

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: 13. juli 2007
Kontor: Internationalt kt.
J.nr.: 2007-16200-
Sagsbeh.: lho
Fil-navn: Tale samråd BJ 29.6.07

Hvis det er det, der er formålet med samrådet - at følge op på effekten af den lovgivning, som Folketinget har lavet i indeværende samling, så kan det blive et meget kort samråd.

Der er endnu ikke afgjort nogen sager i patientforsikringssystemet efter den nye lov.

Pointen er, at de sager, der er afgjort i patientforsikringssystemet så langt som nu, alle berører patienter, som også var dækket efter den gamle lov. Den nye lov havde til formål at udvide den gamle lov til også at omfatte den personkreds, der var kommet i klemme på grund af sagsbehandlingsfejl i det statslige system. Det var formålet med loven. Det kan ikke være sådan, at når en forsinkelse i ens sygdomsbehandling beror på en fejl i Sundhedsstyrelsen frem for en fejl i det regionale sundhedsvæsen, så er man afskåret fra at søge erstatning. Det var formålet med loven.

I forhold til de mennesker, der er kommet i klemme på grund af sagsbehandlingsfejl i Sundhedsstyrelsen er der anmeldt 4 sager, og der er ingen af de sager, der er afgjort. Sådan er det. Og det siger jeg selvfølgelig også som en slags kommentar til de udtalelser til Ritzaus Bureau i går, hvor der står, at "ministeren må have en dårlig smag i munden med de få erstatninger, der bliver tildelt. Fejlen er sket i en statslig myndighed med ministeren som ansvarlig." Der må jeg bare sige, at de fejl, der er sket i det statslige system, omhandler 4 konkrete sager, som ikke er afgjort endnu.

Men når det er sagt, vil jeg i øvrigt gerne takke for denne lejlighed til, at jeg endnu en gang kan komme her i Sundhedsudvalget for at diskutere hjørner af kræftbehandlingen i Danmark.

Det handler om erstatningskrav. Denne gang drejer det sig om Patientforsikringens håndtering af erstatningskrav fra kræftpatienter, som har ventet på behandling. Det er et vigtigt spørgsmål. Det er rejst i lyset af de seneste videnskabelige oplysninger om konsekvenserne af den tid, der går, før kræftpatienter kommer i behandling.

Det var i øvrigt et spørgsmål, som vi havde rig lejlighed til at fordybe os i allerede ved samrådet den 13. juni.

Til brug for diskussionen i dag kan det måske være en god idé kort at rekapitulere - hvis ikke alle har lyttet til den CD, der blev optaget ved den lejligh-

hed her for nylig - hvad jeg ved den lejlighed sagde om de to undersøgelser, som på det seneste har været særligt omtalt:

Den ene undersøgelse er et såkaldt "review" – altså en sammenfatning af en række, internationale undersøgelser – om strålebehandling som efterbehandling af to forskellige patientgrupper: Brystkræftpatienter og patienter med hoved-halskræft.

Den undersøgelse viser, at hvis brystkræftpatienter kommer i strålebehandling inden for otte uger efter operation, så er risikoen for tilbagefald inden for fem år betydelig mindre, end hvis brystkræftpatienterne skal vente mere end otte uger. Knap 6 procents risiko i den første gruppe over for godt 9 procents risiko for den anden gruppe. Og for hoved-halskræftpatienter viser undersøgelsen højere risiko for tilbagefald for de patienter, der først modtog strålebehandling seks uger efter operation.

I den anden – danske – undersøgelse har man over 5 år sammenlignet det scanningsbillede, der er taget til brug for at stille diagnosen hoved-halskræft i 61 tilfælde, med det scanningsbillede, der er taget til planlægning af behandlingen. Altså en ret lille patientgruppe, hvor man nok skal være forsigtig med, hvor meget man konkluderer alene på den undersøgelse.

Men undersøgelsen bekræfter, at ventetid har betydning for væksten i kræftsvulstens størrelse – i hvert fald hos patienter med en fremskreden hoved-halskræft. Hos op mod to ud af tre patienter i undersøgelsen var kræftsvulsten vokset målbart efter 4 uger.

Jeg tror, at det – af hensyn til proportionerne – er vigtigt at holde sig for øje, at lægerne længe har været helt på det rene med de biologiske forskelle på udviklingen af de enkelte kræftformer. Og er helt opmærksomme på betydningen af at sætte hurtigere ind med undersøgelse og behandling af f.eks. hoved-halskræft i forhold til andre kræftformer.

Det er jo også lige præcis af den grund, at lovgivningen også har taget højde for de her ting, idet der i bekendtgørelsen om behandling af livstruende kræftsygdomme er taget et udtrykkelige forbehold over for de anførte maksimale ventetider: "... medmindre hensynet til patientens helbredstilstand tilsiger noget andet". Det står simpelthen tilføjet.

Derfor er de frister, der er sat ind, netop maksimale, og man kommer ikke fri af ansvar alene ved at overholde fristerne, hvis patientens helbredstilstand tilsiger noget andet - at behandlingen skal gå hurtigere.

Det betyder, at det altid er den konkrete, lægelige vurdering af den enkelte patients hele situation, der skal tages afsæt i, når lægen rådgiver om behandlingstilbuddet.

Men de to undersøgelser bidrager til at sætte tal på og til at dokumentere den viden, læger har haft klinisk. Om forskelle mellem kræftformernes udviklingshastighed. Om den betydning, det har for patienterne. Og om, hvor

kort eller hvor lang tid der går, før forandringer kan konstateres. Og det er selvfølgelig nyttig viden i daglig, klinisk praksis.

Når man vurderer patientforsikringsordningen, er det vigtigt at være opmærksom på de 3 klare fordele for patienterne.

For det første har en patient eller dennes efterladte efter lovgivningen ret til erstatning for en skade, der er forvoldt på en måde, så det må antages, at en erfaren specialist på det pågældende område ville have handlet anderledes, hvorved skaden ville være undgået. Det står i modsætning til den almindelige erstatningsret og betyder, at der kan opnås erstatning, selvom behandlingen har fulgt almindeligt anerkendte retningslinier – nemlig hvis den allerbedste specialist på området ville have behandlet anderledes og derved undgået skaden.

For det andet skal der blot foreligge en overvejende sandsynlig årsags-sammenhæng mellem behandling og skade, for at erstatning kan ydes. Der stilles med andre ord ikke krav om fuldt bevis herfor.

For det tredje påhviler der ikke patienten nogen oplysningspligt i den forstand, at det er patienten, der skal tilvejebringe bevis for, at skaden er forårsaget ved et af de i loven nævnte forhold. Efter anmeldelse af en skade er det Patientforsikringen, som af egen drift skal oplyse sagen og vurdere, om erstatningsbetingelserne er opfyldt.

Der foreligger en erstatningsberettigende patientskade, hvis det – efter en undersøgelse af de konkrete omstændigheder, herunder sammenhængen mellem ventetiden og den indtrufne skade – fremstår som mere sandsynligt, at skaden er forårsaget af behandlingen eller den manglende behandling, end at den er forårsaget ved grundsygdommens forløb uafhængigt af behandlingen.

I sager om forsinket diagnosticering og behandling af kræftlidelser foreligger der sammensatte skadesårsager, hvor skaden ikke kan opdeles. Det er muligt, at sygdommen havde udviklet sig på nøjagtig samme måde, selvom der ikke havde været nogen forsinkelse. Men det er også muligt, at patienten havde været i en bedre helbredstilstand, hvis der ikke havde været nogen forsinkelse.

Det kan i de konkrete tilfælde være særdeles vanskeligt med overvejende sandsynlighed at fastslå, hvilken betydning grundsygdommen henholdsvis behandlingsforsinkelsen har haft for det konkrete patientforløb.

Ifølge Patientforsikrings praksis - og i dansk erstatningsret i øvrigt - løser man problemstillingen ved rent statistisk at vurdere, om grundsygdommen eller forsinkelsen er den mest sandsynlige årsag til skaden. Hvis det er mere end 50 % sandsynligt, at patientens kræftsygdom er skyld i sygdomsforløbet, får patienten ingen erstatning. Omvendt får patienten som udgangspunkt fuld erstatning, hvis det er mere end 50 % sandsynligt, at forløbet skyldes forsinkelsen.

I princippet er selv en minimal sandsynlighedsovervægt altså tilstrækkelig.

Hvis nye lægevidenskabelige undersøgelser dokumenterer, f.eks. at visse kræftsygdomme udvikler sig hurtigere end tidligere antaget, så vil det jo i sagens natur have bevismæssig betydning for den konkrete vurdering af bedste specialiststandard for, hvornår patienten skal behandles. Det kan betyde, at flere patienter skal behandles tidligere end de 4 uger, som de maksimale ventetider angiver. Og at disse patienter kan få ret til erstatning. Det er sådan set en vigtig pointe, at det ikke er sådan, at hvis man sprænger den i lovgivningen fastsatte maksimale ventetid, så er der automatisk erstatning. Og hvis man holder den, så er der ingen erstatning. Det er ikke det, der afgør erstatningen.

Hvis det anses for overvejende sandsynligt, at væksten i kræftsvulsten som følge af ventetiden medfører en fysisk skade, f.eks. forlænget sygeleje eller mén, kan der ydes erstatning herfor. Der kan også ydes erstatning for mén ved det psykiske ubehag ved prognoseforringelsen. Beløbene vil sædvanligvis ligge mellem 30.000 og 60.000 kr.

Hvis det anses for overvejende sandsynligt, at ventetiden er årsag til, at patienten bliver uhelbredeligt syg eller dør, kan der blive tale om langt større erstatninger og erstatning for tab af forsørger.

I alle anmeldte kræftsager vurderer Patientforsikringen, om patienten er blevet påført en skade som følge af behandlingen, typisk diagnose- eller behandlingsforsinkelse. Skaden vil i givet fald bestå i en forringelse af den statistiske overlevelseshorizont, ligesom der eventuelt vil kunne være tale om, at behandlingens karakter og omfang er blevet mere omfattende end ved rettidig diagnose og behandling.

Det forhold, at reglerne om maksimale ventetider ikke er blevet overholdt i forbindelse med behandlingen, er ikke i sig selv at betragte som en skade i lovens forstand. En overskridelse af ventetidsreglerne udløser derfor ikke automatisk erstatning – sådan som jeg var inde på før. Ligesom man altså heller ikke kan være i en situation, hvor det, at fristerne er overtrådt, i sig selv betyder, at man ikke kan få erstatning.

Og de sager, hvori der klages over Sundhedsstyrelsens eventuelle mangelfulde sagsbehandling efter reglerne om maksimale ventetider, vurderes på helt samme betingelser som andre sager om erstatning for ventetid. Det var sådan set også det, der var formålet med loven.

Patientforsikringen havde i forgårs modtaget i alt 121 anmeldelser vedrørende erstatning som følge af overtrædelse af reglerne om maksimale ventetider. Af disse angår 4 sager Sundhedsstyrelsens sagsbehandling - sådan som jeg også nævnte tidligere - mens alle de øvrige sager angår ventetid på behandling i regionerne og de tidligere amter.

Patientforsikringen har truffet afgørelse i 36 sager og har i 2 sager tilkendt erstatning for mén på henholdsvis 17.000 kr. og godt 56.000 kr. I de øvrige 34 sager er der blevet meddelt afslag på erstatning.

Og som jeg nævnte indledningsvist har Patientforsikringen endnu ikke truffet afgørelse i nogen af de sager, der vedrører Sundhedsstyrelsen.

Medholdsprocenten i de sager, der er afgjort, ligger foreløbig omkring godt 5 procent. Det er klart lavere end den samlede gennemsnitlige medholdsprocent i Patientforsikringens sager i øvrigt, der ligger på omkring 35 procent.

Ifølge Patientforsikringen er den lave medholdsprocent en følge af, at de adspurgte kræfteksperter i mange tilfælde har vurderet, at behandlingsforsinkelsen ingen betydning har haft for udviklingen i den konkrete patients sygdom.

Årsagen hertil er, at der ofte kun har været tale om meget beskedne overskridelser af de garanterede maksimale ventetider, og at en del kræftsygdomme udvikler sig langsomt.

En anden væsentlig årsag har været, at behandlingen i andre tilfælde først er blevet forsinket i en fase af patientens sygdom, hvor behandlingseffekten desværre alligevel er beskeden.

Endelig har Patientforsikringen afvist enkelte sager, fordi patienten har accepteret ventetidsoverskridelsen frem for at skulle overgå til behandling på et andet sygehus, hvor ventetiden var kortere.

At ekspertvurderingen har været, at det ikke er overvejende sandsynligt, at udviklingen i patienternes helbredstilstand skyldes ventetid, må jo så i øvrigt – hvis man ser helt isoleret på det – være positivt for patienterne at få konstateret.

Jeg har fortsat fuld tiltro til, at Patientforsikringen er i stand til at håndtere sagerne om erstatningskrav fra kræftpatienter for skader som følge af ventetid. Og jeg ser ingen som helst anledning til at betvivle den lægefaglige ekspertise, som ligger til grund for Patientforsikringens afgørelser i disse sager.

Til brug for behandlingen af erstatningssagerne anvender Patientforsikringen lægekonsulenter med speciale inden for de relevante sygdomme. For kræftsygdommenes vedkommende primært eksterne lægekonsulenter. Der er her tale om anerkendte lægelige eksperter, herunder eksperter som er anbefalet af Kræftens Bekæmpelse. Så Patientforsikringen har en forventning om, at lægekonsulenterne er i besiddelse af en viden, der også omfatter de seneste dokumenterede videnskabelige undersøgelsesresultater.

Skulle der i en konkret sag opstå tvivl om, hvorvidt en lægelig vurdering hviler på de seneste videnskabelige undersøgelser, søger Patientforsikrin-

gen at få afklaret en sådan tvivl – om nødvendigt ved at indhente en ny vurdering af sagen fra en anden lægekonsulent.

Og i øvrigt har patienterne jo så den yderligere mulighed at anke Patientforsikringens afgørelser til Patientskadeankenævnet. Og derudover i sidste ende at forelægge erstatningsspørgsmålet for domstolene.

I forlængelse af den omtale af hele patientforsikringsordningen, som denne sag også har givet anledning til, kan det nok her afslutningsvis være på sin plads – stilfærdigt – at gøre opmærksom på, at patienterne med denne ordning er blevet stillet langt bedre end tidligere.

I 1985 – før patientforsikringsordningen – blev der anmeldt omkring 225 krav om erstatning for personskade ved lægelig behandling på alle landets sygehuse. Heraf blev 200 personskader anmeldt til Kommunernes Gensidige Forsikringsselskab, der skønnede, at omkring halvdelen af disse skader var forvoldt ved culpa – altså erstatningspådragende handlinger eller undladelser. Det udløste erstatninger på samlet omkring 10 mio.kr.

Til sammenligning tilkendte Patientforsikringen sidste år over 315 mio. kr. i erstatning for skader indtruffet på offentlige sygehuse. Altså her godt 20 år senere samlede erstatninger, der selv i nutidskroner er 15-20 gange større, end efter de almindelige erstatningsretlige regler, der blev fulgt, før vi fik patientforsikringsordningen, som sådan set er en lempeligere erstatningsordning.

Og med hensyn til administrationsomkostninger tyder beregninger på, at det koster 8 gange så meget at føre en sag i domstolssystemet, som det koster at behandle en sag administrativt i Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet.