

# Patientombuddet



## Årsberetning 2013

Patientskadeankenævnet

**Titel:** Årsberetning 2013, Patientskadeankenævnet

© Patientombuddet, 2014. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Patientombuddet

Finsensvej 15

2000 Frederiksberg

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

Format: pdf

# Indhold

Forord.....	4
1 Indledning .....	5
2 Præsentation af Patientskadeankenævnet .....	7
3 Nøgletal.....	8
4 Sagsgang .....	12
4.1 Indhentelse af oplysninger .....	12
4.2 Sagens forberedelse .....	12
4.3 Nævnsbehandling.....	12
4.4 Afgørelsens indhold .....	13
4.5 Orientering om afgørelsen .....	13
5 Eksempler på typiske nævnsafgørelser .....	14
5.1 Kravet om en behandlingsudløst skade .....	15
5.2 Ansvarsgrundlaget .....	18
5.3 Fejldiagnoser/forsinket diagnosticering .....	28
5.4 Ulykkestilfælde .....	31
6 Sager ved domstolene.....	33
6.1 Klager til Folketingets Ombudsmand.....	33
6.2 Sager ved retten.....	33
7 Læring .....	44
7.1 Patientskadeankenævnet og Læringsenheden .....	44
7.2 Internationalt samarbejde .....	44
7.3 Kvalitetsudvikling og kvalitetssikring .....	45

## Forord

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

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

Nævnssekretariatet er fra 2011 placeret i Patientombuddets Erstatningscenter, hvor sagerne bliver forberedt og lagt til rette af et sekretariat med sagsbehandlere, der har en juridisk eller kontormæssig baggrund.

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 2013 at udvide med endnu en ny 8. nævnsafdeling for at kunne følge med udviklingen.

Det lykkedes os i 2013 at afslutte mere end 2300 sager, hvilket fuldt ud levede op til de fastsatte mål. Det lykkedes os samtidig, trods udfordringer med stigende sagstilgang og overgang til fuld elektronisk sagsbehandling, at holde en gennemsnitlig samlet sagsbehandlingstid på under 6 mdr.

2013 var således et travlt år men med tilfredsstillende resultater, og vi vil også i 2014 arbejde frem mod fortsat at levere afgørelser af så høj kvalitet som muligt inden for en rimelig tid.

Jan Uffe Rasmussen  
formand

# 1 Indledning

Patientskadeankenævnet bliver sekretariatsbetjent af Patientombuddets Erstatningscenter. Nævnet fungerer 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 derfor nødvendigt i 2013 at udvide Patientskadeankenævnets faste nævnsafdelinger med en ny afdeling, så Patientskadeankenævnet nu består af otte faste nævnsafdelinger med hver otte faste medlemmer, der mødes månedligt.

Der blev i 2013 nævnsbehandlet over 2.200 sager, og stigningen ser ud til at fortsætte de næste år. Trods den kraftige stigning i antallet af sager lykkedes det igen i 2013 både at afslutte endnu flere sager end tidligere år og at fastholde den gennemsnitlige sagsbehandlingstid på et lavt niveau.

Alt i alt blev 2013 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

Der er i 2013 tilkommet flere lovændringer på området, som uddybes nedenfor.

### Ændret finansiering af patientskadeerstatninger for den private sundhedssektor.

Folketinget vedtog den 27. juni 2013 en ændring af klage- og erstatningsloven (L 227), som bl.a. indebærer, at en tidligere vedtaget ændring af finansieringen af patientskadeerstatninger for den private sundhedssektor, der skulle træde i kraft, blev udskudt fra den 1. juli til den 1. september 2013.

De nye regler betyder, at private sygehuse, private klinikker og privatpraktiserende speciallæger selv skal finansiere patientskadeerstatninger for de omfattede behandlinger på deres område. Hidtil har regionerne finansieret erstatninger for skader sket i den private sektor. Det er nu lovpligtigt for private sygehuse, klinikker og praktiserende speciallæger at tegne forsikring for de omfattede behandlinger og undersøgelser.

Med den seneste lovændring er også speciallægepraksisser med speciale i almen medicin, som ikke virker efter overenskomst med regionen, omfattet af den nye finansieringsordning. Der er efterfølgende indgået ny aftale mellem regionerne og de alment praktiserende læger, så alment praktiserende læger, der er tilsluttet overenskomsten, ikke har forsikringspligt for patientskader.

Den nye finansieringsordning ændrer ikke ved patienternes ret til erstatning, der ligesom før følger reglerne i klage- og erstatningsloven samt erstatningsansvarsloven.

### Ændret sammensætning af Patientskadeankenævnet

Den 1. juli 2013 trådte nye regler i klage- og erstatningsloven om sammensætningen af Patientskadeankenævnet i kraft. Den nye sammensætning vedtog Folketinget i december 2012, men reglerne blev præciseret med L 227.

Nævnet er fra den 1. juli 2013 sammensat af:

- 1 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 Forbrugerrådet, Danske Handicaporganisationer og Danske Patienter skiftes til at deltage i nævnsmøderne, sådan at nævnet fortsat består af i alt otte medlemmer i hver afdeling.

Nævnet er efter ændringen beslutningsdygtigt, når nævnet ved afgørelsen af den enkelte sag består af formanden/næstformanden samt mindst fire 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 Forbrugerrådet, Danske Handicaporganisationer eller Danske Patienter.

## 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.

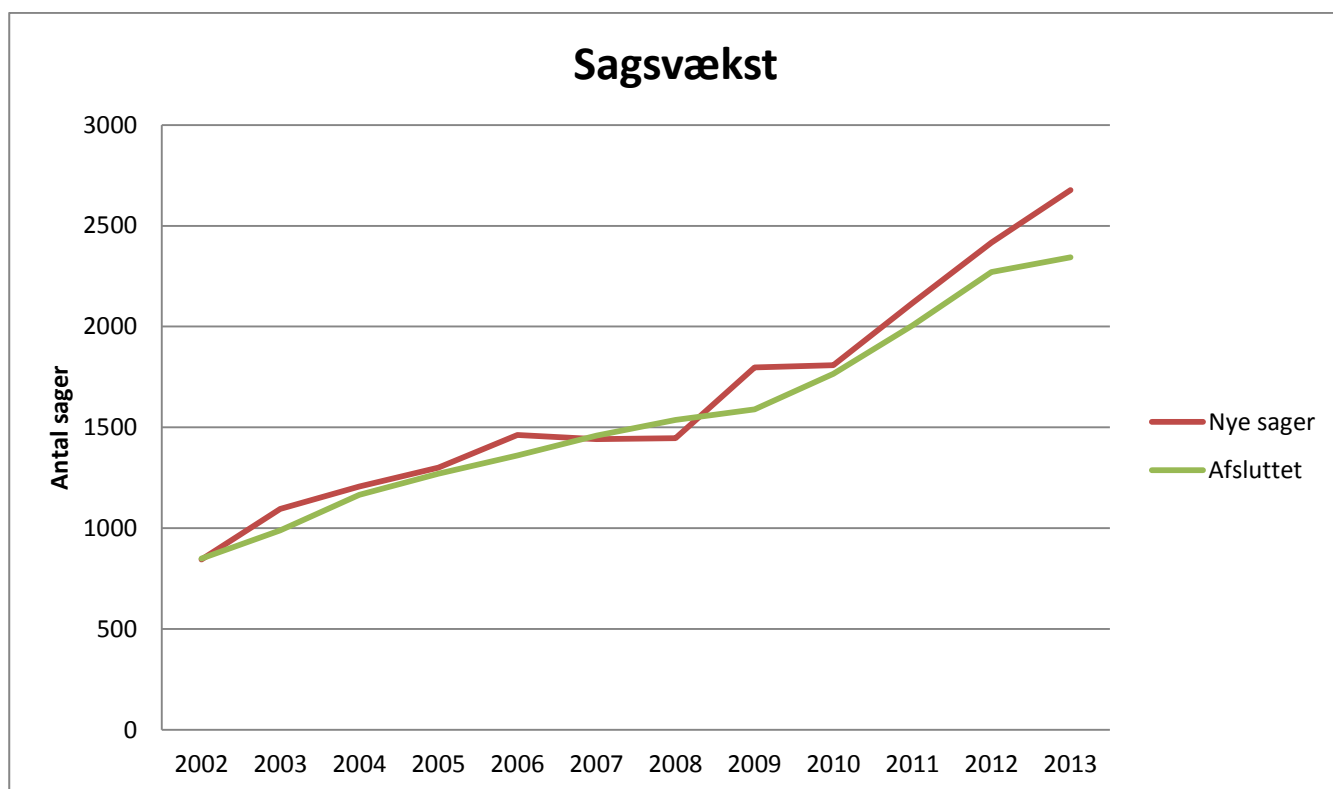
Patientskadeankenævnet er nedsat i medfør af § 34 i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. Nævnet er organiseret i otte afdelinger, der ved afgørelsen af den enkelte sag er sammensat af otte medlemmer, herunder en formand, der er dommer og udpeget af ministeren for Sundhed og Forebyggelse. Nævnet består også af to sagkyndige medlemmer udpeget af Sundhedsstyrelsen, samt ét medlem udpeget af Advokatrådet. Herudover er der udpeget to repræsentanter for de driftsansvarlige, henholdsvis Danske Regioner og Kommunernes Landsforening. Indtil 1. juli 2013 var der også to patientrepræsentanter fra henholdsvis Danske Handicaporganisationer og Forbrugerrådet, men fra den 1. juli 2013 har Danske Patienter også udpeget patientrepræsentanter. Det betyder, at medlemmer udpeget af de tre patientorganisationer skiftes til at deltage i nævnsmøderne med to medlemmer på hvert møde.

Hver nævnsafdeling afholder et møde om måneden undtagen i sommerferieperioden, hvilket svarer til 11 møder om året. Der blev således holdt i alt 81 møder i Patientskadeankenævnet i 2013. Møderne er ikke offentlige.

### 3 Nøgletal

#### Nye og afsluttede sager

Som det fremgår af figur 1, er antallet af nye sager steget kraftigt gennem årene, men nævnet har i takt med tilgangen samtidig formået at slutte flere sager, så de to kurver følges nogenlunde.

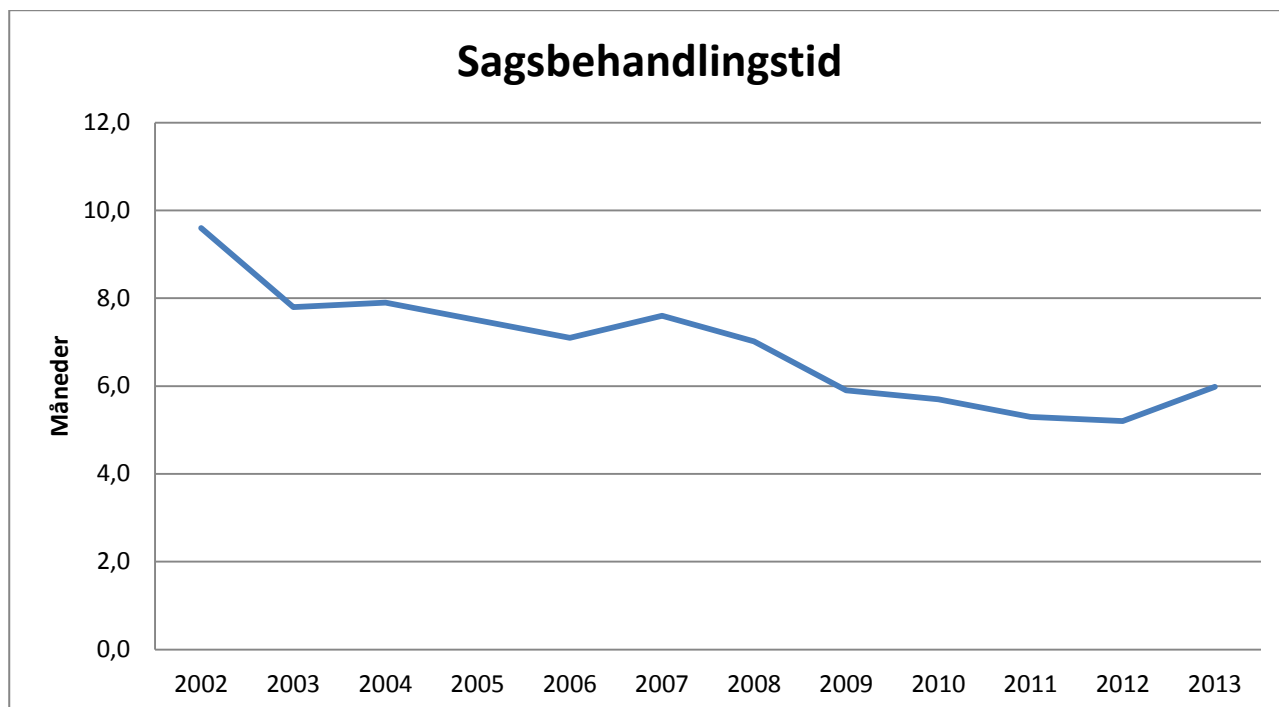


**Figur 1: Antallet af nye sager og afsluttede sager i perioden 2002-2013.**

De seneste tre år har sagsstigningen dog været særlig kraftig, og det har ikke været muligt at nå at afslutte sager i samme takt, som de er kommet ind. Nævnet modtog således i 2013 2.677 nye sager, mens der blev afsluttet 2.336 sager. Vi havde budgetteret med at skulle afslutte 2.300 sager i 2012, så resultatet var meget tilfredsstillende. Dog stiller det krav om en øget aktivitet i 2014 at opretholde den lave sagsbehandlingstid.



## Sagsbehandlingstid



**Figur 2: Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid i perioden 2002-2013. Opgørelsen viser den samlede tid, fra Patientskadeankenævnet modtager klagen, til afgørelsen sendes til klageren. Det vil sige, at den tid sagen ligger hos Patientforsikringen, hvor sagens akter og udtalelser skal indhentes, er medregnet i opgørelsen.**

Figur 2 viser, at den gennemsnitlige sagsbehandlingstid i Patientskadeankenævnet er faldet støt henover årene, og at den siden 2009 har holdt sig under det fastsatte mål på gennemsnitligt seks måneder. Der var i 2013 en mindre stigning i den gennemsnitlige sagsbehandlingstid. Det skyldes primært, at der blev indført et nyt ESDH-system til digital sagsbehandling henover årsskiftet til 2013, og der derfor blev truffet færre afgørelser i starten af året samtidig med, at sagstilgangen steg mere end ventet.

Selvom det blev indhentet, så der samlet blev truffet det planlagte antal afgørelser, har det dog haft betydning for disse sagers sagsbehandlingstid. Det var derfor i 2013 ikke muligt at nå vores målsætning om at holde den interne sagsbehandlingstid (dvs. fratrukket den tid, sagen ligger hos Patientforsikringen til indhentelse af udtalelse og sagens akter) på under 5 måneder. Vi brugte i 2013 5,17 mdr. på sagsbehandling internt, hvilket dog var tilfredsstillende under de givne omstændigheder.

## Nævnets afgørelser

Patientombuddet indførte pr. 1. januar 2013 et nyt ESDH-system, der muliggør en mere detaljeret registrering af nævnets afgørelser, end hvad var muligt tidligere. Opgørelsen i tabel 1 adskiller sig derfor fra oversigterne i forrige års årsberetninger.

Nu er det derfor muligt at opgøre, i hvilket omfang nævnets tiltrædelsesafgørelser fordeler sig på sager om henholdsvis ansvar og erstatning, ligesom det nu kan opgøres, om ændringsafgørelser sker til fordel for patienten eller den erstatningsansvarlige part.

Kategorien 'Tiltrædelser' dækker over de sager, hvor nævnet var enig i Patientforsikringens afgørelse. Kategorien 'Ændringer' er de sager, hvor nævnet ikke var enig og derfor har ændret afgørelsen. Som det fremgår af tabellen, ændrede nævnet Patientforsikringens afgørelse i 14 procent af sagerne, hvilket er på niveau med de foregående år, hvor ændringsprocenten lå på ca. 13. Se i øvrigt årsberetningens afsnit 4.4.

**Tabel 1: Oversigt over resultatet af afgjorte sager i 2013.**

### Afgørelsesinformation

Stillingtagen til Patientforsikringens afgørelser	antal	procent
<b>Tiltrædelser:</b>	<b>1.735</b>	<b>86%</b>
Ansvar	1.181	59%
Erstatning	369	18%
Andet	185	9%
<b>Ændringer:</b>	<b>274</b>	<b>14%</b>
Ansvar ændret til skade for patienten	65	3,2%
Ansvar ændret til fordel for patienten	102	5,1%
Ændret, andet	15	0,8%
Forhøjelse af erstatning	69	3,5%
Nedsættelse af erstatning	5	0,3%
Hjemvist til Patientforsikringen	18	0,9%
<b>I alt</b>	<b>2.009</b>	<b>100%</b>

<b>Andet:</b>	<b>215</b>
Afvisning pga. klagefrist overskredet	41
Afgørelse om genoptagelse	21
Afgørelse om ikke grundlag for genoptagelse	118
Andet	35

<b>Afgørelser i alt</b>	<b>2.224</b>
Afsluttet uden afgørelse	112
<b>Afsluttede sager i alt</b>	<b>2.336</b>

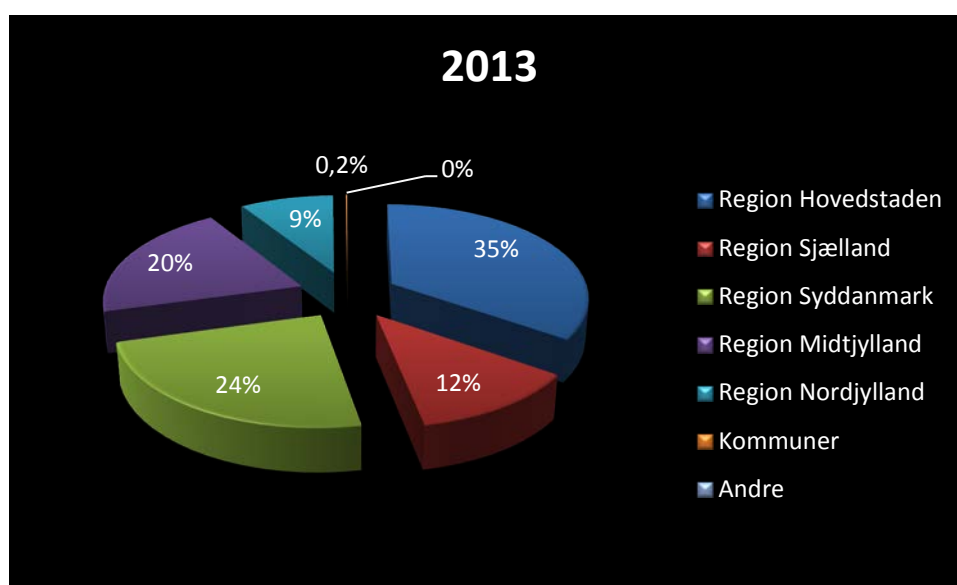
Opgørelsen omfatter alle sager, Patientskadeankenævnet afgør, dvs. både sager der afgøres på nævnmøde, og sager der sluttet ved formandsafgørelse. Der blev i 2013 truffet 329 formandsafgørelser.

Patientskadeankenævnets forretningsorden giver formanden kompetence til at afgøre sager, der ikke frembyder tvivl, hvilket f.eks. kan være sager om overskridelse af klagefrister, eller sager hvor skaden falder uden for lovens dækningsområde og lignende.

Antallet af sager, der blev afsluttet uden afgørelse, var i 2013 på 112. Det er hovedsagligt sager, hvor anken trækkes tilbage, inden nævnet træffer afgørelse eller sager, hvor Patientforsikringen under ankesagen vælger at genoptage sagen til fornyet behandling.

### Sagernes fordeling på regioner/kommuner

Antallet af afgjorte ankesager fordeler sig på regioner og kommuner i 2013 procentvis, som det fremgår af figur 3.



**Figur 3: Patientskadeankenævnets afsluttede sager i 2013 fordelt på regioner og kommuner.**

Figuren viser, at fordelingen af sager stort set svarer til årene før. Som det fremgår, er regionerne erstatningsansvarlige for stort set alle langt det meste af behandlingen i de afgjorte sager. Al behandling, der foregår i det private, herunder på privathospitalet osv. er også inkluderet. Regionerne er nemlig fortsat, i de sager nævnet afgjorde i 2013, erstatningsansvarlige for skader sket ved behandling i det private. Som nævnt i afsnit 1 er de private sygehuse, klinikker og praktiserende speciallæger fra 1. september 2013 erstatningsansvarlige og skal derfor tegne forsikring for de omfattede behandlinger og undersøgelser. Det vil opgørelsen for 2014 og fremefter afspejle.

Kommunerne dækker behandling i forbindelse med de kommunale sundhedsydelser, men der er, som figuren viser, kun ganske få sager, og de udgør mindre end 0,2 % af det samlede antal sager.

## 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. Der undersøges i den forbindelse, om klagefristen på tre måneder er overholdt. Patienten bliver bedt om samtykke til, at der kan indhentes relevante oplysninger. Herefter beder sekretariatet Patientforsikringen om at udtale sig om klagen og sagens akter. Når sekretariatet får materialet, får sagens parter, ofte patient og region, en kopi af udtalelsen og bliver bedt om eventuelle bemærkninger.

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

### 4.2 Sagens forberedelse

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

### 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 afgøre sagen. Hvis ikke alle nævnsmedlemmer er enige, bestemmer flertallet. Hvis det ikke er muligt at afgøre sagen på mødet, vil parterne få besked herom. Sagen kan i nogle tilfælde blive udsat, hvis der f.eks. skal indhentes supplerende oplysninger.

Hvis det vurderes, at der ikke foreligger tvivl i sagen, kan formanden jf. nævnets forretningsorden afgøre den på nævnets vegne. Det er typisk i sager kun om erstatningsberegning, sager hvor skaden falder uden for lovens dækningsområde, sager der bedes genoptaget, sager hvor der mangler klageberettigelse, klager over aktindsigt, sager hvor betingelserne for at anerkende erstatningsansvar efter loven anses for klart opfyldte og i øvrigt er ukomplicerede, og forældede sager eller sager om overskridelse af klagefrist. I 2013 udgjorde formandsafgørelserne knap 15 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, dvs. 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 2013 ændrede Patientskadeankenævnet i cirka 14 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 betyde, at erstatningen forhøjes, nedsættes eller bortfalder.

## 4.5 Orientering om afgørelsen

Inden for cirka en uge efter nævnsmødet modtager parterne afgørelsen i sagen. Det vil fremgå af den, hvad nævnet har lagt vægt på, og hvilke lovregler sagen er afgjort efter. Hvis der er 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 afgjort 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 - evt. i samarbejde med en advokat - indgive en stævning ved retten. Sagen skal i så fald indbringes for domstolene 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 få erstatning reguleret efter den almindelige erstatningsretlige regel, den såkaldte culperegulering. Patienten skulle bevise, at der var sket en skade i forbindelse med behandlingen, og at skaden skyldtes forsætlig eller uagtsom adfærd. Det var med andre ord svært at få erstatning.

I 1992 trådte patientforsikringsloven i kraft. Lovens hovedformål var at indføre en ordning, der sikrer patienterne en lettere, hurtigere og billigere adgang til erstatning, når de er blevet skadet ved behandling, undersøgelse eller lignende på et offentligt hospital. Før var de fleste amter dækket af et forsikringsselskab ved patientskader, men i dag er alle regioner selvforsikrende.

Oprindeligt omfattede patientforsikringsloven kun fysiske skader, men pr. 1. januar 2004 blev loven udvidet til også at dække psykiske skader. Dækningsområdet blev også udvidet, så behandling på blandt andet privathospitaler, hos vagtlæger og hos privatpraktiserende læger blev omfattet.

I dag er alle 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, om en skade er omfattet af loven. Reglerne i erstatningsansvarsloven fastsætter erstatningens størrelse. Klage- og erstatningsloven har dog den begrænsning, at der kun gives erstatning, hvis den samlede erstatning overstiger 10.000 kroner.

Nedenfor gennemgås et udsnit af de afgørelser, som Patientskadeankenævnet traf efter klage- og erstatningsloven i 2013. De refererede afgørelser er valgt, fordi de giver et indblik i de grundlæggende betingelser for, om en skade er omfattet af loven. Betingelserne fremgår af lovens §§ 19 til 23.

Afgørelserne er inddelt efter hvilken paragraf, de primært vedrører, så de er lettere at forstå, og for hver paragraf gennemgås også kort 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 har en skade, og at skaden opstod i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende. Det er ikke betinget, at patienten skal have mén efter behandlingen. En skade i lovens forstand kan derfor godt bestå i en forlænget sygeperiode, fordi patienten måtte opereres igen.

§ 19, stk. 1, skal læses i sammenhæng med § 20, stk. 1, hvor det fremgår, at skaden "med overvejende sandsynlighed" skal være forvoldt på én af de i § 20 nærmere specificerede måder. I princippet er selv en minimal sandsynlighedsovervægt tilstrækkelig (det vil sige lidt over 50 procent).

Der er ikke tale om skader i lovens forstand, hvis behandlingen ikke har den ønskede effekt, eller hvis der er givet utilstrækkelig information om eventuelle risici før behandlingen.

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

#### **Manglende effekt af operationer for nedgroet tånegl (12/1435)**

En 16-årig dreng blev i perioden fra marts 2007 til februar 2010 opereret syv gange for nedgroet negl og deraf følgende gentagne infektioner i storetåen. Han søgte erstatning, fordi han trods de mange operationer ikke opnåede et tåleligt resultat. Ved hver operation fandt man neglerester, og klager mente derfor, det måtte være et udtryk for, at operationerne ikke var udført grundigt nok.

*Patientskadeankenævnet fandt ligesom Patientforsikringen, at drengen ikke var påført en skade i lovens forstand. Nævnet lagde ved afgørelsen vægt på, at der var god indikation for alle operationerne, som var udført med korrekt metode. Nævnet lagde endvidere vægt på, at det selv ved korrekt udførte operationer er hyppigt forekommende, at neglen gendannes. Dette skyldes dog ikke med overvejende sandsynlighed behandlingen, men derimod karakteren af grundlidelsen.*

*Sagen er et eksempel på, at manglende effekt af en iværksat behandling ikke er ensbetydende med, at der er sket en skade i lovens forstand. Det må i hvert enkelt tilfælde konkret vurderes, om behandlingen med overvejende sandsynlighed er årsag til den manglende effekt. Hvis det er under 50 % sandsynligt, er betingelsen om overvejende sandsynlighed ikke opfyldt.*

### **Tidsmæssigt sammenfald mellem behandling og gener var ikke nok til at anerkende patientskade (13/4056)**

En 64-årig mand skulle i 2012 have indopereret en ny aortaklap. Han havde i 1995 haft en diskusprolaps i nakken og var derfor førtidspensioneret. Endvidere fik han i 2001 et såkaldt piskesmæld i nakken. Under operationen i 2012 var der problemer med at placere tuben i halsen. Efter et par forsøg lykkedes det dog med fiberoptik. Selve operationen forløb planmæssigt. Efter operationen klagede manden dog over, at han blandt andet havde fået smerter i nakken og kvælningssymptomer. Han mente, at generne skyldtes, man havde taget for hårdt fat i hans hoved, da tuben blev lagt.

*Både Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet vurderede, at det ikke var overvejende sandsynligt, at manden var påført en skade som følge af behandlingen. Der blev blandt andet lagt vægt på, at intuberingen var foretaget i overensstemmelse med, hvorledes en erfaren specialist på området ville have handlet. Man var således opmærksom på, at manden havde en tidligere diskusprolaps i nakken, og efter et mislykket forsøg på anlæggelse af tuben foretog man uproblematisk anlæggelse med fiberoptik. Endvidere blev der lagt vægt på, at der hverken var billeddiagnostiske eller neurologiske fund, der kunne understøtte en årsagsforbindelse mellem generne og behandlingen. Den omstændighed, at der var tidsmæssig sammenhæng, var ikke tilstrækkeligt til, at generne med overvejende sandsynlighed kunne anses for udløst af behandlingen.*

*Sagen er et eksempel på, at et tidsmæssigt sammenfald mellem en behandling og nogle genes opståen ikke er tilstrækkeligt til, at generne med overvejende sandsynlighed kan anses for udløst af behandlingen.*

### **Metal-mod-metal protese var ikke årsag til hoftegener (13/664)**

En 63-årig mand med slidgigt i den ene hofte fik i 2008 indsat en såkaldt metal-mod-metal hofteprotese. Operationen forløb som planlagt, men ved 8-ugerskontrollen klagede manden over smerter på siden af hoften. Man fastslog, at det drejede sig om en irriteret slimsæk og iværksatte medicinsk behandling og flere blokader uden vedvarende effekt. I 2012 tog man en blodprøve, der ikke viste forhøjede metalioner i blodet.

*Både Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet vurderede, at manden ikke var påført en skade som følge af behandlingen, selv om det er dokumenteret, at metal-mod-metalproteser kan give et dårligere behandlingsresultat. Nævnet lagde vægt på, at behandlingen var i overensstemmelse med den standard, der kan forventes af en erfaren specialist på området. Ved ultralydsscanning var der påvist en irriteret slimsæk, som var forsøgt relevant behandlet med blokader. Nævnet lagde endvidere vægt på, at blodprøven ikke viste forhøjede metalioner i blodet, hvilket ellers kunne tyde på slidtageproblemer med protesen. Endelig var mandens gener almindeligt kendte efter indsættelse af en kunstig hofte.*

*Sagen er et eksempel på, at gener efter, en metal-mod-metalprotese er sat ind, ikke i sig selv berettiger til erstatning, selv om det er dokumenteret, at denne type proteser kan give et dårligere behandlingsresultat. Også her skal der være konkrete omstændigheder, der understøtter, at netop den protese-type er skyld i gener, og at der ikke blot er tale om manglende/utilstrækkelig effekt af behandlingen.*



### **Utilstrækkelig undersøgelse hos egen læge gav ikke ret til erstatning (13/2915)**

En 54-årig kvinde kontaktede i september 2011 vagtlægen på grund af stærke smerter i lænden. Vagtlægen undersøgte urinen og mistænkte, at der var blod i. Han ordinerede smertestillende medicin og anbefalede kvinden at henvende sig til egen læge med henblik på videre udredning. Få dage senere kontaktede kvinden egen læge, der bestilte et røntgenbillede. Billedet viste, at kvinden havde en fremadglidning af den nederste hvirvel i lænderyggen. Hun blev henvist til fysioterapeut og måneden efter til reumatolog på grund af fortsatte gener. Reumatologen fandt det i november 2011 uklart, hvad der var årsag til rygsmerterne og ordinerede en MR-scanning. Scanning viste, at kvinden havde kræftmetastaser i de øverste lændehvirvler og i de nederste brysthvirvler. Nærmere udredning på sygehus viste, at der var tale om metastaser fra kræft i nyrebækkenet, og at kræften tillige havde spredt sig til binyrer og lunger. Kvinden blev behandlet med stråler, men afgik ved døden i februar 2012.

*Både Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet fandt, at egen læge burde have undersøgt kvindens ryg i september 2011, ligesom blodet i urinen burde være udredt nærmere. Da kvinden, før hun opsøgte vagtlægen, havde haft smerter i ryggen gennem længere tid, og da der i starten af januar 2012 blev fundet spredning til både binyrer og lunger, var sygdommen dog med overvejende sandsynlighed uhelbredelig i september 2011. Selv om undersøgelsen hos egen læge ikke var i overensstemmelse med, hvordan en erfaren specialist på området ville have handlet, var kvinden derfor ikke blevet påført en erstatningsberettigende skade.*

*Afgørelsen er et eksempel på lovens krav om, at der skal være indtrådt en skade, før der kan ydes erstatning. Den omstændighed, at udredningen var under normen for, hvordan en erfaren specialist på området ville have handlet i en lignende situation, er således ikke i sig selv tilstrækkeligt. Det skal være overvejende sandsynligt, at en anderledes behandling ville have haft en betydning for længden af sygeperioden, omfanget af gener og/eller den statistiske sandsynlighed for at overleve sygdommen.*

## 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 en erfaren specialist på området ville handle under de givne forhold, og hvorvidt skaden med overvejende sandsynlighed ville kunne være 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 efter omstændighederne sørge for henvisning/overflytning af patienten til et sygehus, der kan tilbyde den relevante behandling.

Når det vurderes, hvilken behandling en erfaren specialist på området ville iværksætte, skal oplysninger og viden fra behandlingstidspunktet lægges til grund. Viden, der er fået siden, om patientens sygdom eller nye behandlingsmetoder, som man ikke

havde på behandlingstidspunktet, må altså ikke vægtes ved vurderingen af, hvad en erfaren specialist, ville gøre.

### 5.2.2 Svigt i apparatur

§ 20, stk. 1, nr. 2, er en ansvarsregel, der dækker alle tilfælde af svigt i apparatur, herunder udstyr brugt under en operation, implantater, proteser med videre. Hvis udstyret er anvendt forkert af den behandlende sundhedsperson, hører det under specialistreglen, da man forudsætter, at den erfarne specialist kan bruge udstyr inden for specialet korrekt.

### 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, 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, kan metoderne ikke anses for ligeværdige i lovens forstand.

### 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 at fastslå, at patienter 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 omfattet, men det er dog altid en konkret vurdering, hvorvidt en hændelig skade må tåles.

Grænsen for, hvornår en skade er sjælden, ligger normalt ved 1-2 procent. Skader, der sker hyppigere, falder som udgangspunkt for sjældenhedskriteriet og giver derfor ikke erstatning.

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

### **Rygbrud efter epileptisk anfald anerkendt (12/1951)**

En 63-årig mand, der led af epilepsi, blev i maj 2010 indlagt til operation i hoften. Han skulle have fjernet noget materiale, som han to år tidligere havde fået indsat efter et hoftebrud. Efter operationen i 2010 blev han overflyttet til et patienthotel, da der var gået infektion i såret. Efter nogle dages indlæggelse fik han et epileptisk anfald, som det bagefter blev konstateret havde givet ham et brud på den øverste lændehvirvel. Før han blev indlagt var han i forebyggende behandling mod epilepsi og havde ikke haft anfald i flere år. Mens han var indlagt ændrede man medicineringen, så han kun fik en tredjedel af den normale dosis forebyggende medicin.

*Patientforsikringen vurderede, at der ikke var grundlag for at yde erstatning, da behandlingen med forebyggende medicin havde været relevant. Det epileptiske anfald og følgerne heraf kunne derfor ikke anses som en skade i lovens forstand.*

*Patientskadeankenævnet ændrede afgørelsen og anerkendte, at patienten var påført en erstatningsberettigende skade. Nævnet lagde vægt på, at man under indlæggelsen kun havde ordineret en tredjedel af den vanlige epilepsimedicin, hvilket ikke stemte overens med, hvordan en erfaren specialist på det pågældende område ville have handlet. Nævnet fandt også, at den reducerede dosis med overvejende sandsynlighed var årsag til, at manden fik et epileptisk anfald, som førte til brud på en ryghvirvel.*

*Sagen er et eksempel på, at hospitalet, når en patient er indlagt, har ansvaret for, at patienten behandles forsvarligt – både hvad angår den lidelse, som patienten er indlagt for at få behandlet og øvrige lidelser. Hvis patienten får en skade, der med overvejende sandsynlighed skyldes, at behandlingen ikke har været i overensstemmelse med den erfarne specialists standard, er patienten som udgangspunkt berettiget til erstatning for de skadelige følger, der kunne være undgået ved en anderledes behandling.*

### **Liggesår kunne være undgået (12/2389)**

En 62-årig mand blev i november 2011 indlagt med sprængt kranspulsåre i maven. Han fik foretaget en akut operation med udskiftning af pulsåren (bi-femoral bypass). Han blev bagefter overflyttet til intensiv afdeling, hvor han var kritisk syg med påvirkede lunger, kredsløb og nyrer. Han måtte under forløbet opereres i tarmen, hvor man fjernede noget af den og lagde en stomi. Efter 10 dages indlæggelse noterede man, at manden havde tegn på begyndende liggesår, men trods tiltag med at vende manden hyppigere i sengen udviklede han et betydeligt liggesår på venstre balle. Manden blev udskrevet efter en måned, men havde herefter et langt sårhelingsforløb, som førte til flere indlæggelser for at få behandlet liggesåret.

*Patientforsikringen vurderede, at behandlingen stemte overens med standarden for en erfaren specialist på området, da man havde vendt manden for at undgå liggesår. Der var således tale om en hændelig komplikation til behandlingen. Henset til patientens livstruende sygdom både primært og under indlæggelsen fandtes liggesåret dog ikke at gå ud over, hvad patienten med rimelighed burde tåle.*

*Patientskadeankenævnet ændrede afgørelsen, idet nævnet fandt, at behandlingen ikke havde fulgt standarden for en erfaren specialist. Nævnet lagde vægt på, at manden havde høj risiko for at udvikle liggesår på grund af blandt andet påvirket bevidsthedsniveau, immobilisering og flere organsvigt. Sygehuset burde derfor have vurderet risikoen for liggesår og på den baggrund udarbejdet en pleje- og behandlingsplan med særligt fokus på liggesår. Da der opstod tegn på begyndende liggesår burde man også have iværksat yderligere tiltag for at undgå udviklingen af liggesår. Nævnet lagde altså til grund, at man på sygehuset længe havde haft den relevante viden til at forebygge og behandle liggesår, selv om der først blev sat et egentligt mål for en systematisk indsats mod tryksår med Danske Regioners strategiplan i foråret 2012.*

*Sagen er et eksempel på, at specialiststandarder ikke nødvendigvis vurderes ud fra de generelle retningslinier, der er på et sygehus. Hvis en erfaren specialist området må forudsættes at ville have iværksat en anderledes behandling i den konkrete situation, kan der være grund til at anerkende en eventuel skade i henhold til specialistreglen.*

### **Operation af ankelbrud var ikke i overensstemmelse med erfaren specialiststandard (13/1762)**

En 54-årig mand blev i november 2010 opereret for et brud på venstre ankel. Bruddet blev sat sammen med skinne og skruer. Manden havde efterfølgende vedvarende smerter, instabilitet, krampetendens og føleforstyrrelser i ankelen, hvorfor der blev udredt med en MR-skanning og røntgenundersøgelse. Billederne viste, at der var fejlstilling af rullebenet i forhold til ankelknuden, og manden måtte reopereres.

*Patientforsikringen vurderede, at der ikke var grundlag for at yde erstatning, da fejlstillingen med overvejende sandsynlighed skyldtes, at manden var ryger og havde et større forbrug af alkohol, hvilket er væsentlige risikofaktorer for nedsat knogleheling og efterfølgende skred i bruddet. Behandlingen havde været i overensstemmelse med den erfarne specialists standard, og manden ansås følgelig ikke for at være påført en erstatningsberettigende skade.*

*Patientskadeankenævnet vurderede, at behandlingen ikke havde fulgt den standard, der kan forventes af en erfaren specialist på området. Nævnet lagde vægt på, at kontrol efter operationen viste asymmetri i ankelen med tegn på fejlrotation af den yderste ankelkno. Nævnet fandt på den baggrund, at bruddet ikke var sammensat korrekt, og at manden som følge heraf var påført en skade i form af fejlstilling i ankelen medførende fejlbelastning, smerter og nedsat bevægelighed.*

*Sagen er et eksempel på, at forværrede gener efter behandling af en lidelse kan være en patientskade, hvis behandlingen afveg fra den erfarne specialists standard, og hvis det anses for overvejende sandsynligt, at forværringen skyldes det forhold, at behandlingen afveg fra specialiststandard.*

### **Skade efter behandling med kontrastvæske anerkendt (12/715)**

En 40-årig kvinde med kronisk nyresygdom blev i september 2009 MR-skannet, hvor man anvendte en kontrastvæske, der indeholdt grundstoffet gadolinium. Stoffet kan føre til, at patienter med nedsat nyrefunktion udvikle nefrogen systemisk fibrose (sygdom som bl.a. kan medføre tyk, ru og hård hud på især ben, ansigt og hænder). Kvinden udviklede efterfølgende tiltagende stive led i kroppen samt stram og fast hud på anklerne og cirka 10 cm op ad benene. Biopsi kunne ikke entydigt fastslå, om kvinden havde udviklet nefrogen systemisk fibrose, men hendes symptomer tydede på det.

*Patientforsikringen vurderede, at der ikke kunne ydes erstatning for de opståede gener, idet behandlingen med kontrastvæsken havde været i overensstemmelse med den erfarne specialists standard.*

*Patientskadeankenævnet fandt grundlag for at anerkende kvindens gener som en patientskade. Nævnet vurderede, at behandlingen med den gadoliniumholdige kontrastvæske ikke fulgte erfarne specialiststandard, da Sundhedsstyrelsen i februar 2007 kom med nye anbefalinger for at bruge gadoliniumholdig kontrastvæske ved MR-skanninger af nyrepatienter. Ifølge anbefalingerne burde det kontrastmiddel, som kvinden blev behandlet med, kun bruges efter nøje overvejelse. Det fremgik ikke af journaloplysningerne, at sygehuset havde overvejet brugen nøje. Nævnet lagde også vægt på, at der var mange afdelinger i Danmark, hvor man undersøgte nyrepatienter uden at bruge gadoliniumholdig kontrastvæske. Efter en samlet vurdering af oplysningerne om kvindens sygehistorie fandt nævnet det overvejende sandsynligt, at kvindens gener i led og ankler skyldtes behandlingen med kontrastvæsken.*

*Sagen er et eksempel på, at reglerne om erstatning for patientskader også omfatter skader efter behandling med lægemidler, hvis behandlingen med det pågældende lægemiddel ikke har fulgt den erfarne specialists standard. Det kan f.eks. være tilfældet, hvis der ikke var indikation for at ordinere lægemidlet, eller hvis lægemidlet blev ordineret i for høje doser.*

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

Der blev i 2013 ikke behandlet sager, hvor skader efter apparatursvigt blev anerkendt af nævnet. Problemstillingen var dog blandt andet aktuell i sager om de såkaldte metal-mod-metal hofteproteser og brystimplantatet PIP. De sager, som Patientskadeankenævnet havde, er dog alle afgjort efter andre bestemmelser end reglen om apparatursvigt. Se f.eks. den oven for citerede afgørelse 13/664 om en metal-mod-metalprotese, hvor nævnet vurderede, at mandens gener ikke med overvejende sandsynlighed skyldtes den hofteprotese, som han fik indopereret.

### Afgørelser efter § 20, stk. 1, nr. 3 (ligeværdig behandlingsmetode):

#### **Posedialyse og hæmodialyse var ikke ligeværdige behandlinger (12/877)**

En 50-årig nyresyg mand, der siden år 2000 var i såkaldt posedialyse (metode, hvor blodet renses ved brug af bughinden), udviklede i foråret 2011 en tarmskade kaldet skleroserende peritonitis. Han søgte erstatning for skaden og gjorde under sagen gældende, at skaden kunne være undgået, hvis man i stedet for posedialyse havde behandlet ham med hæmodialyse (rensning af blodet gennem et filter udenfor kroppen).

*Både Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet vurderede, at posedialyse og hæmodialyse ikke var ligeværdige behandlingsmetoder i lovens forstand. Nævnet lagde i sin afgørelse vægt på, at begge dialysemetoder var lige effektive til rensning af blodet for affaldsstoffer. Begge metoder medførte en betydelig risiko for udvikling af forskelligartede skader, særligt ved langvarig behandling. Den største akutte risiko ved posedialyse var, at patientens ernæringstilstand kunne forværres, at der kunne opstå symptomer fra mave og tarm, og at metoden kunne medføre behov for en risikofyldt operation. Hæmodialyse kunne derimod give mange typer skader, herunder blodpropper, forsnævninger i venerne og infektioner. Valget af behandlingsmetode afhang af den enkelte patients samlede situation. Posedialyse var den mest anvendte metode, den var ikke farlig for langt de fleste patienter, og den gav en større personlig frihed, fordi behandlingen kan udføres af patienten selv. Hæmodialyse udføres derimod i 4 timer 3 gange om ugen, normalt på et hospital. Den metode blev derfor typisk valgt, når der ikke var mulighed for posedialyse. Efter en samlet vurdering af dialyseformernes risici, ulemper og fordele sammenholdt med mandens situation – herunder at han gerne ville kunne fortsætte med at arbejde - fandtes metoderne ikke at være ligeværdige.*

*Sagen viser, at vurderingen af ligeværdighed ikke kun drejer sig om resultatet af behandlingen. Der må konkret vurderes fordele og ulemper for den pågældende patient, og hvis, den ene metode af forskellige grunde er at foretrække frem for den anden metode, er eventuelle skader ikke omfattet af § 20, stk. 1, nr. 3.*



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

### **Nervegener i hånden efter operation for udposning på pulsåre måtte tåles (12/1357)**

En 76-årig mand blev i juli 2011 opereret for en større udposning på en pulsåre (abdominalt aortaaneurisme). Operationen forløb umiddelbart planmæssigt, men efter operationen klagede manden over en snurrende fornemmelse i lillefingeren og i håndkanten. Han havde svært ved at styre lillefingeren og nedsat kraft i fingrene, hvilket betød, at han tabte ting. Man vurderede, at han under operationen havde fået påvirket ulnaris nerven i forbindelse med lejringen.

*Både Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet vurderede, at der var tale om en hædelig komplikation til behandlingen, og at skaden ikke var alvorlig nok til at kunne anerkendes. Nævnet lagde vægt på, at et abdominalt aortaaneurisme er en særdeles alvorlig lidelse, som ubehandlet medfører en ikke ubetydelig risiko for bristning og dermed en meget høj risiko for at dø. Der blev endvidere lagt vægt på, at den gennemsnitlige dødelighed ved denne type planlagte operationer var på 3-4 %.*

*Sagen er et eksempel på den afvejning, der må foretages af den opståede skade i forhold til karakteren af den lidelse, der skal behandles (grundlidelsen). Ved vurderingen er det både relevant at se på alvoren af grundlidelsen i ubehandlet tilstand og på risikoen for at dø som følge af operationen. Hvis risikoen for at dø af behandlingen overstiger cirka 2 %, vil dødsfald som komplikation være så hyppigt forekommende, at det som udgangspunkt ikke kan anerkendes iht. § 20, stk. 1, nr. 4. Derfor vil mindre alvorlige skader heller ikke give ret til erstatning. Der er dog altid tale om en konkret vurdering.*

### **Kræft i transplanterede lunger gav ikke ret til erstatning (13/640)**

En 48-årig kvinde fik i august 2011 en lungetransplantation. Hun led af en arvelig lungesygdom, som betød, hendes lungefunktion var svært nedsat, og hun var afhængig af konstant iltbehandling. Operationen forløb umiddelbart planmæssigt. Cirka fem uger efter operationen blev hun dog indlagt med svært påvirket almentilstand. Hun var svimmel, havde svært ved at trække vejret og talebesvær og krampetilfælde. En scanning viste, at hun havde mange kræftmetastaser i både lunger, lever og hjerne. Biopsier viste, at der var tale om en meget sjælden bløddelskræft, som spredes med blodet via lymfesystemet. Det viste sig efterfølgende, at flere andre patienter, der havde fået organer fra samme donor, også var ramt af samme aggressive kræfttype. Kvinden døde knap to måneder senere. Under sagen gjorde de pårørende blandt andet gældende, at man ved komplikationsrisikoen skulle se på den netop indtrådte komplikation med kræft i de transplanterede lunger – ikke på den helt overordnede og generelle komplikationsrisiko. Risikoen for at få transplanteret lunger med den pågældende type aggressive kræft var forsvindende lille, og der var intet, der indikerede, at kvinden ikke ville have fået et vellykket behandlingsforløb, hvis ikke der havde været kræft i lungerne.

*Både Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet fandt, at der var tale om en hændelig komplikation, idet den pågældende kræfttype ikke kan ses på den screening, der laves af lungerne forud for transplantation. Der var også enighed om, at betingelserne for at yde erstatning for hændelige komplikationer ikke var opfyldt. Nævnet lagde vægt på, at det er yderst sjældent, at en patient bliver påført en kræftlidelse i forbindelse med organdonation. Derimod var det ikke sjældent, at der ved lungetransplantationer opstod komplikationer, der medførte patientens død. Nævnet lagde endvidere vægt på karakteren af kvindens meget alvorlige grundsygdom med væsentligt nedsat funktionsniveau, herunder at kvinden havde behov for personlig pleje, og at hun kun kunne gå få skridt. Uden lungetransplantation ville kvinden med overvejende sandsynlighed være død af sin grundlidelse inden for 1-2 år. Der var således tale om en yderst nødvendig og livsforlængende behandling. Dobbelttidig lungetransplantation er dog et omfattende og risikobetinget indgreb, der i sig selv indebærer en høj risiko for at dø. Selv om kvinden blev påført en særdeles alvorlig komplikation, der medførte, at hun afgik ved døden, berettigede skaden ikke til erstatning henset til hendes alvorlige grundlidelse og det akutte behov for en lungetransplantation.*

*Sagen er et eksempel på, at grænsen for, hvad der må tåles, er meget høj ved livstruende grundlidelser. Selv om den pågældende komplikation med kræft i et donororgan helt specifikt er sjældent forekommende, og selv om komplikationen medfører, at patienten afgår ved døden, så må der ved afvejningen af talegrænsen også ses på den generelle risiko for at dø under og efter indgrebet. Disse faktorer er af stor betydning, når man beslutter, om der overhovedet skal opereres, og patientens grundsygdom kan være så livstruende, at man vælger at acceptere den høje risiko ved behandlingen i forsøget på at redde patientens liv.*

### **Nerveskade efter operation i nakken blev anerkendt (13/4631)**

En 63-årig mand blev i august 2011 opereret i nakken på grund af en diskusprolaps. Efter operationen konstaterede man, at manden var hæs. Mandens stemmebånd blev undersøgt, og det viste sig, at det højre stemmebånd var lammet. Et år efter operationen var lammelsen stadig ikke forsvundet.

*Patientforsikringen vurderede, at der var tale om en hændelig komplikation til behandlingen. Der var dog ikke grundlag for at yde erstatning, da komplikationen optrådte med en hyppighed på over 2 % ved operation for diskusprolaps i nakken på det pågældende niveau.*

*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 sjælden, fordi den forekom ved færre end 2 % af den type operationer. Nævnet vurderede også, at skaden var mere omfattende, end hvad manden rimeligt burde tåle. Vurderingen lagde vægt på, at manden havde en relativt alvorlig grundlidelse, fordi han havde en diskusprolaps, der medførte tryk på nerverødderne med udstrålende smerter i armene samt sovende fornemmelse og kraftnedsættelse i venstre hånd. Lidelsen krævede dog ikke akut operation eller truede førligheden, fordi generne havde stået på i mere end et år.*

*Selve operationen var et forholdsvist simpelt indgreb med god prognose for effekt på mandens gener. Videre lagde nævnet vægt på de oplysninger, der forelå om mandens gener på grund af nerveskaden, som blandt andet omfattede hæshed, åndedrætsbesvær og øget tendens til hoste. Behandling hos en talepædagog havde ikke hjulpet, og generne måtte betragtes som varige.*

*Sagen er et eksempel på, at man må afveje grundlidelsens alvor med alvor af den indtrådte komplikation. Ved operationer, der er planlagte og relativt ufarlige og ved grundlidelser, der ikke truer liv eller førlighed, er grænsen for, hvad der er rimeligt at tåle ikke så høj.*

## 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 kan gives erstatning, hvis der ikke er blevet stillet en rigtig diagnose, og hvis patienten derfor har fået en skade.

Skaden skal med overvejende sandsynlighed være forvoldt på en af de i § 20, stk. 1, nr. 1, eller nr. 2, nævnte måder. Den diagnostiske udredning på undersøgelsestidspunktet skal dermed ikke leve op til kravet om den erfarne specialists standard, eller diagnosticeringsfejlen skal skyldes fejl eller svigt i teknisk apparatur, redskaber eller andet udstyr.

Når det skal vurderes, om den rigtige diagnose burde være stillet på et tidligere tidspunkt, ses der konkret på den viden om patientens tilstand, der var på det tidspunkt, behandlingen blev udført. Det der afgør vurderingen er således, om den erfarne specialist ville have handlet anderledes i samme situation, om diagnosen herved ville være stillet, og om man ved en tidligere diagnosticering med overvejende sandsynlighed kunne have hindret, at skadens opstod.

Skaden i sager om forsinket diagnosticering er typisk de følger, grundsygdommen har, som med overvejende sandsynlighed kunne være undgået, hvis diagnosticeringen havde levet op til den erfarne specialists standard. Hvis behandlingen levede op til den erfarne specialists standard, afgøres sagerne typisk som "ingen skade", fordi følgerne så må skyldes udviklingen af patientens grundsygdom og ikke forhold ved behandlingen.

Patientskadeankenævnet havde ikke i 2013 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 er epilepsi anerkendt (12/2814)**

En 30-årig mand begyndte i år 2000 at få blackouts, der varede fem til ti sekunder. Han blev udredt med EEG (undersøgelse hvor hjernebarkens elektriske impulser registreres) og MR-skannet, men man fandt ikke årsagen til anfaldene. Nogle år senere blev manden igen udredt med EEG og MR-scanning, uden at man kom tættere på en diagnose. Han blev behandlet mod blodtryksfald med nogen effekt, men han fik dog stadig blackouts. I august 2009 fik han et krampeanfald i hjemmet og blev kørt på skadestuen. Han blev observeret i nogle timer og derefter sendt hjem igen. Det gentog sig flere gange, men hver gang blev manden sendt hjem. I foråret 2010 blev manden via et andet hospital behandlet for epilepsi, men han var ikke tryk ved behandlingen. Han blev derfor henvist til et nyt hospital, men inden han blev tilset her, fik han et nyt krampeanfald i august 2010. I forbindelse med anfaldet slog han sin nakke, og et røntgenbillede viste et brud på 7. nakkehvirvel. Han blev herefter vurderet på det 3. sygehus, der behandlede ham med en anden type epilepsimedicin.

*Patientforsikringen vurderede, at behandlingen på alle sygehusene stemte overens med den erfarne specialists standard. Manden blev derfor ikke anset for at være påført en skade, der gav ret til erstatning.*

*Patientskadeankenævnet vurderede, at behandlingen i 2009 og 2010 ikke havde fulgt den standard, der kan forventes af en erfaren specialist. Nævnet vurderede, at man i september 2009 havde tilstrækkelige oplysninger og beskrivelser af krampeanfaldenes karakter til, at diagnosen burde være stillet, selv om tidligere EEG-undersøgelser og MR-scanninger ikke havde vist tegn på epilepsi. Nævnet vurderede også, at det var overvejende sandsynlig, at manden ville have været fri for anfald i cirka et år tidligere, og have undgået bruddet på nakkehvirvlen, hvis diagnosen var blevet stillet rettidigt.*

*Sagen er et eksempel på, at skaden, der giver ret til erstatning, består i grundsygdommens følger, der med overvejende sandsynlighed ville være undgået, hvis den diagnostiske udredning og/eller behandlingen havde fulgt den erfarne specialists standard. Hvis det ikke er overvejende sandsynligt, at sygeforløbet ville være forløbet anderledes ved hurtigere diagnostik, er patienten ikke påført en skade i lovens forstand.*

### **Forsinket diagnosticering af hudkræft anerkendt (13/5742)**

En 53-årig mand fik i november 2005 fjernet et modermærke med kræft af typen SSM level 2, der var 0,42 millimeter tykt. Manden gik efterfølgende til årlige kontroller på sygehuset. Ved kontrollen i november 2008 havde manden en hudforandring på maven. Man vurderede, at der ikke var tegn på kræft, og manden fik en ny tid til kontrol året efter. Ved kontrollerne i 2009 og 2010 vurderede man fortsat, at der ikke var tale om kræft. Det blev derfor besluttet, at manden skulle gå til kontrol hos egen læge. Egen læge vurderede ved kontrollen i november 2011, at hudforandringen mere lignede en gammelmandsvorte end et modermærke. Manden henvendte sig et par måneder senere, fordi forandringen blødte og blev ved med at springe op. Egen læge henviste ham til operativ fjernelse, og undersøgelser viste, at der var tale om kræft af typen SSM level 4, der var med en tykkelse på 2,67 millimeter. Det blev konstateret, at kræften havde spredt sig til en lymfeknude i armhulen, og man blev derfor nødt til at fjerne alle lymfeknuderne i armhulen. Manden var efterfølgende plaget af spændinger i venstre armhule og snurren i fingene på venstre hånd. Under sagen oplyste manden, at modermærket på maven begyndte at ændre karakter i 2008. På sygehuset undersøgte man det grundigt i 2009, men i 2010 var undersøgelsen meget overfladisk på trods af, at elementet havde ændret sig endnu mere i den mellem-liggende periode. Dels havde det ændret farve, og dels var der opstået en meget kløende skal.

*Patientforsikringen vurderede, at behandlingen på sygehuset havde fulgt den erfarne specialists standard. Manden var derfor ikke påført en skade, som gav ret til erstatning.*

*Patientskadeankenævnet ændrede afgørelsen, fordi nævnet vurderede, at behandlingen ved kontrollen i 2010 ikke havde været i overensstemmelse med den erfarne specialists standard. Nævnet lagde vægt på, at manden var disponeret for modermærkekræft, og at han tidligere havde fået fjernet et kræftramt modermærke i 2005. Nævnet lagde også vægt på, at langt størstedelen af alle tilfælde af modermærkekræft diagnosticeres ved, at patienten selv eller ægtefællen konstaterer, at modermærket forandrer sig. Derfor er patientens egne observationer en væsentlig del af kontrolforløbet. Ifølge journalen havde manden både i 2008 og 2009 oplyst, at han var utryk ved det pigmenterede element på maven, men på trods af det undersøgte man ved kontrollen i 2010 ikke elementet under lup. Man beskrev heller ikke elementets udseende i journalen eller fjernede det. Da det cirka et år senere viste sig, at der var tale om kræft med en tykkelse på 2,67 millimeter, vurderede nævnet, at det måtte lægges til grund, at der i 2010 var begyndende forandringer af elementet, som burde have ført til, at elementet blev fjernet. Det kunne være sket i lokalbedøvelse og ville med overvejende sandsynlighed have ført til, at kræften ikke havde spredt sig til lymfeknuden i armhulen.*

*Sagen er et eksempel på, at der, når man vurderer sager om forsinket diagnosticering, er mange usikkerhedsfaktorer. Der kan f.eks. være tvivl om, om, hvordan en forandring så ud på et givent tidspunkt, hvad der blev sagt ved undersøgelsen, og hvilke følger der kunne være undgået ved hurtigere diagnostik. Afgørelserne i disse sager vil derfor ofte være præget af et skøn på baggrund af de lægelige oplysninger, patientens oplysninger og den viden, som man har om den pågældende sygdoms udviklingsforløb.*

## 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 for at blive behandlet eller undersøgt. Eventuelle ledsagere eller besøgende er altså ikke omfattet.

Det er ikke nogen betingelse, at ulykkestilfældet sker direkte når der undersøges eller behandles. 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:**

#### **Fingerskade på lille dreng gav ikke ret til erstatning (13/331)**

En dreng på knap to år skulle undersøges på et hospital på grund af blodmangel. Mens han opholdt sig i venteværelset med sine forældre, ville han række ud efter en farve på et børnebord. Bordet væltede ned over hans højre hånds ring- og lillefinger. Han fik et brud på ringfingeren, og lillefingerens yderste led blev næsten kappet af. Han fik opereret den yderste del af lillefingeren væk, da den kun hang i et stykke hud. Under sagen oplyste hospitalet, at det var forældrenes ansvar at holde øje med deres barn i venteværelset, og at personalet kun efter særlig aftale holdt opsyn med børnene. En sådan aftale var ikke lavet i dette tilfælde. Hospitalet oplyste også, at møblerne i venteværelset var købt i forbindelse med en større renovering af børneambulatoriet på opfordring fra det arkitektfirma, der stod for renoveringen. Normalt købte sygehuset kun møbler af firmaer, der også leverede møbler til daginstitutioner.

*Patientforsikringen afviste at give erstatning, fordi det samlede erstatningskrav ikke oversteg lovens mindstegrænse på 10.000 kr.*

*Patientskadeankenævnet vurderede, at der var tale om et ulykkestilfælde, der skulle vurderes efter den almindelige culperegulering. Nævnet vurderede, at sygehuset ikke havde udvist fejl eller forsømmelse i en sådan grad, at der var grundlag for at yde erstatning. Der blev lagt vægt på, at bordet var designet og markedsført som et børnemøbel, og at der ikke var omstændigheder, der gjorde, at der var grund til at bebrejde hospitalet, at uheldet skete. Det var således tale om et hændeligt uheld.*

*Sagen viser, at det i hvert tilfælde vurderes konkret, om hospitalet har truffet rimelige foranstaltninger for at undgå ulykker. Hvis der ikke er noget at bebrejde hospitalet, er betingelserne for at yde erstatning ikke opfyldt.*

### **Vridskade i knæet var et hændeligt uheld (13/4816)**

En 54-årig mand fik i maj 2012 indopereret en kunstig hofte på grund af slidgigt. Dagen efter operationen skulle manden efter et toiletbesøg vaske hænder. Han tog papirhåndklæder i en holder, men holderens låg sad løst. Manden greb ud efter låget, der vippede ned, og fik derfor et vrid i venstre knæ. Det viste sig efterfølgende, at manden havde fået en skade på sit korsbånd. Patienten klagede over, at hospitalet ikke havde sørget for, at toilettet var sikkerhedsmæssigt forsvarligt indrettet til en nyopereret patient. Hospitalet oplyste i sagen, at man ikke vidste, at der var defekte holdere til papirhåndklæderne. Holderne blev bagefter gennemgået, hvor man dog fandt, at to ikke var låst, og at de derfor kunne åbnes ved et kraftigt træk.

*Både Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet vurderede, at sygehuset ikke havde udvist en sådan grad af forsømmelse, at der var grundlag for at yde erstatning. Den omstændighed, at låget ikke var låst, kunne ikke karakteriseres som uforsvarlig indretning. Desuden var mandens tilstand så god, at det var forsvarligt at lade ham gå på toilettet alene. Knæskaden måtte herefter betragtes som et hændeligt uheld.*

*Sagen er et eksempel på, at sygehuset ikke nødvendigvis ifalder et erstatningsretligt ansvar, selv om der er udstyr, der ikke virker, som det skal. I den aktuelle sag er resultatet formentlig påvirket af, at det næppe var påregneligt for sygehuset, at patienterne kunne komme til skade som følge af manglende aflåsning af papirholderen. Sygehuset havde derfor ikke grund til at betragte den manglende aflåsning som et sikkerhedsmæssigt problem og træffe foranstaltninger i henhold hertil.*



## 6 Sager ved domstolene

### 6.1 Klager til Folketingets Ombudsmand

Det kan ske, at en patient klager over sagsbehandlingen til ombudsmanden, men ombudsmanden behandler ikke klager over Patientskadeankenævnet (eller Lægemiddel-skadeankenævnet).

Det følger af ombudsmandsloven, at domstolene ikke er omfattet af ombudsmandens virksomhed. Det betyder, han også anser sig for inkompetent over for en række domstolslignende nævn.

Patientskadeankenævnet består af et antal udpegede medlemmer og en formand, og har domstolslignende karakter.

Ombudsmanden anser sig derfor for inkompetent over for nævnet og behandler derfor heller ikke klager over Patientombuddet i det omfang, Patientombuddet agerer 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 fører sagen i retten. Stævning indgives ved byretten, hvor man bor.

Sagsanlæg skal ske inden 6 måneder efter, at afgørelsen er modtaget. Patientskadeankenævnet var i 2013 part i en retssag, hvor sagsøger mente, at det ikke skulle betyde noget, at søgsmålsfristen var overskredet.

#### **Dom afsagt af Retten i Sønderborg den 27. februar 2013 (j.nr. 11/547)**

*Patientskadeankenævnet traf den 10. oktober 2011 afgørelse i en sag, som patienten indbragte for retten ved stævning af 12. april 2012. Retten modtog stævningen pr. e-mail den 13. april 2012, og originalen blev modtaget den 16. april 2012.*

*Advokaten oplyste, at stævningen ikke blev indsendt rettidigt på grund af en beklagelig misforståelse.*

*Retten fandt, at fristen for sagsanlæg var overskredet, idet det måtte lægges til grund, at Patientskadeankenævnets afgørelse var blevet meddelt patienten den 12. oktober 2011. Søgsmålet var derfor ikke iværksat rettidigt, og retten fandt ikke, at der kunne bortses fra fristoverskridelsen, selv om overskridelsen havde været kort og skyldtes en fejl hos sagsøgers advokat. Sagen blev derfor afvist.*

For at få behandlet en sag ved domstolene skal "den administrative rekurs være ud-tømt", dvs. at klageadgangen skal være udnyttet. Det betyder, at Patientskadeankenævnet skal have behandlet den eller de erstatningsposter, man vil have prøvet ved retten. Patientskadeankenævnet var i 2013 part i en sag, der bl.a. gik på denne be-tingelse.

### **Dom afsagt af Københavns Byret den 12. november 2013 (j.nr. 07/982)**

*En kvindelig patient blev opereret i ryggen. I forbindelse med operationen fik hun en patientskade i form af kroniske smerter i lænderyggen. Skaden blev anerkendt efter lov om patientforsikring § 2, stk. 1, nr. 2. Patientforsikringen tilkendte ved samme afgørelse erstatning for medicinudgifter og godtgørelse for et varigt mén på 15 procent. Patientskadeankenævnet tiltrådte den tilkendte godtgørelse for varigt mén.*

*Patientforsikringen tilkendte efterfølgende yderligere erstatning for helbredelsesudgif-ter, godtgørelse for svie og smerte samt erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og er-statning for et erhvervsevnetab på 50 procent. Patientforsikringens afgørelser om er-statning for helbredelsesudgifter, godtgørelse for svie og smerte samt erstatning for tabt arbejdsfortjeneste for så vidt angik forrentningstidspunktet blev påklaget til Pati-entskadeankenævnet. Der blev også klaget over erhvervsevnetabsprocenten og for-rentningstidspunktet. Patientskadeankenævnet tiltrådte Patientforsikringens afgørel-ser. Nævnet tiltrådte den fastsatte erhvervsevnetabsprocent og henviste til, at patien-ten selv uden patientskaden ville have haft ryggene som følge af grundsygdommen og dermed en nedsat erhvervsevne.*

*Sagen blev herefter indbragt for retten med påstand om, at patientens erhvervsevne var nedsat med 75 procent som følge af den anerkendte patientskade, og at årsløn-nen var større end fastsat af Patientforsikringen. Under retssagen blev der indhentet en vejledende udtalelse fra Arbejdsskadestyrelsen, som fastsatte det varige mén til 15 procent og erhvervsevnetabet til 50 procent.*

*Retten fandt ikke grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets vurdering af erhvervsevnetabet. Retten lagde til grund, at patienten selv ved en ukompliceret ope-ration ville have haft gener fra sin grundlidelse, og at de fremlagte lægelige udtalelser og lægeerklæringer ikke kunne bruges som bevis for, at der også konkret ville være opnået en forbedring for patienten. Retten lagde desuden vægt på Arbejdsskadesty-relsens udtalelse, oplysninger om patientens arbejdstider og Retslægerådets udtalel-se, hvoraf det bl.a. fremgik, at det var højst usikkert, om patientskaden var skyld i den manglende effekt af operationen s. Patientskadeankenævnet blev derfor frifundet.*

*Retten lagde til grund, at patienten ikke selvstændigt havde påklaget årslønnen til Patientskadeankenævnet, og at Patientskadeankenævnet ikke havde behandlet spørgsmålet om årslønnens beregning. Retten fandt ikke, at beregningen af årslønnen var en så integreret del af en klage over erhvervsevnetab, at Patientskadeankenævnets også i sin afgørelse skulle tage stilling til beregning af årslønnen. Da patienten på den baggrund ikke havde udnyttet den administrative rekurs i forhold til spørgsmålet om beregning af årsløn, og da retten ikke fandt, at Patientskadeankenævnet ex officio havde taget eller havde pligt til at tage stilling til spørgsmålet, blev påstanden om beregning af årsløn afvist.*

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. En tidligere højesteretsdom fastslår, at Patientforsikringen ikke har søgsmålskompetence i en patientskadesag.

Den rette sagsøgte i en patientskadesag er Patientskadeankenævnet. Både Patientforsikringen og Sundhedsministeriet er tidligere sagsøgt, hvor retten afviste sagerne. Patientskadeankenævnet er en selvstændig juridisk enhed, og selvom sekretariatsbetjeningen nu foregår i Patientombuddet, er det fortsat nævnet og ikke Patientombuddet, der er rette sagsøgte i patientskadesagerne. Det er Kammeradvokaten, der fører Patientskadeankenævnets retssager.

Hvis man ikke kan få fri proces eller retshjælpsdækning, er der omkostninger ved at indbringe en sag for retten. Hvis man får medhold i sagen mod Patientskadeankenævnet, bestemmer retten imidlertid normalt, at Patientskadeankenævnet skal betale sagsøgers sagsomkostninger.

I 2013 blev der anlagt 176 retssager, hvilket dækker over både helt nye sagsanlæg og anker. Det kan umiddelbart virke som et ret højt antal, men det skal ses i forhold til det samlede antal sager, som Patientskadeankenævnet afgør. I 2013 traf Patientskadeankenævnet 2.224 afgørelser, cirka 8 procent af sagerne blev indbragt for retten.

### 6.2.2 Afsluttede sager

I 2013 afsluttedes 110 sager ved retten. Af dem blev 45 sager ført helt til ende, og der blev afsagt dom, mens sagsøger i 65 sager hævdede sagen undervejs.

Der kan være forskellige årsager til, at en sagsøger hæver en sag. Det kan være, fordi der ikke opnås fri proces eller retshjælpsdækning. Det kan være, at en udtalelse fra Retslægeråd og/eller Arbejdsskadestyrelsen betyder at udsigten til at vinde sagen er ringe. 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 2013 blev indbragt flere sager for retten, end der blev afsluttet, steg antallet af verserende sager i forhold til året før. Ved udgangen af 2012 verserede der 289 sager ved domstolene, mens tallet ved udgangen af 2013 var 355.

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

Retssager	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Indbragte sager	68	74	78	62	86	88	92	94	127	176
Hævet af parterne	44	40	44	50	35	42	44	37	63	65
Domme	<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>	<b>45</b>
- Heraf sager tabt af nævnet	<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>	<b>6</b>
Afsluttede sager	67	68	78	74	62	74	73	73	106	110
<b>Nævns-afgørelser</b>										
I alt afgjorte sager	1047	1139	1195	1313	1537	1590	1766	1893	2146	2224

Figur 4: Antal retssager, der er indbragt og afsluttet.

### 6.2.3 Udfaldet af retssagerne

Patientskadeankenævnet er frifundet ved de fleste domme afsagt i 2013. I seks af de 45 domme blev Patientskadeankenævnet dog dømt, hvilket svarer til 13 procent af de afsagte domme. Det er måske overraskende, at patienterne ikke får medhold i flere sager. Det er der imidlertid flere forklaringer på. Én væsentlig faktor er, at Patientskadeankenævnet følger retssagen nøje og genoptager sagen, hvis der fremkommer nye oplysninger, der viser, at patienten har helt eller delvist ret i sin påstand. Nye oplysninger i en sag er typisk 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, der betyder, at det er muligt at anke en afsagt dom til en højere instans. Kun ved helt særlige omstændigheder og hvis Procesbevillingsnævnet tillader det, kan en sag prøves i tre instanser.

Indtil 2007 skulle sager mod Patientskadeankenævnet anlægges ved landsretten, hvilket betød, at det automatisk var muligt at anke til Højesteret. En domstolsreform i 2007 ændrede instansordningen i civile sager. Formålet var blandt andet at sikre en mere hensigtsmæssig brug af ressourcer ved domstolene, så Højesteret i højere grad kunne koncentrere sig om at behandle principielle sager. Siden 2007 skal man derfor anlægge sager mod Patientskadeankenævnet ved byretten, hvilket betyder, at der kun kan ankes til landsretten. Dermed kan sager som før nævnt kun i særlige tilfælde ankes til Højesteret.

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

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. Det skyldes hovedsageligt en kombination af, at sagerne normalt forelægges Retslægerådet en eller flere gange, af og til også forelægges Arbejdsskadestyrelsen, og at der er ventetid på at få hovedforhandlet sagerne ved retterne (berammelsestid).

Byretten kan efter anmodning i visse tilfælde henvise sager af principiell karakter til behandling i landsretten som 1. instans, det sker dog i praksis ret sjældent.

De afsagte domme i 2013 fordeler sig sådan, at 39 er afsagt af byretten (1. instanssager) og seks er afsagt af landsretten (ankesager). Der er på patientskadeområdet i 2013 ikke afsagt nogle domme af Højesteret modsat sidste år (2012), hvor landets højeste domstol afsagde fem domme.

#### 6.2.4 Hvad handlede dommene i 2013 om - og eksempler herpå

Domme, hvor Patientskadeankenævnet var part, findes på Patientombuddets hjemmeside i et kort referat og i fuld ordlyd. Nedenfor beskrives emner for dommene i 2013 med eksempler.

Knap halvdelen af de afsagte domme i 2013 gik på spørgsmålet om, hvorvidt der var sket en patientskade, den anden halvdel vedrørte primært spørgsmålet om, hvordan en eller flere erstatningsposter skulle opgøres. De sidste få domme berørte andre spørgsmål om søgsmålsfrist, genoptagelse, forældelse eller dækningsområde.

Patientskadeankenævnet var i 2013 part i en meget medieomtalt retssag, som vedrørte afgrænsningen af dækningsområdet for patientskadeordningen. Sagen handlede om, hvorvidt en behandling hos en kiropraktor var omfattet af patientskadeordningen, når behandlingen var ydet som led i en arbejdsgiverbetalt sundhedsordning. Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet afgjorde, at den pågældende behandling ikke var omfattet.

#### **Dom afsagt af Retten i Odense den 30. oktober 2013 (j.nr. 12/2483)**

*En kvinde havde fået kiropraktorbehandling ydet som et led i en sundhedsordning. Hun var af den opfattelse, at hun var påført en patientskade ved behandlingen og indgav derfor en anmeldelse til Patientforsikringen.*

*Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet fandt, at den pågældende behandling ikke var omfattet af dækningsområdet for patientskader. Sagen blev indbragt for domstolene.*

*Retten lagde til grund, at behandlingen blev ydet som et led i den sundhedsordning, kvinden var omfattet af i sin ansættelse ved en kommune. Retten lagde endvidere til grund, at behandlingen blev betalt af arbejdsgiveren og var baseret på en aftale mel-*

lem arbejdsgiveren og kiropraktoren. Retten fandt, at behandlingen således ikke blev ydet af en sundhedsperson, der "på selvstændig privat basis udøver sit erhverv og i forbindelse hermed udbyder tjenesteydelser til patienter", hvilket ifølge § 8, stk. 1, i bekendtgørelse nr. 1097 af 12. december 2003 er en forudsætning for, at behandlingen falder indenfor lovens dækningsområde.

Retten fandt, at det forhold, at der ifølge lovens forarbejder er lagt særlig vægt på at gøre forsikringsordningen så bredt dækkende som muligt, ikke kan føre til en fravigelse af lovens og bekendtgørelsens klare ordlyd. Retten bemærkede herved, at det af forarbejderne endvidere fremgår, at den klare afgrænsning af lovens dækningsområde indebærer, at der fortsat vil være en række tilfældegrupper, hvor behandling hos en autoriseret sundhedsperson ikke er dækket af loven. Retten vurderede, at da kiropraktoren efter det anførte ikke kunne anses som privatpraktiserende i forhold til kvinden, var behandlingen ikke omfattet af klage- og erstatningsloven. Patientskadeankenævnet blev derfor frifundet.

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

Knap halvdelen af de 45 domme gik på spørgsmålet om, hvorvidt der overhovedet var sket en patientskade (såkaldt ansvarsgrundlag). Det er altså tilfælde, hvor Patientskadeankenævnet ikke anerkender, 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 nogle af retssagerne om ansvarsgrundlag var det centrale, spørgsmålet om skaden var sket som følge af behandlingen, hvilket er en af flere betingelser for at få anerkendt en patientskade. Nedenfor ses et eksempel på en sådan retssag.

#### **Dom afsagt af Retten i Lyngby den 28. oktober 2013 (j.nr. 11/1854)**

*En patient henvendte sig den 11. februar 2011 på skadestuen med tegn på nedsat blodforsyning i venstre fod. Patienten blev herefter sat i behandling med penicillin og dicloxacillin og blev tilrådet at henvende sig til egen læge ved fortsatte gener eller forværring. Den 20. februar 2011 henvendte patienten sig atter på skadestuen, da der ikke havde været effekt af behandlingen. Ved henvendelsen fandt man tydelige tegn på nedsat blodforsyning, og patienten blev herefter indlagt akut, og man forsøgte at afhjælpe den ringe blodforsyning. Patienten endte med at få amputeret underbenet den 4. maj 2011.*

*Patientforsikringen gav afslag på erstatning, idet det blev vurderet, at patienten ikke var påført en erstatningsberettigende skade, jf. klage- og erstatningslovens § 19, stk. 1, og § 20, stk. 1. Patientskadeankenævnet tiltrådte afgørelsen. Selvom en erfaren specialist ville have henvist patienten til karkirurgisk behandling allerede ved første henvendelse, fandt nævnet, at dette ikke med overvejende sandsynlighed havde haft betydning for forløbet, og amputationen ville således ikke være undgået.*

*Patienten indbragte sagen for retten. I forbindelse med retssagen blev sagen forelagt for Retslægerådet, som udtalte, at det ikke kunne lægges til grund, at amputationen kunne være undgået ved en tidligere henvisning til karkirurgisk afdeling. Retten fandt, at det forhold at patienten havde haft en væsentlig forbedret mulighed - dog under 50 procent - for at bevare underbenet ved tidligere henvisning til karkirurgisk afdeling, ikke kunne føre til et andet resultat, idet der ikke var den fornødne overvejende sandsynlighed. Patientskadeankenævnet blev således frifundet.*

I andre af retssagerne stod 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 det nemlig muligt at få 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. Der ses nedenfor et eksempel på en sådan retssag.

### **Dom afsagt af Retten i Hjørring den 29. maj 2013 (j.nr. 08/1081)**

*En 32-årig kvindelig patient havde siden 1993 været fulgt og flere gange behandlet for polypper i tarmen. Hun led af en arvelig sygdom, familiær adenomatøs polypose, som medførte, at hun dannede polypper i tarmene. Hun fik den 30. januar 2006 fjernet nogle polypper i 12-fingertarmen. I forbindelse med fjernelse af 6-7 polypper brændte man de øvrige polypper i tarmen. Forløbet efter operationen var smertefuldt, og den 31. januar 2006 blev hun opereret igen. Ved denne operation fandt man et hul i tolvfingertarmen på det sted, hvor man dagen før havde foretaget brændingen. Herefter var patienten indlagt på intensivafdelingen, hvor hun fik respiratorbehandling på grund af bughindebetændelse og blodforgiftning samt påvirkning af lever, nyre og bugspytkirtel. Respiratorbehandlingen medførte et ar på halsen. Hun fik endvidere brok i operationsarret, som blev bortopereret i januar 2007. Hun havde i 2008 fortsat betydelige psykiske gener efter operationsforløbet og modtog psykologbehandling.*

*Patientforsikringen fandt, at behandlingen var udført i overensstemmelse med bedste specialiststandard. Patientforsikringen fandt, at der var tale om en relativ sjælden*

skade, men at skaden i form af hul på tolvfingertarmen ikke var tilstrækkelig alvorlig set i forhold til den grundlidelse, som hun blev behandlet for. Patientforsikringen lagde i den forbindelse vægt på, at der ikke var væsentlige varige mén efter skaden. Der var ar efter operationen og den efterfølgende operation for brok, men området kunne på grund af øvrige operationer ikke forventes at være fri for ar og føleforstyrrelser. Derfor blev det vurderet, at dette ikke udgjorde gener svarende til et mén på 5 % eller mere. Patientforsikringen fandt endvidere, at det ikke var overvejende sandsynligt, at forløbet efter operationen havde medført varige psykiske gener i et omfang, der kunne vurderes til en méngrad på 5 % eller mere. Man lagde vægt på, at hun i flere år havde lidt af en fysisk og psykisk opslidende sygdom samt været i arbejdsprøvnin-ger uden at kunne komme på arbejdsmarkedet. Patientskadeankenævnet tiltrådte Patientforsikringens afgørelse med samme begrundelse.

Sagen blev indbragt for retten, hvor der blev indhentet en udtalelse fra Retslægerådet til brug for sagen. Retslægerådet udtalte blandt andet, at patienten led af familiær adenomatøs polypose, og at denne sygdom ubehandlet altid vil medføre cancerudvik-ling inden 40 års alderen. Retslægerådet udtalte endvidere, at sandsynligheden for, at hendes varige gener/lidelser var forårsaget af det aktuelle operationsforløb vurdere-des til under 50 %. Der blev endvidere indhentet en udtalelse fra Arbejdsskadestyrelsen, som vurderede méngraden efter patientskaden til 8 %.

Retten fandt, at betingelserne efter patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 4 ikke var opfyldt, og at patienten derfor ikke var berettiget til erstatning. Retten fandt, at ska-den ikke var mere omfattende, end hvad hun med rimelighed måtte tåle og lagde vægt på, at den alvorlige grundlidelse ubehandlet ville medføre cancer inden 40 års alderen. Patientskadeankenævnet blev derfor frifundet.

I patientskadesystemet er det ikke muligt at få erstatning for skader, som skyldes begrænsede ressourcer i behandlingen. Det var der i 2013 en retssag, som handlede om.

### **Dom afsagt af Retten i Hjørring den 31. januar 2013 (j.nr. 09/883)**

En kvindelig patient blev den 23. maj 2005 CT-scannet, hvor der blev rejst mistanke om aneurisme (udposning i hjernens blodkar). Mistanken blev bekræftet ved MR-scanning den 7. juli 2005, hvor der blev konstateret et venstresidigt 14 mm stort aneurisme på hjernens blodkar. Patienten fik herefter den 3. oktober 2005 foretaget en karundersøgelse med kontraststof, og på baggrund heraf blev det på konference den 28. oktober 2005 vurderet, at man ville tilbyde at lukke aneurismet via et kateter fra lysken (coiling-procedure). Der vurderedes at være en ventetid på 8-12 uger. Den 10. november 2005 blev patienten indlagt i bevidstløs tilstand, og en akut CT-scanning viste stor venstresidig hjerneblødning, der ikke kunne behandles. Patienten afgang ved døden dagen efter.

Sagen blev indbragt for Patientforsikringen, som fandt, at patienten ikke var beretti-get til erstatning efter patientforsikringslovens § 1, stk. 1, og § 2, stk. 1. Patientfor-sikringen fandt, at bristningen af udposningen i hjernens blodkar og patientens døds-fald med overvejende sandsynlighed skyldtes grundlidelsen. Endvidere bemærkede



*Patientforsikringen, at det forhold, at der er ventetid i forbindelse med ikke-akutte operationer udgør en ressourcemæssig begrænsning af behandlingen, der ikke kan medføre, at eventuelle skader erstattes efter lov om patientforsikring.*

*Patientskadeankenævnet tiltrådte Patientforsikringens afgørelse og fandt, at en erfarne specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ikke ville have handlet anderledes, end man gjorde i forbindelse med behandlingen.*

*Under retssagen blev sagen forelagt Retslægerådet, der bl.a. udtalte, at der på intet tidspunkt var indikation for akut behandling, og at der den 28. oktober 2005 – hvor der var en ventetid på coiling-procedure på ca. 8-12 uger – ikke var grundlag for at fremskynde behandlingen og således sætte patienten foran andre, der ventede på samme procedure. For så vidt angår selve ventetiden, udtalte Retslægerådet, at man ikke var i stand til at vurdere de konkrete forhold, som havde ført til, at ventetiden efter Retslægerådets opfattelse var blevet for lang, idet der kunne være forskellige årsager hertil, herunder ressourcemæssige årsager.*

*Retten nåede herefter til samme resultat som Patientskadeankenævnet. Retten lagde i den forbindelse vægt på Retslægerådets udtalelse og bemærkede i øvrigt, at en afgørelse fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn ligeledes støttede denne, og at der i øvrigt ikke var mulighed for at henvise patienten til andre behandlingssteder i Danmark. På denne baggrund fandt retten ikke, at det kunne antages, at en erfarne specialist under de givne forhold ville have handlet anderledes. Herefter, og da det er et politisk-økonomisk spørgsmål, hvilken behandlingskapacitet, der stilles til rådighed, var betingelserne i patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1, for at yde erstatning ikke opfyldt. Patientskadeankenævnet blev herefter frifundet.*

## 6.2.6 Domme om erstatningsberegning

Knap halvdelen af de 45 afsagte domme i 2013 vedrørte selve erstatningsberegningen. Det er således sager, hvor patienten fik anerkendt en patientskade og har fået opgjort erstatningen. Disse domme handler derfor om sager, hvor patienten mener at have ret til en højere erstatning end den fastsat af Patientskadeankenævnet. Når en patient får anerkendt en patientskade, opgøres erstatningens størrelse efter erstatningsansvarsloven. Det er bl.a. muligt at få erstatning for svie og smerte, varigt mén, tabt arbejdsfortjeneste og erhvervsevnetab.

Nedenfor ses eksempel på en retssag fra 2013, som vedrører opgørelsen af erstatningen for en anerkendt patientskade.

### **Dom afsagt af Retten i Lyngby den 12. september 2013. (j.nr. 11/562)**

*I forbindelse med behandling på et sygehus blev en kvindelig patient påført en erstatningsberettigende patientskade i form af lammelse af kroppen fra halsen og nedefter, fraset lidt bevægelse i venstre arm, jf. klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4. Patientforsikringen tilkendte efterfølgende patienten godtgørelse for svie og smerte samt godtgørelse for varigt mén. Patientforsikringen fandt ikke grundlag for at tilken-*

de erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og erhvervsevnetab. Patientforsikringen lagde bl.a. vægt på oplysningerne i et telefonnotat fra en samtale med en skolesekretær på patientens tidligere arbejdsplads. Det fremgik heraf, at patienten forud for patient-skadens indtræden var fratrådt sin tjenestemandstilling som skolelærer og var gået på pension, og at hun var på skadestidspunktet var overenskomstansat i 1 år som en form for "udfasning". Der var forud for afgørelsen ikke partshørt over dette telefonnotat.

Patientforsikringen blev efterfølgende anmodet om at genoptage sagen, for så vidt angik erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og erhvervsevnetab med henvisning til nye oplysninger i form af en indhentet erklæring fra patientens tidligere skoleleder. Det fremgik bl.a. af erklæringen, at patienten ville og skulle fortsætte ansættelsen efter udløb af den tidsbegrænsede stilling. Patientforsikringen afslog at genoptage sagen.

Patientforsikringens afgørelse vedrørende afslag på genoptagelse blev påklaget til Patientskadeankenævnet, som tiltrådte Patientforsikringens afgørelse med henvisning til almindelige forvaltningsretlige principper. Nævnet fandt, at sagen ikke ville have fået et andet udfald, hvis erklæringen fra den tidligere skoleleder havde foreligget, da Patientforsikringen traf afgørelse vedrørende erstatning. Nævnet lagde vægt på, at det ved Patientforsikringens afgørelse var lagt til grund, at patienten havde fratrådt sin tjenestemandstilling som skolelærer og var gået på pension, og at hun på skadestidspunktet var ansat i en tidsbegrænset stilling som overenskomstansat lærer i et år.

Sagen blev herefter indbragt for retten med påstand om, at Patientskadeankenævnet skulle genoptage sagen, for så vidt angik spørgsmålet om erhvervsevnetab.

Retten fandt, at der efter bevisførelsen ikke var grundlag for at antage, at oplysningerne i erklæringen fra den tidligere skoleleder med en vis sandsynlighed ville have ført til en anden afgørelse fra Patientforsikringen. Retten fandt, at der i de objektive oplysninger var konkrete holdepunkter for en formodning om, at patienten på skadestidspunktet havde truffet beslutning om at gå på pension og dermed var på vej ud af arbejdsmarkedet. Retten bemærkede endvidere, at en manglende partshøring i en tidligere afgørelse fra Patientforsikringen ikke kunne medføre ugyldighed eller krav om genoptagelse i den efterfølgende sag - navnlig ikke, når der i den efterfølgende sag i forbindelse med sagsbehandlingen var rettet op på den manglende partshøring. Patientskadeankenævnet blev således frifundet.

Nedenfor omtales en retssag, som handlede om, der kunne tilkendes erstatning for advokatomkostninger i forbindelse med en anerkendt patientskade.

**Dom afsagt af Østre Landsret den 1. maj 2013 (tidligere afsagt dom af Københavns Byret den 29. juni 2012)  
(j.nr. 10/1370)**

Sagen drejede sig om, hvorvidt en ikke dansktalende tysk statsborger, der boede i Tyskland, kunne få sine omkostninger til advokat i forbindelse med en patientskadesag dækket. Både Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet havde givet afslag på dækning af advokatudgifter, og sagen blev indbragt for retten med påstand om

dækning af sådanne udgifter. Det var anerkendt, at patienten var påført en erstatningsberettigende skade i form af forringet nervefunktion i højre underben (følger efter compartmentsyndrom), hvilket bl.a. havde givet anledning til et varigt mén på 20 procent.

Byretten fandt, at advokatens ydelser, herunder en udarbejdelse af en erstatningsopgørelse, i vidt omfang svarede til de ydelser, som en dansk patients partsrepræsentant må forudsættes at yde sin klient, uden at klienten kan godtgøres sine udgifter til advokat, jf. forarbejderne til den dagældende patientforsikringslovs § 13 og retspraksis. Men henset til at patienten var udlænding, bosat i udlandet og forudsætningsvis uden adgang til pårørende eller andre, herunder offentligt ansatte rådgivere eller frivillig gratis rådgivning, der naturligt kunne bistå hende i forbindelse med det danske patientforsikringssystem, mente retten, at advokatens formidling af afgørelser og krav fra Patientforsikringen havde haft en direkte værdi for Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet, som burde honoreres med et beløb. Spørgsmålet om dækning af udgifter til advokatbistand blev derfor hjemvist til fornyet behandling ved Patientskadeankenævnet.

Patientskadeankenævnet ankede dommen til Østre Landsret, og parterne gentog deres synspunkter. Dog gjorde Patientskadeankenævnet gældende, at Københavns Byret i begrundelsen for afgørelsen inddrog den urigtige forudsætning, at varetagelsen af patientens interesse ved behandlingen af patientskadesager kræver bistand fra pårørende eller andre. Patienten gjorde gældende, at hun efter fejlbehandlingen havde meget begrænsede kræfter, og at Patientforsikringen ikke selv kunne have oplyst sagen tilstrækkeligt.

Landsretten lagde til grund, at Patientforsikringen på sin hjemmeside havde anmeldelseskema på engelsk og samtidig også på engelsk informerede om, at en skadelidt ikke har brug for advokatbistand, og at en udgift hertil ikke kan forventes dækket.

Landsretten fandt det ikke godtgjort, at patienten på grund af patientskadens følger ikke havde været i stand til at varetage sine interesser. Det forhold, at patienten var bosiddende i Tyskland og alene talte tysk, var ikke tilstrækkeligt til, at der forelå sådanne særlige omstændigheder, som kunne føre til, at advokatomkostninger undtagelsesvist kunne erstattes. Der blev herved også henvist til forvaltningslovens regler om vejledningspligt. Landsretten fandt det endvidere ikke godtgjort, at advokatens arbejde havde haft en sådan selvstændig betydning for sagens oplysning og afgørelse, at der undtagelsesvist kunne ydes erstatning. Det forhold, at ménafgørelsen blev ændret af Patientskadeankenævnet, kunne ikke i sig selv føre til erstatning for advokatbistand. Patientskadeankenævnet blev herefter frifundet.

## 7 Læring

### 7.1 Patientskadeankenævnet 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 december 2013 medvirket ved en temadag på Rigshospitalet arrangeret af Læringsenheden, der handlede om sundhedspersoners retssikkerhed og pligter. Formålet med temadagen var at informere de sundhedspersoner, som deltog, om de forskellige systemer og samspillet her imellem (erstatningssystem, klagesystem, tilsynssystem og system for utilsigtede hændelser). Erstatningscentret holdt i den forbindelse et indlæg om erstatningssystemet, herunder muligheden for at få erstatning for patientskader. Arbejdet med identifikation og bearbejdning af problemfelter fortsætter i 2014.

### 7.2 Internationalt samarbejde

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

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

De år, hvor der ikke afholdes konferencer, er der formøder med en mere snæver deltagerkreds på cirka tre personer fra hvert land. Det primære formål med formøderne er at fastlægge programmet for næste års konference, ligesom hvert land fremlægger en situationsrapport, som 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, og i 2012 i Stockholm. Næste konference holdes i København i september 2014.

Konferencerne og formøderne er alle meget udbytterige og giver grundlag for, at landene også drøfter diverse problemstillinger i løbet af året. Efter sidste konference ef-

terspørger de andre lande således viden om den model, som det danske patientskadeankenævn anvender ved jævnlige kvalitetsundersøgelser og brugertilfredshedsundersøgelser, og hvilke undersøgelser, nævnet iværksætter for at højne kvaliteten af sagsbehandling og afgørelser. Der er også stor interesse for at høre om, hvordan man i Danmark tilrettelægger sagsbehandlingen, så man kan opretholde en kort sagsbehandlingstid på gennemsnitlig mindre end et halvt år. Endelig har Danmark inspireret flere af de andre lande på den elektroniske front, herunder i forhold til at afholde elektroniske nævnsmøder, hvor akterne udelukkende foreligger elektronisk, og hvor nævnsmedlemmerne ved møderne bruger bærbare computere.

### 7.3 Kvalitetsudvikling og kvalitetssikring

Patientskadeankenævnet arbejder løbende på at sikre og udvikle kvaliteten i afgørelserne. Det sker bl.a. ved, at der løbende afholdes foredrag og undervisning for nævnets interne lægekonsulenter. I 2013 var der for lægekonsulenterne også flere generelle undervisningsseancer om det juridiske grundlag for patientskader.