

# Patientombuddet



## Årsberetning 2011

Patientskadeankenævnet

**Titel:** Årsberetning 2011, Patientskadeankenævnet

© Patientombuddet, 2012. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Patientombuddet  
Finsensvej 15  
2000 Frederiksberg

URL: <http://www.patientombuddet.dk>

Format: pdf

# Indhold

<b>Forord</b> .....	<b>4</b>
<b>1 Indledning</b> .....	<b>5</b>
<b>2 Præsentation af Patientskadeankenævnet</b> .....	<b>7</b>
<b>3 Nøgletal</b> .....	<b>8</b>
<b>4 Sagsgang</b> .....	<b>12</b>
4.1 Indhentelse af oplysninger.....	12
4.2 Sagens forberedelse .....	12
4.3 Nævnsbehandling.....	12
4.4 Afgørelsens indhold .....	13
4.5 Orientering om afgørelsen .....	13
<b>5 Eksempler på typiske nævnsafgørelser</b> .....	<b>14</b>
5.1 Kravet om en behandlingsudløst skade .....	14
5.2 Ansvarsgrundlaget.....	17
5.3 Fejldiagnoser/forsinket diagnosticering .....	24
5.4 Ulykkestilfælde .....	26
5.5 Skader i forbindelse med behandling af lægemidler .....	29
<b>6 Sager ved Folketingets Ombudsmand og domstolene</b> .....	<b>31</b>
6.1 Klager til Folketingets Ombudsmand .....	31
6.2 Sager ved retten .....	31
<b>7 Læring</b> .....	<b>41</b>
7.1 Patientskadenævnet og Læringsenheden .....	41
7.2 Internationalt samarbejde .....	41
7.3 Brugertilfredshedsundersøgelse i 2011 .....	42
<b>8 Forventninger til fremtiden</b> .....	<b>44</b>
<b>Bilag</b> .....	<b>45</b>

## Forord

Jeg har siden 2010 været formand for Patientskadeankenævnet. Formandsskabet udgøres yderligere af fem næstformænd. Formanden og næstformændene varetager hver en fast nævnsafdeling, der holder månedlige møder, hvor afgørelserne bliver truffet.

Patientskadeankenævnet er ankeinstans for Patientforsikringsforeningens afgørelser om erstatning for patientskader, og formanden/næstformændene har her til opgave at lede nævnsmøderne og holde et kort oplæg om hver enkelt sag, før den bliver behandlet. I nævnsmøderne deltager som udgangspunkt otte medlemmer, der repræsenterer en ligelig sammensætning af henholdsvis lægelig og juridisk ekspertise samt partsinteresser.

Nævnssekretariatet er fra 2011 placeret i Patientombuddets Erstatningscenter, hvor sagerne bliver forberedt og lagt til rette af et sekretariat med sagsbehandlere, der har en juridisk eller kontormæssig baggrund. Sammensætningen af Patientskadeankenævnets medlemmer er ikke blevet ændret, og det er også de samme dygtige medarbejdere fra det tidligere sekretariat, der er overflyttet til Erstatningscentret, hvilket har været afgørende for, at vi trods organisationsændringen og den fysiske flytning har kunnet opretholde stabilitet og kvalitet i nævnsarbejdet.

Patientskadeankenævnet har de seneste år modtaget flere og flere nye ankesager, og vi har derfor gennem årene udvidet med nye faste nævnsafdelinger med henblik på at få afgjort sagerne indenfor en rimelig tid. Det blev på trods heraf i 2011 alligevel nødvendigt at afholde ekstra nævnsmøder for at følge med sagsstigningen, og det er planen, at vi i 2012 udvider med endnu en ny nævnsafdeling for at kunne følge med udviklingen.

Vi fik i 2011 alle nævnsafdelinger gjort 'elektroniske' – det vil sige, at alle møder fra 2011 nu afholdes helt uden papir. Det har været en udfordrende, men samtidig meget positiv og spændende proces, der har lettet nævnsarbejdet i bogstaveligste forstand. I stedet for at bære på en kuffert med mange kilo papirsager til nævnsmøderne, medbringer hvert nævnsmedlem nu kun et USB-stick med alle nævnssagerne, og mødelokalerne er indrettet med computere til hvert medlem.

Det lykkedes os i 2011 at nå alle de fastsatte mål, og vi vil også i 2012 arbejde frem mod fortsat at levere afgørelser af så høj kvalitet som muligt indenfor en rimelig tid.

*Jan Uffe Rasmussen*  
*Formand*

# 1 Indledning

2011 blev et begivenhedsrigt og lidt anderledes år for Patientskadeankenævnet.

Med virkning fra den 1. januar 2011 blev sekretariatsbetjeningen af Patientskadeankenævnet overført til Patientombuddet, som er en nyoprettet myndighed under ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Der er dog ikke ændret på Patientskadeankenævnets virke eller sammensætning, og nævnet fungerer således fortsat som en selvstændig juridisk enhed, der er uafhængigt i sin virksomhed.

Patientskadeankenævnet havde tidligere til huse på Vimmelskaftet i København, men som følge af organisationssammenlægning flyttede vi den 1. juli 2011 kontoret til Patientombuddets nye domicil på Finsensvej på Frederiksberg.

Derudover bød året på flere spændende udfordringer blandt andet i form af samarbejde med Patientforsikringen om elektronisk udveksling af akter. Et behov, der blev særlig nødvendigt på grund af den fysiske flytning. Flytningen betød nemlig, at de fysiske papir-akter ikke længere kunne bæres frem og tilbage mellem de to instanser i Indre København. For at undgå øgede udgifter til porto af de mange tusinde sager efter flytningen, valgte vi at foretage en hurtig omlægning af sagsprocedurerne, og Patientforsikringen foretog de nødvendige udvidelser af deres sagssystem, så det fra sommeren 2011 blev muligt for os selv at hente sagerne elektronisk hos Patientforsikringen.

2011 blev også året, hvor vi overgik til kun at afholde papirløse nævnsmøder. Vi begyndte allerede i slutningen af 2010 med forsøgsvist at afholde elektroniske nævnsmøder, det vil sige hvor sagerne i stedet for udsendelse på papir blev scannet ind og lagt på en USB-nøgle, som blev sendt til nævnsmedlemmerne. Det blev hurtigt en stor succes, og i løbet af 2011 udvidede vi ordningen til at gælde alle nævnsmøder.

Patientskadeankenævnet har seks faste nævnsafdelinger med hver otte faste medlemmer, der mødes månedligt, og alle afdelinger arbejder således nu kun med sagerne i elektronisk form. Patientskadeankenævnets møder bliver afholdt i Patientombuddets mødelokaler, der fast er indrettet med mødecomputere, og nævnsmedlemmerne medbringer således kun deres personlige USB-nøgle med alle mødesagerne.

Der blev i 2011 nævnsbehandlet over 1.900 sager, og den nye måde at nævnsbehandle sager på har betydet et væsentligt fald i forbruget af papir og kopiering samt ikke mindst portoudgifter. Denne overgang til elektroniske nævnsmøder er forløbet uden væsentlige problemer, hvilket i høj grad må tilskrives den positive tilgang og samarbejdsvillighed, som nævnsmedlemmerne har udvist i processen – en samarbejdsvillighed, der nok til en vis grad er motiveret af ikke længere at skulle bære de mange kilo tunge papirsager frem og tilbage til København.

Ud over den succesfulde overgang til elektroniske nævnsmøder lykkedes det samtidig Patientskadeankenævnet at slå alle tidligere rekorder både for så vidt angår antallet af afgørelser og hurtig gennemsnitlig sagsbehandlingstid. Vi formåede således at af-

slutte over 2.000 sager i 2011, hvilket var cirka 200 flere end planlagt. Dette var dog en nødvendighed, da antallet af nye sager steg voldsomt i 2010 – en stigning der fortsatte i 2011, og det har således været helt afgørende at der også skulle afgøres flere sager, for at sikre en fortsat lav gennemsnitlig sagsbehandlingstid. Der blev derfor afholdt flere ekstraordinære nævnsmøder, og 2011 blev dermed det mest produktive år i nævnets historie.

Alt i alt blev 2011 resultatmæssigt et meget tilfredsstillende år, og der vil i de følgende afsnit blive redegjort nærmere for nævnets virksomhed og de typer af sager, som nævnet behandler.



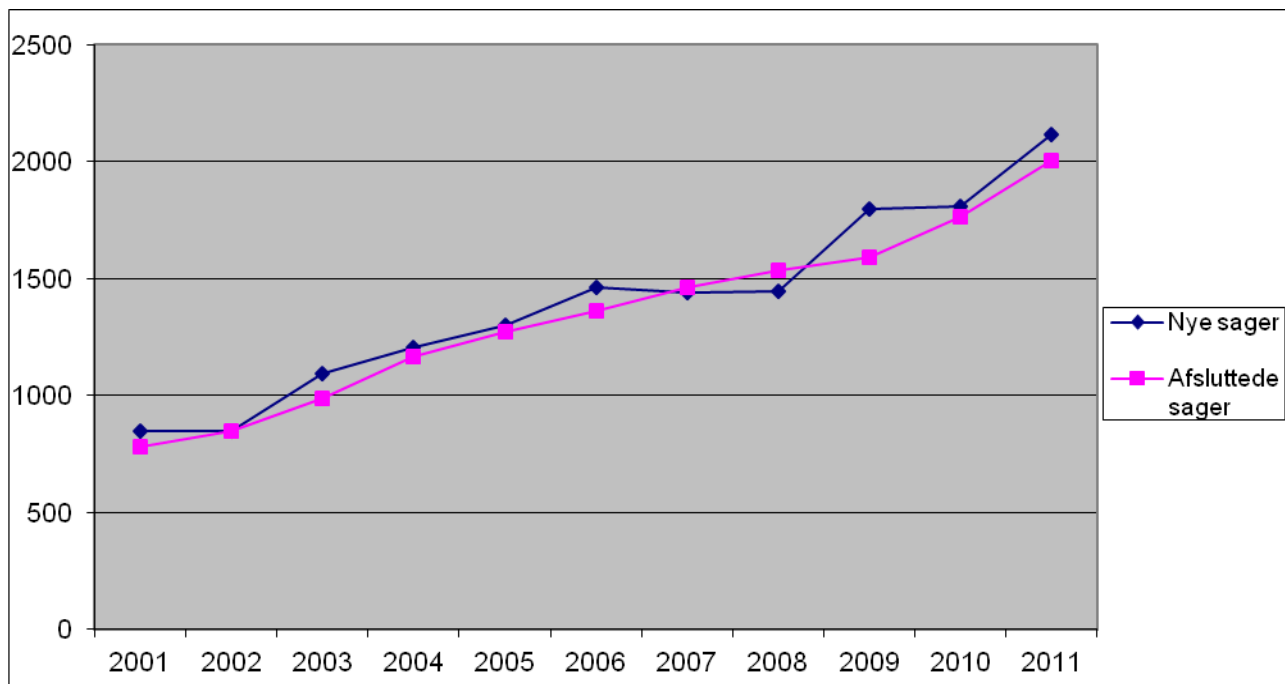
## 2 Præsentation af Patientskadeankenævnet

Patientskadeankenævnet behandler klager over afgørelser fra Patientforsikringen om erstatning for patientskader. Patientskadeankenævnet tager stilling til, om en patient er kommet til skade som følge af en behandling eller en undersøgelse i sundhedsvæsenet. Det kan for eksempel være på et hospital eller hos egen læge. Nævnet kan også tage stilling til erstatningsudmålingen som følge af en anerkendt patientskade. Når vi har truffet afgørelse i en sag, er der ikke flere klagemuligheder i det administrative system. Der er imidlertid mulighed for at få prøvet sagen ved domstolene.

Patientskadeankenævnet er nedsat i medfør af § 34, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. Nævnet består af en formand og syv medlemmer. Nævnet er organiseret i seks afdelinger, der ved afgørelsen af den enkelte sag er sammensat af en formand, der er dommer, og som er udpeget af ministeren for Sundhed og Forebyggelse. Herudover består nævnet af to sagkyndige medlemmer udpeget af Sundhedsstyrelsen, samt ét medlem udpeget af Advokatrådet. Herudover er der udpeget to patientrepræsentanter fra henholdsvis Danske Handicaporganisationer og Forbrugerrådet, samt to repræsentanter for de driftsansvarlige, henholdsvis Danske Regioner og Kommunernes Landsforening.

Hver nævnsafdeling afholder ét månedligt møde svarende til cirka 11 møder årligt. Møderne er ikke offentlige.

### 3 Nøgletal

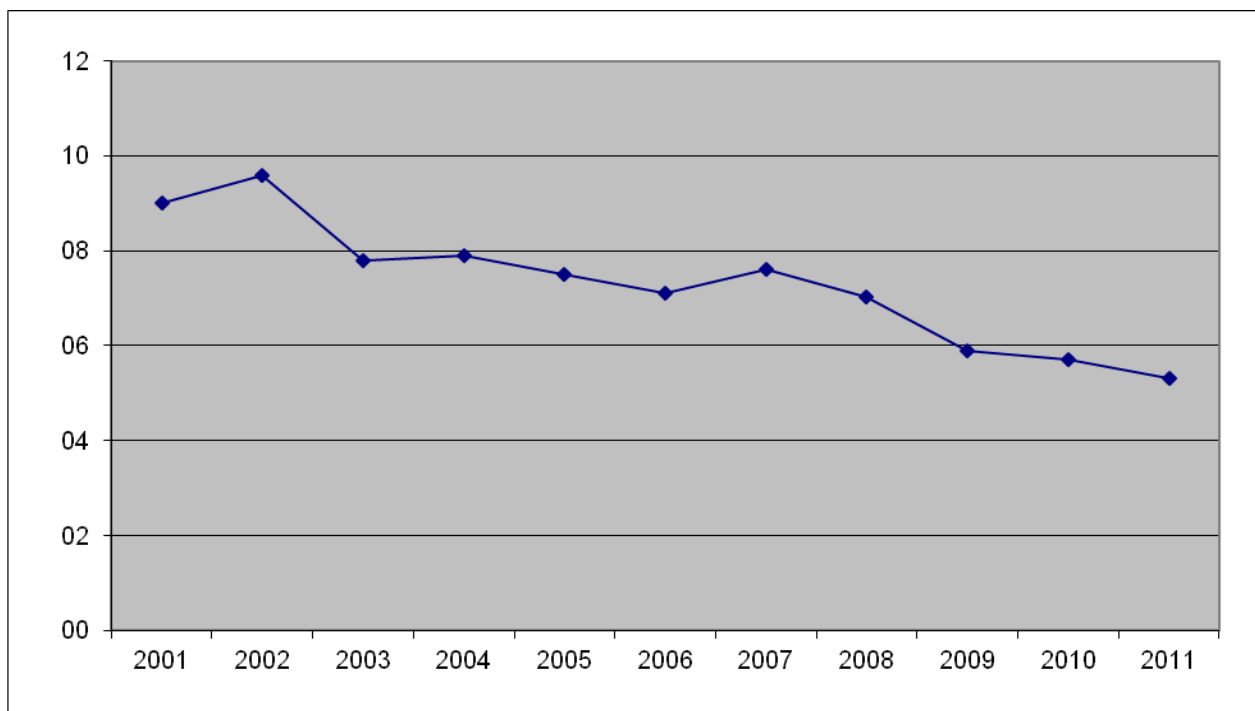


**Figur 1: Antallet af nye sager og afsluttede sager i perioden 2001-2011.**

Som det fremgår af figur 1 er antallet af nye sager steget kraftigt de seneste 10 år, men nævnet har i takt med den stigende tilgang formået samtidigt at øge antallet af afsluttede sager løbende, sådan at de to kurver følges nogenlunde. Det har været afgørende for, at der ikke ophobes sagsbunker med lange sagsbehandlingstider til følge.

Det har dog ikke været muligt at nå at træffe helt så mange afgørelser i 2011 som der blev modtaget nye sager. Tallet af nye sager udgjorde således 2.117, hvor antallet af afsluttede sager blev 2.005. Vi havde dog kun budgetteret med at skulle afslutte 1.800 sager i 2011, og resultatet må derfor anses som meget tilfredsstillende. Dog stiller det også krav om en øget produktivitet de kommende år.





**Figur 2: Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid i perioden 2001-2011.\***

**\* Opgørelsen viser den samlede tid fra Patientskadeankenævnet modtager klagen til afgørelsen fremsendes til klageren. Det vil sige at den tid, sagen ligger hos Patientforsikringen til indhentelse af udtalelse og sagens akter, er medregnet i opgørelsen.**

Figur 2 viser, at den gennemsnitlige sagsbehandlingstid i Patientskadeankenævnet er faldet støt de seneste ti år og nåede i 2011 ned på 5,3 måneder, hvilket er det laveste nogensinde. Vores mål er at holde den gennemsnitlig sagsbehandling på under seks måneder. Dette mål er således nået, og det er endda i en periode, hvor der samtidig har været en væsentlig tilgang af nye sager og en deraf følgende meraktivitet i nævnet.

	Antal møder	Afviste sager	Udsatte sager	Tiltrådte afgørelser	Andet*	Ændrede afgørelser			I alt afgjorte sager
						Hjemvist	Ansvar	Erstatning	
2001	40	2	63	551	-	1	65	80	697
2002	42	2	51	600	-	4	47	108	759
2003	44	16	60	715	-	3	63	92	889
2004	50	6	63	884	-	10	72	75	1047
2005	55	7	64	918	-	11	95	108	1139
2006	55	4	77	974	-	7	131	79	1195
2007	62	11	77	1063	-	15	133	91	1313
2008	63	1	66	1154	-	16	126	71	1368
2009	64	1	54	1177	-	9	145	71	1403
2010	67	2	51	1315	-	20	142	88	1567
2011	68	0	46	1419	41	13	125	70	1668

**Tabel 1: Nævnsafgørelser truffet i 2011**

\* Kategorien 'andet' blev først indført i 2011 og er således ikke opgjort de foregående år. Kategorien har primært betydning i forhold til opgørelse af omgørelsesprocenten, da den dækker over de sager som ikke indeholder en stillingtagen til Patientforsikringens afgørelse, men for eksempel omhandler spørgsmål om genoptagelse, overskridelse af klagefrister og lignende.

Tabel 1 indeholder en oversigt over resultatet af afgjorte nævnssager i perioden 2011-2011. Opgørelsen er eksklusiv antallet af formandsafgørelser, og er således kun udtryk for de sager, der er blevet afgjort på nævnmøder. Antallet af formandsafgørelser var i 2011 på 225, svarende til 11,8 procent af det samlede antal afgørelser. Antallet af afsluttede sager uden afgørelser var i 2011 på 112.

Tabellen viser, hvordan nævnets afgørelser fordeler sig i forhold til antal tiltrådte og ændrede afgørelser. Nævnet ændrede Patientforsikringens afgørelse i ca. 13 procent af sagerne i 2011 mod 16 procent af sagerne i 2010. Ændringsprocenten har de seneste mange år ligger på omkring 15-16 procent, og nedgangen til de nu 13 procent kan måske forklares ved, at vi fra 2011 ændrede beregningsmetoden, da vi opgør og fradrager sager i kategorien "andet" og samtidig regner formandsafgørelserne med.

Der kan træffes afgørelse af formanden i de sager 'som ikke umiddelbart frembyder tvivl', og en stor del af disse vil derfor typisk kunne regnes med i kategorien 'tiltrådte sager'.

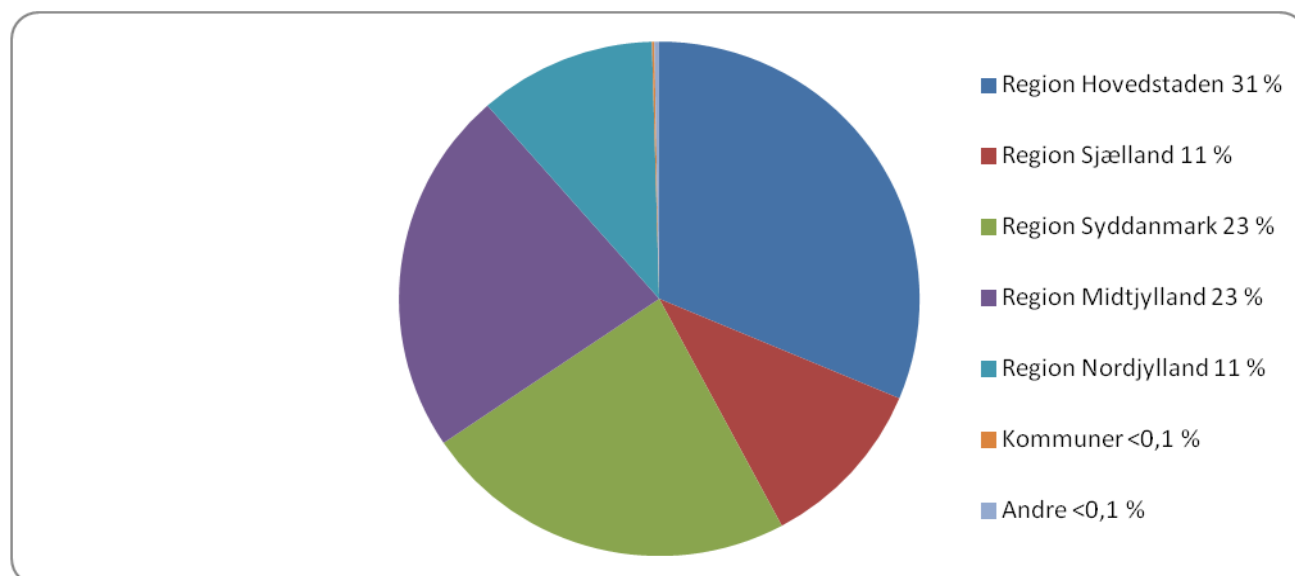
Resultatet af formandsafgørelser ses i tabel 2:

Formandsafgørelser 2011		Ændrede afgørelser			
I alt	Tiltrådte afgørelser	Hjemvist	Ansvar	Erstatning	Andet*
<b>225</b>	87	12	3	1	122

**Tabel 2: Formandsafgørelser 2011.**

**\*I kategorien 'andet' tælles de sager, der ikke indeholder en stillingtagen til Patientforsikrings afgørelse. For eksempel genoptagelse af nævnets egne afgørelser, overskridelse af klagefrister og lignende.**

Patientskadeankenævnet er pr. 1. januar 2011 takstfinansieret. Udgifterne ved nævnets virksomhed afholdes således fra 2011 af regionerne. Derfor skal antallet af sager nu opgøres og fordeles pr. region. Sådanne opgørelser er ikke foretaget tidligere, og der findes derfor ikke tidligere data til sammenligningsgrundlag. Fordelingen af sager pr. region fordeler sig i 2011 som det fremgår af figur 5.



**Figur 3: Patientskadeankenævnets afsluttede sager i 2011 fordelt på regioner.**

## 4 Sagsgang

Nedenfor beskrives sagsgangen i Patientskadeankenævnet.

### 4.1 Indhentelse af oplysninger

Når Patientombuddet modtager en klage over en afgørelse fra Patientforsikringen, oprettes der en sag, og vi undersøger i den forbindelse, om klagefristen på tre måneder er overholdt. Patienten vil blive bedt om at give samtykke til, at der kan indhentes relevante oplysninger. Herefter anmoder sekretariatet Patientforsikringen om en udtalelse over klagen og udlån af sagens akter. Når dette materiale er modtaget, vil sagens parter, det vil som oftest sige patient og region, få tilsendt kopi af udtalelsen med anmodning om eventuelle bemærkninger.

Hvis der mangler relevante oplysninger i sagen, indhenter sekretariatet disse. Det kan for eksempel være journaler fra sygehus eller læge, kommunale akter eller oplysninger fra patienten selv.

### 4.2 Sagens forberedelse

Når alle oplysninger er modtaget, gennemgår sekretariatet samtlige af sagens akter. I de fleste tilfælde vil sagen derefter blive forelagt for en af de interne lægekonsulenter, der er tilknyttet sekretariatet. Lægekonsulentens udtalelser er alene vejledende for nævnet.

I løbet af 2011 er sagsbehandlingen blevet elektronisk, således at alle akter i sagen bliver indscannet.

### 4.3 Nævnsbehandling

Klageren vil cirka to til tre uger inden sagen skal behandles på nævnsmøde få besked om den præcise mødedato. Møderne er ikke offentlige. På mødet vil nævnet træffe en afgørelse, og hvis ikke alle nævnsmedlemmer er enige, er det flertallet, der afgør sagen. Hvis det ikke har været muligt at afgøre sagen på mødet, vil parterne få besked herom. Det kan i nogle tilfælde ske, at sagen bliver udsat, for eksempel fordi der skal indhentes supplerende oplysninger.

Hvis vi vurderer, at der ikke foreligger tvivl i sagen, kan formanden i henhold til nævnets forretningsorden træffe afgørelse på nævnets vegne. Det er typisk i sager, som alene vedrører erstatningsberegning, sager hvor skaden falder uden for lovens dækningsområde, sager med anmodning om genoptagelse, sager med manglende klageberettigelse, klager over aktindsigt, sager hvor betingelserne for anerkendelse af erstatningsansvar efter loven anses for helt klart opfyldte, og i øvrigt er ukomplicerede og sager med overskridelse af klagefrist/forældelse. I 2011 udgjorde formandsafgørelserne cirka 12 procent af de afgjorte sager i Patientskadeankenævnet.

## 4.4 Afgørelsens indhold

Patientskadeankenævnet kan forhøje eller nedsætte erstatningen. Afgørelsen i en sag kan ende med:

- at Patientskadeankenævnet tiltræder Patientforsikringens afgørelse, det vil sige, at vi når frem til det samme resultat som Patientforsikringen,
- at Patientskadeankenævnet helt eller delvist ændrer Patientforsikringens afgørelse, eller
- at sagen skal behandles på ny af Patientforsikringen

I 2011 ændrede Patientskadeankenævnet i cirka 13 procent af tilfældene Patientforsikringens afgørelse. Når nævnet behandler en klage over en afgørelse fra Patientforsikringen, kan nævnet også ændre eventuelle tidligere afgørelser i sagen, uanset om der er klaget over disse. Sådanne ændringer kan både betyde, at erstatningen forhøjes, nedsættes eller bortfalder.

## 4.5 Orientering om afgørelsen

Indenfor cirka to uger efter nævnsmødet vil parterne modtage afgørelsen i sagen. Af afgørelsen vil det fremgå, hvad nævnet har lagt vægt på, og hvilke lovregler sagen er afgjort efter. Hvis der foreligger en udtalelse fra nævnets lægekonsulent, kan man bede om at få udtalelsen, når sagen er afgjort. Det gælder, selv om der er tale om et internt notat.

Når Patientskadeankenævnet har truffet afgørelse i sagen, er der ikke flere klagemuligheder i det administrative system. Hvis en part ikke er enig i Patientskadeankenævnets afgørelse, er der mulighed for at få prøvet sagen ved domstolene. I det tilfælde skal parten eventuelt i samarbejde med en advokat indgive en stævning ved retten. Fristen for indbringelse af sagen for domstolene er inden seks måneder efter, at afgørelsen er meddelt.

## 5 Eksempler på typiske nævnsafgørelser

Indtil 1992 blev patienters adgang til at opnå erstatning reguleret efter den almindelige erstatningsretlige regel, den såkaldte culparegel. Efter denne regel var det patienten, der skulle bevise, at der var indtrådt en skade i forbindelse med behandlingen, og at skaden var forvoldt ved forsætlig eller uagtsom adfærd. Det var med andre ord ret svært at få erstatning.

I 1992 indførtes patientforsikringsloven. Hovedformålet med loven var at indføre en ordning, der sikrer patienterne en lettere, hurtigere og billigere adgang til erstatning, når de er blevet påført en skade ved behandling, undersøgelse eller lignende på et offentligt hospital. I begyndelsen havde langt de fleste amter forsikringsdækning for patientskaderne i et forsikringselskab, men i dag er alle regioner selvforsikrende.

Oprindeligt var det kun fysiske skader, der var omfattet af patientforsikringsloven, men pr. 1. januar 2004 blev loven udvidet til også at dække psykiske skader. Endvidere blev dækningsområdet udvidet således, at behandling på blandt andet privathospitaler, hos vagtlæger og hos privatpraktiserende læger også blev omfattet.

Senest er samtlige regler om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet samlet i én lov: Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (klage- og erstatningsloven), der trådte i kraft den 1. januar 2007.

Loven opstiller en række kriterier for, at en skade kan anses for omfattet af lovens dækningsområde, men erstatningens størrelse fastsættes efter reglerne i erstatningsansvarsloven. Klage- og erstatningsloven indeholder dog den begrænsning, at der kun kan ydes erstatning, hvis den samlede erstatning overstiger 10.000 kroner.

Der vil nedenfor blive foretaget en gennemgang af et udsnit af de afgørelser, som Patientskadeankenævnet har truffet i henhold til klage- og erstatningsloven i 2011. De citerede afgørelser er valgt, fordi de er egnede til at give et indblik i de grundlæggende betingelser for, at en skade kan anses for omfattet af loven. Betingelserne fremgår af lovens §§ 19 til 23.

For at lette forståelsen og betydningen af de enkelte afgørelser er afgørelserne inddelt efter hvilken paragraf, de primært vedrører, og der er for hver paragraf foretaget en kort gennemgang af bestemmelsens indhold.

### 5.1 Kravet om en behandlingsudløst skade

#### **§ 19, stk. 1 (kravet om en behandlingsudløst skade)**

*§ 19, stk. 1. Der ydes erstatning efter reglerne i dette kapitel til patienter eller efterladte til patienter, som her i landet påføres skade i forbindelse med undersøgelse, behandling el.lign. (...).*

Som det fremgår af bestemmelsen, er det et krav, at patienten er påført en skade, og at skaden er opstået i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende. Det er

ikke en betingelse, at patienten skal være påført et mén som følge af behandlingen. En skade i lovens forstand kan således for eksempel bestå i en forlænget sygeperiode, fordi patienten har måttet reopereres.

Der foreligger herefter en patientskade, hvis det efter en undersøgelse af sagens konkrete omstændigheder fremstår som overvejende sandsynligt, at skaden er forårsaget af behandlingen. I princippet er selv en minimal sandsynlighedsovervægt tilstrækkelig (det vil sige lidt over 50 procent).

Selve det forhold, at behandlingen ikke får den ønskede effekt, eller at der er givet utilstrækkelig information om eventuelle risici forud for behandlingen, er ikke skader i lovens forstand.

### **Afgørelser efter § 19, stk. 1:**

#### **Løs knæprotese var ikke en skade (2011-00-766)**

En 39-årig mand fik i marts 2008 indsat en protese i venstre knæ på grund af slidgigt. Efterfølgende røntgenkontrol viste, at protesen sad, som den skulle. På grund af vedvarende knægener fik han i april 2010 foretaget en knogleskintigrafi, som viste, at protesen sad løst. Han måtte derfor have foretaget en ny operation med udskiftning af protesen.

*Patientskadeankenævnet fandt ligesom Patientforsikringen, at patienten ikke var påført en skade som følge af behandlingen. Nævnet lagde blandt andet vægt på, at operationen var forløbet planmæssigt og uden umiddelbare komplikationer. Endvidere lagde nævnet vægt på, at protesen var velplaceret. Løsningen af protesen kunne derfor ikke tilskrives behandlingen.*

*Sagen viser, at det ved skadesvurderingen er afgørende at fastslå, om det er behandlingen, der er årsag til en skade eller komplikations opståen. Selv om et kunstigt knæ er en behandling, så var det i ovenstående eksempel ikke forhold ved behandlingen, der gjorde, at protesen måtte skiftes, og dermed var der ikke indtrådt en skade eller komplikation i lovens forstand.*

#### **Nervegener efter blokade ( 2011-0-968)**

En 23-årig kvinde med talrige tidligere ledscred og operationer i den ene skulder blev i april 2010 indlagt, fordi skulderen atter var gået af led. Man forsøgte at sætte skulderen på plads under anlæggelse af en skalenerblokaade (smertebehandling, hvor man ved halsroden indsprøjter et bedøvelsesmiddel, der bedøver nerverne til skulder og arm). Efterfølgende blev det konstateret, at der var sket en beskadigelse af nerven til deltamusklen (nervus axillaris).

*Patientskadeankenævnet fandt ligesom Patientforsikringen, at patienten med overvejende sandsynlighed ikke var påført en skade som følge af behandlingen. Nævnet lagde blandt andet vægt på, at nervegenerene endnu*

*ikke har delt sig på det sted, hvor blokaden anlægges. En isoleret skade på nervus axillaris ville derfor være meget lidt sandsynlig. Endvidere lagde nævnet vægt på, at blokaden var anlagt ved anvendelse af korrekt metode, samt på, at ledeskred i skulderen kan forårsage en sådan nerveskade, som patienten fik. Selv om patienten ikke tidligere havde oplevet nervegener i forbindelse med sine mange ledeskred, og selv om patienten ikke havde bemærket nervegenerne før anlæggelsen af blokaden, fandt nævnet det derfor ikke overvejende sandsynligt, at nerveskaden var udløst af behandlingen.*

*Sagen viser, at skadesvurderingen beror på en konkret afvejning af mulige årsagsfaktorer. Er det efter en afvejning af de mulige årsagsfaktorer mest sandsynligt, at skaden skyldes grundlidelsen, kan skaden ikke anerkendes som omfattet af loven. Den blotte hypotetiske mulighed og tidsmæssig sammenhæng er ikke tilstrækkeligt.*

### **Hjerneskade kunne ikke have været undgået (2010-0-1309)**

En 27-årig mand blev i juli 2009 indlagt på et sygehus på grund af mistanke om meningitis. Ved indlæggelsen var han ikke nakke-rygstiv, han havde ikke lysskyhed, og samtlige blodprøver tydede på, at der var tale om en virusinfektion. På grund af fortsat høj temperatur, mathed og manglende evne til at lade vandet blev han efter cirka en uge overflyttet til et andet sygehus. Her fortog man straks en lumbalpunktur (undersøgelse af rygmarvsvæsken), der viste, at manden havde en virusbetinget infektion i centralnervesystemet. I forløbet udviklede han forbigående lammelse af øjennerverne, længelevende ophævet evne til at lade vandet og kognitive gener.

Patientforsikringen vurderede, at betingelserne for at tilkende erstatning ikke var opfyldt. Man lagde herved vægt på, at behandlingen havde været i overensstemmelse med, hvorledes en erfaren specialist på området ville have handlet. Der havde således ikke været indikation for at foretage en lumbalpunktur på et tidligere tidspunkt, og dermed kunne følgerne af diagnoseforsinkelsen ikke tilskrives behandlingen.

*Patientskadeankenævnet fandt dog, at behandlingen ikke havde været i overensstemmelse med erfaren specialiststandard. Nævnet lagde blandt andet vægt på, at patienten ved indlæggelsen på det første sygehus havde symptomer, der frembød mistanke om meningitis eller hjernebetændelse. Man burde derfor allerede på den første indlæggelsesdag have foretaget en lumbalpunktur.*

*Nævnet vurderede dog, at dette ikke med overvejende sandsynlighed ville have ført til, at patienten havde undgået følgerne af hjernebetændelsen. Nævnet lagde herved blandt andet vægt på, at lumbalpunkturen viste, at infektionen i hjernen hverken var forårsaget af bakterier eller af herpesvirus, og at man derfor ikke ville have kunnet iværksætte en behandling, der med overvejende sandsynlighed ville have hindret de efterfølgende genes opståen. Patienten var derfor ikke påført en erstatningsberettigende skade.*



Afgørelsen er indbragt for domstolene.

Sagen viser, at det er en grundlæggende betingelse for tilkendelse af erstatning, at patienten er påført en skade som følge af behandlingen. Selv om der er sket en forsinket diagnosticering af patientens sygdom, og selv om forsinkelsen skyldes, at behandlingen ikke har været i overensstemmelse med erfarene specialiststandard, er det altså et krav, at man med en hurtigere diagnosticering kunne have hindret skadens opståen. Er denne betingelse ikke opfyldt, anses skaden for udløst af patientens grundsygdom.

## 5.2 Ansvarsgrundlaget

### **§ 20, stk. 1 (ansvarsgrundlaget)**

§ 20, stk. 1. 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 el.lign., 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 el.lign.,

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.

KEL § 20 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 § 20, 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.

#### 5.2.1 Specialistreglen

§ 20, stk. 1, nr. 1, kaldes også specialistreglen. Der er tale om en specialismålestok, hvor udgangspunktet er, hvordan den erfarne specialist på området ville have handlet under de givne ressourcemæssige forhold, og hvorvidt skaden med overvejende sand-

synlighed ville have været undgået med denne behandling. Det er derfor uden betydning, hvilke individuelle forudsætninger den behandlende læge havde.

Patienten er ikke berettiget til erstatning, hvis der som følge af politiske beslutninger om ressourcerne på det enkelte sygehus ikke kan tilbydes den behandling eller undersøgelse, som den erfarne specialist finder nødvendig. Den erfarne specialist skal dog i disse situationer sørge for henvisning/overflytning af patienten til et sygehus, der kan tilbyde den relevante behandling.

### 5.2.2 Svigt i apparatur

§ 20, stk. 1, nr. 2, er en ansvarsregel, der dækker alle tilfælde af svigt i apparatur med videre. Hvis teknisk udstyr er anvendt forkert af den behandlende sundhedsperson, henhører dette under specialistreglen, idet den erfarne specialist forudsættes at kunne betjene det apparatur, der anvendes til undersøgelse og behandling indenfor specialet.

Bestemmelse anvendes kun sjældent, og Patientskadeankenævnet har i 2011 kun haft en enkelt sag, hvor bestemmelsen fandt anvendelse. Sagen refereres nedenfor.

### 5.2.3 Ligeværdig behandlingsmetode

§ 20, stk. 1, nr. 3, dækker skader, der set i bakspejlet kunne være undgået ved valg af en anden ligeværdig behandlingsmetode. Reglen har et meget snævert anvendelsesområde, idet det er sjældent, at der findes to behandlingsteknikker, der ud fra et lægeligt synspunkt er helt lige gode til behandling af en patient. Hvis der i den konkrete situation er en blot minimal lægelig præference for den ene metode, kan metoderne ikke anses for ligeværdige i lovens forstand.

Bestemmelsen i nr. 3 anvendes ligeledes meget sjældent, og Patientskadeankenævnet har i 2011 ikke behandlet sager, der vedrører sådanne forhold.

### 5.2.4 Rimelighedsreglen

§ 20, stk. 1, nr. 4, kaldes også rimelighedsreglen, fordi bestemmelsen omfatter skader, der er mere sjældne og alvorlige, end hvad patienten med rimelighed må tåle. Meningen med reglen er således at fastslå, at patienterne selv må bære visse risici for komplikationer til behandlingen, fordi de eventuelle komplikationer er af underordnet betydning i forhold til de følger, som grundsygdommen, altså den sygdom, patienten behandles for, sandsynligvis ville have fået, hvis behandling ikke var sat i værk. Det betyder, at komplikationer i forbindelse med behandling af meget alvorlige sygdomme som oftest ikke er omfattet, men det er dog altid en konkret vurdering, hvorvidt en hændelig skade må tåles.

Grænsen for, hvornår en skade betragtes som sjælden, ligger sædvanligvis ved 1-2 procent. Skader, der indtræder hyppigere, falder som udgangspunkt for sjældenhedskriteriet og kan derfor ikke medføre erstatning.

## Afgørelser efter § 20, stk. 1, nr. 1 (specialistreglen):

### **Lammelse af ansigtsnerve kunne være undgået (2010-0-1682)**

En 18-årig kvinde havde siden barndommen haft nedsat hørelse på højre øre. Ved en mindre operation blev det konstateret, at hun havde en godartet svulst i øret (et kolesteatom). Hun fik derfor foretaget en kikkertoperation, hvor man dog ikke kunne fjerne hele svulsten, idet den havde bredt sig ind igennem loftet til mellemøret og ind over indre øregang under den hårde hjernehinde og hjernens tindingelap. Man måtte derfor foretage endnu en operation. Efter operationen havde kvinden en total lammelse af højre side af ansigtet.

Patientforsikringen vurderede, at behandlingen havde været i overensstemmelse med erfaren specialiststandard, og at der derfor var tale om en hændelig komplikation. Da skade på ansigtsnerven ikke er sjældent forekommende ved den type operation, og da svulsten ubehandlet kunne have været livstruende, fandt Patientforsikringen ikke, at der kunne ydes erstatning.

*Patientskadeankenævnet ændrede afgørelsen, idet nævnet fandt, at kvinden var berettiget til erstatning efter § 20, stk. 1, nr. 1. Ved afgørelsen lagde nævnet vægt på, at en erfaren specialist ville have foretaget en monitorering af ansigtsnervens funktion under operationen, og at dette med overvejende sandsynlighed ville have forhindret eller i al væsentlighed begrænset lammelsen af ansigtsnerven.*

*Sagen er et eksempel på, at en patient er fundet berettiget til erstatning, fordi behandlingen ikke har været i overensstemmelse med, hvorledes en erfaren specialist på området ville have handlet.*

### **Utilstrækkelig kræftoperation medførte forlænget sygeforløb (2011-00-831)**

En 53-årig kvinde blev i juli 2010 opereret for kræft i livmoderen. Under operationen fjernede man livmoder, æggestokke og æggeleder. Man vurderede, at der var foretaget tilstrækkelig operation, og at der ikke var behov for yderligere behandling. Til kontrol i oktober 2010 konstaterede man, at der var blevet efterladt godt en centimeter af livmoderhalsen ved operationen. Man fandt det derfor nødvendigt med endnu et indgreb, hvor man fjernede den resterende del af livmoderhalsen samt lymfeknuderne i lysken. Patientforsikringen vurderede, at behandlingen havde været i overensstemmelse med, hvorledes en erfaren specialist på området ville have handlet. Man fandt således ikke, at der havde været indikation for at fjerne livmoderhalsen under operationen.

*Patientskadeankenævnet ændrede afgørelsen, idet nævnet fandt, at en erfaren specialist på området ikke ville have efterladt et stykke af livmoderhalsen under operationen. Nævnet fandt det overvejende sandsynligt, at kvinden kunne have undgået reoperationen og det dertil knyttede forlængede sygeforløb, såfremt behandlingen havde været i overensstemmelse med erfaren specialiststandard. Betingelserne for tilkendelse af erstatning var derfor opfyldt.*

*Sagen viser, at det ikke er en betingelse for tilkendelse af erstatning, at patienten bliver påført en varig skade som følge af, at behandlingen ikke levede op til den erfarne specialists standard. Hvis behandlingen har afvejet fra erfaren specialiststandard, og hvis patienten som følge heraf har fået sit sygeforløb forlænget, er forlængelsen omfattet af lovens dækningsområde.*

### **Afgørelser efter § 20, stk. 1, nr. 2 (svigt i apparatur):**

#### **Vævsnekrose som følge af udsivende kemovæske (200-0-1320)**

En 40-årig kvinde fik i forbindelse med behandling for brystkræft injiceret kemovæske i en kapsel (port-a-cath). Der opstod efterfølgende vævsnekrose sandsynligvis som følge af udsivende kemovæske. Patientforsikringen vurderede, at der ikke var begået fejl i forbindelse med behandlingen og at der således var tale om en hændelig komplikation, der ikke var tilstrækkelig alvorlig til at kunne anerkendes efter lovens § 20, stk. 1., nr. 4. Patientskadeankenævnet tiltrådte efterfølgende Patientforsikringens afgørelse.

Patienten valgte at indbringe sagen for retten og i forbindelse med retssagens behandling fremkom der nye oplysninger ved Retslægerådets vurdering af sagen.

Retslægerådet udtalte under sagen blandt andet følgende:

"I forbindelse med indgift af kemoterapi har man overholdt de foreliggende

retningslinjer. Indikationen har været velmotiveret, og man har sikret sig tilbageløb før indgift af kemoterapien. Alle generelle retningslinjer synes at være overholdt, og skaden må derfor betegnes som en hændelig komplikation.

[...]

På det foreliggende er der næppe tvivl om, at patientens vævsnekrose er forårsaget af den udsivende kemoterapi. De skader, der foreligger, tyder afgørende i retning af vævsnekrose forårsaget af kemoterapi og ikke infektion.

[...]

Den indgivne kemovæske kan kun komme i forbindelse med brystvævet, hvis den er indgivet forkert, det vil sige uden for kapslen eller kapslen har været utæt. [...]"

*På den baggrund genoptog nævnet sagen og anerkendte, at patienten var påført en skade i form af vævsnekrose efter udsivning af kemoterapi fra injektionskapsel. Der var sket et svigt af apparatur, jf. § 20, stk. 1. nr. 2.*

#### **Afgørelser efter § 20, stk. 1, nr. 4 (rimelighedsreglen):**

##### **Tarmlækage efter fedmeoperation måtte tåles (2011-00-043)**

En 28-årig overvægtig kvinde fik i februar 2009 foretaget en kikkertoperation, hvor man indsnævrede hendes mavesæk. I forbindelse med operationen opstod der et lille hul på tyndtarmen. Hun måtte derfor gennemgå endnu en operation dagen efter. Herefter var hun plaget af vedvarende mavesmerter.

*Patientskadeankenævnet vurderede i lighed med Patientforsikringen, at skaden på tyndtarmen var en hændelig komplikation til behandlingen. Nævnet vurderede endvidere, at skaden var sjældent forekommende. Imidlertid fandtes skaden ikke tilstrækkeligt alvorlig til, at den kunne anses for omfattet af loven. Nævnet lagde ved vurderingen blandt andet vægt på, at kvinden inden operationen havde et BMI på 44, og at hun på grund af sin overvægt havde psykiske gener samt belastningsgener i både knæ og ryg. Operationen var derfor nødvendig for at hindre, at hun ville få tiltagende gener og mere alvorlige følgesygdomme. Endvidere lagde nævnet vægt på karakteren af operationen, idet der var tale om et større kirurgisk indgreb med risiko for en række komplikationer.*

*Sagen viser, at det efter klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, både er en betingelse, at skaden er sjældent forekommende, og at den er mere alvorlig, end hvad patienten med rimelighed må tåle. I rimelighedsvurderingen indgår en afvejning af skadens alvor set i forhold til den sygdom, som blev behandlet, farligheden af behandlingen samt patientens generelle helbredstilstand.*

### **Hjerneskode efter bypassoperation (2010-00-861)**

En 61-årig mand, ryger og med kendt sukkersyge, havde i foråret 2009 problemer med manglende heling af et sår på den ene hæl. Der blev konstateret manglende blodforsyning til benet, og han fik derfor i juli 2009 foretaget en bypass-operation, hvor man indsatte en kunststofprotese i lyskevenen. Efter cirka en måned måtte manden dog genindlægges, idet han havde fået en svær blødning fra lysken og infektion. Han blev opereret akut, og man konstaterede, at den indsatte karprotese var stoppet til. Manden gennemgik herefter et kompliceret forløb med blandt andet blodforgiftning og flere hjertestop. Efterfølgende kunne det konstateres, at manden havde fået varige skader på hjernen. Han var ikke længere i stand til at klare sig selv, og måtte anvende kørestol og rollator.

Patientforsikringen fandt, at de indtrådte komplikationer måtte anses for hændelige, og at skaderne som følge heraf ikke var tilstrækkeligt alvorlige til, at der kunne ydes erstatning. Patientforsikringen fandt endvidere, at blødning og infektion i forbindelse med bypassoperation med indsættelse af karprotese var for hyppigt forekommende til at kunne anerkendes.

*Patientskadeankenævnet ændrede afgørelsen, idet nævnet fandt, at dyb infektion i protesen, akut blødning, hjertestop og deraf følgende hjerneskode var sjældne og alvorlige komplikationer til behandlingen. Nævnet lagde blandt andet vægt på, at patientens grundlidelse ubehandlet med overvejende sandsynlighed ville have ført til amputation af benet, og at den statistiske dødelighed uanset behandlingen ville være tre procent, idet åreforkalkning i benene ofte er fulgt af svær åreforkalkning andre steder, særligt i hjertet. Undersøgelse af patientens hjerte havde dog ikke vist tegn på åreforkalkning. Endelig lagde nævnet vægt på omfanget af hjerneskode, der havde medført betydelige kognitive forandringer i form af manglende hukommelse og ændret personlighed, og at patienten ikke længere kunne bo i eget hjem. Nævnet fandt derfor, at skaden var mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed måtte tåle.*

*Sagen viser, at det ikke er tilstrækkeligt at se på den indtrådte komplikations sjældenhed. Der skal derimod foretages en vurdering af sjældenheden af den indtrådte skade, herunder at patienten fik hjertestop på grund af den kraftige blødning og den deraf følgende hjerneskode. Som i den ovenfor nævnte sag om tarmlækage er denne sag endvidere et eksempel på den skønsmæssige afvejning, der ligger til grund for rimelighedsvurderingen.*

### **Psykisk skade efter livstruende blødning (2010-00-698)**

En 55-årig kvinde fik i februar 2004 bortopereret skjoldbruskkirtlen, der var svært forstørret (struma). Dagen efter operationen blev kvinden pludselig meget syg. Halsen hævede kraftigt op, og hun kunne ikke trække vejret. Man foretog akut spaltning af såret og udtømte en større blodansamling. Hendes vejtrækning bedredes herefter lidt, hvorefter man opererede hende. Under operationen fandt man to blødende kar, som man lukkede. Efterfølgende måtte kvinden overflyttes til intensiv, hvor hun blev lagt i respirator på grund af iltmanglen. Få dage efter var hun kommet sig så meget, at hun kunne flyttes tilbage på stamafdelingen. På grund af episoden, hvor hun nær var blevet kvalt, udviklede kvinden en voldsom psykisk krisereaktion, der medførte en ændring af hendes personlighed. Hun var nu nærtagende, ængstelig, usikker, havde tilbøjelighed til at isolere sig, havde fået hukommelsesbesvær og nedsat koncentrationsevne.

Patientforsikringen vurderede, at der ikke kunne ydes erstatning, idet man fandt blødning efter en strumaoperation for hyppigt forekommende til, at lovens betingelse om sjældenhed var opfyldt.

*Patientskadeankenævnet ændrede Patientforsikringens afgørelse. Nævnet fandt, at en blødning af det omfang efter en operation for struma indtræder i langt under 2 procent af alle tilfældene. Endvidere fandt nævnet, at følgerne af komplikationen var tilstrækkeligt alvorlige til at udløse erstatning. Nævnet lagde blandt andet vægt på forløbets karakter, herunder at kvinden nær var blevet kvalt på grund af blødningen, at det var nødvendigt at foretage akut spaltning af såret for at skabe luftvej, og at man efterfølgende måtte gennemføre endnu en operation. Videre lagde nævnet vægt på omfanget af de efterfølgende psykiske gener, og på at kvinden før operationen var psykisk velbefindende.*

*Sagen er endnu et eksempel på, at der ved sjældenhedsvurderingen skal foretages et skøn over den konkrete skades hyppighed. Endvidere er sagen et eksempel på, at en skade både kan være af fysisk og af psykisk karakter. Ved skader, der er forårsaget før 1. januar 2004 er rene psykiske skader ikke omfattet, og derfor sondres der mellem, om den psykiske skade er en følge af en fysisk skade, eller om der er tale om en såkaldt ren psykisk skade, det vil sige en skade, der ikke udspringer af en fysisk skade. Sondringen er dog ikke længere nødvendig indenfor patientskadeområdet, da både fysiske og psykiske skader nu er omfattet, men anvendes stadig ved lægemiddelskader, hvor rene psykiske skader ikke er omfattet.*



### 5.3 Fejldiagnoser/forsinket diagnosticering

#### **§ 21, stk. 1 (fejldiagnoser/forsinket diagnosticering)**

*§ 21, stk. 1. Skade som følge af, at der ikke er blevet stillet en rigtig diagnose af patientens sygdom, erstattes kun i de i § 20, stk. 1, nr. 1 og 2, nævnte tilfælde.*

Bestemmelsen fastslår, at der er grundlag for at yde erstatning, hvis der ikke er blevet stillet en rigtig diagnose, og hvis patienten som følge heraf er blevet påført en skade.

Skaden skal med overvejende sandsynlighed være forvoldt på en af de i § 20, stk. 1, nr. 1, eller nr. 2, nævnte måder. Det vil sige, at diagnosticeringen på undersøgelsestidspunktet ikke har levet op til kravet om den erfarne specialists standard, eller at diagnosticeringsfejlen skyldes fejl eller svigt i teknisk apparatur, redskaber eller andet udstyr.

Vurderingen af, om den rigtige diagnose burde være stillet på et tidligere tidspunkt, skal foretages ud fra en konkret vurdering af den viden om patientens tilstand, som forelå på tidspunktet for behandlingens udførelse. Det afgørende ved vurderingen er således, om den erfarne specialist ville have handlet anderledes i den pågældende situation - om diagnosen herved ville være stillet, og om man ved en tidligere diagnosticering med overvejende sandsynlighed kunne have hindret skadens opståen.

Patientskadeankenævnet har ikke i 2011 haft nogen sager, der omhandler forsinket diagnosticering på grund af fejl eller svigt i teknisk apparatur, redskaber eller andet udstyr (§ 20, stk. 1, nr. 2). De nedenfor citerede afgørelser vedrører derfor alle situationer, hvor spørgsmålet var, om specialiststandarderne var fulgt.

#### **Afgørelser efter § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1:**

##### **Erstatning for manglende viderehenvielse (2011-0-1193)**

En 18-årig mand fik i forbindelse med ishockeysspil en puck i ansigtet, og han beskadigede blandt andet sine læber og slog to tænder ud. Han blev visiteret i skadestuens venteværelse kl. 19.06 medbringende den ene tand i saltvand. Kl. 22.30 blev han undersøgt af en læge, der viderehenviste ham til et andet hospital på grund af manglende specialister i mund-, tand- og kæbekirurgi. Manden blev behandlet på det andet hospital kl. 23.15, men på dette tidspunkt kunne den udslåede tand ikke genindsættes i munden.

Patientforsikringen fandt, at der ikke kunne ydes erstatning, idet 3½ times ventetid på skadestuen lå inden for den tilladelige ventetid efter erfarne specialiststandard, når der hensås til, at der var tale om en tandskade.

*Patientskadeankenævnet fandt i modsætning hertil, at man ved henvendel-*



*sen på det første sygehus straks burde have viderevisiteret den tilskadekomne mand, idet en udslået tand skal behandles med genindsættelse indenfor cirka 1½ time. Det var nævnets vurdering, at manden herved med overvejende sandsynlighed kunne have undgået tabet af den ene tand.*

*Sagen viser, at et sygehus kan pådrage sig et erstatningsansvar for manglende viderehenvisning, hvis sygehuset ikke selv er i besiddelse af de fornødne ressourcer til at behandle patienten.*

### **Hjerteskode kunne ikke anerkendes (2010-0-1900)**

En 62-årig mand henvendte sig på en ferie i august 2009 til lægevagten på grund af smerter under højre skulder og i maven. Lægen lyttede på hjerte og lunger, og han tog et EKG (elektrokardiogram), som viste normale forhold. Smerterne tolkedes som galdestensprægede, og manden blev sat i behandling med smertestillende medicin. På grund af vedvarende anstrengelsesudløst åndenød, slaphed og træthed henvendte manden sig otte dage senere til egen læge, der straks indlagde ham til observation for blodprop i lungerne. På sygehuset konstaterede man, at han havde en blodprop i hjertet. Man foretog ballonudvidelse, men mandens hjertepumpefunktion var nu nedsat til 25 procent svarende til cirka halvdelen af det normale.

*Patientskadeankenævnet vurderede ligesom Patientforsikringen, at vagtlægen havde undersøgt manden i overensstemmelse med, hvad der kunne forventes af en erfaren specialist på det pågældende område. Skaden på hjertet kunne følgelig ikke tilskrives behandlingen.*

*Sagen viser, at det ved forsinket diagnosticering er en betingelse for anerkendelse, at udredningen ikke var i overensstemmelse med erfaren specialiststandard. Fejldiagnosticering er altså ikke i sig selv tilstrækkeligt til, at der kan ydes erstatning.*

### **Forsinket kræftdiagnose anerkendt (2011-00-881)**

En 51-årig kvinde blev i juli 2007 undersøgt hos en privatpraktiserende øre-, næse-, halslæge på grund af skorpedannelse i næsen. Kvinden havde i årevis brugt Otrivin næsespray dagligt, og der fandtes som følge heraf hul i næseskillevæggen. Kvinden blev anbefalet behandling med vaseline, saltvandsskylninger og næsespray med binyrebarkhormon. Ved kontrol den efterfølgende måned oplyste kvinden, at der opstod blodige skorper ved anvendelse af næsesprayen med binyrebarkhormon, og hun var generet af kontant hovedpine i højre side af hovedet og kraniet.

Behandlingen blev ændret til Singulair (astmamiddel). Ved kontrol måneden efter fandtes der rødme og hårdhed på højre næsefløj samt store skorpemængder i begge næsebor. Kvinden blev behandlet med antibiotika. To måneder senere blev kvinden viderehenvist til et sygehus til eventuel laserbehandling af næseblødningen.

På sygehuset oplyste kvinden, at næsen var meget øm, og at især vævet ved højre næsefløj føltes underligt fast og fibrøst. Kvinden var forpint af konstante smerter i højre overkæbe og af daglig næseblod.

Man mistænkte, at der var tale om en bindevævssygdom og henviste til reumatologisk afdeling. I den efterfølgende periode forværredes tilstanden med sårdannelse bag overmundens fortænder samt smerter trods anvendelse af smertestillende medicin. I november 2007 fik kvinden foretaget forskellige vævsprøver, der viste, at der var tale om kræftsygdom (planocellulært karcinom), som formentlig var udgået fra den forreste del af næsehulen (vestibulum nasi). Kvinden blev herefter i december 2007 opereret med fjernelse af tumorvæv fra blandt andet næsen og overmundens. Hun blev behandlet med stråler, og måtte efterfølgende gennemgå flere operationer med rekonstruktion af ansigtet.

Patientforsikringen fandt, at udredningen havde været i overensstemmelse med erfaren specialiststandard, hvorfor der ikke var grundlag for tilkendelse af erstatning.

*Patientskadeankenævnet ændrede afgørelsen, idet nævnet fandt, at den diagnostiske udredning hos øre-, næse- halslægen og på sygehuset ikke havde været i overensstemmelse med erfaren specialiststandard. Nævnet lagde blandt andet vægt på, at kvinden havde flere symptomer, der ikke var sædvanlige ved langvarigt forbrug af næsespray. Da den iværksatte behandling med vaseline, binyrebarkhormon og saltvandsskylninger ikke hjalp, burde kvinden derfor med det samme have været henvist til et sygehus med henblik på udredning for kræft. På sygehuset burde man straks have taget vævsprøver. Nævnet fandt, at kvindens kræftsygdom på grund af diagnoseforsinkelsen var blevet mere fremskreden, og at behovet for operation og strålebehandling med overvejende sandsynlighed ville have været mindre omfattende ved hurtigere diagnosticering.*

*Sagen er et eksempel på anerkendelse af en skade som følge af forsinket diagnosticering. I sagen havde udredningen ikke været i overensstemmelse med erfaren specialiststandard, og patienten havde som følge heraf fået en forværring af sin grundsygdom.*

## 5.4 Ulykkestilfælde

### **§ 21, stk. 2 (ulykkestilfælde)**

*§ 21, stk. 2. Ved ulykkestilfælde, der ikke omfattes af § 20, 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 omfatter personer, der befinder sig på sygehusets område med henblik på behandling eller undersøgelse. Eventuelle ledsagere eller besøgende er altså ikke omfattet.

Det er ikke nogen betingelse, at ulykkestilfældet sker direkte i forbindelse med foretagelse af undersøgelse eller behandling. Tværtimod vil ulykkestilfælde under selve behandlingen oftest falde ind under specialistreglen i § 20, stk. 1, nr. 1. Det typiske anvendelsesområde for bestemmelsen er situationer, hvor sygehuset ved fejl eller forsømmelse har tilsidesat sin vedligeholdelsespligt af bygninger eller bygningsindretninger, og situationer hvor sygehuset har tilsidesat sin tilsynspligt med patienten.

### **Afgørelser efter § 21, stk. 2:**

#### **Fald fra ulåst bækkenstol (2010-0-1831)**

En 63-årig kvinde fik i august 2006 indopereret et kunstigt knæ. Den efterfølgende dag skulle hun flyttes fra hospitalssengen over i en såkaldt bækkenstol, hvilket er en særlig stol med hjul på, som bruges i forbindelse med blandt andet badning. I forbindelse med, at kvinden skulle flytte sig over på stolen, rullede den, og hun faldt ned og slog sit nyopererede knæ. Sygehuset oplyste i forbindelse med sagen, at man havde en uskrevet regel om, at en bækkenstol skal låses, når en patient bliver efterladt på en sådan.

*Patientskadeankenævnet fandt i lighed med Patientforsikringen, at bækkenstolen burde have været låst af personalet, inden patienten forsøgte at sætte sig på den. Man fandt endvidere, at falduheldet herved med overvejende sandsynlighed ville have været undgået. Der blev ved vurderingen lagt vægt på sygehusets interne retningslinjer for anvendelse af bækkenstole.*

*Sagen viser, at sygehuset kan pålægges et erstatningsansvar i situationer, hvor personalet ikke følger retningslinjerne for anvendelse af hospitalets udstyr. Det skal dog bemærkes, at erstatningsansvar ikke er betinget af, at retningslinjerne er overtrådt, eller at der overhovedet er retningslinjer på det pågældende område.*

### **Fald i dørmåtte var hændeligt uheld (2010-0-1749)**

En 74-årig kvinde, der skulle til undersøgelse på et sygehus, faldt i dørmåtten til sygehusets indgang. I faldet brækkede hun den ene skulder og ødelagde sine briller til en værdi af 8.695 kroner. Sygehuset valgte af egen drift at erstatte kvindens briller. Kvinden oplyste i forbindelse med erstatningsøgsmålet, at det var en fold i dørmåtten, der var årsag til hendes fald. Sygehuset oplyste, at dørmåtterne var cirka halvandet år gamle, skridsikre og med skridhæmmende underside. Videre oplyste sygehuset, at måtterne dagligt blev tjekket af rengøringsassistenten, der vurderede, om måtterne skulle udskiftes, samt at måtterne lå tæt til gulvet. Sygehuset havde ikke kendskab til lignende uheld.

*Patientskadeankenævnet vurderede ligesom Patientforsikringen, at uheldet ikke var en følge af en sådan fejl eller forsømmelse fra sygehusets side, at der var grundlag for at pålægge sygehuset et erstatningsansvar. Nævnet lagde vægt på, at sygehuset forud for falduheldet havde taget relevante forholdsregler med henblik på at sikre, at dørmåtterne forblev plane med gulvet, ligesom måtterne var forholdsvis nye og blev tjekket dagligt. Herudover blev der lagt vægt på, at sygehuset ikke kendte til andre falduheld i dørmåtterne, hvorfor man ikke havde haft grund til at iværksætte tiltag i form af yderligere sikring eller udskiftning af måtterne. Den omstændighed, at sygehuset af egen drift havde vagt at erstatte kvindens briller, kunne ikke føre til, at kvinden også var berettiget til erstatning for skulderskaden.*

*Sagen viser, at sygehuset kun kan pålægges at betale erstatning, hvis årsagen til et uheld skyldes fejl eller forsømmelse (uagtsomhed) fra sygehusets side. Hvis sygehuset har taget alle rimelige forholdsregler for at undgå, at uheld af den pågældende type indtræder, er der tale om et hændeligt uheld, som patienten selv bærer risikoen for. Selv om sygehuset indirekte har påtaget sig ansvaret for uheldet ved at udbetale erstatning for en eventuel tingsskade, kan det ikke føre til, at personskaden anses for omfattet af klage- og erstatningsloven.*

### **Ingen erstatning trods gentagne falduheld (2011-00-696)**

En 66-årig mand blev i maj 2010 indlagt på et sygehus, fordi CT-skanning havde vist tegn på blodprop. Han havde usikker gang, og havde derfor behov for gangassistance. Det blev vurderet, at han var urealistisk omkring sin egen fysiske formåen, og at han var faldtruet. Man havde valgt ikke at give ham en rollator og i stedet anmodet ham om at tilkalde hjælp, hvis han skulle op at gå. Endvidere havde man fastgjort klokkesnoren til hans tøj, givet ham skridsikre sokker på, sat sengen i laveste position og slået sengehesten op. I forbindelse med indlæggelsen faldt han flere gange og slog herunder blandt andet hovedet så kraftigt, at han i en periode måtte over-

flyttes til et andet sygehus. Ifølge udtalelse fra sygehuset havde man en instruks for faldtruede patienter, og instruksen var i patientens tilfælde blevet fulgt.

*Patientskadeankenævnet fandt i lighed med Patientforsikringen, at patientens falduheld ikke kunne henføres til en sådan fejl eller forsømmelse fra sygehusets side, at der var grundlag for at pålægge det et erstatningsansvar efter almindelige erstatningsretlige regler. Nævnet lagde blandt andet vægt på, at man i forbindelse med indlæggelsen foretog en konkret sygeplejefaglig vurdering af patientens tilstand, at man overholdt afdelingens sædvanlige praksis, og at sygehusets instruks for faldtruede patienter var fulgt.*

*Sagen er endnu et eksempel på, at sygehuset ikke pådrager sig et erstatningsansvar, hvis det har taget alle rimelige forholdsregler for at undgå, at uheld af den pågældende type indtræder.*

## 5.5. Skader i forbindelse med behandling af lægemidler

### **§ 21, stk. 3 (skader i forbindelse med behandling med lægemidler)**

*§ 21, stk. 3. Erstatning efter dette kapitel ydes ikke for skader, der skyldes egenskaber ved de lægemidler, der er anvendt ved undersøgelse, behandling el.lign.*

Når patienter påføres skader i forbindelse med behandling med lægemidler, må der skelnes mellem situationer, hvor skaden kan tilskrives måden, som lægemidlet er anvendt på og potentielt skadelige egenskaber ved selve lægemidlet (bivirkninger). Hvis skaden skyldes egenskaber ved lægemidlet, er der tale om en lægemiddelskade, og denne type skader er undtaget fra lovens kapitel 3 om patientforsikrings-skader.

Skader, der er omfattet af lovens kapitel 3 om patientforsikrings-skader, falder overordnet i tre grupper:

- tilfælde, hvor der ikke har været den fornødne lægelige indikation for behandlingen med det pågældende lægemiddel. Det kan for eksempel være på grund af fejldiagnosticering eller på grund af forkert præparatvalg.
- tilfælde, hvor lægemidlet har været ordineret i forkerte doser.
- tilfælde, hvor lægemidlet er administreret forkert. Et eksempel herpå kunne være medicin, der er beregnet til injektion i en blodåre, men som bliver injiceret udenfor blodåren og herved forårsager skade på det omkringliggende væv.

Såfremt en skade er omfattet af patientforsikringsordningen (lovens kapitel 3), finder lægemiddelskadeordningen (lovens kapitel 4) ikke anvendelse. En skade kan altså ikke være omfattet af begge ordninger.

### Afgørelser efter § 21, stk. 3

#### **Psykisk skade efter behandling med Prednisolon (2010-0-1207)**

En 41-årig kvinde med kendt stofskiftesygdom blev i december 2007 sat i behandling med højdosis Prednisolon på grund af en truende øjenskade. Indenfor få dage udviklede kvinden symptomer i form af uro i kroppen, søvnbesvær, manglede sultfølelse og hyperaktivitet. I starten af januar 2008 blev hun indlagt på psykiatrisk afdeling, hvor man konstaterede, at hun havde et manisk adfærdsmønster. Efter aftale med en øjenlæge trappede man Prednisolonbehandlingen ned til et minimum, og kvinden kunne udskrives efter cirka en uge.

*Patientskadeankenævnet vurderede ligesom Patientforsikringen, at behandlingen med højdosis Prednisolon var i overensstemmelse med, hvorledes en erfaren specialist på området ville have handlet. Selve udviklingen af den maniske psykose var derfor ikke omfattet af klage- og erstatningslovens kapitel 3 om patientforsikringskader. Nævnet vurderede dog, at psykosen var blevet diagnosticeret for sent, jf. lovens § 21, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1. Der blev herved lagt vægt på, at patienten allerede ved kontrollen 12 dage efter behandlingsopstart præsenterede så klare maniske tegn, at hun burde have været set af en psykiater eller være sat i behandling med antipsykotisk medicin. Der var derfor som udgangspunkt grundlag for tilkendelse af erstatning for det forlængede sygeforløb.*

*Sagen er et eksempel på, at skader, der skyldes egenskaber ved et lægemiddel (her udviklingen af en manisk psykose), ikke er omfattet af klage- og erstatningslovens kapitel 3 om patientforsikringskader, fordi behandlingsindikation og dosis var korrekt. Endvidere er sagen et eksempel på, at forsinket diagnosticering af en lægemiddelskade efter omstændighederne godt være omfattet af lovens kapitel 3. I så tilfælde anses lægemiddelskaden som patientens grundsygdom.*

## 6 Sager ved Folketingets Ombudsmand og domstolene

### 6.1 Klager til Folketingets Ombudsmand

Det kan ske, at en patient klager over vores sagsbehandling til ombudsmanden. Det er imidlertid sådan, at ombudsmanden ikke behandler sådanne klager over Patient-skadeankenævnet (eller Lægemiddelskadeankenævnet).

Det følger af ombudsmandsloven, at domstolene ikke er omfattet af ombudsmandens virksomhed. Som følge af denne begrænsning har han også anset sig for at være inkompetent over for en række domstolslignende nævn.

Da Patientskadeankenævnet består af et antal udpegede medlemmer og en formand, som er dommer, anser ombudsmanden sig som inkompetent over for nævnet på grund af nævnets domstolslignende karakter.

Fordi han anser sig for inkompetent over for nævnet, behandler han heller ikke klager over Patientombuddet i det omfang, Patientombuddet agerer som sekretariat for Patientskadeankenævnet.

### 6.2 Sager ved retten

#### 6.2.1 Indbragte sager

Hvis man ikke er tilfreds med en afgørelse fra Patientskadeankenævnet, kan man indbringe afgørelsen for retten inden seks måneder. Det sker normalt ved, at man kontakter en advokat, som indgiver stævning og i øvrigt varetager at føre sagen i retten. Stævning indgives ved byretten, hvor man bor.

Det kræver retlig interesse at sagsøge Patientskadeankenævnet, og i langt de fleste af retssagerne er det patienter eller efterladte, som er sagsøgere. Det er ret sjældent, at det er den professionelle part i en patientskadesag (normalt regionen), der er sagsøger. Ved en tidligere højesteretsdom er det fastslået, at Patientforsikringen ikke har søgsmålskompetence i en patientskadesag.

Den rette sagsøgte i en patientskadesag er Patientskadeankenævnet. Der er tidligere eksempler på, at både Patientforsikringen og Sundhedsministeriet har været sagsøgt, hvilket betød, at retten afviste sagerne. Det er kammeradvokaten, der fører Patientskadeankenævnets retssager.

Hvis man ikke kan få fri proces eller retshjælpsdækning, vil der være omkostninger forbundet med at indbringe en sag for retten. Hvis man får medhold i sagen mod Patientskadeankenævnet, vil retten imidlertid normalt bestemme, at Patientskadeankenævnet skal betale sagsøgers sagsomkostninger.



I 2011 blev der indbragt 94 retssager. Det kan umiddelbart virke som et ret stort antal sagsanlæg, men antallet skal naturligvis ses i forhold til det antal afgørelser, som Patientskadeankenævnet træffer. Patientskadeankenævnet traf i 2011 1.893 afgørelser, og således er det cirka fem procent af sagerne, der indbringes for retten.

### 6.2.2 Afsluttede sager

I 2011 blev der afsluttet 73 sager ved retten. Af de afsluttede sager var der 36 sager, hvor sagen blev ført helt til ende, og der blev afsagt dom, mens der var 37 sager, hvor sagsøger hævede sagen undervejs.

Der kan være forskellige årsager til at en sagsøger vælger at hæve en sag. Det kan være fordi, at der ikke opnås fri proces eller retshjælpsdækning. Det kan være fordi, at udsigten til at vinde sagen er ringe, efter at udtalelse fra Retslægeråd og/eller Arbejdsskadestyrelsen foreligger. Det kan også være fordi, at Patientskadeankenævnet under retssagen har genoptaget den administrative sagsbehandling og truffet en ny afgørelse, som giver sagsøger helt eller delvist medhold.

Da der i 2011 blev indbragt lidt flere sager, end der blev afsluttet, er der således sket en stigning i antallet af verserende sager i forhold til året før. Ved udgangen af 2010 verserede der 247 sager ved domstolene, mens tallet ved udgangen af 2011 var 268.

I nedenstående figur kan ses, hvor mange retssager der er indbragt og afsluttet de sidste år.

<b>Retssager</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Indbragte sager	54	68	74	78	62	86	88	92	94
Hævet af parterne	44	44	40	44	50	35	42	44	37
Domme - Heraf tabte sager	<b>36</b> <b>7</b>	<b>23</b> <b>7</b>	<b>28</b> <b>6</b>	<b>34</b> <b>8</b>	<b>24</b> <b>6</b>	<b>27</b> <b>5</b>	<b>32</b> <b>6</b>	<b>29</b> <b>7</b>	<b>36</b> <b>4</b>
Afsluttede sager	80	67	68	78	74	62	74	73	73
<b>Nævns- afgørelser</b>									
I alt afgjorte sager	889	1047	1139	1195	1313	1537	1590	1766	1893

**Tabel 3: Antal retssager, der er indbragt og afsluttet.**

### 6.2.3 Udfaldet af retssagerne

Patientskadeankenævnet er blevet frifundet ved de fleste domme afsagt i 2011, nemlig i 32 af de 36 domme. Der er således kun 4 af de afsagte 36 domme, hvor Patientskadeankenævnet ikke er blevet frifundet, hvilket svarer til 11 procent af de afsagte domme. Det kan umiddelbart virke mærkeligt, at patienterne ikke får medhold i flere af sagerne. Det er der flere forklaringer på. Men én væsentlig faktor er, at Patientska-



deankenævnet følger retssagen nøje og efter omstændighederne genoptager sagen, hvis der fremkommer nye oplysninger, der viser, at patienten har helt eller delvist ret i sin påstand. Nye oplysninger under en sag vil typisk være en udtalelse fra Retslægerådet eller Arbejdsskadestyrelsen, som ikke harmonerer med nævnets afgørelse. Hvis Patientskadeankenævnet genoptager sagen og træffer en ny afgørelse, vil sagsøger typisk hæve sagen eller i hvert fald tilpasse påstanden.

Retssystemet i Danmark består af 24 byretter, 2 landsretter og Højesteret. Der er tale om et to-instans system, således at der er mulighed for at anke en afsagt dom til en højere instans.

Indtil 2007 skulle sager mod Patientskadeankenævnet anlægges ved landsretten, hvilket betød, at der automatisk var mulighed for at anke til Højesteret.

Ved en domstolsreform i 2007 blev instansordningen i civile sager ændret. Formålet var blandt andet at sikre en mere hensigtsmæssig ressourceanvendelse ved domstolene, så Højesteret i højere grad kunne koncentrere sig om at behandle principielle sager. Siden 2007 har sager mod Patientskadeankenævnet skullet anlægges ved byretten, hvilket betyder, at der kan ankes til landsretten, men ikke til Højesteret. Dog kan byretten efter anmodning i visse tilfælde kan henvise sager af principiel karakter til behandling i landsretten som 1. instans. Det er imidlertid ret sjældent, at det sker. Der verserer stadig nogle retssager, som er anlagt ved landsretten som 1. instans med ankeadgang til Højesteret.

De afsagte domme i 2011 er fordelt således, at 28 er afsagt af byretten (1. instanssager), 2 er afsagt af landsretten (1. instanssager) og 6 er afsagt af Højesteret (ankeinstanssager).

#### 6.2.4 En retssag kan vare længe

Det kan tage lang tid at få behandlet en sag ved domstolene. Det kan tage flere år pr. instans.

I en sag, hvor der blev afsagt dom af Højesteret den 22. december 2011 (U2012.939/2H, j.nr. 2003-00-720) var det af patienten gjort gældende, at det var en krænkelse af menneskerettighederne, at sagen havde taget så lang tid. Efter en samlet bedømmelse af sagens forløb og kompleksitet og under hensyn til, at sagen angik forhøjelse af den allerede tilkendte godtgørelse, fandt Højesteret ikke grundlag for at fastslå, at sagens varighed krænkede kvindens ret til rettergang inden for en rimelig tid.

Der var heller ikke ved beslutninger om ikke at tillade hende at indhente yderligere udtalelser sket en krænkelse af menneskerettighedskonventionens artikel 6, stk. 1. Højesteret udtalte om sagens forløb blandt andet, at kvinden ved Patientforsikringens afgørelse af 28. maj 2003 fik anerkendt patientskaden, og ved Patientskadeankenævnets afgørelse af 30. marts 2004 blev méngraden forhøjet til 10 procent.

Behandlingen af sagen ved domstolene angik hendes påstande om en yderligere forhøjelse af méngraden og om ændring af stationærtidspunktet. Hun fandt det nødvendigt, at sagen for både landsret og Højesteret blev forelagt for Retslægerådet, og

sagsforberedelsen blev forlænget af hendes anmodninger om yderligere bevisførelse og om udsættelser af sagen med henblik herpå. Højesteret stadfæstede derfor landsrettens dom og frifandt Patientskadeankenævnet også for påstanden vedrørende menneskerettighedskonventionens artikel 6, stk. 1.

#### 6.2.5 Hvad handlede dommene i 2011 om - og eksempler herpå

Samtlige domme afsagt mod Patientskadeankenævnet kan findes på Patientombuddets hjemmeside. Alle de 36 domme afsagt i 2011 kan således læses i fuld ordlyd tillige med et kort referat på Patientombuddets hjemmeside. Nedenfor beskrives hvilke emner, dommene i 2011 vedrørte tillige med eksempler på nogle af dommene.

Knap halvdelen af de afsagte domme i 2011 vedrørte spørgsmålet om, hvorvidt der var sket en patientskade, knap halvdelen vedrørte spørgsmålet om hvordan en eller flere erstatningsposter skulle opgøres og nogle få domme vedrørte andre spørgsmål om blandt andet genoptagelse og forældelse.

#### 6.2.6 Domme om hvorvidt der er sket en patientskade

17 ud af 36 domme vedrørte spørgsmålet om, hvorvidt der overhovedet var sket en patientskade (såkaldt ansvarsgrundlag). Det er altså tilfælde, hvor Patientskadeankenævnet ikke har anerkendt, at der er sket en patientskade, og hvor der af patienten eller de efterladte er indbragt en sag for retten med påstand om, at Patientskadeankenævnet skal anerkende en patientskade. Over halvdelen af disse domme om ansvarsgrundlag vedrørte spørgsmålet om, hvorvidt der var sket en skade ved behandlingen, hvilket er en af flere betingelser for at få anerkendt en patientskade.

Nedenfor fremgår et par eksempler på domme, som illustrerer vurderingen af, om der er sket en skade ved behandlingen.

#### **Dom afsagt den 27. april 2011 af Retten i Holstebro (j.nr. 2008-00-695)**

Denne dom er et eksempel på, at manglende heling efter et brud ikke anerkendes som en patientskade, hvis den manglende heling ikke kan henføres til selve behandlingen.

En kvinde pådrog sig ved et fald den 25. november 2005 et brud på højre overarm. Bruddet blev i første omgang lagt i gips, men en uges tid senere blev det besluttet at operere med indsættelse af marvsøm. Kvinden gik efterfølgende til en række kontroller og genoptræning, men blev ved med at have gener fra armen. I august 2006 konstaterede man, at der ikke var sket sammenvoksning af bruddet, og man måtte operere igen, nu med ekstern fiksering. Først i oktober 2007 var hun færdigbehandlet, og der var visse varige gener. Patientforsikringen fandt, at hun ikke var påført en patientskade i forløbet, hvilket Patientskadeankenævnet havde tiltrådt.

Retten fandt, at kvinden ikke var påført en patientskade. Det var på baggrund af blandt andet Retslægerådets udtalelser om, at behandlingen havde været udført efter anerkendte retningslinjer, og at den manglende heling ikke specifikt kunne henføres

til den operative behandling eller ambulante kontrolbesøg. Nævnet blev således frifundet.

### **Dom afsagt den 8. juli 2011 af Retten i Odense (j.nr. 2008-00-556)**

Denne dom viser, at der ikke nødvendigvis kan anerkendes en patientskade, selv om behandlingen ikke har været optimal. I denne sag fandt retten, at der ikke var sket en patientskade, selvom der var sket forsinket diagnosticering af et brud.

En ung mand kom til skade den 29. april 2007, da en pige sprang op på hans ryg, hvorved han faldt ned på sin højre skulder med hele deres samlede vægt. På grund af smerter i skulderen blev patienten set samme dag på skadestuen. Ifølge journalen viste en røntgenundersøgelse ikke brud eller ledscred. Behandlingen var løs mitella (armslynge) i en uge. Patienten blev endvidere opfordret til at bevæge armen til smertegrænsen nogle gange om dagen. Han fik en tid til kontrol den 11. maj 2007.

Af et journalnotat fra den 30. april 2007 – dagen efter uheldet – fremgår det, at der sås 'udisloceret abscisio af tuberositas major' (uforskuet knogleafsprængning af et senefæste), og at der skulle tages røntgen ved kontrol den 11. maj 2007.

Af et journalnotat fra den 11. maj 2007 fremgår det, at en røntgenundersøgelse viste et brud svarende til et fremspring opadtil på den ydre side af overarmsbenet. Det fremgår endvidere, at patienten ikke havde haft den fikserede mitella på, og derfor skulle han nu fortsætte med løs mitella til næste kontrol to uger senere. Det blev endelig tilføjet i journalnotatet, at der aldrig var blevet ordineret en fikseret mitella til patienten.

Patienten anmeldte sagen til Patientforsikringen som afviste, at patienten var påført en skade i forbindelse med behandlingen på skadestuen, selvom behandlingen ikke levede op til bedste specialiststandard, idet bruddet ikke blev diagnosticeret. Det havde været optimalt, hvis man havde orienteret patienten umiddelbart efter røntgengennemgang den 30. april 2007, hvor man erkendte bruddet. Patientforsikringen lagde imidlertid vægt på, at patienten blev behandlet korrekt uden operation og med armslynge. Det var ikke i strid med erfaren specialiststandard, at man undlod at anvende fikseret armslynge. Patientskadeankenævnet tiltrådte Patientforsikringens afgørelse. Nævnet bemærkede, at den konservative behandling i form af armslynge, der straks blev iværksat, var korrekt, og hvis man havde diagnosticeret bruddet på skadestidspunktet, ville behandlingen have været præcis den samme.

Patienten anlagde herefter retssag mod Patientskadeankenævnet med påstand om, at han var påført en patientskade. Retten lagde vægt på, at Retslægerådet havde vurderet, at patientens skuldergener mest sandsynligt skyldtes patientens grundlidelse - bruddet i den store omdrejningskno - mens manglende behandling med armslynge alene kunne have været en medvirkende årsag til generne. Patienten havde ikke løftet sin bevisbyrde for, at skaden med overvejende sandsynlighed var forvoldt af skadestuen, uanset om skadestuen overså bruddet den 29. april 2007, og uanset om han fik en armslynge allerede den 29. april 2007 eller først den 11. maj 2007. Patientskadeankenævnet blev således frifundet.

### **Dom afsagt den 12. januar 2011 af Højesteret (U2011.1019H, j.nr. 2004-00-975)**

Denne dom illustrerer, at det af og til er de efterladte, som indbringer en sag, idet de mener, at et dødsfald skal anerkendes som en patientskade. Højesteret kom i sagen frem til, at en ældre kvindes død ikke skyldtes sygehusets behandling eller mangel på samme.

En ældre, svagelig kvinde blev indlagt på grund af en forstuvet ankel. Under indlæggelsen blev det nødvendigt at anlægge kateter i blæren, og i den forbindelse opstod der infektion. Patienten blev mere og mere svagelig og døde på hospitalet 10 dage efter indlæggelsen.

Højesteret bemærkede, at sagens hovedspørgsmål var, hvad der havde forvoldt patientens død. Højesteret lagde vægt på Retslægerådets udtalelser, hvorefter dødsårsagen ikke fremgik klart af journalen, men at den kunne være kronisk sygdom, Parkinsons sygdom, overvægt, sengeleje, behov for afvanding og urinvejsinfektion eller en kombination af disse tilstande.

Det kunne ikke udelukkes, at en urinvejsinfektion forårsaget af kateteranlæggelse kunne have været en medvirkende årsag til forløbet, men det var ingenlunde bevist eller bare sandsynliggjort. Under indlæggelsen sløjede patienten af, og ved medicinske tilsyn kort tid før dødsfaldet blev hun beskrevet som feberfri, varm og tør, men samtidig præget af hjertesvigt med meget dårligt blodomløb, dårlig iltmætning trods ilttilskud, dårlig reaktion på vanddrivende midler, syreforgiftning, nyresvigt og lavt blodtryk.

Retslægerådet konkluderede, at det var nærliggende, at det var hjerte-lungeproblemer som hovedårsag til forløbet. På den baggrund fandt Højesteret det usandsynligt, at patientens død var forårsaget af sygehusets anlæggelse af blærekateter eller sygehusets efterfølgende behandling af urinvejsinfektionen. Dermed blev landsrettens frifindende dom af 10. august 2009 stadfæstet.

### **Dom afsagt den 1. juni 2011 af Højesteret (U2011.2487H, j.nr. 2001-00-798)**

Denne dom viser, at en patient en gang imellem fører sin egen sag (er selvmøder) uden brug af advokat. Retten kom til, at patientens ryggener ikke kunne tilskrives sygehusbehandling eller mangel på samme.

En mand konsulterede i november 1987 sin egen læge, idet han under en løfteopgave var gledet og havde fået lændehold. Han havde i årene derefter en del gener fra lænden, og han gik til forskellige undersøgelser. I august 1995 var han udsat for et cykelstyrt, hvorved han blandt andet fik smerter i ryggen. Han var i perioden derefter til yderligere undersøgelser.

Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet fandt, at han i undersøgelsesforløbet på sygehuset i 1995 og 96 ikke var blevet påført en erstatningsberettigende patientskade. Sagen blev herefter indbragt for domstolene.

Landsretten fandt, at det efter Retslægerådets besvarelse måtte lægges til grund, at sagsøgers grundlidelse lod sig diagnosticere som uspecifikke rygsmerter. Ifølge Retslægerådets besvarelse viste optagne røntgenbilleder identiske fund i form af diskrete slidgigtforandringer, som ikke havde selvstændige behandlingsmæssige konsekvenser. På denne baggrund fandt landsretten det ikke godtgjort, at sagsøger som følge af forkert eller manglende behandling på sygehuset i 1995 og 96 var påført en fysisk skade. Betingelserne for at tilkende erstatning efter patientforsikringsloven var således ikke opfyldt, og Patientskadeankenævnet blev frifundet.

Sagen blev herefter anket til Højesteret, som fandt, at det efter Retslægerådets besvarelse måtte lægges til grund, at sagsøger havde en grundlidelse, uspecifikke rygsmerter på grund af slidgigtforandringer i ryggen, og at han også led af denne grundlidelse forud for cykeluheldet. Efter Retslægerådets erklæringer fandt Højesteret, at det måtte anses for usandsynligt, at sagsøgers ryggener var forårsaget af forkert diagnosticering eller manglende behandling på sygehuset i perioden 1995-2012, og på denne baggrund vurderede Højesteret, at betingelserne for at tilkende erstatning efter § 1, stk. 1, i den dagældende patientforsikringslov ikke var opfyldt. Patientskadeankenævnet blev herefter frifundet.

### **Dom afsagt den 15. marts 2011 af Højesteret (U2011.1607/2H, j.nr. 2003-00-788)**

Denne dom er et eksempel på, at Patientskadeankenævnet ikke fik medhold. Amputation af en lillefinger var anerkendt som en patientskade, og Højesteret fandt under hensyntagen hertil, at også gener fra 3. og 4 finger skyldtes patientskaden.

En mand pådrog sig i 1999 et brud i sin venstre hånd. Han blev behandlet med gips-skinne i fire uger. Herefter havde han vedvarende smerte og en strækkemangel på cirka 90 grader i lillefingerens mellemlid. Han blev tilset på sygehuset, hvor man vurderede, at fejlstillingen skulle rettes op ved en operation, der blev gennemført i december 2000.

Efterfølgende tilstødte et skred i stillingen, hvorefter han blev reopereret i juni 2001. Også efter denne operation havde han en strækkemangel i lillefingeren og vedvarende smerter, hvorefter han blev opereret på ny. Da dette ikke hjalp, blev lillefingeren amputeret først gennem mellemlid, senere i 2003 omkring grundledet. Herefter udviklede han en smertefuld strækkemangel i ringfingeren, som blev amputeret gennem mellemlid i januar 2004, hvorefter han udviklede en smertefuld strækkemangel i langfingeren.

Efter de lægelige erklæringer måtte det lægges til grund, at patienten havde udviklet et såkaldt clenched fist syndrom (dystoni). Det var karakteristisk for dette syndrom, at den starter med en ukontrollabel, vedvarende og smertefuld knytning af en finger, hvilket ofte fører til amputation af denne finger, hvorefter tilstanden griber over på nabofingeren, og hvis denne bliver amputeret, over på næste finger og så videre.

Patientforsikringen vurderede, at han ved operationen i 2000 var blevet påført en patientskade, idet operationen ikke var udført i overensstemmelse med bedste specialstandard, i henhold til dagældende patientforsikringslovs § 2, stk. 1, nr. 1. Der blev lagt vægt på, at fiksationen ikke var tilstrækkelig, idet der kun blev indsat én skrue i

det distale fragment. Patientskadeankenævnet traf i 2005 afgørelse om, at han som følge af patientskaden var påført et varigt mén på otte procent svarende til taksten for tab af håndens lillefinger. Nævnet lagde i den forbindelse til grund, at amputationen af lillefingeren kunne tilskrives patientskaden, mens nævnet fandt, at hans gener fra 4. og 3. finger ikke med overvejende sandsynlighed skyldtes patientskaden.

Højesteret lagde til grund, at han udviklede dystoni i venstre hånds lillefinger, og at også hans gener i blandt andet venstre hånds 4. og 3. finger skyldtes dystonien. Højesteret bemærkede videre, at det i Patientskadeankenævnets afgørelse var lagt til grund, at der var årsagsforbindelse mellem den utilstrækkelige fikstion i forbindelse med operationen den 1. december 2000 og amputationen af lillefingeren. Da det på baggrund af de lægelige erklæringer måtte anses for overvejende sandsynligt, at dystonien havde bredt sig til 4. og 3. finger på hans hånd som følge af amputationen af lillefingeren, fik han medhold i, at det var godtgjort med overvejende sandsynlighed, at der var årsagssammenhæng mellem den anerkendte patientskade og gener i form af dystoni i blandt andet 3. og 4. finger. Højesteret ændrede hermed landsrettens dom af 15. april 2008.

#### 6.2.7 Domme om erstatningsberegning

14 domme ud af 36 afsagte domme i 2001 vedrørte selve erstatningsberegningen. Det er således sager, hvor patienten har fået anerkendt, at der foreligger en patientskade og har fået opgjort erstatningen. Disse domme vedrører derfor sager, hvor patienten mener at være berettiget til mere erstatning end fastsat af Patientskadeankenævnet. Når en patient har fået anerkendt en patientskade, opgøres erstatningens størrelse efter erstatningsansvarsloven. Der er blandt andet muligt at få erstatning for svie og smerte, varigt mén, tabt arbejdsfortjeneste og erhvervsevnetab. Fire domme i 2011 vedrører imidlertid muligheden for at få erstatning for behandlingsudgifter og andet tab. To af dem gengives nedenfor.

#### **Dom afsagt den 30. marts 2011 af Retten i Holbæk (j.nr. 2007-00-279)**

Denne dom viser, at udgifter til privathospital ikke kunne erstattes.

En kvinde blev påført en erstatningsberettigende patientskade i form af følger efter forsinket diagnose af menisklæsion og overrivning af forreste korsbånd i venstre knæ og fik tilkendt godtgørelse for svie og smerte for en forlængelse af sygeperioden. Såvel Patientforsikringen som Patientskadeankenævnet afviste imidlertid at yde erstatning for udgifter til kørsel til og undersøgelse/behandling på privathospital.

Kvinden indbragte Patientskadeankenævnets afgørelse for retten. Hun gjorde blandt andet gældende, at hun blev henvist til behandling på samme sygehus, som var årsag til fejlbehandlingen. Hun gjorde også gældende, at hun med rimelighed ønskede at benytte det privathospital, der i forbindelse med kikkertoperation havde stillet korrekt diagnose og foretaget operation af hendes forreste korsbånd, i modsætning til det offentlige sygehus, der havde overset læsionen i korsbåndet. Hun gjorde endvidere gældende, at hun ikke var henvist til anden hospitalsbehandling i det offentlige regi, at hun dermed med rimelighed valgte at få behandling på privathospital, hvilket i øv-

rigt medførte en betydeligt kortere sygdomsperiode og dermed blandt andet mindre svie- og smertegodtgørelse og andre gener.

Retten frifandt Patientskadeankenævnet under henvisning til, at skadelidte kunne have fået en tilsvarende operation med et tilsvarende resultat vederlagsfrit på et offentligt sygehus. Retten fandt det ikke godtgjort, at skadelidte var afsluttet i det offentlige sygehussystem og fandt, at det hverken kunne tillægges vægt, at skadelidte muligvis blev behandlet tidligere, end det ville være sket i det offentlige sygehussystem, eller at hun ikke længere havde tillid til det offentlige sygehus. Patientskadeankenævnet blev således frifundet.

### **Dom afsagt den 11. august 2011 af Højesteret (U2011.3098H, j.nr. 2005-00-999)**

Denne dom illustrerer, at udgifter til adoption ikke kunne erstattes.

En kvinde modtog i 2002 akut behandling i forbindelse med komplikationer under hendes graviditet. I forbindelse med fødslen, som blev iværksat ved kejsersnit, døde hendes nyfødte søn. I en afgørelse truffet i 2004 udtalte Patientforsikringen, at hun havde pådraget sig en tilstand, der kaldes Ogilvis syndrom (pseudoobstruktion af tyktarmen), og at tilstanden med overvejende sandsynlighed var udløst af kejsersnittet og kunne anerkendes som en patientskade. Kvinden fik i den forbindelse udbetalt en godtgørelse for svie og smerte. I 2005 anerkendte Patientforsikringen, at kvinden, der reelt ikke længere kunne blive gravid, var berettiget til en godtgørelse for varigt mén for infertilitet. Kvinden anmodede om, at hendes dengang påregnede udgifter til adoption skulle erstattes, men dette krav blev afvist af Patientforsikringen, og siden hen Patientskadeankenævnet, under henvisning til at sådanne udgifter ikke kunne erstattes som et 'andet tab' i henhold til erstatningsansvarslovens § 1, stk. 1, og at udgifterne i stedet måtte anses for indeholdt i godtgørelsen for varigt mén. I 2007 og 2009 adopterede kvinden og hendes ægtefælle to børn fra udlandet til en samlet udgift på i alt 191.513 kroner. Hun anlagde i 2006 retssag mod Patientskadeankenævnet med krav om, at nævnet skulle anerkende, at de (dengang) fremtidige udgifter til adoption var omfattet af udtrykket 'andet tab' i erstatningslovens § 1, stk. 1, jævnfør den da gældende patientforsikringslovs § 5, stk. 1.

Højesteret anførte, at det fremgår af forarbejderne til erstatningsansvarslovens § 1, stk. 1, at udtrykket 'andet tab' omfatter udgifter, som skadelidte har i tiden umiddelbart efter skaden, men hvis størrelse og sammenhæng med skaden vanskeligt kan dokumenteres. Efter forarbejderne kan der som 'andet tab' i overensstemmelse med daværende praksis ydes erstatning til personer under uddannelse, som har fået uddannelsen forlænget.

Udtrykket 'andet tab' er endvidere anvendt for at udelukke en for restriktiv praksis med hensyn til 'helbredelsesudgifter', som i første række dækker udgifter til rimelige og nødvendige foranstaltninger, som har til formål at søge skadelidte helbredt, eller som står i forbindelse med skadelidtes helbredelse. Således omfattes for eksempel udgifter til fremtidig udskiftning af hjælpemidler eller til ændring af bolig af 'andet tab', selv om disse udgifter ikke kan bidrage til skadelidtes helbredelse.

Højesteret fandt herefter, at udtrykket 'andet tab' i erstatningsansvarslovens § 1, stk. 1, i almindelighed må forstås således, at det omfatter udgifter, som har til formål at sikre eller forbedre skadelidtes funktionsevne, og at kvindens udgifter til adoption derfor ikke er omfattet af bestemmelsen. Højesteret stadfæstede herefter landsrettens dom, og Patientskadeankenævnet blev frifundet.



## 7 Læring

### 7.1 Patientskadenævnet og Læringsenheden

Patientskadeankenævnet bidrager på forskellig vis til Patientombuddets læringsaktiviteter. Senest har Patientskadeankenævnets og Lægemiddelskadeankenævnets sekretariat (Erstatningscenteret) bidraget i en proces med kortlægning af mønstre i klage- og erstatningssager. Formålet er at skabe et overblik over problemområder, der kan indgå i en samlet prioritering af forslag til indsatsområder for Læringsenheden.

Vi har på den måde medvirket til at beskrive problemstillinger, som vi er blevet opmærksom på i forbindelse med sagsbehandling af patienternes henvendelser til Patientombuddet i patientskade- og lægemiddelskadesager. Det har især været de problemer og forhold, som patienterne har oplevet som interessante, hvilket ikke nødvendigvis er de juridiske problemstillinger. Det har været et mål fra Læringsenheden at få viden om problemstillinger, som hyppigt beskrives, som er alvorlige eller som burde være lette at gøre noget ved. Arbejdet med identifikation og bearbejdning af problemfelter fortsætter i 2012.

### 7.2 Internationalt samarbejde

Der har igennem årene siden patientforsikringsordningens start været et vist samarbejde mellem de nordiske patientforsikringer og patientskadeankenævn. Et sådan samarbejde er muligt, fordi de nordiske patientskadeordninger i grove træk er bygget over samme læst, og dermed har vi en lang række ligheder. Da de nordiske patientskadeankenævn, ud over det fælles lovgrundlag, har en række fælles udfordringer som ankeinstans, hvor man kan drage nytte af at udveksle erfaring og viden på mere systematisk vis, blev der i 2003 taget initiativ til at formalisere samarbejdet.

Der har således fra 2004 været afholdt konferencer hvert andet år med deltagelse af de nordiske patientskadeankenævn, hvor Sverige, Norge, Finland og Danmark deltager med hver en delegation bestående af nævnsformænd og sekretariatsmedarbejdere. Typisk deltager der fra hvert land cirka 10 personer. Hver konference består af en vekselvirkning mellem plenumindlæg og gruppedebat om diverse emner, hvilket sikrer en meget effektiv erfaringsudveksling for samtlige deltagere.

De år, hvor der ikke afholdes konferencer, afholdes der formøder med en mere snæver deltagerkreds på cirka tre personer fra hvert land. Det primære formål med formøderne er at fastlægge programmet for næste års konference, ligesom hvert land fremlægger en situationsrapport, som er grundlag for diverse drøftelser og erfaringsudveksling.

I 2004 blev der således afholdt konference i Stockholm, i 2006 i København, i 2008 i Oslo og i 2010 i Helsinki. Næste konference vil blive afholdt i Stockholm i september 2012.

Konferencerne og formøderne har alle været meget udbytterige og har givet grundlag for, at landene også drøfter diverse problemstillinger i løbet af året. Således har der

fra de andre lande siden sidste konference især været efterspørgsel efter at se den model, som det danske patientskadeankenævn anvender ved jævnlige kvalitetsundersøgelser og brugertilfredshedsundersøgelser, hvilke undersøgelser iværksættes for at højne kvaliteten af sagsbehandling og afgørelser.

Der har også været efterspørgsel efter at se, hvordan Danmark konkret udformer nævnsafgørelser, og hvordan nævnet arbejder med at nedbringe sagsbehandlingstiden. Der har fra Norge, hvor sekretariatet fører deres egne retssager, været efterspørgsel efter dansk praksis på specifikke erstatningsretlige områder i forbindelse med nogle hovedforhandlinger. Sidst har der i december 2011 været en delegation fra Sverige på besøg i Danmark for at høre nærmere om, hvordan det danske patientskadeankenævn og lægemiddelskadeankenævn afholder elektroniske nævnsmøder, hvilket Sverige nu også har planer om at gå i gang med.

### 7.3 Brugertilfredshedsundersøgelse i 2011

Patientskadeankenævnet har i 2011 gennemført en undersøgelse af brugernes tilfredshed med den sproglige udformning af afgørelse og information/service fra Patientskadeankenævnet. Der har tidligere i 2006, 2007 og 2009 været foretaget en lignende undersøgelse. Brugerundersøgelsens resultater kan dels anvendes som led i bestræbelserne på løbende at forbedre nævnets afgørelser i sprogligt henseende, således at afgørelserne gøres mere forståelige, dels anvendes som led i bestræbelserne på at videreudvikle den information og service, der ydes under sagsbehandlingen i Patientskadeankenævnet.

Undersøgelsen blev gennemført i sidste kvartal i 2011 via et spørgeskema, som blev sendt ud til brugerne i forbindelse med, at deres sag blev afsluttet med en afgørelse. Undersøgelsen bygger på svar fra 103 brugere, hvilket kan opgøres til en svarprocent på 37 procent.

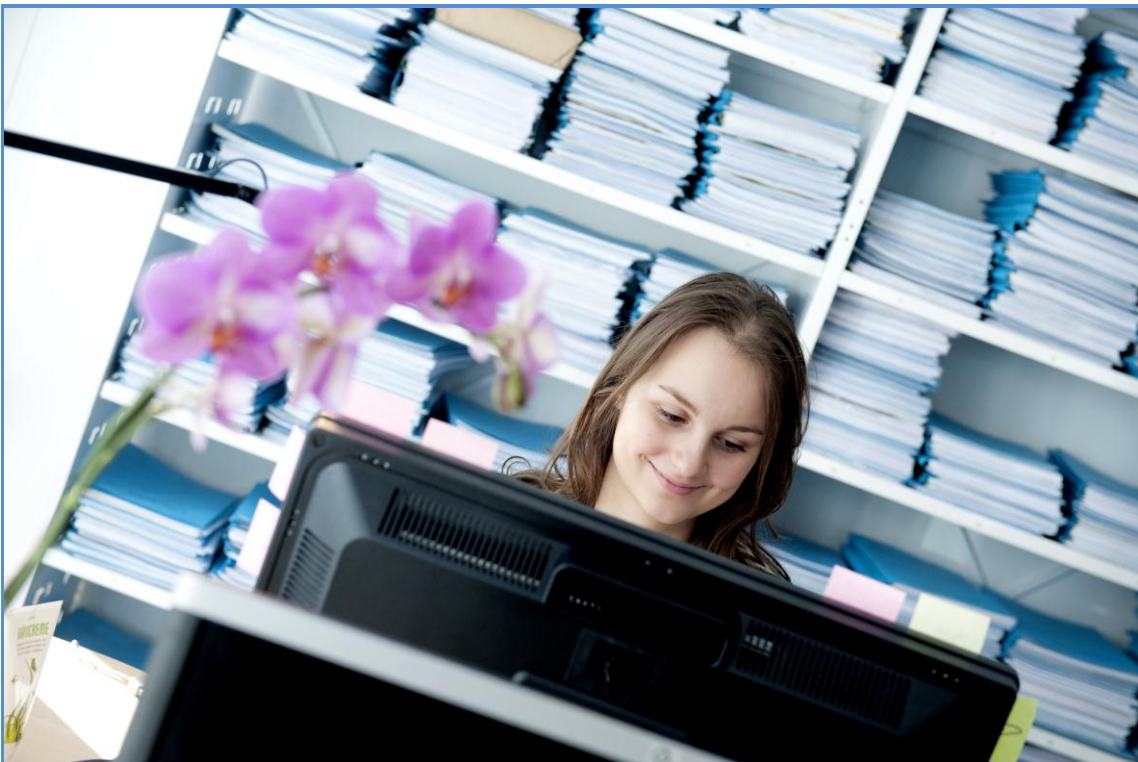
Undersøgelsen viser, at 73 procent af de forespurgte brugere finder, at Patientskadeankenævnets afgørelse er skrevet i let forståeligt sprog. Med hensyn til information, finder 88 procent af brugerne, at de er blevet tilstrækkelig informeret om sagsgang med videre ved klagens indgivelse, mens færre brugere svarende til knap 70 procent finder, at de under sagens forløb er blevet tilstrækkelig informeret om, hvad Patientskadeankenævnet foretog sig i sagen. Endvidere mener 80 procent af de forespurgte, der har henvendt sig telefonisk til Patientskadeankenævnet, at de er blevet behandlet tilfredsstillende.

Undersøgelsen viser i lighed med de tidligere undersøgelser, at brugere, som har fået medhold i deres klage, på alle punkter er mere tilfredse, end de brugere, som ikke har fået medhold.

Endelig fremgår det, også i lighed med de tidligere undersøgelser, at professionelle partsrepræsentanter (typisk advokater eller fagforbund) på alle punkter er markant mere tilfredse end de patienter, som selv har påklaget en sag til nævnet.

Brugertilfredshedsundersøgelsen er opbygget over et pointsystem, der er udformet således, at der for hvert svar er tildelt et antal point, der afspejler, hvor positiv den

pågældende bruger har været i sit svar. Baseret på dette system er der udregnet et samlet tal for brugertilfredshed, som er en procentangivelse af hvor mange point, der er opnået i forhold til det maksimalt muligt opnåelige pointtal. Havde alle brugere brugt den mest positive svarkategori i alle de besvarede spørgsmål, ville tallet for brugertilfredshed således have været 100. Tallet for brugerundersøgelsen i 2011 er beregnet til 68, hvilket er det samme resultat som i undersøgelsen i 2009 og en stigning på tre procentpoint i forhold til undersøgelsen i 2007.



## 8 Forventninger til fremtiden

I 2012 vil Patientskadeankenævnets primære udfordring være at få afgjort ankesagerne i takt med, at sagsantallet stiger. Vi oplevede i 2011 en væsentlig stigning i tallet af ankesager, og denne stigning ser ud til at fortsætte i 2012 også. Vi vil derfor i 2012 udvide Patientskadeankenævnet med endnu en nævnsafdeling med henblik på, at sagsstigningen ikke kommer til at betyde, at patienter og regioner skal vente længere tid på at få afgjort deres sager.

Dette stiller samtidig krav til tilrettelæggelsen af sagsbehandlingen i sekretariatet og ud over det løbende arbejde med at kvalitetsudvikle og optimere sagsgangene, forventer vi, at indførelsen af et nyt IT-system i 2012-13 med fuldt elektronisk sagsbehandling vil smidiggøre sagsbehandlingen, herunder samarbejdet med nævnets sagskyndige konsulenter og nævnsmedlemmer, så vi fortsat kan opretholde en gennemsnitlig sagsbehandlingstid på under seks måneder.

Patientskadeankenævnet forventer i 2012 at kunne træffe afgørelse i flere sager, som der i 2011 har været en del offentlig fokus på i forbindelse med Patientforsikringens afgørelse af sagerne. For eksempel har ankenævnet et antal sager under behandling, der vedrører lægemidlet prednisolon (binyrebarkhormon), herunder spørgsmål om eventuelle skader som følge af manglende forebyggende behandling med kalk og D-vitamin.

Vi forventer også at modtage flere ankesager vedrørende skader efter indsættelse af hofteproteser i 2012, da der har været stor offentlig fokus på de såkaldte 'metalhofter', der har vist sig at medføre mulige skader som følge af materialesvigt. Det er endnu uvist hvor mange anmeldelser, der samlet set vil komme til Patientforsikringen i disse sager, og hvis det viser sig, at patienterne i stort omfang får tilkendt den ønskede erstatning i Patientforsikringen vil det, som naturlig følge, begrænse antallet af ankesager til Patientskadeankenævnet.

Patientskadeankenævnet havde pr. 31. december 2011 268 verserende retssager ved domstolene. Der anlægges hvert år 90-100 nye sager ved domstolene, et tal der stiger i takt med at nævnet træffer flere afgørelser. Der er flere juridisk interessante sager berammet til domsforhandling i 2012, og dommene vil løbende blive lagt på vores hjemmeside og beskrevet nærmere i årsberetning for 2012.

# Bilag

## Bilag 1

---

### Bekendtgørelse om forretningsorden for Patientskadeankenævnet

I medfør af § 34, stk. 7 og 10, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, jf. lovbekendtgørelse nr. 1113 af 7. november 2011 og efter forhandling med Patientskadeankenævnet fastsættes:

#### Kapitel 1

##### *Patientskadeankenævnets opgaver og sammensætning*

**§ 1.** Patientskadeankenævnet er klageinstans for afgørelser truffet af den patientforsikringsforening, der er oprettet i medfør af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

*Stk. 2.* Skadelidte, vedkommende forsikringsselskab eller vedkommende erstatningspligtige myndighed, jf. § 29 i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, samt anden med retlig interesse i sagen kan indbringe en klage for Patientskadeankenævnet efter stk. 1.

**§ 2.** Patientskadeankenævnet kan virke i flere sideordnede afdelinger, jf. § 34, stk. 1, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

*Stk. 2.* Ved afgørelsen af den enkelte sag består en nævnsafdeling af en af ministeren for sundhed og forebyggelse udpeget formand eller næstformand og 7 andre beskikkede medlemmer, jf. § 34, stk. 4, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

*Stk. 3.* Efter indstilling fra de myndigheder m.v., der er nævnt i § 34, stk. 4, nr. 2-7, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, udpeges der suppleanter for de 7 medlemmer, der er repræsenteret i Patientskadeankenævnet.

#### Kapitel 2

##### *Forberedelse af sagerne*

**§ 3.** Klager over de i § 1 nævnte afgørelser kan indbringes for Patientskadeankenævnet, der har den endelige administrative afgørelse jf. § 35 i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

*Stk. 2.* Formanden eller en næstformand afgør, om klageren har tilstrækkelig retlig interesse i sagen, og om fristen for indgivelse af klagen er overholdt jf. § 35, stk. 2 i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. Er fristen overskredet, og er der ikke særlig grund hertil, kan klagen afvises jf. § 35, stk. 3 i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

**§ 4.** Patientombuddet stiller sekretariatsbistand til rådighed for Patientskadeankenævnet, jf. § 34, stk. 11, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

*Stk. 2.* Sekretariatet bestemmer rækkefølgen for behandling af de indkomne klager.

*Stk. 3.* Sekretariatet er ansvarlig for oplysning af sagen, indhentelse af fornøden sagkyndig vurdering og udarbejdelse af indstilling til afgørelse.

*Stk. 4.* Anmeldelser af erstatningskrav efter gældende regler om patientforsikring, der sendes til Patientombuddet, anses for indgivet til rette myndighed på det tidspunkt, hvor de modtages af Patientombuddet. Anmeldelserne videresendes straks til Patientforsikringsforeningen jf. § 60 a i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

**§ 5.** Når en klage modtages, sendes en bekræftelse herom til klageren med oplysning om den forventede sagsbehandlingsprocedure.

*Stk. 2.* Klagen sendes inden forelæggelsen for nævnet til Patientforsikringsforeningen, som sender nævnet sagens akter tillige med en udtalelse over den indsendte klage. Sekretariatet kan fastsætte en frist for Patientforsikringsforeningens afgivelse af udtalelse i tilfælde, hvor særlige hensyn tilsiger dette.

*Stk. 3.* Når særlige hensyn taler herfor, kan formanden eller en næstformand efter begrundet anmodning fra en klageberettiget beslutte, at klagen helt eller delvist skal have opsættende virkning med hensyn til udbetaling af eventuelt erstatningsbeløb. Beslutning skal være truffet inden 14 dage fra modtagelsen af anmodningen.

#### Kapitel 3

##### *Afholdelse af møde m.v.*

**§ 6.** Nævnet udøver sin virksomhed i møder, herunder telefonmøder eller lignende, jf. dog §§ 10 og 11.

*Stk. 2.* Sekretariatet indkalder til nævnsmøder med et rimeligt varsel. Indkaldelsen vedlægges en dagsorden over de sager, der skal behandles på mødet, en indstilling til nævnets afgørelse af hver af sagerne og det sagsmateriale, der er nødvendigt, for at nævnet kan træffe afgørelse i hver enkelt sag.

**§ 7.** Formanden eller en næstformand leder nævnsmødet.

*Stk. 2.* Nævnet er beslutningsdygtigt, hvis nævnet ved afgørelsen af den enkelte sag består af en formand eller næstformand samt mindst 4 medlemmer, heraf mindst 1 sagkyndigt medlem udpeget af Sundhedsstyrelsen, 1 medlem udpeget af

regionsrådene i forening eller af KL, 1 medlem udpeget af Forbrugerrådet eller Danske Handicaporganisationer samt medlemmet udpeget af Advokatrådet, jf. § 34, stk. 6, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

**§ 8.** Nævnets møder er ikke offentlige.

*Stk. 2.* Nævnets formand eller vedkommende næstformand kan bestemme, at særligt sagkyndige eller andre kan deltage uden stemmeret ved nævnets behandling af sager jf. § 34, stk. 8 i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

## Kapitel 4

### *Afgørelser m.v.*

**§ 9.** Nævnets afgørelser træffes ved stemmeflerhed. Ved stemmelighed er formandens/næstformandens stemme afgørende.

*Stk. 2.* Nævnets afgørelser indføres i en beslutningsprotokol, som underskrives af formanden eller vedkommende næstformand.

*Stk. 3.* I tilfælde, hvor en afgørelse ikke kan træffes ved enstemmighed, kan nævnsmedlemmerne forlange, at deres særstandpunkter kort anføres i beslutningsprotokollen. I disse tilfælde kan nævnsmedlemmerne tillige forlange bemærkning om deres særstandpunkter optaget i selve afgørelsen med begrundelse for henholdsvis flertallets og mindretallets standpunkter og med angivelse af antallet af stemmer for de respektive standpunkter.

**§ 10.** Formand og næstformænd kan på nævnets vegne træffe afgørelse i sager, der ikke skønnes at frembyde tvivl.

*Stk. 2.* Følgende sagskategorier falder typisk inden for bemyndigelsen i stk. 1:

- 1) Sager, der alene vedrører erstatningsberegning.
- 2) Sager, hvor skaden falder uden for lovens dækningsområde.
- 3) Sager vedrørende anmodning om genoptagelse af afgjorte sager, hvor der ikke foreligger nye og for sagens afgørelse væsentlige oplysninger.
- 4) Sager, hvor klagen er indgivet af en ikke klageberettiget.
- 5) Sager vedrørende klage over aktindsigtsspørgsmål.
- 6) Sager, hvor betingelserne for anerkendelse af erstatningsansvar efter loven i den konkrete sag anses for helt klart opfyldte, og i øvrigt er ukomplicerede.
- 7) Sager vedrørende overskridelse af anke- eller forældelsesfrister efter loven.

*Stk. 3.* Afgørelser truffet af formanden eller næstformanden vil i lighed med afgørelser truffet på et nævnsmøde kunne indbringes for retten.

*Stk. 4.* Nævnets øvrige medlemmer kan orienteres om de afgørelser, der træffes af formand og næstformænd.

**§ 11.** Sager, som formanden eller næstformanden skønner egnet til skriftlig votering, kan udsendes til medlemmerne med indstilling om afgørelse. Såfremt et medlem anmoder herom, skal disse sager dog drøftes på et møde.

**§ 12.** Nævnets afgørelser kan have følgende indhold:

- 1) at nævnet tiltræder, ændrer eller ophæver Patientforsikringsforeningens afgørelse,
- 2) at nævnet hjemviser sagen til fornyet afgørelse i Patientforsikringsforeningen,
- 3) at nævnet afviser klagen, eller
- 4) at nævnet tager stilling til klager over aktindsigtsspørgsmål vedrørende sager, som behandles i Patientforsikringsforeningen.

**§ 13.** Nævnets afgørelser sendes til skadelidte, Patientforsikringsforeningen, vedkommende forsikringsselskab og vedkommende erstatningspligtige myndighed, jf. § 29 i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, samt efter omstændighederne andre med berettiget interesse i sagen.

**§ 14.** Patientskadeankenævnet er i sin virksomhed uafhængigt af instruktioner om den enkelte sags behandling og afgørelse.

*Stk. 2.* Nævnets afgørelser kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed, jf. § 35, stk. 1 i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

**§ 15.** Fremkommer der i en sag, som nævnet har afgjort, nye og for sagens afgørelse væsentlige oplysninger, kan nævnet beslutte at tage sagen op til fornyet behandling og afgørelse. Det samme gælder, hvis der er begået væsentlige fejl i sagsbehandlingen.

## Kapitel 5

### *Forskellige bestemmelser*

**§ 16.** Patientskadeankenævnets medlemmer og andre, der deltager i nævnets arbejde, er ved udøvelsen af deres virksomhed for nævnet underlagt tavshedspligt, jf. forvaltningslovens § 27.

**§ 17.** Patientskadeankenævnets medlemmer er i forbindelse med deres virksomhed for nævnet omfattet af forvaltningslovens regler om inhabilitet.

*Stk. 2.* Et nævnsmedlem har pligt til at underrette nævnet om forhold, som kan medføre vedkommendes inhabilitet, ligesom ethvert af nævnets andre medlemmer, der er bekendt med sådanne forhold, har pligt til at oplyse nævnet herom.

*Stk. 3.* Et nævnsmedlem må ikke medvirke ved behandlingen af en konkret sag i blandt andre følgende situationer:

- 1) hvis nævnsmedlemmet har nære personlige relationer til en af sagens parter,
- 2) hvis nævnsmedlemmet har deltaget i behandlingen af samme sag i en anden institution, eksempelvis Retslægerådet eller Patientforsikringsforeningen,
- 3) hvis skadelidte på noget tidspunkt er blevet undersøgt eller behandlet af nævnsmedlemmet,

4) hvis skadelidte i forbindelse med det behandlingsforløb, der har givet anledning til anmeldelse af skaden, er blevet behandlet på den sygehusafdeling, klinik m.v., hvor nævnsmedlemmet er beskæftiget,  
5) hvis der i øvrigt foreligger konkrete omstændigheder, som kan være egnede til at vække tvivl om den pågældendes uvildighed.

*Stk. 4.* Hvis et nævnsmedlem er i tvivl om sin habilitet, kan spørgsmålet drøftes med sekretariatet.

*Stk. 5.* Nævnet afgør, om et nævnsmedlem kan deltage i behandlingen af en sag. Nævnsmedlemmet må ikke deltage i behandlingen og afgørelsen af spørgsmålet om vedkommendes inhabilitet. I tilfælde af stemmelighed er formandens eller vedkommende næstformands stemme afgørende.

**§ 18.** Nævnet afgiver en årlig redegørelse om sin virksomhed, som sendes til ministeren for sundhed og forebyggelse. Redegørelsen forberedes af sekretariatet.

*Stk. 2.* Afgørelser, der er af principiel betydning og egnet som vejledning om nævnets praksis, offentliggøres i anonymiseret og eventuelt resumeret form.

## Kapitel 6

### *Ikrafttræden*

**§ 19.** Bekendtgørelsen træder i kraft den 1. februar 2012.

*Stk. 2.* Samtidig ophæves bekendtgørelse nr. 1096 af 12. december 2003 om forretningsorden for Patientskadeankenævnet.

*Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, den 20. januar 2012*

Pia Olsen Dyhr

/ Anne Marie Hertzum



## **Bilag 2 Sammensætning af Patientskadeankenævnet**

### **Formænd og næstformænd udpeget af Indenrigs- og sundhedsministeren**

Landsdommer Jan Uffe Rasmussen (Formand)  
Dommer Merete Engholm (Næstformand)  
Dommer Lis Hævdholm (Næstformand)  
Præsident Bjarne Pedersen (Næstformand)  
Landsdommer Karen Foldager (Næstformand)  
Dommer Niels Stener Foldberg (Næstformand)

### **Sagkyndige medlemmer udpeget af Sundhedsstyrelsen**

Overlæge, dr.med. Helle Ørding  
Overlæge Viggo Kristiansen  
Overlæge Paul Ostri  
Overlæge, dr.med. Mogens Vejtorp  
Ledende overlæge Mogens Tange  
Ledende overlæge Sten Larsen  
Overlæge, dr.med. Henrik Schrøder  
Overlæge Mark Krasnik  
Adm. overlæge Jens Kramhøft  
Praktiserende læge Peter Stæhr  
Overlæge, dr.med. Jens Benn Sørensen  
Ledende overlæge Peter Gebuhr

#### Suppleanter

Overlæge, dr.med. Bente Danneskiold-Samsøe  
Klinikchef, dr.med. Claus Falck Larsen  
Overlæge Michael Nielsen  
Overlæge Allan Hjortrup  
Overlæge, dr.med. Morten la Cour

### **Medlemmer udpeget af Danske Regioner**

Kontorchef Birgitte Haahr  
Kontorchef Pernille Fendinge  
Flemming Nielsen  
Kontorchef Marie Helene Jakobsen  
Kontorchef Inge Hune  
Patientvejleder Laila Dahl

#### Suppleanter

Jurist Charlotte Lindstrøm  
Jurist Eva Friis Sunesen  
Chefkonsulent Peter Mondrup Braad

### **Medlemmer udpeget af Kommunernes Landsforening**

Forvaltningsdirektør Jakob Bigum Lundberg  
Udviklingskonsulent Vibeke Olsen  
Social- og psykiatrichef Jens Damsø Pedersen  
Vicekontorchef Mogens Damsø  
Sundhedschef Børge Alstrup

Chefkonsulent Britt Toftgaard Jensen

Suppleanter

Socialoverlæge Tine Boesen Larsen

Sundhedschef Anne Krøjer

Vicekontorchef Lars Flindt-Andersen

**Medlemmer udpeget af Advokatrådet**

Advokat Jesper S. Perregaard

Advokat Jacob Kiil

Advokat Henrik Juel Halberg

Advokat Thomas Arleth

Advokat Søren Isaksen

Advokat Christina Neugebauer

Suppleanter

Advokat Lone Hougaard

Advokat Jens Andersen-Møller

Advokat Berit Møller Lenschew

**Medlemmer udpeget af Danske Handicaporganisationer**

Elsemarie Kraul

Anette Thomsen

Thorkil Kjær

Freddy Nielsen

Hanne Bendixen

Ejnar Pedersen

Suppleanter

Karen Thomsen

Lisbeth Holmgaard

Jørgen Solmose

**Medlemmer udpeget af Forbrugerrådet**

Rådsmedlem Kirsten Nielsen

Rådsmedlem Jeppe Juul

Rådsmedlem Bent Olufsen

Inge Pallesen

Rådsmedlem Lone Scocozza

Sine Jensen

Suppleanter

Rådsmedlem Klaus Melvin Jensen

Medlem Nina Rahbek

Lilly Jørgensen