

Årsberetning 2013

Lægemiddelskadeankenævnet



Titel: Årsberetning 2013, Lægemiddelskadeankenævnet

© 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 Præsentation af Lægemiddelskadeankenævnet	5
2 Nøgletal	6
3 Sagsgang	10
3.1 Indhentelse af oplysninger	10
3.2 Sagens forberedelse	10
3.3 Nævnsbehandling	10
3.4 Afgørelsens indhold	11
3.5 Orientering om afgørelsen	11
4 Typiske afgørelser i Lægemiddelskadeankenævnet	12
4.1 Kravet om fysisk skade.....	12
4.2 Kravet om årsagssammenhæng	14
4.3 Rimelighedsreglen	18
4.4 Afgrænsning i forhold til patientskade.....	22
5 Sager ved domstolene	24
5.1 Klager til Folketingets Ombudsmand	24
5.2 Retssager	24
6 Læring	27
6.1 Lægemiddelskadenævnet og Læringsenheden.....	27
6.2 Kvalitetsudvikling og kvalitetssikring.....	27

Forord

Jeg har siden 2010 været formand for Lægemiddelskadeankenævnet, der er ankeinstans for Patientforsikringsforeningens afgørelser om erstatning for lægemiddelskader. Som Lægemiddelskadeankenævnets formand har jeg til opgave at lede nævnsmøderne og holde et kort oplæg om hver enkelt sag, før den bliver behandlet. I nævnsmøderne deltager som udgangspunkt otte medlemmer, der repræsenterer en ligelig sammensætning af henholdsvis lægelig og juridisk ekspertise samt partsinteresser.

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

Efter at Lægemiddelskadeankenævnet i 2012 oplevede et lille fald i tilgang af nye ankesager, er der nu igen i 2013 sket en stigning. Nævnet holder møde ca. hver 2. måned, og der bliver behandlet og afgjort ca. 20 sager pr. møde. Sagsbehandlingstiden er blevet nedbragt de seneste år, og det er meget glædeligt, at vi har formået at nedbringe den tid, det tager at behandle og afgøre sagerne, uden at det er gået ud over kvaliteten af afgørelserne. Dette kan blandt andet tilskrives, at der i 2012 blev åbnet mulighed for, at formanden på nævnets vegne kan træffe afgørelser i sager, der ikke skønnes at frembyde tvivl, hvilket f.eks. kan være tilfældet i sager, der alene vedrører erstatningsberegning, overskridelse af anke- eller forældelsesfrister og lignende. Vi er både i nævnet og sekretariatet opmærksomme på, at der er tale om sager, hvor ventetiden på en afgørelse kan føles belastende, og vi tilstræber derfor at få sagerne behandlet, så hurtigt det lader sig gøre, uden at der dog herved bliver gået på kompromis med kvaliteten.

2013 blev således et godt år 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.

Christian Pedersen
formand

1 Præsentation af Lægemiddelskadeankenævnet

Lægemiddelskadeankenævnet behandler klager over afgørelser fra Patientforsikringen om erstatning for lægemiddelskader. Lægemiddelskadeankenævnet tager stilling til, om en patient har fået en sjælden og alvorlig bivirkning af medicin. Nævnet kan også tage stilling, hvor meget erstatning en patient kan få efter en anerkendt lægemiddelskade. Når Lægemiddelskadeankenævnet har afgjort en sag, er der ikke flere klagemuligheder i det administrative system. Det er imidlertid muligt at få prøvet sagen ved domstolene.

Lægemiddelskadeankenævnet er nedsat i medfør af § 56, i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Nævnet bestod indtil 1. juli 2013 af en formand og otte andre udpegede medlemmer. Der blev i 2012 vedtaget en lovændring, der indebar en ændret nævnssammensætning og et medlem mindre, dvs. i alt otte medlemmer.

Lægemiddelskadeankenævnet har herefter med virkning fra 1. juli 2013 haft følgende sammensætning:

Formand (dommer)

1 medlem udpeget af Advokatrådet

2 medlemmer udpeget af Sundhedsstyrelsen

2 medlemmer udpeget af regionsrådene i forening og

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

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

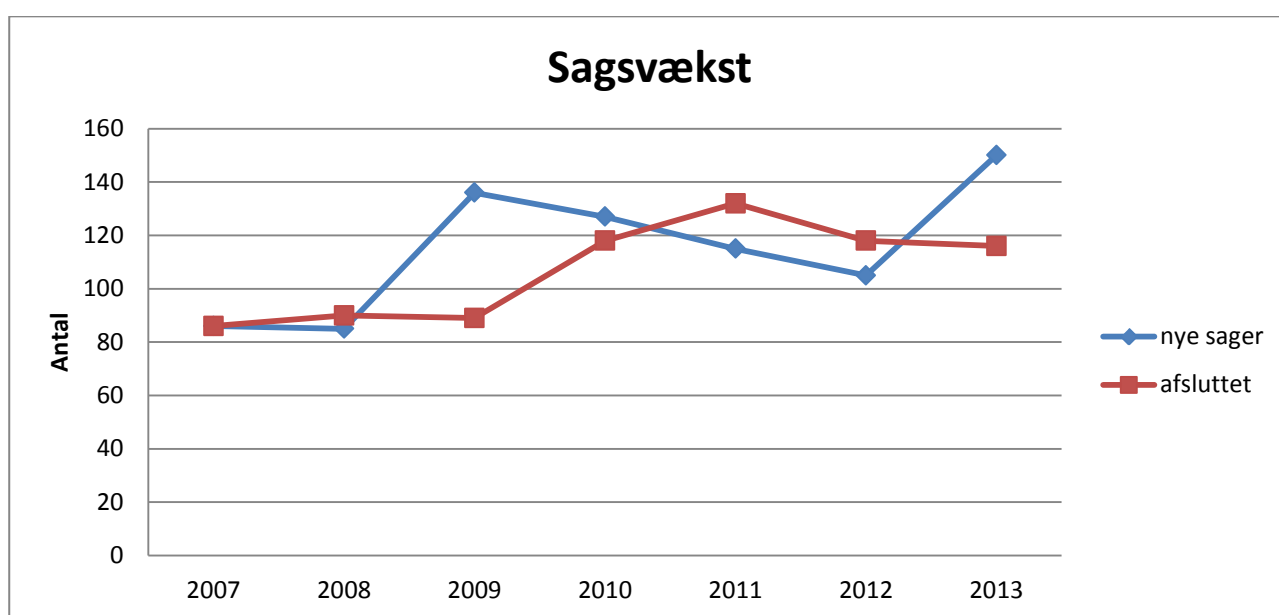
Nævnet afholder cirka 6-7 møder årligt. Møderne er ikke offentlige.

2 Nøgletal

Nye og afsluttede sager

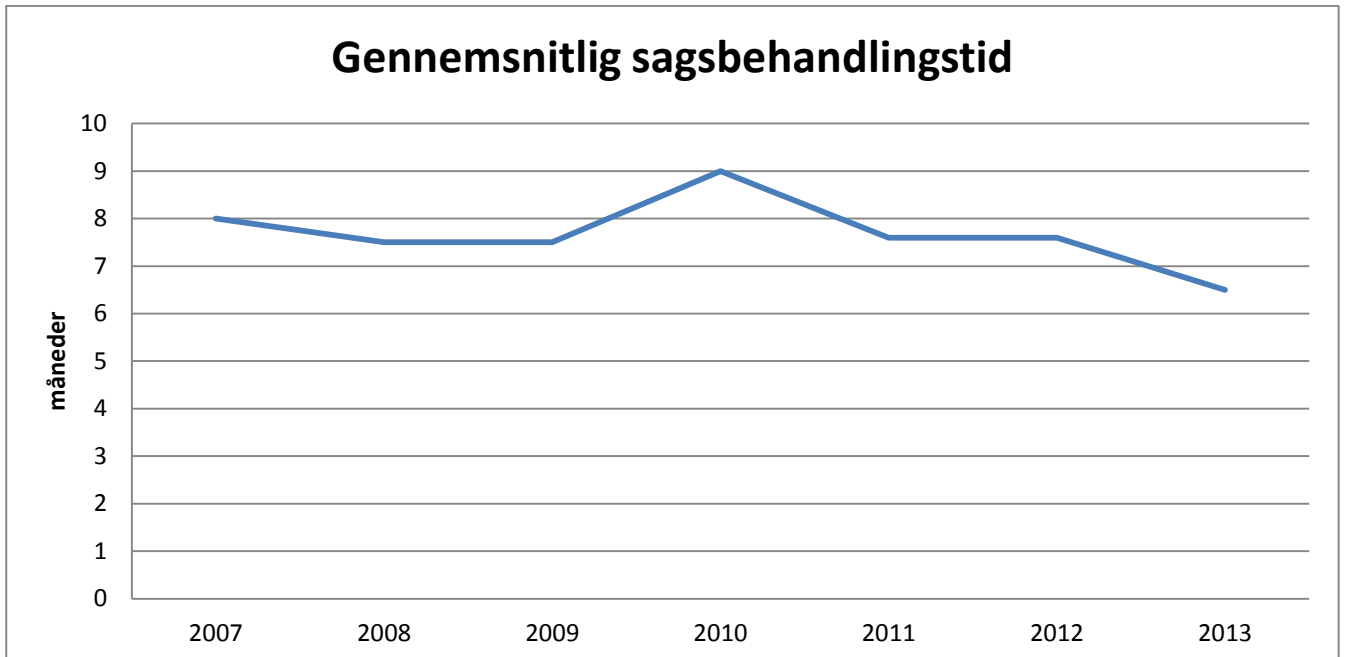
Nævnet oplevede i 2009 en relativ stor stigning i antallet af nye ankesager, da der blev indgivet 135 sager i 2009 mod 84 i 2008. Tallet er dog herefter faldet de følgende år og i 2012 modtog vi kun 105 nye ankesager. Dette tal er dog steget igen i 2013, hvor vi modtog 150 nye ankesager.

Udviklingen i sagstilgangen over de seneste år kan ses af figur 1. Det skal dog bemærkes, at der samlet er tale om et relativt lille antal sager, hvorfor et fald eller en stigning på bare 10 sager årligt vil give synlige udslag i en sådan figur.



Figur 1: Antal nye sager og afsluttede sager i perioden 2007-2013.

Antallet af afsluttede sager har de sidste par år oversteget antallet af nye ankesager. Der blev således afsluttet 118 sager i 2012, mens vi kun modtog 105 nye sager. Dette er dog igen vendt rundt, da vi i 2013 modtog 150 sager, mens vi kun havde planlagt at skulle afslutte ca. 110, og det stiller således krav til øget aktivitet i 2014, såfremt der ikke skal ophobes sagsbunker med længere sagsbehandlingstid til følge.



Gennemsnitlig sagsbehandlingstid

Figur 2: Gennemsnitlig sagsbehandlingstid i perioden 2007-2013.

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

Sagsbehandlingstiden har de seneste år gennemsnitligt ligget på cirka 7,5 måned. Der var dog, som figur 2 viser, et udsving i 2010, hvor gennemsnittet steg til 9 måneder men det er herefter lykkedes at nedbringe den gennemsnitlige sagsbehandlingstid til 6,5 måneder i 2013, hvilket er bedre end forventet og dermed meget tilfredsstillende.

Grundet det relativt lille antal sager i Lægemiddelskadeankenævnet vil bare få sager med en lang sagsbehandlingstid dog kunne påvirke det statistiske gennemsnit relativt kraftigt, men vi arbejder målrettet på at kunne holde sagsbehandlingstiden på mindre end 7,5 måned.

Nævnets afgørelser

Patientombuddet indførte pr. 1. januar 2013 et nyt ESDH-system, der gør det muligt mere detaljeret at registrere nævnets afgørelser. Opgørelsen i tabel 1 adskiller sig derfor fra oversigterne i forrige års årsberetninger.

Det er således nu muligt at opgøre, i hvilket omfang nævnets tiltrædelsesafgørelser fordeler sig på sager om henholdsvis ansvar og erstatning, ligesom det nu kan opgøres, om ændringer sker til fordel for patienten.

Tabel 1 - Afgørelsesinformation

Stillingtagen til Patientforsikringens afgørelser	antal	procent
Tiltrædelser:	90	90%
ansvar	62	62%
erstatning	7	7%
andet	21	21%
Ændringer:	10	10%
Ansvar ændret til skade for patienten	1	1,0%
Ansvar ændret til fordel for patienten	2	2,0%
Ændret, andet	3	3,0%
Forhøjelse af erstatning	3	3,0%
Nedsættelse af erstatning	0	0,0%
Hjemvist til Patientforsikringen	1	1,0%
I alt	100	100%

Andet:	13
Afvisning pga. klagefrist overskredet	3
Afgørelse om genoptagelse	1
Afgørelse om ikke grundlag for genoptagelse	7
Andet	2

Afgørelser i alt	113
Afsluttet uden afgørelse	3
Afsluttede sager i alt	116

Opgørelsen omfatter alle sager, der afgøres af Lægemedelskadeankenævnet, dvs. både sager der afgøres på nævnsmøde, og sager der slutes ved formandsafgørelse. Der blev i 2013 truffet 25 formandsafgørelser. Det følger af Lægemedelskadeankenævnets forretningsorden, at formanden har kompetence til at træffe afgørelse i sager, der ikke frembyder tvivl, hvilket f.eks. kan være sager om overskridelse af klagefrister, sager hvor skaden falder uden for lovens dækningsområde og lignende. Antallet af sager, der blev afsluttet uden afgørelse, var i 2013 på tre. Det er hovedsageligt sager, hvor anken trækkes tilbage, inden nævnet træffer afgørelse, eller hvor Patientforsikringen under ankesagen vælger at genoptage sagen til fornyet behandling.

Kategorien 'Tiltrædelser' dækker over de sager, hvor nævnet er enig i Patientforsikringens afgørelse, hvor kategorien 'Ændringer' er de sager, hvor nævnet ikke er enig og derfor har ændret afgørelsen. Som det fremgår af tabellen, ændrede nævnet Pati-

entforsikringens afgørelse i 10 procent af sagerne, hvilket er på niveau med de foregående år, hvor ændringsprocenten lå på ca. 9.

Tallene skal dog ses i lyset af, at nævnet kun træffer relativt få afgørelser, hvorfor selv ganske få ændringer vil give store statistiske udsving.

3 Sagsgang

Nedenfor beskrives sagsgangen i Lægemedelskadeankenævnet.

3.1 Indhentelse af oplysninger

Når Patientombuddets Erstatningscenter, der er sekretariat for Lægemedelskadeankenævnet, modtager en klage over en afgørelse fra Patientforsikringen, oprettes der en sag. Det undersøges i den forbindelse, om klagefristen på tre måneder er overholdt. Patienten vil blive anmodet om at give samtykke til, at der kan indhentes relevante oplysninger. Herefter anmoder sekretariatet Patientforsikringen om en udtalelse om klagen og udlån af sagens akter. Når dette materiale er modtaget, vil patienten få tilsendt en kopi af udtalelsen og blive bedt om at komme med eventuelle bemærkninger.

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

3.2 Sagens forberedelse

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

3.3 Nævnsbehandling

Klageren vil cirka to-tre uger inden, at sagen behandles på nævnsmøde, få besked om den præcise mødedato. Møderne er ikke offentlige, og sagerne behandles udelukkende skriftligt, og parterne, herunder patienten, deltager således ikke i møderne. På mødet vil nævnet træffe en afgørelse. Hvis ikke alle nævnsmedlemmer er enige, er det flertallet, der afgør sagen. Hvis det ikke er muligt at afgøre sagen på mødet, vil parterne få besked om dette. Det kan i nogle tilfælde ske, at sagen udsættes, f.eks. fordi der skal indhentes supplerende oplysninger.

Der har ikke tidligere været hjemmel i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet til at træffe formandsafgørelser på Lægemedelskadeankenævnet. Det følger af § 56, stk. 2 og 5 i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, jævnfør lovbekendtgørelse nr. 1113 af 7. november 2011 og nævnets nyeste forretningsorden af 1. februar 2012, at Lægemedelskadeankenævnet nu har hjemmel til at træffe formandsafgørelser, hvis sagen ikke skønnes at frembyde tvivl. Det vil typisk være sager, som alene vedrører erstatningsberegningen, sager hvor skaden falder uden for lovens dækningsområde, sager der bedes genoptaget, sager

med manglende klageberettigelse, sager med klager over aktindsigt, sager, hvor betingelserne for at anerkende erstatningsansvar efter loven anses for helt klart opfyldte, og i øvrigt er ukomplicerede og sager med overskridelse af klagefrist/forældelse.

I 2013 udgjorde formandsafgørelserne cirka 22 procent af de afgjorte sager i Lægemiddelskadeankenævnet.

3.4 Afgørelsens indhold

Lægemiddelskadeankenævnet kan forhøje eller nedsætte erstatningen. Afgørelsen i sagen kan være:

- at Lægemiddelskadeankenævnet tiltræder Patientforsikringens afgørelse, det vil sige, at nævnet kommer til det samme resultat som Patientforsikringen,
- at Lægemiddelskadeankenævnet helt eller delvist ændrer Patientforsikringens afgørelse, eller
- at sagen skal behandles på ny af Patientforsikringen

I 2013 ændrede Lægemiddelskadeankenævnet i cirka 10 procent af tilfældene Patientforsikringens afgørelse. Når nævnet behandler en klage over en afgørelse fra Patientforsikringen, kan nævnet også ændre eventuelle tidligere afgørelser i sagen, uanset om der er klaget over disse. Sådanne ændringer kan både betyde, at erstatningen forhøjes, nedsættes eller bortfalder.

3.5 Orientering om afgørelsen

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

Når Lægemiddelskadeankenævnet har afgjort sagen, er der ikke flere klagemuligheder i det administrative system. Hvis en part ikke er enig i Lægemiddelskadeankenævnets afgørelse, er der mulighed for at få prøvet sagen ved domstolene. I det tilfælde skal parten, eventuelt i samarbejde med en advokat, indgive en stævning ved retten. Fristen for at indbringe sagen for domstolene er inden seks måneder efter, at afgørelsen er meddelt. Denne frist er lovbestemt og fremgår af klage- og erstatningsloven.

4 Typiske afgørelser i Lægemiddelskadeankenævnet

Lov om erstatning for lægemiddelskader trådte i kraft den 1. januar 1996 og gælder for lægemidler, der er udleveret efter denne dato. Som på området for behandlingsskader (klage- og erstatningslovens kapitel 3) har lægemiddelskadeordningen til formål at lette patienters mulighed for at få erstatning for eventuelle skader, der er udløst af lægemidler.

Pr. 1. januar 2007 blev reglerne lagt ind i kapitel 4 i klage- og erstatningsloven, der gælder skader, hvor lægemidlet er udleveret efter loven trådte i kraft. I modsætning til lovens kapitel 3 om behandlingsskader, der er finansieret af regionerne, er lægemiddelskadeordningen finansieret af staten.

Såfremt en skade er omfattet af patientforsikringsordningen, gælder lægemiddelskadeordningen ikke. En skade kan altså ikke være omfattet af begge ordninger.

Betingelserne for at give erstatning fremgår i det væsentlige af §§ 38-44. Selve beregningen af erstatningen foretages dog i henhold til erstatningsansvarslovens regler. Inden for lægemiddelskadeområdet gælder det, at der som udgangspunkt kun kan ydes erstatning, hvis den udmålte erstatning udgør minimum 3.000 kroner.

I det følgende gennemgås nogle af de typiske afgørelser, som Lægemiddelskadeankenævnet traf i 2013. De udvalgte afgørelser vedrører alle bestemmelserne i klage- og erstatningslovens kapitel 4. Det er sager, hvor Patientforsikringen som førsteinstans har afvist, at der er tale om lægemiddelskader, der giver erstatning, hvilket er påklaget. Nævnets afgørelser om udmåling af godtgørelse og erstatning for de anerkendte lægemiddelskader er således ikke medtaget i denne fremstilling.

For at gøre afgørelserne lettere at forstå er de opdelt efter den paragraf, som de primært vedrører, og for hver paragraf gennemgås bestemmelsens indhold kort.

4.1 Kravet om fysisk skade

§ 38, stk. 1

§ 38, stk. 1. Til patienter, der påføres fysisk skade som følge af egenskaber ved lægemidler, der er anvendt ved undersøgelse, behandling el.lign. (lægemiddelskade), ydes erstatning efter reglerne i dette kapitel. Det samme gælder for efterladte til sådanne patienter.

Bestemmelsen fastslår, at erstatning er betinget af, at patienten er påført en fysisk skade. Psykiske skader, der ikke er følger af en fysisk skade, er altså som udgangspunkt undtaget fra lovens dækningsområde.

Dog bemærkes det, at forsøgspersoner og donorer også kan ydes erstatning for psykisk skade, jf. lovens § 38, stk. 2.

Begrebet 'fysisk skade' skal forstås på samme måde som i lovens kapitel 3. Patienten behøver altså ikke at være påført et mén som følge af behandlingen – en forlænget sygeperiode kan efter omstændighederne være tilstrækkeligt.

Begrebet 'patienter' skal forstås i bred forstand. Det er altså ikke et krav, at man er indlagt eller på anden måde tilknyttet en behandler. Raske p-pillebrugere og personer, der tager håndkøbsmedicin, er således også omfattet.

Afgørelser efter § 38, stk. 1:

Skade i form af depression var ikke omfattet af loven (13/6896)

En kvinde fik ordineret Simvastatin på grund af forhøjet kolesterol og udviklede efterfølgende depressionslignende symptomer.

Patientforsikringen vurderede, at kvinden ikke med overvejende sandsynlighed var påført en fysisk skade som følge af egenskaber ved lægemidlet. Patientforsikringen lagde vægt på, at der ikke i litteraturen var holdepunkter for, at egenskaber ved Simvastatin skulle kunne give depression.

Sagen blev påklaget til Lægemiddelskadeankenævnet, der fandt, at den anmeldte skade i form af depression ikke var omfattet af lægemiddelskadeordningen. Allerede fordi nævnet ikke opfattede en depression som en fysisk skade, fandt det ikke grundlag for at tilkende erstatning.

Sagen viser, at patienter ikke kan få erstatning for skader, der ikke er fysiske, uanset om det er overvejende sandsynligt, at skaden skyldes et lægemiddel.

Fysisk følge af psykisk skade var ikke omfattet af loven (12/2282)

En kvinde var i flere dage svimmel, og efter et cykelstyrt blev hun indlagt på sygehuset. Her fik hun ordineret morfin for smerter. Dagen efter indlæggelsen blev hun fundet liggende på jorden nede foran afdelingen, idet hun var faldet ud af vinduet fra 4. sal. Hun havde fået betydelige fysiske skader.

Lægemiddelskadeankenævnet vurderede ligesom Patientforsikringen, at kvinden faldt ud af vinduet, fordi hun som følge af den medicinske behandling med overvejende sandsynlighed var i en delirøs tilstand med hallucinationer. Det blev vurderet, at en delirøs tilstand ikke kan betragtes som en fysisk skade, og derfor var hendes skade ikke omfattet af lovens dækningsområde.

Det forhold, at hun som følge af den delirøse tilstand pådrog sig fysiske skader, kunne ikke føre til, at skaden var omfattet af loven.

Sagen viser, at fysiske følger af en psykisk skade ikke er omfattet af loven, uanset at det er overvejende sandsynligt, at den psykiske tilstand er udløst af egenskaber ved lægemidlet.

4.2 Kravet om årsagssammenhæng

§ 44:

Kravet om, at patienten skal være påført en fysisk skade, jf. § 38, stk. 1, skal læses i nær sammenhæng med § 44, der lyder, som følger:

§ 44. Der ydes kun erstatning, hvis skaden med overvejende sandsynlighed er forårsaget ved brug af lægemidler.

Overvejende sandsynlighed skal forstås således, at det skal være mere end 50 procent sandsynligt, at skaden er forårsaget af lægemidlet end af andre faktorer. Er det mindre end 50 procent sandsynligt, at der er årsagssammenhæng, anses patienten ikke for at være påført en lægemiddelskade.

Afgørelser efter § 38, stk. 1, og § 44:

Blodprop i hjertet, der førte til dødsfald, var ikke en følge af brug af p-piller (13/4668)

En kvinde brugte p-piller af mærket Novynete for at forebygge graviditet. Som 32-årig blev hun fundet død. Obduktion viste, at dødsårsagen var en blodprop i hjertets kranspulsåre, som førte til blødning ud i hjertesækken (hjertetamponade) og bristning af hjertekødet .

På trods af at det er velkendt, at p-piller kan forårsage blodpropper, vurderede Lægemiddelskadeankenævnet ligesom Patientforsikringen, at udvikling af blodproppen ikke med overvejende sandsynlighed kunne tilskrives bivirkninger ved brug af p-pillerne.

Nævnet lagde særligt vægt på, at der var andre væsentlige faktorer, der øgede kvindens risiko for at udvikle blodpropper, herunder mangeårigt cigaretforbrug og åreforkalkning.

Efter en samlet vurdering på baggrund af sagens oplysninger, herunder patientens journaler sammenholdt med lægevidenskabelig fagkundskab, fandt nævnet ikke grundlag for at anerkende blodproppen i hjertet og deraf følgende død som en lægemiddelskade.

Sagen viser, at der ved vurdering af årsagssammenhæng ses på mange forskellige faktorer. Den konkrete sygehistorie sammenholdes med den lægefaglige viden på området, og det vurderes, om der kan være andre årsager til skaden. Hvis det efter en samlet vurdering af de mulige risikofaktorer må konkluderes, at skaden mest sandsynligt skyldes andre forhold end lægemidlet, kan patienten ikke anses for at være påført en lægemiddelskade.

Krampeanfald var ikke en følge af MFR-vaccine (13/1643)

En rask fire-årig dreng fik en MFR-vaccine. 23 dage efter blev han indlagt på hospitalet, idet han havde haft en episode med tre krampeanfald af ca. et minuts varighed. Han var i dagene forud for anfaldene syg med feber. Der blev herefter indledt et omfattende neurologisk udredningsforløb, der imidlertid ikke gav mistanke om en neurologisk sygdom.

Lægemiddelskadeankenævnet vurderede ligesom Patientforsikringen, at krampeanfaldene ikke med overvejende sandsynlighed var påført som følge af MFR-vaccinen. Der blev lagt vægt på, at det er velkendt, at en MFR-vaccination kan medføre en øget risiko for krampeanfald inden for den første uge efter vaccinationen, men at sådanne krampeanfald opstår i forbindelse med samtidig feber (feberkrampe). Endvidere blev der lagt vægt på det faktiske sygeforløb, hvor drengen ikke havde forhøjet temperatur i forbindelse med sine krampeanfald, og at kramperne først optrådte 23 dage efter vaccinationen.

Endvidere bemærkede nævnet, at krampetilfælde også kan udløses af hjernebetændelse, men at det i den medicinske litteratur endnu ikke er entydigt klarlagt, om en MFR-vaccination kan fremkalde hjernebetændelse. Der var imidlertid ikke holdepunkter for, at drengen havde fået hjernebetændelse, og det var således ikke overvejende sandsynligt, at han som følge af MFR-vaccinen havde fået hjernebetændelse og deraf følgende kramper.

Sagen viser, ligesom den forudgående sag, at det forhold, at det er velkendt, at et lægemiddel øger risikoen for en lidelse, ikke er ensbetydende med, at den pågældende lidelse kan anerkendes som en lægemiddelskade. I hver enkelt sag foretages der en helt konkret og nuanceret vurdering, hvor den faktiske sygehistorie sammenholdes med seneste lægevidenskabelig viden på området.

Neurologiske symptomer var ikke en følge af vaccination mod svineinfluenza (12/1299)

En social- og sundhedsassistent, der i forvejen havde astma og var multiallergiker, fik i november 2009 som led i sit arbejde en vaccination med Pandemrix mod influenza H1N1 (svineinfluenza). I februar 2010 blev hun indlagt på mistanke om en allergisk reaktion, idet hun bl.a. havde hævelser omkring øjnene, hovedpine og svimmelhed. Senere tilkom der betydelige neurologiske symptomer med bl.a. føleforstyrrelser og kraftnedsættelse. Hun blev sat i allergisk udredning samt omfattende neurologisk udredning. Der kunne ikke diagnosticeres en egentlig neurologisk lidelse, men det blev vurderet, at der muligvis kunne være tale om en variant af Guillian Barré.

Patientforsikringen vurderede, at udvikling af de neurologiske gener ikke med overvejende sandsynlighed kunne tilskrives vaccinationen. Der blev lagt vægt på, at de neurologiske symptomer først begyndte mere end tre måneder efter vaccinationen, og at vaccineudløst neurologiske symptomer generelt opstår inden for to til fire uger.

Da hun havde fået vaccinen som led i sit arbejde, var sagen også anmeldt som en arbejdsskade. Efter Patientforsikringens afgørelse anerkendte Arbejdsskadestyrelsen, at hun var påført en arbejdsskade i form af neurologisk skade forårsaget af influenzavaccinationen, og hun blev på den baggrund fundet berettiget til godtgørelse for varigt mén og erstatning for erhvervs-evnetab.

Lægemedelskadeankenævnet fandt i lighed med Patientforsikringen, at det ikke var overvejende sandsynligt, at vaccinationen havde udløst de neurologiske symptomer. Nævnet lagde ligesom Patientforsikringen vægt på det sene tidspunkt for symptomernes opståen. Nævnet bemærkede, at der efter datidens influenzavaccine var en overhyppighed af Guillian Barré, men at der imidlertid ikke efter den type vaccination, der var anvendt i det konkrete forløb, var påvist nogen overhyppighed. Nævnet lagde ved afgørelsen vægt på den seneste viden på området, der var publiceret i 2012 efter Arbejdsskadestyrelsens afgørelse.

Lægemedelskadeankenævnet fandt ikke, at der ved vurdering af spørgsmålet om årsagssammenhæng kunne lægges afgørende vægt på afgørelsen fra Arbejdsskadestyrelsen. Nævnet bemærkede, at nævnet ikke er bundet af Arbejdsskadestyrelsens vurdering, og at Arbejdsskadestyrelsen ved deres vurdering ikke var bekendt med den seneste viden på området.

Sagen viser, at Lægemedelskadeankenævnet ikke er bundet af arbejdsskademyndighedernes vurdering af årsagssammenhæng. Dette gælder både de lægelige og juridiske vurderinger. Det bemærkes generelt, at bevisbyrdereglerne for årsagssammenhæng er ikke ens for hhv. arbejdsskadesager og lægemedelskader. For lægemedelskader skal det være overvejende sandsynligt (dvs. over 50 %), at skaden er udløst af lægemidler. For arbejdsskader gælder der ifølge lovgivningen en mere lempelig bevisbyrde.

Nedsat hukommelse var ikke en følge af forsøg med radiologisk stof (13/6580)

En 68-årig rask forsøgsperson deltog i et forsøg med henblik på at opnå større viden om diagnosticering af bl.a. demens og Alzheimers. I den forbindelse fik han injiceret det radioaktive stof C11 PIB i en mængde af 405 MBq. Ca. fire år senere anmeldte han en skade i form af hukommelsesudfald, der havde udviklet sig over tid.

Lægemedelskadeankenævnet vurderede i overensstemmelse med Patientforsikringen, at der ikke med overvejende sandsynlighed var årsagssammenhæng mellem hans gener og det radioaktive stof. Der blev lagt vægt på, at de anvendte stofmængder var meget små, og at strålebelastningen var meget lille, svarende til den baggrundsbestråling, som alle udsættes for i løbet af et år. Endvidere blev der lagt vægt på, at det pågældende radioaktive stof er et forholdsvist udbredt stof, der anvendes diagnostisk hos patienter med hukommelsesproblemer. Endvidere blev det bemærket, at selvom produktet ikke er markedsført i Danmark, så er der god erfaring med produktet i udlandet, og at der i den lægevidenskabelige litteratur ikke er beskrevet hukommelsesrelaterede symptomer.

Der gælder en udvidet ret til erstatning for lægemiddelskader, såfremt der er tale om skade opstået i forbindelse med forsøg. Dels kan man få anerkendt psykiske skader, og dels gælder bagatelgrænsen på 3.000 kr. ikke. Dette gælder også for skade på donorer. Dertil kommer, at også lægemidler uden markedsføringstilladelse i Danmark er omfattet af lovens dækningsområde, når det drejer sig om kliniske forsøg.

Sagen viser imidlertid, at kravet til årsagssammenhæng mellem lægemidlet og skaden er det samme. Der er således ikke (som i patientskadesagerne) lempet på beviskravet, når det gælder denne persongruppe. Hvis det efter en samlet vurdering må konkluderes, at det ikke er overvejende sandsynligt, at lægemidlet har udløst skaden, kan en lægemiddelskade ikke anerkendes.

4.3 Rimelighedsreglen

§ 43:

§ 43, stk. 1. En lægemiddelskade, der er opstået som følge af bivirkninger af et lægemiddel, erstattes kun, hvis bivirkningerne efter deres karakter eller omfang går ud over, hvad skadelidte med rimelighed bør acceptere. Bestemmelsen omfatter både kendte og ukendte samt konkret påregnelige og upåregnelige bivirkninger.

Stk. 2. Ved afgørelser i henhold til stk. 1 skal der særligt tages hensyn til:

- 1) arten og sværhedsgraden af den sygdom, som behandlingen rettede sig imod,
- 2) den skadelidtes helbredstilstand,
- 3) skadens omfang og
- 4) mulighederne i øvrigt for at tage risikoen for skadens indtræden i betragtning.

I tilfælde, hvor en patient er blevet påført en skade, der med overvejende sandsynlighed skyldes behandlingen med et lægemiddel, fastslår § 43, under hvilke betingelser, der kan ydes erstatning. Bestemmelsen fastslår i stk. 1, at den opståede skade skal være mere omfattende, end hvad den skadelidte med rimelighed bør acceptere. Stk. 2 fastslår, hvilke kriterier der særligt skal lægges vægt på ved rimelighedsvurderingen. Som det fremgår, skal der i vurderingen tages hensyn til grundsygdommens alvor, skadelidtes generelle helbredstilstand, skadens omfang og risikoen for skadens indtræden. Overordnet gælder det, at jo mere alvorlig grundsygdommen er, desto mere alvorlige skader må patienten acceptere.

Rimelighedsvurderingen svarer i det væsentlige til den vurdering, der foretages i henhold til klage- og erstatningslovens § 20, stk. 1, nr. 4, inden for patientskadeområdet.

Afgørelser efter § 43:

Ung mand med Steven Johnsons syndrom udløst af epilepsimedicin fik anerkendt lægemiddelskade (13/3553)

En ung mand havde haft epilepsi, siden han var fem måneder gammel. Han var i medicinsk behandling med god effekt, men han havde dog op til fire anfald med kramper om måneden. Det blev besluttet at skifte medicin til Lamotrigen for at tage de sidste kramper. Et par uger efter udviklede han hudforandringer på bl.a. bryst, ryg, arme, ben, læber og i munden. Tilstanden blev diagnosticeret som Steven Johnsons syndrom.

Patentforsikringen fandt, at der var årsagssammenhæng mellem behandling med Lamotrigen og udvikling af Steven Johnsons syndrom, men at skaden imidlertid ikke gik ud over, hvad han med rimelighed måtte tåle som led i behandlingen af sin sygdom.

Lægemiddelskadeankenævnet fandt dog, at skaden kunne anerkendes som en lægemiddelskade, og herunder at skaden var tilstrækkelig sjælden og alvorlig. Nævnet lagde vægt på, at han forud for skaden trivedes godt og kun havde få månedlige anfald af epilepsi. Endvidere blev der lagt vægt på, at han som følge af skaden i flere måneder var plaget af en masse kløe og udslæt på store dele af kroppen, og at forandringerne på slimhinderne i munden medførte, at han i en længerevarende periode havde problemer med at indtage føde. Efter en samlet vurdering fandt nævnet, at skaden var mere omfattende, end hvad han med rimelighed måtte tåle.

Sagen viser, at der skal ske en helt konkret afvejning af skadens omfang sammenholdt med alvoren af grundlidelsen. Hvis der er et misforhold mellem skaden og grundlidelsen, kan der efter en skønsmæssig vurdering være grundlag for at anerkende skaden som en lægemiddelskade.

Ung mand måtte tåle sterilitet som led i behandling af kræft (13/3126)

En ung mand fik konstateret testikelkræft og blev derfor sat i behandling med kemoterapi. Som følge heraf blev han steril.

Lægemiddelskadeankenævnet vurderede ligesom Patientforsikringen, at skaden ikke var mere omfattende, end hvad han med rimelighed måtte tåle under de givne omstændigheder. Der blev lagt vægt på, at han var diagnosticeret med en meget ondartet type testikelkræft, som havde spredt sig. Der blev endvidere lagt vægt på, at hans tilstand forud for behandlingen var særdeles alvorlig, og at sygdommen formentlig ville have haft dødelig udgang, hvis han ikke var blevet behandlet. Endvidere blev der lagt vægt på, at der var tale om meget hyppig bivirkning.

Efter en samlet vurdering fandt nævnet, at hans skade i form af sterilitet ikke var mere omfattende, end hvad han med rimelighed måtte tåle under de givne omstændigheder.

Sagen viser, at jo mere alvorlig grundsygdommen er, desto mere alvorlige skader må patienten acceptere. Når der er tale om bivirkninger i forbindelse med behandling af en grundlidelse, der ubehandlet er dødelig, vil der som udgangspunkt ikke kunne tilkendes erstatning.

Ældre mand med prostatakræft fik anerkendt skade på begge akillessener som en lægemiddelskade efter behandling for blærebetændelse (13/6148)

En ældre mand fik konstateret blærebetændelse. Som behandling fik han Ciprofloxacin. Herefter udviklede han skade på begge akillessener med behov for operation og genoptræning. Gangfunktionen var efterfølgende påvirket. Videre undersøgelser viste, at han havde prostatakræft, som ikke havde bredt sig.

Patientforsikringen vurderede, at skaden på akillessenerne var en følge af den medicinske behandling, men at skaden ikke gik ud over, hvad han med rimelighed måtte tåle som led i sin sygdom. Der blev lagt vægt på, at lægemidlet blev ordineret mod blærebetændelse, som med overvejende sandsynlighed var en følge af prostatakræft, som ubehandlet har en vis statistisk overdødelighed.

Lægemiddelskadeankenævnet fandt derimod, at skaden var tilstrækkelig sjælden og alvorlig. Nævnet lagde i relation til skadens alvorlighed vægt på, at kræften hverken havde spredt sig til knogler eller lymfeknuder, og hans overlevelsesh prognose derfor var stort set normal.

Sagen viser, at selvom patientens grundlidelse er kræft, som normalt betragtes som en alvorlig grundlidelse, så kan der godt anerkendes en lægemiddelskade. Det er forholdet mellem skaden og alvoren af grundlidelsen, som altid efter en konkret vurdering afgør sagen. Hvis grundlidelsen ikke medfører gener eller nedsat overlevelsesh prognose af betydning, så kan der anerkendes en lægemiddelskade.

Kvinde måtte tåle stofskiftesygdning som led i behandling af smitsom leverbetændelse med skrumpelever (12/953)

En kvinde fik konstateret hepatitis C (smitsom leverbetændelse) med skrumpelever. Hun blev derfor bl.a. sat i behandling med Pegasys, som er et langtidsvirkende immunstimulerende middel. Herefter udviklede hun stofskiftesygdommen thyreotoikose.

Lægemedelskadeankenævnet vurderede ligesom Patientforsikringen, at stofskiftesygdommen var en følge af behandlingen med Pegasys, men at skaden ikke var tilstrækkelig sjælden. Nævnet lagde vægt på, at der er tale om en almindelig bivirkning, som ses hos helt op til 10 % af de patienter, der behandles med lægemidlet.

Nævnet vurderede også, at skaden heller ikke var tilstrækkelig alvorlig, da grundlidelsen kronisk leverbetændelse med skrumpelever ubehandlet er en livstruende sygdom.

Sagen viser, at jo mere alvorlig grundsygdommen er, desto mere alvorlige bivirkninger og skader må patienten acceptere. Hvis skaden samtidig ikke betragtes som tilstrækkelig sjælden, vil skaden ikke kunne anerkendes som en lægemiddelskade.

Ældre mand må tåle hudforandringer som følge af medicinsk behandling efter nyretransplantation (13/3300)

En ældre mand fik konstateret kronisk nyresvigt med behov for nyretransplantation. Han kom i behandling med Prednisolon for ikke at afstøde den transplanterede nyre. Herefter fik han hudforandringer med pergamenttynd hud og tendens til blå mærker.

Lægemedelskadeankenævnet vurderede ligesom Patientforsikringen, at der med overvejende sandsynlighed var årsagssammenhæng mellem den medicinske behandling og hudforandringerne, men at skaden ikke gik ud over, hvad han måtte tåle under de givne omstændigheder. Det blev herunder vurderet, at skaden hverken var tilstrækkelig sjælden eller alvorlig.

Der blev lagt vægt på, at der var tale om en kendt og hyppig bivirkning, og at behandling med Prednisolon var nødvendig for ikke at afstøde den nye nyre, samt at der var tale om en særdeles alvorlig grundlidelse, som ubehandlet er livstruende.

Sagen viser, ligesom de foregående, at rimelighedsvurderingen særligt bygger på oplysningerne om grundsygdommens alvor, skadelidtes generelle helbredstilstand, skadens omfang og risikoen for skadens indtræden. Jo mere alvorlig grundlidelsen er, desto mere alvorlige skader må patienten acceptere. Hvis grundlidelsen ubehandlet er livstruende, må patienten altså tåle ganske alvorlige bivirkninger.

4.4 Afgrænsning i forhold til patientskade

§ 38, stk. 1, og § 42, nr. 2

§ 38, stk. 1. Til patienter, der påføres fysisk skade som følge af egenskaber ved lægemidler, der er anvendt ved undersøgelse, behandling el.lign. (lægemiddelskade), ydes erstatning efter reglerne i dette kapitel. Det samme gælder for efterladte til sådanne patienter.

§ 42, nr. 2. Som lægemiddelskade anses ikke sygdomme eller anden skade, som skyldes fejl eller forsømmelse i forbindelse med ordination eller udlevering af lægemidlet til patienten.

Formålet med disse bestemmelser er at foretage en afgrænsning i forhold til patientskadesagerne i lovens kapitel 3.

Bestemmelserne fastslår, at lægemiddelskadeordningen kun omfatter skader, der skyldes *egenskaber* ved det anvendte lægemiddel. Skader, der derimod skyldes måden, som lægemidlet er anvendt på – for eksempel hvis det er givet på forkert indikation eller i for høje doser – er altså ikke omfattet.

Dette betyder, at der kun kan anerkendes en lægemiddelskade, såfremt der var grundlag for at ordinere lægemidlet, og såfremt det var anvendt i korrekt dosis.

Såfremt en skade er omfattet af patientforsikringsordningen, finder lægemiddelskadeordningen ikke anvendelse. En skade kan altså ikke være omfattet af begge ordninger.

Afgørelser efter § 38, stk. 1, eller § 42, nr. 2:

Ung nyresyg kvinde fik anerkendt patientskade efter undersøgelse med kontraststof. Sagen kunne derfor ikke anerkendes som lægemiddelskade (12/714)

En ung kvinde var siden barndommen kronisk nyrepatient på grund af sygdommen cystinose. Sygdommen gav hende alvorligt nyresvigt med behov for dialysebehandling. Hun blev som 14-årig nyretransplanteret, og der gik derfor 16 år, inden hun igen kom i dialysebehandling. Hun blev undersøgt med Gadovist, som er et gadoliniumholdigt kontraststof. Herefter udviklede hun stive led i kroppen samt forandringer ved ankler og fødder.

Patientforsikringen vurderede, at skaden hverken kunne anerkendes som en patientskade eller som en lægemiddelskade, hvilket blev påklaget til hhv. Patientskadeankenævnet og Lægemiddelskadeankenævnet.

Patientskadeankenævnet anerkendte, at skaden i form af stive led i kroppen samt forandringer ved ankler og fødder var en patientskade. Det blev vurderet, at skaden var udløst af Gadovist. Endvidere blev det vurderet, at en erfaren specialist på det pågældende område under de givne omstændigheder ikke ville have anvendt et kontrastmiddel, der indeholdt gadolinium. Der blev lagt vægt på, at man ifølge retningslinjerne på området som udgangspunkt ikke bør bruge gadoliniumholdigt kontraststof til patienter med alvorlig nyresvigt, da dette kan medføre alvorlig bindevævssygdom.

Efterfølgende blev sagen vurderet i Lægemiddelskadeankenævnet. Det blev vurderet, at kvinden ikke var påført en erstatningsberettigende lægemiddelskade. Der blev henvist til, at en skade, der er anerkendt som en patientskade, ikke også kan anerkendes som en lægemiddelskade.

Sagen viser, at hvis patienten er påført en skade af et lægemiddel, som man ikke skulle have ordineret/anvendt, skal skaden vurderes som en patientskade, og ikke som en lægemiddelskade. Dette gælder også, selvom det kan lægges til grund, at der er årsagssammenhæng mellem lægemidlet og skaden. En skade, der er anerkendt som en patientskade, kan ikke også anerkendes som en lægemiddelskade.

5 Sager ved domstolene

5.1 Klager til Folketingets Ombudsmand

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

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

Da Lægemedelskadeankenævnet består af et antal udpegede medlemmer og en formand, som er dommer, anser ombudsmanden sig derfor som inkompetent over for nævnet.

Han behandler således heller ikke klager over Patientombuddet i det omfang, Patientombuddet agerer som sekretariat for Lægemedelskadeankenævnet.

5.2 Retssager

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

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

I 2013 blev der afsagt en enkelt dom på lægemiddelskadeområdet, som gennemgås nedenfor.

Dom afsagt den 11. oktober 2013 af Østre Landsret (j. nr. 06/166)

Sagen handlede om, hvorvidt en patient, der var behandlet med Benzodiazepiner og Ketogan igennem en længere årrække, var påført et afhængighedssyndrom, som kunne anerkendes som en lægemiddelskade.

Patienten anførte bl.a. i sin anmeldelse til Patientforsikringen, at han gennem fire år havde haft stærke smerter, fordi hans psykiske lidelse (depressiv lidelse) slørede det egentlige sygdomsbillede. Han var således blevet forsømt i forhold til ordination

og fejlbehandling, som medførte, at han blev pillemisbruger, alkoholiker, fik nedsatte kropsfunktioner og nedsat erhvervsevne, fysiske muskelskader og stærke abstinenssymptomer i kroppen i mange år efter behandling med Benzodiazepiner. Patienten klagede også over, at der var sket forsinket diagnosticering af galdesten.

I relation til en mulig lægemiddelskade fandt Patientforsikringen, at patienten var berettiget til erstatning, fordi han havde fået en skade i form af et afhængighedssyndrom, men at skaden ikke var tilstrækkelig alvorlig, jf. lov om erstatning for lægemiddelskader § 6. Patientforsikringen, at det ikke var overvejende sandsynligt, at patientens alkoholmisbrug kunne anerkendes som bivirkning til Benzodiazepinbehandling, men at det derimod måtte tilskrives hans psykiatriske grundsygdom i form af depression og angstanfald.

Lægemiddelskadeankenævnet tiltrådte Patientforsikringens afgørelse, men med en anden begrundelse. Nævnet fandt det overvejende sandsynligt, at patienten havde pådraget sig et afhængighedssyndrom efter behandling med Benzodiazepiner, herunder lægemidlet Broman, men at det var lægemidler udleveret før lovens ikrafttræden den 1. januar 1996, der havde forårsaget afhængighedssyndromet. Patienten var derfor ikke berettiget til erstatning, jf. lovens § 23.

For så vidt angik en mulig patientskade fandt Patientforsikringen, at det var i strid med bedste specialiststandard, at man i januar 1998 undlod at undersøge, om de periodevist tilbagevendende smerter kunne udspringe af andet end hjertemæssige forhold. Imidlertid blev det vurderet, at skaden ikke var omfattet af lov om patientforsikring, idet erstatningens størrelse ikke oversteg den undergrænse på 10.000 kr., der er fastsat i lovens § 5, stk. 2.

Patientskadeankenævnet tiltrådte Patientforsikringens afgørelse.

Begge afgørelser blev indbragt for Retten i Roskilde, som behandlede sagerne samlet. Under retssagen blev sagen forelagt Retslægerådet. Retten fandt i modsætning til Lægemiddelskadeankenævnet, at patienten ikke havde udviklet et afhængighedssyndrom af Benzodiazepiner, men i stedet et opioidt afhængighedssyndrom (afhængighedssyndrom som følge af Ketogan). På baggrund af Retslægerådets svar og den øvrige bevisførelse fandt retten dog ikke, at det var muligt at fastslå, om patientens opioide afhængighedssyndrom opstod før eller efter lovens ikrafttræden, men at det på baggrund af journalnotaterne var overvejende sandsynligt, at det allerede var til stede ved lovens ikrafttræden.

Derudover fandt retten ikke grundlag for at tilsidesætte Patientskadeankenævnets afgørelse om, at patienten var påført en patientskade, jf. lov om patientforsikringslov § 2, stk. 1. Endvidere tiltrådte retten, at kravet ikke oversteg 10.000 kr., hvorefter der ikke kunne ydes erstatning. Retten lagde i den forbindelse vægt på Retslægerådets udtalelse, samt at der ikke var ført noget bevis for, at han var påført et tab, herunder tabt arbejdsfortjeneste, svie og smerte, varigt mén eller erhvervsevnetab. Lægemiddelskadeankenævnet og Patientskadeankenævnet blev herefter frifundet af Retten i Roskilde.

Byrettens dom blev anket til landsretten. Landsretten fandt, at det i overensstemmelse med Retslægerådets udtalelse måtte lægges til grund, at patienten udviklede et

afhængighedssyndrom som følge af behandlingen med Ketogan. Retten fandt under hensyntagen til usikkerheden om tidspunktet for skadens opståen og, efter en helhedsvurdering, at det med overvejende sandsynlighed var godtgjort, at patienten var påført en skade (afhængighedssyndrom) som følge af lægemidler udleveret efter 1. januar 1996. Sagen blev herefter hjemvist til fornyet behandling ved Patientforsikringen.

6 Læring

6.1 Lægemiddelskadenævnet og Læringsenheden

Lægemiddelskadeankenævnet 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 medvirkede Lægemiddelskadeankenævnets og Patientskadeankenævnets sekretariat (Erstatningscentret) i december 2013 ved en temadag på Rigshospitalet arrangeret af Læringsenheden, der handlede om sundhedspersoners retssikkerhed og pligter. Formålet med temadagen var at informere de deltagende sundhedspersoner 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 lægemiddelskader. Arbejdet med identifikation og bearbejdning af problemfelter fortsætter i 2014.

6.2 Kvalitetsudvikling og kvalitetssikring

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