

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Den 23. januar 2008

Notat om behandlingen af erstatningskrav vedrørende brud på reglerne om maksimale ventetider for patienter med livstruende kræftsygdomme

1. Patientforsikringsordningens fordele for patienterne

Efter patientforsikringsordningen er ansvarsgrundlaget og bevisreglerne lempeligere end efter almindelige erstatningsregler. Et ansvarsgrundlag foreligger, hvis blot en erfaren specialist ville have handlet anderledes og dermed undgået skaden. I bevismæssig sammenhæng er det tilstrækkeligt, at der foreligger overvejende sandsynlighed for, at en skade er forvoldt ved behandling eller mangel på samme. Patientforsikringens sagsbehandling er hurtigere end behandling ved domstolene, patienten sparer udgifter til advokat og har fri adgang til at få prøvet sin afgørelse i Patientskadeankenævnet. Hvis vedkommende heller ikke får medhold her, kan sagen indbringes for domstolene.

Der kan være anledning til særligt at gøre opmærksom på Patientforsikringens afsluttende tilkendegivelse om, at det danske patientforsikringsystem – efter Patientforsikringens opfattelse – også internationalt er anerkendt som et af de bedste.

2. Ventende kræftpatienters adgang til patienterstatning

Patientforsikringsordningen har fra starten også omfattet undersøgelse og behandling, som patienter med livstruende kræftsygdomme modtager i det danske sundhedsvæsen. Også ventetid i undersøgelses- og behandlingsforløbet, som sådanne patienter måtte blive udsat for, har således hele tiden efter omstændighederne kunnet udløse erstatning.

Som det udtrykkeligt fremgik af bemærkningerne til lovforslag nr. 118 af 10. januar 2007 om ændring af klage- og erstatningsloven (erstatning i forbindelse med Sundhedsstyrelsens sagsbehandling i henhold til reglerne om maksimale ventetider ved behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme m.v.), så var formålet med dette lovforslag alene at sikre, at skader, der måtte være påført patienter som følge af mangler ved Sundhedsstyrelsens sagsbehandling af indberetninger i henhold til reglerne om maksimale ventetider, også ville kunne anmeldes og erstattes efter patientforsikringsordningen. Efter de da gældende regler faldt følger af Sundhedsstyrelsens manglende sagsbehandling uden for patientforsikringsordningens dækningsområde.

Bortset fra denne udvidelse af dækningsområdet medførte lovforslaget således ikke nogen form for ændring af eller fravigelse fra de gældende regler om erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet – heller ikke i forhold til ventende kræftpatienter.

3. Reglerne om maksimale ventetider

Ifølge bemærkningerne til lov nr. 395 af 2. juni 1999 om ændring af lov om sygehusvæsenet var formålet med at fastsætte regler om maksimale ventetider at sikre, at patienter med livstruende sygdomme som kræftsygdomme og visse alvorlige hjertelidelser opnår behandling uden unødigt ventetid.

Bekendtgørelsen om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme m.v. fastlægger på den baggrund en pligt for regionerne og i sidste ende Sundhedsstyrelsen til at tilbyde kræftpatienter behandling inden for nærmere fastsatte maksimale ventetider, så-

fremt det er muligt at finde et sådant tilbud her eller i udlandet. De maksimale ventetider er ens for alle de omfattede kræftsygdomme, bortset fra livmoderhalskræft. Der er således tale om generelle ventetider.

De maksimale ventetider er udtrykkeligt betinget af, at patientens helbredstilstand ikke tilsiger andet, jf. bekendtgørelsens § 3 samt bemærkningerne til lovforslag nr. 118. Særlige forhold hos den enkelte patient kan tilsige, at behandlingstilbud gives tidligere, end ventetidsreglerne foreskriver. Omvendt kan særlige forhold hos patienten imidlertid også gøre det hensigtsmæssigt, at behandlingstilbud gives senere, end ventetidsreglerne foreskriver.

Kernen i reglerne om maksimale ventetider for patienter med livstruende kræftsygdomme m.v. er således, at den ansvarlige institution har en handlepligt til at søge at tilvejebringe et tilbud til patienten om undersøgelse og/eller behandling i Danmark eller i udlandet inden for de fastlagte tidsfrister. Et brud på reglerne foreligger dermed ikke i sig selv, hvis en behandlingsmulighed ikke har kunnet tilvejebringes, men alene hvis årsagen hertil er, at den forudsatte handlepligt ikke er efterlevet. Manglende efterlevelse af handlepligten vil i givet fald kunne påklages til vedkommende amtskommune/region og til den kommunale tilsynsmyndighed – og til ministeriet, hvis der har været tale om Sundhedsstyrelsen.

4. Forholdet mellem reglerne om maksimale ventetider og erstatningsreglerne

Som det også fremgik af bemærkningerne til lovforslag nr. 118, så medfører en overtrædelse af reglerne om maksimale ventetider ikke i sig selv erstatning efter de gældende erstatningsregler. I den sundhedsfaglige vurdering af, hvor hurtigt en kræftpatient bør tilbydes behandling, vil der indgå forhold så som f.eks. patientens tilstand, kræftsygdommens art og spredning, viden om behandlingens effekt på den pågældende kræftsygdom mv.

En forudsætning for, at der kan ydes erstatning, er, at patienten som følge af ventetid er påført en skade. Skaden kan bestå i, at patienten er død, at sygdommen er blevet uhelbredelig, at den nødvendige behandlings art og omfang er blevet mere omfattende end ellers nødvendig, at patientens sygeperiode er blevet forlænget, eller i en psykisk belastning ved bevidstheden om, at den statistiske overlevelsesprognose er blevet forringet.

Der foreligger herefter et ansvarsgrundlag, hvis det efter en konkret, sundhedsfaglig vurdering af de samlede omstændigheder må antages, at den bedste specialist på området ville have tilbudt patienten undersøgelse/behandling tidligere, og at skaden derved med overvejende sandsynlighed kunne være undgået.

Dog foreligger der ikke noget ansvarsgrundlag, hvis det ansvarlige sygehus og eventuelt Sundhedsstyrelsen har efterlevet deres handlepligt efter ventetidsreglerne, og et egnet behandlingstilbud på trods heraf ikke har kunnet tilvejebringes. I så fald vil der være tale om en ressourcemæssig begrænsning, der ikke kan kompenseres af patientforsikringsordningen.

Det er endvidere en forudsætning for at pålægge erstatningsansvar i forbindelse med en forsinket diagnosticering og behandling, at det er overvejende sandsynligt, at forlængelsen af ventetiden er skyld i patientens fysiske eller psykiske skade. Som følge af, at der i de omhandlede sager er tale om sammensatte skadesårsager (grundsygdom versus ventetid), som skaden ikke umiddelbart kan opdeles imellem, foretages der i praksis en statistisk vurdering af, hvad der er den mest sandsynlige (dvs. mere end 50 % sandsynlige) årsag til skaden.

Vurderingen af, om der i en sag pålægges ansvar efter patientforsikringsordningen som følge af ventetid for patienter omfattet af reglerne om maksimale ventetider, vil kunne føre såvel til ansvar i forbindelse med ventetid, som er kortere end de frister, der er fastsat i bekendtgørelsen, ligesom erstatningsansvar vil kunne afvises, selv om en patient har ventet længere end foreskrevet i bekendtgørelsen, eksempelvis hvis hensynet til patientens helbredstilstand har tilsagt noget andet. Det skyldes, at der er tale om generelle ventetider, som ikke kan tages til indtægt for, hvor lang tid den enkelte patient kan tåle at vente. Det beror på en lægefaglig vurdering i det enkelte tilfælde.

Det forhold, at patienterne ikke har kunnet få et behandlingstilbud inden for de maksimale ventetider, indebærer således ikke automatisk, at der er handlet ansvarspådragende i erstatningsmæssig henseende.

5. Kravet om overvejende sandsynlighed i forhold til dødsfald

Som det fremgår af Patientforsikringens redegørelse for praksis, udmøntes lovkravet om overvejende sandsynlighed i tilfælde af dødsfald (eller hvor sygdommen bliver uhelbredelig) ved hjælp af en matematisk sandsynlighedsberegning, hvori indgår begreberne hypotetisk og faktisk dødsrisiko.

Begge former for dødsrisiko fastlægges ud fra den eksisterende specialistviden om den statistisk forventede sygdomsudvikling hos patienter i helt samme situation som den konkrete patient med hensyn til kræftform, kræftstadium, alder m.v. Denne patientgruppes hypotetiske og faktiske dødsrisiko sammenholdes på det tidspunkt, hvor den konkrete patient er død.

Ved hypotetisk dødsrisiko forstås den risiko for død, som patientgruppen ville have haft, hvis sygdommen var blevet diagnosticeret og behandling iværksat rettidigt. Er denne på det tidspunkt, hvor den konkrete patient dør, eksempelvis 97 procent, er det ikke alene overvejende, men åbenbart usandsynligt, at dødsfaldet skyldes, at undersøgelse og behandling ikke har været optimal, f.eks. på grund af ventetid.

Ved faktisk dødsrisiko forstås den risiko for død, som samme patientgruppe ville have haft på grundlag af det sygdomsbillede, der tegnede sig på det senere tidspunkt, hvor sygdommen faktisk blev diagnosticeret og behandling faktisk blev iværksat.

Behandlingsforsinkelsen opgøres som forskellen mellem den faktiske og den hypotetiske dødsrisiko på det tidspunkt, hvor den konkrete patient dør. Hvis forskellen udgør mindst halvdelen af den faktiske dødsrisiko, kan døden med overvejende sandsynlighed anses for at være en følge af behandlingsforsinkelsen.

Et eksempel: Er patientgruppens dødsrisiko på det tidspunkt, hvor den konkrete patient dør, hypotetisk 49 procent og faktisk 51 procent, udgør forskellen (svarende til, hvad der kan tilskrives forsinkelsen) kun 2 procentpoint. Set i forhold til gruppens faktiske dødsrisiko på 51 procent udgør forsinkelsen på 2 procentpoint således langt fra halvdelen. Der kan dermed ikke statueres overvejende sandsynlighed for, at den konkrete patients dødsfald skyldes forsinkelse på grund af ventetiden.

Erstatning ved dødsfald i form af forsørgertabserstatning, overgangsydelse og dækning af begravelsesomkostninger vil derimod eksempelvis kunne ydes, hvis patientgruppens dødsrisiko på det tidspunkt, hvor den konkrete patient dør, var hypotetisk 20 procent og faktisk 50 procent, idet 30 procentpoint af patientgruppens faktiske dødsrisiko på 50 procent – og dermed over halvdelen af denne – i så fald kan tilskrives forsinkelsen.

Det bemærkes i øvrigt, at ingen af de anmeldte sager ifølge Patientforsikringen er afvist med henvisning til disse kriterier.

6. Oversigt over de af Patientforsikringen behandlede sager

Bilag B til Patientforsikringens redegørelse indeholder en anonymiseret gennemgang af enkelsager vedrørende 120 patienter, hvoraf der i 10 tilfælde er tilkendt erstatning som følge af overskridelse af ventetidsreglerne. 9 patienter har fået deres sager stillet i bero på udfaldet af endnu ikke afgjorte ankesager i Patientskadeankenævnet. For 20 patienter er sagen endnu ikke klar til, at der kan træffes afgørelse. 1 patient har ikke ønsket nogen afgørelse i sin sag. De resterende 80 patienter har fået afslag på erstatning.

7. Gruppering af afviste erstatningskrav

For 5 af de 80 patienter, der har fået afslag på erstatning, har der ikke været nogen overskridelse af de maksimale ventetider. Af de resterende 75 har 3 patienter afvist tilbud om undersøgelse/behandling på et andet behandlingssted inden for de maksimale ventetider.

For 4 af de resterende 72 patienter var behandling inden for de maksimale ventetider ikke mulig af andre årsager (infektion, defekt i operationssår, alment dårlig helbredstilstand samt umuligt at skaffe behandling inden for de maksimale ventetider). Af de resterende 68 har 2 patienter fået erstatning af anden årsag end overskridelsen af reglerne om maksimale ventetider. Herudover vedrører én sag en patient, som er behandlet før ikrafttrædelsen af reglerne om maksimale ventetider. Endelig har én patient klaget over for lang ventetid på eksperimentel kemoterapi, hvilket dog ikke er omfattet af reglerne om maksimale ventetider.

I 10 af de resterende 64 sager har Patientforsikringens kræfteksperter vurderet, at forringelsen af den statistiske overlevelsessandsynlighed højst har været marginal. I én af disse sager var der tale om en overskridelse af ventetidsreglerne på mellem 1 og 7 dage.

I de resterende 54 sager har Patientforsikringens kræfteksperter vurderet, at overskridelsen af ventetidsreglerne ikke med overvejende sandsynlighed har haft indflydelse på forløbet eller den statistiske overlevelsesprognose. I 18 af disse sager var der tale om en overskridelse af ventetidsreglerne på mellem 1 og 7 dage.

I 24 af de resterende 36 sager har Patientforsikringens kræfteksperter vurderet, at patienten allerede var uhelbredeligt syg af sin kræftsygdom.

I de resterende 12 sager har Patientforsikringens kræfteksperter i 11 tilfælde vurderet, at patienten trods overskridelsen af ventetiden har gode overlevelseschancer. I det sidste tilfælde er der ydet erstatning som følge af forsinket diagnosticering af kræftsygdommen i forløbet hos den praktiserende læge, idet denne forsinkelse skønnedes at være den afgørende faktor for patientens prognoseforringelse.

Patientskadeankenævnet har foreløbig truffet afgørelse vedrørende 9 patienter, der har fået afslag på erstatning, og har i alle sagerne tiltrådt Patientforsikringens afgørelse. Én af sagerne vedrører en patient, som er behandlet før ikrafttrædelsen af reglerne om maksimale ventetider. I de øvrige 8 har nævnet vurderet, at patienten ikke er påført skade som følge af ventetiden.

8. Afslagsprocenter

Medholdsprocenten i de afgjorte sager vedrørende ventetidsoverskridelser er på 10 procent, hvilket er lavere end øvrige sager om forsinket diagnosticering (21 procent) og Patientforsikringens generelle medholdsprocent (33 procent).

To årsager hertil fremhæves af Patientforsikringen. Dels kan den særlige mulighed for at tilkende erstatning for komplikationer i forbindelse med behandling (lovens § 20, stk. 1, nr. 4) ifølge sagens natur ikke anvendes i og med, at behandling i sager om ventetid jo netop slet ikke er iværksat. Dels har kræfteksperternes vurdering i mange sager været, at ventetidsoverskridelsen ikke har påført patienten skade.