som nu er blevet omfattet af patientforsikringsloven, kan leve op til informationspligten er, at de er velinformeret om erstatningsmulighederne i Patientforsikringen.

I forbindelse med udvidelsen af patientforsikringslovens dækningsområde pr. 1. januar 2004 gennemførte Patientforsikringen derfor også en større informationsindsats over for de mange nye grupper af sundhedspersoner og institutioner.

Patientforsikringen udarbejdede således:

- En ny pjece om "Patienters ret til erstatning for behandlingsskader og lægemiddelskader", omfattende hele sundhedsvæsenet og alle typer skader.
- Nye anmeldelsesskemaer såvel for patienterne som for sygehusene, de praktiserende medicinalpersoner og institutioner mv.
- En større redegørelse om patientforsikringsordningen tilpasset de enkelte grupper af praktiserende sundhedspersoner mv.

Materialet blev udsendt i foråret 2004

til offentlige og private sygehuse og klinikker, almen praktiserende læger, praktiserende speciallæger, praktiserende fysioterapeuter og praktiserende kiropraktorer mv. Pjecen blev udsendt i 25 eksemplarer, således at de praktiserende sundhedspersoner ville kunne lægge pjecen frem i deres venteværelser mv.

En nyskabelse ved pjecen er, at den sidste side er udformet som et brevkort, som portofrit kan indsendes til Patientforsikringen, således at man uden besvær kan rekvirere den relevante anmeldelsesblanket. Hertil kommer, at der i pjecen er udførlige henvisninger til Patientforsikringens hjemmeside, hvor man også elektronisk kan rekvirere de relevante anmeldelsesblanketter.

I Patientforsikringen kan man konstatere, at patienterne i vid udstrækning bruger brevkortet og Patientforsikringens hjemmeside i forbindelse med anmeldelser, og der er næppe tvivl om, at disse faciliteter og den øgede informationsvirksomhed i 2004 er en væsentlig årsag til, at antallet af anmeldelser i dette år er steget med ca. 30 % i forhold til sidste år, se nærmere nedenfor i afsnit 2.1.

Herudover har Patientforsikringens medarbejdere udbredt kendskabet til Patientforsikringen ved foredrags- og undervisningsvirksomhed på sygehusene og konferencer for praktiserende sundhedspersoner.

2. Talmæssige oplysninger

2.1. Anmeldelser

Patientforsikringen modtog i 2004 i alt 4.693 anmeldelser efter patientforsikringsloven og 220 anmeldelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader.

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

De 4.693 anmeldelser efter patientforsikringsloven indebærer en stigning på 1.086 anmeldelser i forhold til 2003, hvor antallet af anmeldelser udgjorde 3.607. Udviklingen i antallet af anmeldelser fremgår af figur 1.

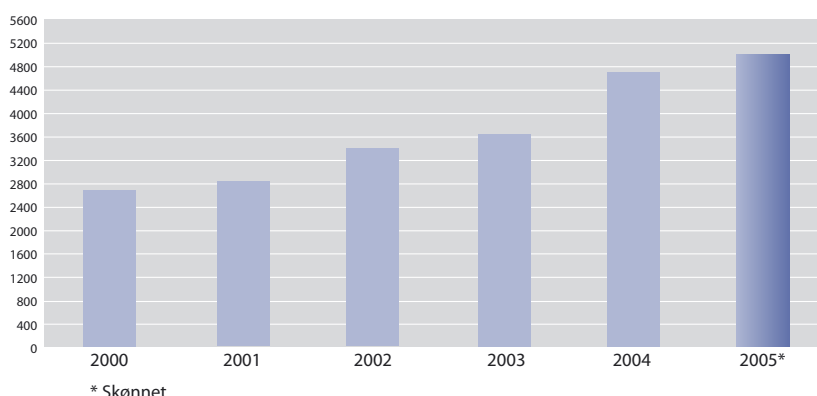
Som det fremgår, er der tale om en meget kraftig vækst, svarende til ca. 30 %. Væksten har tidligere år været relativ sta-

bil, hvorfor 2004 da også skiller sig væsentligt ud. Patientforsikringen var ved sin budgetlægning for 2004 gået ud fra, at der i 2004 ville være en vækst på ca. 500 sager, hvorved det samlede antal anmeldelser i 2004 skulle have udgjort ca. 4.100 anmeldelser. Der var således på forhånd påregnet en ikke ubetydelig vækst.

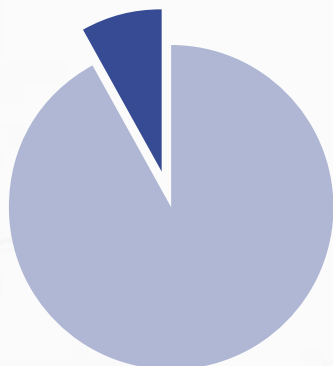
Når væksten er blevet højere end forudsat, er det Patientforsikringens vurdering, at dette først og fremmest skyldes den informationskampagne, som Patientforsikringen gennemførte i 1. halvår 2004 som følge af lovudvidelsen pr. 1. januar 2004, hvorefter private sygehuse og den primære sundhedstjeneste blev omfattet af loven.

Ser man på, hvor stor en del af anmeldelserne, der vedrører lovens nye dækningsområde, så kan disse opgøres til 372 anmeldelser.

Figur 1. Antal anmeldelser efter patientforsikringsloven



Primær sektoren 8%



Det tidligere dækningsområde 92%

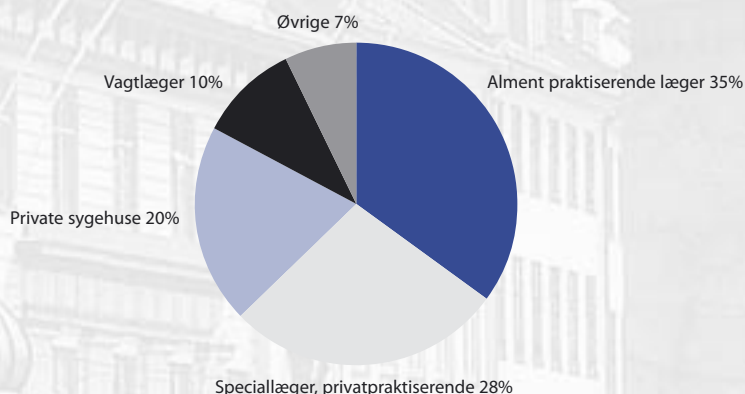
Figur 2. Fordeling af anmeldelser mellem tidligere og nyt dækningsområde

Som det fremgår af figur 2, udgør anmeldelserne fra det nye dækningsområde alene 8 % af det samlede antal anmeldelser. Da stigningen i anmeldelsesantallet var på ca. 30 %, må det altså konstateres, at væksten snarere skyldes den generelle

information om patientforsikringsordningen i anledning af lovudvidelsen, end den skyldes de flere anmeldelser, der følger af det udvidede dækningsområde.

Det nye dækningsområde vedrører alene skader sket efter 1. januar 2004, og der vil derfor være en relativ lang periode, før anmeldelsesantallet fra det nye område når et fast niveau i forhold til det "gamle" dækningsområde. Skaderne skal så at sige "først nå at ske". Således skønnes det, at skader fra primærsektoren (det nye dækningsområde pr. 1. januar 2004) efter en årrække vil komme til at udgøre maksimalt 15 % af det samlede antal anmeldelser. I betragtning heraf er en andel på 8 % allerede efter det første år trods alt en høj tilvækst.

Af figuren nedenfor fremgår den nærmere fordeling af anmeldelser fra det nye dækningsområde.



Figur 3. Fordelingen af anmeldelser indenfor det nye dækningsområde

Som det fremgår af figur 3, vedrører næsten alle anmeldelser lægelig behandling. Kun 7 % vedrører anmeldelser fra øvrige grupper af sundhedspersoner.

At en informationskampagne generelt medfører flere anmeldelser, også fra det gamle dækningsområde, er ingen overraskelse. Det har hele tiden været Patientforsikringens vurdering, at man kun modtog en relativ beskeden del af det samlede antal komplikationer, der kunne medføre erstatning efter loven. Dette bekræftes af væksten i 2004.

Der er selv efter den seneste stigning i 2004 ingen tvivl om, at Patientforsikringen fortsat kun modtager anmeldelser vedrørende en relativ beskeden andel af det samlede antal skadevoldende behandlinger, og at dette primært skyldes en manglende bevidsthed om ordningen hos skadevolder og skadelidte, når skaden sker.

Det er imidlertid også Patientforsikringens opfattelse, at der blandt sundhedspersonalet er en stigende bevidsthed om ordningen, og at ordningen er en måde, hvorpå sundhedspersonalet kan hjælpe ulykkesramte patienter til at få en økonomisk kompensation for de alvorlige følger, som behandlinger naturligvis kan give anledning til.

Fra 1. januar 2004 blev endvidere indført en lovbestemmelse, der pålægger

sundhedspersonalet at informere patienter, som man mener måtte være påført skader i forbindelse med behandlingen, om patientforsikringsordningen og hjælpe dem med at anmelde. Denne lovpligt kan naturligvis også være fremmede for opmærksomheden om erstatningsmulighederne.

Indtil nu er den første henvendelse i en sag kommet fra sygehusene i kun godt 10 % af sagerne. I næsten 90 % af sagerne er det altså patientens anmeldelse, der modtages først. Det er imidlertid Patientforsikringens klare opfattelse, at anmeldelserne fra patienter for en stor dels vedkommende fremsendes med hjælp fra sundhedspersonalet eller patientvejlederne på sygehusene.

2.2. Afgørelser

Der blev i 2004 truffet afgørelse i 4.038 anmeldelser efter patientforsikringsloven.

Som det fremgår af figur 4, modsvarer antallet af afgørelser ikke antallet af anmeldelser. Dette skyldes primært to forhold:

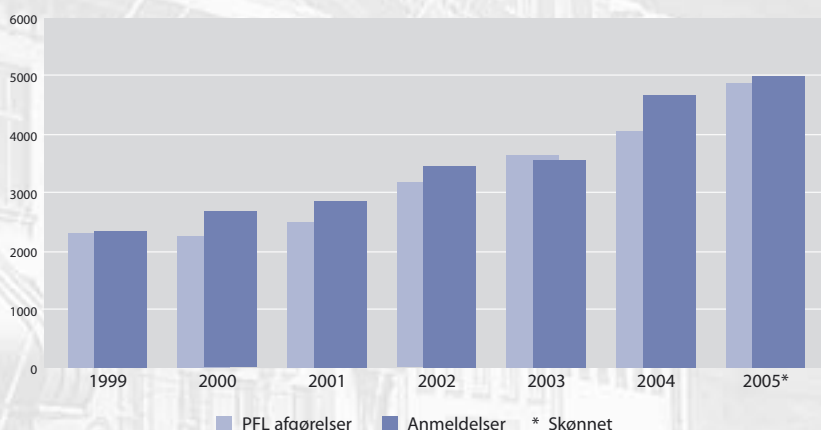
For det første tager det ganske lang tid at træffe afgørelse i anmeldelserne, nemlig imellem ½ og 1 år. Uanset om Patientforsikringen havde ressourcer til at træffe afgørelse i det stærkt stigende antal sager, så ville dette altså ikke være muligt. Der vil med andre ord altid fremkomme et betydeligt efterslæb ved en så stor vækst. Det afgørende er, at der i det efterfølgende år træffes et antal afgørelser, der modsvarer antallet af anmeldelser i det tidligere år.

For det andet har Patientforsikringen ikke forventet en så kraftig stigning. Først da væksten efter første halvår kunne kon-

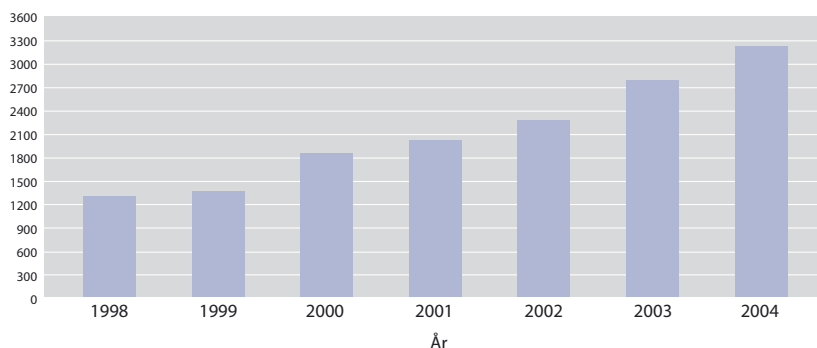
stateres at være vedvarende, kunne der iværksættes tiltag til imødegåelse af væksten. Patientforsikringen har derfor i andet halvår arbejdet målrettet på en udvidelse af kapaciteten, der modsvarer den kraftige vækst. Som det også fremgår af figur 4, forventer Patientforsikringen som følge heraf at kunne nå en ganske væsentlig produktivitetsforøgelse i 2005 og dermed nå et antal afgørelser, der modsvarer væksten i anmeldelsesantallet i 2004.

Patientforsikringen træffer ikke blot afgørelser om, hvorvidt en sag er omfattet af patientforsikringsloven, men træffer til-lige afgørelser om erstatningernes størrelse.

Figur 4. Anmeldelser og afgørelser efter patientforsikringsloven



Figur 5. Antal afgørelser efter erstatningsansvarsloven



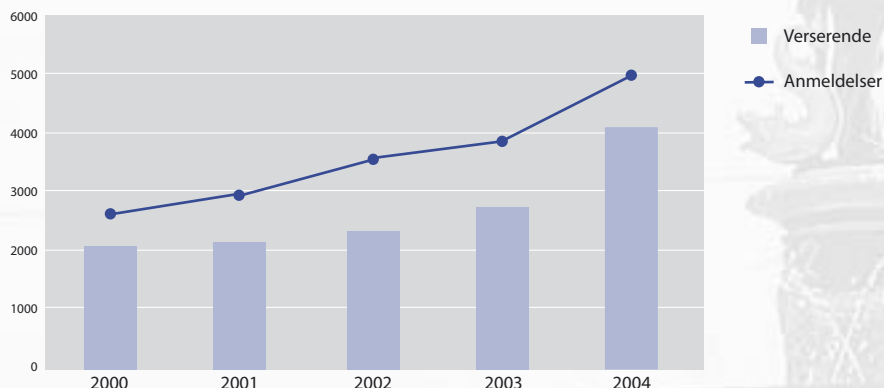
Som det fremgår af figur 5, blev der i 2004 truffet ca. 3.200 afgørelser efter erstatningsansvarsloven. Der træffes dermed væsentligt flere afgørelser om erstatning, end antallet af anerkendte sager tilsiger. Årsagen er, at der træffes en række delafgørelser om erstatning.

Antallet af erstatningsopgørelser må forventes at stige forholdsvis meget i de kommende år, både på grund af det store antal anmeldelser og på grund af den nye erstatningsansvarslov. Loven betyder formentligt, at der vil blive truf-

fet endnu flere delafgørelser om erstatningsudbetaling.

Når man skal vurdere, hvorvidt Patientforsikringens sagsbehandling følger udviklingen i antallet af anmeldelser, er det som tidligere omtalt 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 6. Udviklingen i antallet af verserende sager



Figur 6 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 forholdsmeæssigt mere end antallet af anmeldelser. Er dette tilfældet, sker der en ophobning af uafsluttet arbejde. Som det fremgår af figur 6, har udviklingen været meget stabil.

2.3. Sagsbehandlingstiden

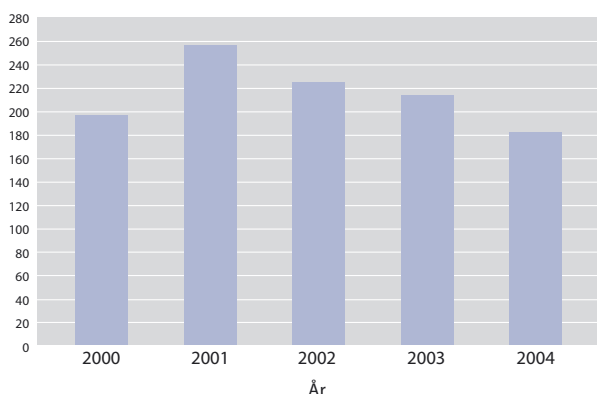
Før patientforsikringslovens tilblivelse var det kendetegnende, at tilskadekomne patienter som oftest måtte vente i flere år på at få en afgørelse af, hvorvidt de var berettigede til erstatning eller ej.

Netop dette forhold var da også en af de væsentligste årsager til, at man oprettede Patientforsikringen, således at man kunne undgå langvarige og bekostelige retssager.

Derfor har det også altid være meget vigtigt for Patientforsikringen at sikre en hurtig sagsbehandlingstid.

Patientforsikringen anser en realistisk sagsbehandlingstid for gennemsnitligt at ligge mellem 180 og 200 dage fra det tidspunkt hvor anmeldelse modtages, og indtil der er truffet afgørelse efter patientforsikringsloven.

Figur 7. Gennemsnitlig sagsbehandlingstid for afgørelser efter patientforsikringsloven



Som det fremgår af figur 7 havde Patientforsikringen i 2001 en uacceptabel lang sagsbehandlingstid, og har derfor arbejdet målrettet mod at forkorte denne. Dette mål er nået i 2004.

Det skal understreges, at en gennemsnitlig sagsbehandlingstid dækker over store forskelle i de konkrete sager, hvor mange individuelle forhold gør sig gældende. En lang række sager kan afgøres meget hurtigt, men der er også et stort antal

sager, som tager væsentligt længere tid, f.eks. på grund af deres kompleksitet eller på grund af, at patienten skal lægeundersøges, inden afgørelse kan træffes.

I den forbindelse skal det også bemærkes, at det ofte tager lang tid, før Patientforsikringen modtager materiale fra først og fremmest sygehusene, men også fra de praktiserende læger og patienterne. Disse oplysninger skal foreligge, før en afgørelse kan træffes.

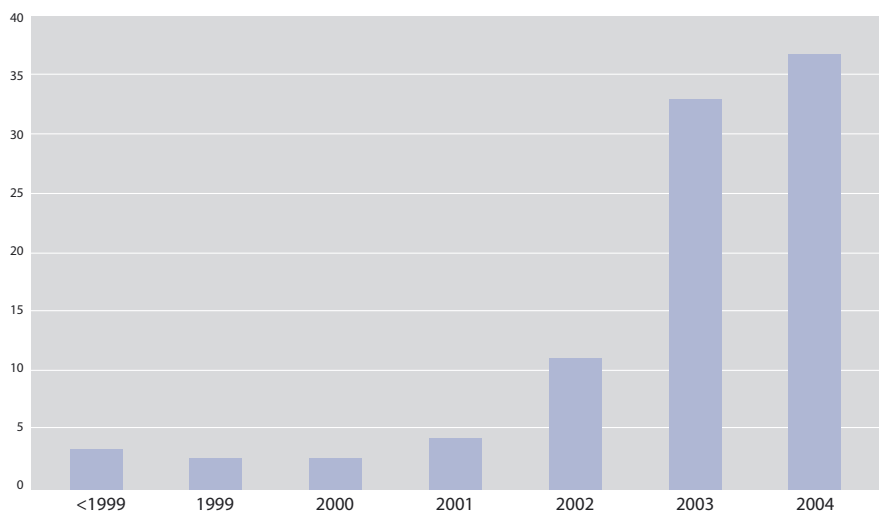
Af figur 8 nedenfor fremgår, hvor lang tid Patientforsikringen i gennemsnit afventer materiale i sagerne før afgørelse kan træffes. Ventetiden indgår i den gennemsnitlige sagsbehandlingstid, der er beregnet ovenfor. Patientforsikringens reelle sagsbehandlingstid skal altså – afhængigt af, hvorfra anmeldelsen stammer – fratrækkes mellem 50 og 100 dage.

Af hensyn til patienterne er det selvfølgelig vigtigt, at svartiderne bliver så korte som muligt. Den tilsyneladende store forskel i de gennemsnitlige svartider indikerer da også, at der i amterne kunne være grund til at se på, hvorledes henvendelser fra patienter og Patientforsikringen håndteres og prioriteres, for at gøre ventetiden så kort som mulig.

Figur 8. Gennemsnitlige svartider i anmeldelser fra 2004

Amt	Antal dage
Bornholms Amt	98
Frederiksborg Amt	80
Fyns Amt	69
Hovedstadens Sygehusfællesskab	81
Københavns Amt	73
Nordjyllands Amt	69
Ribe Amt	68
Ringkøbing Amt	52
Roskilde Amt	56
Storstrøms Amt	62
Sønderjyllands Amt	71
Vejle Amt	72
Vestsjællands Amt	64
Viborg Amt	62
Århus Amt	66
Samlet gennemsnit	70

Figur 9. Anmeldelser indgået i 2004 fordelt efter skadeår (i procent)



Der går imidlertid også lang tid, fra skaden sker og indtil anmeldelse finder sted. Figur 9 viser, at det i 2004 kun var 38 % af de anmeldte skader, som var indtruffet i 2004. Næsten lige så mange skader anmeldes mere end 2 år efter, at skaden rent faktisk indtraf.

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.

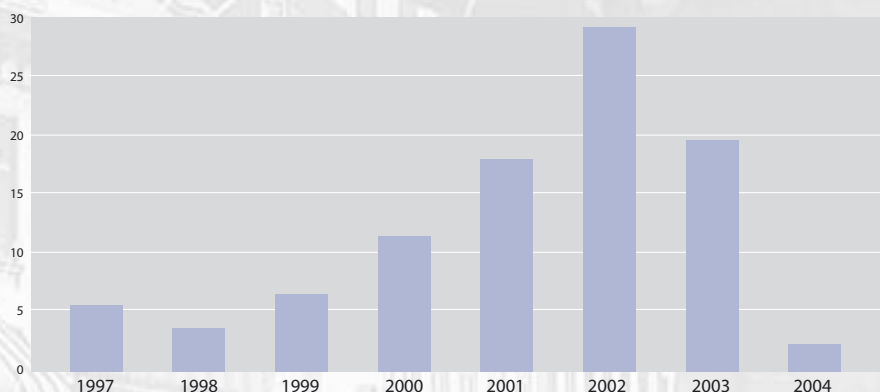
Figur 10 viser, hvor lang tid der går fra skaden og indtil udbetaling af erstatning rent faktisk finder sted. Som det ses, er det et minimalt beløb, der i 2004 er udbetalt i skader, der rent faktisk er indtruffet i 2004.

Når der, som vist ovenfor i figur 9, ofte går mere end 1 år fra skaden skete og indtil anmeldelse, og når der først træffes afgørelse efter gennemsnitligt 7 mdr., hvorefter erstatningerne skal beregnes, ja, så er det ikke underligt, at udbetalingerne for størstedelens vedkommende først for alvor tager fart 2 år efter skadernes indtræden.

Hertil kommer, at der ofte skal gå lang tid, før erstatning overhovedet kan beregnes, fordi patientens varige følger ofte først kendes efter meget lang tid. Patienten skal i de fleste tilfælde til en lægeundersøgelse, der skal indhentes akter fra de sociale myndigheder, patienten skal indsende dokumentation for udgifter, arbejdsgiveren skal fremsende lønoplysninger osv.

For at patienten ikke skal vente for længe, træffes der som regel delafgørelser, 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.

Figur 10. Udbetalingerne i 2004 fordelt på skadeår (i procent)



Figur 11. Anerkendelser og afslag siden 1992

År	Anerkendelser		Afslag		I alt
	Antal	I %	Antal	I %	
1992	5	9,6	47	90,4	52
1993	156	28,1	399	71,9	555
1994	365	39,2	565	60,8	930
1995	522	36,4	911	63,6	1.433
1996	733	35,3	1.345	64,7	2.078
1997	840	36,5	1.463	63,5	2.303
1998	907	38,1	1.472	61,9	2.379
1999	1.164	46,1	1.363	53,9	2.527
2000	1.153	46,6	1.320	53,4	2.473
2001	1.198	47,2	1.339	52,8	2.537
2002	1.496	47,2	1.678	52,8	3.174
2003	1.580	42,6	2.124	57,4	3.704
2004	1.741	43,1	2.685	56,9	4.038

2.4. Afgørelser efter patientforsikringsloven

Figur 11 viser, hvor mange patienter, der gennem årene har fået deres sag anerkendt som en erstatningsberettigende patientskade. Som det fremgår, har andelen af patienter, der har fået erstatning ændret sig ganske meget gennem årene.

Anerkendelsesfrekvensen steg kraftigt i 1999 og nåede i 2001 og 2002 op på 47,2 % af trufne afgørelser i året. Herefter er den dog faldet, og i 2004 har den udgjort 43,1 %.

Af figur 12 kan man se, at 9,6 % af afgørelserne vedrører anmeldelser, der er uden for lovens dækningsområde, og som Patientforsikringen derfor ikke kan

behandle. Dette gør sig selvfølgelig også gældende for afgørelser truffet i tidligere år. Hvis man ser bort fra denne del af anmeldelserne bliver den reelle anerkendelsesfrekvens i alle årene angivet i figur 11 altså væsentligt større.

Figur 12 viser også, efter hvilke bestemmelser i PFL 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.

Figur 12. Anerkendelser og afvisninger i 2004, fordelt efter patientforsikringslovens bestemmelser

	2004	2004
Afgørelsestyper	Antal	%
§ 2, stk. 1, nr. 1 (specialistmålestokken)	740	18,33
§ 2, stk. 1, nr. 2 (apparatursvigt)	20	0,49
§ 2, stk. 1, nr. 3 (alternativ teknik/metode)	17	0,42
§ 2, stk. 1, nr. 4 (rimelighedsreglen)	639	15,82
§ 3, stk. 2 (ulykker)	12	0,29
§ 4, stk. 1 (donorer og forsøgspersoner)	313	7,75
I alt omfattet	1.741	43,11
Ikke berettiget til erstatning, i alt	2.297	56,88
Uden for lovens dækningsområde:		
§ 5, stk. 2 (under lovens bagatelgrænse)	177	4,38
§ 21 (før 1. juli 1992)	21	0,52
§ 1 (ikke offentligt sygehusvæsen)	98	2,43
§ 19 (forældelse)	34	0,84
Diverse	58	1,43
I alt udenfor lovens dækningsområde	388	9,60
Samlet antal afgørelser efter PFL	4.038	100,00

Andelen af anmeldelser, der falder uden for lovens dækningsområde, er faldet år for år, hvilket for det første skyldes, at bagatelgrænsen i 1996 er sænket fra 20.000 til 10.000 kr., samtidig med, at taksterne til beregning af de enkelte godtgørelser og erstatninger efterhånden er reguleret opad.

Af figur 13a og 13b fremgår det, hvorledes anmeldelser og anerkendelser fordeles sig på de enkelte amter i henholdsvis perioden fra 1. juli 1992 – 31. december 2002 og for 2003. Antallet af anmeldelser er sat i forhold til antallet af udskrivninger i de respektive amter. (En tilsvarende opgørelse over anmeldelses- og aner-

kendelsesfrekvenserne for de enkelte sygehuse er optrykt som bilag 6 i denne beretning.)

Som det kan ses, anmeldes der ikke lige mange skader fra de enkelte amter, målt pr. 1.000 udskrivninger. Ser man på det forholdsmæssige antal af anerkendte sager, så er der også forskelle, om end forskellen bliver mindre udtalt. 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,

Figur 13a. Antal anmeldelser og anerkendelser efter PFL i perioden 1. juli 1992 til 31. december 2003

Amt	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Bornholms Amt	212	2,49	98	1,15
Frederiksborg Amt	1.731	2,25	630	0,81
Fyns Amt	2.200	1,82	896	0,74
Hovedstadens Sygehusfællesskab	4.311	2,12	1.647	0,81
Københavns Amt	2.882	2,08	1.087	0,78
Nordjyllands Amt	2.057	1,80	798	0,70
Ribe Amt	901	1,79	362	0,71
Ringkøbing Amt	993	1,70	407	0,70
Roskilde Amt	1.001	1,98	364	1,25
Storstrøms Amt	1.065	1,68	422	0,68
Sønderjyllands Amt	996	1,86	388	0,72
Vejle Amt	1.390	1,77	532	0,67
Vestsjællands Amt	1.144	1,75	417	0,63
Viborg Amt	1.013	1,80	421	0,75
Århus Amt	3.134	1,82	1.234	0,71
Øvrige	760	-	66	-
Hele landet	25.790	1,97	9769	0,74

Figur 13b. Antal anmeldelser og anerkendelser i 2004

Amt	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Bornholms Amt	21	2,83	4	0,54
Frederiksborg Amt	242	3,61	105	1,56
Fyns Amt	375	3,57	160	1,52
Hovedstadens Sygehusfællesskab	700	3,97	330	1,87
Københavns Amt	494	4,00	207	1,71
Nordjyllands Amt	312	3,15	138	1,39
Ribe Amt	143	3,26	65	1,48
Ringkøbing Amt	172	3,40	56	1,10
Roskilde Amt	280	6,39	87	1,98
Storstrøms Amt	152	2,82	66	1,22
Sønderjyllands Amt	153	3,29	76	1,63
Vejle Amt	280	4,10	100	1,46
Vestsjællands Amt	179	3,15	53	0,93
Viborg Amt	159	3,26	58	1,19
Århus Amt	585	3,90	231	1,54
Øvrige	-	-	5	-
Hele landet	4.247	3,73	1.741	1,53



at et amt eller HS har forholdsmæssigt flere lands- eller landsdelsspecialer. 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 6), så skyldes afvigelserne især forskelle i de enkelte sygehuses opgaver. Visse mindre sygehuse er i dag specialiserede inden for eksempelvis dele af ortopædkirurgien. Da ortopædkirurgi er potentielt mere skadevoldende end andre specialer, er det kun naturligt, at der kommer mange anmeldelser fra disse sygehuse. På sygehusniveau er der endvidere sket så mange omlægninger og sammenlægninger gennem de senere år, at data for tidligere år skal tages med et betydeligt forbehold.

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

2.5. Skadernes art

Figur 14 indeholder en oversigt over fordelingen af afgørelser, anerkendelser og

gennemsnitlige erstatninger indenfor de medicinske specialer i perioden 1996-2004 og de skader der er forvoldt indenfor dem.

Som det fremgår, er ortopædkirurgien (nr. 20 i tabellen) det medicinske speciale, der er mest skadevoldende. Man skal imidlertid også huske, at ortopædkirurgien er det langt største kirurgiske speciale, altså det speciale med flest behandlinger.

Den gennemsnitlige erstatning i de ortopædkirurgiske sager er også relativ beskeden i forhold til mange andre specialer.

Obstetrik (nr. 70) forvolder ikke så ofte skader, men til gengæld er de mennekelige – og dermed økonomiske – konsekvenser af de skader, der rent faktisk indtræder, langt mere alvorlige. De obstetriske skader med de alvorligste konsekvenser vedrører børn, der under fødslen får hjerneskader som følge af iltmangel.

I figur 14 er der fokus på de medicinske specialer og deres respektive skadevoldelse. Af figur 15 fremgår de specifikke behandlinger, der i perioden 1996 til 2004 har givet anledning til flest anmeldelser. De to hyppigste årsager til anmeldelse, nemlig anmeldelser, der er begrundet i manglende eller forsinket behandling og anmeldelser vedrørende stikskader, fremgår ikke at tabellen.

Figur 14. Specialerne og de erstatningskrav de udløser

Nr.	Speciale	Antal afgørelser	%	Heraf aner- kendelser	%	Samlet erstatning	%	Gns. erstatning
0	Andet	74	0,31	22	29,7	4.990.327	0,32	226.833
1	Almen medicin	101	0,43	6	5,9	4.786.701	0,31	797.784
2	Anæstesiologi	1.163	4,92	500	43,0	103.484.827	6,65	206.970
3	Arbejdsmedicin	5	0,02	2	40,0	529.860	0,03	264.930
5	Dermato-venerologi	36	0,15	6	16,7	845.015	0,05	140.836
6	Diagnostisk radiologi	380	1,61	147	38,7	30.959.804	1,99	210.611
7G	Gynækologi	978	4,13	410	41,9	61.291.312	3,94	149.491
7O	Obstetrik	837	3,54	291	34,8	118.738.344	7,61	406.966
8	Intern medicin	801	3,39	254	31,7	77.155.200	4,96	303.761
8a	Geriatrici	9	0,04	0	0,0	0	0,00	0
8b	Hepatologi	9	0,04	0	0,0	0	0,00	0
8c	Hæmatologi	46	0,19	23	50,0	4.376.471	0,28	190.281
8d	Infektionsmedicin	20	0,08	5	25,0	909.654	0,06	181.931
8e	Kardiologi	272	1,15	126	46,3	35.657.060	2,29	282.993
8f	Medicinsk allergologi	3	0,01	0	0,0	86.021	0,01	0
8g	Medicinsk endokrinologi	34	0,14	8	23,5	1.192.752	0,08	149.094
8h	Medicinsk gastroenter.	57	0,24	21	36,8	2.546.823	0,16	121.277
8i	Medicinske lungesyg.	47	0,20	7	14,9	2.214.615	0,14	316.374
8j	Nefrologi	62	0,26	21	33,9	5.962.297	0,38	283.919
8k	Reumatologi	295	1,25	81	27,5	15.049.572	0,97	185.797
9	Kirurgi	2.436	10,30	1.117	45,9	156.957.044	10,09	140.517
9a	Karkirurgi	298	1,26	119	39,9	22.800.920	1,47	191.604
9b	Kirurgisk gastroenterologi	1.073	4,54	422	39,3	61.634.455	3,96	146.053
9c	Plastikkirurgi	157	0,66	56	35,7	6.904.233	0,44	123.290
9d	Thoraxkirurgi	446	1,89	135	30,3	48.336.731	3,11	358.050
9e	Urologi	343	1,45	157	45,8	24.757.999	1,59	157.694
10	Klinisk biokemi	928	3,92	876	94,4	4.299.755	0,28	4.908
12	Klinisk fys. og nukl.-med.	7	0,03	1	14,3	22.448	0,00	22.448
13	Klinisk genetik	2	0,01	2	100,0	55.308	0,00	27.654
14	Klinisk immunologi	26	0,11	14	53,8	1.214.987	0,08	86.785
15	Klinisk mikrobiologi	3	0,01	1	33,3	1.610.783	0,10	1.610.783
16	Neurokirurgi	1.017	4,30	536	52,7	166.152.159	10,68	309.985
17	Neurologi	217	0,92	75	34,6	30.194.960	1,94	402.599
17a	Klinisk neurofysiologi	20	0,08	6	30,0	1.842.116	0,12	307.019
18	Oftalmologi	489	2,07	184	37,6	12.806.332	0,82	69.600
19	Onkologi	230	0,97	59	25,7	23.794.737	1,53	403.301
20	Ortopædisk kirurgi	9.616	40,65	4.476	46,5	444.287.175	28,56	99.260
21	Oto-rhino-laryngologi	616	2,60	288	46,8	47.360.227	3,04	164.445
22	Patologisk anatomi	49	0,21	25	51,0	7.685.520	0,49	307.421
23	Psykiatrici	178	0,75	25	14,0	8.186.401	0,53	327.456
24	Pædiatri	133	0,56	45	33,8	8.681.176	0,56	192.915
25	Samfundsmedicin	1	0,00	1	100,0	0	0,00	0
26	Kæbekirurgi	123	0,52	62	50,4	4.341.194	0,28	70.019
27	Børnekirurgi	17	0,07	5	29,4	1.463.948	0,09	292.790
28	Håndkirurgi	1	0,00	1	100,0	12.000	0,00	12.000
	I alt	23.655	100,00	10.618	44,9	1.556.179.263	100,00	146.560

Figur 15. De ti mest anmeldte operationstyper

Operation/Behandling	Beh. kode	Antal
Indsættelse af totalprotese, cementeret, i hofteledet	KNFB40	840
Fald eller anden tilskadekomst på sygehuset	BXXX10	393
Fjernelse af galdeblæren med kikkertkirurgi	KJKA21	344
Lumbal operation for diskusprolaps	KABC26	339
Indsættelse af totalprotese, hybrid, i hofteledet	KNFB30	326
Total hysterektomi	KLCD00	275
Indsættelse af totalprotese, cementeret, i knæledet	KNGB40	274
Exploration/diagnostik i led, artroskopisk, knæ	KNGA11	197
Immobilisering af ekstremitet	KTNX03	195
Frakturreposiotion i håndledet, lukket	KNCJ05	178

Det er vigtigt at understrege, at det forhold, at en behandling giver anledning til mange anmeldelser ikke er ensbetydende med, at netop disse behandlinger er specielt risikofyldte. De fleste af de behandlinger, der fremgår af listen, er også kendetegnet ved at være nogle af de mest hyppigt foretagne kirurgiske indgreb. Indgrebene på galdeblæren er nærmere beskrevet under afsnit 5.4.

I statistikken bør man også hæfte sig ved, at den næsthypigste skadeårsag ikke vedrører behandlingerne, men derimod tilskadekomster under indlæggelse eller ambulant behandling ved f.eks. faldulykker.

2.6. Tilkendte erstatninger

Af figur 16 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 2004 samlede erstatninger på 343,4 mio. kr., hvilket er en stigning på over 70 mio. kr., eller ca. 25 %, i forhold til året før, hvor de samlede, tilkendte erstatninger udgjorde knapt 273 mio. kr.

Figur 16. Erstatningsbeløb fordelt efter udbetalingsår og skadeår

		Skadeår													
Udbetalingsår		1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	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
	2004	2,2	2,3	5,2	4,1	0,6	5,4	11,7	22,4	39,8	59	108,8	73,7	8,2	343,4
	i alt*	66,8	137,1	121,2	129,1	123,9	161,4	170,2	177,8	171,4	181,0	165,7	81,7	8,2	1.695,5

*ekskl. renter

Når antallet af anmeldelser stiger, sker der naturligvis også en stigning i udbetalingerne. Patientforsikringen traf omkring 400 flere erstatningsafgørelser i 2004, så alene af denne grund vil der være en stigning i forhold til 2003.

Bag stigningen gemmer sig imidlertid også, at erstatningsbeløbene ved en ændring af erstatningsansvarsloven blev

forhøjet meget væsentligt for skader sket efter 1. juli 2002.

Den gennemsnitlige erstatning i afsluttede sager, hvori der er tilkendt erstatning for erhvervsevnetab, er siden 1. juli 2002 steget med ca. 25 % alene som følge af lovændringen. Det forventes desuden at stigningen vil blive betydeligt større, når den nye lov for alvor slår igennem i de store og typisk mest langvarige sager.

Figur 17. Det gennemsnitlige erstatningsbeløb efter gammel og ny erstatningsansvarslov*

	Gammel lov	Ny lov
Antal sager	135	73
Total sum	89.060.383	60.015.626
Gennemsnitlig erstatning	659.706	822.132

*Grundlag: Sager med erhvervsevnetab anmeldt og afsluttet i perioden 1. juli 2002-31. december 2004

Figur 18. Erstatningerne fordelt efter beløbsstørrelse (i 1.000 kr.)

2004	<50	<100	<250	<500	<1.000	>1.000
Antal sager	1.489	522	322	139	100	726
Angivet i %	56,3	19,7	12,2	5,3	3,8	2,7

Figur 18 viser, hvorledes sager afsluttet med udbetaling i 2004 fordeler sig efter beløbsstørrelse. Som det ses, er over halvdelen af alle tilkendte erstatningsbeløb mindre end 50.000 kr.

2.7. Administrative omkostninger

Figur 19 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 igen-

Figur 19. Omkostningsudviklingen i Patientforsikringens sagsbehandling beregnet i løbende priser

År	Administrations- omkostninger	Antal afgørelser efter PFL, LMSL og EAL	Pris pr. afgørelse
2004	39.612.934	7.121	5.748
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

nem de seneste 5 år. Tages der hensyn til pris- og lønudviklingen, har der dog været tale om et fald i omkostningerne på omkring 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 på ca. 5.700 kr. pr. afgørelse er ganske beskedne.

Det anslås, at omkostningerne ved at føre de samme sager ved domstolene i gennemsnit vil beløbe sig til 125.000-150.000 kr. pr. sag.

Patientforsikringslovens meget lempelige erstatningsregler har ganske vist medført store omkostninger til erstatningsudbetalinger, men den samtidige oprettelse af to 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 PFL § 2, stk. 1, nr. 4, hvorefter der kan gives erstatning ud fra et "rimelighedssynspunkt", som bygger på to kriterier, dels at skaden skal være sjælden, og dels at skaden skal være relativt alvorlig set i forhold til 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 2005. 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 rimelighed må tåle. Der skal herved tages hensyn til dels skadens alvor, dels patientens sygdom og helbredstilstand i øvrigt samt til skadens sjældenhed og mulighederne i øvrigt for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning.*

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

§ 3. *Skade som følge af, at der ikke er blevet stillet 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 diagnostisering.

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 vedrørende privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner

Med virkning fra den 1. januar 2004 blev den primære sundhedssektor inddraget under lov om patientforsikring. Dette indebærer, at skader forårsaget den 1. januar 2004 eller senere hos privatpraktiserende læger, speciallæger, kiropraktorer, ergo- og fysioterapeuter, fodterapeuter m.v. er omfattet af loven. Herudover er lovens skadesbegreb udvidet til at omfatte psykiske skader.

I det følgende vil der blive givet nogle eksempler på afgørelser truffet efter det udvidede dækningsområde.

1. Erstatning for psykisk skade opstået som følge af behandling hos privatpraktiserende læge

En 22-årig kvinde led af pollenallergi og fik en injektion herfor hos sin privatpraktiserende læge i oktober 2003. Efterfølgende opstod der fornemmelse af sammensnøring i halsen, og hun blev flere gange set hos vagtlægen.

I januar 2004 fik kvinden igen en injektion mod pollenallergi hos lægen. Ligesom første gang opstod der vejrtrækningsbesvær, men denne gang måtte kvinden indlægges akut på sygehus til behandling.

Efterfølgende fik hun angstanfald og måtte have psykologbehandling.

Patientforsikringen vurderede, at det ikke var bedste specialiststandard at give den anden injektion, da patienten ved første injektion havde fået kvælningssymptomer. Patienten var således berettiget til erstatning for den psykiske skade forårsaget af den anden injektion (04-0959).

Sagen er et eksempel på en skade forårsaget af en privatpraktiserende læge. Herudover viser sagen, at lov om patientforsikring ikke længere er begrænset til kun at omfatte fysiske skader. For så vidt angår skader forårsaget den 1. januar 2004 eller senere omfatter loven både fysiske og psykiske skader.

2. Diskusprolaps ikke forårsaget af kiropraktorbehandling

En 32-årig kvinde fik behandling hos en privatpraktiserende kiropraktor med henblik på at lindre pludseligt opståede lænderygsmerter og massiv aflåsning af lænderyggen opstået efter fremoverbøjning.

Ved den fjerde behandling hos kiropraktoren konstaterede man, at patientens gener var forværrede. Kiropraktoren vurderede, at patientens symptomer var forreligede med en lidelse i én af lænderyggens bruskskiver, og behandlingen blev indrettet herpå. Knap 3 uger senere blev patienten indlagt på et sygehus på grund af lammelse i venstre ben opstået samme dag. På sygehuset konstaterede man, at patienten havde en diskusprolaps i lænderyggen. Man fandt indikation for konservativ behandling, og ved udskrivelsen var patientens lammelse i benet forsvundet.

Sagen blev afvist efter PFL § 1, stk. 1, og § 2, stk. 1, idet det ikke fandtes overvejende sandsynligt, at diskusprolapsen var opstået eller forværret som følge af den kiropraktiske behandling, men mest sandsynligt skyldtes en løbende udvikling og forværring af patientens forudbestående grundlidelse. Ved afgørelsen blev der lagt vægt på, at det er velkendt, at diskusprolapper udvikler sig over tid, og at symptomer i form af lave lændesmerter er ofte

forekommende i forbindelse med denne udvikling. Ved afgørelsen blev der tillige lagt vægt på, at der ikke i nyere lægevidenskabelig litteratur er holdepunkter for at antage, at kiropraktorbehandling af lænderyggen, hvor det efterfølgende viser sig, at patientens lænderygsmerter er forårsaget af en diskusprolaps under udvikling, medfører en forværring af den tilgrundliggende diskusprolaps.

Endelig lagde Patientforsikringen ved afgørelsen vægt på, at der i forløbet af den kiropraktiske behandling var god indikation for den givne behandling, ligesom behandlingen under behandlingsforløbet blev tilpasset udviklingen af patientens symptomer (04-2348).

Sagen illustrerer, at der ikke ydes erstatning efter lov om patientforsikring for følger af patientens grundsygdom og udviklingen af denne. Uanset at udviklingen af diskusprolapsen skete efter kiropraktorbehandling, fandt Patientforsikringen det ikke overvejende sandsynligt, at der var årsagssammenhæng mellem den udførte behandling og udviklingen af diskusprolapsen.

3. Lammelser efter kiropraktorbehandling

En 43-årig kvinde blev på grund af smerter i nakken og spændingshovedpine behandlet med massage og manipulation hos en privatpraktiserende kiropraktor. Umiddelbart efter behandlingens ophør

fik patienten en trykkende og snurrende fornemmelse i nakken, nedsat følesans og lammelse af venstre side af ansigtet og venstre arm. Patienten blev herefter akut indlagt på et sygehus, og ved MR-angiografi (afbildning af blodkar ved en speciel form for MR-scanning) kunne man konstatere, at et blodkar til hjernen var lukket til, hvilket havde forårsaget vævsdød i hjernen. Patienten måtte efterfølgende gennemgå et langvarigt genoptræningsforløb.

Patientforsikringen fandt, at der var tale om en hændelig komplikation, idet kiropraktorbehandling ikke havde fraveget bedste specialiststandard. Patientforsikringen anerkendte derfor sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, med henvisning til, at følgerne efter den indtrådte skade i form af et langt og svært sygeforløb samt betydelige varige gener var mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed måtte tåle set i forhold til den lidelse, som hun blev behandlet for (04-1684).

Afgørelsen er et eksempel på anvendelse af rimelighedsreglen i PFL § 2, stk. 1, nr. 4, i relation til kiropraktorbehandling.

4. Behandling hos en privatpraktiserende fysioterapeut

En 39-årig kvinde fik ved en MR-scanning på et privathospital konstateret en fibersprængning i muskulaturen i højre baglår. Patienten blev henvist til behandling hos

en privatpraktiserende fysioterapeut, hvor hun modtog fysioterapeutisk behandling i en periode. Efter én af behandlingerne oplevede hun en forværring af symptomerne i form af flere smerter. Hun blev sat i smertestillende behandling og blev anbefalet at holde en pause med fysioterapi.

Ved fornyet undersøgelse på privathospitalet var der tiltagende smerter i baglåret. Smerterne var dog af anderledes karakter og sad et andet sted. Det var noteret, at dette var opstået efter en kraftig udstrækning i forbindelse med fysioterapi. På grund af mistanke om en fornyet fibersprængning fik patienten foretaget en ny MR-scanning, der dog viste uændrede forhold siden sidste scanning.

Patienten klagede til Patientforsikringen over, at der var kommet en forværring af smerterne i baglåret efter behandlingen hos fysioterapeuten.

Patientforsikringen afviste sagen, idet patienten ikke kunne anses for at være påført en skade som følge af behandlingen hos fysioterapeuten. Der blev ved afgørelsen lagt vægt på, at det ikke var overvejende sandsynligt, at den ordnede fysioterapeutiske behandling havde kunnet forårsage en egentlig ruptur i muskelfibrene, hvilket også blev bekræftet ved den anden MR-scanning, der viste uændrede forhold.

Patientforsikringen bemærkede endvi-

dere, at fibersprængninger ofte har et langtrukket og besværligt forløb med forøgelse af smerterne i perioder.

Patientforsikringen vurderede således, at patientens forværring af smertegenerne med overvejende sandsynlighed måtte tilskrives hendes grundsygdom og forventelige følger heraf (04-2198).

5. Faldulykke hos en privatpraktiserende fysioterapeut

En 57-årig mand med dissemineret sclerose deltog på 8. år i balancetræning hos en privatpraktiserende fysioterapeut. Behandlingen foregik siddende på en hest.

På skadedagen var patienten ude at ride som led i sin balancetræning hos fysioterapeuten. Han faldt pludselig af hesten, fordi den blev forskrækket, og patienten slog derved ryggen og højre ben. Der var tale om brud på højre lårben og venstre knæ, og han blev opereret herfor.

Patientforsikringen fandt, at patienten ved faldet fra hesten havde været udsat for en hændelig, men yderst sjælden skade. Patientforsikringen fandt endvidere, at de opståede gener som følge af fald fra en hest ligger udover, hvad man må tåle i forbindelse med fysioterapeutisk balancetræning. Da såvel sjældenheds- som alvorlighedskriteriet var opfyldt, fandtes patienten berettiget til erstatning i henhold til PFL § 2, stk. 1, nr. 4 (04-4108).

Sagen illustrerer patientforsikringslovens vide anvendelsesområde. Udgangspunktet er, at alt hvad fysioterapeuter og ergoterapeuter foretager sig, som retter sig mod den enkelte patient, dvs. undersøgelse, behandling og lignende, skal vurderes i henhold til PFL § 1, stk. 1. F.eks. vil råd om, hvordan man forebygger ulykker, skader og arbejdsbelastninger, være omfattet. Tidligere har Patientforsikringen haft en tendens til at betragte skader sket i forbindelse med fysioterapi og ergoterapibehandling som ulykker og dermed behandle dem efter PFL § 3, stk. 2 (culpa-vurdering).

3.4. Eksempler på afgørelser inden for sygehusvæsenet

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

1. Ikke årsagssammenhæng mellem manglende behandling med kemoterapi efter en brystkræft-operation og patientens senere udvikling af fjernmetastaser til hjerne og lunger

En 46-årig kvinde fik i oktober 1996 fjernet sit ene bryst og samtlige lymfeknuder i armhulen på grund af brystkræft.

På daværende tidspunkt var den anbefalede efterbehandling til præmenopausale patienter med en type tumor, som denne

patients, behandling med kemoterapi, mens postmenopausale patienter med denne type tumor ikke ansås for at have gavn af behandling med kemoterapi.

Da patienten mange år tidligere havde fået fjernet livmoderen, var der usikkerhed omkring patientens menopausestatus. Måling af stoffet S-FSH, et follikelstimulerende hormon, viste en relativ lav værdi, og man tolkede herefter patienten som værende postmenopausal og dermed tilhørende lavrisikogruppen uden behov for efterbehandling.

I januar 2002 fik patienten ved MR-scanning påvist en solid tumor i hjernen omgivet af en kraftig væskeansamling, som blev forsøgt kirurgisk behandlet. Efterfølgende CT-scanning viste dattersvulster i højre lungelap samt en enkelt forstørret lymfekirtel i mediastinum. Der blev iværksat behandling med kemoterapi med stoffet Epirubicin.

En MR-scanning foretaget i maj 2002 viste flere processer i hjernen samt lokalrecidiv i det tidligere behandlede område. I slutningen af maj 2002 iværksatte man medicinsk behandling med Tamoxifen, og i juni 2002 fik patienten strålebehandling af hjernen.

Patientforsikringen fandt i sin afgørelse, at optimal behandling på det pågældende sygehus havde tilsagt, at man havde tolket målingen af det follikelstimule-

rende hormon, S-FSH, som visende fuld funktion af æggestokkene. På baggrund heraf havde det været i overensstemmelse med bedste specialiststandard at betragte denne patient som værende præmenopausal og derfor ikke rubricere hende som tilhørende DBCG's (Danish Breast Cancer Cooperative Group) lavriskgruppe, men tilbyde efterbehandling i form af systemisk behandling med kombinationskemoterapi af typen CMF.

Patientforsikringen fandt dog, at patienten ikke var blevet påført en skade som følge af den manglende behandling med kemoterapi. Således kunne udviklingen af patientens brystkræft med fjernmetastaser til hjerne og lunger ikke antages at være forårsaget eller forværret af den manglende behandling.

Det fremgik således af en indhentet ekstern speciallægeerklæring, at manglende efterbehandling med kemoterapi af brystkræft alene medfører en mindre forøgelse af risikoen for, at primær brystkræft udvikler sig med fjernmetastaser. Det fremgik ligeledes af den indhentede speciallægeerklæring, at kun hos ca. 1/3 af de patienter med primær brystkræft, som udvikler fjernmetastaser, vil udviklingen af sygdommen kunne tilskrives eventuel manglende efterbehandling med kemoterapi, mens ca. 2/3 af disse patienter vil udvikle fjernmetastaser uanset, at der har været foretaget efterbehandling med kemoterapi.

Under hensyn hertil fandt Patientforsikringen, at der ikke med overvejende sandsynlighed var årsagssammenhæng mellem den manglende efterbehandling med kemoterapi og udviklingen af patientens brystkræft (03-2142).

Sagen illustrerer, at en sag ikke kan anerkendes efter lov om patientforsikring, alene fordi behandlingen ikke har været optimal. Det er en forudsætning for anerkendelse, at den manglende optimale behandling med overvejende sandsynlighed har medført en skade.

2. Dropfod ikke påført ved operation

En 56-årig kvinde fik foretaget en diskusprolapsoperation på grund af smertegener med udstråling til venstre ben. Få dage efter operationen havde patienten fortsat føleforstyrrelser i samme område som tidligere. Man konstaterede ca. 4 måneder efter operationen, at patienten havde en venstresidig dropfod (lammelse af peroneus nerven).

Patientforsikringen vurderede, at operationen havde været i overensstemmelse med bedste specialiststandard. Under operationen havde der været besvær med at standse blødningen, hvilket efter Patientforsikringens vurdering skyldtes patientens egne forhold i form af et rigtigt karnet i rygmarvskanalen.

Patientforsikringen vurderede endvidere,

at kvindens dropfod ikke med overvejende sandsynlighed skyldtes behandlingen på sygehuset, men mere sandsynligt hendes egne forhold i form af arvævsdannelse efter den nødvendige operation for diskusprolaps (04-2568).

Sagen er illustrerende for afgrænsningen af, hvornår en skade, i dette tilfælde en dropfod, anses for påført ved behandlingen, og hvornår skaden anses for en følge af patientens grundsygdom. Sagen er indbragt for Patientskadeankenævnet.

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

1. Amputation af underben kunne være undgået

En 57-årig mand havde i forbindelse med sit arbejde højtryksspuget nogle beholdere med melrenser. Han havde i den forbindelse ramt sine fødder, og ved undersøgelse hos egen læge var der konstateret inficeret eksem på højre 2. og 3. tå og under forfoden.

Senere samme dag henvendte han sig på skadestuen, idet han var faldet i forbindelse med arbejde på et tag. Han havde smerter i højre fod og problemer med at gå på foden. Røntgenundersøgelse viste et forskudt brud på den udvendige ankelkno, brud på 2. og 3. mellemfod samt brud på højre tås grundstykke.

Den følgende dag blev der foretaget osteosyntese med skinne og skruer. Efter operationen havde patienten tegn på en aggressiv infektion. Der blev foretaget akut revisionsoperation, hvor alle bløddele fandtes nekrotiske. Der blev herefter foretaget amputation af underbenet. Efterfølgende fik patienten blodforgiftning og blev behandlet med respirator.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1, idet optimal behandling havde tilsagt, at man havde udskudt operationen, indtil det opståede eksem på foden var tilstrækkeligt undersøgt og under kontrol. Patientforsikringen fandt endvidere, at det var overvejende sandsynligt, at man herved havde undgået at foretage amputation af underbenet (03-1706).

2. Skade i forbindelse med bedøvelse

En 45-årig mand blev indlagt med akutte mavesmerter. På grund af forværring af smerterne under indlæggelsen fandtes der indikation for at foretage en undersøgende operation af bughulen.

Ved narkosetilsynet inden operationen aftaltes det, at patienten skulle have anlagt en sonde til udtømning af maveindholdet, inden man påbegyndte narkosen. Dette konfereredes med den vagthavende narkoselæge, og det aftaltes, at denne skulle komme til stede, når der skulle anlægges epiduralkateter til smertelindring efter operationen.

To narkosesygeplejersker anlagde herefter en sonde og udtømte ca. 500 ml aspirat, og umiddelbart herefter foretoges narkoseinduktion. Herefter foretog man akut intubation med cricoideatryk (tryk på ringbrusken i strubehovedet). Der forsøgte først med tube nr. 8 to gange, og herefter lykkedes det med tube nr. 7. Ved første intubationsforsøg var der tegn på aspirat i munden, hvorfor man sugede. Imellem de to første forsøg var man nødt til at ventilere patienten. I løbet af den første time af operationen faldt iltmætningen af blodet til under 90, hvorfor der blev suget i tuben, og narkoselægen blev tilkaldt. Der var vedvarende nedsat iltmætning, hvorfor patienten efter operationen blev overflyttet til intensiv afdeling til respiratorbehandling.

En røntgenundersøgelse af brystkassen viste et lille infiltrat foreneligt med lungebetændelse som følge af ind sugning af maveindhold til lungerne. Patienten lå herefter i respirator i 9 dage og blev udskrevet efter yderligere 9 dage.

Patienten klagede til Patientforsikringen over, at han efter 9 døgn s respiratorbehandling led af hukommelsestab i en sådan grad, at det påvirkede hans hverdag både privat og ved arbejde.

Patientforsikringen vurderede, at behandlingen i forbindelse med narkosen ved operationen ikke var i overensstemmelse med bedste specialiststandard.

Sagen var således omfattet af lovens § 2, stk. 1, nr. 1.

Ved vurderingen lagde Patientforsikringen vægt på, at optimal behandling havde tilsagt, at man allerede ved konstateringen af massivt tyndtarmstop på oversigten over maven havde anlagt en sonde til mavesækken, således at man havde haft mulighed for at tømme mavesækken ordentligt. I det aktuelle tilfælde blev sonden først anlagt umiddelbart inden narkoseinduktionen.

Endvidere blev der lagt vægt på, at der ved intubation ved akut mavesygdom med tarmstop er en ikke ubetydelig risiko for aspiration, hvorfor narkoseinduktionen skal foretages som akut intubation med cricoideatryk med den højeste ekspertise værende til stede. Intubationen skal endvidere foretages af den person med størst erfaring i intubation i ét forsøg.

Det blev vurderet, at der i det aktuelle tilfælde blev foretaget narkoseindledning af to sygeplejersker, som brugte tre intubationsforsøg, før tuben var placeret. Imellem forsøgene blev der ventileret på patienten på grund af tydelige tegn på aspirat i mund og svelg.

Optimal behandling havde tilsagt, at den vagthavende narkoselæge havde været til stede ved narkoseinduktionen for at kunne foretage intubationen samt tage

stilling til, hvorvidt patienten skulle ventileres inden placering af tuben. Bedste specialiststandard ville have tilsagt, at der umiddelbart efter intubationen var blevet suget for at fjerne eventuelle aspirationsrester, inden man ventilerede på tuben.

På baggrund af ovenstående vurderede Patientforsikringen herefter, at risikoen for aspiration og dermed det efterfølgende forløb ville have været kortere, såfremt behandlingen af patienten var udført i overensstemmelse med bedste specialiststandard (04-0347).

3. Iltmangel under fødsel

En gravid kvinde i uge 37 + 4 henvendte sig på sygehuset med veer. Indledningsvist blev der lyttet fin hjertelyd hos fosteret, men på grund af gulligt fostervand iværksatte man overvågning af fosterets tilstand i livmoderen ved hjælp af en CTG-undersøgelse (undersøgelse med apparatur, der viser samtidig registrering af moderens veer og fosterets hjertelyd). Denne viste først normale forhold, men i en periode på 36 minutter var der nedsat variabilitet i fosterets hjertelyd. Fostervandet blev samtidig beskrevet som værende lysegrønt. En CTG-undersøgelse umiddelbart derefter (kl. 16.55) viste dog igen normale forhold.

I de næste knap 7 timer blev der ikke anvendt CTG-apparatur, men lyttet fin hjertelyd med træstetoskop.

På grund af faldende hjertelyd i forbindelse med veer, blev der kl. 23.50 på ny iværksat en CTG-undersøgelse, der blev beskrevet som værende teknisk dårlig og med svingende hjertelyd. Der var imidlertid ikke mulighed for at tage en scalp-ph prøve (blodprøve fra fosterets isse med henblik på en vurdering af blodets iltning), idet lægerne var optaget til anden side. Kl. 00.45 faldt hjertelyden på ny, og der blev tilkaldt lægelig assistance, der dog blev afmeldt igen, idet fødslen nu var meget nært forestående.

Kl. 00.55 fødtes en dreng, der var slap og livløs. Navlesnors-ph værdien var 6,79 (som tegn på iltmangel). Barnet overlevede, men blev senere beskrevet som svært handicappet.

Patientforsikringen vurderede, at behandlingen ikke havde været i overensstemmelse med bedste specialiststandard. Der blev herved lagt vægt på, at optimal standard havde tilsagt, at man, uanset den normale CTG-undersøgelse kl. 16.55, havde fortsat overvågningen med CTG-apparatur i timerne derefter. Der var således forud herfor registreret henholdsvis gulligt og lysegrønt fostervand, ligesom der havde været en periode med påvirket hjertelyd. I en sådan situation er optimal standard alene at seponere overvågningen i kortere perioder, idet lytning med træstetoskop alene afslører ændringer i hjertefrekvensen, men derimod ikke, hvorvidt der (fortsat)

er nedsat variationsbredde i hjertelyden eller ej.

Der blev endvidere lagt vægt på, at man med en kontinuerlig overvågning med overvejende sandsynlighed på et tidlige tidspunkt havde opdaget, at fosteret var i vanskeligheder, hvorved forløsning kunne have været iværksat og hjerneska-den undgået.

Afslutningsvist lagde Patientforsikringen vægt på, at bedste specialiststandard i øvrigt havde tilsagt, at man kl. 23.50, da hjertelyden faldt i forbindelse med veer, øjeblikkeligt havde foretaget en scalp-ph prøve (04-1343).

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

1. Defekt bære

En 54-årig mand var indlagt til udredning for ondartede forandringer i knoglesystemet. Der fandtes ved undersøgelsen grundlag for en knoglemarvsundersøgelse, hvilket skulle foretages på et andet hospital.

Ved afhentning af patienten faldt den medbragte bære sammen, således at patienten faldt 30-40 cm ned. Han havde herefter smerter i højre hofte, og en røntgenundersøgelse viste brud på højre lårben.

Det fremgik af en redegørelse fra Falck, at der var en funktionsfejl ved den anvendte bære, og at børen ikke var ordentligt i hak, selvom 2 personer havde kontrolleret, at børen var sænket retmæssigt.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 2, idet man fandt, at skaden skyldtes fejl eller svigt ved den anvendte bære (03-1091).

Da skaden skete på sygehusets område, og da transporten var rekvireret af sygehuset, fandt Patientforsikringen, at sygehuset var ansvarlig for skaden, selv om det var Falck, der stod for transporten.

2. Defekt tidsautomatik i UVB-lysapparat

En 35-årig kvinde blev på grund af en hudlidelse behandlet med UVB-lys. På grund af fejl i tidsautomatikken i lysapparatet fik kvinden UVB-lys i ca. 2 minutter i stedet for 30 sekunder som planlagt. Dette medførte 1. gradsforbrændinger over hele kroppen. Kvinden blev herefter sat i behandling for sine forbrændinger, og 2 måneder senere var huden helet pænt uden umiddelbare skader.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 2, idet man fandt, at skaden skyldtes fejl eller svigt i UVB-apparatets tidsmåling. Der kunne imidlertid ikke udbetales nogen erstatning, idet denne ikke oversteg kr. 10.000 (04-0734).

Sagen illustrerer anvendelsen af PFL § 2, stk. 1, nr. 2, hvorefter der kan ydes erstatning uanset årsagen til apparaturets svigt. Var patienten derimod blevet påført 1. gradsforbrændinger som følge af forkert anvendelse af apparaturet, ville skaden være blevet anerkendt efter § 2, stk. 1, nr. 1 (specialistreglen).

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

1. To ligeværdige metoder til fjernelse af knogleudvækster i halshvirvelsøjlen

En 57-årig mand fik foretaget en operation for discusprolaps på halsrygsøjlen med fjernelse af nogle knogleudvækster, som påvirkede rygmarven/nerverødder.

Operationen havde god effekt på patientens nakke og skuldersmerter, men han fik nytillkomne gener i form af snurrende føleforstyrrelser i venstre hånds fingre, efterhånden strækkende sig op ad underarmen. Der var også tilkommet en snurrende fornemmelse i højre hånds fingre. Han havde endvidere oplevet kraftnedsættelse af særligt venstre arm og kraftnedsættelse og styringsbesvær af venstre ben.

En CT-skanning viste følger efter operation og en mindre knogleudvækst i rygmarvskanalen ved halsrygsøjlen. Man fandt ikke indikation for reoperation.

Patientforsikringen vurderede, at patientens nytillkomne symptomer efter operationen med overvejende sandsynlighed skyldtes en blodprop ved rygmarven (medullært infarkt). Patientforsikringen lagde vægt på, at rygmarvsforandringer på en MR-skanning efter operationen med stor sandsynlighed viste en blodprop ved rygmarven. Patientforsikringen lagde endvidere vægt på, at MR-skanningen viste en fortsat svær rygmarvsfor snævring. Patientforsikringen fandt det overvejende sandsynligt, at blodpropen skyldtes de trange pladsforhold i rygmarvskanalen.

Patientforsikringen vurderede, at det i patientforsikringslovens forstand havde været en ligeværdig behandlingsmetode, såfremt man ved operationen havde foretaget en laminektomioperation (fjernelse af hvirvelbuer for at frilægge rygmarven) med adgang bagfra i stedet for det foretagne operative indgreb med adgang forfra med udboring af de 2 disci og fjernelse af knogleudvækster.

Hvis man havde valgt en laminektomioperation med adgang bagfra, ville patienten med overvejende sandsynlighed ikke have udviklet et medullært infarkt, da infarktets med overvejende sandsynlighed var en følge af de trange pladsforhold i rygmarvskanalen.

Patienten var herefter berettiget til erstatning efter PFL § 2, stk. 1, nr. 3 (04-0999).

Det var således Patientforsikringens opfattelse, at en laminektomioperation i det aktuelle tilfælde ikke kunne betegnes som en bedre metode end den valgte operationsmetode. Patienten var således ikke berettiget til erstatning efter § 2, stk. 1, nr. 1 (specialisreglen). Dette skyldtes, at man ved en laminektomioperation ikke havde kunnet fjerne knogleudvæksterne, som påvirkede rygmarven/nerverødder, som man kunne ved den valgte metode.

Patientforsikringen fandt imidlertid, at de to operationsmetoder i det aktuelle tilfælde var ligeværdige, da de var lige effektive til at behandle patientens sygdom. Patientforsikringen fandt videre, at det medullære infarkt, som medførte patientens nytillkomne gener, med overvejende sandsynlighed kunne være undgået ved en laminektomioperation (den anden operationsmetode). Betingelserne for anerkendelse efter PFL § 2, stk. 1, nr. 3, var herefter opfyldt.

2. To ligeværdige metoder til behandling af endetarmsprolaps

En 57-årig mand blev indlagt med henblik på operation af en endetarmsprolaps (fremfald af endetarmen). Man foretog en såkaldt Altemeieres operation, hvor man fjernede et stykke af endetarmen og syede tarmenderne sammen.

På grund af mistanke om anastomoselækage (perforation svarende til sammen-syning af de to tarmender) måtte man en

uge senere foretage en fornyet operation. Under operationen fandt man en stor defekt i sammensyningen, og man anlagde derfor en aflastende ileostomi. Der blev lagt dræn ned mod området og dræn igennem endetarmen, hvorpå man skyllede. Efterfølgende blev der skyllet dagligt på drænet, og det gik langsomt fremad.

Patientforsikringen vurderede, at en alternativ, ligeværdig behandlingsmetode i stedet for den valgte operationsmetode havde været enten at foretage en åben fiksering af endetarmen (rectopexi), en fiksering ved kikkertoperation (laparoskopisk rectopexi) eller en såkaldt Delormes operation.

Patientforsikringen fandt det overvejende sandsynligt, at skaden i form af anastomoselækage resulterende i reoperation og anlæggelse af stomi, ville være undgået eller med overvejende sandsynlighed ikke have fået samme omfang, hvis man havde valgt en af de alternative metoder (04-3194). Sagen er anket til Patientskadeankenævnet.

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

1. Ikke erstatning for alvorlig stråleskade

En 65-årig mand fik i 1999 konstateret en stor hjernetumor i næsesvælget og en

4 x 5 cm stor lymfeknude på højre side. En biopsi fra tumoren viste cancer. Han fik herefter strålebehandling 6 gange om ugen i en kort periode. Ved de efterfølgende kontroller fandtes patienten tumorfri.

Patienten udviklede i løbet af de følgende år symptomer på beskadigelse af hjerne-stammen i form af dobbeltsidig hørenedsættelse, betændelse i munden med parodontose og tandtab, tab af smagssans, degeneration af spytkirtler og tørre slimhinder, svær venstresidig lammelse og delvis højresidig lammelse, insufficient funktion af lukkemusklen samt vandladningsproblemer.

Patientforsikringen indhentede en speciallægevurdering, hvoraf det fremgik, at patientens 5-års overlevelsesprognose, såfremt man ikke havde iværksat strålebehandling, ville have været 0. Det fremgik endvidere af vurderingen, at strålebehandlingen i denne patients tilfælde var særligt risikofyldt som følge af strålefeltets placering, idet svulstvævet i næsesvælget gik så langt bagud, at det var nødvendigt at medstråle den forreste del af hjernestammen.

Patientforsikringen fandt, at strålebehandlingen var udført efter gældende retningslinier, og at den opståede stråleskade ikke opfyldte betingelserne for anerkendelse efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4.

Der blev herved lagt vægt på, at stråleskaden ikke var tilstrækkelig alvorlig set i forhold til grundlidelsen, som var særdeles alvorlig og som ville have medført døden inden for kort tid, såfremt der ikke var iværksat behandling. Patientforsikringen fandt endvidere, at den nødvendige behandling var særligt risikofyldt som følge af strålefeltets placering (02-1325).

Patientforsikringens afgørelse er i overensstemmelse med domspraksis om skader opstået ved strålebehandling, jf. Højesterets dom af 19. september 2001 (U 2001.2505 H) og Østre Landsrets dom af 18. august 2003 (utrykt). Hvis patientens prognose uden strålebehandling må anses for særdeles dårlig, må patienten tåle selv alvorlige skader ved den nødvendige behandling uden at være berettiget til erstatning. Patient-skadeankenævnet tiltrådte efterfølgende Patientforsikringens afgørelse.

2. Ikke erstatning for skade efter livsnødvendig hjerneundersøgelse

En 61-årig mand var ude at gå tur, da han pludselig besvimede og faldt om. En lægeambulance gav ham førstehjælp og hjælp til vejtrækning, og på et nærliggende hospital vurderede man, at han havde fået en hjerneblødning. Dagen efter fik han foretaget en røntgenundersøgelse af hjernens blodkar (arteriografi) med henblik på at lokalisere stedet, hvorfra blødningen stammede. I forbindelse med arteriografien opstod en blodprop i

hjernen. Dette medførte, at patienten fik en svær højresidig lammelse og afasi.

Patientforsikringen vurderede, at behandlingen var den bedst mulige i den givne situation, og at skaden ikke beretigede til erstatning efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, idet der forelå en livstruende lidelse, hvor det var nødvendigt at finde placeringen af blødningen i hjernen (04-1305).

3. Kronisk smertesyndrom efter udtagning af biopsimateriale på grund af mistanke om brystkræft

En 24-årig kvinde var generet af en hævet og øm lymfeknude i den ene armhule, og der blev i den anledning foretaget mammografi og ultralydsundersøgelse på grund af mistanke om brystkræft.

Undersøgelserne viste ikke noget unormalt, men for at være helt sikker, fandt man indikation for at udtage en biopsi fra den hævede lymfeknude. Da denne var relativt dybt beliggende, blev indgrebet foretaget under fuld bedøvelse. Biopsien viste, at knuden var godartet, og patienten blev afsluttet fra sygehuset. Omkring 5 uger senere blev patienten set igen, da hun efter udtagningen af biopsien havde fået tiltagende smerter, føleforstyrrelser og bevægeindskrænkning i armen. Der blev iværksat yderligere udredning, og man konkluderede herefter, at kvinden som komplikation til biopsien havde udviklet refleksdystrofi i armen.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter § 2, stk. 1, nr. 4, under henvisning til, at skaden var meget sjælden og meget alvorlig set i forhold til patientens grundlidelse, der jo viste sig at være ganske harmløs. Skaden medførte et varigt mén på 25 % (04-1718).

Sagen er et klassisk eksempel på en vurdering efter § 2, stk. 1, nr. 4. Der var ingen tvivl om, at skaden i form af refleksdystrofi efter udtagning af biopsi var sjælden, og der var heller ingen tvivl om, at den i det konkrete tilfælde var alvorlig, da skadelidte viste sig slet ikke at være syg, men kun moderat generet af en hævet lymfeknude. Hvis det havde vist sig, at biopsien havde vist ondartede forandringer (kræft), er det muligt, at sagen havde fået et andet udfald. I så fald havde det været nødvendigt at få afklaret patientens overlevelsesprognose uden behandling (for at få et billede af grundsygdommens alvor). Der skulle herefter foretages en vurdering af patientens varige mén i forhold til grundlidelsens alvor.

4. Vævsdød af transplanterede hudlapper efter plastikkirurgisk behandling som følge af brystkræft

En 58-årig kvinde havde 14 år tidligere fået fjernet en kræftknude i højre bryst. Patientten havde gener herfra i form af asymmetri af brysterne og øm ardannelse. Yderligere ønskede patienten mere fylde i brysterne.

Ved operationen konstaterede man, at der var recidiv af kræften i højre bryst. Som følge heraf måtte man fjerne resten af højre brystkirtel og armhulens lymfeknuder. Man foretog herefter transplantation af væv fra maven.

Under de efterfølgende dages observation konstaterede man, at det transplanterede væv var nekrotiseret. Man gennemførte derfor reoperation, hvor man foretog ny transplantation af væv fra ryggen.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, idet nekrotisering af hudlapper efter transplantationer er sjældent forekommende.

Yderligere vurderede Patientforsikringen, at skaden i form af nekrotiseringen var tilstrækkelig alvorlig set i forhold til den grundlidelse, som patienten blev behandlet for. Ved denne vurdering lagde Patientforsikringen vægt på, at det forhold, at man konstaterede recidiv af brystkræften, ikke havde betydning for omfanget af det plastikkirurgiske indgreb, ligesom risikoen for nekrotisering ikke var blevet forøget som følge af, at man konstaterede recidiv af brystkræften (03-3627).

Afgørelsen viser, at man ved alvorlighedsvurderingen efter § 2, stk. 1, nr. 4, i en sag vedrørende plastikkirurgisk operation af asymmetri og øm ardannelse, ser bort fra den tilstødte komplikation i form af bryst-

kræft, såfremt komplikationen ikke har haft betydning for det plastikkirurgiske indgreb.

5. Beskadigelse af tyndtarmen i forbindelse med livmoderfjernelse

En 40-årig kvinde havde gener i form af nedsynkning af livmoderen med deraf følgende fornemmelse af øget fylde i underlivet og fremkomst af livmoderhalsen gennem skedeåbningen. På grund af disse gener foretog man fjernelse af livmoderen.

Få dage senere fik patienten smerter fra bughulen, og ved en undersøgelse konstaterede man en ansamling over skedetoppen.

Da generne ikke forsvandt, foretog man kikkertoperation i bughulen, hvorved man lokaliserede en perforation af tyndtarmen. Man foretog derpå operation med fremlægning af tarmen.

3 måneder senere blev tarmen lagt tilbage, og patienten kunne genoptage sit arbejde yderligere 14 dage senere. Efterfølgende kunne patienten afsluttes i velbefindende og uden gener i øvrigt.

Patientforsikringen fandt, at patienten ikke var berettiget til erstatning, jf. PFL § 2, stk. 1, nr. 1 og nr. 4.

Der blev vedrørende PFL § 2, stk. 1, nr. 4,

lagt til grund, at skaden i form af tyndtarmsperforation konkret bedømt ikke gik ud over, hvad patienten med rimelighed måtte tåle i tilknytning til behandling af generne som følge af den nedsunkne livmoder. Der blev herved lagt vægt på, at der alene var tale om midlertidige gener, som alene havde medført en forlængelse af sygeperioden på omkring 3 måneder. Når det i øvrigt blev taget i betragtning, at grundlidelsen medførte visse ikke ubetydelige gener, fandtes der ikke at bestå et sådant misforhold mellem grundlidelsens alvor og den indtrådte skade, at dette kunne medføre erstatning efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4 (04-1902).

Ved vurdering efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, anvendes en slags facitraisonnement, hvorved forstås, at man ved vurderingen af, om en hændelig skade går ud over, hvad patienten med rimelighed må tåle i tilknytning til behandling af en konkret lidelse, skal se på, hvilke gener skaden konkret har medført.

Det afgørende er således ikke, at der er indtrådt en hændelig komplikation, som potentielt set kan medføre alvorlig invaliditet, men hvilke gener skaden rent faktisk har medført. Der skal ved sammenligning mellem grundlidelsens alvor og omfanget af den indtrådte skade bestå et sådant misforhold mellem alvoren af den lidelse, som patienten blev behandlet for, og den indtrådte skade, at patienten ud fra en efterfølgende betragtning ville have været bedre tjent med ikke at være blevet behandlet.

I den konkrete sag slap patienten af med sine gener som følge af den nedsunkne livmoder. I forbindelse med behandlingen af disse gener indtrådte imidlertid en sjældent forekommende komplikation i form af tyndtarmsperforation, som medførte en kortere forlængelse af sygeforløbet samt forværring af de samlede gener i denne periode. Der var imidlertid ikke nogen blivende gener, og patienten var på tidspunktet for behandlingsafslutningen fuldstændig rask. Ud fra et facitraisonnement kunne det ikke konkluderes, at patienten ville have været bedre stillet uden det operative indgreb trods komplikationen, og da der i øvrigt ikke sås at være et klart misforhold mellem grundlidelse og skade, var patienten ikke berettiget til erstatning efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4.

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

1. Forsinket diagnose af cauda equina syndrom

En 59-årig mand fik pludselig voldsomme smerter i brystet med udstråling til venstre arm.

Han blev akut indlagt på et sygehus til observation for en blodprop i hjertet. Da han tidligere havde haft hjerteproblemer, skulle der foretages en kontrastundersøgelse af hjertet. Inden denne blev gen-

nemført, vågnede patienten med stærke smerter i begge balder med udstråling til begge ben. Dette blev vurderet som værende gener efter tryk på iskiasnerven, og han blev derfor anbefalet at bevæge sig.

Smerterne tiltog imidlertid, og få dage efter var der problemer med kontrol af vandladning og afføring. Der blev lavet en CT-scanning, som afviste, at der kunne være tale om et cauda equina syndrom (gener, evt. i form af lammelse, som følge af læsion af den nederste del af rygmærven). Det blev derfor vurderet, at der var tale om et lændehold.

Herefter blev patienten overflyttet til et andet sygehus, hvor det blev besluttet at få foretaget en MR-scanning. Denne skulle imidlertid foretages på et landsdelssygehus, hvortil patienten blev overflyttet samme dag. Ved ankomsten til sygehuset var der smerter i højre ben, og patienten var lammet i højre hofte med nedsat kraft i benene. MR-scanningen viste en intradural proces, men det blev vurderet, at der ikke var indikation for akut operation, da generne havde været til stede i 3 dage. Patienten blev derfor først opereret nogle dage senere.

Efterfølgende var der fortsat lammelse af højre ben og manglende kontrol af vandladning og afføring.

Patientforsikringen vurderede, at hverken behandlingen på det første sygehus

eller på landsdelssygehuset var i overensstemmelse med bedste specialiststandard. Skaden blev derfor anerkendt efter PFL § 3, stk. 1, jf. § 2, stk. 1, nr. 1.

Der blev ved vurderingen lagt vægt på, at man burde have reageret hurtigere og overført patienten til en neurokirurgisk afdeling, da han begyndte at få tegn på manglende kontrol af vandladning og afføring. Da patienten så endelig blev overført til landsdelssygehuset, var man også her for langsom, da han først blev opereret efter 5 dage.

Der blev endvidere lagt vægt på, at hvis man havde reageret korrekt på patientens symptomer, ville man have opereret på et tidligere tidspunkt, hvilket med overvejende sandsynlighed ville have medført et bedre resultat (04-0334).

2. Forsinket diagnose af tuberkuløs meningitis

Efter at have lidt af hovedpine, svimmelhed, kvalme og feber igennem nogle dage blev en 22-årig mand indlagt. Man undersøgte ham og vurderede, at der var tale om viral meningitis og ordinerede derfor behandling med antibiotika.

Tilstanden forværredes imidlertid med blandt andet fjernhedsanfald, og patienten blev derfor overflyttet til et hospital med en specialafdeling.

På specialafdelingen iværksatte man yderligere medicinsk behandling tillige med, at man udførte en lang række undersøgelser, herunder en MR-scanning. Man vurderede, at der var tale om betændelse i hjernen og dens hinder, men man var usikker på årsagen til betændelsen, idet undersøgelsesresultaterne ikke var entydige.

I løbet af de følgende uger blev patienten fortsat dårligere med forøgelse af væsken i hjernen samt kontakt- og vejrtrækningsbesvær.

Man overflyttede patienten til neurologisk afdeling og udførte endnu en MR-scanning, der viste tegn på forandringer som følge af svær basal tuberkuløs meningitis. På baggrund af fundet ordinerede man supplerende medicinsk behandling.

Behandlingen havde imidlertid ikke effekt, og patienten afgik ved døden efter få dage.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 3, stk. 1, jf. § 2, stk. 1, nr. 1, idet behandlingen af patienten ikke havde været udført i overensstemmelse med bedste specialiststandard på området.

Patientforsikringen vurderede, at der i adskillige dage havde været flere forskellige forhold, der var fuldt forenelige med diagnosen for tuberkuløs meningitis.

Man burde således på baggrund af den kliniske mistanke om tuberkulose have indledt antituberkulosebehandling, selv om der var flere undersøgelsessvar, der var faldet negativt ud.

Patientforsikringen vurderede endvidere, at såfremt behandlingen havde været udført i overensstemmelse med bedste specialiststandard på området, ville patienten med overvejende sandsynlighed have overlevet.

De efterladte fandtes således berettiget til erstatning (03-2410).

Sagen er et eksempel på, at forsinket diagnose og behandling af en sygdom, der er relativ nem at behandle, kan få et alvorligt udfald.

3. Skade i tommelfingeren ikke diagnosticeret

En 41-årig mand væltede med sin cykel og slog venstre side af kroppen. På skadestuen samme dag fandt man en fissur svarende til venstre spoleben på albueniveau og et sår på albuen.

Patienten oplyste ved sin anmeldelse til Patientforsikringen, at han ved skadestuebehandlingen tillige havde klaget over smerter i højre tommelfinger, men at tommelfingeren ikke blev undersøgt, og at man ikke havde fundet det nødvendigt at tage røntgenbilleder af denne.

Det fremgik ikke af skadestuejournalen, at patienten skulle have fremsat sådanne klager.

Da patienten vedvarende havde gener fra tommelfingeren, blev der cirka tre uger senere taget et røntgenbillede, der viste en afsprængning svarende til strækkesenens tilhæftning ved tommelfingerens yderstykke.

På baggrund af skadesmekanismen og den efterfølgende konstaterede afsprængning fandt Patientforsikringen det overvejende sandsynligt, at patienten på skadesdagen havde haft smerter i tommelfingeren, og at han ved skadestuebesøget havde klaget over disse smerter.

Patientforsikringen vurderede herefter, at bedste specialiststandard havde tilsagt, at man ved skadestuebesøget havde taget et røntgenbillede af fingeren, hvorved skaden med overvejende sandsynlighed kunne være konstateret. Sagen blev derfor anerkendt efter PFL § 3, stk. 1, jf. § 2, stk. 1, nr. 1 (03-3778).

Sagen er et eksempel på, at en overset diagnose kan anerkendes, selvom det ikke fremgår af det primære journalmateriale, at patienten har haft klager svarende til den senere konstaterede skade. Det er dog en betingelse for anerkendelse, at Patientforsikringen anser det for overvejende sandsynligt, at traumet kan have udløst skaden, og at skadens karakter med overvejende

sandsynlighed vil have givet patienten anledning til klager over f.eks. smerter i forbindelse med den primære behandling.

4. Forsinket svar på infektionspodning og dermed forsinket behandling af knæbrud

En 63-årig kvinde pådrog sig et brud i venstre knæ under en ferie i Thailand. Hun blev behandlet på et lokalt sygehus med anlæggelse af en gipsbandage og kom nogle dage efter til Danmark, hvor hun henvendte sig på et offentligt sygehus.

Her vurderede man efter en røntgenundersøgelse, at der var indikation for operation, men da kvinden primært var behandlet i udlandet, foretog man af frygt for multiresistente stafylokokker diverse podninger, der blev sendt til Statens Seruminstitut. Dette skete lige op til påske, og da instituttet holdt helligdagsferie, var podningssvarene længe undervejs.

Det viste sig, at disse var negative, og kvinden blev herefter opereret. Der var dog på dette tidspunkt gået 2 uger siden hendes primære henvendelse, og bruddet var nu så gammelt (17 dage), at det ikke kunne påvirkes. Operationen havde derfor ingen effekt mod patientens gener i form af fejlstilling og smerter, og kvinden fik efterfølgende indsat en knæprotese.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 3, stk. 1, jf. § 2, stk. 1, nr. 1, idet optimal behandling havde tilsagt, at patienten var blevet opereret med skinne og skruer i løbet af få dage efter hendes primære henvendelse, og således uden at afvente podningssvarene, da disse var længe undervejs. På grund af manglende podningssvar skulle patienten have været behandlet som isolationspatient under operation og opvågning.

Patientforsikringen fandt det overvejende sandsynligt, at patienten ved en tidligere operation kunne have undgået, at bruddet voksede sammen i udtalt fejlstilling, og hun kunne dermed også med overvejende sandsynlighed have undgået efterfølgende at skulle have en knæprotese (04-1625).

Ikke alle sygehuse har kapacitet til at behandle isolationspatienter. Manglende kapacitet/ressourcer på sygehusene er ikke i sig selv noget, der kan begrunde erstatningsansvar efter lov om patientforsikring, men det kan være ansvarspådragende ikke at træffe de nødvendige forholdsregler i situationer, hvor kapaciteten på et sygehus er begrænset. I ovennævnte sag burde det behandelende sygehus have overflyttet patienten til operation på et andet sygehus, såfremt man ikke selv havde mulighed for at behandle patienten som isolationspatient.

5. Infektion i centralnervesystemet forvekslet med psykisk sygdom

En 54-årig kvinde, der havde haft tiltagende smerter fra nakke og skuldre samt hovedpine, blev sat i smertebehandling, der dog ikke havde effekt. Smerterne bredte sig til armene, og hun blev indlagt til ændring af smertebehandlingen.

Ved indlæggelsen oplyste kvinden, at hun var blevet bidt af en skovflåt og havde fået et stort rødt mærke.

Kvinden udviklede synsforstyrrelser, dårlig nattesøvn, tendens til gråd og atypiske døgnsvingninger. Hun blev herefter sat i behandling med antidepressiv medicin, idet man mente, at der var tale om symptomatiske smertegener.

Godt 5 måneder senere tog man blodprøver med henblik på at undersøge for Borreliose-antistoffer og konstaterede, at kvinden var blevet smittet med Borreliose. Hun kom herefter i behandling med antibiotisk medicin. Ved en kontrolundersøgelse fandt man, at hun var velbefindende og uden gener.

Sagen blev anerkendt efter PFL § 3, stk. 1, jf. § 2, stk. 1, nr. 1.

Patientforsikringen fandt, at optimal lægelig behandling havde tilsagt, at man allerede ved den primære undersøgelse havde undersøgt hende for Borreliose, idet hun viste tegn på infektionen.

Patientforsikringen fandt det overvejen-
de sandsynligt, at såfremt man rettidigt
havde undersøgt og derved konstateret
Borreliose-infektionen, havde kvinden
undgået en væsentlig del af sygeforløbet
samt den unødvendige behandling for
en psykisk lidelse (04-0826).

*Den forsinkede diagnosticering medførte
en betydelig forlænget sygeperiode samt
den belastning, det er at komme i unød-
vendig behandling for en psykisk sygdom,
men der var ikke tale om et varigt mén.
Patientforsikringen kunne herefter erstatte
det økonomiske tab i forbindelse med den
forlængede sygeperiode, men der var ikke
mulighed for at tilbyde godtgørelse for den
overlast, kvinden led som følge af at blive
opfattet som psykisk syg.*

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

1. Sygehus kunne ikke forhindre selvmord

En 31-årig kvinde fra Thailand, som hav-
de været i Danmark i omkring 1 år, lod sig
frivilligt indlægge på psykiatrisk afdeling.
Hun havde 3 gange tidligere været ind-
lagt på psykiatriske afdelinger til obser-
vation for depression. Hun var ved disse
indlæggelser ikke blevet vurderet som
psykotisk eller selvmordstruet.

Ved indlæggelsen blev hun beskrevet

som anspændt, forpint, mistroisk og
garderet, ligesom hun havde forsænket
stemningsleje. Hun talte dårligt dansk.
Ved tolkesamtale blev det vurderet, at
hun var psykotisk med usammenhæn-
gende tankegang, indesluttethed, sty-
ringsoplevelser, ændret adfærd og vage
hørehallucinationer. Hun virkede bange
og forskræmt, men hun fandtes ikke selv-
mordstruet.

Patienten blev indlagt på den skærmede
del af afdelingen med øget personale.
Hun blev sidst tilset kl. 14.30. Kl. 16.15
fandt man hende livløs på gulvet med et
snørebånd bundet omkring halsen og til
sengen. Genoplivningsforsøg lykkedes
ikke.

Patientforsikringen fandt på baggrund
af en erklæring fra en speciallæge, at
sygehusets vurdering af, at hun ikke var
selvmordstruet, var i overensstemmelse
med bedste specialiststandard. Det blev
endvidere vurderet, at det var i overens-
stemmelse med bedste specialiststan-
dard, at man ikke havde frataget hende
sine snørebånd.

Patientforsikringen fandt imidlertid, at
der var sket en forsømmelse fra hospi-
talets side, idet der gik 7 kvarter, fra man
sidst tilså patienten, og indtil man fandt
hende livløs på gulvet. Dette var i strid
med afdelingens vanlige rutine.

Patientforsikringen fandt ikke, at det var

tilstrækkeligt dokumenteret, at selvmordet med overvejende sandsynlighed var en følge af, at man ikke overholdt afdelingens rutine med hensyn til tilsyn, idet patienten fandtes at tilhøre den kategori af patienter, som skjuler deres selvmordstanker. Det er i disse tilfælde næsten umuligt at afværge selvmord.

Det fandtes således ikke overvejende sandsynligt, at man ved et tidligere tilsyn kunne have forhindret selvmordet. Patientforsikringen afviste herefter sagen efter PFL § 3, stk. 2 (03-3654).

Patientforsikringens afgørelse blev efterfølgende tiltrådt af Patientskadeankenævnet. Udover at tilslutte sig vurderingen efter PFL § 3, stk. 2, bemærkede Patientskadeankenævnet, at der heller ikke var ansvarsgrundlag efter PFL § 3, stk. 1, jf. § 2, stk. 1, idet sygehuset ved vurdering af patientens helbredstilstand forud for selvmordet havde handlet i overensstemmelse med bedste specialiststandard.

2. Nyfødt faldt ud af vuggen

En 4 dage gammel dreng faldt ud af vuggen på sygehuset, idet vuggens klap var gået op. Drengen havde grædt kortvarigt, men havde ikke mistet bevidstheden eller på anden måde været dårlig efterfølgende. Han havde en blodansamling i venstre pandeisseregion, og et røntgenbillede viste en tværgående fissur (sprække). Den følgende dag var blodansamlingen væk,

og drengen var velbefindende. Ved efterfølgende kontrolbesøg var der ingen tegn på følger efter faldet.

Patientens mor klagede til Patientforsikringen over, at drengen var faldet ud af vuggen, fordi den åbnede sig. Moderen oplyste, at hun havde foldet dynen som et kræmmerhus omkring drengen og lagt ham på siden i vuggen. Moderen anførte, at vuggen måtte have været defekt, eftersom den åbnede sig af sig selv. Moderen oplyste endvidere, at hun var bekendt med yderligere tilfælde af samme slags, hvorfor hun mente, at sygehuset måtte have været bekendt med, at vuggerne var usikre eller defekte.

Sygehuset oplyste til sagen, at den pågældende vugge efterfølgende var blevet undersøgt og ikke fundet defekt. Sygehuset har ingen forklaring på, hvordan uheldet kunne ske. Sygehuset oplyste endvidere, at det ikke havde kendskab til lignende tilfælde, hvor et barn var faldet på gulvet efter, at en klap i vuggen var gået op. Endelig oplyste sygehuset, at den aktuelle hændelse havde haft den konsekvens, at alle vugger var blevet udskiftet med vugger uden oplukkelige sider.

Patientforsikringen vurderede på baggrund af sagens oplysninger, at der ikke var grundlag for at antage, at uheldet skulle være opstået under sådanne omstændigheder, at der var grundlag for at pålægge sygehuset et erstatningsansvar

efter de almindelige erstatningsretlige regler, jf. PFL § 3, stk. 2.

Patientforsikringen lagde herved vægt på, at det blev oplyst, at den pågældende vugge efterfølgende blev undersøgt og ikke fundet defekt. Endvidere blev der lagt vægt på, at der ikke var nogen forklaring på, hvordan uheldet kunne ske.

Patientforsikringen vurderede, at en mulig forklaring på uheldet kunne være, at vuggens oplukkelige side blev påvirket ved berøring fra drengen, enten ved at han havde støttet sig op af denne side, eller ved at han var trillet og derved havde "skubbet" siden åben. Patientforsikringen var opmærksom på, at dette formentlig kun kunne være udløst af en let berøring. Da det var oplyst, at der ikke blev fundet nogen defekt ved vuggen, vurderede Patientforsikringen imidlertid, at det forhold, at der blev anvendt vugger med en oplukkelig side, der muligvis kunne være gået op selv ved let berøring, ikke kunne betragtes som en fejl eller forsømmelse fra sygehusets side (03-1789).

Sagen blev efterfølgende anket til Patient-skadeankenævnet, der tiltrådte Patientforsikringens afgørelse.

3. Dødsfald som følge af infektion med legionellabakterier

Efter at have modtaget behandling for leukæmi igennem flere år, blev en 58-årig

kvinde indlagt med henblik på intensiv kemoterapi.

Under indlæggelsen blev patienten tiltagende svækket med blandt andet vejrtrækningsbesvær. Man forsøgte forskellige former for behandling, men tilstanden forværredes, og patienten afgik herefter ved døden.

Efterfølgende undersøgte man lungeskret fra patienten og fandt tegn på infektion med legionellabakterier. Man fandt endvidere den samme type legionellabakterier i sygehusets vandforsyning.

Patientforsikringen afviste sagen efter PFL § 3, stk. 2, idet patientens dødsfald ikke kunne henføres til en sådan fejl eller forsømmelse fra sygehusets side, at der var grundlag for at pålægge sygehuset et erstatningsansvar efter de almindelige erstatningsretlige regler.

Der blev ved afgørelsen lagt vægt på, at de retningslinjer, som eksisterede på tidspunktet for patientens indlæggelse vedrørende kontrol af vandforsyningen, var blevet overholdt af sygehuset (03-1168).

Sagen er et eksempel på, at en skade opstået uafhængigt af behandlingen alene kan anerkendes efter patientforsikringsloven, såfremt der har været tale om fejl eller forsømmelse fra sygehusets side.

3.4.8. Genoptagelse

1. Afvisning af genoptagelse - forvaltningsret

Patientforsikringen havde i januar 2004 afvist en sag om erstatning efter lov om patientforsikring vedrørende en 53-årig mand. Afgørelsen blev ikke påklaget til Patientskadeankenævnet. Efter ankefristens udløb anmodede patientens advokat om genoptagelse. Anmodningen var begrundet i en, fra advokatens side, indhentet speciallægeerklæring. Erklæringen var udfærdiget efter Patientforsikringens afgørelse og indeholdt udelukkende en beskrivelse af patientens nuværende tilstand samt en kort, objektiv beskrivelse af hændelsesforløbet.

Der var således ikke tale om nye oplysninger, der kunne have medført, at sagen ville have fået et andet udfald, hvis Patientforsikringen havde haft speciallægeerklæringen i hænde ved sagens afgørelse. Patientforsikringen afviste således at genoptage sagen under henvisning til almindelige forvaltningsretlige principper (03-0364).

Patientforsikringen har i sin årsberetning 2000 s. 77 ff. redegjort for praksis for genoptagelse af afsluttede sager. Det fremgår heraf, at Patientforsikringen i overensstemmelse med almindelige forvaltningsretlige regler genoptager sager, hvor der fremkommer nye faktiske eller

retlige oplysninger af væsentlig betydning for sagen. Herudover genoptager Patientforsikringen sager, hvor den oprindelige afgørelse må anses for urigtig, uden at der foreligger nye oplysninger.

I den omtalte sag var ingen af disse genoptagelsesbetingelser til stede. Patientforsikringens afgørelse blev efterfølgende tiltrådt af Patientskadeankenævnet.

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 engangsydelse - 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 udløbet af den forventede sygeperiode 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, 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 skønsmæssig godtgørelse for svie og smerte. 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 Patientforsikringen kunne yde 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 2004 145 kr. pr. sygedag. Godtgørelsen kan dog højst udgøre 55.000 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 2004 6.310 kr. pr. méngrad. Méngraden fastsættes ud fra helbredstilstanden på afgørelsestidspunktet, dog tidligst på det tidspunkt, hvor det er muligt at vurdere skadens varige følger. Godtgørelsen udbetales som et engangsbeløb. Der er fastsat regler om nedsættelse af mén godtgørelsen, som betyder, at såfremt patienten var fyldt 40 år på skadetidspunktet, nedsættes godtgørelsen med 1 % for hvert år, patienten 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, hvis patientskaden har medført varig nedsættelse af patientens evne til at skaffe sig indtægt ved arbejde.

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 erhvervsevnestabsprocenten. Erstatningen for erhvervsevnetab beregnes som patientens årsløn 12 måneder før skaden ganget med 10 og herefter ganget med erhvervsevnestabsprocenten.

I mange tilfælde må årslønnen fastsættes skønsmæssigt. Det skal anføres, at erstatningen for erhvervsevnetab pr. 1. januar 2004 højst kan andrage 6.623.000 kr. Der ydes ikke erstatning, hvis erhvervsevnetabet som følge af patientskaden 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 skadestidspunktet, og med yderligere 2 % for hvert år, patienten 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 2004 udgjorde 303.500

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 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 2004 udgør 119.000 kr. Overgangsbeløbet ydes som en standardkompensation for alle de udgifter, der er forbundet med dødsfaldet, herunder eksempelvis begravelses-, flytte- og skiftesagsudgifter. Den efterlevende ægtefælle eller samlever, som får udbetalt overgangsbeløbet, vil derfor ikke kunne få særskilt erstatning for udgifter afholdt som følge af dødsfaldet.

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, og hvor patienten, selv under de bedst mulige forhold ville have haft et langvarigt sygeleje som følge af den oprindelige lidelse og også ville have haft varige gener som følge heraf.

Patientforsikringen skal alene dække de følger, dvs. det yderligere varige mén, svie og smerte, midlertidige indkomsttab og erhvervsevnetab, der er forårsaget af patientskaden. 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 2004 truffet afgørelser efter såvel 1984-loven som 2001-loven, og 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. Tab af studieår ikke en følge af patientskaden (1984-loven)

En 17-årig gymnasieelev gennemgik den 10. juni 2002 en ambulant kikkertundersøgelse af knæet, hvorved han fik påvist en korsbåndsskade. I forbindelse med kikkertoperationen blev han påført en bakteriel infektion i knæet, hvilket blev anerkendt som en patientskade.

Patientskaden skete i sommerferien, og patienten blev behandlet med antibiotika i de første dage ved indsprøjtning, men

siden kun i tabletform. Den 19. juli 2002 blev han udskrevet til ambulant kontrol, og antibiotikabehandlingen sluttede den 17. september 2002. Han påbegyndte fysioterapi, hvilket han gik til i perioden fra august til december. Patientforsikringen fandt, at hans tilstand var stationær den 3. december 2002, hvor fysioterapien blev afsluttet.

Gymnasieeleven genoptog sit fritidsjob i en trælasthandel den 1. august 2002 og startede i gymnasiets 2.g den 12. august 2002. På grund af for meget sygefravær valgte eleven senere at gå 2.g om. Han meldte sig ud af 2.g i marts 2003 og startede forfra i 2.g igen i august 2003.

Patienten anmeldte infektionen til Patientforsikringen og oplyste i forbindelse med den erstatningsmæssige opgørelse af sagen, at der ikke forelå nogen præcis optegnelse over hans sygefravær, men at det drejede sig om mange kortere sygdomsperioder på grund af svækket immunforsvar efter den kraftige og langvarige medicinske behandling mod infektionen. Forsømmelser i specifikke fag skyldtes primært, at han havde været til genoptræning i disse timer.

Patientforsikringen fandt ikke, at gymnasieeleven var berettiget til erstatning for tab af studieår. Der blev dels lagt vægt på, at infektionen, der ikke efterlod varige mén, ikke var af et sådant omfang, at den forhindrede almindeligt stillesiden-

de arbejde, at patienten havde været i stand til at genoptage sit fritidsarbejde 1. august 2002, og at man ved placeringen af træningstiderne hos fysioterapeuten havde tilstræbt at finde træningstider, som ikke nødvendiggjorde fravær fra undervisningen (02-1873).

Ved vurderingen af, hvilke følger, der skal erstattes efter en patientskade, lægger Patientforsikringen vægt på den anerkendte skades omfang og de følger, denne har for patienten. I den forbindelse har patienten en pligt til at begrænse skadens omfang mest muligt, herunder ved i videst muligt omfang at fortsætte sin normale daglige dag trods generne fra patientskaden.

I den konkrete sag fandt Patientforsikringen, at den væsentligste del af behandlingen af patientens infektion tidsmæssigt lå i gymnasiets sommerferie, og at de gener, patienten havde af behandlingen efter studiestarten, var så beskedne, at de ikke i sig selv kunne begrunde et sygefravær, der gjorde det nødvendigt at gå studieåret om. Patientforsikringen fandt på denne baggrund ikke, at patienten var berettiget til godtgørelse for forlængelsen af uddannelsen.

Patienten har indbragt afgørelsen for Patientskadeankenævnet

2. Forøgede medlemsudgifter som følge af gruppeskift i Sygeforsikringen Danmark erstattet (1984-loven)

En 45-årig mand, der af egen læge havde fået ordineret slankemidlet Letigen, fik efter kort tids brug af præparatet en akut opstået blodprop i hjertet. Sagen blev anerkendt med henvisning til LMSL § 6, idet Patientforsikringen vurderede, at blodproppen med overvejende sandsynlighed var udløst af lægemidlets indholdsstoffer ephedrin og koffein.

Som følge af den opståede blodprop fik patienten varige gener i form af træthed, åndenød og anstrengelsesudløste brystsmerter, for hvilke han blev tilkendt et varigt mén på 20 %.

Patienten fik tillige erstattet de varige udgifter til medicin, der var udløst af patientskaden. Disse udgifter var dog ret beskedne, idet patienten, der var medlem af Sygeforsikringen Danmark, efter patientskadens indtræden havde benyttet sin ret til at skifte tilskudsgruppe, fra gruppe 5 til gruppe 1, hvorved dækningen af hans egenudgifter til medicin med offentligt tilskud steg fra 50 % til 100 %.

Som følge af ændringen af tilskudsgruppe steg patientens årlige medlemskontingent med 1.212 kr. Samtidig faldt hans årlige egenudgifter til medicin med et betydeligt større beløb.

Patientforsikringen valgte at kapitalisere patientens øgede udgifter til medlemskontingent, idet patienten ved at skifte tilskudsgruppe væsentligt havde begrænset de egenudgifter til medicin, som Patientforsikringen ellers skulle have erstattet. Ved afgørelsen blev der endvidere lagt vægt på, at skiftet af tilskudsgruppe først var foretaget efter patientskaden og således alene var begrundet i de øgede udgifter til medicin, som patienten forventede at få som følge af den indtrådte patientskade (03-1530).

Patientforsikringen yder normalt ikke tilskud til medlemskontingent til Sygeforsikringen Danmark, Falck eller lignende, uanset at erstatningen for udgifter til behandling, medicin, transport m.m. reduceres med den dækning, patienten har fået udbetalt i kraft af sit medlemskab. Begrundelsen er, at medlemskabet normalt er oprettet inden patientskadens indtræden, og at udgiften til medlemskabet således ikke er udløst af denne. I den konkrete sag var det derfor ikke hele medlemskontingentet, der blev erstattet af Patientforsikringen, men kun den stigning i kontingentet, der var udløst af patientens skift af tilskudsgruppe.

3. Udgifter til den første undersøgelse på et privat sygehus kan i særlige tilfælde erstattes efter PFL (1984-loven)

En 36-årig kvinde blev henvist til operation for diskusprolaps på et offentligt sy-

gehus. Hun havde forinden ved CT-skanning på et andet offentligt sygehus fået diagnosticeret en diskusprolaps i lænden mellem 4. og 5. lændehvirvel. Forud for operationen havde patienten smerter i lænden med udstråling til bagsiden af venstre lår, ligesom hun manglede evnen til at bøje venstre fod opad.

Ved operationen fik patienten fjernet en prolaps ved 5. lændehvirvel, men hun havde efterfølgende fortsat smerter ned i venstre ben. Da smerterne tiltog i de følgende dage, blev hun reopereret en uge efter den første operation. Ved reoperationen blev der fjernet prolapsvæv mellem 5. lændehvirvel og korsbenet, men i ugen efter denne operation havde patienten fortsat udstrålende smerter ned i venstre ben, og hun blev derfor henvist til rygscole.

Patienten blev på grund af fortsatte smerter MR-skannet 6 uger efter reoperationen. Undersøgelsen viste følger efter de to tidligere operationer samt arvæv. Patientens havde muskelsvind af venstre underben samt svære smerter i lænden med udstråling til venstre ben. To en halv måned efter reoperationen blev yderligere kirurgi opgivet, og patienten blev henvist til intensiv genoptræning.

Patienten valgte nu at rette henvendelse til et privathospital, hvor man ved en ny MR-skanning fandt mistanke om, at patienten havde en restprolaps i det tidlige sy-

re operationsområde, som kunne fjernes ved kirurgi. Patienten valgte efterfølgende også at få udført operationen på privathospitalet. Efter denne operation, hvor der på ny blev fjernet discusvæv fra det tidligere operationssted ved 5. lændehvirvel, forsvandt patientens udstrålende smerter. De eneste tilbageværende symptomer, der kunne konstateres ved den afsluttende kontrol på privathospitalet, var, at patienten fortsat manglede evnen til at bøje venstre fodled opad.

Patientforsikringen anerkendte sagen med henvisning til PFL § 3, stk. 1, jfr. § 2, stk. 1, nr. 1, fordi det efter en fornyet gennemgang af MR-skanningsbillederne taget 6 uger efter reoperationen på det offentlige sygehus kunne konstateres, at patienten allerede på dette tidspunkt havde en restprolaps, der gav klar operationsindikation.

Patienten krævede sine behandlingsudgifter dækket af Patientforsikringen. Der var dels tale om udgifter til den første undersøgelse, hvor patienten ved en ny MR-skanning fik stillet den rigtige diagnose, og dels udgifter til selve operationen, som patienten også valgte at få udført på privathospitalet.

Patientforsikringen fandt, at patienten principielt var berettiget til at få dækket udgifterne til den primære undersøgelse på privathospitalet, hvor den rette diagnose blev stillet, men afviste at dække

udgifterne til den efterfølgende operation på privathospitalet (03-1875).

Det er såvel Patientforsikringens som Patientskadeankenævnets praksis at afvise dækning af udgifter til behandling på et privat hospital, hvis samme behandling kunne være udført vederlagsfrit i det offentlige sygehussystem. Hvis patienten imidlertid er blevet afsluttet i det offentlige sygehussystem, uden at den rette diagnose er stillet, fordi undersøgelsesforløbet ikke har levet op til den bedste specialiststandard, og patienten derved er blevet påført en patientskade, vil patienten kunne få dækket de udgifter, der måtte være afholdt til at få stillet den rette diagnose på et privat sygehus.

Når først diagnosen er stillet, har patienten dog pligt til at begrænse sine udgifter ved med den nye diagnose i hånden igen at rette henvendelse på det offentlige sygehus for at få udført de nødvendige operationer vederlagsfrit dér.

I den konkrete sag medførte det forhold, at Patientforsikringen kun var indstillet på at dække udgifterne til den første undersøgelse på privathospitalet, at sagen ikke oversteg PFL's minimumsgrænse på kr. 10.000. Patientforsikringen afviste herefter sagen.

Patienten indbragte sagen for Patientskadeankenævnet, idet hun ikke fandt det rimeligt, at hun selv skulle afholde udgiften til behandlingen på privathospitalet.

Patientskadeankenævnet tiltrådte Patientforsikringens afgørelse, dog med den begrundelse, at patienten ikke var påført en fysisk skade ved behandlingsforsinkelsen. Patientskadeankenævnet fik derved ikke lejlighed til at tage stilling til det principielle spørgsmål vedrørende dækning af behandlingsudgifter.

4.2.2. Tabt arbejdsfortjeneste (EAL § 2)

1. Erstatning for tabt arbejdsfortjeneste, idet ny ansættelse kunne forventes i den forlængede sygeperiode (2001-loven)

En 34-årig mand pådrog sig et brud på højre lårben, som man behandlede med påpladssætning og indsættelse af marvsøm. Denne del af behandlingen forløb uden komplikationer.

Imidlertid var personalet under den langvarige operation ikke opmærksomme på, at patientens raske venstre ben, der var lejret under operationen, skulle have været aflastet en gang i timen for at undgå, at der opstod vævsskader i dette.

Under operationen udviklede patienten således svære vævsskader i det raske ben, der var blevet holdt i ro for længe. Skaderne udviklede sig til blodpropper i lunger og ben, lever- og nyrsvigt samt efterfølgende infektion.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1, idet de almindeligt gældende retningslinier for aflastning af en bedøvet patient ikke var fulgt.

Patienten blev under det efterfølgende sygeforløb afskediget fra sit arbejde inden udløbet af den sygeperiode, som patienten under alle omstændigheder kunne have forventet at gennemgå som følge af lårbensbruddet. Det fremgik af opsigelsen, at afskedigelsen var en følge af nedgang i virksomhedens aktiviteter. Patientforsikringen vurderede på denne baggrund, at patienten ville være blevet afskediget fra det daværende arbejde, også selvom patientskaden ikke var indtrådt.

Det fremgik imidlertid videre af sagens oplysninger, at patienten umiddelbart efter ophøret af det faktiske sygeforløb, på trods af, at dette udløste et varigt mén fra benene på 30 %, var i stand til at påbegynde nyt arbejde hos en anden arbejdsgiver.

Patientforsikringen fandt det på den baggrund tilstrækkeligt sandsynliggjort, at patienten kunne have opnået tilsvarende ansættelse på et tidligere tidspunkt i forløbet, hvis patientskadens midlertidige følger ikke havde forhindret ham i at være aktivt jobsøgende. Patienten blev derfor tilkendt erstatning for tabt arbejdsfortjeneste i den periode, som hans sygeperiode var blevet forlænget med som

følge af den indtrådte patientskade. Det blev således vurderet, at patienten et år tidligere kunne være startet på et arbejde tilsvarende det, han nu var startet på, og til en tilsvarende løn, hvis patientskaden ikke var indtruffet.

Efter fradrag af de sygedagpenge, som patienten faktisk havde modtaget i det pågældende år, blev patientens indtægtstab, efter en mindre forhøjelse af månedslønnen i Patientskadeankenævnet, beregnet til 314.901 kr. Patientskadeankenævnet tiltrådte, at patienten var berettiget til erstatning i den 1-års periode, der var fastsat af Patientforsikringen (03-0993).

Ved vurderingen af om en patient, der er opsagt som følge af andre forhold end patientskaden, er berettiget til erstatning for tabt arbejdsfortjeneste, vil Patientforsikringen dels lægge vægt på, hvorledes patientens tilknytning til arbejdsmarkedet var i årene forud for patientskaden, og dels på, om patienten umiddelbart efter raskmeldingen igen bliver tilknyttet arbejdsmarkedet.

I en sag som den aktuelle, hvor patienten på trods af patientskadens omfattende følger var i stand til at skaffe sig et nyt vellønnet arbejde umiddelbart efter behandlingsophøret, vil der være meget, der taler for, at det samme ville være sket tidligere, såfremt patientskaden ikke var indtruffet og havde forlænget patientens sygeperiode. Patient-

ten var derfor berettiget til erstatning for tabt arbejdsfortjeneste, selvom det ikke var patientskaden, der var den direkte årsag til opsigelsen.

2. Erstatning for tabt arbejdsfortjeneste i en efterfølgende fraværperiode efter arbejdets genoptagelse i sædvanligt omfang (1984-loven)

En 49-årig kvinde blev fundet erstatningsberettiget efter PFL § 3, stk. 1, jf. § 2, stk. 1, nr. 1, idet man i strid med optimal lægelig standard havde overset hendes forstadier til livmoderhalskræft. Dette havde medført, at livmoderhalskræften havde udviklet sig fra forstadier (carcinoma in situ) til invasiv kræft i stadium 1b, hvilket igen bevirkede, at man måtte foretage total livmoderfjernelse i stedet for en keglesnitsoperation (conisation).

Patienten udviklede efterfølgende brok i operationsarret efter livmoderfjernelsen og blev opereret for dette. Hendes helbredstilstand blev vurderet til at være stationær 1 måned efter arbrokoperationen.

Det fremgik af de indhentede sociale akter, at patienten blev raskmeldt omkring 1 år efter stationærtidspunktet, og Patientforsikringen tilkendte patienten erstatning for tabt arbejdsfortjeneste frem til dette tidspunkt. Patientforsikringen fandt, at patienten på dette tidspunkt i

det væsentlige atter kunne genoptage sit arbejde.

Patienten blev imidlertid igen sygemeldt omkring 1½ år efter raskmeldingen, idet hun igen fik arbrok, der krævede en ny operation.

Patientforsikringen fandt, at patienten var berettiget til erstatning for tabt arbejdsfortjeneste for perioden efter den seneste arbrokoperation.

Patientforsikringen lagde herved vægt på, at der ifølge retspraksis skal ydes erstatning for tabt arbejdsfortjeneste, som vedrører en periode efter, at skadelidte har genoptaget sit arbejde i sædvanligt omfang eller i det væsentlige står til rådighed for arbejdsmarkedet. Dette forudsætter dog, at der, som i den aktuelle sag, ikke tidligere er tilkendt erstatning for tab af erhvervsevne, og at der i øvrigt, også som her, er årsagssammenhæng mellem det anerkendte behandlingsforløb og den nye sygeperiode (99-0909).

Det antages i den juridiske teori (se den kommenterede erstatningsansvarslov 6. udgave side 84-85 og Personskadehåndbogen II side 134-135), at genoptagelse af en sag med henblik på tilkendelse af yderligere erstatning for tabt arbejdsfortjeneste for en efterfølgende sygeperiode afhænger af, om den efterfølgende sygeperiode var forudsigelig på tidspunktet for sagens afslutning eller ej.

Kun efterfølgende sygeperioder, som var forudsigelige på tidspunktet for sagens afslutning, medfører automatisk genoptagelse med henblik på tilkendelse af yderligere erstatning for tabt arbejdsfortjeneste, jfr. U2000.2018H. Hvis der derimod er tale om en uforudseelig sygeperiode, antages det, at der alene kan ske genoptagelse med hjemmel i reglerne i EAL § 11, hvilket forudsætter, at skadelidtes faktiske forhold har ændret sig på en sådan måde, at det bevirker en ændret méngrad eller erhvervsevnetabsprocent. I sager som den aktuelle, der skal reguleres efter 1984-loven, kan der slet ikke ske genoptagelse af erstatning for tabt arbejdsfortjeneste efter EAL § 11.

I den aktuelle sag var patienten allerede da Patientforsikringen afsluttede sagen, på ny sygemeldt som følge af recidiv af arbrokket, men dette blev først senere Patientforsikringen bekendt. Det kunne derfor fastslås, at den efterfølgende sygeperiode var ukendt for Patientforsikringen på tidspunktet for afslutningen af sagen, men sygeperioden kunne på ingen måde betragtes som uforudseelig. Patientforsikringen fandt derfor, at der kunne tilkendes erstatning for tabt arbejdsfortjeneste i den efterfølgende sygeperiode i overensstemmelse med resultatet i U2000.2018H.

3. I forbindelse med beregning af erstatning for tabt arbejdsfortjeneste fandtes skattefri rejsegodtgørelse at have karakter af egentlig løn (1984-loven)

En 53-årig mand blev indlagt på et sygehus efter samme dag at være faldet ca. 2½ meter ned fra en lastbil. På sygehuset foretog man røntgenundersøgelse af patientens fodled, hvor han havde smerter. Et brud på venstre rulleben blev imidlertid først diagnosticeret og behandlet ca. 2½ måned efter første undersøgelse på sygehuset.

Patientforsikringen vurderede, at optimal behandling havde tilsagt, at bruddet på rullebenet var blevet diagnosticeret i forbindelse med den første undersøgelse på sygehuset, da bruddet fremgik af de første røntgenbilleder. Patientforsikringen vurderede videre, at patientens sygeperiode var forlænget, og at han var påført et varigt mén som følge af den forsinkede diagnosticering og behandling af bruddet.

Patienten, der arbejdede som chauffør, var sygemeldt som følge af patientskaden i en længere periode og havde som følge heraf et løntab. Det fremgik af patientens lønsedler forud for skaden, at han bl.a. modtog en skattefri rejsegodtgørelse på 6. - 7.000 kr. pr. måned.

Patientforsikringen vurderede på baggrund af overenskomsten for chauffører og på baggrund af retspraksis (se bl.a. U2004.1102H), at den skattefri rejsegodtgørelse havde karakter af egentlig løn og ikke af at være en refusion for faktisk afholdte udgifter. Patientforsikringen fandt, at terminologien skattefri godtgørelse alene var valgt af skattemæssige årsager og lagde endvidere vægt på, at chaufføren ifølge overenskomsten ved sygdom betalt af arbejdsgiver også modtog godtgørelsen, og at hans samlede (løn)udbetaling derfor var den samme, hvad enten han var på arbejde eller var sygemeldt (02-2544).

Spørgsmålet i ovennævnte sag var, om den såkaldte skattefri rejsegodtgørelse var refusion for en udgift, som patienten havde afholdt i forbindelse med sit arbejde, eller om der var tale om løn. Såfremt der var tale om en refusion for faktisk afholdte udgifter i forbindelse med arbejdet, ville beløbet ikke blive erstattet. Dette skyldtes, at patienten ikke havde været på arbejde i sygeperioden og således ikke havde afholdt rejseudgifter i denne periode. Såfremt den skattefri rejsegodtgørelse havde karakter af egentlig løn og ikke af dækning for faktisk afholdte udgifter, ville beløbet blive erstattet som al anden lønindtægt.

Patientforsikringen fandt i ovennævnte sag, at den skattefri rejsegodtgørelse havde karakter af egentlig løn og ikke refusion for faktisk afholdte udgifter.

Ved opgørelsen af erstatningen for tabt arbejdsfortjeneste undlod Patientforsikringen at foretage fradrag for de 5 ugers ferie, patienten måtte antages at ville have afholdt, såfremt patientskaden ikke var indtruffet. Dette spørgsmål er endeligt afklaret ved dommen U 2004.2227H, hvor Højesteret fastslog, at manglende afholdelse af ferie i sygeperioden ikke afskærer skadelidte fra at få erstatning for tabt arbejdsfortjeneste for samme periode.

4.2.3. Varigt mén (EAL § 4)

1. Fastsættelse af varigt mén til patient med forudbestående lidelser (1984-loven)

En 55-årig kvinde med svært nedsat nyrefunktion fik, som forundersøgelse til en nyretransplantation, foretaget en MR-undersøgelse af bækkenkarrene. Ved undersøgelsen blev der anvendt kontraststoffet Omniscan 300. I umiddelbar tilslutning til undersøgelsen blev patienten alment dårlig med kraftig påvirkning af restnyrefunktionen, udslæt, hjertebanken, hårtab, oppustet mave, kvalme, balanceproblemer og muskelsmerter.

Patientforsikringen vurderede, at der var tale om en usædvanlig og alvorlig allergisk reaktion på det anvendte kontraststof og anerkendte sagen med henvisning til § 6 i lov om erstatning for lægemiddelskader.

Knap to år efter MR-undersøgelsen afgik patienten ved døden som følge af de skader, hun havde pådraget sig ved undersøgelsen. I de to år, der gik mellem skaden og dødsfaldet, havde patienten været plaget af muskelsvind i alle kroppens større muskelgrupper samt fiksering af arme og ben i mere eller mindre bøjet stilling. Endvidere havde hun haft ledforandringer, føleforstyrrelser, hudforandringer, nedsat syn, hårtab og hjerte-problemer.

Patientforsikringen vurderede, at den méngrad, der kunne fastsættes som følge af generne efter patientskaden, oversteg erstatningsansvarslovens maksimum, og erstatningen blev derfor reduceret til dette. Godtgørelsen blev yderligere reduceret efter principperne om mellemkommende død, da patienten kun havde levet med generne efter patientskaden i kortere tid (03-0112).

Hvis en patientskade rammer funktioner, som ligeledes er påvirket af patientens grundsygdom, skal der i patientens samlede méngrad foretages fradrag for grundsygdommens følger, således at det kun er mérskaden, der erstattes.

Rammer patientskaden, som det var tilfældet i den aktuelle sag, derimod andre funktioner, end de, der allerede var påvirket af grundsygdommen, erstattes alle de nyttilkomne påvirkninger uden fradrag for grundsygdommen og dennes følger.

Generne for patientskaden kan på denne måde godt komme op på et niveau, hvor patienten bliver berettiget til maksimum-godtgørelse, uanset at patienten allerede inden patientskadens indtræden havde andre følger.

4.2.4. Erhvervsevnetab (EAL § 5-8)

1. Ikke ydet erhvervsevnetabs-erstatning, da patienten heller ikke uden patientskaden kunne antages at have opnået erhvervsarbejde (1984-loven)

En 41-årig somalisk flygtning var ved indrejsen i Danmark i 1999 svært leverpåvirket som følge af sten i galdevejene. Efter en uges ophold i Danmark blev manden påført en patientskade, idet der i forbindelse med et forsøg på operativ fjernelse af galdestenene opstod en ukontrollabel blødning, der nødvendiggjorde et meget stort kirurgisk indgreb. Skaderne efter det omfattende indgreb blev anerkendt efter patientforsikringsloven, og ménene i form af fordøjelsesproblemer medførende væggtab, smerter i maven og en vide-reudvikling af hans forudbestående diabetes, så den blev insulinkrævende, blev opgjort til en méngrad på 25 %. Han fik som følge af behandlingskomplikationen endvidere hyppige afføringer og opkast, og han havde så meget luftafgang fra tarmene, at det gav ham sociale gener.

Udover generne fra patientskaden havde patienten allerede ved indrejsen i Danmark en dårlig højre arm, der var præget af udtalt skrumpning, nedsat kraft, føleforstyrrelser og smerter. Han var endvidere psykisk traumatiseret som følge af sine oplevelser under borgerkrigen i Somalia.

På tidspunktet for Patientforsikringens afgørelse vedrørende erhvervsevnetab modtog manden førtidspension som følge af den samlede fysiske og psykiske tilstand. Om hans uddannelses- og erhvervsmæssige situation forud for indrejsen i Danmark var det oplyst, at han havde gået 8 år i grundskole og efterfølgende havde taget en 1-årig uddannelse til kommunikationstekniker hos postvæsenet, hvor han arbejdede frem til 1982. Herefter tog han til Saudi Arabien og arbejdede som ufaglært bygningsarbejder frem til 1985, hvor han tog tilbage til Mogadishu og ernærede sig som selvstændig taxavognmand frem til krigens udbrud i 1991. I 1997 eller 1998 flygtede han til Etiopien, hvor han opholdt sig omkring et år, inden han via Egypten og Tyskland kom til Danmark i 1999.

Patientforsikringen afviste at yde erstatning for tab af erhvervsevne under henvisning til, at patienten ikke med overvejende sandsynlighed ville have opnået erhvervsarbejde i Danmark, selvom patientskaden ikke var indtrådt. Der blev i den forbindelse lagt vægt på patientens psykiske tilstand og de ovennævnte ge-

ner fra højre arm, der i sig selv fandtes at begrænse patientens muligheder for at påtage sig manuelt arbejde. Der blev endvidere lagt vægt på patientens alder, hans begrænsede sprogkunderskaber og det forhold, at erhvervsfrekvensen for somaliere i Danmark generelt er meget lav (01-0484).

På skadetidspunktet havde patienten ikke været i arbejde i 8 år. Manglende tilknytning til arbejdsmarkedet gennem længere tid kan i sig selv begrunde en afvisning af, at en patientskade har medført et erhvervsevnetab. I denne situation kunne patientens ledighed dog skyldes den specielle situation på grund af borgerkrig i Somalia, hvorfor Patientforsikringen ikke begrundede sin afgørelse med den manglende tilknytning til arbejdsmarkedet forud for skaden. Patientforsikringens afgørelse blev truffet på baggrund af en samlet vurdering af patientens udsigter til at opnå erhvervsarbejde, såfremt patientskaden ikke var indtruffet.

Patientforsikringens afgørelse er efterfølgende blevet tiltrådt af Patientskadeankenævnet.

2. Tidligere overgang til efterløn end planlagt kunne ikke udløse erstatning for erhvervsevnetab (1984-loven)

En 58-årig kvinde, der siden 1986 havde arbejdet som hjemmehjælper, henvend-

te sig i juli måned 2001 på skadestuen, da hun under gang pludselig havde fået smerter i venstre læg. I forbindelse med de efterfølgende undersøgelser på sygehuset blev det konstateret, at hun havde en ledbåndsafrivning i knæet og betydelig løshed i dette. Trods dette blev patienten først opereret med et års forsinkelse og endte med et beskedent varigt mén på 5 %, der i det væsentligste skyldtes behandlingsforsinkelsen. Behandlingsforsinkelsen og mermén blev anerkendt som en patientskade.

Patienten blev afskediget på grund af patientskaden og det lange sygdomsforløb, skaden udløste. 4 måneder efter raskmelding og 3 måneder efter, at behandlingen blev endeligt afsluttet, overgik patienten til efterløn.

Af sagen fremgik det, at skadelidte havde planlagt at overgå til efterløn som 60-årig, men at hun som følge af skaden nu havde valgt at overgå til efterløn allerede som 59-årig.

Patientforsikringen fandt ikke, at der var grundlag for at fastsætte et erhvervsevnetab på 15 % eller derover som følge af patientskaden. Patientforsikringen var opmærksom på, at patienten blev opsagt fra sit tidligere arbejde på grund af sygdom i det behandlingsforløb, hun måtte gennemgå som følge af patientskaden, og at skaden dermed i hvert fald havde været medvirkende årsag til, at hun var

overgået til efterløn tidligere end ellers påregnet.

Set i forhold til det relativt beskedne varige mén, skaden havde udløst, var det imidlertid Patientforsikringens vurdering, at skaden ikke i sig selv havde medført en sådan nedsættelse af hendes erhvervsevne, at der var tale om et erhvervsevnetab på 15 % eller derover. Patientforsikringen fandt, at årsagen til, at hun valgte at gå tidligere på efterløn formentlig snarere end sygdom skyldtes, at hun ville have vanskeligt ved at finde et nyt arbejde (02-1063).

Uanset, at der kan konstateres et varigt økonomisk tab i relation til en indtrådt patientskade, kan tabet, hvis det som i aktuelle sag er meget beskedent og kun delvist udløst af patientskaden, ikke udløse erstatning for erhvervsevnetab. Det er en betingelse, at patientskaden i sig selv skal have udløst et erhvervsevnetab på 15 % eller mere, for at der kan ydes erstatning. At skadelidte som følge af alder og konjunkturer ikke kan finde nyt arbejde efter en afskedigelse, er ikke forhold, der er udløst af patientskaden.

Sagen blev tiltrådt af Patientskadeankenævnet med samme begrundelse.

3. Virksomhedsejers årsløn kunne ikke fastsættes med udgangspunkt i driftsresultatet alene. (1984-loven)

En 48-årig kvinde gennemgik en operation med indsættelse af en kunstig hofte. Umiddelbart efter operationen fik hun ved røntgenundersøgelse konstateret et spiralbrud i lårbensknoglen lige under den indsatte protese. Som følge af bruddet endte patienten med en dårlig hoftefunktion. Sagen blev anerkendt som en patientskade med henvisning til rimelighedsreglen i PFL § 2, stk. 1, nr. 4, og patienten blev vurderet til at have et samlet hoftemén på 20 %, hvoraf de 8 % var en følge af den anerkendte patientskade.

Patienten var skattemæssigt registreret som enejer af en bodega, og hun havde fået inddraget sin førtidspension, fordi virksomhedens overskud oversteg indtægtsgrænserne for førtidspensionen. Hun arbejdede selv ca. 4 timer dagligt midt på dagen som servitrice, men delte driftsansvaret og opgaverne i forbindelse med den daglige drift med ægtefællen. Patienten var efter patientskaden ophørt med at udføre disse funktioner.

Patientforsikringen fastsatte erhvervsevnetabet til 15 % med den begrundelse, at hendes væsentligste helbredsgener måtte tilskrives hendes grundlidelse, men at der som følge af patientskaden var tilkommet en mindre forværring af

generne, som havde medført yderligere erhvervsmæssige gener.

Årslønnen blev i henhold til EAL § 7, stk. 2 fastsat efter et skøn, idet der blev taget udgangspunkt i det gennemsnitlige driftsresultat efter afskrivninger i de 3 sidste år før skadens indtræden.

Patientforsikringen valgte at lægge mindre vægt på, at hustruen ifølge de skattemæssige oplysninger var den eneste, som blev indkomstbeskattet af virksomhedens overskud, og at hun stod som enejer i regnskaberne. Der blev i højere grad lagt vægt på, at ægtefællen ifølge oplysninger fra blandt andet politiet og fra pensionssagen delte ledelsesfunktionerne med hustruen. Hertil kom, at det ikke fandtes sandsynligt, at hustruen, der ifølge oplysningerne i pensionssagen kun havde arbejdet på nedsat tid i årene forud for patientskaden, havde drevet virksomheden alene.

Ved fastsættelsen af årslønnen blev det derfor lagt til grund, at ægtefællen i væsentligt omfang deltog i virksomhedens drift, selvom dette øjensynligt skete uden betaling. Det gennemsnitlige driftsresultat blev derfor nedreguleret med den løn, som ægtefællen under normale omstændigheder ville oppebære for et arbejde tilsvarende det, som han udførte i virksomheden, og denne løn blev skønsmæssigt fastsat til halvdelen af virksomhedens gennemsnitlige driftsresultat (00-1013).

Ved beregning af erhvervsevnetabserstatning til selvstændigt erhvervsdrivende er det kun de indtægter, der er en følge af den skadelidtes arbejdsindsats, der skal medtages i den årsløn, der lægges til grund for beregningen. Indtægter genereret af andre i virksomheden eller arbejdsfrie indtægter som f.eks. lejeindtægter, formueafkast etc. medtages ikke i årslønnen.

Patientforsikringens erstatningsberegning blev stadfæstet af Patientskadeankenævnet med uændret begrundelse.

4. Beregning af erhvervsevnetabserstatning til børn (2001-loven)

En dreng blev født i 2003 med en medfødt tarmsygdom, der nødvendiggjorde flere operationer. I forbindelse med behandlingen forsøgte man at anlægge et kateter i en vene i lysken. Desværre viste det sig, at man i stedet var kommet til at placere kateteret i en arterie. Som følge af denne fejlplacering gik benet til, og det var nødvendigt at amputere benet over knæet. Skaden blev anerkendt som omfattet af lov om patientforsikring efter § 2, stk. 1, nr. 1.

Ménggraden blev efter gældende retningslinier fastsat til 50 %. Da barnet var under 15 år på skadestidspunktet skulle erstatning for tab af erhvervsevne beregnes efter reglerne i EAL § 8. Erstatningen beregnes ved at gange den lovbestemte "normalårsløn" med 10 og

derefter med méngraden. Normalårslønnen i år 2005, hvor PFF opgjorde sagen, var kr. 310.500,00. Erstatningen for tab af erhvervsevne blev derfor beregnet til kr. 1.552.500,00 (04-0247).

Denne sag illustrerer, hvordan man beregner erstatning for tab af erhvervsevne til et lille barn, der kommer til skade, længe før det er nået den erhvervsaktive alder. Man bruger ved beregningen en "normalårsløn", der er fastsat i lovgivningen og reguleres hvert år. Erstatningen for tab af erhvervsevne til mindreårige børn kan være ganske betydelig, også selv om det er usikkert, hvor meget skaden faktisk kommer til at påvirke barnets indtjeningsevne senere i livet.

5. Erhvervsevnetabserstatning til 13-årig som følge af en kosmetisk skade (2001-loven)

En 13-årig pige blev opereret på grund af stritører. Efterfølgende havde patienten et længere sygeforløb som følge af infektion i højre øre, og hun gennemgik en fornyet operation, hvorunder man forsøgte at korrigere den indtrådte deformation af højre øre som følge af fuldhudsdefekter.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, idet man vurderede, at infektion efter en operation grundet stritører resulterer i en forlænget sygeperiode og et mermén både opfyldte lovens sjældenheds- og alvorligheds-kriterium.

Patientforsikringen vurderede, at patienten som følge af den anerkendte skade havde pådraget sig et vansir svarende til en méngrad på 5 %, idet højre øre efter indgrebet fremtrådte mindre end venstre øre, og derudover var den yderste rand på højre øre svært deformeret.

Trods méngradens relativt beskedne størrelse og det forhold, at den på ingen måde kunne antages at ville påvirke pigens fremtidige indtjeningsevne, så udløste den som følge af patientens unge alder automatisk en erhvervsevnetabserstatning på kr. 151.750 (04-0305).

Sagen er et eksempel på at selv et mindre mermén udløst på baggrund af en kosmetisk skade efter ændringen af erstatningsansvarsloven kan udløse erstatning for erhvervsevnetab til børn under 15 år, uanset at merménet ikke vil få indflydelse på patientens fremtidige erhvervsmæssige situation. Der henvises i øvrigt til årsberetningen for 2003, side 63.

4.2.5. Øvrige eksempler

1. Reduktion for mellemkommende død (1984-loven)

En dreng blev ved sin fødsel i marts 1999 påført en erstatningsberettigende patientskade i form af en cerebral parese (hjerneskade).

Patientforsikringen afviste i første om-

gang sagen i juli 2003, hvorefter sagen blev anket til Patientskadeankenævnet, der i maj 2004 omgjorde Patientforsikringens afgørelse.

I juni 2004 blev Patientforsikringen gjort opmærksom på, at patienten var afgået ved døden i januar 2004 som følge af patientskaden.

Højesteret har imidlertid ved dommen U2003.616H fastslået, at godtgørelser for patientskader falder i arv til de efterladte, hvis skaden er anmeldt til patientforsikringen, inden den skadelidte afgår ved døden. Forældrene indtrådte derfor i barnets krav på de godtgørelser og erstatninger, der kom til udbetaling som følge af patientskaden.

Patientforsikringen vurderede, at barnets tilstand havde været uændret siden fødselstidspunktet, og der kunne derfor ikke ydes godtgørelse for svie og smerte. Derimod blev det vurderet, at barnets varige mén allerede fra fødslen kunne fastsættes til en méngrad på 100 %. Barnets erhvervsevnetabserstatning kunne af samme grund fastsættes tabelarisk efter bestemmelsen i EAL § 8 til 400 % af mén-godtgørelsen.

Da barnet i den aktuelle sag afgik ved døden inden sit fyldte 5. år, og dermed kun nåede at leve i kort tid med skadens følger, fandt Patientforsikringen, at såvel godtgørelsen for varigt mén som erstat-

ningen for erhvervsevnetab skulle ned-sættes med ¼ (02-3021).

Efter erstatningsretlig praksis skal der ske en skønsmæssig reduktion af godtgørelsen for varigt mén og erstatningen for erhvervsevnetab i de tilfælde, hvor skadelidte afgår ved døden kort tid efter skaden, og inden de to erstatningsposter er kommet til udbetaling. Begrundelsen for denne reduktion er, at der er tale om godtgørelser og erstatninger, der udbetales med det formål at kompensere den skadelidte i et normalt livsforløb. Hvis skadelidte imidlertid allerede er død på tidspunktet for erstatningsudbetalingen, kender man modsat normalt den faktiske levetid og dermed også det tidsrum, hvori den skadelidte er berettiget til compensation. Godtgørelse for varigt mén og erstatning for erhvervsevnetab reguleres derfor således, at det der kommer til udbetaling tilnærmes den afdødes faktiske tab.

Selve reduktionen foretages skønsmæssigt med udgangspunkt i den retspraksis, der findes på området. Jo kortere tid patienten har levet med generne, des større reduktion foretages der af erstatningen. Erstatningen for erhvervsevnetab til skadelidte børn, der dør, inden erstatningen kommer til udbetaling, vil normalt skulle reduceres mere, end det er tilfældet for voksne, fordi barnet aldrig er nået den erhvervsaktive alder, og derfor heller ikke har noget egentligt økonomisk tab, se U1994.302V.

Den aktuelle sag er anket, men Patientforsikringen har tidligere afgjort en lignende sag (94-1022), hvor patienten nåede at leve 5 år med skaden. Også her blev erstatningen reduceret med $\frac{1}{4}$, og afgørelsen blev efterfølgende stadfæstet af PSAN.



5. Generelle sager og problemstillinger

5.1. Bevislættelse ved overtrædelse af foreskrifter, som har betydning for vurderingen af specialist-målestokken

Det fremgår af PFL § 2, stk. 1, at erstatning ydes, hvis skaden med "overvejende sandsynlighed" er forvoldt på en af de fire måder, der er opregnet i § 2, stk. 1, nr. 1-4.

Kravet om "overvejende sandsynlighed" indebærer, at beviskravet er lempet i forhold til det almindelige princip om, at der skal føres fuld bevis for et kravs berettigelse. Lempelsen gælder alle led i kausalitetsvurderingen, dvs.

- om skaden er forårsaget af undersøgelse eller behandling, eller den må henføres til grundsygdommens forløb,
- om skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af de måder, der er angivet i § 2, stk. 1, og endelig
- i hvilket omfang de konstaterede skadevirkninger kan henføres til det erstatningsbegrundende forhold.

Selvom bevisreglen "overvejende sandsynlighed" indebærer en lempelse i forhold til almindelige bevisregler, så udelukker det ikke, at der kan tages hensyn til andre forhold, som efter almindelige bevisretlige principper kan medføre en

lempelse af kravet til bevis for årsagssammenhæng.

Det fremgår således af motiverne til patientforsikringsloven, at der kan ske en yderligere bevislættelse i tilfælde, hvor der er påvist en egentlig fejl (culpa) ved undersøgelse eller behandling, som kan have forårsaget den skade, som faktisk indtrådte. Rækkevidden af denne lempelsesmulighed og Højesterets praksis herom, er udførligt behandlet i Patientforsikringens årsberetning for 2002, side 72-78 og Patientskadeankenævnets årsberetning 2002, side 112-116.

En yderligere situation, hvor bevisvurderingen kan lempes, er tilfælde, hvor bevis-tvivlen skyldes, at sygehuset, i strid med forskrifter, ikke har sikret sig tilstrækkelig dokumentation eller beviser for forhold, som har betydning for ansvarsvurderingen efter § 2, stk. 1, nr. 1, f.eks. relevante journaloplysninger, laboratorieprøver eller røntgenbilleder etc.

Det er klart, at Patientforsikringen, i mangel af sådanne beviser, må søge at klarlægge eller sandsynliggøre forholdene på anden måde, men er dette ikke muligt, vil de manglende beviser medføre, at man slækker beviskravene ud fra synspunktet, at det er sygehusets opgave at sikre sig sådanne bevismidler.

Et par eksempler kan belyse denne praksis.

Eksempel 1.

Tvangsbehandling af psykiatrisk patient

En midaldrende mand, som ikke tidligere var kendt i psykiatrisk regi, blev den 8. januar 2003 indbragt af politiet til psykiatrisk hospital, som følge af ejendommeligt, men ikke voldeligt adfærd.

Efter et par dages observation konkluderede lægerne, at patienten var psykotisk, og at det sandsynligvis drejede sig om en stofudløst psykose på baggrund af kanabisindtagelse. Lægerne vurderede, at patienten hurtigt ville kunne udskrives, men man fandt det ikke forsvarligt at udskrive patienten straks, hvorfor man besluttede at tvangstilbageholde ham til nærmere undersøgelse.

Kort efter indtrådte der en hændelse, som sygehuset beskrev således: "Patienten havde natten mellem den 11. og 12. januar 2003 barrikaderet sig på sin stue. Lå højt skrigende i sengen, hvorfor personalet måtte tiltvinge sig adgang til stuen. Dette ophidsede patienten så meget, at man måtte tage fat i ham og efterfølgende give ham en injektion med beroligende medicin i henhold til psykiatriloven. Der fremgår af journal og sygeplejekardex intet om en akut skade, men ved samtale med lægen, dagen efter, refererer patienten, at der lød et knæk i venstre arm, da man havde fat i ham."

Patienten beskrev hændelsen således: "Personalet på afdelingen trængte ind på min enestue og overfaldt mig. Tre personer på hver arm, vred mine arme rundt - og da vi slappede af gav en af personalet - en kampsportskyndig iraner - min arm et ekstra drej, så den gav et knæk - hørbart for alle tilstedeværende." Det bemærkes, at senere undersøgelse viste, at armen ikke var brækket.

Spørgsmålet er herefter, om personalet på sygehuset havde levet op til bedste specialiststandard ved behandlingen af patienten. Helt afgørende for vurdering af det spørgsmål er, at der er skrevet fyldestgørende journal over hændelsesforløbet.

I den psykiatriske speciallægeerklæring, som Patientforsikringen indhentede til bedømmelse af hændelsesforløbet, hedder det i den afsluttende konklusion:

"Ifølge patienten er skaden fremkommet ved, at personalet har givet hans arm et "ekstra drej" på et tidspunkt, hvor han slappede af. Personalets handling fremstår her som unødvendig og ikke i overensstemmelse med bedste specialiststandard. Som anført er der intet i journalmaterialet, der kan af- eller bekræfte patientens beskrivelse.

Den manglende beskrivelse i lægejournalen af hændelsesforløbet og den adfærd,

der nødvendiggjorde indgrebet, er ikke i overensstemmelse med bedste specialiststandard. Ej heller er det i overensstemmelse med bedste specialiststandard og med psykiatriloven, såfremt der ikke har været tilkaldt læge i forbindelse med indgrebet.

Jeg mener det er sandsynligt, at skaden er sket i forbindelse med indgrebet, men kan ikke bedømme skaden og patientens klager i øvrigt.

Det må være op til en juridisk afvejning, hvorvidt man lader det komme patienten til gode, at afdelingen ikke har levet op til specialiststandarden med hensyn til journalføring og muligvis heller ikke, hvad angår lægelig godkendelse i forbindelse med tvangsindgrebet.”

Det er Patientforsikringens opfattelse, at når der i psykiatrilovgivningen mv. er fastsat udførlige og omfattende krav til journalføring mv., så er det bl.a. fordi, det er den eneste måde, hvorpå man efterfølgende kan vurdere, om et tvangsindgreb har været velindiceret, og om det har været relevant i forhold til patientens sygdom og akutte tilstand. Der ligger i de strenge krav til journalføring et hensyn til patienterne, herunder deres mulighed for at klage.

På denne baggrund fandt Patientforsikringen, at det måtte lægge sygehuset til last, at man ikke, ved udformning

af journaler mv. i overensstemmelse med psykiatrilovgivningen, havde sørget for, at der kunne skaffes dokumentation for, at indgrebet var berettiget og forsvarligt udført. Sagen blev herefter anerkendt i henhold til PFL § 2, stk. 1, nr. 1 (specialistreglen) (03-2112).

Eksempel 2. **Opbevaring af biologiske præparater**

Patientforsikringen modtager i sjældne tilfælde anmeldelser fra patienter, som har fået foretaget biologiske prøver med et negativt resultat, men hvor det senere viser sig, at patienten havde kræft på tidspunktet for prøvetagningen. I denne situation kan der ydes erstatning efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1, hvis ”den erfarne specialist” (læge eller laborant) med overvejende sandsynlighed ville have opdaget, at prøven var positiv, og man derved med overvejende sandsynlighed kunne have undgået udviklingen af kræftsygdommen.

En væsentlig forudsætning for at kunne foretage denne vurdering er, at sygehuses patologiske afdelinger opbevarer de originale biologiske præparater.

I Sundhedsstyrelsens cirkulære nr. 236 af 19. december 1996 (vejledning om lægers journalføring) hedder det under punkt 10.1.3, om biologiske præparater: ”Der stilles ikke krav om opbevaring af biologiske præparater, men det anbefales generelt

og særligt for så vidt angår mikroskopi- og cytologiske præparater, af behandlings- og tilsynsmæssige grunde, at opbevare præparaterne i mindst 5 år.”

I 2004 blev Patientforsikringen opmærksom på, at nogle patologiske afdelinger ikke fulgte Sundhedsstyrelsens anbefaling, men kasserede præparaterne straks efter at de var fundet negative. Det gør det i praksis umuligt efterfølgende at vurdere, om de patologiske afdelingers håndtering af prøverne har levet op til bedste specialiststandard.

Dette indebærer en urimelig svækkelse af patienternes retsstilling, hvorfor Patientforsikringen ved brev af 27. august 2004 meddelte samtlige patologiske sygehusafdelinger, ”at det bevismæssigt vil kunne lægges sygehuset til last, at man i strid med Sundhedsstyrelsens anbefaling har destrueret bevismateriale. Det indebærer, at sygehuset, i tilfælde af bevistvivl, kan blive pålagt erstatningsansvar,” jfr. nr. 09-20040002-2.

5.2. Sygedagpengeregres hvis der er ansvar efter almindelige erstatningsregler (culpa) - Østre Landsrets dom U2004.2582Ø

Kravet

Østre Landsret har ved dom af 25. juni 2004 truffet afgørelse i en sag, hvor Greve Kommune havde rejst et regreskrav overfor Vestsjællands Amt for sygedagpenge, som kommunen havde udbetalt i anledning af en behandlingsskade opstået på Holbæk Centralsygehus. Kravet var rejst i henhold til EAL § 17, stk. 1, 3. pkt. og dagpengelovens § 39, stk. 2.

Baggrunden for kravet

Forløbet, der gik forud for sagen, vedrørte en patient, der i forbindelse med en operation foretaget på Holbæk Centralsygehus fik anlagt et kateter, der førte til, at patienten endte med varige vandladningsgener.

Sagen blev anmeldt til Patientforsikringen, der fandt, at patientens vandladningsgener var en følge af, at kateteret ved et uheld var endt i patientens urinrør, hvor det spærrede for urinpassagen. Patientforsikringen fandt endvidere, at den efterfølgende observation af patienten og dennes urinudskillelse ikke havde levet op til den bedste specialiststan-

dard, og at den opståede skade med overvejende sandsynlighed kunne være undgået, såfremt fejlplaceringen af kate- teret var opdaget tidligere. Sagen blev derfor anerkendt som en behandlings- forsinkelse med henvisning til PFL § 3, stk. 1, jfr. § 2, stk. 1, nr. 1, og patienten blev tilkendt erstatning for sine gener.

Sagen blev endvidere anmeldt til Patientklagenævnet, der ud fra samme betragtninger, som det Patientforsikringen var nået frem til, udtalte kritik af sygehusets efterføl- gende observation af patienten. På den baggrund blev der under retssagen opnået enighed mellem parterne om, at Vestsjællands Amt var ansvarlig for ska- den efter dansk rets almindelige erstat- ningsregel.

Parternes påstande

Greve Kommune gjorde under sagen gældende, at regresadgangen fulgte direkte af dagpengelovens § 39, stk. 2, der i øvrigt ikke afskar én offentlig myndighed fra at søge regres hos en anden offentlig myndighed. Endvidere gjorde kommunen gældende, at PFL § 7, der afskærer muligheden for at rejse krav overfor skadevolder, hvis den ska- delidte er berettiget til erstatning efter PFL § 5, ikke finder anvendelse, når der er tale om regreskrav, der specifikt er undtaget fra dækning i PFL § 5, stk. 4. Patientforsikringsloven havde således

hverken efter sin ordlyd eller efter for- arbejderne til formål at begrænse den almindeligt gældende sygedagpengere- gresadgang.

Vestsjællands Amt gjorde heroverfor gældende, at Greve Kommunes adgang til at søge regres var afledt af patientens erstatningskrav, og at patienten efter PFL § 7 selv var afskåret fra at rejse erstat- ningskrav overfor amtet, hvorfor det samme gjorde sig gældende for Greve Kommune, hvis krav jo blot var afledt af patientens. Amtet gjorde endvidere gæl- dende, at regresadgangen i EAL § 17, stk. 1, 3. pkt. og dagpengelovens § 39, stk. 2, måtte vige for specialreglen i PFL § 7.

Østre Landsrets præmisser

Indledningsvist fastslog landsretten i dommens præmisser, at der hverken i dagpengelovens § 39, stk. 2 eller i EAL § 17, stk. 1, nr. 3, er noget, der afskærer én offentlig myndighed fra at søge regres hos en anden. Herefter fastslog landsret- ten, at patientforsikringsordningen var etableret for at lette patienterne, men ikke tredjemænds, adgang til erstatning for behandlingsskader, og at det netop var dette forhold, der kom til udtryk i PFL § 5, stk. 4.

Herefter konkluderer landsretten, at det forhold at der er ydet patienten erstatning efter patientforsikringslo- ven, ikke afskar Greve Kommune fra at

søge regres hos Vestsjællands Amt efter almindelige erstatningsretlige regler. Da der var enighed mellem parterne om, at Vestsjællands Amt var ansvarlig efter almindelige erstatningsretlige regler, kunne Greve Kommune derfor gennemføre sit regreskrav.

Konklusion

Det følger direkte af PFL § 5, stk. 4, at regreskrav herunder krav vedrørende sygedagpengeregres ikke kan gennemføres på baggrund af patientforsikringslovens særlige lempelige erstatningsregler. Derimod fastslår dommen, at sygedagpengeregres og andre krav der ikke kan dækkes efter PFL § 5, herunder patientens erstatningskrav der samlet ikke overstiger kr. 10.000, der er minimumsgrænsen i patientforsikringsloven, kan rejses overfor skadevolder efter almindelige erstatningsregler. I den forbindelse er det dog vigtigt at holde sig for øje, at det forhold at Patientforsikringen har vurderet, at behandlingen ikke har levet op til den bedste specialiststandard, ikke indeholder nogen samtidig vurdering af, i hvilket omfang der evt. tillige vil være tale om et ansvar efter dansk erstatningsrets almindelige ansvarsregel – culpa-reglen.

5.3. Retningslinier vedrørende medarbejdernes og lægekonsulenternes inhabilitet ved behandling af sager

I forbindelse med en konkret sag har en patient rejst spørgsmål om, hvilke retningslinier der gælder i Patientforsikringen om lægekonsulenters inhabilitet og konsekvensen heraf.

Da der ikke tidligere er givet skriftlige retningslinier for inhabilitet i Patientforsikringen, fandt man anledning til at fastsætte følgende retningslinier:

A. GENERELLE REGLER

Ved Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 652 af 23. juli 1992 finder forvaltningsloven anvendelse på Patientforsikringens virksomhed. Det betyder, at alle ansatte i Patientforsikringen, herunder lægekonsulenterne, er omfattet af forvaltningslovens kapitel 2 om inhabilitet.

Idet der generelt henvises til disse regler, skal det her fremhæves, at inhabilitet for ansatte og konsulenter i Patientforsikringen, i forhold til en bestemt sag, typisk vil kunne forekomme, hvis

- vedkommende selv har en særlig personlig eller økonomisk interesse i sagens udfald mv. eller
- vedkommendes ægtefælle eller familie har en særlig personlig eller økonomisk interesse i sagens udfald og
- hvis der i øvrigt foreligger omstændigheder, som er egnet til at vække tvivl om vedkommendes upartiskhed.

Inhabilitet foreligger dog ikke, hvis der som følge af interessens karakter eller styrke, sagens karakter eller den pågældendes funktioner i forbindelse med sagsbehandlingen, ikke kan antages at være fare for, at afgørelsen i sagen vil kunne blive påvirket af uvedkommende hensyn. Det vil f.eks. kunne gælde ved assistenternes indledende sagsbehandling.

Den, der er inhabil i forhold til en sag, må ikke træffe afgørelse, deltage i afgørelsen eller i øvrigt medvirke ved behandlingen af den pågældende sag.

B. SÆRLIGT OM LÆGEKONSULENTER OG ANDRE FAGLIGE KONSULENTER

1. Da Patientforsikringens lægekonsulenter mv. typisk har deres hovedbeskæftigelse som læger på et konkret sygehus eller klinik, kan der være en interessekonflikt, hvis den skade, de

skal vurdere, er sket på deres sygehus eller klinik.

Der foreligger inhabilitet, såfremt

- den skade, som vedkommende vurderer, har fundet sted på det sygehus eller i den praksis, hvor vedkommende er ansat eller var ansat på tidspunktet for den skadegørende handling, eller
- lægekonsulenten har deltaget i behandlingen af sagen i anden sammenhæng, f.eks. som medlem af Retslægerådet eller som tilknyttet Arbejdsskadestyrelsen eller et forsikringsselskab.

Opmærksomheden henledes dog på forvaltningslovens § 4, stk. 1, hvorefter reglen om inhabilitet ikke gælder, "hvis det ville være umuligt eller forbundet med væsentlige vanskeligheder eller betænkelighed, at lade en anden træde i den pågældendes sted under sagens behandling."

2. Det påhviler lægekonsulenten og sagsbehandlerne at påse, at der ikke foreligger inhabilitet.

3. I tilfælde af inhabilitet forelægges sagen for en anden lægekonsulent eller en ekstern konsulent. Såfremt det viser sig, at lægekonsulenten har



været inhabil i en afsluttet sag, og dette kan have haft betydning for sagens afgørelse, skal sagen genoptages og forelægges for en anden konsulent.

5.4. Komplikationer i tilknytning til galdestensoperationer med kikkertkirurgi i perioden 1996 til og med 2004

Patientforsikringen foretager en omfattende kodning af samtlige anmeldelser. Sagerne kodes efter nationale og internationale systemer, og selve kodningen foretages af speciallæger indenfor de respektive specialer, hvorefter samtlige kodninger efterkontrolleres af en speciallæge eller en lægesekretær. Derfor er de foretagne registreringer af meget høj kvalitet.

I kapitel 2, figur 17 er det angivet hvilke behandlinger, der oftest giver anledning

til anmeldelser. I den forbindelse fremgik det, at laparoskopisk fjernelse af galdeblæren (Cholecystectomy laparoscopica, KJKA21) var den tredjehyppigste årsag til anmeldelse. Der var 344 anmeldelser i forbindelse hermed.

De statistiske registreringer i tilknytning til disse indgreb vil blive gennemgået i hovedtræk i det følgende:

Det må antages, at anmeldelsesfrekvensen for disse indgreb er ganske høj. I den forbindelse skal man være opmærksom på, at der løbende er sket indberetning af disse indgreb til en database. Databasen blev etableret i forbindelse med overgangen fra "åben" kirurgi til "kikkert"-kirurgi. Indberetninger til databasen har ofte medført en samtidig anmeldelse til Patientforsikringen. Derfor skyldes de mange anmeldelser formentlig en høj anmeldelsesfrekvens snarere end en høj komplikationsfrekvens. Databasen har dog været lukket for en periode.

Af tabel 1 fremgår, hvilke sygdomme, der har givet anledning til enten åben eller laparoskopisk choleystectomy:

Som det fremgår, er laparoskopiske fjernelse af galdeblæren i tilknytning til galdesten uden betændelsestilstand den hyppigst forekommende årsag til anmeldelse. Det følger naturligvis af, at det er den hyppigste lidelse på galdeblæren og den hyppigst anvendte behandlingsmetode.

Tabel 1. Sygdomme, der giver anledning til behandling med henholdsvis åben eller laparoskopisk fjernelse af gældeblæren.

GRUNDLIDELSE	Kode	Åben kir. KJKA20	Laparoskopi KJKA21	I alt
Neopl hepatis et viarum biliarium uden specifikation	DD376		1	1
Hernia diaphragmatica u ileus eller gangræn	DK449	1		1
Galdesten	DK80		3	3
Cholecystolithiasis med cholecystitis acuta	DK800	11	16	27
Cholecystolithiasis med cholecystitis chronica	DK801	6	34	40
Cholecystolithiasis uden cholecystitis	DK802	26	230	256
Cholelithiasis m cholangit	DK803		1	1
Cholelithiasis med cholecystit (med cholangit)	DK804	1	7	8
Cholelithiasis u cholangit eller cholecystit	DK805	5	28	33
Galdesten, anden form	DK808	1	1	2
Cholecystitis acuta	DK810	9	13	22
Cholecystitis chronica	DK811		3	3
Cholecystit uden specifikation	DK819	1	3	3
Sygdom i galdeblære, anden	DK822		1	1
Sygdom i galdeveje, andre specificerede	DK838		1	1
Pancreatitis acuta	DK859		1	1
Cystis pancreatis	DK862	1		1
Efterbehandling m plastikkirurgi på bryst	DZ421		1	1
I alt		62	344	405

Tabel 2. Komplikationer til kikkertkirurgi ved fjernelse af galdesten

KOMPLIKATION TIL CHOLECYSTOLITHIASIS UDEN CHOLECYSTITIS	Koder	I alt
Haematoma et haemorrhgia profunda in vulneris operationis	DT810B	18
Punktur eller læsion af ventrikel og duodenum	DT812G02	8
Punktur eller læsion af tyndtarm og oment	DT812G03	10
Punktur eller læsion af tyktarm	DT812G04	2
Punktur eller læsion af galdeveje	DT812G10	115
Punktur eller læsion af galdeblæren	DT812G11	2
Svigt af clips eller ligatur	DT813G50	4
Postoperativ overfladisk sårinfektion	DT814G	2
Postoperativ dyb sårinfektion	DT814H	8
Instrument eller instrumentdel efterladt uden hensigt	DT815B	2
Galdesten efterladt i såret	DT815E	4
Tandskader efter intubation eller laryxmaske	DT884A	8
Manglende tilfredshed med en iøvrigt korrekt behandling	DX010	19
Utilstrækkelig eller forkert operation eller behandling	DX020	3
Hovedtotal		230

De komplikationer, der optræder i de 230 anmeldelser i tilknytning til laparoskopisk fjernelse af galdeblæren ved galdesten (fremhævet ovf. i tabel 1), fremgår af tabellen ovenfor (tabel 2).

Som det fremgår, vedrører 115 og dermed langt de fleste anmeldelser altså komplikationer i form af læsioner af galdegangene i tilknytning til laparoskopisk fjernelse af galdeblæren.

Tabel 3. Behandling efter punktur eller læsion af galdeveje

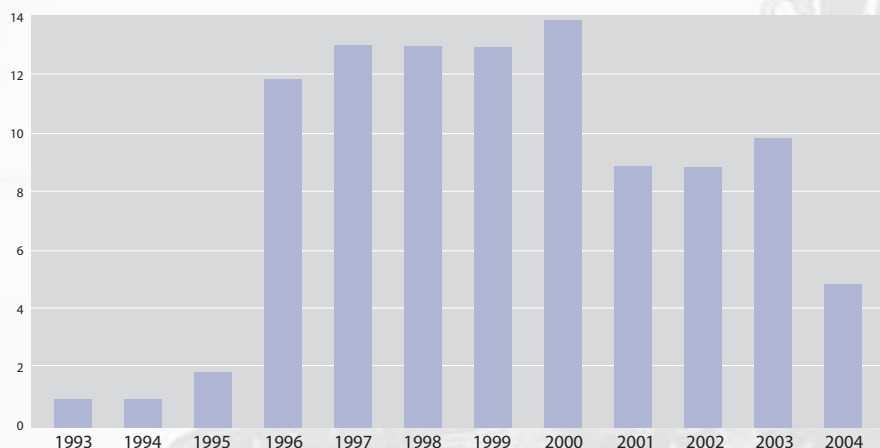
BEHANDLING AF PUNKTUR ELLER LÆSION AF GALDEVEJE	Koder	I alt
Laparotomia explorativa	KJAH00	2
Laparotomi og drænage af bughule	KJAK00	4
Op. på bugvæg, peritoneum, mesenterium eller oment, anden	KJAW96	1
Resectio segmentum hepatis (ét segment)	KJJB20	1
Hepatectomia dextra	KJJB50	1
Cholangiorrafia	KJKB40	7
Operation på galdegang, anden	KJKB96	1
Resektion og anastomose af galdegang	KJKC10	1
Resektion af galdegang med cholangiojejunostomi	KJKC30	2
Resektion af h�/ve ductus hepaticus m anastomose til jejunu	KJKC40	1
Cholangiojejunostomia	KJKD20	4
Hepaticojejunostomia extrahepatica	KJKD30	28
Hepaticojejunostomia intrahepatica	KJKD40	1
Papillotomia transduodenale endoscopica	KJKE02	1
Dr�nage af galdegang, endoskopisk intern	KJKE18	9
Fjernelse af fremmedlegeme i galdegang, endoskopisk	KJKE22	5
Dr�nage af galdegang, endoskopisk ekstern	KJKE25	1
Operation p� galdeveje, anden sekund�r	KJKF96	3
Operation p� galdeveje, anden	KJKW96	3
Reoperation for dyb infektion efter gastroenterologisk op.	KJWC00	2
Reop. for sut/anast.insuff efter gastroenterologisk op.	KJWF00	2
Reoperation efter gastroenterologisk operation, anden	KJWW96	2
Sphincterotomia interna, endoscopica transluminalis	KKDV15	1
ERCP	KUJK02	1
Ikke oplyst		31
Hovedtotal		115

Af tabel 3 fremgår de behandlinger, som de 115 komplikationer gav anledning til.

Ud over at skelne mellem de behandlin-

ger, som de 115 anmeldelser vedrørende galdegangslæsioner gav anledning til, s  kan man også se på, hvornår de skadevoldende behandlinger fandt sted:

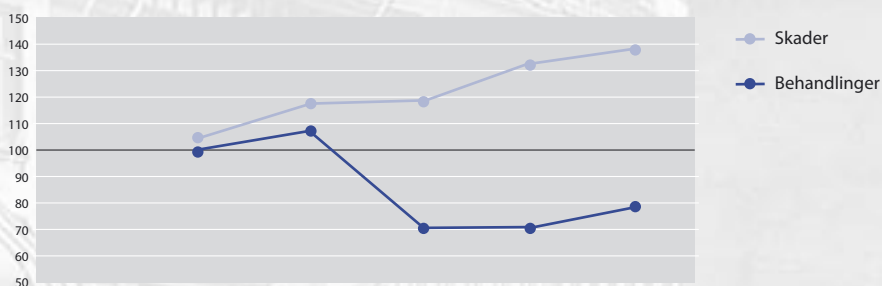
Figur 1. Skadeår for 115 komplikationer i form af galdegangslæsion ved laparoskopi



Som det fremgår, er antallet af anmeldte komplikationer som følge af laparoskopisk fjernelse af galdeblæren efter galdesten ikke steget siden 1996 og faldet markant fra 2001 til trods for, at antallet

af indgreb med laparoskopi er steget. Sammenligner man antallet af anmeldte komplikationer med antallet af laparoskopiske fjernelser af galdeblæren, fås følgende figur:

Figur 2. Udviklingen i antal anmeldte skader i forhold til antal operationer (1998 - 2003)



Som det fremgår, er antallet af anmeldte skader faldet markant i forhold til antallet af operationer.

Af tabel 4 kan det ses, efter hvilke regler galdegangslæsionerne er afgjort. Som det fremgår, kunne 52 af disse komplikationer være undgået ved en bedre behandling end den, der rent faktisk fandt sted. (Det understreges, at der ikke hermed er taget stilling til, om der er begået fejl i behandlingen).

Tabel 4. Efter hvilke regler er skaderne anerkendt?

AFGØRELSE	I ALT
Suboptimal behandling	52
Alternativ metode	10
Skaden relativ alvorlig og sjælden	40
Skaden ej omfattet	13
Hovedtotal	115

40 anmeldelser er anerkendt, selvom skaden var uundgåelig.

Uanset hvilke årsager disse komplikationer har, så er det kendetegnende, at følgerne kan være meget alvorlige.

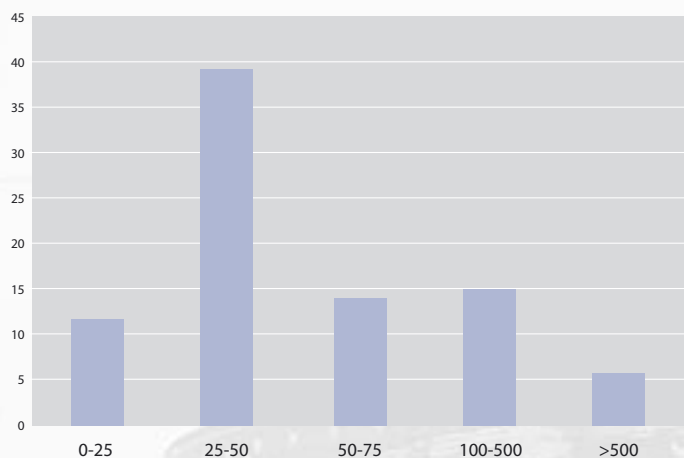
Som det fremgår af tabellen nedenfor, er der anmeldt 5 tilfælde, hvor døden er anset for en følge af komplikationen. Der er hermed tale om en meget høj mortalitetsfrekvens i tilfælde af komplikationer til fjernelse af galdeblæren. Dødsfald er dog ikke registreret i Patientforsikringen siden 2001, og øvrige dødsfald er indtruffet i 1995, 1996 og 1998.

Tabel 5. Følgerne af galdegangslæsioner i tilknytning til laparoskopi

MEN	TOTAL
0	6
5	23
8	33
10	15
12-30	11
40	1
død	5
Ej opgjort	8
Hovedtotal	102

Ud over dødsfaldene er det varige mén i de fleste tilfælde ikke ubetydeligt, hvilket tilsvarende kan aflæses i de økonomiske omkostninger, der er forbundet med komplikationerne.

Figur 3. Erstatningsbeløbenes størrelse i sager vedrørende galdegangslæsioner i t.kr.



De samlede udbetalinger i de 102 sager udgør godt 14,3 mio. kr. Den største enkeltudbetaling udgør godt 2,8 mio. kr.

Den gennemsnitlige erstatning i tilfælde af læsion af galdegangene har således i perioden udgjort ca. 140.000 kr.

6. Patientforsikringens virksomhed

6.1. Patientforsikringens medlemmer 2004

Ifølge Patientforsikringens vedtægter udpeges 1 bestyrelsesmedlem af indenrigs- og sundhedsministeren. De øvrige 6 bestyrelsesmedlemmer udpeges af forsikringsgiverne og de selvforsikrende myndigheder i forhold til andelen af det forventede antal årlige anmeldelser efter lov om patientforsikring.

Da der i 2004 ikke blev tegnet nogen patientforsikringer, kunne der i 2004 ikke udpeges repræsentanter for forsikrings-selskaberne til Patientforsikringens bestyrelse.

Dermed skulle amterne og Hovedstadens Sygehusfællesskab (HS) for første gang i fællesskab udpege samtlige medlemmer til Patientforsikringens bestyrelse, naturligvis bortset fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets medlem.

Amterne overlod det herefter til Amtsrådsforeningen at indgå aftale med HS om fordelingen mellem amterne og HS og at udpege repræsentanter for amterne. Herefter aftaltes det, at HS udpegede 1 medlem til bestyrelsen, mens Amtsrådsforeningen på vegne af amterne udpegede de øvrige 5 medlemmer.

Amtsrådsforeningen og HS aftalte endvidere, at man, såfremt der ikke blev tegnet patientforsikringer i 2005, ville lade den

udpegede bestyrelse for 2004 fortsætte uændret indtil efter kommunalvalget i 2005.

Aftalen blev etableret for at sikre den fornødne kontinuitet i bestyrelsesarbejdet.

6.2. Patientforsikringens bestyrelse i 2004

Til Patientforsikringens bestyrelse var i 2004 udpeget følgende:

Udpeget af Hovedstadens Sygehusfællesskab

- Næstformand i HS, direktør Margit Ørsted

Udpeget af selvforsikrende myndigheder

- Viceamtsborgmester Poul Erik Svendsen, Fyns Amt
- Formand for sundhedsudvalget Hjørdis Høegh-Andersen, Storstrøms Amt
- Formand for sundhedsudvalget Carl Johan Rasmussen, Århus Amt
- Formand for sundhedsudvalget Jacob Halgaard, Vestsjællands Amt
- Amtsborgmester Bent Hansen, Viborg Amt

Udpeget af Indenrigs- og Sundhedsministeriet

- Fuldmægtig Dorte Knudsen

Poul-Erik Svendsen, Fyns Amt, valgtes som formand og Hjørdis Høegh-Andersen, Storstrøms Amt, valgtes som næstformand.

Der har i 2004 været afholdt fire bestyrelsesmøder. På møderne har bestyrelsen taget stilling til Patientforsikringens budgetter, regnskaber og personalenormering mv. samt drøftet en lang række administrative spørgsmål, herunder sagsbehandlingstid samt generelle og principielle spørgsmål vedrørende patientforsikringslovens administration. Herudover har sekretariatet orienteret bestyrelsen om 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. 1. juni 2005

Nedenstående oversigt viser Patientforsikringens medarbejdere pr. 1. juni 2005

Direktion

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

Stabsfunktion

- Helle Odér, direktionssekretær
- Jenny Gadebirk, receptionist
- Lone A. Sand, receptionist
- Margaret Nielsen, servicemedarbejder
- Natalie Henning, web-koordinator
- Svend Rubæk, servicemedarbejder
- Thomas H. Brix, IT-koordinator
- Tina Gadebirk, servicemedarbejder
- Torben Fogh, kok
- Ulla Anderson, lægesekretær

Enhed 1

- Ann-Birgitte H. Gregersen, vicekontorchef
- Anne L. Ejstrup, fuldmægtig, cand.jur.
- Liv Dyrhauge Klargaard, fuldmægtig, cand.jur.
- Nina Barfred, fuldmægtig, cand.jur.
- Pia Boje, fuldmægtig, cand.jur.
- Rehman Butt, fuldmægtig, cand.jur.
- Jeanette Viese, assistent
- Susanne Ricks, overassistent
- Michael R. Krogsgaard, overlæge, dr.med. (ortopædkirurgi)
- Ole Hart Hansen, overlæge, dr.med., (kir. gastroenterologi og kirurgi)

Enhed 2

- Erik Asp Poulsen, vicekontorchef
- Anne Helene Rasmussen, fuldmægtig, cand.jur.
- Camilla Kirk, fuldmægtig, cand.jur.
- Jane H. Ankerstjerne, fuldmægtig, cand.jur.
- Jens Møller Tobberup, fuldmægtig, cand.jur.
- Peter Storm Kristensen, fuldmægtig, cand.jur.
- Betina Andersen, assistent
- Jytte Johansen, overassistent
- Anders Holm-Nielsen, overlæge, (urologi)
- Klaus Hindsø, afdelingslæge, phd. (ortopædkirurgi)
- Lars Ib Andersen, overlæge, dr.med. (thoraxkirurgi)
- Steen Mejdahl, overlæge (ortopædkirurgi)

Enhed 3

- Peter Jakobsen, vicekontorchef
- Christina Scavenius Borg, fuldmægtig, cand.jur.
- Jens Odgaard, fuldmægtig, cand.jur.
- Joachim Faber-Rod, fuldmægtig, cand.jur.
- Kasper Gersmann, fuldmægtig, cand.jur.
- Tina Halvorsen, fuldmægtig, cand.jur.
- Tina Rømer Olsen, assistent
- Tine Due Karskov, assistent

- Lars Bo Ebskov, overlæge (ortopædkirurgi)
- Marianne Juhler, overlæge, dr.med. (neurokirurgi)
- Ole Hamberg, adm. overlæge, dr.med. (medicin)
- Per Hildebrandt, klinikchef, dr.med. (medicin)

Enhed 4

- Niels Hjortnæs, vicekontorchef
- Anette A. Mathiesen, fuldmægtig, cand.jur.
- Anne-Louise Wedell-Wedellsborg, fuldmægtig, cand.jur.
- Jakob Fink, fuldmægtig, cand.jur.
- Thomas Enna Larsen, fuldmægtig, cand.jur.
- Maria Bienkowski, fuldmægtig
- Susanne Bech, assistent
- Trine Preisler Clausen, assistent
- Allan Ibsen Sørensen, overlæge (ortopædkirurgi)
- Benny Andreasson, overlæge, dr.med. (gynækologi)
- Johannes E. Bock, professor, dr.med. (gyn. og obstetrik)
- Michel E.H. Boeckstyns, overlæge, dr.med., (ortopædkirurgi)
- Morten Hedegaard, klinikchef (obstetrik)

Enhed 5

- Hans-Jørgen Dam, vicekontorchef
- Birgitte Bidstrup, fuldmægtig, cand.jur.
- Camilla Bang Lilleør, fuldmægtig, cand.jur.
- Mette Heurlin, fuldmægtig, cand.jur.
- Susanne Gade Clausen, fuldmægtig, cand.jur.
- Søren Kroer, fuldmægtig, cand.jur.
- Bettina Lund, overassistent
- Gitte Stenderup, assistent

- Flemming Gjerris, professor, dr.med., (neurokirurgi)
- Poul Bretlau, professor, dr.med., (øre-næse-hals)
- Søren Solgaard, overlæge, dr.med., (ortopædkirurgi)
- Henrik Schmidt, overlæge, dr.med., (anæstesiologi)
- Vibeke Henning, overlæge, dr.med., (oftalmologi)

Enhed 6

- Helle Brammer, vicekontorchef
- Lasse Svejstrup, fuldmægtig, cand.jur.
- Mia Møllerup, fuldmægtig, cand.jur.
- Michael H. Steenberg, fuldmægtig, cand.jur.
- Trine Nørgaard Dittmer, fuldmægtig, cand.jur.
- Ulla Juhl Singh, fuldmægtig, cand.jur.
- Janne Lund Enequist, assistent
- Dorthe Leth Vaslev, assistent

- Christian Meisler, praktiserende læge
- Michael Rud Lassen, overlæge, (ortopædkirurgi)
- Peter Rørdam, overlæge, (karkirurgi)
- Svend Schulze, adm. overlæge, dr. med., (kir.gastroenterologi og kirurgi)

Interne lægekonsulenter

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

Øvrige konsulenter

- Leif Kledal, tandlæge

Barselsorlov

- Anne-Louise Zartow, fuldmægtig, cand.jur.
- Birgitte Frost, fuldmægtig, cand.jur.
- Dorte Muusmann, IT-koordinator
- Inger Tranberg Blomberg, fuldmægtig, cand.jur.
- Kristina Askjær, juridisk konsulent
- Stina Lind, fuldmægtig, cand.jur.

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 forsikringsager.

Pr. 1. juni 2005 var der 24 lægekonsulenter tilknyttet Patientforsikringen.

Herudover har Patientforsikringen tilknyttet 1 tandlægekonsulent, tandlæge Leif Kledal.

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

6.4. Administrationsaftaler

Patientforsikringens økonomifunktion, dvs. betalings-, bogholderi- og regnskabsfunktion, har i 2004 været varetaget af Deloitte.

Patientforsikringens lønadministration har i 2004 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

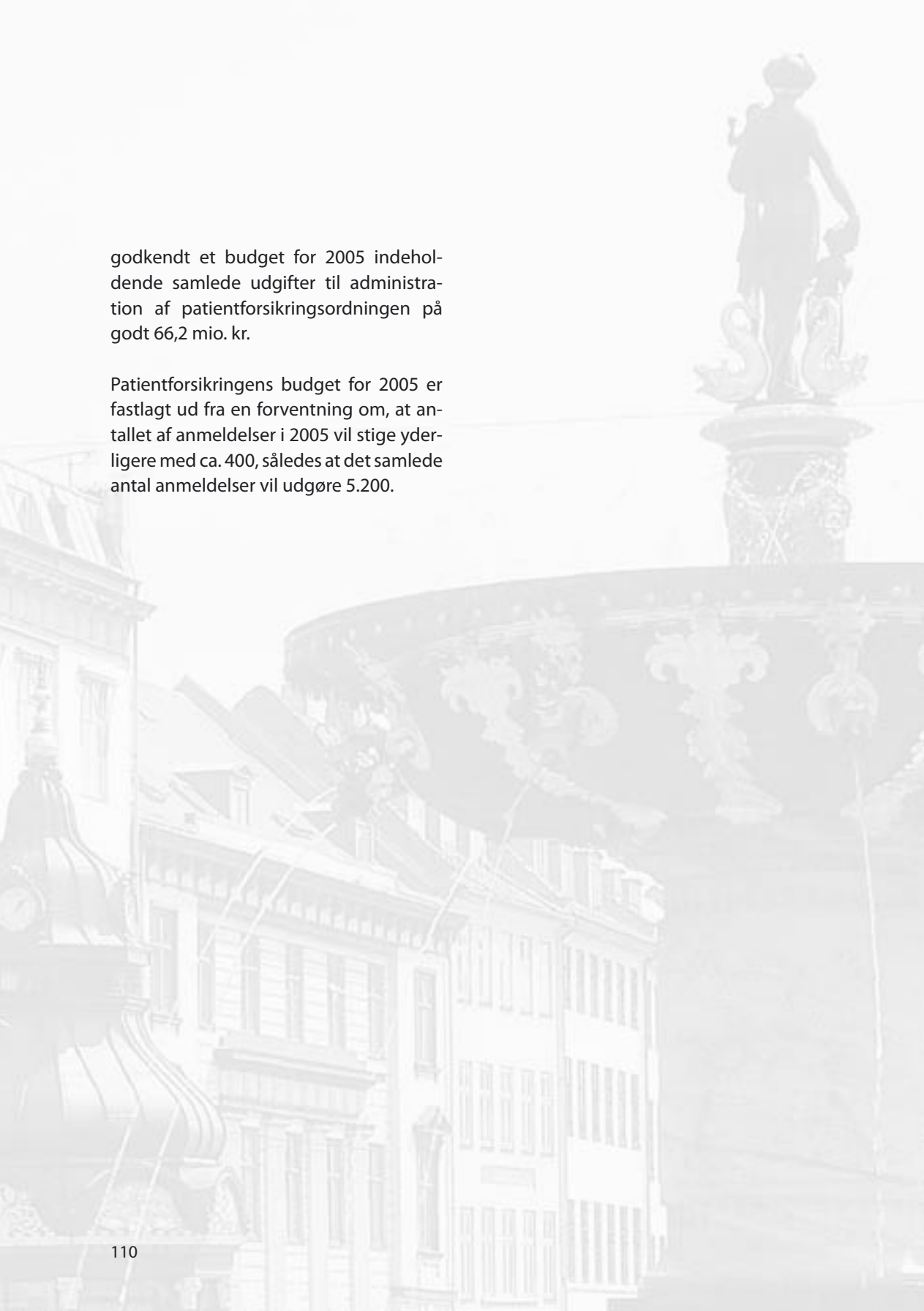
Patientforsikringens virksomhed finansieres ifølge PFL § 12, stk. 2, af forsikringselskaber, der tegner forsikring efter loven og selvforsikrende myndigheder.

Den nærmere fordeling af driftsudgifterne er fastlagt i Patientforsikringens vedtægter § 11. Heraf fremgår, at "udgifter til foreningens drift og administration samt udgifter, der i øvrigt pålægges foreningen efter lov om patientforsikring, afholdes af hver enkelt af forsikringsgiverne og de enkelte selvforsikrende myndigheder i forhold til deres respektive andele af anmeldelser efter loven. Bestyrelsen kan fastsætte et mindstebidrag for dækning af de i 1. pkt. nævnte udgifter.

Patientforsikringens budget for 2004 blev godkendt på bestyrelsesmødet i september 2003 og indeholdt budgetterede udgifter på 53.385.185 kr. De samlede udgifter til patientforsikringsordningens (Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet) administration blev i 2003 ifølge regnskabet på i alt 57.374.947 kr. De samlede indtægter blev på 55.122.469 kr. Differencen på 2.252.478 kr. vil blive opkrævet ved beregning af det endelige administrationsbidrag. Patientforsikringens udgifter til driften af Patientskadeankenævnet udgjorde 16.766.986 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 2004 knapt 2,5 mio. kr.

Patientforsikringens bestyrelse har i 2004



godkendt et budget for 2005 indeholdende samlede udgifter til administration af patientforsikringsordningen på godt 66,2 mio. kr.

Patientforsikringens budget for 2005 er fastlagt ud fra en forventning om, at antallet af anmeldelser i 2005 vil stige yderligere med ca. 400, således at det samlede antal anmeldelser vil udgøre 5.200.

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.

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

Talmaterialet bygger på alle lægemiddelsager fra lovens ikrafttræden den 1. januar 1996 til 31. december 2004.

7.4.1. Udviklingen i antallet af anmeldelser

I 2004 modtog Patientforsikringen 220 anmeldelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader, hvilket er 38 flere end i 2003.

Siden lovens ikrafttræden den 1. januar 1996 er der i alt anmeldt 991 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 lov om patientforsikring. På baggrund af årsagen til skaden vurderer Patientforsikringen, om sagen bliver registreret endeligt som en

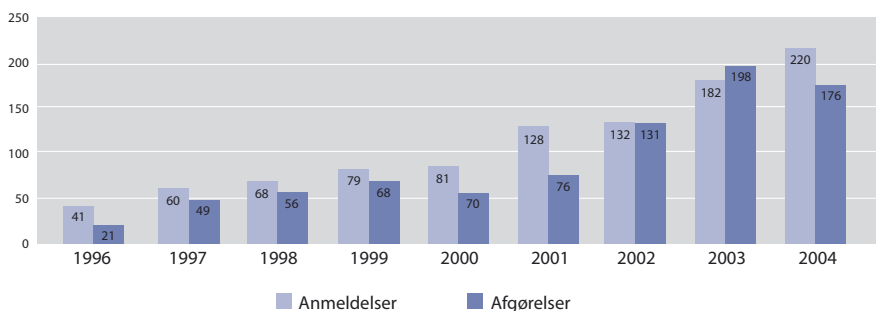
lægemiddelskade eller som en behandlingsskade.

Patientforsikringen har pr. 31. december 2004 afgjort 845 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.

Som det ses, lå sagsantallet i de første år ret stabilt under 100 anmeldelser om året. Dette ændrede sig i 2001, hvor der skete en væsentlig stigning i sagsantallet. Denne stigning er fortsat i de følgende år. På baggrund af erfaringerne fra patientforsikringsloven må det forventes, at antallet af anmeldelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader vil stige yderligere i de kommende år.

Figur 7.1 Udviklingen i antal modtagne anmeldelser og trufne afgørelser i perioden 1996-2004



7.4.2. Antallet af afgørelser og deres udfald

Af figur 7.1 fremgår det, at Patientforsikringen i 2004 traf 176 afgørelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader mod 198 året før.

Patientforsikringen har i perioden fra 1. januar 1996 til 31. december 2004 anerkendt 249 sager som erstatningsberettigende. Det fremgår af figur 7.1, at Patientforsikringen har truffet 845

afgørelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader i perioden. Af det samlede antal afgjorte sager er 29,46 % således anerkendt som erstatningsberettigende lægemiddelskader.

Som det ses af figur 7.2, er hovedårsagerne til afvisning, at der enten ikke er tale om en fysisk skade som følge af lægemidlet, eller at skaden ikke er tilstrækkelig alvorlig i forhold til patientens grundsygdom.

Figur 7.2 Afgørelsestyperne efter lov om erstatning for lægemiddelskader

	1996-2003	1996-2003	2004	2004
AFGØRELSESTYPER	Antal	%	Antal	%
Anerkendelser	195	29,15	54	30,68
Før lovens ikrafttræden	61	9,12	2	1,14
Ikke fysisk skade	150	22,42	51	28,98
Ikke lægemiddel	2	0,30	2	1,14
Manglende effekt	1	0,15	-	-
Fejl eller forsømmelse	10	1,49	-	-
Ikke tilstrækkelig alvorlig skade	161	24,07	52	29,55
Forsøg (§ 1, stk. 2)	-	-	-	-
Ikke årsagssammenhæng	40	5,97	3	1,70
< 3.000	8	1,19	4	2,27
Diverse	41	6,12	8	4,55
I ALT	669	100,0	176	100,0

Figur 7.3 Tilkendt erstatning* i kr. fordelt efter udbetalingsår i perioden fra 1. januar 1996 til den 31. december 2004

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	I alt
0	91.105	1.348.845	620.575	4.650.167	4.245.651	10.983.520	17.021.917	14.520.115	53.481.895

*ekskl. renter

7.4.3. Tilkendte erstatningsbeløb

De samlede udbetalinger (ekskl. renter) efter lov om erstatning for lægemiddelskader siden 1. januar 1996 udgjorde ved udgangen af 2004 ca. 53,5 mio. kr.

Som det fremgår af figur 7.3, blev der i 2004 tilkendt ca. 2,5 mio. kr mindre i erstatning end i 2003. Dette skal ses i lyset af, at antallet af afgjorte sager var mindre i 2004 end i 2003.

7.4.4. Sagsbehandlingstiden

I 2004 skete der et markant fald i sagsbehandlingstiden, dvs. tiden fra anmeldelse til afgørelse, i forhold til året før. Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid for sager afgjort i 2004 var på 204 dage, mod 247 dage 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 donorer, hvoraf der udtages væv og andet biologisk materiale. 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 salgssted 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 al-

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

7.5.3. Eksempler på afgørelser efter lov om erstatning for lægemiddelskader

I det følgende vil der blive gennemgået eksempler på Patientforsikringens afgørelser vedrørende forskellige lægemidler.

1. Dobbeltsidig achillesseneruptur efter behandling med Ciproxin

En 60-årig kvinde kom i behandling med Ciproxin på grund af blærebetændelse. Kort tid efter at behandlingen var påbegyndt, mærkede hun en strammende fornemmelse i begge lægmuskulaturer.

Det viste sig, at der var tale om en dobbeltsidig achillesseneruptur. Hun blev herefter henvist til et sygehus, hvor hun fik anlagt en spidsfodsgips, som hun skulle gå med i 4 uger og derefter en gåbandage i yderligere 2 uger.

Et par måneder efter, at gipsen var blevet fjernet, mærkede hun et smæld i læggen på grund af en ny ruptur. Hun blev herefter indlagt igen – denne gang med henblik på sammensyning af senen.

Skaden i form af dobbeltsidig achillesseneruptur blev anerkendt som en læge-

middelskade efter LMSL § 6, da skaden langt oversteg, hvad man bør acceptere i forbindelse med behandling for blærebetændelse. Der var tale om en kendt, men alvorlig bivirkning til Ciproxin-behandling (04-1202).

2. Behandling med Cordarone på grund af atrieflimren medførte betændelse i lungerne og nedsat lungefunktion

En 67-årig mand kom i behandling med Cordarone på grund af forværring af atrieflimren. En måneds tid efter påbegyndt behandling begyndte han at få åndenød og hostetendens. Det blev derfor besluttet at foretage røntgen af brystet, men denne undersøgelse afslørede ingen ansamlinger.

Et års tid senere blev han indlagt med kulderystninger og feber. Der blev igen taget røntgen af brystet, som denne gang viste, at der var tale om lungebetændelse. Han kom herefter i behandling i et par måneder, hvorefter han fik det bedre.

I forbindelse med behandling af sagen indhentede Patientforsikringen en speciallægeerklæring, som viste, at patienten havde fået nedsat lungefunktion, svarende til en méngrad på 40 %.

Skaden i form af betændelse i lungealveolerne og deraf følgende nedsat lungefunktion blev anerkendt som en lægemiddelskade forårsaget af den me-

dicinske behandling med Cordarone. Der blev ved vurderingen heraf lagt vægt på, at der var tale om en kendt, men sjælden og alvorlig bivirkning i forbindelse med Cordarone-behandling, og skaden oversteg, hvad patienten burde tåle i forbindelse med behandlingen af hans atrieflimren (03-2884).

3. Behandling med epilepsipræparatet Valproat medførte skaldethed

En 29-årig kvinde, der i en årrække havde lidt af epilepsi, og i den forbindelse været i behandling med forskellige præparater, kom i behandling med Valproat. Hun havde tidligere været i behandling med dette præparat med god effekt.

Kort tid efter opstart af behandlingen fik hun hårtab, som efterhånden endte med, at hun blev helt skaldet.

Patientforsikringen vurderede, at skaden i form af skaldethed ikke var tilstrækkelig alvorlig set i forhold til, at hun var under behandling for en meget vanskelig behandlelig epilepsi. Skaden kunne derfor ikke anerkendes efter LMSL § 6 (04-1211).

4. Behandling med Cervagem medførte ruptur af livmoder.

En 31-årig gravid kvinde blev indlagt på et sygehus med henblik på abort, da hun i længere tid havde haft vandafgang. I forbindelse med indgrebet blev

der anvendt præparatet Cytotec, hvilket imidlertid ikke havde nogen effekt. Herefter gik man over til Cervagem. Denne behandling havde heller ikke nogen effekt, hvorfor der blev foretaget kirurgisk indgreb få dage efter.

Under indgrebet konstaterede man, at hendes livmoder var bristet, svarende til den gamle cikatrice fra et tidligere et kejsersnit. Livmoderen blev herefter – med meget besvær – sutureret igen. Skaden medførte, at hun ikke kunne gennemføre en ny graviditet.

Ruptur af livmoderen er en kendt, men sjældent bivirkning til behandling med Cervagem. Det var Patientforsikringens vurdering, at denne skade oversteg, hvad patienten burde acceptere i forbindelse med foretagelse af en abort, hvorfor skaden blev anerkendt efter LMSL § 6 (04-0525).

7.6. Særlige problemstillinger

7.6.1. Skader ved brug af lægemidlet Seroxat, der anvendes ved depression og panikangst

I 2003 og 2004 modtog Patientforsikringen 30 anmeldelser vedrørende det antidepressive lægemiddel Seroxat. Patienterne klagede over, at de oplevede så mange gener ved ophør med brugen af Seroxat, at de reelt ikke kunne komme ud af behandlingen.

Patientforsikringen fandt i alle sagerne, at patienterne ikke var berettiget til erstatning efter lov om erstatning for lægemiddelskader. Der blev til brug for afgørelserne indhentet oplysninger fra Lægemiddelstyrelsen.

Patientforsikringen lagde ved afgørelserne vægt på, at langt de fleste former for antidepressiv medicin – og især SSRI-præparater som Seroxat – kan give anledning til såvel fysiske som psykiske bivirkninger ved ophør med behandlingen, såkaldte seponeringssymptomer. Det er lægeligt vurderet, at patienten skal have været i behandling med et SSRI-præparat i mindst 5 uger, før seponeringssymptomer vil forekomme. Lang varighed af behandlingen og høj dosis heraf vil øge risiciene for symptomernes opståen, når udtrapning foretages. Bivirkningerne opstår oftest 3-4 dage efter seponering med en varighed fra få dage til flere uger. Der foreligger ikke dokumentation for, at bivirkningerne skulle kunne udvikle sig til varige gener, og der er ikke tale om egentlig afhængighed af stoffet.

Ophør med behandlingen med SSRI-præparater kan altså være kendetegnet ved en periode med f.eks. rysteture, kvalme, uro og svimmelhed. Bivirkningerne er velkendte og kan mindskes eller helt undgås ved langsom udtrapning af medicinen. Det anbefales derfor, at udtrapningen sker på baggrund af lægelig anbefaling og under lægelig rådgivning.

Behandlingen med Seroxat foretages i forbindelse med en alvorlig psykisk sygdom, og de fysiske seponeringssymptomer skal således være tilsvarende alvorlige, hvis bivirkningerne skal kunne anerkendes efter § 6 i lov om erstatning for lægemiddelskader.

Patientforsikringen fandt på baggrund af ovenstående, at de seponeringssymptomer, som patienterne generelt oplevede, var en almindelig og velkendt bivirkning ved hurtig udtrapning af Seroxat, og at symptomerne ikke oversteg, hvad man som patient må tåle i forbindelse med behandling for en alvorlig depression eller angsttilstand.

Patientforsikringen fandt endvidere, at en del af patienternes gener kunne være undgået, hvis udtrapningen var foregået langsommere og under lægelig rådgivning.

Endeligt bemærkede Patientforsikringen i afgørelserne, at det ved udtrapningen af behandling med Seroxat kan være svært at skelne mellem tilbagekomst af den behandlede psykiske sygdom og egentlige seponeringssymptomer. Tilbagekomst af den psykiske sygdom er ikke en skade i lægemiddelskadelovens forstand, men derimod en direkte følge af grundsygdommen.

Patientforsikringen har i februar 2005 modtaget to afgørelser fra Lægemiddelskadeankenævnet, der tiltræder Patientforsikringens afgørelser.

7.6.2. Skader ved brug af bedøvelsesmidlerne Septocaine og Septanest

Patientforsikringen har fra slutningen af 2003 modtaget en række sager vedrørende lægemidlerne Septocaine og Septanest fra Dansk Tandlægeforenings Patientskadeforsikring. Lægemidlerne anvendes ved lokalbedøvelse hos privatpraktiserende tandlæger.

I Tandlægeforeningen havde man observeret et stigende antal skader efter anvendelse af bedøvelsesmidler med indholdsstoffet 4 % articain (Septocaine eller Septanest). Skaderne bestod i en toksisk nervepåvirkning og mærkedes hovedsageligt som en følelse af fortsættelse af bedøvelsesvirkningen. Af ukendte årsager påvirkedes oftest nerven til de forreste to tredjedele af tungen, men der var ligeledes registreret påvirkning af andre nervegrene uden direkte relation til indstiksstedet.

Nerveskade efter anvendelse af bedøvelsesmidlerne Septocaine eller Septanest udviste således et afvigende mønster i forhold til mekaniske kanylælæsioner. Der opstod derfor mistanke om, at skaderne kunne være forårsaget af egenskaber ved lægemidlerne og ikke ved selve indstikket. Dette dannede baggrund for oversendelsen af sagerne til Patientforsikringen.

Patientforsikringen konsulterede bl.a. Lægemiddelstyrelsen, relevante tandlæ-

gefaglige tidsskrifter og tidligere offentliggjorte, udenlandske undersøgelser. Patientforsikringen fandt på baggrund af det indhentede materiale, at det måtte anses for overvejende sandsynligt, at de anmeldte nerveskader var opstået som følge af egenskaber ved lægemidlerne.

Patientforsikringen har pr. 1. marts 2005 modtaget 24 anmeldelser vedrørende skader efter behandling med Septanest eller Septocaine. Patientforsikringen modtager fortsat sager. Den overvejende del af sagerne må forventes anerkendt efter lov om erstatning for lægemiddel-skader.

7.6.3. 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.

Ansvar efter produktansvarsloven påhviler producenter, importører og mellemhandlere.

Det følger af LMSL § 16, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet indtræder i patientens 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 var 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).

Det fremgår af Patientforsikringens årsberetning 2003 side 123, at der verserer en produktansvarssag vedrørende slankekemidlet Isomeride ved Østre Landsret.

Der er fortsat ikke afsagt dom i sagen. Sagerne om slankemidlet Letigen er fortsat under vurdering hos Kammeradvokaten.

I sagerne vedrørende bedøvelsesmidlerne Septocaine og Septanest, jf. afsnit 7.6.2, kunne det efter Patientforsikringens opfattelse ikke udelukkes, at der forelå et produktansvar, da de neurotoksiske bivirkninger hverken var omtalt i præparaternes produktresuméer eller i Lægemiddelkataloget. Sagerne er nu under 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 developmental

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, 4.908 notices of claim were filed with the Danish Patient Insurance Association in 2004, i.e. almost twenty 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, par-

ticularly 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 (*optimus 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 ma-

terial 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 crumbled 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 weigh-

ing, 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 inju-

ries 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 endurability 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 there-

fore 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 4.908 notices of claim in 2004.

In 2004, the Patient Insurance made 4.038 decisions in accordance with the Danish Patient Insurance Act, and 1.741 patients, equivalent to 43,1 %, were found entitled to damages.

Figure 1 Notices of claim in the years 1992 to 2004

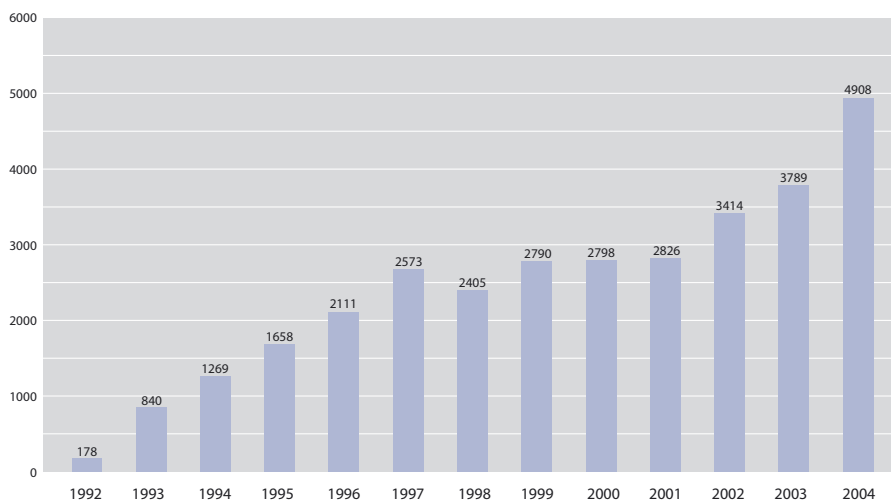


Figure 2 Decision types in accordance with the Danish Patient Insurance Act

Decision type	%
§ 2 (1), no. 1 (the specialist standard)	18,3
§ 2 (1), no. 2 (equipment failure)	0,5
§ 2 (1), no. 3 (alternative technique/method)	0,4
§ 2 (1), no. 4 (the reasonability rule)	15,8
§ 3 (2) (accidents)	0,3
§ 4 (1) (donors and subjects)	7,8
Entitled to compensation (total)	43,1
Not entitled	47,3
Outside field and scope	9,6
TOTAL	100,0

The accepted notices of claim in 2004 were distributed on the various provisions for damages as shown in figure 2.

Figure 3 Awarded damages* distributed on year of payment in the period from 1 July 1992 to 31 December 2004

1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total paid 1993-2004
5.7	21.8	65.3	83.5	101.0	114.1	127.8	130.0	205.6	224,4	272,9	343,4	1.695,5

* in millions DKK, excl. interests

As shown in figure 3, payments of damages to patients have also increased constantly from 1 July 1992 to 2004, when damages of approx. DKK 343,4 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. 57,4 million DKK in 2004.

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.

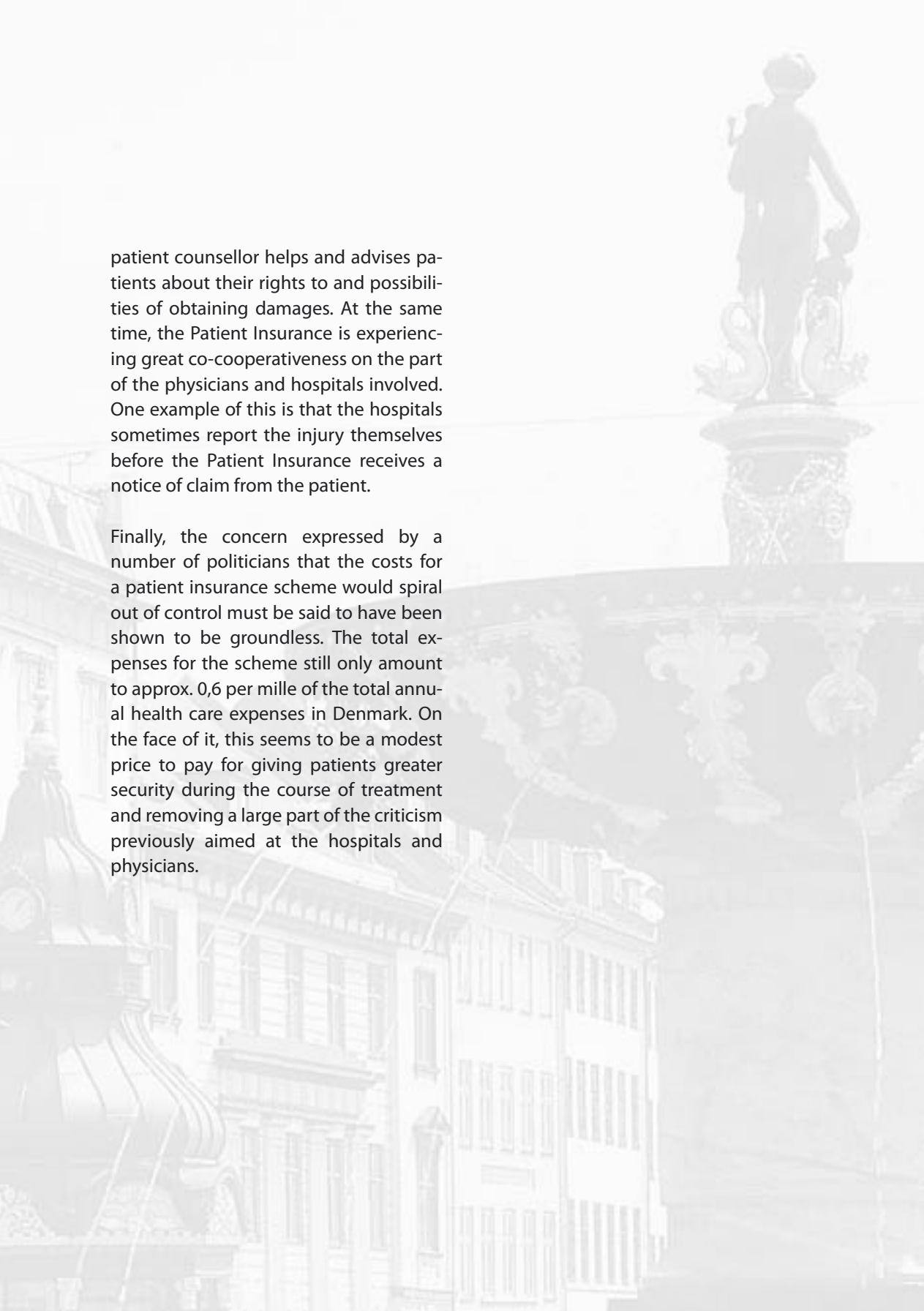
Except for a few very clear-cut cases, such

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. 0,6 per mille of the total annual health care 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 tandlægeskoler,
- 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 mulighederne i øvrigt for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning.

Stk. 2. Sundhedsministeren kan fastsætte regler om, hvilke skader der efter stk. 1 nærmere er omfattet af loven. Ministeren kan 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 tapning 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 efter 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 bopælskommune 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 amtstandplejen 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 behandlingen 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 patientskadeankenævns, 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, Amdsrådsforeningen, 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 Amdsrådsforeningen,
- 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 udpegningssted 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 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 dettes område under sådanne omstændigheder, at sygehuset måtte antages af have pådraget sig erstatningsansvar herfor efter almindelige erstatningsretlige regler.

Præhospitals indsats

§ 3. Ved præhospitals 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 henvist til af sygehusvæsenet efter reglerne i lov om sygehusvæsenet.

Amtstandplejen

§ 5. Amtstandplejen efter lovens § 1, stk. 1, nr. 3, omfatter amtstandplejen, amtsspecialtandplejen og den højt specialiserede rådgivning, udredning og behandling, der varetages af de odontologiske landsdels- og videnscentre efter lov om tandpleje.

Bilag 2

Kommunale sundhedsordninger

§ 6. Kommunale sundhedsordninger efter lovens § 1, stk. 1, nr. 3, omfatter forebyggende sundhedsordninger for børn og unge, hjemmesygeplejerskeordninger, 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.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, den 12. december 2003

LARS LØKKE RASMUSSEN

/ Dorte Knudsen

Bekendtgørelse om vedtægter for Foreningen af Patientforsikringsselskaber (Patientforsikringsforeningen)

I medfør af § 12, stk. 2, i lov om patientforsikring, jf. lovbekendtgørelse nr. 228 af 24. marts 1997, fastsættes:

Foreningens navn, hjemsted og formål

§ 1. Foreningens navn er Foreningen af Patientforsikringsselskaber (Patientforsikringsforeningen). Dens hjemsted er København.

§ 2. Foreningens formål er at administrere den i lov om patientforsikring regulerede patientforsikringsordning. Foreningen skal herunder modtage, oplyse og afgøre alle erstatningssager efter loven, jf. dog stk. 3, samt regler fastsat i medfør af lovens § 1, stk. 5.

Stk. 2. Foreningen skal endvidere hos forsikringsselskaber og selvforsikrende myndigheder foretage opkrævning til dækning af erstatninger, der udbetales i medfør af § 10, stk. 5, i lov om patientforsikring.

Stk. 3. Foreningen kan efter indhentet godkendelse fra indenrigs- og sundhedsministeren bemyndige de enkelte forsikringsselskaber og selvforsikrende myndigheder til selv at oplyse og afgøre nærmere beskrevne sagstyper.

Stk. 4. Foreningen skal afgive de oplysninger til Patientskadeankenævnet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet, som er nødvendige for disse myndigheders varetagelse af opgaver efter loven.

Medlemmer

§ 3. Medlemmer af foreningen er forsikringsselskaber, som har tegnet forsikringer omfattet af lov om patientforsikring, og som har givet Patientforsikringsforeningen underretning herom, jf. dog stk. 2.

Stk. 2. Stk. 1 finder ikke anvendelse på de private institutioner, hvortil indenrigs- og sundhedsministeren i medfør af lovens § 1, stk. 5, helt har henlagt behandlingen af sager efter loven.

§ 4. Medlemmerne er forpligtet af de bestemmelser om forsikringspligtens gennemførelse, der fastsættes af indenrigs- og sundhedsministeren.

§ 5. Et medlem, der ophører med tegning af forsikringer omfattet af lov om patientforsikring, udtræder af foreningen senest ved kalenderårets udgang.

Stk. 2. Intet medlem kan ved udtræden af foreningen unddrage sig de forpligtelser og/eller udgifter, som påhviler det i henhold til lov om patientforsikring og bestemmelser fastsat i medfør heraf.

Bestyrelsens sammensætning og opgaver

§ 6. Foreningen ledes af en bestyrelse, der består af 7 medlemmer.

Stk. 2. 1 medlem udpeges af indenrigs- og sundhedsministeren. De øvrige 6 medlemmer

Bilag 3

udpeges af forsikringsgiverne og de selvforsikrende myndigheder i forhold til andelen af det forventede antal årlige anmeldelser efter lov om patientforsikring, jf. dog stk. 3.

Stk. 3. De selvforsikrende myndigheder har dog uanset stk. 2 altid ret til at udpege mindst 1 medlem til bestyrelsen.

Stk. 4. Medlemmer, der repræsenterer forsikringsgiverne, udpeges i fællesskab af forsikringsgiverne.

Stk. 5. Medlemmer, der repræsenterer selvforsikrende myndigheder, udpeges i fællesskab af de selvforsikrende myndigheder.

Stk. 6. Forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer i henhold til lov om patientforsikring, meddeler inden udgangen af november måned foreningen hvilke institutioner eller sundhedspersoner, der er tegnet forsikringer for, jf. stk. 7.

Stk. 7. Bestyrelsen foretager den i stk. 2 nævnte opgørelse over medlemsfordelingen og giver årligt forsikringsgiverne og selvforsikrende myndigheder meddelelse herom inden udgangen af december måned.

Stk. 8. Fastlæggelsen af det forventede antal årlige anmeldelser, jf. stk. 2, sker på grundlag af det faktiske antal anmeldelser i det foregående år.

Stk. 9. Medlemmer af bestyrelsen udpeges for i år ad gangen. Medlemsperioden følger kalenderåret.

Stk. 10. Der kan udpeges faste suppleanter.

Stk. 11. Den afgående bestyrelse fortsætter sit virke, indtil nye medlemmer er udpeget og den nye bestyrelse er konstitueret.

§ 7. Bestyrelsen fastsætter i overensstemmelse med gældende praksis honorering af medlemmer og formand.

§ 8. Bestyrelsen vælger selv blandt sine medlemmer en formand samt en næstformand, der i formandens fravær træder i dennes sted.

Stk. 2. Bestyrelsen indkaldes til møde, når formanden finder det fornødent, eller når mindst 3 bestyrelsesmedlemmer fremsætter ønske herom. Dagsorden skal angives.

Stk. 3. Der tages referat af bestyrelsens møder.

Stk. 4. Bestyrelsen er beslutningsdygtig, når over halvdelen af bestyrelsesmedlemmerne, herunder formanden eller næstformanden er til stede. Bestyrelsens beslutninger træffes ved almindeligt stemmeflertal. I tilfælde af stemmelighed er formandens stemme afgørende.

§ 9. Bestyrelsen godkender foreningens årsregnskab og foretager valg af revisor.

Stk. 2. Bestyrelsen træffer i øvrigt nærmere bestemmelse om udførelse af sit hverv ved en forretningsorden, der godkendes af indenrigs- og sundhedsministeren.

Foreningens drift, økonomi m.v.

§ 10. Foreningens daglige virksomhed varetages af et sekretariat, der ledes af en af bestyrelsen udpeget person.

§ 11. Udgifter til foreningens drift og administration samt udgifter, der i øvrigt pålægges foreningen efter lov om patientforsikring, afholdes af hver enkelt af forsikringsgiverne og de enkelte selvforsikrende myndigheder i forhold til deres respektive andele af anmeldelser efter loven. Bestyrelsen kan fastsætte et mindstebidrag for dækning af de i 1. pkt. nævnte udgifter.

Stk. 2. Forsikringsgiverne og de selvforsikrende myndigheder hæfter solidarisk for de i stk. 1 nævnte udgifter i henhold til samme fordelingsnøgle.

Stk. 3. Udgifter afholdt af foreningen til de i § 10, stk. 5, nr. 1 og 2, i lov om patientforsikring nævnte puljer, betales af forsikringsgiverne i forhold til de enkelte forsikringsgiveres andele af antallet af anmeldelser fra forsikringspligtige.

Stk. 4. Erstatninger afholdt i henhold til § 10, stk. 5, nr. 3, i lov om patientforsikring, betales af forsikringsgiverne og de selvforsikrende myndigheder i forhold til deres respektive andele af anmeldelser efter loven.

§ 12. Foreningen afgiver en årlig redegørelse til indenrigs- og sundhedsministeren om sin virksomhed.

§ 13. Foreningen tegnes af bestyrelsens formand eller næstformand i forening med et andet bestyrelsesmedlem eller med lederen af foreningens sekretariat.

§ 14. Foreningens regnskabsår er kalenderåret.

§ 15. Foreningens regnskab revideres af en statsautoriseret eller registreret revisor, jf. § 9.

Vedtægtsændringer

§ 16. Foreningens vedtægter kan ændres af indenrigs- og sundhedsministeren efter indhentet udtalelse fra bestyrelsen.

Bilag 3

Ikrafttræden m.v.

§ 17. Bekendtgørelsen træder i kraft den 1. januar 2004.

Stk. 2. Samtidig ophæves bekendtgørelse nr. 31 af 20. januar 1992 om vedtægter for Foreningen af Patientforsikringssekskaber (Patientforsikringsforeningen).

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, den 12. december 2003

LARS LØKKE RASMUSSEN

/ Dorte Knudsen

Bekendtgørelse nr. 1099 af 12. december 2003

Bekendtgørelse om henlæggelse af behandlingen af sager efter lov om patientforsikring til Dansk Tandlægeforenings Patientskedeforsikring 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 Patientskedeforsikring 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 Patientskedeforsikrings afgørelser meddeles vedkommende amtskommune, kommune eller tandlægeskole.

§ 2. Afgørelser truffet af Dansk Tandlægeforenings Patientskedeforsikring kan indbringes for det af Dansk Tandlægeforenings Patientskedeforsikring 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 Patientskedeforsikring kan af amtskommuner, kommuner, tandlægeskoler og andre vedkommende, herunder tandlæger m.v., samt den skadelidte forlange meddelt enhver oplysning, herunder journaloplysninger, som Patientskedeforsikringen skønner er af betydning for behandling af sager efter loven.

Stk. 2. Dansk Tandlægeforenings Patientskedeforsikring 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 4

§ 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

Bilag 5

**Årsrapport
for
2004**

Bilag 5

INDHOLDSFORTEGNELSE:

Side

Bestyrelsens beretning	1
Ledelsens og bestyrelsens underskrifter	5
Revisionspåtegning	6
Anvendt regnskabspraksis	7
Resultatopgørelse for 2004	9
Balance pr. 31. december 2004	10
Noter	11

Bilag 5

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 2004 modtog Patientforsikringen i alt 4.908 nye anmeldelser mod 3.789 i 2003. Der blev i løbet af 2004 truffet 4.104 afgørelser mod 3.877 i 2003. Patientforsikringen tilkendte erstatninger for et samlet beløb på ca. 343 mio. kr. ekskl. renter, hvilket er en stigning på ca. 55 mio. kr. i forhold til 2003. Disse udgifter afholdes af forsikringsselskaber og selvforsikrende myndigheder. Dog udbetales erstatningerne efter lægemiddelskadeloven gennem Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Patientforsikringen har i 2004 haft administrationsomkostninger på kr. 39.223.823, hvortil kommer skatter og afgifter på kr. 1.384.138.

Udgifterne til Patientskadeankenævnets drift udgjorde kr. 16.766.986.

De samlede udgifter til administration af patientforsikringsordningen har således i 2004 udgjort kr. 57.374.947.

Der har i 2003 været samlede indtægter på kr. 55.122.469.

Differencen på kr. 2.252.478 vil blive opkrævet fra erstatningspligtige institutioner på grundlag af en fastsat gennemsnitlig pris pr. anmeldelse.

Patientforsikringens arbejdsopgaver i 2004

I forbindelse med finanslovsaftalen for 2003, blev der i Folketinget indgået aftale om en udvidelse af Patientforsikringslovens dækningsområde. Udvidelsen har betydet, at loven fra 1. januar 2004 blev udvidet til at omfatte den primære sundhedstjeneste, herunder praktiserende sundhedspersoner, speciallæger, private sygehuse og kommunale sundhedsordninger.

Da erstatningspligten for skader i den primære sundhedstjeneste primært påhviler amterne, har der ikke været væsentlige ændringer i kredsen af erstatningspligtige institutioner, men Patientforsikringen har ikke desto mindre fået en væsentlig udvidelse i kredsen af interessenter i ordningen. Som følge heraf har Patientforsikringen i 2004 måttet foretage en række administrative ændringer samt ændringer i eksisterende sagsstyringssystemer.

Antallet af anmeldelser i 2004 er, som det fremgår af indledningen, vokset betydeligt. Dette skyldes kun delvis lovens udvidelse, og må primært tilskrives den betydelige informationsindsats der har fundet sted i forlængelse af lovudvidelsen.

Antallet af anmeldelser fra den primære sundhedstjeneste skønnes at udgøre 10 – 15% af det samlede antal anmeldelser, når udvidelsen har været i kraft i en kortere årrække.

Bestyrelsen

Bilag 5

Da der fra 1. januar 2004 ikke længere er forsikringsselskaber, der tegner patientforsikringer, er bestyrelsen udpeget af amterne og HS i fællesskab.

For at kunne bevare den fornødne kontinuitet i bestyrelsen, blev der i 2004 indgået aftale mellem Amtsrådsforeningen og HS om, at den valgte bestyrelse skulle være udpeget for 2 år, og således forblive uændret indtil efter kommunalvalget i 2005.

Personale og konsulentbistand

Patientforsikringen havde ved udgangen af 2004 ca. 60 medarbejdere, hvilket er en stigning på 7 medarbejdere i forhold til 2003.

Sagsbehandlingen bliver varetaget i 6 selvstændige enheder. Hver enhed ledes af en vicekontorchef, der har ansvaret for at opstille normer for bl.a. kvalitet, kvantitet og sagsbehandlingstid opfyldes.

Patientforsikringen har ansatte lægekonsulenter indenfor de fleste medicinske specialer. Konsulenterne er til daglig fungerende speciallæger på offentlige sygehuse. I 2004 er der endvidere blevet ansat en alment praktiserende læge.

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 2004, var det lagt til grund, at Patientforsikringen ville modtage 4.200 anmeldelser, at der skulle træffes et tilsvarende antal afgørelser, og at den gennemsnitlige sagsbehandlingstid skulle være under 200 dage ved årets ud-

gang. Med 4.908 anmeldelser ved årets udgang kunne det konstateres, at væksten langt oversteg det forventede og at der i forhold til 2003 var tale om en stigning på næsten 30%. Den ubudgettede stigning har medført en betydelig stigning i antallet af verserende sager.

Patientforsikringens bestyrelse besluttede derfor i september 2004 væsentlige udvidelser i medarbejderstaben med henblik på så hurtigt som muligt at have en medarbejderkapacitet, der modsvarer den høje anmeldelsesfrekvens. Ansættelser og udvidelser blev effektueret allerede med udgangen af 2004. Den højere produktivitet som følge af udvidelserne forventes dog først at slå igennem fra midten af 2005.

Patientforsikringen var på trods af stigningen i stand til at opfylde målet om en gennemsnitlig sagsbehandlingstid på ikke over 200 dage. Den kraftige stigning i anmeldelsesantallet medfører, at yderligere fald i sagsbehandlingstiden i 2005 ikke kan forventes.

Patientforsikringen foretager løbende ændringer i sagsbehandlingen med henblik på en fortsat forbedring og effektivisering. Patientforsikringens IT-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 2004 har medført automatisering af en stor del af erstatningsberegningen. Yderligere effektiviseringer af erstatningsberegningen fortsætter i 2005.

Som det fremgår af tabellen nedenfor, har den gennemsnitlige pris pr. afgørelse truffet i Patientforsikringen været meget kon-

Bilag 5

stant. Den angivne pris er målt i løbende priser.

År	Antal afgørelser efter PFL og EAL	Pris pr. afgørelse
2004	7.121	5.703
2003	6.720	5.506
2002	5.698	5.618
2001	4.680	5.895
2000	4.430	5.718

Informationsvirksomhed

Patientforsikringen har som følge af Patientforsikringslovens udvidelse til at omfatte samtlige sundhedspersoner i Danmark udarbejdet nyt informationsmateriale, anmeldelsesskemaer og lignende. Materialet er i begyndelsen af 2004 udsendt til blandt andre sygehuse, kommuner, praktiserende sundhedspersoner, biblioteker, apoteker m.v. Informationskampagnen må anses for at være den væsentligste årsag til den kraftige vækst i anmeldelsesantallet i 2004.

Patientforsikringen har i 2004 udviklet en ny hjemmeside. Hjemmesiden har forbedret den elektroniske information om patientforsikringsordningen. Med den ny hjemmeside og den løbende udvikling af den, vil det indenfor overskuelig tid blive muligt at kommunikere elektronisk med de forskellige interessenter i patientforsikringsordningen.

Patientforsikringen har i 2004 etableret mulighed for, at sygehuse kan få onlineadgang til Patientforsikringens registre-ringer i anmeldelser fra de respektive sygehuse. Der vil blive foretaget yderligere forbedringer i disse muligheder også i 2005 og frem således, at Patientforsikringen bliver forberedt på, at modtage elektroniske patientjournaler.

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, be-lyst gennem Patientforsikringens praksis.

For yderligere oplysninger vedrørende patientforsikringsordningen, herunder Patientforsikringens virksomhed, henvises derfor til årsberetningen.

Beretningen for 2004 forventes udsendt i forsommeren 2005.

Administrationsbidrag

Reglerne for fordeling af administrationsbidrag er i 2004 blevet ændret gennem en bekendtgørelse fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Tidligere er bidraget blevet fordelt forholdsmæssigt på grundlag af de beregnede præmier fra forsikrings-selskaberne og skønnede præmier for selvforsikrede. Beregningsmetoden var unødigt kompliceret, og forskelle i forsikringsdækning og dermed i præmien, gjorde det vanskeligt altid at opnå en rimelig fordeling af bidraget.

Da der fra 1. januar alene har været tegnet patientforsikringer til delvis dækning af visse kommuners ansvar for skader forvoldt under kommunale sundhedsordninger og dermed ingen forsikring indenfor sygehusområdet, var det nødvendigt at foretage en ændring af de uheldige regler.

Fra 1. januar 2004 fordeles administrationsbidraget på grundlag af en gennemsnitlig pris pr. anmeldelse og de spek-ti-

Bilag 5

ve erstatningspligtige institutioners forholdsmæssige andel af disse anmeldelser.

Hermed er der opnået en betydelig gennemslagskraft i bidragenes beregning og størrelse.

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.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Patientforsikringen har indgået aftale om, at Patientforsikringen træffer afgørelse i sager vedrørende lægemiddelskader som 1. instans. Afgørelserne kan indbringes for Lægemedelskadeankenævnet, 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 215 anmeldelser i 2004. Administrationsudgiften udgjorde knapt 2,5 mio. kr. (inkl. moms).

Patientforsikringen skal årligt afgive en beretning efter loven til sundhedsministe-

ren. Beretningen er medtaget i Patientforsikringens årsberetning.

Fremtidige omkostninger ved lovens administration

Bestyrelsen har i september 2004 godkendt et budget for 2005 på 66,2 mio. kr. Budgettet er fastlagt ud fra en forventning om en stigning i antallet af anmeldelser til i alt 5.400.

Udgiften vedrører administrationsomkostninger i såvel Patientforsikringen som Patientskadeankenævnet.

På baggrund af udvidelsen af lovens dækningsområde og stigningen i antallet af anmeldelser, har Patientforsikringen i begyndelsen af 2005 indgået aftale om ændringer og udvidelser af Patientforsikringens eksisterende lejemål på Nytorv.

Bilag 5

LEDELSENS OG BESTYRELSENS UNDERSKRIFTER

Patientforsikringen
København, den 26. maj 2005

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 5

REVISIONSPÅTEGNING

Til medlemmerne af Patientforsikringen

Vi har revideret årsrapporten for Patientforsikringen for regnskabsåret 2004, der aflægges efter Lov om Patientforsikring.

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 revisionsstandarder. 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 2004 samt af resultatet af foreningens aktiviteter for regnskabsåret 2004 i overensstemmelse med Lov om Patientforsikring.

København, den 26. maj 2005

KOMMUNERNES REVISION

Ulrik Klausen
Afdelingschef

Bilag 5

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 kvartalsvis a conto bidrag hos amterne og HS. Bidraget slutreguleres i henhold til årsregnskabet. Øvrige bidrag fra erstatningspligtige institutioner opkræves på grundlag af årsregnskab.

Opgørelsen af administrationsbidraget foretages på baggrund af det samlede antal anmeldelsers fordeling på erstatningspligtige institutioner og det af bestyrelsen godkendte budget.

I 2004 har der ifølge Patientforsikringens oplysninger alene været tegnet patientforsikring til delvis dækning af primærkommunernes ansvar efter loven for skader forvoldt under kommunale sundhedsordninger.

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. Beløbet er baseret på den gennemsnitlige pris for behandling af en anmeldelse til Patientforsikringen med et tillæg på 10% og det samlede bidrags 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.

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 2004 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.

Bilag 5

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 indeværende 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 hensættelserne til skyldige feriepenge.

Administrationsbidrag

Beløbet vedrører henholdsvis for meget og for lidt opkrævet a conto administrationsbidrag fra erstatningspligtige institutioner.

Kreditorer

Omkostningskreditorer afregnes løbende. Statusposten repræsenterer fakturaer vedrørende indeværende regnskabsår, der forfalder til betaling i nye regnskabsår.

Moms

Skyldig moms udgør moms af indtægter fra Lægemiddelordningen samt udtalelser fratrasket forholdsmæssig momsfradrag vedrørende momspligtig administration.

Hensættelser

Hensættelser repræsenterer omkostningerne der kan henføres til indeværende regnskabsår, hvor faktura ikke er modtaget.

Forudbetalt bidrag fra medlemmer

Regnskabsposten udgør medlemsindbetalinger vedrørende efterfølgende regnskabsår.

Bilag 5

Patientforsikringen

RESULTATOPGØRELSE FOR 2004

Note	2004 Regnskab kr.	2003 Regnskab kr.
BIDRAG		
1 Administrationsbidrag	52.903.000	47.007.001
	<u>52.903.000</u>	<u>47.007.001</u>
 2 ANDRE INDTÆGTER	 2.031.735	 5.411.948
 ADMINISTRATIONSOMKOSTNINGER		
Løn og honorarer	(28.927.151)	(26.754.412)
Husleje m.v.	(3.748.876)	(2.998.026)
Fremmede tjenesteydelser	(1.340.890)	(1.603.736)
Kontorhold m.v.	(1.690.788)	(1.507.825)
Øvrige administrationsomkostninger	(1.704.918)	(1.677.737)
Anskaffelser	(1.811.200)	(1.244.685)
	<u>(39.223.823)</u>	<u>(35.786.421)</u>
 5 UREALISEREDE NEDSKR./OPSKR.	 1.301	 3.214
 3 RENTER	 186.433	 130.527
PATIENTSKADEANKENÆVNET	<u>(16.766.986)</u>	<u>(14.899.462)</u>
 4 SKATTER OG AFGIFTER	 (1.384.138)	 (1.219.032)
ÅRETS RESULTAT	<u>(2.252.478)</u>	<u>647.775</u>
(Opkræves/tilbagebetales)		

Bilag 5

Patientforsikringen

BALANCE PR. 31.12.2004

Note	2004 Regnskab kr.	2003 Regnskab kr.
AKTIVER		
ANLÆGSAKTIVER		
5 Kapitalandele	43.020	41.719
TILGODEHAVENDER		
6 Tilgodehavende adm.bidrag	2.252.478	20.015
Andre tilgodehavender	2.530.380	2.540.030
Forudbetalte omkostninger	437.876	162.733
	5.220.734	2.722.778
LIKVIDER		
Bankbeholdning	5.897.212	7.764.126
	5.897.212	7.764.126
AKTIVER I ALT	11.160.966	10.528.623
PASSIVER		
EGENKAPITAL		
	0	0
GÆLD		
6 Skyldig bidrag medlemmer	647.775	647.775
7 Skyldige lønrelaterede poster	2.929.227	2.511.456
Kreditorer	519.528	6.888.059
Moms	458.213	481.333
Hensættelser	1.949.945	0
Forudbetalt bidrag fra medlemmer	4.656.278	0
	11.160.966	10.528.623
PASSIVER I ALT	11.160.966	10.528.623
8 Eventualforpligtelser		

Bilag 5

Patientforsikringen

NOTER

Note	2004 Regnskab kr.	2003 Regnskab kr.
1 Administrationsbidrag		
KF	0	17.616.836
KAB	0	17.139.775
Winterthur Forsikring	0	42.125
Århus Amt	6.786.112	5.817.955
Vestsjællands Amt	2.198.317	2.203.067
Viborg Amt	1.991.231	2.029.864
Ringkøbing Amtskommune	2.389.476	2.120.520
IT- og Forskningsministeriet	0	36.859
Frederiksborg Amt	3.647.933	0
Bornholms regionskommune	366.385	0
Storstrøms Amt	2.134.600	0
Vejle Amt	3.584.214	0
Sønderjyllands Amt	2.198.317	0
Roskilde Amt	1.927.511	0
Ribe Amt	1.895.651	0
Nordjyllands amt	4.603.725	0
Københavns Amt	6.196.708	0
Hovedstadens Sygehusfællesskab	7.598.535	0
Fyns Amt	5.384.285	0
	<u>52.903.000</u>	<u>47.007.001</u>
2 Andre indtægter		
Administration af lægemiddelskader	1.971.335	1.963.224
Honorar for udtalelser	60.400	194.667
Ekstraordinære indtægter	0	3.182.057
Adm.bidrag for bonelec-sager	0	72.000
	<u>2.031.735</u>	<u>5.411.948</u>
3 Renter		
Renteindtægter	188.822	137.577
Renteudgifter	(2.389)	(7.050)
	<u>186.433</u>	<u>130.527</u>
4 Skatter og afgifter		
AER-bidrag	(75.591)	(71.003)
Lønsumsafgift	(1.270.096)	(1.146.229)
Finansieringsbidrag	(38.451)	0
Andre afgifter	0	(1.800)
	<u>(1.384.138)</u>	<u>(1.219.032)</u>

Patientforsikringen er ikke skattepligtig af virksomhed udøvet i henhold til lov om patientforsikring

Bilag 5

Patientforsikringen

NOTER

Note	2004 Regnskab kr.	2003 Regnskab kr.
5 Kapitalandele		
Anskaffelsessum pr. 01.01	118.227	118.227
Opskrivning og nyanskaffelser	0	0
Anskaffelsessum pr. 31.12	118.227	118.227
Nedskrivning pr. 01.01	(76.508)	(79.722)
Tilbageførsel af nedskrivning	1.301	3.214
Nedskrivninger pr. 31.12	(75.207)	(76.508)
Bogført værdi pr. 31.12	43.020	41.719
6 Tilgodehavende administrationsbidrag		
Bidrag til Patientforsikringen opkræves på grundlag af foreningens budget.		
For meget eller for lidt opkrævet bidrag reguleres over næstfølgende års budget.		
7 Skyldige lønrelaterede poster		
Skyldig A-skat	71.457	6.712
Skyldig AM- og SP-bidrag	13.761	1.440
Skyldig ATP	37.424	0
Midlertidig pensionsopsp.	0	180
Lønsumsafgift	168.817	88.570
Skyldige feriepenge	2.637.768	2.414.554
	2.929.227	2.511.456
8 Eventualforpligtelser		
Foreningen har følgende forpligtelser		
Huslejekontrakt	9,9 mio. kr.	
Leasingkontrakt	0,9 mio. kr.	

Bilag 6

Anmeldelser og anerkendelser fordelt på sygehuse

Antal anmeldelser og antal anerkendelser i perioden 1992 til 2004 pr. 1.000 udskrivninger.

Københavns Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
KAS Gentofte	1029	1,91	381	0,70
KAS Glostrup	974	1,98	391	0,79
KAS Herlev	955	2,01	332	0,69
Øvrige	7	-	19	-
I alt	2965	1,96	1123	0,74

Frederiksborg Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Esbønderup Sygehus	7	-	1	-
Frederikssund Sygehus	308	-	121	-
Hillerød Sygehus	835	-	288	-
Hørsholm Sygehus	266	-	102	-
Helsingør Sygehus	293	-	124	-
Øvrige	3	-	-	-
I alt	1712	2,04	636	0,75

Roskilde Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Amtssygehuset Roskilde	448	1,20	151	0,40
Roskilde Amts Sygehus Køge	697	4,47	244	1,56
Amtssygehuset Fjorden	6	0,34	2	0,11
Øvrige	-	-	2	-
I alt	1151	2,10	399	0,72

Vestsjællands Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Holbæk Sygehus	456	-	409	-
Kalundborg Sygehus	102	-	93	-
Nykøbing Sj. Sygehus	55	0,08	55	0,08
Ringsted/Haslev Sygehus	106	-	90	-
Slagelse Sygehus	431	-	376	-
Øvrige	31	-	32	-
I alt	1181	1,66	1055	1,48

Bilag 6

Storstrøms Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivinger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivinger
Amtssygehuset i Fakse	74	1,49	26	0,52
Amtssygehuset i Nakskov	94	1,37	31	0,45
Amtssygehuset i Stege	60	2,32	31	1,20
Centralsygehuset i Nykøbing F. incl. Maribo	374	1,75	130	0,60
Centralsygehuset i Næstved incl. Vordingborg	796	2,50	192	0,60
Øvrige	-	-	3	-
I alt	1398	2,07	413	0,61

Bornholms Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivinger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivinger
Bornholms Centralsygehus	209	2,26	84	0,91
I alt	209	2,26	84	0,91

Fyns Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivinger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivinger
Fåborg Sygehus	86	-	32	-
Middelfart Sygehus	240	-	116	-
Nyborg Sygehus	103	-	44	-
Odense Universitetshospital	1399	1,70	550	0,67
Ringe Sygehus	7	-	1	-
Svendborg Sygehus	353	-	134	-
Ærøskøbing Sygehus	19	-	7	-
Øvrige	8	-	6	-
I alt	2215	1,68	890	0,68

Sønderjyllands Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivinger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivinger
Haderslev Sygehus	268	1,66	112	0,69
Sønderborg Sygehus	414	1,66	160	0,64
Tønder Sygehus	114	1,96	60	1,03
Åbenrå Sygehus	205	2,96	76	1,09
Augustenborg	5	0,17	1	0,03
I alt	1006	1,73	409	0,70

Ribe Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivinger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivinger
Grindsted-Brørup Sygehuse	148	1,24	60	0,50
Centralsygehuset Esbjerg-Varde incl. Sct. Josephs Hospital	764	1,86	302	0,73
Øvrige	6	-	1	-
I alt	918	1,67	363	0,66

Bilag 6

Vejle Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Brødstrup Sygehus	49	1,89	12	0,46
Fredericia Sygehus	177	1,37	61	0,47
Givø Sygehus	89	3,31	37	1,38
Horsens Sygehus	302	1,73	118	0,67
Kolding Sygehus	312	1,36	109	0,47
Vejle Sygehus	497	1,86	194	0,72
Øvrige	1	-	3	-
I alt	1427	1,67	534	0,62

Ringkøbing Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Herning Centralsygehus	376	1,58	122	0,51
Holstebro Centralsygehus	429	1,88	184	0,81
Lemvig Sygehus	39	0,83	20	0,42
Ringkøbing Sygehus	87	1,48	27	0,46
Tarm Sygehus	73	1,48	34	0,69
Øvrige	4	-	1	-
I alt	1008	1,59	388	0,61

Århus Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Grenå Centralsygehus	171	1,91	74	0,83
Odder Sygehus	107	1,05	40	0,39
Psykatrien i Århus incl. Risskov	26	0,34	5	0,06
Randers Centralsygehus	483	1,80	203	0,76
Silkeborg Centralsygehus	447	2,52	200	1,13
Skejby Sygehus	485	0,91	198	0,37
Århus Amtssygehus	468	1,97	163	0,68
Århus Kommunehospital	1045	2,82	391	1,05
Øvrige	33	-	7	-
I alt	3265	1,74	1281	0,68

Viborg Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Viborg-Kjellerup Sygehus	498	1,42	211	0,60
Sygehus Nord Nykøbing-Thisted	305	2,06	125	0,84
Viborg-Skive Sygehus	141	1,51	39	0,41
Viborg Sygehus	92	-	28	-
Øvrige	3	-	2	-
I alt	1039	1,70	405	0,66

Bilag 6

Nordjyllands Amt

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Brovst Sygehus	28	0,77	11	0,30
Dronninglund Sygehus	67	1,11	28	0,46
Hobro/Ternstrup Sygehus	109	1,18	45	0,49
Sygehus Himmerland i Farsø	135	2,51	65	1,20
Sygehus Vendsyssel - Frederikshavn	221	1,72	93	0,72
Sygehus Vendsyssel – Hjørring/Brønderslev	363	2,71	131	0,56
Ålborg Sygehus	1126	1,86	417	0,68
Øvrige	11	-	3	-
I alt	2060	1,66	793	0,64

Hovedstadens Sygehusfællesskab

Sygehus	Antal anmeldelser	Pr. 1.000 udskrivninger	Antal anerkendelser	Pr. 1.000 udskrivninger
Amager Hospital	439	1,92	184	0,81
Bispebjerg Hospital	693	2,02	287	0,83
Frederiksberg Hospital	464	2,02	196	0,85
Hvidovre Hospital	889	1,65	321	0,59
Rigshospitalet	2008	2,37	759	0,89
Sct. Hans Hospital	9	0,59	1	0,06
Øvrige	17	-	1	-
I alt	4519	2,05	1583	0,71

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 årløn, 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 årløn regnes skadelidtes samlede erhvervsindtægt i det år, der går forud for datoen for skadens indtræden.

Stk. 2. Årlønnen 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 7

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 aflødes 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 erhvervsevnen, 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 reguleringstidspunktet 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 erhvervsevnetabserstatning, 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 pensionsydelser, der udbetales af stat, kommune eller i henhold til anden pensionsordning, samt forsikringsydelser uanset forsikringsens karakter, jf. § 22, stk. 2. Sygedagpengeydelser 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 sygeløn til en skadelidt eller har udbetalt dertil knyttede ydelser, kan gøre regres mod den erstatningsansvarlige i det omfang, arbejdsgiveren har lidt et tab.

Overførelse 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 særje.

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 arbejdsgivers 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 7

- 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 forsikringselskabet 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 skadestagers 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, ansvarets 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 afledtes 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 skadegørende 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 sjælssunde 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 skadegørende 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 ansvarets 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 forsættligt 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 arbejdsskadeforsikring foretages følgende ændring:

Bilag 7

§ 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 efterlattes krav mod den erstatningsansvarlige nedsættes i det omfang, forsikringselskabet har betalt eller er pligtigt at betale erstatning til de pågældende efter denne lov.«

§ 31. En forsikringstager kan ikke opsige 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 udliveret i Danmark til forbrug eller kliniske afprøvninger af lægemidler (biomedicinske forsøg). Udliveringen 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 tilføjes mennesket 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 forsømmelse i forbindelse med ordination eller udlivering 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 forsætligt 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 udlivering 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 udlivering burde være forudset af en fagmand, eller
- 2) som skyldes en defekt ved lægemidlet som følge af instruktions-, fabrikations- eller distributionsfejl.

Stk. 2. En serieskade henføres til det år, hvor det første erstatningskrav rejses over for sundhedsministeren eller Patientforsikringsforeningen, jf. § 18, uanset hvornår de senere skader anmeldes.

Bilag 8

§ 13. Erstatningssummen for skader i henhold til loven er begrænset til 150 mio kr. pr kalenderår.

Stk. 2. Erstatningssummen for hver enkelt serieskade, jf. § 12, er dog begrænset til 100 mio kr.

Stk. 3. Erstatningssummen for lægemiddelskader ved kliniske afprøvninger af lægemidler (biomedicinske forsøg) er begrænset til 25 mio kr. pr forsøg.

Stk. 4. Erstatningen kan ikke overstige 5 mio kr. pr skadelidte.

§ 14. Er de i § 13 angivne beløb ikke tilstrækkelige til at dække alle de skadelidtes krav, foretages en forholdsmæssig nedsættelse af de enkelte krav, dog kun i endnu ikke udbetalte erstatningsbeløb. Viser det sig, efter at en skade er indtruffet, at en sådan nedsættelse kan blive nødvendig, kan det bestemmes, at erstatningen indtil videre alene ydes med en del af de anerkendte krav.

§ 15. I det omfang patienten eller dennes efterladte har fået eller har krav på at få erstatning i henhold til loven, kan erstatningskrav ikke rejses mod nogen, der måtte have pådraget sig erstatningsansvar for skaden.

Stk. 2. Regien 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 indrivelse af erstatning fra lægemiddelproducenter og mellemhandlere efter lov om produktansvar, jf. stk. 1. Inddrevne 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.

Lægemiddelskadeankenævnet

§ 19. Sundhedsministeren nedsætter et lægemiddelskadeankenævnet, 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 Lægemiddelstyrelsen,
- 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. Lægemiddelskadeankenævnets medlemmer udpeges for 4 år. Finder udpegningssted i løbet af en periode, gælder den kun til periodens udløb.

Stk. 4. Sundhedsministeren fastsætter efter forhandling med Lægemiddelskadeankenævnet dets forretningsorden. Ministeren kan heri fastsætte regler om honorar til nævnets formand og medlemmer.

Stk. 5. Udgifter til drift af Lægemiddelskadeankenævnet afholdes af staten, jf. § 17, stk. 1.

§ 20. De afgørelser, der træffes efter § 18, stk. 1 og 2, kan indbringes for Lægemiddelskadeankenævnet, der har den endelige administrative afgørelse. Lægemiddelskadeankenævnet kan tillægge en klage opsættende virkning.

Stk. 2. Klage til Lægemiddelskadeankenævnet skal indgives inden 3 måneder efter, at klageren har fået meddelelse om afgørelsen.

Stk. 3. Lægemiddelskadeankenævnet kan se bort fra overskridelse af klagefristen, når der er særlige grunde hertil.

Stk. 4. Lægemiddelskadeankenævnets 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 Lægemiddelskadeankenævnet, 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.

