

# Patientombuddet



## Årsberetning 2012

Patientskadeankenævnet

**Titel:** Årsberetning 2012, Patientskadeankenævnet

© Patientombuddet, 2013. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Patientombuddet  
Finsensvej 15  
2000 Frederiksberg

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

Format: pdf

# Indhold

<b>Forord</b> .....	4
<b>1 Indledning</b> .....	5
<b>2 Præsentation af Patientskadeankenævnet</b> .....	8
<b>3 Nøgletal</b> .....	8
<b>4 Sagsgang</b> .....	13
4.1 Indhentelse af oplysninger .....	13
4.2 Sagens forberedelse .....	13
4.3 Nævnsbehandling .....	13
4.4 Afgørelsens indhold .....	14
4.5 Orientering om afgørelsen .....	14
<b>5 Eksempler på typiske nævnsafgørelser</b> .....	15
5.1 Kravet om en behandlingsudløst skade .....	15
5.2 Ansvarsgrundlaget .....	19
5.3 Fejldiagnoser/forsinket diagnosticering .....	26
5.4 Ulykkestilfælde .....	28
<b>6 Sager ved Folketingets Ombudsmand og domstolene</b> .....	30
6.1 Klager til Folketingets Ombudsmand .....	30
6.2 Sager ved retten .....	30
<b>7 Læring</b> .....	43
7.1 Patientskadenævnet og Læringsenheden .....	43
7.2 Internationalt samarbejde .....	43
7.3 Kvalitetsudvikling og kvalitetssikring .....	44

## Forord

Jeg har siden 2010 været formand for Patientskadeankenævnet. Formandsskabet udgøres yderligere af seks 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.

Nævnsekretariatet 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 således også nødvendigt i 2012 at udvide med endnu en ny nævnsafdeling for at kunne følge med udviklingen.

Det lykkedes os i 2012 at nå alle de fastsatte mål, og vi vil også i 2013 arbejde frem mod fortsat at levere afgørelser af så høj kvalitet som muligt indenfor en rimelig tid.

Jan Uffe Rasmussen  
formand

# 1 Indledning

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

Patientskadeankenævnet har de seneste år oplevet en kraftig stigning i antallet af ankesager og det blev som følge heraf nødvendigt i 2012 at udvide Patientskadeankenævnets faste nævnsafdelinger med en ny afdeling, således at Patientskadeankenævnet nu består af syv faste nævnsafdelinger med hver otte faste medlemmer, der mødes månedligt.

Der blev i 2012 nævnsbehandlet over 2.100 sager, og stigningen ser kun ud til at fortsætte de næste år. Trods den kraftige stigning i antallet af sager lykkedes det igen i 2012 både at afslutte endnu flere sager end tidligere år og at fastholde den lave gennemsnitlige sagsbehandlingstid.

Vi nåede således at afslutte over 2.200 sager, hvilket var cirka 200 flere end oprindeligt planlagt og 2012 blev dermed det mest produktive år i nævnets historie. Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid faldt samtidig til 5,2 måned, hvilket er det laveste i nævnets historie.

Alt i alt blev 2012 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.

## **Lovændringer på patientforsikringsområdet**

I 2012 er der tilkommet flere lovændringer på patientskadeområdet, som uddybes nedenfor.

## **Klage- og erstatningsloven sat i kraft for Færøerne**

Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet er ved kongelig anordning sat i kraft for Færøerne med virkning fra den 1. januar 2012.

Det betyder, at Patientforsikringen skal behandle sager om erstatningskrav i anledning af skader opstået ved behandling i det færøske sundhedsvæsen efter den 1. januar 2012. Patientforsikringens afgørelser vil som andre afgørelser truffet af Patientforsikringen kunne påklages til Patientskadeankenævnet.

Patientforsikringen har i 2012 kun modtaget ganske få anmeldelser vedrørende behandling i det færøske sundhedsvæsen. Patientskadeankenævnet har i 2012 ikke modtaget klager over Patientforsikringens afgørelser i sager vedrørende Færøerne.

Erstatningspligten for behandlingsskader påhviler de færøske myndigheder.

## **Ændret finansiering af patientskadeerstatninger og ændret sammensætning af Patientskadeankenævnet**

Folketinget vedtog den 6. december 2012 en ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (L 31), som indebærer, at private sygehuse, private klinikker og privatpraktiserende speciallæger med virkning fra den 1. juli 2013 forpligtes til selv at finansiere patientskadeerstatninger for de omfattede behandlinger på deres område. Hidtil er erstatninger for skader sket i den private sektor blevet finansieret af regionerne. Private sygehuse, klinikker og praktiserende speciallæger pålægges med lovændringen pligt til at tegne forsikring for de omfattede behandlinger og undersøgelser.

Lovændringen ændrer ikke ved patienternes ret til erstatning, som fortsat følger reglerne i klage- og erstatningsloven samt erstatningsansvarsloven.

Finansieringsforpligtelsen for private sygehuse, klinikker og privatpraktiserende speciallæger omfatter erstatning for skader sket i forbindelse med behandlinger betalt af patienten selv, en sundhedsforsikring eller ved henvisning efter reglerne om det udvidede frie sygehusvalg.

Regionerne skal fortsat afholde udgifter til erstatninger for skader forårsaget af behandlinger på private hospitaler, private klinikker og privatpraktiserende speciallæger, hvis behandlingen sker som en del af regionernes planlagte behandlingskapacitet.

Regionerne skal også fortsat finansiere erstatninger for skader opstået ved behandlinger foretaget af privatpraktiserende speciallæger som sygesikringsyndelser og ved behandling hos alment praktiserende læger og andre privatpraktiserende sundhedspersoner.

De private sygehuse, klinikker og speciallægepraksisser pålægges med lovændringen at deltage i takstfinansieringen af Patientskadeankenævnet og i finansieringen af Patientforsikringsforeningen.

Med lovændringen ændres sammensætningen af Patientskadeankenævnet, således at organisationen Danske Patienter også repræsenteres i nævnet.

Patientskadeankenævnet vil herefter med virkning fra 1. juli 2013 få følgende sammensætning:

Formand eller næstformand (dommer)

2 sagkyndige medlemmer udpeget af Sundhedsstyrelsen

1 medlem udpeget af regionsrådene i forening

1 medlem udpeget af KL

1 medlem udpeget af Advokatrådet og

2 ud af 3 medlemmer udpeget af hhv. Forbrugerrådet, Danske Handicaporganisationer og Danske Patienter.

De medlemmer, som er udpeget af Danske Handicaporganisationer, Forbrugerrådet og Danske Patienter skiftes til at deltage i nævnsmøderne, sådan at nævnet fortsat består af i alt 8 medlemmer på hver afdeling.

Nævnet vil med lovændringen være beslutningsdygtigt, når nævnet ved afgørelsen af den enkelte sag består af formanden/næstformanden samt mindst 4 medlemmer, heraf mindst et medlem udpeget af Sundhedsstyrelsen, et medlem udpeget af Advokatrådet, et medlem udpeget af regionerne eller KL og et medlem udpeget af Danske Handicaporganisationer, Forbrugerrådet eller Danske Patienter.

Med lovændringen er nævnsformandens mulighed for at lade særligt sagkyndige – herunder Patientforsikringen – deltage i nævnsmøderne som observatorer ophævet. Patientforsikringen meddelte i 2012, at man i lyset af det fremsatte lovforslag straks ville ophøre med at deltage i nævnsmøderne som observatører og Patientforsikringen har således ikke siden medio 2012 deltaget som observatører i nævnets møder. Observatørposten blev tidligere brugt til at sikre vidensdeling og information om grundlaget for nævnets praksis, og Patientombuddet arbejder sammen med Patientforsikringen på at finde en løsning for, hvordan man kan sikre, at der fortsat sker den nødvendige vidensdeling og information mellem instanserne.

## 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 der er 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 syv 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. Som ovenfor omtalt blev der i 2012 vedtaget en lovændring, der indebærer en ændret nævnssammensætning pr. 1. juli 2013.

Hver nævnsafdeling afholder ét månedligt møde svarende til cirka 11 møder årligt i hver afdeling, svarende til cirka 75 møder i alt. Møderne er ikke offentlige.

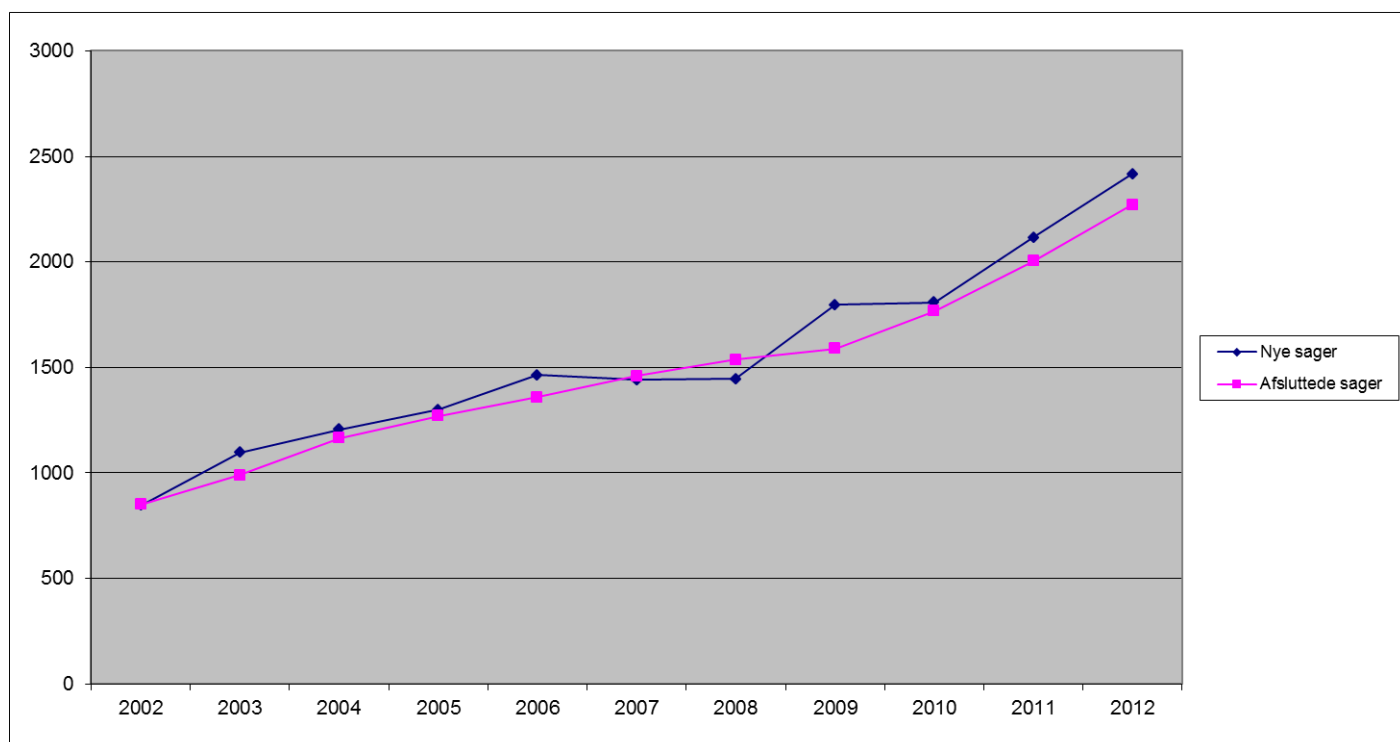




### 3 Nøgletal

#### Nye og afsluttede sager

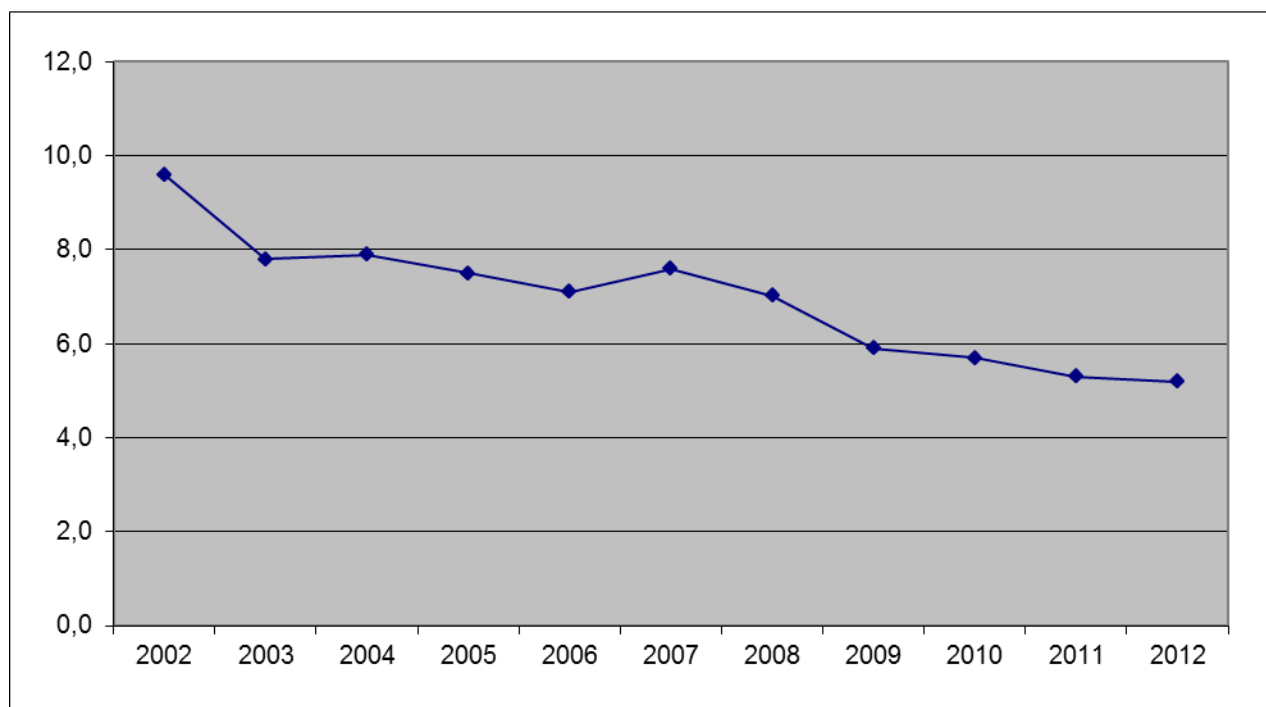
Som det fremgår af figur 1 er antallet af nye sager steget kraftigt de seneste 10 år, men nævnet har i takt med den stigende tilgang formået samtidigt at øge antallet af afsluttede sager løbende, sådan at de to kurver følges nogenlunde. Det har været afgørende for, at der ikke ophobes sagsbunker med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



**Figur 1: Antallet af nye sager og afsluttede sager i perioden 2002-2012.**

Det har ikke været muligt at nå at træffe helt så mange afgørelser i 2012, som antallet af nye sager. Nævnet modtog således 2.417 nye sager, mens antallet af afsluttede sager blev 2.273. Vi havde dog kun budgetteret med at skulle afslutte 2.000 sager i 2012, og resultatet må derfor anses som meget tilfredsstillende. Dog stiller det krav om en øget aktivitet de kommende år.

## Sagsbehandlingstid



**Figur 2: Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid i perioden 2002-2012.**

**Opgørelsen viser den samlede tid, fra Patientskadeankenævnet modtager klagen, til afgørelsen sendes 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 2012 ned på 5,2 måneder, hvilket er det laveste nogensinde.

Vores mål er at holde den gennemsnitlig sagsbehandling på under seks måneder. Dette mål blev således nået i en periode, med væsentlig tilgang af nye sager.

## Nævnets afgørelser

Nævnsmøder År	Antal møder	Udsatte sager	Tiltrådte afgørelser	Ændrede afgørelser			'Andet**	I alt behand- lede sager	I alt afgjorte sager
				Hjemvist	Ansvar	Erstatning			
2008	63	66	1154	16	126	71	1	1434	1368
2009	64	54	1177	9	145	71	1	1457	1403
2010	67	51	1315	20	142	88	2	1618	1567
2011	68	46	1419	13	125	70	41	1714	1668
2012	75	62	1595	13	137	92	48	1947	1885

**Tabel 1: Oversigt over resultatet af afgjorte nævnsager i perioden 2001-2011.**

Opgørelsen er eksklusiv antallet af sager, der afsluttes ved formandsafgørelser eller uden afgørelse og således kun udtryk for de sager, der er blevet afgjort på nævnsmøder. Antallet af formandsafgørelser var i 2012 på 261 svarende til 12,2 procent af det samlede antal afgørelser. Antallet af afsluttede sager uden afgørelse var i 2012 på 127.

Tabel 1 viser, hvordan nævnets afgørelser fordeler sig i forhold til antal tiltrådte og ændrede afgørelser. Kategorien 'Tiltrædelse' dækker over de sager, hvor nævnet har været enig i Patientforsikringens afgørelse, hvor kategorien 'Ændrede afgørelse' er de sager, hvor nævnet ikke har været enig og underkategorierne 'ansvar' og 'erstatning' henviser til hhv. de sager hvor nævnet ændrer i ansvarsafgørelser og erstatningsudmålinger. Nævnet ændrede Patientforsikringens afgørelser i cirka 13 procent af sagerne i 2012, hvilket svarer til niveauet i 2011. Der henvises i øvrigt til årsberetningens afsnit 4.4.

Resultatet af formandsafgørelser ses i Tabel 2:

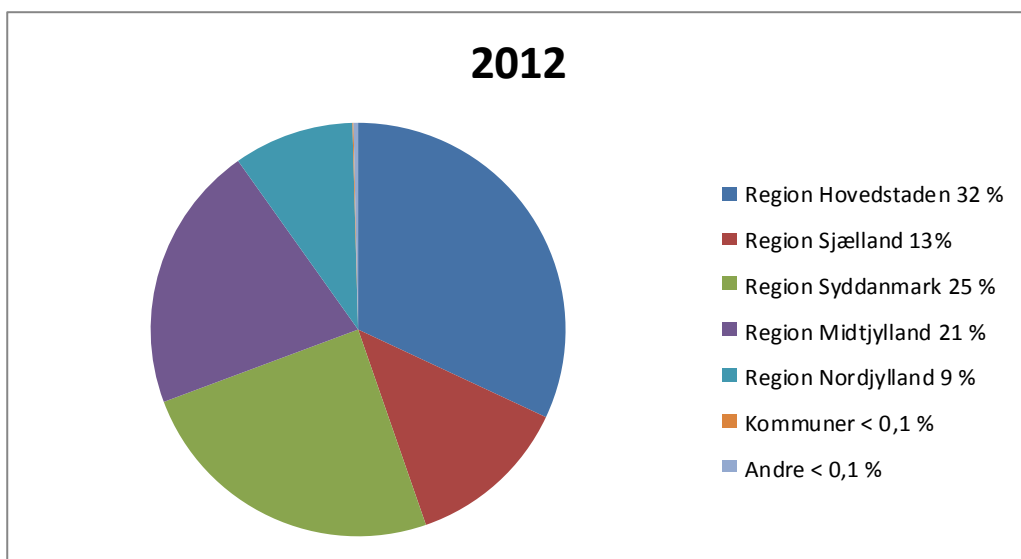
Formandsafgørelser 2012					
I alt	Tiltrådte afgørelser	Ændrede afgørelser			'Andet**
		Hjemvist	Ansvar	Erstatning	
261	128	5	1	4	123

**Tabel 2: Formandsafgørelser 2012.**

\*I kategorien 'Andet' tælles de sager, der ikke indeholder en stillingtagen til Patientforsikringens afgørelse. For eksempel genoptagelse af nævnets egne afgørelser, overskridelse af klagefrister og lignende. Vi ændrede i 2011 opgørelsesmetoden vedrørende disse sager i kategorien 'Andet', hvilket forklarer den væsentlige stigning i antallet.

### Sagernes fordeling på regioner

Patientskadeankenævnet overgik pr. 1. januar 2011 til at være takstfinansieret. Udgifterne ved nævnets virksomhed afholdes af regionerne, og antallet af sager skal herefter opgøres og fordeles pr. region. Antallet af ankesager pr. region fordeler sig i 2012 procentvis som det fremgår af figur 5.



**Figur 3: Patientskadeankenævnets afsluttede sager i 2012 fordelt på regioner.**

## 4 Sagsgang

Nedenfor beskrives sagsgangen i Patientskadeankenævnet.

### 4.1 Indhentelse af oplysninger

Når Patientombuddets Erstatningscenter, der er sekretariat for Patientskadeankenævnet, 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 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.

Sagsbehandlingen har siden 2011 været elektronisk, således at alle akter i sagen bliver indscannet.

### 4.3 Nævnsbehandling

Klageren vil 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 er-

statningsansvar efter loven anses for helt klart opfyldte, og i øvrigt er ukomplicerede og sager med overskridelse af klagefrist/forældelse. I 2012 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 nævnet 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 2012 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 en uge 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. Denne frist er lovbestemt og fremgår af klage- og erstatningsloven.

## 5 Eksempler på typiske nævnsafgørelser

Indtil 1992 blev patienters adgang til at opnå erstatning reguleret efter den almindelige erstatningsretlige regel, den såkaldte culperegulering. Efter den almindelige erstatningslovgivning 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 trådte patientforsikringsloven i kraft. 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 forsikringsselskab, 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 2012. 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.

§ 19, stk. 1, skal læses i sammenhæng med § 20, stk. 1, hvoraf det fremgår, at skaden "med overvejende sandsynlighed" skal være forvoldt på én af flere nærmere specificerede måder. 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:**

#### **Manglende sammenvoksning af brud var ikke en skade (2012-0-1901)**

En 58-årig mand faldt i januar 2009 i hjemmet og brækkede sit kraveben. Da kravebenet ikke sad anatomisk korrekt, blev der foretaget operation, hvor man indsatte en metalskinne og skruer for at fikserede bruddet. Cirka 3 måneder senere konstaterede man, at kravebenet ikke var groet sammen, og at skinne og skruerne havde rykket sig lidt. Manden blev derfor reopereret i august 2009, hvor man fjernede det indsatte materiale. I november 2009 fik manden taget et røntgenbillede, der viste, at kravebenet stadig ikke var groet sammen, og at der var opstået såkaldt falsk leddannelse. Man håbede dog fortsat, at bruddet ville gro sammen, men i april 2011 valgte man på grund af fortsat manglende knogleheling at foretage en tredje operation. Under operationen udtog man et stykke knogle fra hoften og satte ind imellem brudenderne på kravebenet, ligesom man foretog fornyet fikseration med skinne og skruer. Ved den afsluttende kontrol i juni 2011 havde manden kun få gener.

*Patientskadeankenævnet fandt ligesom Patientforsikringen, at patienten ikke var påført en skade som følge af behandlingen. Nævnet lagde vægt på, at behandlingen gennem hele forløbet havde fulgt den standard, der kan forventes af en erfaren specialist på det pågældende område, og at der var tale om et alvorligt brud med knusning af brudfladerne. Helingsproblemerne måtte derfor med overvejende sandsynlighed tilskrives forhold hos manden selv og karakteren af grundlidelsen (bruddet).*

*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 operation med indsættelse af skinne og skruer er behandling i lovens forstand, så var det i ovenstående eksempel ikke forhold ved behandlingen, der gjorde, at bruddet ikke ville gro sammen. Dermed var der ikke indtrådt en skade eller komplikation i lovens forstand.*



*Se til sammenligning sag 2011-00-872, hvor manglende sammenvoksning blev anerkendt som en patientskade. Sagen er citeret nedenfor under gennemgangen af § 20, stk. 1, nr. 1.*

### **Tidsmæssigt sammenfald var ikke tilstrækkeligt (2012-00-302)**

I midten af oktober 2009 blev en 19-årig mand opereret for vandbrok på venstre side af sin pung. Man udtog biopsi for at finde årsagen, og manden kunne udskrives i velbefindende tilstand dagen efter operationen. Efterfølgende opstod der dog hævelse, smerter og ubehag fra pungen, men ved undersøgelse på hospitalet fandt man ingen forklaring. 10 dage senere blev manden undersøgt akut på hospitalet på grund af højresidige mavesmerter. Der blev iværksat grundig udredning, men man fandt dog ikke årsagen til mavesmerterne. CT-scanning i juni 2010 viste normale forhold i både pung og mave, ligesom kikkertundersøgelse af tyktarmen viste normale forhold. Efterfølgende kameraundersøgelse af tyndtarmen gav heller ingen forklaring på mavesmerterne.

*Patientskadeankenævnet vurderede ligesom Patientforsikringen, at mandens mavesmerter ikke med overvejende sandsynlighed kunne tilskrives operationen i oktober 2009. Nævnet lagde vægt på, at smerter i og omkring pungen var velkendt efter den pågældende operation, men at det trods en række undersøgelser ikke havde været muligt at finde årsagen til mavesmerterne. Det forhold, at der tilsyneladende var tidsmæssig sammenhæng, kunne ikke i sig selv føre til, at generne med overvejende sandsynlighed måtte anses for udløst af operationen. Nævnet lagde endvidere vægt på, at behandlingen i oktober 2009 havde været i overensstemmelse med, hvorledes en erfaren specialist på området ville have handlet.*

### **Ingen skade trods forsinket diagnosticering af misdannelser i hjernen (2012-00-436)**

En gravid kvinde fik i starten maj 2010 foretaget en såkaldt nakkefoldsscanning af sit foster. Undersøgelsen viste normale forhold. I slutningen af juni 2010 blev der foretaget scanning for misdannelser hos fosteret, men denne undersøgelse viste også normale forhold, dog fraset et unormalt lille hovedomfang. Kvinden fødte til normal tid, og den nyfødte dreng havde det umiddelbart godt. Man konstaterede dog atter, at hovedomfanget var lille, men udskrev senere samme dag både mor og barn. Cirka to uger senere blev der foretaget yderligere udredning af drengen på grund af problemer med amningen. Scanninger viste, at han havde en medfødt misdannelse i hjernen. Som følge heraf udviklede han sig ikke normalt, idet han blandt andet ikke fik noget sprog, havde manglede muskelspænding (tonus) i både over- og underkrop og nedsat syn.

*Patientskadeankenævnet fandt ligesom Patientforsikringen, at det ikke havde været i overensstemmelse med den standard, der kan forventes af en erfaren specialist på området, at man undlod at iværksætte yderligere*

*undersøgelser af fosteret efter konstateringen af det for lille hovedomfang – både ved scanningen i juni 2010 og umiddelbart efter fødslen. Yderligere undersøgelser og hurtigere diagnosticering af misdannelserne i hjernen havde dog ikke med overvejende sandsynlighed kunnet afbøde konsekvenserne af misdannelserne, og barnet var derfor ikke påført en skade i lovens forstand. Den omstændighed, at barnet var blevet født med handicap i stedet for at være blevet fjernet ved sen abort, udgjorde ej heller en skade i lovens forstand – hverken for forældre eller barn.*

*Sagen viser, at forsinket diagnosticering af en lidelse ikke er ensbetydende med, at der er indtrådt en patientskade. Det er en betingelse, at følgerne af lidelsen med overvejende sandsynlig kunne være undgået eller begrænset ved hurtigere diagnosticering og behandling. Endvidere viser sagen, at det ikke er en skade i lovens forstand at få et uønsket barn på grund af eventuel frataget mulighed for sen abort.*

### **Konkret sandsynlighedsafvejning ved konkurrerende skadesårsager (2012-0-1123)**

En kvinde fødte i september 2010 tvillinger ved akut kejsersnit, som forløb uproblematisk. Efter fødslen blev det konstateret, at det ene barn havde et hængende øjenlåg på venstre øje, ligesom der var slaphed og fejlstilling af barnets venstre arm. Man fastslog, at hun havde en skade på et nervebundt ved venstre skulder (plexus brachialis), hvilket var årsag til generne i både venstre øje og arm.

*Patientskadeankenævnet vurderede ligesom Patientforsikringen, at barnet ikke med overvejende sandsynlighed var blevet påført en skade i forbindelse med fødslen. Nævnet lagde efter en konkret vurdering af de forskellige risikofaktorer vægt på, at nerveskaden ligeså godt kunne være forårsaget af andre forhold end kejsersnittet, herunder pladsforholdene i livmoderen og børnenes lejring. Kravet om sandsynlighedsovervægt (mere end 50 procent) var derfor ikke opfyldt, uanset at nævnet var bekendt med, at også uproblematisk kejsersnit kan forårsage skade på plexus brachialis.*

*Sagen viser, at der ved konkurrerende skadesårsager – det vil sige flere mulige årsagsfaktorer, der selvstændigt kunne have forårsaget skaden – må foretages en konkret sandsynlighedsafvejning. Hvis det efter en afvejning af de forskellige risikofaktorer ikke kan anses for mere end 50 procent sandsynligt, at behandlingen har udløst skaden, må erstatning afvises.*

## 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, ydes der 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 specialistmålestok, hvor udgangspunktet er, hvordan den erfarne specialist på området ville have handlet under de givne forhold, og hvorvidt skaden med overvejende sandsynlighed 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.

Ved vurderingen af, hvilken behandling en erfaren specialist på området må antages at ville have iværksat, skal de oplysninger og den viden, som man havde på behandlingstidspunktet, lægges til grund. Efterfølgende erhvervet viden om patientens sygdom

dom eller nye behandlingsmetoder, som man ikke havde på behandlingstidspunktet, må altså ikke tillægges vægt ved vurderingen af, hvad der burde være gjort.

### 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.

Patientskadenævnet har i 2012 kun haft ganske få sager, der vedrørte spørgsmålet om anerkendelse på grund af apparatursvigt.

### 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 sjældent, og Patientskadeankenævnet har i 2012 ikke behandlet sager, hvor en ligeværdig behandling kunne have været anvendt. Derimod er der i 2012 afsagt en højesteretsdom, som omhandler problemstillingen. Dommen er refereret og kommenteret i afsnittet om retssager.

### 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, dvs. 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 omfattende, 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 anerkendt på grund af manglende indikation for hjerneoperation (2011-0-2135)**

En 50-årig kvinde, der led af godartede svulster i blodkar i hjernestammen (kavernøse angiomer), oplyste i forbindelse med en kontrol på et hospital i marts 2009, at hun gennem det sidste halve år havde haft tilfælde med føleforstyrrelser ned i højre arm og ben samt let hængende mundvig. Man foretog MR-scanning, der viste blødning fra et kavernøst angiom, og samtidig havde man mistanke om vækst af et andet angiom. Kvinden blev tilbudt at få foretaget operation i USA, da der var tale om en meget risikabel operation. Kvinden accepterede operationen, men efter operationen havde hun en lammelse af højre side af kroppen.

*Patientforsikringen vurderede, at behandlingen havde været i overensstemmelse med, hvorledes en erfaren specialist på området ville have handlet. Endvidere afviste man at yde erstatning iht. § 20, stk. 1, nr. 4, på grund af den høje risiko for forværring af kvindens forudbestående gener i forbindelse med operationen.*

*Patientskadeankenævnet ændrede afgørelsen og anerkendte, at kvinden var påført en skade i form af total lammelse af højre arm samt svær kraftnedsættelse i højre ben. Det var nævnets vurdering, at behandlingen ikke havde fulgt erfaren specialiststandard. Nævnet lagde vægt på, at der ikke havde været tilstrækkelig indikation for operationen, idet kvindens tilstand forud for operationen havde været neurologisk stabil uden hverken en jævn eller trinvis forværring. Endvidere var risikoen for blødninger uden operation forholdsvist lille, hvorimod der var en stor risiko for forværring i forbindelse med en operation. Selve operationen fandtes dog udført i overensstemmelse med erfaren specialiststandard.*

*Sagen viser, at der ved vurderingen af specialiststandarderne både skal foretages en afvejning af, om en foretaget operation var indiceret, og om selve operationen blev udført i overensstemmelse med den erfarne specialists standard. Selv om en operation bliver udført korrekt kan der være grundlag for at yde erstatning, hvis det vurderes, at operationen ikke burde være foretaget. I så fald skal eventuelle skader som følge af operationen anerkendes iht. § 20, stk. 1, nr. 1, og ikke vurderes iht. § 20, stk. 1, nr. 4, om hændelige komplikationer. Sagen er desuden et eksempel på, at behandling i udlandet godt kan være omfattet af lovens dækningsområde, hvis behandlingen er foretaget efter henvisning fra et dansk hospital.*

### **Manglende sammenvoksning af brud blev anerkendt som en skade (2011-00-872)**

En 62-årig mand faldt i december 2008 og brækkede sit håndled. Bruddet blev behandlet med anlæggelse af gipsbandage, men ved røntgenkontrol i marts 2008 kunne man konstatere, at bruddet var ophelet med fejlstilling.

Manden valgte på denne baggrund at få foretaget en operation med opretning af fejlstillingen i januar 2009. Under operationen fik han indsat en skinne og nogle skruer for at holde knoglen på plads. Røntgenkontrol i juni 2009 viste dog, at bruddet ikke var groet sammen, hvorfor der blev foretaget en ny operation senere samme måned. Behandlingen kunne herefter afsluttes i september 2009.

*Patientskadeankenævnet fandt ligesom Patientforsikringen, at behandlingen i januar 2009 ikke havde været i overensstemmelse med, hvorledes en erfaren specialist på området ville have handlet. Nævnet lagde vægt på, at man ved gennemgang af røntgenbillederne under og efter operationen kunne se, at nogle af skruerne ikke havde ordentligt fat i begge knoglestykker, og at den ene af skruerne var løs. Nævnet vurderede, at det med overvejende sandsynlighed var den utilstrækkelige fiksering af bruddet, der var årsag til, at det ikke var groet sammen. Den manglende sammenvoksning blev derfor anerkendt som en patientskade.*

*Sagen viser, at manglende sammenvoksning af et brud efter omstændighederne kan anerkendes som en patientskade, hvis det må anses for overvejende sandsynligt, at behandlingen er årsag til den manglende sammenvoksning. Dette vil typisk være tilfældet, hvis fikseringen af bruddet ikke har været i overensstemmelse med, hvorledes en erfaren specialist på området ville have foretaget den, og bruddet derfor ikke har været tilstrækkeligt stabilt. Se til sammenligning sag 2012-0-1901, hvor manglende sammenvoksning af et brud ikke blev anerkendt som patientskade. Sagen er citeret ovenfor under gennemgangen af § 19, stk. 1.*

### **Psykisk skade efter operation med utilstrækkelig bedøvelse (2012-0-1131)**

En 36-årig mand blev i januar 2011 opereret, fordi han skulle have transplanteret en nyre. Efter operationen oplyste manden, at han under operationen var vågnet, men var ude af stand til at reagere. Manden udviklede som følge heraf psykiske gener og måtte behandles hos en psykolog.

*Patientforsikringen vurderede, at behandlingen i forbindelse med operationen havde været i overensstemmelse med den standard, der kan forventes af en erfaren specialist på området. Der var således tale om en hændelig komplikation, som dog ikke fandtes at være mere omfattende, end hvad manden med rimelighed burde tåle henset til den meget alvorlige grundsygdom (nyresvigt). Erstatning for de psykiske følger blev derfor afvist.*

*Patientskadeankenævnet ændrede afgørelsen, idet nævnet fandt, at behandlingen ikke havde levet op til den erfarne specialists standard. Nævnet lagde bl.a. vægt på, at doseringen af et af medikamenterne i forbindelse med operationen havde været for lav i forhold til mandens vægt på 98 kg. Han var derfor kun faldet i en let søvn, men var vågnet, da operationen blev påbegyndt. På grund af den muskelafslappende medicin havde manden dog ikke kunnet gøre opmærksom på, at han var vågen. Nævnet anerkendte derfor, at der var grundlag for at yde erstatning for de psykiske følger af den så-*

*kaldte huskeanæstesi.*

*Sagen er et eksempel på, at der også kan ydes erstatning for psykiske skader, såfremt betingelserne for anerkendelse er opfyldt.*

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

#### **Øjenskade efter operation med defekt apparatur (2012-0-1506)**

En 29-årig mand blev i august 2010 opereret i venstre øje, idet han som følge af sukkersyge havde fået forandringer i øjet. Under operationen fjernede man blandt andet glaslegemet (en geleagtig klar substans beliggende i øjets indre foran/på nethinden) og arvæv i det venstre øje. Under operationen opstod der flere huller i nethinden, som blev behandlet med laser og indsprøjtning af siliconeolie. Efter operationen måtte manden reopereres på grund af arvæv og nethindeløsning. I juni 2011 var hans syn så dårligt, at han kun kunne skelne lys med øjet. Under sagens behandling i Patientforsikringen oplyste den kirurg, der havde foretaget operationen i august 2010, at der efter operationen var blevet konstateret fejl på det apparat, der skulle fjerne glaslegemet. I stedet for at klippe glaslegemet i stykker og suge det ud, havde det delvist trukket i glaslegemet, hvorved der opstod huller i nethinden.

*Patientforsikringen afviste at yde erstatning, idet man vurderede, at huldannelsen ikke med overvejende sandsynlighed kunne tilskrives en fejl i apparaturet. Endvidere blev det vurderet, at behandlingen havde fulgt erfaren specialiststandard, jf. lovens § 20, stk. 1, nr. 1. Da huller i nethinden efter behandling af diabetiske nethinder med svær membrandannelse opstår i forbindelse med mere end 2 procent af den type operationer, fandtes skaden ej heller at kunne erstattes som en hædelig komplikation, jf. lovens § 20, stk. 1, nr. 4.*

*Patientskadeankenævnet ændrede afgørelsen og anerkendte, at manden var påført en erstatningsberettigende skade i form af huldannelse i nethinden med deraf følgende svært nedsat syn på venstre øje. Nævnet lagde vægt på, at der under operationen havde været anvendt defekt apparatur, men bemærkede dog, at det ikke er usædvanligt, at der kan opstå huller i nethinden, når glaslegemet skal fjernes hos patienter med sukkersyge. Hvis apparaturet ikke havde været defekt, ville manden dog med overvejende sandsynlighed have bevaret sit syn, men med en lille forringelse efter operationen.*

*Sagen viser, at der ved vurderingen af, om en skade kan anerkendes efter lovens § 20, stk. 1, nr. 2, må foretages en afvejning af, hvad der med overvejende sandsynlighed har udløst skaden. Den blotte tilstedeværelse af en defekt i behandlingsudstyret er altså ikke tilstrækkeligt til, at en eventuel skade kan anerkendes. I ovennævnte sag kan det udledes, at nævnet fandt det mindre end 50 procent sandsynligt, at skaden ville være opstået, hvis apparaturet ikke havde været defekt.*

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

### **Blodansamling i hjernen medførende epilepsi blev anerkendt (2011-0-1934)**

En 29-årig mand fik på grund af hovedpine gennem flere år konstateret en væskeblære i hjernen, som trykkede på hjernens strukturer. I december 2010 blev han derfor opereret gennem en mindre åbning i kraniet. Efter operationen udviklede manden en blodansamling, som han måtte opereres for to gange på grund af periodevis følelsesløshed i venstre arm. I april 2011 blev manden indlagt med generaliserede kramper, og det blev konstateret, at han havde udviklet epilepsi. Efter behandlingsforløbet led han desuden af daglige føleforstyrrelser i venstre arm og ben.

*Patientforsikringen vurderede, at behandlingen havde været i overensstemmelse med den erfarne specialists standard, jf. lovens § 20, stk. 1, nr. 1. Den opståede blodansamling måtte således betragtes som en hædelig komplikation til behandlingen. Patientforsikringen fandt, at hverken blodansamling eller epilepsi kunne betegnes som sjældne komplikationer til den udførte behandling, ligesom der ofte er behov for flere operationer ved behandlingen af en væskeblære i hjernen. Erstatning blev derfor også afvist iht. lovens § 20, stk. 1, nr. 4.*

*Patientskadeankenævnet tiltrådte, at behandlingen havde fulgt erfarede specialiststandard, jf. lovens § 20, stk. 1, nr. 1. Nævnet vurderede dog, at blodansamlingen og den deraf følgende epilepsi var både tilstrækkeligt sjældne og alvorlig til at være omfattet af lovens § 20, stk. 1, nr. 4. Ved vurderingen blev der lagt vægt på, at der i under 2 procent af alle operationer for væskeblære i hjernen opstår blodansamling medførende epilepsi. Endvidere var grundlidelsen en godartet tilstand, der kun i sjældne tilfælde medførte udvikling af epilepsi. Endelig lagde nævnet vægt på, at epilepsien var behandlingskrævende.*

*Sagen er et eksempel på den afvejning, som nævnet foretager ved vurderingen af sjældenheden og alvorligheden af en skade. Endvidere er sagen et eksempel på, at der ved sjældenheds- og alvorlighedsvurdering må foretages en vurdering af den endelige skade.*

### **Revne i lårbenshalsen var ikke alvorlig (2012-00-348)**

En 42-årig kvinde faldt i december 2010 og brækkede sit højre lårben lige under hofteleddet. Der blev den efterfølgende dag foretaget operation med indsættelse af et såkaldt marvsøm og skruer. I forbindelse med operationen opstod der en revne i lårbenshalsen. Kvinden klagede efterfølgende over benlængdeforskel og ændret vinkling af benet, hvilket gav hende smerter i knæet og haltende gang.

*Patientskadeankenævnet fandt ligesom Patientforsikringen, at operationen var udført i overensstemmelse med den standard, der kan forventes af en*



*erfaren specialist på området, jf. lovens § 20, stk. 1, nr. 1.*

*Den opståede revne i knoglen var således en hændelig komplikation til behandlingen. Patientforsikringen vurderede, at komplikationen var sjældent forekommende, men ikke mere omfattende, end hvad kvinden med rimelighed burde tåle, jf. lovens § 20, stk. 1, nr. 4.*

*Patientskadeankenævnet forholdt sig ikke til sjældenheden af skaden, men nævnet tiltrådte, at revnen i knoglen ikke var mere omfattende, end hvad kvinden med rimelighed burde tåle. Nævnet lagde vægt på, at revnen havde været stabil og derfor ikke havde krævet yderligere behandling. Endvidere havde efterfølgende røntgenbilleder vist, at både det oprindelige brud og revnen i knoglen var helet i god stilling. Revnen havde derfor med overvejende sandsynlighed hverken påført kvinden varige gener eller et forlænget sygeforløb.*

*Sagen viser, at det er en betingelse for anerkendelse af en skade, at såvel sjældenheds- som alvorlighedsbetingelsen er opfyldt. Såfremt alvorlighedsbetingelsen ikke er opfyldt, er der således ikke grundlag for at anerkende sagen – uanset hvor sjældent forekommende skaden måtte være.*

### **Nerveskade efter operation i nakken blev anerkendt (2011-0-1090)**

En 53-årig mand blev i december 2008 opereret i nakken på grund af sammenfald af discusskiven mellem 5. og 6. nakkehvirvel. Under operationen indsatte man en såkaldt cage mellem hvirvlerne for at lette trykket på nerveroden. Operationen forløb umiddelbart planmæssigt, men på grund af forværring af generne fra nakken foretog man i 2010 en CT-scanning, der viste, at den indsatte cage var sunket ned i den ene hvirvel. Der var derfor atter opstået tryk på nerveroden. Man foretog en ny operation med stabilisering af hvirvlerne med skinne og skruer. I forbindelse med dette indgreb fik manden en skade på den nerve, der skulle frilægges. Som følge heraf fik han nedsat kraft ved udadføring af armen og bøjning i albueleddet.

*Patientforsikringen vurderede, at nerveskaden var en hændelig komplikation til behandlingen, men afviste at yde erstatning, idet man fandt, at der var tale om en komplikation, der indtrådte i forbindelse med cirka 5 procent af den type operationer.*

*Patientskadeankenævnet tiltrådte, at der var tale om en hændelig komplikation, hvorfor der ikke var grundlag for at yde erstatning iht. lovens § 20, stk. 1, nr. 1. Nævnet vurderede dog til forskel fra Patientforsikringen, at skaden var sjældent forekommende, idet den indtræder ved færre end 2 procent af den pågældende type operation. Endvidere vurderede nævnet, at skaden var mere omfattende, end hvad manden med rimelighed burde tåle. Der blev ved denne vurdering lagt vægt på, at skaden havde medført betydelig nedsat funktion af mandens skulder og arm, og at manden ikke kunne have forventet at få nedsat funktion af nerven, såfremt komplikationen ikke var indtrådt. Den indtrådte nerveskade blev derfor anerkendt som erstatningsberettigende iht. lovens § 20, stk. 1, nr. 4.*

*Sagen er – i modsætning til tilfældet ovenfor i sag 2012-00-348 – et eksempel på, at sjældenhedskriteriet i sig selv kan medføre, at en efter omstændighederne alvorlig skade ikke bliver anerkendt. I den aktuelle sag blev det afgørende, at Patientskadeankenævnet anlagde en anden sjældenhedsvurdering end Patientforsikringen.*

### 5.3 Fejldiagnoser/forsinket diagnosticering

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

*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 den diagnostiske udredning 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.

I sager om forsinket diagnosticering, består skaden som oftest i de følger af grundsygdommen, som med overvejende sandsynlighed kunne have været undgået, såfremt diagnosticeringen havde levet op til den erfarne specialists standard.

Patientskadeankenævnet har ikke i 2012 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).

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

### **Forsinket diagnosticering af hudkræft (2012-00-763)**

En 64-årig kvinde blev i august 2003 strålebehandlet, fordi man havde konstateret hudkræft af typen basalcellekarcinom i højre tinding. I maj 2005 blev kvinden undersøgt hos egen læge på grund af smerter i tindingen, og man anbefalede, at hun smurte med Felden creme. På grund af fortsatte smerter blev kvinden undersøgt på et hospital i juli 2008. Man fandt fortykket væv i tindingen og fortog CT-scanning, som viste let fortykkelse af knoglen. Med henblik på yderligere udredning blev kvinden henvist til biopsitagning på plastikkirurgisk afdeling. Her mente man dog ikke, at der var indikation for at tage biopsi, og behandling blev afsluttet uden yderligere udredning.

I årene herefter havde kvinden fortsat mange smerter fra tindingeområdet, og i januar 2011 blev det fastslået, at kvinden atter havde hudkræft. Kræften havde på dette tidspunkt spredt sig ned foran øret, bag øret og indtil øregangen. Kvinden gennemgik i april 2011 en større operation med fjernelse af tumorvævet og transplantation af hud fra låret. Bagefter modtog hun strålebehandling, men havde herefter et meget langvarigt sygeforløb med sårhelingsproblemer, smerter samt varige mén.

*Patientforsikringen vurderede, at behandlingen i 2003 havde været i overensstemmelse med erfaren specialiststandard, men at kvinden havde fået en hædelig komplikation i form af kroniske neuropatismerter i området, hvor hun var blevet strålebehandlet i 2003. Henset til hendes alvorlige grundlidelse (kræft) var der dog ikke grundlag for at yde erstatning for smerterne. Patientforsikringen vurderede videre, at recidivet af kræften ikke kunne tilskrives strålebehandlingen i 2003, og at behandlingen i 2008 havde været i overensstemmelse med erfaren specialiststandard. Der var derfor heller ikke grundlag for at yde erstatning som følge af, at recidivet af kræften først var blevet diagnosticeret i januar 2011.*

*Patientskadeankenævnet ændrede afgørelsen, idet nævnet fandt, at behandlingen af kræftlidelsen i 2003 ikke havde fulgt erfaren specialiststandard. Nævnet lagde vægt på, at man i 2003 tolkede biopsien som visende kræft af typen basalcellekarcinom, og at diagnostik i overensstemmelse med erfaren specialiststandard havde tilsagt, at man havde stillet diagnosen hudane-nekskarcinom, som var den korrekte diagnose. Nævnet vurderede videre, at behandlingen ved korrekt diagnosticering i 2003 ville have bestået i både operation og strålebehandling. Kvinden ville herved med overvejende sandsynlighed have undgået de årelange smerter på grund af tumorens langsomme spredning til det omkringliggende væv, det store indgreb i 2011 med dertil knyttede varige gener, talrige strålebehandlinger og langvarige sårhelingsproblemer. Sagen blev herefter sendt tilbage til Patientforsikringen med henblik på fastsættelse af erstatning og godtgørelse.*

*Sagen viser, at det ved vurderingen af, om der kan ydes erstatning for forsinket diagnosticering, er afgørende, om erfaren specialiststandard havde tilsagt, at diagnosen var blevet stillet på et tidligere tidspunkt. Endvidere er*

*det afgørende at fastslå, hvilken betydning tidligere diagnosticering med overvejende sandsynlighed ville have haft for patienten – det vil sige om patienten er blevet påført en skade. Såfremt tidligere diagnosticering med overvejende sandsynlighed ikke ville have haft nogen betydning for det videre sygeforløb og omfanget af varige gener, må sagen afvises iht. lovens § 19, stk. 1, jf. § 20, stk. 1, nr. 1 (ingen skade). Se herved den ovenfor citerede sag 2012-00-436, hvor forsinket diagnosticering af misdannelser i hjernen ikke havde påført barnet en skade.*

## 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:**

#### **Faldulykke på udendørs trappe (2012-00-435)**

En 38-årig mand var i februar 2011 til genoptræning på et hospital. Efter endt træning gled han på fysioterapiens udendørs trappe på grund af is. I forbindelse med faldet pådrog manden sig et vrid i det ene knæ, og efterfølgende MR-scanning viste, at der var opstået en skade på menisken. Under sagens behandling i Patientforsikringen oplyste hospitalets tekniske afdeling blandt andet, at man ifølge afdelingens procedure for snerydning, saltning og andre vinterforanstaltninger altid startede med at rydde fortove og indgange ved selve hospitalet. Denne procedure var også fulgt den dag, hvor manden gled på trappen. Patientskadeankenævnet indhentede en supplerende udtalelse, hvoraf det blandt andet fremgik, at glatførebekæmpelsen på trappen bestod i rydning af sne og saltning med håndkraft.

*Patientskadeankenævnet fandt ligesom Patientforsikringen, at hospitalet ikke havde pådraget sig et ansvar for den indtrådte faldulykke. Der blev herved blandt andet lagt vægt på, at der ikke forelå oplysninger om, at der ikke skulle være udført glatførebekæmpelse den pågældende dag. Den omstændighed, at der trods glatførebekæmpelse måtte være visse glatte steder kunne ikke i sig selv føre til, at hospitalet måtte anses for at have udvist forsømmelse.*

*Sagen viser, at der ved vurderingen af, om et sygehus kan pålægges et ansvar for en indtrådt ulykke, må foretages en konkret vurdering af de foreliggende omstændigheder omkring uheldet. Hvis der efter omstændighederne er truffet rimelige foranstaltninger for at undgå ulykker, er der som udgangspunkt ikke grundlag for at yde erstatning.*

## 6 Sager ved Folketingets Ombudsmand og domstolene

### 6.1 Klager til Folketingets Ombudsmand

Det kan ske, at en patient klager over sagsbehandlingen til ombudsmanden. Det er imidlertid sådan, at ombudsmanden ikke behandler sådanne klager over Patientskadeankenævnet (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. 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.

Sagen skal anlægges ved retten inden 6 måneder efter, at afgørelsen er modtaget. Patientskadeankenævnet var i 2012 part i en retssag, hvor sagsøger gjorde gældende, at det ikke skulle have betydning, at denne søgsmålsfrist var overskredet.

#### **Dom afsagt den 15. maj 2012 af Københavns Byret (j.nr. 2007-00-788)**

*Patientforsikringen fandt, at en patient ikke var berettiget til erstatning, da den samlede godtgørelse og erstatning ikke oversteg den i loven fastsatte grænse på 10.000 kr. Afgørelsen blev påklaget til Patientskadeankenævnet, som tiltrådte Patientforsikringens afgørelse.*

*Patienten indbragte rettidigt (inden 6 måneder) Patientskadeankenævnets afgørelse for byretten. Sagen blev afvist, da patienten, som var repræsenteret af en advokat, ikke overholdt en fastsat frist for indlevering af påstandsdocument. Denne kendelse om afvisning blev ikke kæret, men samme dag indleverede man en ny stævning, som*

havde samme indhold som i den oprindelige sag. Det var enighed om, at fristen på 6 måneder for indbringelse af Patientskadeankenævnets afgørelse var overskredet ved det nye sagsanlæg.

Det blev af sagsøger blandt andet gjort gældende, at det med de udvidede regler for en sagsøgt til at få en udeblivelsesdom genoptaget, var urimeligt, om en sagsøger blev undergivet langt strammere rammer for fejl, henset til at man i alle tilfælde måtte bøde med sagsomkostninger til modparten, fornyet retsafgift og fuld procesrisiko for (nye) pålagte omkostninger, hvis søgsmålet blev tabt.

Patientskadeankenævnet gjorde blandt andet gældende, at fristen på 6 måneder for indbringelse af Patientskadeankenævnets afgørelse sikrer de forsikringspligtige, at sager afgøres inden for en rimelig tid, således at der ikke udestår åbne spørgsmål om eventuelle krav. Derfor måtte fristen anses som absolut og ufravigelig, da det modsatte resultat ville føre til uoverskuelige konsekvenser for de forsikringspligtige, som ikke selv er parter i sager af denne karakter.

Retten fandt, at det var uomtvistet, at fristen på 6 måneder for indbringelse af Patientskadeankenævnets afgørelse efter den dagældende patientforsikringslovs § 16, stk. 2, var overskredet ved sagsanlægget i sagen. Retten fandt ikke, at der forelå oplysninger om omstændigheder, der kunne føre til, at den absolutte frist kunne fraviges. Sagen blev herefter afvist.

Det er en betingelse for at få behandlet en sag ved domstolene, at "den administrative rekurs er udtømt", dvs. at klageadgangen har været udnyttet. Det betyder, at Patientskadeankenævnet skal have behandlet netop den eller de erstatningsposter, man vil have prøvet ved retten. Patientskadeankenævnet var i 2012 part i en sag, der omhandlede denne betingelse.

**Dom afsagt den 28. marts 2012 af Østre Landsret (tidligere afsagt dom den 18. december 2009 af Københavns Byret)  
(j.nr. 2008-00-302)**

En patient blev påført en erstatningsberettigende patientskade i forbindelse med en ryg-operation. Patientforsikringen tilkendte erstatning for udgifter til medicin, godtgørelse for varigt mén samt godtgørelse for svie og smerte. Patientforsikringen fandt ikke grundlag for at tilkende erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og erstatning for tab af erhvervsevne. På patientens vegne påklagede fagforbundet afgørelsen til Patientskadeankenævnet for så vidt angik godtgørelse for svie og smerte samt erstatning for tab af erhvervsevne. Patientskadeankenævnet tiltrådte Patientforsikringens afgørelse. I afgørelsens begrundelse fremkom nævnet alene med bemærkninger til de ankede godtgørelses- og erstatningsposter, det vil sige svie og smerte samt erhvervsevnetab.

Sagen blev herefter indbragt for retten med henblik på en prøvelse af tabt arbejdsfortjeneste og erhvervsevnetab. Byretten fandt, at skadelidte ikke havde udnyttet den administrative rekurs vedrørende spørgsmålet om tabt arbejdsfortjeneste, hvilket efter den dagældende lov om patientforsikring § 16, stk. 1, var en betingelse for at indbringe spørgsmålet for retten. Retten fandt endvidere, at Patientskadeankenævnet ikke af egen drift havde taget eller havde haft pligt til at tage stilling til spørgsmålet om tabt arbejds-

*fortjeneste. For så vidt angik erhvervsevnetab fandt retten, at der ikke efter den stedfundne bevisførelse var tilvejebragt oplysninger, der gav tilstrækkelig grundlag for at antage, at det var patientskaden, der havde hindret skadelidte i at genoptage sit arbejde. Patientskadeankenævnet blev derfor frifundet. Sagen blev anket til landsretten, som af de af byretten anførte grunde, kom til samme resultat.*

Det kræver retlig interesse at sagsøge Patientskadeankenævnet, og i langt de fleste af retssagerne er det patienter eller deres 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 2012 blev der anlagt 127 retssager, hvilket dækker over både helt nye sagsanlæg og anker. Det kan umiddelbart virke som et ret stort antal, men det skal naturligvis ses i forhold til det antal afgørelser, som Patientskadeankenævnet træffer. I 2012 traf Patientskadeankenævnet 2.146 afgørelser, og således var det cirka seks procent af sagerne, der blev indbragt for retten.

### 6.2.2 Afsluttede sager

I 2012 blev der afsluttet 106 sager ved retten. Af de afsluttede sager var der 43 sager, hvor sagen blev ført helt til ende, og der blev afsagt dom, mens der var 63 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, udsigten til at vinde sagen er ringe, efter at udtalelse fra Retslægeråd og/eller Arbejdsskadestyrelsen foreligger. Det kan også være fordi, Patientskadeankenævnet under retssagen har genoptaget den administrative sagsbehandling og truffet en ny afgørelse, som giver sagsøger helt eller delvist medhold.

Da der i 2012 blev indbragt lidt flere sager for retten, end der blev afsluttet, er der således sket en stigning i antallet af verserende sager i forhold til året før. Ved udgangen af 2011 verserede der 268 sager ved domstolene, mens tallet ved udgangen af 2012 var 289.

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



Retssager	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Indbragte sager	54	68	74	78	62	86	88	92	94	127
Hævet af parterne	44	44	40	44	50	35	42	44	37	63
Domme	<b>36</b>	<b>23</b>	<b>28</b>	<b>34</b>	<b>24</b>	<b>27</b>	<b>32</b>	<b>29</b>	<b>36</b>	<b>43</b>
- Heraf sager tabt af nævnet	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>9</b>
Afsluttede sager	80	67	68	78	74	62	74	73	73	106
<b>Nævns- afgørelser</b>										
I alt afgjorte sager	889	1047	1139	1195	1313	1537	1590	1766	1893	2146

Figur 6: Antal retssager, der er indbragt og afsluttet.

### 6.2.3 Udfaldet af retssagerne

Patientskadeankenævnet er blevet frifundet ved de fleste domme afsagt i 2012. Der er dog 9 af de afsagte 43 domme, hvor Patientskadeankenævnet blev domfældt, hvilket svarer til knap 21 procent af de afsagte domme. Det kan måske virke overraskende, at patienterne ikke får medhold i endnu flere af sagerne. Det er der flere forklaringer på. Men én væsentlig faktor er, at Patientskadeankenævnet 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 man derfor skulle anlægge sager mod Patientskadeankenævnet ved byretten, hvilket betyder, at der kun kan ankes til landsretten. Dermed kan sager kun i helt særlige tilfælde ankes til Højesteret.

Der verserer stadig nogle få retssager mod Patientskadeankenævnet, som er anlagt ved landsretten som 1. instans inden 2007. Disse sager kan derfor ankebehandles af Højesteret.

At der stadig verserer enkelte sager anlagt før 2007 illustrerer, at det kan tage lang tid at få en sag afgjort i retssystemet, især hvis sagen skal igennem flere instanser.

Typisk tager det cirka et par år pr. instans, hvilket hovedsageligt skyldes en kombination af, at sagerne normalt bliver forelagt for Retslægerådet en eller flere gange, at sagerne af og til også bliver forelagt for Arbejdsskadestyrelsen og at der er en ikke helt uvæsentlig ventetid på at få hovedforhandlet sagerne ved retterne (berammelsestid).

Byretten kan efter den nuværende ordning efter anmodning i visse tilfælde henvise sager af principiel karakter til behandling i landsretten som 1. instans, hvilket dog i praksis sker forholdsvist sjældent. Der er imidlertid blandt dommene i 2012 et eksempel herpå, nemlig den nedenfor omtalte dom vedrørende fradrag i erstatningen til en kræftramt kvinde som følge af forventet kort restlevetid. Denne sag fandt man havde så principiel karakter, at den blev behandlet ved landsretten i 1. instans. Det betød, at problemstillingen også kunne prøves af Højesteret. I denne sag blev der afsagt dom af både landsret og Højesteret i 2012.

De afsagte domme i 2012 er fordelt således, at 31 er afsagt af byretten (1. instanssager), 7 er afsagt af landsretten (5 ankesager og 2 1. instanssager) og 5 er afsagt af Højesteret (ankesager).

#### 6.2.4 Hvad handlede dommene i 2012 om - og eksempler herpå

Samtlige domme, hvor Patientskadeankenævnet har været part, kan findes på Patientombuddets hjemmeside. Alle de 43 domme afsagt i 2012 kan således læses i fuld ordlyd tillige med et kort referat på Patientombuddets hjemmeside. Nedenfor beskrives hvilke emner, dommene i 2012 vedrørte tillige med eksempler på nogle af dommene.

Knap halvdelen af de afsagte domme i 2012 vedrørte spørgsmålet om, hvorvidt der var sket en patientskade, godt halvdelen vedrørte spørgsmålet om hvordan en eller flere erstatningsposter skulle opgøres og nogle få domme vedrørte andre spørgsmål om blandt andet søgsmålsfrist og genoptagelse.

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

17 ud af 43 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.

I cirka halvdelen af disse domme om ansvarsgrundlag var det centrale spørgsmålet om, hvorvidt der var sket en skade som følge af behandlingen, hvilket er en af flere betingelser for at få anerkendt en patientskade. I den anden halvdel af dommene var det klart, at der var sket en skade som følge af behandlingen og omdrejningspunktet var derfor i stedet om den anden betingelse for at få anerkendt en patientskade var opfyldt.

Hvis patienten er påført en skade, er der nemlig mulighed for erstatning, hvis skaden med overvejende sandsynlighed er sket på en af følgende fire måder:

1. En erfaren specialist ville i samme situation have handlet anderledes og skaden ville derved være undgået.
2. Skaden skyldes fejl/svigt i apparatur eller lignende.
3. Skaden ville være undgået ved en anden lige så effektiv behandlingsteknik eller metode.
4. Skaden er en meget sjælden og alvorlig komplikation i forhold til den sygdom, patienten blev behandlet for, og skaden går ud over, hvad man med rimelighed bør tåle.

Emnet i de fleste af retssagerne, der vedrørte disse betingelser, var om en erfaren specialist ville have handlet anderledes og/eller om der var påført en sjælden og alvorlig komplikation.

Det er i patientskaderegi ret sjældent, at det er relevant at diskutere anerkendelsesmuligheden med apparatursvigt eller ligeværdig metode. Men i 2012 blev der faktisk afsagt en højesteretsdom, der omhandlede ligeværdig metode. En sådan sag er ikke tidligere i nævnets historie prøvet af Højesteret, og dommen er derfor medtaget blandt de domme, der er refereret nedenfor.

**Dom afsagt den 30. august 2012 af Østre Landsret (tidligere afsagt dom den 23. juni 2010 af Retten i Roskilde.)  
(j. nr. 2008-00-234)**

Denne dom illustrerer betingelsen om, at der skal være sket en skade som følge af behandlingen. Det betyder, at selv hvis en erfaren specialist ville have handlet anderledes, er det ikke ensbetydende med, at man er berettiget til erstatning, hvis behandlingen ikke har haft nogen konsekvenser. I denne sag fandt retten, at der ikke var sket en patientskade, selvom man burde have reageret tidligere på nogle prøver, som tydede på en alvorlig nyretilstand.

*Sagen omhandlede patient, som i et halvt års tid havde haft tiltagende smerter i ryggen og lænden strækkende sig ud på bagsiden af venstre lår. Den 17. maj 2005 foretog man en række undersøgelser, herunder blev der taget blodprøver, som viste normale forhold bortset fra let nedsat nyrefunktion (kreatinintal 133).*

*Den 9. juli 2005 blev patienten indlagt på grund af almen utilpashed og forhøjet blodtryk. Han fik taget blodprøver, som viste et kreatinintal på 570, og dagen efter var kreatinintallet steget til 680. Den 11. juli 2005 fik han lagt et venstresidigt dræn for at sikre afløb fra nyrerne (nefrostomi), og den 13. juli 2005 blev det nødvendigt at lægge højresidig nefrostomi. Den 25. juli 2005 fandt man ud af, at han led af en sjælden bindevævssygdom (retroperitoneal fibrose), som medførte aflukning af begge urinle-*

dere indenfor kort tid. Han fik samme dag indlagt et såkaldt JJ-kateter for at aflaste nyrerne.

Patienten anmeldte det forhold, at man efter undersøgelsen i maj 2005 ikke havde fulgt op på blodprøverne, der viste nedsat nyrefunktion, og at man burde have iværksat behandling på et tidligere tidspunkt. Patientforsikringen fandt, at der ikke kunne anerkendes en patientskade, da hans tilstand ikke kunne tilskrives behandlingen eller mangel på samme. Man fandt også, at behandlingen havde været i overensstemmelse med den erfarne specialists standard.

Patientskadeankenævnet tiltrådte Patientforsikringens afgørelse om, at der ikke kunne anerkendes en patientskade, da hans tilstand skyldtes selve hans nyrelidelse og ikke forsinket behandling. Det var dog nævnets vurdering, at behandlingen ikke havde været i overensstemmelse med den erfarne specialists standard. Man burde have reageret på den første prøve i løbet af 1-2 uger, og der burde højst være gået yderligere 2-4 uger til næste kreatininkontrol. Ved indlæggelsen den 9. juli 2005 var der således gået 2 uger ud over et acceptabelt tidspunkt for kreatininkontrollen. Nævnet fandt, at behandlingsforsinkelsen med overvejende sandsynlighed havde haft betydning for graden af nyresvigt i den akutte fase, men ikke har haft betydning for den påkrævede behandling.

Sagen blev indbragt for retten og forelagt Retslægerådet. På baggrund af Retslægerådets besvarelser fandt retten, at der var begået en fejl ved, at man ikke indkaldte til en kontrolmåling i løbet af en måneds tid. Retten fandt det dog ikke bevist, at behandlingen på baggrund af en sådan kontrol efter den erfarne specialists standard kunne eller burde være iværksat tidligere end den 9. juli 2005. Uanset om det kunne være sket tidligere, fandt retten det ikke godtgjort, at det ville have haft indflydelse på det videre forløb. Retten lod begge parter betale sagsomkostninger, idet der var blevet begået en lægelig fejl, og sagsøger således har haft god grund til at føre sagen.

Sagen blev anket til Østre Landsret, som kom til samme resultat. Landsretten fandt, at der selv med bevislempelse ikke var grundlag for at antage, at skadelidte i forhold til følgen af grundsygdommen blev påført en varig merskade, som ville have været undgået ved rettidig indkaldelse til kontrol. Patienten blev pålagt at betale Patientskadeankenævnets sagsomkostninger for begge retter.

**Dom afsagt den 10. februar 2012 af Højesteret (tidligere afsagt dom den 1. februar 2010 af Østre Landsret)  
(U2012.1713H, j.nr. 2004-00-991)**

Denne dom illustrerer muligheden for at få anerkendt en patientskade, hvis en skade set i bakspejlet kunne være undgået ved valg af en anden ligeværdig behandlingsmetode. Reglen har et meget snævert anvendelsesområde, da 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 frem for den anden, kan metoderne ikke anses for ligeværdige i lovens forstand. Som omtalt ovenfor, er det sjældent, at denne be-

stemmelse anvendes i praksis, og derfor endnu mere sjældent, at domstolene har anledning til at tage stilling til bestemmelsen. Dommen gav i øvrigt ikke patienten medhold i, at de to behandlingsmetoder i sagen var ligeværdige.

*Den konkrete sag handlede om en patient, der var blevet behandlet med kemoterapi indgivet gennem et drop i en perifer vene (venflon) i højre arm, og som senere fik konstateret skader efter årebetændelse i armen, der måtte anses for at være en følge af indgivelsen via venflon. Det blev gjort gældende, at skaden med overvejende sandsynlighed kunne være undgået, hvis behandlingen af hende i stedet var foretaget ved anvendelse af en såkaldt port-a-cath (centralt venekateter), og at en sådan behandling ville have været lige så effektiv til behandling af hendes sygdom, jf. § 2, stk. 1, nr. 3, i den tidligere gældende patientforsikringslov.*

*Højesteret lagde efter Retslægerådets udtalelser til grund, at behandlingen med venflon var en standardbehandling, der indebar et yderst beskedent indgreb, der kunne foretages af en sygeplejerske, og at behandlingen hos op mod halvdelen af patienterne medførte overfladisk årebetændelse, der normalt er en forholdsvis harmløs tilstand. Port-a-cath har karakter af et mindre kirurgisk indgreb, der foretages på et operationsafsnit med deltagelse af læger under lokalbedøvelse. Komplikationer ses hos mindre end 1 %, men er af alvorlig karakter, f.eks. blodpropdannelse.*

*Højesteret fandt, at det var medicinsk set rimeligt i første omgang at starte kemoterapibehandlingen af patienten med venflon, og at det ikke ved den næstsidste af syv behandlinger var relevant at skifte strategi og i stedet anlægge port-a-cath.*

*Højesteret udtalte endvidere, at patientens gener i højre arm med overvejende sandsynlighed kunne være undgået, hvis kemoterapibehandlingen var sket ved anvendelse af port-a-cath. Højesteret fandt imidlertid, at en sådan mere indgribende indoperation af et centralt venekateter ikke kan anses for ligeværdig og dermed lige så effektiv i forhold til anvendelse af venflon, som var en enkel standardbehandling med gener, der normalt er harmløse. Betingelserne for at yde erstatning efter § 2, stk. 1, nr. 3, i den dagældende patientforsikringslov var således ikke opfyldt. Højesteret frifandt derfor Patientskadeankenævnet.*

## 6.2.6 Domme om erstatningsberegning

24 domme ud af 43 afsagte domme i 2012 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.

Patientskadeankenævnet var i 2012 part i en meget medieomtalt retssag, som vedrørte spørgsmålet om, hvorvidt der kunne reduceres i erstatningen til en kræftram patient med kort restlevetid. Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet havde ved erstatningsfastsættelsen foretaget en sådan reduktion.

**Dom afsagt den 12. juni 2012 af Højesteret (tidligere afsagt dom den 17. januar 2012 af Østre Landsret)  
(U2012.2922H, j.nr. 2010-0-1275)**

Sagen angik spørgsmålet, om der ved fastsættelsen af godtgørelse for varigt mén og erstatning for tab af erhvervsevne kan tages hensyn til en dårlig restlevetidspggnose, således at godtgørelse og erstatning nedsættes, når skadelidte må forventes at dø inden for en tidshorisont på 4 år fra skadestidspunktet.

*En ung kvinde blev i november 2008 påført en patientskade og havde som følge heraf krav på godtgørelse for varigt mén og erstatning for tab af erhvervsevne. Patientskadeankenævnet tiltrådte i april 2011 Patientforsikringens afgørelse om, at der skulle reduceres i hendes méngodtgørelse og erhvervsevnetabserstatning med en tredjedel med henvisning til, at hun som følge af patientskaden led af en uhelbredelig sygdom, der var så alvorlig, at hun måtte forventes at dø inden for 4 år regnet fra skadestidspunktet i november 2008. Reduktionen skete bl.a. med den begrundelse, at godtgørelse for varigt mén og erstatning for tab af erhvervsevne ikke er en kompensation for mistet levetid, men for de gener og det indtægtstab, patienten vil have i resten af sin forventede levetid. Hvis en patient derfor må forventes at skulle leve i væsentlig kortere tid end andre på samme alder, enten som følge af sin grundsygdom eller som følge af den påførte skade, antages det i den erstatningsretlige teori, at der bør ske en rimelig justering af erstatningskravet. Nævnet fandt også, at reduktion med en tredjedel var udtryk for en rimelig justering, som svarer til den praksis, der anvendes ved reduktion af erstatningskrav i forbindelse med såkaldt mellemkommende død, dvs. hvor patienten dør, inden afgørelsen er truffet.*

Højesteret fastslog, at der ikke var grundlag for at reducere kravet på godtgørelse og erstatning. Højesteret udtalte, at erstatningsansvarsloven må forstås således, at der ikke skal ske reduktion af méngodtgørelse og erhvervsevnetabserstatning udmålt efter reglerne i erstatningsansvarsloven alene begrundet i, at skadelidte må forventes at dø kort tid efter skadestidspunktet. Landsretten var nået til det samme resultat. Højesteret fandt i modsætning til landsretten, at der ikke forelå sådanne særlige omstændigheder, som kunne føre til, at advokatombkostningerne undtagelsesvist skulle erstattes.

Patientskadeankenævnet kommenterede efterfølgende betydningen af dommen i en pressemeddelelse. Det fremgik af pressemeddelelsen blandt andet, at:

- "Dommen fra Højesteret regulerer kun de tilfælde, hvor patienten er i live på afgørelsestidspunktet.
- Højesteret tager ved dommen stilling til, at der fortsat skal ske reduktion i de sager, hvor patienten er død, inden der er blevet truffet afgørelse ("mellemkommende død").
- Ligeledes skal der fortsat ske reduktion i tilfælde af "samvirkende skadesårsager", det vil sige hvor patienten ville være død af sin grundsygdom eller andre årsager uanset, at patientskaden var indtrådt."

Dommen betyder, at det fremover bliver udslagsgivende, om afgørelsen i en erstatningssag i Patientforsikringen eller i Patientskadeankenævnet træffes, mens patienten er i live, eller om afgørelsen træffes (evt. kort tid) efter patienten er død. Hvis afgø-

relsen træffes, inden patienten dør, skal der, jf. dommen fra Højesteret, ikke ske reduktion i erstatningen, men hvis afgørelsen først træffes efter patienten er død, skal der ske reduktion (efter reglerne om mellemkommende død). Det betyder, at sagsbehandlingstiden kan blive helt afgørende for erstatningens størrelse, og at det dermed kan blive tilfældigt, om der skal foretages reduktion i erstatningen eller ej.

I 2012 var Patientskadeankenævnet part i flere sager, hvor domstolene fik lejlighed til at tage stilling til, om Arbejdsskadestyrelsens udtalelse om mén og/eller erhvervsevnetab altid skal følges.

Hvis der i en retssag er uenighed om patientskadens omfang, herunder årsagssammenhæng, vil man normalt indhente en udtalelse fra Retslægerådet. I retssager, hvor der er uenighed om varigt mén og/eller erhvervsevnetab, indhentes der typisk en vejledende udtalelse fra Arbejdsskadestyrelsen, som jf. erstatningsansvarsloven er tillagt en særlig kompetence til at afgive vejledende udtalelser i disse sager.

Det kan forekomme, at Arbejdsskadestyrelsen vurderer mén og/eller erhvervsevnetab anderledes end Patientskadeankenævnet har gjort. Det betyder i de fleste tilfælde, at Patientskadeankenævnet genoptager sagen og træffer en ny afgørelse i overensstemmelse med udtalelsen. Men i visse tilfælde vurderes, at retssagen må føres til ende til trods for den divergerende udtalelse, hvilket især er i tilfælde, hvor det vurderes, at der er noget i grundlaget for Arbejdsskadestyrelsens udtalelse, der er forkert. Det kan f.eks. være, at Arbejdsskadestyrelsen ikke har lagt Patientskadeankenævnets eller Retslægerådets vurdering af patientskadens omfang til grund.

Flere af dommene fra 2012 vedrørte sager, hvor udtalelsen fra Arbejdsskadestyrelsen ikke støttede Patientforsikringens udtalelse, og hvor sagen blev ført til ende af Patientskadeankenævnet til trods herfor. To domme blev afsagt af Højesteret og i begge disse sager, lagde retten afgørende vægt på Arbejdsskadestyrelsens udtalelse. I en byretsdom fik Patientskadeankenævnet medhold i, at Arbejdsskadestyrelsens udtalelse ikke skulle lægges til grund, idet retten blandt andet fandt, at der var uoverensstemmelse mellem patientskadens omfang, som defineret i patientskadesystemet og det skadesomfang, som Arbejdsskadestyrelsens lægelige udtalelse havde lagt til grund for erhvervsevnetabet. Dommene viser, at der er mulighed for at anfægte en udtalelse fra Arbejdsskadestyrelsen, hvis man kan anvise, at der er noget i grundlaget for udtalelsen, der er forkert. Tre domme omhandlende problemstillingen er gengivet nedenfor.

**Dom afsagt den 20. november 2012 af Højesteret (tidligere afsagt dom den 16. december 2010 af Østre Landsret)  
(2013.508H, j.nr. 2003-0-1139 og 2011-00-553)**

*En kvinde havde fået anerkendt en arbejdsskade i sin ene fod. Senere pådrog hun sig en patientskade i form af læsion af den dybe galdegang med følger i form af mavesmerter ved især løft og foroverbøjning. Hun fik nogle år efter patientskaden tilkendt førtidspension begrundet i de erhvervsmæssige følger af arbejdsskaden, patientskaden og nogle skuldergener.*

Ankestyrelsen havde i en afgørelse i arbejdsskadesagen udtalt, at der ikke havde været grundlag for at tilkende kvinden førtidspension. En arbejdsprøvning havde nemlig ikke i fornødent omfang taget hensyn til hendes skånebehov. Ankestyrelsen er både ankeinstans for arbejdsskadesager, men er også den myndighed, der behandler principielle sager om førtidspension.

Patientskadeankenævnet fastsatte erhvervsevnetabet til mindre end 15 % blandt andet med den begrundelse, at en socialmedicinsk speciallægeattest havde konkluderet, at det var realistisk at satse på lettere administrativt arbejde, og at der i denne attest var oplyst en række erhverv, som man mente, hun kunne klare, hvis hun selv kunne tilrettelægge arbejdsindsatsen. Patienten havde erklæret sig enig i disse betragtninger. Imidlertid var hun aldrig blevet arbejdsprøvet i sådanne erhverv, men tilkendt førtidspension. Nævnet lagde også vægt på patientskadens karakter, og at førtidspensionen ikke alene var begrundet i patientskadens følger men også fodgener (arbejdsskadens følger) og skuldergener. Det var nævnets vurdering, at hun ved varetagelse af et af de i speciallægeattesten nævnte erhverv ville kunne oppebære en indtægt svarende til de niveau, som hun oppebar som sygehjælper inden patientskaden, og at hun derfor ikke var påført et erstatningsberettigende erhvervsevnetab.

Patienten indbragte afgørelsen for retten, da det blev gjort gældende, at der var ret til et erhvervsevnetab på 65 procent og tabt arbejdsfortjeneste. Arbejdsskadestyrelsen afgav under retssagen en vejledende udtalelse, hvor erhvervsevnetabet var fastsat til 25 %.

Højesteret fastsatte erhvervsevnetabet til 25 % og fandt, at hun var berettiget til tabt arbejdsfortjeneste. Højesteret anså ifølge dommen Arbejdsskadestyrelsen for at have bedømt de erhvervsmæssige følger af patientskaden uafhængig af pensionsafgørelsen. Der var heller ikke efter bevisførelsen i øvrigt grundlag for at tilsidesætte den vejledende udtalelse.

**Dom afsagt den 30. november 2012 af Højesteret (tidligere afsagt dom den 15. oktober 2010 af Østre Landsret)  
(U2013.553H, j.nr. 1999-00-164)**

En mor, der ventede tvillinger og som var i graviditetsuge 32, blev den 8. januar 1997 indlagt på Rigshospitalet på mistanke om tvilling til tvilling transfusionssyndrom (TTTS). TTTS er en tilstand, hvor tvillinger har en fælles ydre fosterhinde og hver sin indre fosterhinde, og som i sig selv indebærer en betydelig risiko for dels at føde for tidligt og følger deraf, dels at give fødselsskader. Om morgenen den 9. januar blev tvillingerne forløst ved kejsersnit.

Sagen drejede sig om, i hvilket omfang tvillingerne var blevet påført skader i forbindelse med sygehusbehandling før, under og efter deres fødsel samt størrelsen af erstatning herfor.

Patientskadeankenævnet vurderede, at tvillingerne som følge af fejlagtig behandling ved fødslen var påført et varigt mén på 100%, hvoraf 50% skyldtes grundlidelsen i form af følger efter TTTS, og 50% skyldtes behandlingen. Nævnets afgørelse blev indbragt for retten både af forsikringsselskabet, som påstod ménet nedsat og af forældrene, der ønskede ménet forhøjet.



Sagen blev vurderet af Retslægerådet for så vidt angår årsagssammenhæng. Arbejdsskadestyrelsen vurderede, at det samlede varige mén for hvert af børnene var 120%, hvoraf 100% skyldtes grundlidelsen, og 20% behandlingen.

Landsretten tilsidesatte Patientskadeankenævnets erstatningsudmåling og fastsatte grundménet og merménet svarende til Arbejdsskadestyrelsens vejledende udtalelse og forsikringsselskabets påstand.

Forældrene ankede til Højesteret og gjorde bl.a. indsigelse mod den lægefaglige bedømmelse af årsagsforbindelsen. Patientskadeankenævnet erklærede sig enig i Retslægerådets udtalelse, og både nævnet og forsikringsselskabet påstod dommen stadfæstet.

Højesteret gav Patientskadeankenævnet medhold. Højesteret fulgte Retslægerådets udtalelse om årsagsforbindelsen og fandt derfor ikke grundlag for at tilsidesætte Arbejdsskadestyrelsens vejledende udtalelse.

### **Dom afsagt af Retten i Holstebro den 27. september 2012 (j.nr. 2009-0-1731)**

En 58-årig kvindelig patient fik i marts 2007 indsat en knæprotese i venstre knæ. I forbindelse med genoptræningen blev der udført en trappetest, hvor hun snublede, hvorved højre arm hang fast i gelænderet. Hun pådrog sig derved en skade i form af et delvist ledeskred i højre skulder, herunder beskadiget rotatorcuff.

Patientforsikringen fandt, at skaden kunne anerkendes som en patientskade og tilkendte patienten 12% i varigt mén for daglige belastningsudløste smerter og nedsat funktion i skulderen. Patientforsikringen fandt ikke, at de degenerative forandringer (slidgigt) i højre skulder kunne tilskrives patientskaden. Der blev samtidigt givet afslag på erhvervsevnetab.

Afgørelsen blev tiltrådt af Patientskadeankenævnet. I relation til erhvervsevnetabet bemærkede nævnet bl.a., at det fremgik af sagens akter, at patienten forud for patientskaden havde generelle helbredsmæssige problemer, samt at de væsentligste helbredsmæssige begrænsninger var relateret til hendes slidgigt, herunder i nakke, overgang mellem bryst og lænderyg, lænd, skambensled, begge knæled, mellemfodsled, skulderled og fingerled, samt betydelige muskelseneoverrivning i begge skuldre.

Patienten havde i januar 2006 (dvs. inden patientskadens indtræden) været udsat for en arbejdsskade, hvor hun havde pådraget sig en skade i venstre skulder. Ankestyrelsen vurderede i 2010, at erhvervsevnetabet i anledning af arbejdsskaden kunne fastsættes til 35%.

Patientforsikringen gav efterfølgende ved ny afgørelse afslag på dækning af udgifter til indkøb af bil med automatgear, elevationsseng, indretning af køkken og rengøringshjælp, idet disse udgifter var en følge af patientens helbredstilstand i øvrigt med omfattende slidgigt i kroppen og følger efter indsættelse af knæprotese. Patientforsikringen tilkendte patienten svie og smerte i 93 dage, men gav afslag på tabt arbejdsfortjeneste. Patientskadeankenævnet tiltrådte ligeledes denne afgørelse.

*Begge afgørelser blev indbragt for retten. Under retssagen blev der indhentet en vejledende udtalelse fra Arbejdsskadestyrelsen, som vurderede, at erhvervsevnetabet som følge af patientskaden kunne fastsættes til 25%.*

*Patientskadeankenævnet bestred under retssagen Arbejdsskadestyrelsens vejledende udtalelse, da det bl.a. blev gjort gældende, at udtalelsen syntes at hvile på forkert antagelse om patientskadens omfang, at Arbejdsskadestyrelsens udtalelse heller ikke var i tråd med Ankestyrelsens afgørelse fra 2010, at Arbejdsskadestyrelsen fejlagtigt tog udgangspunkt i, at patienten uden patientskaden kunne bestride et fuldtidsjob uagtet, at hun også havde lidt et erhvervsevnetab på 35% som følge af en konkurrerende skulderskade i venstre side, samt at hendes faktiske arbejdstid var på 30 timer om ugen.*

*Retten fandt, at nævnet havde påvist, at der tilsyneladende var uoverensstemmelse mellem oplysningerne i et lægerekord, der lå til grund for Arbejdsskadestyrelsens udtalelse, og beskrivelsen af patientskadens omfang i Patientforsikringens afgørelse.*

*Herefter fandt retten, at der ikke var tilvejebragt et tilstrækkeligt sikkert grundlag for at tilsidesætte nævnets afgørelse om erhvervsevnetab. Endvidere fandt retten, at det heller ikke var bevist, at patienten havde krav på større godtgørelse for svie og smerte, krav på tabt arbejdsfortjeneste eller krav på udgifter til skift af bil med automatgear. Patientskadeankenævnet blev herefter frifundet.*

## 7 Læring

### 7.1 Patientskadenævnet og Læringsenheden

Patientskadeankenævnet bidrager løbende på forskellig vis til Patientombuddets læringsaktiviteter. Formålet er at skabe et overblik over problemområder, der kan indgå i en samlet prioritering af forslag til indsatsområder. Senest har Patientskadeankenævnets og Lægemiddelskadeankenævnets sekretariat (Erstatningscenteret) i september 2012 medvirket ved en temadag, arrangeret af Læringsenheden på Herlev Hospital, omkring utilsigtede hændelser i medicineringsprocessen. Formålet med temadagen var at undersøge hvor og hvordan det går galt i processen for efterfølgende at bruge dette til at forbedre sikkerheden. Erstatningscenteret holdt i den forbindelse et indlæg omkring vores erfaringer herom i erstatningssagerne.

Vi medvirker løbende med 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 2013.

### 7.2 Internationalt samarbejde

Der har igennem årene siden patientforsikringsordningens start været et vist samarbejde mellem de nordiske patientforsikringer og patientskadeankenævnet. Et sådant 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 patientskadeankenævne, 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 patientskadeankenævne, 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 3 personer fra hvert land. Det primære formål med formøderne er at fastlægge programmet for næste års konference, ligesom hvert land fremlægger en situationsrapport, som danner grundlag for diverse drøftelser og erfaringsudveksling.

I 2004 blev der således afholdt konference i Stockholm, i 2006 i København, i 2008 i Oslo, i 2010 i Helsinki. I 2012 blev der afholdt Nordisk Konference i Stockholm, hvor det overordnede tema var det patientretlige system i de nordiske lande. Patientombuddet deltog med en delegation af 10 personer. Næste konference vil blive afholdt i København i september 2014.

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.

Senest har der i december 2012 været besøg fra Litauen for at høre nærmere om, hvordan den danske patientforsikringsordning er indrettet, og hvordan det danske patientskadeankenævn er sammensat og arbejder.

### 7.3 Kvalitetsudvikling og kvalitetssikring

Udover brugertilfredshedsundersøgelser hvert andet år bidrager Patientskadeankenævnet løbende på anden vis med at sikre og udvikle kvaliteten i afgørelserne. Det sker blandt andet ved, at vi holder foredrag og undervisning for nævnets interne lægekonsulenter. I 2012 er der blandt andet afholdt foredrag for nævnets lægekonsulenter om Arbejdsskadestyrelsens vejledende méntabel. Der har for lægekonsulenterne også været flere generelle undervisningsseancer om det juridiske grundlag for patientskader.

