

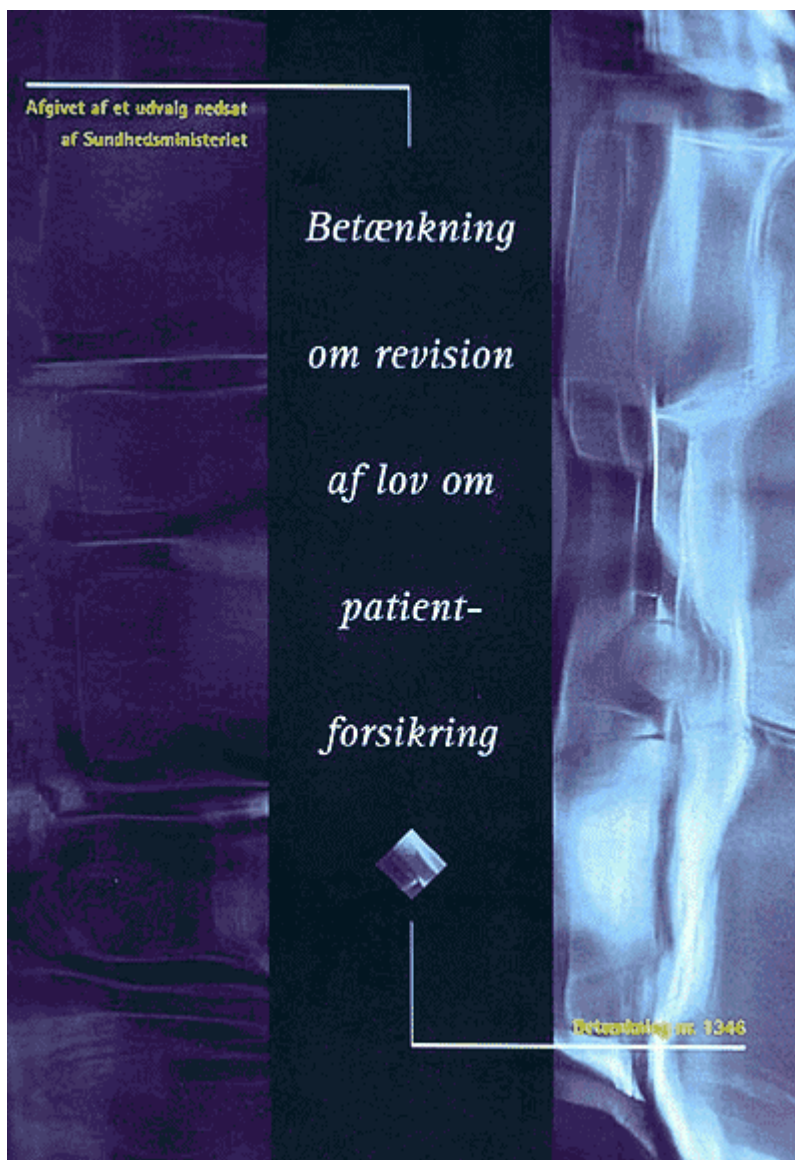


Indholdsfortegnelse

- [Kapitel 1. Indledning](#)
- [Kapitel 2. Den gældende patientforsikringsordning i hovedtræk](#)
- [Kapitel 3. Andre erstatningsordninger](#)
- [Kapitel 4. Patientforsikringsordninger i andre nordiske lande](#)
- [Kapitel 5. Udvalgets overvejelser vedrørende patientforsikringsloven og behov for ændring heraf](#)
- [Kapitel 6. Økonomiske og administrative konsekvenser](#)
- [Kapitel 7. Udkast til lov om ændring af lov om patientforsikring](#)

Bilagsfortegnelse:

- [Bilag 1. Rapport fra underudvalget vedrørende gennemførelse af forsikringspligten for sundhedspersoner i den primære sundhedssektor, april 1997.](#)
- [Bilag 2. Lov om patientforsikring \(lovbekendtgørelse nr. 228 af 24. marts 1997\)](#)
- [Bilag 3. Bekendtgørelse nr. 666 af 3. august 1995 vedrørende dækningsområdet for lov om patientforsikring](#)
- [Bilag 4. Bekendtgørelse nr. 31 af 20. januar 1992 om vedtægter for Foreningen af Patientforsikringsselskaber \(Patientforsikringsforeningen\)](#)
- [Bilag 5. Bekendtgørelse nr. 315 af 4. maj 1992 om forsikringspligtens gennemførelse efter lov om patientforsikring](#)
- [Bilag 6. Bekendtgørelse nr. 652 af 23. juli 1992 om forvaltningslovens anvendelse på Patientforsikringsforeningens virksomhed](#)
- [Bilag 7. Bekendtgørelse nr. 571 af 2. juli 1993 om forretningsorden for Patientskadeankenævnet](#)
- [Bilag 8. Lov nr. 1120 af 20. december 1995 om erstatning for lægemiddelskader](#)
- [Bilag 9. Lov om erstatningsansvar \(lovbekendtgørelse nr. 599 af 8. september 1986 med senere ændringer\)](#)
- [Bilag 10. Lov om erstatning for vaccinationsskader \(lov nr. 82 af 8. marts 1978 med senere ændringer\)](#)



[Bilag 11. Lov nr. 371 af 7. juni 1989 om produktansvar](#)

- [Bilag 12. Lov nr. 440 af 14. juni 1995 om Blødererstatningsfonden](#)
- [Bilag 13. Bekendtgørelse nr. 914 af 19. november 1992 om godtgørelse til HIV-positive blødere, transfusionssmittede m.fl.](#)
- [Bilag 14. Notat af overlæge Steen Borberg, Amtssygehuset Fjorden, om patientforsikringen og psykiske skader](#)
- [Bilag 15. Oversigt over Patientforsikringsforeningens praksis i perioden 1992-1996](#)
 - [Stikordsregister til bilag 15](#)

- [Andre publikationer](#)



Kapitel 1. Indledning

Indhold:

- [1.1. Udvalgets nedsættelse, kommissorium og sammensætning](#)
 - [1.2. Tilrettelæggelse af udvalgets arbejde](#)
 - [1.3. Sammenfatning af rapport fra underudvalget vedrørende gennemførelse af forsikringspligten for sundhedspersoner i den primære sundhedstjeneste, jf. bilag 1](#)
 - [1.4. Resumé af udvalgets overvejelser](#)
-

1.1. Udvalgets nedsættelse, kommissorium og sammensætning

I august 1996 nedsatte Sundhedsministeriet et udvalg vedrørende revision af lov om patientforsikring. Baggrunden herfor var, at det i forbindelse med Folketingets behandling af forslag til lov om patientforsikring i 1991 blev fremhævet fra de partier, som udgjorde flertallet for lovforslaget, at vedtagelsen af lovforslaget kun var et første skridt, og at området ville blive fulgt nøje med henblik på en eventuel senere udvidelse af dækningsområdet – ikke mindst lægepraksisområdet. Det blev endvidere besluttet, at der senest 5 år efter ordningens indførelse, dvs. i 1997, skulle foretages en samlet vurdering af ordningens tilrettelæggelse.

Med henblik på at tilvejebringe det nødvendige grundlag for regeringens og Folketingets vurdering af ordningen og en eventuel udvidelse af dækningsområdet blev der nedsat et udvalg med følgende kommissorium:

" 1. Udvalget skal kort redegøre for Patientforsikringens nuværende regelgrundlag, organisation og administration, herunder:

- den praksis, der har udviklet sig efter lovens ikrafttræden i 1992,
- udviklingen i antallet af anmeldte, afgjorte og verserende sager, samt sagsbehandlingstider m.v.,
- udviklingen i erstatningsudbetalingerne samt de administrative ressourcer,
- udviklingen i antallet af ankesager og Patientskadeankenævnets administration og organisation,
- sammensætningen af forsikringsselskaber, der har tegnet patientforsikringer, og de vilkår, hvorunder forsikringer tegnes m.v.

2. Udvalget skal på baggrund af det under punkt 1 beskrevne vurdere, hvorvidt den nuværende ordning fungerer hensigtsmæssigt, og tage stilling til, hvorvidt der er behov for ændring af de gældende regler, og i det omfang dette er tilfældet, udarbejde forslag hertil. Udvalget skal dog ikke vurdere de forslag til ændringer i lov om patientforsikring vedr. Patientskadeankenævnet, som sundhedsministeren vil fremsætte forslag om i folketingssamlingen 1996/97. Endvidere forudsættes det i anden sammenhæng vurderet, hvorvidt Patientforsikringen eventuelt kan samarbejde med det faglige klagesystem.

3. Udvalget skal vurdere behovene for at udvide patientforsikringslovens dækningsområde til også at omfatte skader forvoldt af personalet i den primære sundhedstjeneste, samt

- opstille modeller for, hvorledes man kan gennemføre forsikringspligten på den administrativt mest hensigtsmæssige måde og med anvendelse af færrest mulige ressourcer, samt
- udarbejde forslag til ændringer i de gældende regler, som er nødvendige, og
- redegøre for de økonomiske konsekvenser af de foreslåede udvidelser af dækningsområdet.

Udvalget kan indkalde særligt sagkyndige eller andre til at deltage i drøftelser i udvalget.

Udvalget skal færdiggøre sit arbejde senest den 1. maj 1997, således at et eventuelt forslag til lov om ændring af lov om patientforsikring kan fremsættes i folketingssamlingen 1997/98."

Som formand for udvalget blev udpeget fuldmægtig Dorte Knudsen, Sundhedsministeriet.

Udvalget fik i øvrigt følgende sammensætning:

Fuldmægtig Bent Rasmussen, udpeget af Sundhedsministeriet.

Direktør Arne Grünfeld, udpeget af Patientforsikringsforeningen.

Vicekontorchef Ann Ulrich, udpeget af Patientforsikringsforeningen.

Fuldmægtig Tine Horwitz, udpeget af Patientskadeankenævnet.

Fuldmægtig Jette Lauridsen, udpeget af Amtsrådsforeningen.

Sekretariatschef Claus Mørch Petersen, udpeget af Hovedstadens Sygehusfællesskab.

Fuldmægtig Tom Bjerregaard, udpeget af Kommunernes Landsforening.

Kontorchef Jane Emke, udpeget af Assurandør-Societetet (pr. 1. juli 1997 ændret til Rådet for Dansk Forsikring og Pension)

Steen Borberg, udpeget af Den Almindelige Danske Lægeforening.

Alment praktiserende læge Kresten Nielsen, udpeget af Den Almindelige Danske Lægeforening.

Cand.merc.jur. Mette Reissmann, udpeget af Forbrugerrådet.

Tandlæge Jørn Frandsen, udpeget af Dansk Tandlægeforening.

Forhandlingskonsulent, cand.jur. Claus Biehl, udpeget af Tandlægernes Nye Landsforening.

Sekretariatsopgaverne for udvalget er varetaget af fuldmægtig Peter Jakobsen, Sundhedsministeriet, og af Patientforsikringsforeningen.

Ann Ulrich og Jette Lauridsen blev i juli/august 1997 afløst af henholdsvis kontorchef Ole Graugård, Patientforsikringsforeningen, og kontorchef Ida Sofie Jensen, Amtsrådsforeningen.

Tom Bjerregaard, Kommunernes Landsforening, har kun deltaget i udvalgets første møde.

Udvalget har afholdt 8 møder.

[Indhold kapitel 1](#)

1.2. Tilrettelæggelse af udvalgets arbejde

Udvalget besluttede på sit 2. møde, den 21. oktober 1996, at nedsætte et underudvalg vedrørende gennemførelse af forsikringspligten for sundhedspersoner i den primære sundhedstjeneste. Underudvalget afsluttede sit arbejde primo april 1997. Rapporten er optaget som bilag 1 til denne betænkning og vurderet af udvalget i kapitel 5. Der er nedenfor i punkt 1.3. givet en sammenfatning af underudvalgets rapport.

Udvalgets sekretariat har endvidere afholdt orienterende møder med Københavns og Frederiksberg Kommuner (april 1997) og med Dansk Kiropraktor-Forening (august 1997) vedrørende de modeller for gennemførelse af erstatningspligten for sundhedspersoner i den primære sundhedstjeneste, der er opstillet i underudvalgets rapport.

Professor, dr. jur. Bo von Eyben, Københavns Universitet, har bistået udvalget ved vurdering af "specialistreglen" (patientforsikringslovens § 2, stk. 1, nr. 1).

[Indhold kapitel 1](#)

1.3. Sammenfatning af rapport fra underudvalget vedrørende gennemførelse af forsikringspligten for sundhedspersoner i den primære sundhedstjeneste, jf. bilag 1

Underudvalgets kommissorium tager udgangspunkt i hovedudvalgets kommissorium punkt 3, således at underudvalget har haft til opgave at opstille modeller for, hvorledes man kan gennemføre forsikringspligten for sundhedspersoner i den primære sundhedstjeneste på den administrativt mest hensigtsmæssige måde og med anvendelse af færrest mulige ressourcer.

I underudvalgets rapport *kapitel 1* er redegjort for de generelle forudsætninger for underudvalgets arbejde.

I *kapitel 2* vurderes de økonomiske konsekvenser af at udvide patientforsikringsordningen til at omfatte den primære sundhedstjeneste, dvs. undersøgelse og behandling foretaget af privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner samt vagtlæger, under kommunale sundhedsordninger samt på private sygehuse og klinikker. Sygesikringens Forhandlingsudvalg har anført, at uautoriserede sundhedspersoner også bør medtages under en udvidet patientforsikringsordning, såfremt de har overenskomst med sygesikringen.

Underudvalget har endvidere vurderet, hvorvidt undersøgelse og behandling foretaget på institutioner på det kommunale og amtskommunale område, f.eks. på plejehjem, beskyttede boliger, døgninstitutioner for voksne m.fl., bør medtages. Langt hovedparten af den lægelige behandling, der finder sted for plejehjemsbeboere og andre institutionsbeboere foretages enten på sygehus eller af praktiserende læger, der fremover vil være omfattet af patientforsikringsordningen. Det er derfor underudvalgets opfattelse, at de administrative procedurer og omkostninger i samtlige kommuner, amter, institutioner m.fl. og i Patientforsikringsforeningen vil være helt ude af proportion med det ringe antal skader, der kan forventes på området, og som ikke på anden måde er dækket af lov om patientforsikring. Underudvalget kan derfor ikke anbefale, at lovens dækningsområde udvides til at omfatte kommunale og amtskommunale institutioner m.v.

Underudvalget skønner, at de samlede udgifter 5 år efter en udvidelse af patientforsikringsloven til også at omfatte de ovenfor nævnte områder vil ligge i størrelsesordenen 18½-20 mio. kr. Hertil kommer etableringsudgifter i Patientforsikringsforeningen på ca. 2 mio. kr. i en udvidet ordnings første 2 år. Generelt skønner underudvalget, at den primære sundhedstjeneste på lidt længere sigt vil udløse erstatningsudbetalinger på ca. 20 % af, hvad erstatningerne inden for sygehusvæsenet andrager.

I de af underudvalget opstillede økonomiske skøn er ikke medtaget merudgifter til at inddække erstatningskrav i et forsikringsselskab, ligesom der heller ikke er medtaget administrative konsekvenser i amter, kommuner og foreninger. I beregningerne er endvidere ikke medtaget tandlæger og kiropraktorer, der allerede har etableret frivillige – ikke-lovpligtige – patientforsikringsordninger. For så vidt angår disse ordninger har underudvalget foreslået, at der gives mulighed for, at ordningerne kan opretholdes.

I *kapitel 3* gennemgås de eksisterende modeller for tilrettelæggelse af patientforsikringsordninger m.v., idet underudvalget har fundet det naturligt at tage udgangspunkt i disse modeller, når det skal vurderes, hvorledes patientforsikringsordningen mest hensigtsmæssigt kan udvides til også at omfatte den primære sundhedstjeneste. Ved vurderingen af, hvilke modeller der vil være mest hensigtsmæssige, har underudvalget lagt vægt på, at hovedområdet for udvidelsen af patientforsikringsordningen vil blive det område, som i dag er reguleret ved overenskomster mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og en række faglige organisationer.

Underudvalget anviser 2 modeller for, hvorledes man lovgivningsmæssigt og forsikringsmæssigt kan få sygesikringens ydere ind under patientforsikringsordningen. Begge modeller er efter underudvalgets opfattelse anvendelige.

Efter den ene model (model A) pålægges amterne og Københavns og Frederiksberg Kommuner erstatningspligten for den virksomhed, der foregår hos privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner, der har tilsluttet sig overenskomst med den offentlige sygesikring. Amterne m.v. kan vælge at tegne en patientforsikring eller at være selvforsikrende. Der etableres endvidere hjemmel til, at tandlæger og kiropraktorer kan opretholde de eksisterende patientforsikringsordninger, der samtidig gøres lovpligtige. Underudvalget vurderer, at denne model er den

administrativt enkleste løsning, ligesom det må forventes, at denne ordning økonomisk set er den mest fordelagtige.

Efter den anden model (model B) pålægges erstatnings- og forsikringspligten de enkelte privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner. Det forudsættes, at de enkelte faglige organisationer kan formidle kollektive forsikringsaftaler for medlemmerne. Underudvalget betragter denne model som mere administrativt krævende for Patientforsikringsforeningen og de faglige organisationer, ligesom det må forventes, at forsikringspræmierne generelt vil blive højere end efter amtsmodellen.

I begge modeller forudsættes det, at kommunerne pålægges erstatningspligten for den virksomhed, der udøves under de kommunale sundhedsordninger, ligesom private sygehuse og klinikker samt ikke-overenskomstomfattede autoriserede sundhedspersoner pålægges såvel erstatnings- som forsikringspligt.

I *kapitel 4* har underudvalget udarbejdet forslag til ændringer i gældende regler, som de to modeller indebærer.

[Indhold kapitel 1](#)

1.4. Resumé af udvalgets overvejelser

I *kapitel 2* redegøres der i hovedtræk for den gældende patientforsikringsordning.

I *kapitel 3* beskrives en række erstatningsordninger, der gælder ved siden af lov om patientforsikring. Det drejer sig om de af henholdsvis Dansk Tandlægeforening og Dansk Kiropraktor-Forenings etablerede kollektive patientforsikringsordninger, lov om erstatning for lægemiddelskader, lov om erstatning for vaccinationsskader, lov om produktansvar, ordningen vedrørende kulancemæssig godtgørelse til HIV-positive blødere, transfusionssmittede m.fl., samt lov om Blødererstatningsfonden.

I *kapitel 4* er patientforsikringsordningerne i andre nordiske lande beskrevet.

I *kapitel 5* foretages en vurdering af den gældende patientforsikringsordning samt behovet for ændringer i den eksisterende patientforsikringslov. Udvalget finder, at hovedformålet med patientforsikringsloven generelt set er indfriet. Dog må det konstateres, at der inden for de sidste par år er sket en væsentlig stigning i sagsbehandlingstiden i Patientskadeankenævnet, således at den gennemsnitlige sagsbehandlingstid medio 1997 var ca. 11/2 år. Dette finder udvalget meget utilfredsstillende for patienterne. For så vidt angår den overordnede tilrettelæggelse af patientforsikringsordningen stiller udvalget på denne baggrund forslag til en ændret sammensætning af Patientskadeankenævnet. Udvalget har herudover på visse punkter fundet behov for en udvidelse af ordningens dækningsområde, jf. nedenfor.

Udvalget finder det principielt uheldigt, at patienter i privat praksis i erstatningsmæssig henseende er væsentligt dårligere stillet end patienter i sygehusvæsenet. Der er desuden en formodning for, at der i privat praksis indtræder alvorlige skader, som patienten ikke får erstatning for, da et civilt søgsmål ved domstolene erfaringsmæssigt kun vælges af de færreste. Udvalget foreslår på denne baggrund, at patientforsikringsordningen udvides til at omfatte alle privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner, samt læger der uden at være privatpraktiserende, virker som vagtlæger. Endvidere foreslås de kommunale sundhedsordninger inddraget under ordningen.

Udvalget kan – i lighed med underudvalget vedrørende forsikringspligtens gennemførelse – ikke anbefale, at patientforsikringsloven udvides til at omfatte den del af den primære sundhedstjeneste, der omfatter undersøgelse, behandling el. lign. på kommunale og amtskommunale institutioner m.v., f.eks. plejehjem og forskellige typer døgninstitutioner for børn og voksne. Antallet af skader i forbindelse med sundhedsmæssig behandling på dette område er formentlig meget begrænset, hvortil kommer, at langt de fleste klienter på sociale institutioner er tilknyttet en praktiserende læge – hvis virksomhedsområde nu foreslås omfattet af loven – og i mere alvorlige sygdomstilfælde indlægges klienten på et sygehus.

Et flertal i udvalget anbefaler, at den eksisterende kollektive patientforsikringsordning for tandlæger kan videreføres. Ordningen dækker i overensstemmelse med lov om patientforsikring, men giver på visse punkter en bedre dækning end loven, bl.a. er undergrænsen for erstatning 3.000 kr. En videreførelse af den eksisterende ordning indebærer, at sager vedr. skader forvoldt af tandlæger ikke vil blive behandlet i

Patientforsikringsforeningen, men i det pågældende forsikringsselskab. I øvrigt vil lovens kapitel 1 om erstatningsomfang m.v. finde anvendelse på ordningen, således at der er pligt til at yde erstatning i samme omfang som foreskrevet i loven.

Flertallet i udvalget lægger vægt på, at der i det forsikringsselskab og det særlige forsikringsudvalg, der behandler tandlægesagerne, er oparbejdet en betydelig ekspertise og erfaring. Hvis sagsbehandlingen flyttes til Patientforsikringsforeningen, vil denne ekspertise gå tabt. Tandlægeområdet adskiller sig i øvrigt fra f.eks. lægeområdet ved, at tandlægebehandling ofte kan udbedres helt eller delvist ved fornyet behandling/omgørelse af udført behandling. Udvalget har endvidere taget i betragtning, at tandlægeområdet også indtager en særstilling, når det drejer sig om klager over praktiserende tandlægers faglige virksomhed.

Et *mindretal i udvalget* (Forbrugerrådet) finder, at tandlægesager bør henlægges under Patientforsikringsforeningen for at sikre, at sagerne afgøres af et uvildigt organ og af hensyn til at skabe et enstrengt system, således at alle erstatningssager vedrørende skader i sundhedsvæsenet behandles samme sted. Efter Forbrugerrådets opfattelse er der endvidere ikke sikkerhed for upartiske afgørelser, hvis afgørelseskompetencen ligger hos et forsikringsselskab, der er bundet af økonomiske interesser.

Et *flertal i udvalget* finder endvidere, at tandlægenes patientforsikringsordning kun bør videreføres under den forudsætning, at der etableres ankeadgang til Patientskadeankenævnet, således at alle ankesager vedr. patientforsikringsloven samles i ét organ, der dermed får et samlet overblik over udviklingen og kan lægge en fast praksis på områder, der har givet anledning til tvivl i 1. instans.

Et *mindretal i udvalget* (Dansk Tandlægeforening) finder, at der er en række fordele ved tandlægenes eksisterende forsikringsordning, der taler for, at ankebehandlingen bør finde sted i samme regi, bl.a. kort sagsbehandlingstid, bevarelse af ekspertise og billig administration. Foreningen foreslår derfor etableret et særligt ankeudvalg bestående af 7 medlemmer.

Et *andet mindretal i udvalget* (Rådet for Dansk Forsikring og Pension) finder det uheldigt, hvis tandlægepatienter, der får sagerne behandlet meget hurtigt i 1. instans, skal udsættes for meget lange ventetider, når sagen ankes. Derfor bør det overvejes at lade det af Dansk Tandlægeforening foreslåede paritetiske ankeorgan fungere i det mindste i en overgangsperiode, indtil det er sikret, at Patientskadeankenævnet har fået mulighed for at fungere med mere rimelige ventetider.

For kiropraktorer, der i lighed med Dansk Tandlægeforening på frivilligt grundlag har etableret en patientforsikringsordning, der dækker i overensstemmelse med patientforsikringsloven, finder *et flertal i udvalget*, at skadessagerne på dette område ikke adskiller sig væsentligt fra de mange øvrige sager, der i dag behandles i Patientforsikringsforeningen, ligesom det beskedne antal sager, der hidtil har været på dette område, ikke kan begrunde en særordning for denne gruppe. Der er således ikke i samme omfang som i tandlægenes patientforsikring oparbejdet en særlig ekspertise og erfaring i det forsikringsselskab, der behandler sagerne.

Et *mindretal i udvalget* (Rådet for Dansk Forsikring og Pension) finder, at det vil være rimeligt at følge underudvalgets forslag om, at Dansk Kiropraktor-Forening bør have mulighed for at vælge at videreføre den allerede eksisterende ordning. Dette understreges af, at Dansk Kiropraktor-Forening har udtrykt ønske om at have denne valgfrihed.

Udvalget har i forbindelse med praksissektorens inddragelse under patientforsikringsloven vurderet de 2 modeller, som underudvalget har fremlagt i sin rapport vedrørende organisering af forsikrings- og erstatningsforholdene i den primære sundhedstjeneste, jf. referat heraf under punkt 1.3.

Udvalget finder, at der ved vurdering af de enkelte modeller også bør indgå andre elementer end de rent administrative og ressourcemæssige, som udelukkende er forudsat i udvalgets kommissorium. Udvalget peger på, at de administrative og økonomiske fordele ved amtsmodellen (model A) må tillægges betydelig vægt, men det må samtidig erkendes, at det kan være principielt forkert at pålægge det offentlige erstatningsansvar for skader, der forvoldes af selvstændigt erhvervsdrivende, selv om der er tætte bånd mellem amterne og de privatpraktiserende sundhedspersoner via den offentlige sygesikring, f.eks. er lægers serviceniveau fastlagt i overenskomster med sygesikringen. Af disse grunde kan Amtsrådsforeningen ikke tiltræde amtsmodellen.

Foreningsmodellen (model B) følger det almindelige princip om, at erstatningspligten følger skadevolder.

Ulemperne ved denne model ligger først og fremmest på det administrative og økonomiske plan. Det er endvidere en forudsætning for denne model, at det er muligt for de forskellige faglige organisationer at skabe de nødvendige kollektive rammer for en forsikringsordning, der omfatter samtlige medlemmer.

Udvalget finder, at begge modeller vil være gennemførlige, men da der kan påvises fordele og ulemper ved begge modeller, kan udvalget ikke entydigt anbefale den ene model frem for den anden. Det må efter udvalgets opfattelse bero på en samlet – politisk – vurdering, hvilke hensyn der ved endelig stillingtagen til valg af model bør tillægges størst vægt.

Et mindretal i udvalget (Lægeforeningen) finder for så vidt angår amtsmodellen, at patientforsikringsordningen netop tilsigter at udvide det hidtidige erstatningsområde til også at omfatte hændelige skader, dvs. skader som sundhedspersoner ikke kan lastes for. Dette taler for, at ordningen finansieres af offentlige midler. For så vidt angår foreningsmodellen finder Lægeforeningen, at ulemperne dels ligger i, at sundhedspersonen pålægges erstatning for ikke-culpøse skader, dels ligger på det administrative og økonomiske plan.

Udvalget har endvidere overvejet, hvorvidt der på andre områder end det tidligere nævnte er behov for at udvide lovens dækningsområde. Herudover har udvalget afklaret visse afgrænsningsspørgsmål, der har givet anledning til tvivl i Patientforsikringsforeningens praksis.

Det er udvalgets opfattelse, at der er behov for at inddrage psykiske skader under patientforsikringslovens dækningsområde, idet den nuværende grænsedragning mellem fysiske og psykiske skader undertiden er meget vanskelig for Patientforsikringsforeningen. Udvalget erkender, at inddragelse af de psykiske skader vil indebære en række komplicerede, bevismæssige undersøgelser, men dette gør sig også gældende inden for andre områder, f.eks. patientklagesystemet, uden at man af den grund har afskåret klageadgangen for psykiatriske patienter. De betænkeligheder, som i forbindelse med patientforsikringslovens vedtagelse i 1991 blev udtrykt ved at inddrage psykiske skader under loven, finder udvalget således ikke kan begrunde en forskelsbehandling mellem fysiske og psykiske skader. Udvalget vurderer på baggrund af erfaringer fra bl.a. den finske patientforsikringsordning, at inddragelsen af området under loven ikke vil medføre uforholdsmæssigt store administrative og økonomiske konsekvenser.

Udvalget finder herudover behov for at inddrage alle private sygehuse og klinikker under loven, idet kun enkelte private sygehuse efter den gældende lov er omfattet. Den aktuelle brug af private sygehuse indebærer efter udvalgets opfattelse, at der kan være behov for at skabe ensartede forsikringsforhold for alle private sygehuse. Udvalget har herved også taget i betragtning, at amtskommunerne m.fl. efter lov om sygehusvæsenet kan benytte private institutioner som led i løsningen af sine sygehusopgaver. Såfremt en amtskommune benytter sig af denne ret og sender en patient til behandling på et privat sygehus, der ikke er omfattet af patientforsikringsloven, har patienten ikke krav på erstatning efter patientforsikringsordningen, hvis der opstår en behandlingsskade. Patienten har heller ikke mulighed for at gøre amtet ansvarlig. Denne problemstilling samt hensynet til at skabe klarhed og ensartethed på området taler for at inddrage alle private sygehuse og klinikker under loven.

Udvalget har i den forbindelse vurderet, hvorvidt der er behov for at inddrage behandling i udlandet under den danske patientforsikringsordning i de situationer, hvor en amtskommune benytter eller eventuelt driver institutioner i udlandet, jf. lov om sygehusvæsenet. Udvalget finder ikke grundlag herfor, fordi det vil stride mod almindelige principper om gyldighedsområdet for dansk lovgivning, hvis Patientforsikringsforeningen skal indhente oplysninger og vurdere behandlingsforløb i udlandet. Udvalget lægger i den forbindelse tillige vægt på, at der eksisterer patientforsikringsordninger i de øvrige nordiske lande, der i givet fald vil dække danske patienter, der behandles i disse lande. Udvalget giver udtryk for, at det bør være en naturlig opgave for amtskommunerne at sikre sig, at patienter, der sendes til behandling i udlandet, på anden måde er forsikringsdækket.

Udvalget finder, at det bør præciseres i loven, at ambulancepersonalets behandling m.v. på et ulykkessted er omfattet af lovens dækningsområde. Dette er således efter den gældende lov tvivlsomt. I tilknytning hertil finder udvalget, at den præhospitale indsats, der ydes af praktiserende læger i forbindelse med større ulykker m.v., bør dækkes af loven som led i den undersøgelse, behandling el. lign., der foretages på et sygehus eller på vegne af dette. Der er flere steder i landet etableret eller ved at blive etableret ordninger, hvor der ved tilkald af ambulance samtidig er mulighed for at tilkalde en praktiserende læge, der har tilsluttet sig ordningen, med henblik på at tilvejebringe en hurtig lægelig indsats på skadestedet.

Bloddonorer blev ved patientforsikringslovens ikrafttræden inddraget under lovens dækningsområde. Herved skete

der en utilsigtet indskrænkning i bloddonorernes retsstilling, idet bloddonorer ikke længere kunne få erstattet personskader, der indtræffer i forbindelse med ulykkestilfælde ved transport til tapning. Amterne m.fl. har dog indgået en frivillig aftale om at dække disse skader, men det er udvalgets opfattelse, at den særlige ordning vedrørende transportskader bør lovfæstes, således at bloddonorernes retsstilling på dette område fremgår af lovgivningen i stedet for en frivillig aftale, der i øvrigt altid vil kunne opsiges.

Med henblik på at sikre en mere ensartet erstatningsordning foreslår udvalget, at de vaccinationsskader, der hidtil er blevet erstattet efter lov om erstatning for vaccinationsskader, inddrages under patientforsikringsloven. Der er ikke længere behov for at opretholde denne særlovgivning i forbindelse med udvalgets forslag om at inddrage praktiserende læger m.fl. under loven. Udvalget peger dog i sit udkast til lovforslag, jf. kapitel 7, på nødvendigheden af, at der samtidig med en ophævelse af lov om erstatning for vaccinationsskader bør ske visse konsekvensrettelser i lov om erstatning for lægemiddelskader. Dette spørgsmål ligger imidlertid uden for udvalgets kommissorium.

Udvalget har tillige drøftet en anden særordning, nemlig godtgørelsesordningen til HIV-positive blødere, transfusionssmittede m.fl. Under hensyntagen til godtgørelsesordningens særlige politiske baggrund har udvalget fundet det rigtigst ikke at fremsætte forslag, der berører denne ordning.

Udvalget har vurderet patientforsikringslovens erstatningskriterier i § 2. Efter udvalgets opfattelse har kriterierne vist sig at kunne leve op til lovens formål om at udvide patienters adgang til erstatning i forhold til de almindelige erstatningsregler. Grundlæggende finder udvalget således ikke behov for at ændre på det gældende niveau for erstatningstildeling.

Erfaringer fra patientforsikringsordningens 5-årige levetid viser, at patienter og offentligheden ofte opfatter en anerkendelse af en skade efter loven som en bekræftelse på, at en given behandling har været kritisabel, eller at der har været tale om en fejlbehandling. Med henblik på at undgå sådanne misforståelser foreslår udvalget, at det fremhæves i selve loven, at erstatning efter denne lov ikke behøver at være udtryk for, at den pågældende sundhedsperson også er ansvarlig efter almindelige erstatningsretlige regler, herunder produktansvarsreglerne.

I relation til forslaget om at inddrage praksissektoren under loven har udvalget vurderet, hvorvidt den nuværende formulering af specialistreglen (lovens § 2, stk. 1, nr. 1) fortsat er hensigtsmæssig. Begrebet "specialist" kan forekomme tæt knyttet til begrebet speciallæger og derfor mindre anvendeligt på andre grupper af privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner. Hertil kommer, at mange læger, navnlig speciallæger, opfatter en erstatningstildeling efter specialistreglen som udtryk for en culpalignende stempling. Udvalget foreslår derfor, at specialistreglen omformuleres, således at begrebet "erfaren specialist" udgår. Der tilsigtes ingen realitetsændring med hensyn til erstatningsniveauet i forhold til den gældende bestemmelse.

Undergrænsen for erstatning efter loven blev fra 1. januar 1997 sat ned fra 20.000 til 10.000 kr. Ved at sænke grænsen til 10.000 kr. er det nu sikret, at patienter med varigt mén altid kan få erstatning, hvis lovens kriterier i øvrigt er opfyldt. Det er udvalgets opfattelse, at den tidligere rejste kritik mod den høje undergrænse på 20.000 kr. hermed er imødekommet. Udvalget finder ikke anledning til at nedsætte grænsen yderligere, bl.a. på grund af de store udgifter, der generelt er forbundet med behandling af patientskader.

Udvalget er opmærksom på, at undergrænsen på 10.000 kr. vil være gældende på det offentlige tandlægeområde, der stilles til rådighed af kommunerne (børne- og ungdomstandpleje og omsorgstandpleje). I de tilfælde, hvor det kommunale tandplejetilbud – i overensstemmelse med gældende lovgivning – udføres af privatpraktiserende tandlæger, vil eventuelle skader være omfattet af Dansk Tandlægeforenings patientforsikringsordning og dermed en undergrænse på 3.000 kr. Et *flertal i udvalget* finder ikke, at denne mindre forskel i erstatningsadgangen kan berettige til, at 10.000 kr.'s grænse fraviges for så vidt angår det offentlige tandlægeområde. Flertallet tager i den forbindelse i betragtning, at grænsen på 3.000 kr. er en særregel, der er indført på frivilligt grundlag af Dansk Tandlægeforening, og at alle andre faggrupper inden for sundhedssektoren har en undergrænse på 10.000 kr. Et *mindretal i udvalget* (Tandlægernes Nye Landsforening og Forbrugerrådet) finder det ikke rimeligt, at der er forskel i retsstillingen inden for tandlægeområdet. Efter mindretallets opfattelse bør undergrænsen for det offentlige tandlægeområde være 3.000 kr., således at der gælder samme undergrænse, uanset om skaden er relateret til den kommunale tandpleje eller privatpraktiserende tandlæger.

Udvalget foreslår, at medlemmer til bestyrelsen for Patientforsikringsforeningen fremover udpeges af såvel erstatningspligtige som forsikringsgivere, og ikke som hidtil kun af selvforsikrende myndigheder og

forsikringsgivere.

For så vidt angår Patientskadeankenævnet fremgår det af udvalgets kommissorium, at udvalget ikke skal vurdere den lovændring, der fandt sted ultimo 1996, hvorefter det blev muligt administrativt at udvide antallet af nævnsafdelinger. Udvalget må imidlertid konstatere, at tilgangen af nye sager til Patientskadeankenævnet fortsat er stigende med deraf følgende voksende sagsbehandlingstider.

Udvalget har derfor fundet anledning til at foretage en generel vurdering af nævnets virksomhed og struktur. Med henblik på at nedbringe sagsbehandlingstiden til et rimeligt niveau på 3-6 måneder foreslår udvalget, at antallet af medlemmer, der deltager ved afgørelsen af de enkelte sager i nævnet, reduceres fra 9 til 5 medlemmer. Det er udvalgets vurdering, at mindre nævn, der retssikkerhedsmæssigt findes fuldt forsvarligt, vil kunne arbejde hurtigere og mere effektivt end de eksisterende nævnsafdelinger på hver 9 medlemmer. Forslaget indebærer, at der i alle sager skal deltage en dommer, en sundhedsperson, en advokat, en repræsentant fra de driftsansvarlige samt en forbrugerrepræsentant.

Med henblik på at reducere sagsbehandlingstiden samt at fjerne den eksisterende sagspukkel over en kortere årrække foreslås antallet af nævnsafdelinger udvidet fra de nuværende 2 til 4.

Udvalget peger endvidere på andre elementer, der umiddelbart inden for de bestående lovgivningsmæssige rammer kan medvirke til en reduktion af sagsbehandlingstiden, bl.a. formandsafgørelser, skriftlig votering i uproblematisk sager med en indstilling fra nævnets sekretariat og en større inddragelse af lægelig ekspertise i sagsforberedelsen i sekretariatet.

I *kapitel 6* har udvalget redegjort for de administrative og økonomiske konsekvenser af udvalgets forslag. Udvalget skønner, at de samlede årlige merudgifter ved forslagene efter en periode på 5 år vil andrage i alt ca. 20,6-22,1 mio. kr. Hertil kommer ca. 2 mio. kr. i engangsudgifter til etablering m.v. De statslige repræsentanter i udvalget tager forbehold for, at udvalgets forslag kun kan realiseres i takt med de økonomiske muligheder.

I *kapitel 7* er der på baggrund af udvalgets overvejelser opstillet forslag til lov om ændring af lov om patientforsikring. Der er opstillet to forslag, idet det ene lovforslag indeholder amtsmodellen, det andet foreningsmodellen.

København, den 5. november 1997

Dorte Knudsen (formand)

Claus Biehl

Steen Borberg

Jane Emke

Jørn Frandsen

Ole Graugård

Arne Grünfeld

Tine Horwitz

Ida Sofie Jensen

Kresten Nielsen

Claus Mørch Petersen

Bent Rasmussen

Mette Reissmann

Peter Jakobsen (sekretær)

[Indhold kapitel 1](#)

Kapitel 2.Den gældende patientforsikringsordning i hovedtræk

Indhold:

- [2.1. Patientforsikringslovens baggrund og formål](#)
 - [2.2. Dækningsområdet](#)
 - [2.3. Grundlaget for erstatning](#)
 - [2.4. Udmåling af erstatning](#)
 - [2.5. Erstatningsudbetalinger i perioden 1992-1996](#)
 - [2.6. Erstatningsansvar og forsikringspligt](#)
 - [2.7. Patientforsikringsforeningen](#)
 - [2.8. Patientskadeankenævnet](#)
-

2.1. Patientforsikringslovens baggrund og formål

Fundamentet for patientforsikringsordningen er lov nr. 367 af 6. juni 1991 om patientforsikring, der trådte i kraft den 1. juli 1992. Loven er senere ændret på forskellige områder, men de grundlæggende principper er de samme. De gældende regler fremgår af lovbekendtgørelse nr. 228 af 24. marts 1997.

Patientforsikringen blev indført med det formål at forbedre patienternes muligheder for at få erstatning for skader i forbindelse med sygehusbehandling. Forbedringen består dels i, at retten til erstatning er blevet udvidet i forhold til de almindelige erstatningsregler, dels i at det er blevet lettere og hurtigere at få erstatningssagen behandlet og afgjort.

Før patientforsikringsloven var man som udgangspunkt kun berettiget til erstatning efter den såkaldte culpa-regel, der har følgende hovedindhold:

Efter culpa-reglen bliver en person eller myndighed kun erstatningspligtig, hvis vedkommende har udvist fejl eller forsømmelse. For at kunne pålægge et erstatningsansvar skal det endvidere kunne bevises, at der er lidt et tab, og at der er en naturlig sammenhæng mellem den skadevoldende handling og tabet. Det er som hovedregel skadelidte, der skal bevise, at skadevolderen har handlet culpøst, at der er lidt et tab, og at der er årsagssammenhæng mellem handling og tab. Kan skadelidte ikke føre bevis herfor, bliver skaden ofte betegnet som hændelig, og erstatning udbetales ikke.

En række sager i 1970'erne og 80'erne (bl.a. om brugen af LSD på psykiatriske sygehuse, om røntgenkontrastmidlet Thoratrast, om HIV-smittede blødere samt en række sager om alvorlige nervelæsioner ved kirurgiske indgreb) havde imidlertid vist, at culpa-reglen ikke fungerede efter hensigten på lægeansvarsområdet. Det var meget vanskeligt at føre bevis for, at der var sket lægelige fejl ved behandlingen, og at der var årsagssammenhæng mellem fejl og skade. Politisk blev det endvidere fundet uhensigtsmæssigt, at skadelidte patienter skulle igennem anstrengende retssager for at gennemføre et erstatningskrav.

Med patientforsikringsloven er der opbygget et helt nyt erstatningssystem, der hviler på følgende elementer:

- Patienters ret til erstatning beror ikke på, om nogen læge m.v. har pådraget sig et personligt ansvar for skaden. Culpa-reglen er erstattet med en form for udvidet virksomhedsansvar for sygehuse.
- Erstatning ydes gennem en obligatorisk forsikringsordning, der finansieres af sygehusejerne.
- Udmåling af erstatningskrav sker med visse undtagelser efter de generelle regler i lov om erstatningsansvar.
- Sagsbehandlingen varetages af et særligt nedsat organ – Patientforsikringsforeningen – med klageadgang til Patientskadeankenævnet.

I forbindelse med Folketingets vedtagelse af loven i 1991 blev det som led i et politisk kompromis besluttet, at

loven alene skulle gælde for sygehussektoren.

Opgørelser fra Patientforsikringsforeningen over antal anmeldelser viser, at befolkningens kendskab til patientforsikringsordningen er stærkt stigende. I 1992 blev der anmeldt 178 skader, mens anmeldelsestallet i 1996 var steget til 2.111. Opgørelser over udbetalte erstatninger viser, at loven har levet op til sit formål om at lette adgangen til erstatning. De samlede erstatningsudbetalinger i perioden 1992-1996 udgør i alt ca. 176,4 mio. kr.

[Indhold kapitel 2](#)

2.2. Dækningsområdet

Lovens § 1, stk. 1, er den helt centrale bestemmelse for fastlæggelsen af lovens dækningsområde. Heri er fastsat, at loven omfatter fysiske skader, der står i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende foretaget på offentlige sygehuse og sygehuse, det offentlige har driftsoverenskomst med.

Loven omfatter således ikke skader, der er forårsaget af sundhedspersoner i den primære sundhedssektor, f.eks. privatpraktiserende læger, tandlæger, kiropraktorer m.v. Skader på private betalingssygehuse er heller ikke omfattet, men disse sygehuse har på frivilligt grundlag tegnet en patientforsikring.

Ved fysisk skade forstås en skade, som består i ændring af patientens knogler, organer, væv og væsker etc., og som kan påvises ved hjælp af tilgængelige undersøgelsesmetoder. Udenfor falder rent psykiske skader. Årsagen til denne begrænsning er ifølge lovens forarbejder, at det ved psykiske lidelser er meget svært at skelne mellem følger af grundsygdommen og følger af behandlingen. Psykiske følger af en fysisk sygdom er derimod omfattet. En særlig problemstilling udgør den situation, hvor der i forbindelse med en fødsel opstår iltmangel hos barnet, hvorefter barnet dør eller bliver hjerneskadet. Moderen vil ofte få en psykisk skade, men denne skade er forårsaget af en fysisk skade hos barnet og ikke hos moderen. Problemet er i Patientforsikringsforeningens praksis blevet løst på den måde, at moder og barn i fødselssituationen er blevet betragtet som en enhed, således at moderen har fået erstatning for den psykiske skade som følge af barnets død.

Skaden skal være sket i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende. Herved omfattes enhver form for undersøgelse og behandling, f.eks. diagnosestillelse, operative indgreb, medicinsk behandling og genoptræning. Med dette krav afskæres imidlertid muligheden for at få erstatning for følger, der kan henføres til den grundsygdom, som behandlingen eller undersøgelsen rettede sig imod. Det vil sige, at selve den omstændighed, at grundsygdommens forløb medfører skader eller at behandlingen ikke lykkedes, ikke kan erstattes.

Det er heller ikke tilstrækkeligt, at grundsygdommens forløb afviger fra det normale forløb, som grundsygdommen sædvanligvis har. Kun hvis denne afvigelse kan henføres til behandlingen, er skaden omfattet af lov om patientforsikring.

Som eksempel på denne afgrænsning kan nævnes en sag fra Patientforsikringsforeningens praksis, hvor en ældre patient led af svær åreforkalkning i benene, der medførte, at det venstre ben måtte amputeres. Efter operationen opstod der på grund af dårlig blodforsyning infektion i såret og efterfølgende koldbrand, der medførte at der måtte foretages flere reoperationer på benet. Patienten rejste krav om erstatning som følge af den opståede infektion og vævsdød.

Ved Patientforsikringsforeningens vurdering af sagen blev det lagt til grund, at komplikationen hovedsageligt var opstået som følge af patientens grundsygdom i form af åreforkalkning med deraf følgende dårlig blodforsyning og ikke som følge af behandlingen.

Dækningsområdet blev udvidet ved lov nr. 217 af 29. marts 1995 for så vidt angår forsøgsvirksomhed i den primære sundhedssektor. Hidtil var det kun biomedicinske forsøg inden for sygehussektoren, der var omfattet af loven, men denne forskelsbehandling af forsøgspersoner blev ikke fundet rimelig. Den primære sundhedssektor er afgrænset til at omfatte privatpraktiserende sundhedspersoner, der er autoriseret ved særlig lovgivning.

Loven indeholder særligt gunstige regler for sunde forsøgspersoner og donorer, hvilket er begrundet i, at disse personer uegennyttigt stiller sig til rådighed for patientbehandlingen. For så vidt angår biomedicinske forsøg skal det særligt nævnes, at patientforsikringslovens dækning er uafhængig af, om forsøget er anmeldt til det videnskabsetiske komitéssystem.

Dækningsområdet er nærmere beskrevet i Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 666 af 3. august 1995. Heri er bl.a. fastsat, at behandlingsskader forårsaget under transport af patienter til et sygehus eller mellem forskellige sygehuse er omfattet af loven, hvis transporten foregår med ambulance eller særligt sygekøretøj.

Skader, der er forårsaget af ulykkestilfælde, der ikke står i forbindelse med undersøgelse eller behandling, er omfattet af Patientforsikringsforeningens virksomhed, men afgøres ikke efter de særlige erstatningsregler i lovens § 2, men derimod efter dansk rets almindelige erstatningsregler. Det vil sige, at skader, der skyldes fald på glatte badeværelsesgulve, fald ud af hospitalssenge og lignende, giver grundlag for erstatning, hvis der har været handlet uagtsomt fra sygehusets side.

Patientforsikringsloven dækker ikke skader, der skyldes egenskaber ved lægemidler, der anvendes ved behandlingen. Sådanne skader erstattes efter reglerne i lov nr. 1120 af 20. december 1995 om erstatning for lægemiddelskader, jf. nedenfor i afsnit 3.3.

[Indhold kapitel 2](#)

2.3. Grundlaget for erstatning

Reglerne om grundlaget for erstatning – de erstatningsberettigende skader – findes i § 2, der indeholder 4 forskellige ansvarskriterier. For at få erstatning er det tilstrækkeligt, at et af kriterierne er opfyldt. Ansvaret er ikke begrænset til culpøst forvoldte skader, men er på den anden side ikke et generelt objektivt ansvar.

I alle tilfælde er det tilstrækkeligt, at skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af de måder, der er angivet i § 2, stk. 1, nr. 1-4. Bevisskravet for årsagssammenhæng er således lempet i forhold til almindelige erstatningsretlige regler.

2.3.1. Specialistreglen (§ 2, stk. 1, nr.1)

Den første gruppe af erstatningsberettigende skader (§ 2, stk. 1, nr.1) omfatter tilfælde, hvor en erfaren specialist under de foreliggende forhold ville have handlet anderledes, således at skaden ville være undgået. Den faktiske behandling skal sammenlignes med den behandling, som en kyndig og erfaren specialist ville have givet, den såkaldte "specialistmålestok".

Reglen er udtryk for, at patientforsikringsloven ved bedømmelse af erstatningsansvar for skader på sygehusområdet har forladt culpareglen, hvorefter erstatningsansvar forudsætter "skyld" (culpa) hos skadevolderen. Det er således ikke længere nogen betingelse for erstatning, at behandlingen kan bebrejdes den pågældende læge m.v. (Reglen gælder for alle sundhedspersoner, der foretager undersøgelse, behandling m.v., men da reglen i praksis først og fremmest har betydning for læger, bruges denne gruppe som eksempel i det følgende).

Det agtpågivenhedsniveau, som kræves efter culpareglen, er det, som med rimelighed kan kræves af den gode og erfarne gennemsnitslæge. Man kan ikke forlange, at en gennemsnitslæge følger med i den medicinske videnskab og erfaring inden for alle specialistområder, og man kan heller ikke forlange af en specialist, at han følger udviklingen uden for sit eget speciale ligeså nøje, som han følger udviklingen inden for sit eget felt.

Man kan forlange af gennemsnitslægen, at han søger specialsagkyndig bistand eller henviser patienten til speciallæge, hvis vedkommende bør indse, at undersøgelse eller behandling af patienten kræver specialistviden, som vedkommende læge ikke selv er i besiddelse af. Hvis gennemsnitslægen imidlertid ikke kunne indse, at hans evner og erfaring ville komme til kort, foreligger der ikke culpa. Efter culpareglen må man også se på lægens konkrete faglige baggrund og forudsætninger. Den uerfarne yngre læge i forvagt på en skadestue sammenlignes med tilsvarende yngre læger og ikke med den ansvarlige overlæge. Handler en læge anderledes end gennemsnitslægen, og der sker skade på patienten, foreligger der en ansvarspådragende fejl (culpa).

Efter specialistmålestokken skal vurderingen af den givne behandling eller undersøgelse foretages på et højere kundskabs- og erfaringsniveau.

Specialistmålestokken bygger på en objektiv adfærdsstandard, der er baseret på en hypotetisk person, som fuldt ud behersker den medicinske videnskab og erfaring på vedkommende område, og som i enhver situation handler i

overensstemmelse hermed i det omfang, de ydre omstændigheder gør dette muligt.

Det er således uden betydning for patientens mulighed for at opnå erstatning, om den konkrete læge har en viden, som ligger på dette høje niveau, om han er speciallæge på området, om han eller nogen anden har udvist uagtsomhed ved at overlade behandlingen til ham, eller om det overhovedet var muligt i den givne situation at overlade behandlingen til en læge, hvis kvalifikationer modsvarer specialismålestokken.

Dette medfører f.eks., at den behandling der gives af den uerfarne yngre læge, som passer skadestuen, sammenlignes med den behandling en erfaren specialist ville have givet i samme situation. Dette gælder både hvad angår hans evne til at diagnosticere og til at behandle skaden eller sygdommen.

Specialismålestokken anvendes ved vurderingen af alle faser af undersøgelse og behandling af patienten, herunder undersøgelse med henblik på diagnosticering af patientens sygdom, tolkning af sygdomssymptomer med henblik på diagnosestilling, beslutninger om iværksættelse af behandling og om valg af behandlingsmåde og udførelse af selve behandlingen samt det efterfølgende tilsyn med og kontrol af patientens tilstand.

I alle disse faser af behandlingen må det vurderes, om den erfarne specialist med overvejende sandsynlighed ville have handlet anderledes.

Der må ikke indgå noget facitræsonnement (bagklogskab) i vurderingen af, om specialismålestokken er opfyldt. Om undersøgelse eller behandling er korrekt ud fra specialismålestokken, skal således vurderes på grundlag af den viden om patientens tilstand m.v., som kunne opnås af den erfarne specialist på det pågældende tidspunkt, og ikke ud fra den viden, som senere erhverves, når skaden er sket.

Særligt i forbindelse med forkert diagnosticering er det fristende at anvende et facitræsonnement. Det vil imidlertid være forkert, idet det afgørende er, om der blev iværksat de undersøgelser, som en erfaren specialist ville have iværksat på baggrund af patientens klager, objektive symptomer m.v., og om en korrekt tolkning på grundlag af medicinsk videnskab og erfaring af sådanne undersøgelsesresultater ville have resulteret i, at den rigtige diagnose blev stillet.

Det afgørende ved vurderingen er, om den erfarne specialist, under de i øvrigt givne forhold, ville have handlet anderledes. Det følger heraf, at der skal tages hensyn til den konkrete undersøgelses- og behandlingssituation, herunder de ydre faciliteter, der stod til rådighed, og tidsfaktoren ved et nødvendigt akut indgreb m.v.

Hvis f.eks. en patient indlægges i en akut livstruende situation på et mindre sygehus, hvor der ikke findes avanceret udstyr, og hvis patienten ikke kan tåle at blive flyttet til specialsygehus, skal specialismålestokken anvendes på grundlag af, hvad den erfarne specialist ville have kunnet udrette under disse forhold – og ikke under de optimale forhold på et specialiseret sygehus.

Specialismålestokken kan omhandle et bredt spekter af tilfælde – fra grove fejl, som er egentlig culpøse, til tilfælde, hvor der ikke foreligger den mindste fejl. Det er jo f.eks. ikke en fejl, at en yngre reservelæge ikke besidder en erfaren specialists viden. Reglen er derfor heller ikke rettet mod den enkelte sundhedspersons handlemåde, men alene udtryk for en objektiviseret målestok for, hvornår der kan ydes erstatning til patienter.

Reglen tager i modsætning til rimelighedsreglen, der omtales nedenfor under afsnit 2.3.4, ikke hensyn til, hvorvidt den grundlidelse, patienten behandles for, er alvorlig eller ej. Det vil sige, at selv meget alvorligt syge patienter kan få erstatning for en behandlingsskade, hvis en erfaren specialist ville have handlet anderledes i situationen.

I modsætning til bl.a. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn formulerer Patientforsikringsforeningen sine afgørelser uden angivelse af sundhedspersonernes navne, og det præciseres altid, at man ikke tager stilling til, om der er begået fejl. Patientforsikringsforeningen fokuserer således i sine afgørelser på, hvad optimal behandling ville have tilsagt i en konkret situation, og nævner i den forbindelse ikke, hvilken afdeling på sygehuset eller hvilken sundhedsperson der har forestået behandlingen.

Patientforsikringsforeningen underretter i intet tilfælde Sundhedsstyrelsen eller Sundhedsvæsenets Patientklagenævn om sine afgørelser. Patientforsikringsforeningens afgørelser har således ikke konsekvenser efter lægeloven for de læger, som ikke har handlet i overensstemmelse med specialismålestokken.

2.3.2. Apparatursvigt (§ 2, stk. 1, nr. 2)

Reglen i § 2, stk. 1, nr. 2, omfatter tilfælde, hvor skadesårsagen er fejl eller svigt i det apparatur eller udstyr i øvrigt, som blev anvendt i forbindelse med behandlingen eller undersøgelsen. Der er tale om en regel, der på helt objektivt grundlag yder erstatning for materialesvigt. Reglen omfatter f.eks. narkoseapparater, respiratorer og sprøjter, men også mere ukompliceret udstyr som krykkestokke, varmemadrasser og lignende er omfattet.

I Patientforsikringsforeningens praksis er bestemmelsen blevet brugt i sager om hofteoperationer, hvor der er anvendt Boneloc-cement, idet det er lagt til grund, at bestemmelsen omfatter ting, der indopereres i patienten med henblik på at støtte naturlige organers funktion.

Reglen kan også anvendes i tilfælde, hvor undersøgelsesresultater er blevet forkerte som følge af funktionsfejl i teknisk apparatur, hvilket har resulteret i, at der er blevet stillet en forkert diagnose. Reglen omfatter også apparater, der svigter, fungerer forkert eller bryder sammen med skade til følge.

2.3.3. Alternativ metode eller teknik (§ 2, stk. 1, nr. 3)

Den tredje gruppe (§ 2, stk. 1, nr. 3) omfatter tilfælde, hvor skaden kunne være undgået ved hjælp af en anden og lige så effektiv behandlingsteknik eller behandlingsmetode. Reglen indebærer, at man efterfølgende, dvs. efter at behandlingen er blevet gennemført og skaden er indtruffet, foretager en vurdering af, om skaden kunne være undgået, hvis lægen havde valgt en anden behandlingsmåde. Som eksempel kan nævnes den situation, hvor der i forbindelse med et kirurgisk indgreb rammes en nerve, som ikke ville være ramt, hvis snittet var blevet lagt et andet sted, forudsat dette faktisk var muligt. Reglen gælder ikke for diagnoseskader.

Det er uden betydning, om lægen i den konkrete sag ikke kendte til den alternative metode eller teknik. Der lægges heller ikke vægt på, om den alternative metode eller teknik rent faktisk var til rådighed på det pågældende sygehus, som patienten var under behandling på.

Ved vurdering af ligeværdigheden mellem flere metoder eller teknikker anvendes specialist-målestokken. Således kan metoder eller teknikker kun anses for ligeværdige alternativer, hvis en erfaren specialist ville have fundet, at der var reel valgmulighed mellem de alternative metoder eller teknikker.

Bestemmelsen anvendes meget lidt i praksis, idet det er yderst sjældent, at 2 metoder eller en metode og teknik kan siges at være ligeværdige. Metoder eller teknikker, der umiddelbart kan fremstå som lige gode eller effektive, viser sig ofte i det konkrete tilfælde ikke at være ligeværdige alternativer. Meget ofte må det ud fra en lægefaglig vurdering lægges til grund, at én metode for lige netop den pågældende patient er bedre end de øvrige metoder.

2.3.4. Rimelighedsreglen (§ 2, stk. 1, nr. 4)

Reglen i § 2, stk. 1, nr. 4, er en opsamlingsbestemmelse, der opfanger en del af de skader, der falder igennem de 3 første grupper, men hvor det findes urimeligt, at patienten skal tåle skaden uden ret til erstatning. Efter bestemmelsen kan der ydes erstatning, hvis der indtræder skade i form af infektioner eller andre komplikationer, der er mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed må tåle.

Ved rimelighedsvurderingen skal der tages hensyn til skadens alvor, patientens sygdom og helbredstilstand i øvrigt samt til skadens sjældenhed og mulighederne i øvrigt for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning. Jo mere alvorlig grundsygdommen er, jo større risiko ved behandlingen må patienten acceptere. Erstatning kan bl.a. gives i tilfælde, hvor der ved et kirurgisk indgreb mod en mindre alvorlig sygdom sker en nervelæsion, som invaliderer patienten.

Bestemmelsen var en nyskabelse i forhold til de øvrige, lignende erstatningsordninger i Norden, idet der åbnedes mulighed for generelt at give erstatning for uundgåelige skader, når blot der var et misforhold mellem den oprindelige sygdoms omfang og skadens omfang. De øvrige nordiske ordninger har netop når det gjaldt uundgåelige skader, været mere tilbageholdende, idet man frygtede, at det ikke i tilstrækkeligt omfang var muligt at styre antallet af omfattede skader og dermed udgifterne til ordningen. Derfor har dækningen af uundgåelige skader oftest været begrænset til visse komplikationsarter, typisk infektioner.

Reglen anvendes hyppigt i Patientforsikringsforeningens praksis, og den har gjort det muligt at tilkende erstatning i tilfælde, hvor det i offentligheden tidligere blev anset for urimeligt, at patienterne ikke kunne få erstatning som følge af de dagældende erstatningsregler.

I forbindelse med rimelighedsvurderingen skal der som nævnt bl.a. tages hensyn til skadens sjældenhed. Grænsen for, hvornår en skade betragtes som sjælden, ligger sædvanligvis ved 1-2 %. Skader der indtræder hyppigere, falder som udgangspunkt for sjældenhedskriteriet og kan derfor ikke give erstatning. Dette kriterium har i praksis voldt visse fortolkningsproblemer, idet det ikke klart fremgår, om det er selve den pågældende komplikation eller den opståede skade, der skal være sjælden.

Til illustration af problemstillingen kan nævnes, at ved operationer for diskusprolaps indtræder en bestemt infektionstype – discitis – i mere end 2 % af operationerne, men medfører kun i 1/2-1 % af tilfældene alvorlige og varige skader. For den patient, der har pådraget sig en alvorlig skade, er det i et sådant tilfælde afgørende, om sjældenhedskriteriet knytter sig til komplikationens art eller den opståede skade. Eftersom et afslag på erstatning synes åbenbart urimeligt, har Patientforsikringsforeningen lagt sig fast på, at det afgørende må være, hvor sjælden den opståede skade er.

Uanset om man vælger at vurdere sjældenhedskriteriet på baggrund af komplikationens eller skadens sjældenhed, så er det klart, at sjældenheden ikke kan være den eneste betingelse. I så fald ville man komme til at betale erstatning til de patienter, der med en alvorlig og livstruende sygdom blev reddet, men som blev påført en lille og relativ bagatelagtig skade, blot fordi den var "sjælden".

Begrænsningen er søgt opstillet gennem kravet om, at der skal tages hensyn til skadens alvor.

Hvor sjældenhedskriteriet opererer med et helt generelt krav om sjældenhed, så er alvorlighedskriteriet relativt. Det vil sige, at skadens alvor skal sættes i forhold til sygdommens alvor hos den konkrete patient.

Ifølge lovbemærkningerne kan der ikke ydes erstatning, selv om en komplikation isoleret betragtet har alvorlige følger for patienten, hvis grundsygdommen indebar en nærliggende risiko for alvorlig invaliditet eller patientens død, dersom behandlingen ikke var blevet sat i værk. Jf. også Bo von Eyben: "Patientforsikring" (1993), side 167.

For at en skade er tilstrækkelig alvorlig, skal der altså som udgangspunkt være tale om, at de faktiske følger af komplikationen er større, end de måtte forventes at være blevet af grundsygdommen, hvis den ikke var behandlet.

I visse tilfælde vil denne fortolkning af reglen imidlertid kunne medføre urimelige afgørelser. Som eksempel herpå kan nævnes en lejringsbetinget nerveskade, der opstår i forbindelse med operation for blindtarmsbetændelse. Skaden medfører en livsvarig lammelse af et ben. Ubehandlet er blindtarmsbetændelse en sygdom, der medfører nærliggende risiko for svær invaliditet eller død. Anvender man her ovennævnte fortolkning af kriteriet om relativ alvor, betyder det, at patienten ikke skulle være berettiget til erstatning. Det samme gælder ved eksempelvis lungebetændelse, der i dag let behandles med penicillin, men som ubehandlet kan medføre nedsat lungefunktion eller døden.

Resultaterne synes åbenbart urimelige, hvilket skyldes, at de alvorlige følger er underordnede, når i øvrigt den behandling, der kurerer sygdommen, er forholdsvis banal.

Der kan også ske urimelige tilkendelser af erstatning i tilfælde, hvor grundsygdommen ubehandlet ikke vil medføre alvorlige følger for patienten. Dette kan være tilfældet, hvor behandlingen ud fra en samlet vurdering må anses for relativt alvorlig, eksempelvis på grund af en række latente risici ved behandlingen.

Det forekommer eksempelvis ikke rimeligt at tilkende en kvinde, der får foretaget brystformindskende operation, erstatning for selv små komplikationsfølger, blot fordi grundlidelsen ubehandlet ikke medfører fare for patienten. Når dette virker urimeligt, skyldes det, at det indgreb der foretages, er ganske omfangsrigt og indeholder relativ stor risiko for alvorlige skader.

Det forekommer ikke altid rimeligt at give erstatning blot fordi en mindre, meget sjælden risiko er realiseret, når behandlingen i øvrigt er forbundet med en række kendte, alvorlige risici som lykkeligvis ikke realiseredes. Det er med de givne eksempler klart, at grundsygdommen som den ville være forløbet ubehandlet, ikke altid er et tilstrækkeligt kriterium ved vurderingen af, om en skade er relativt alvorlig.

Patientforsikringsforeningen har på den baggrund ved fortolkningen af rimelighedsreglen fundet det nødvendigt også at inddrage farligheden af den nødvendige behandling og den efterfølgende prognose for helbredelse, når grundsygdommens og skadens alvor skal sammenlignes.

[Indhold kapitel 2](#)

2.4. Udmåling af erstatning

Udgangspunktet er, at alle erstatninger udmåles efter reglerne i lov om erstatningsansvar, og at almindelige erstatningsansvarsregler i øvrigt finder anvendelse på erstatningskravet. Den vigtigste undtagelse er, at erstatning ikke ydes for mindre alvorlige skader, idet det kræves, at patientens erstatningskrav overstiger 10.000 kr. Oprindeligt var denne undergrænse for erstatning på 20.000 kr., men ved lov nr. 1227 af 27. december 1996 blev grænsen nedsat til de nuværende 10.000 kr. for at give flere patienter mulighed for at få erstatning for skader i sygehusvæsenet. Lovændringen fik virkning straks, således at den gælder for alle sager, som afgøres af Patientforsikringsforeningen den 1. januar 1997 eller senere.

Det gælder generelt ved udmåling af erstatning, at det der kan erstattes, er følgerne af patientskaden, og ikke følgerne af den sygdom eller lidelse, som patienten blev indlagt for (grundlidelsen).

Lov om erstatningsansvar giver mulighed for at tilkende erstatning for følgende poster:

- Helbredelsesudgifter og andet tab.
- Tabt arbejdsfortjeneste.
- Svie og smerte.
- Varigt mén.
- Tab af erhvervsevne.
- Tab af forsørger og udgifter til begravelse.
- Renter.

2.4.1. Helbredelsesudgifter og andet tab

Helbredelsesudgifter og andet tab omfatter rimelige udgifter til eksempelvis medicin og behandling. Ligeledes kan rimelige transportudgifter til og fra sygehuset samt omkostninger til hjælpemidler erstattes. Normalt kan disse udgifter dog kun erstattes frem til stationærtidspunktet, dvs. det tidspunkt, hvor patientens tilstand ikke kan forventes at blive bedre selv ved yderligere behandling. Livsvarige udgifter til f.eks. medicin eller visse behandlinger som følge af skaden kan i et vist omfang erstattes som en éngangsudgift.

Som eksempler på "andet tab" kan nævnes de økonomiske tab, der kan opstå som følge af forlængelse af et uddannelsesforløb, udgifter til hjemmehjælp, hundepasning m.v. Derimod kan patientens udgifter til advokatbistand normalt ikke erstattes, jf. Østre Landsrets dom af 13. november 1996, gengivet i Ugeskrift for Retsvæsen 1997 side 226.

2.4.2. Tabt arbejdsfortjeneste

Erstatningen for tabt arbejdsfortjeneste vil typisk udgøre forskellen mellem den forventede løn og de sygedagpenge, der er modtaget i perioden fra patientskadens indtræden frem til stationærtidspunktet. Der kan ydes erstatning for tabt arbejdsfortjeneste for den forlængede sygeperiode, frem til arbejdet genoptages, eller frem til stationærtidspunktet.

For selvstændigt erhvervsdrivende beregnes erstatningen for tabt arbejdsfortjeneste som et driftstab. Erstatning for tabt arbejdsfortjeneste er indkomstskattepligtig.

2.4.3. Svie og smerte

Svie og smerte godtgøres ligesom erstatning for tabt arbejdsfortjeneste frem til det tidspunkt, hvor arbejdet

genoptages, eller hvor tilstanden er medicinsk stationær. I særlige tilfælde kan der ydes godtgørelse for svie og smerte, selv om skadelidte ikke er syg.

Godtgørelsen udgør pr. 1. januar 1997 160 kr. pr. sengeliggende/indlæggelsesdag og 70 kr. pr. sygedag, hvor man ikke er sengeliggende/indlagt. Overstiger godtgørelsen 23.000 kr., vil den blive fastsat skønsmæssigt af Patientforsikringsforeningen, jf. lov om erstatningsansvar § 3, sidste pkt. Godtgørelse for svie og smerte er ikke skattepligtig, men renterne heraf er skattepligtige.

2.4.4. Varigt mén

Har skaden givet varige helbredsmæssige følger, kan der ydes godtgørelse for varigt mén. Det er dog en betingelse, at den del af ménet, som skyldes patientskaden (merménet), er 5 % eller derover. Ménet fastsættes i procent, og godtgørelsen udgør pr. 1. januar 1997 3.040 kr. pr. procent.

Méngraden fastsættes på det tidspunkt, hvor det er lægeligt skønnet, at tilstanden er medicinsk stationær. Godtgørelsen udbetales som et éngangsbeløb. Der er fastsat regler om nedsættelse af godtgørelsen for personer over 60 år.

Godtgørelse for varigt mén er ikke skattepligtig, men renterne heraf er skattepligtige.

2.4.5. Tab af erhvervsevne

Erstatning for tab af erhvervsevne ydes, såfremt patientskaden har medført en fremtidig varig indtægtsnedgang, eller såfremt det må forventes, at fremtidsmulighederne for at bibeholde den nuværende indtægt er væsentligt forringede.

Tab af erhvervsevne udgør forskellen mellem den indtægt, som man kunne have forventet at optjene, hvis skaden ikke var sket, og den indtægt, som man efter skaden har mulighed for at opnå ved en rimelig udnyttelse af erhvervsevnen. Tab af erhvervsevne angives i procent. Erstatningen beregnes herefter på grundlag af årslønnen de seneste 12 måneder før patientskaden ganget med en faktor på 6 og med den fastsatte procent. Årslønnen kan maksimalt udgøre 532.000 kr. pr. 1. januar 1997.

Der ydes ikke erstatning, hvis erhvervsevnetabsprocenten er fastsat til under 15 %. Erstatningen nedsættes for personer over 55 år.

Børn eller unge under uddannelse og hjemmearbejdende uden løn, som ikke eller kun i begrænset omfang har erhvervsindtægt, har også mulighed for at få tilkendt erstatning for erhvervsevnetab. Dog gælder der her nogle særlige beregningsregler.

Erstatning for erhvervsevnetab er ikke indkomstskattepligtig, men renterne heraf er skattepligtige.

2.4.6. Tab af forsørger, og udgifter til begravelse

Der kan kræves erstatning for tab af forsørger og udgifter til begravelse til en ægtefælle eller samlever, hvis patienten er død som følge af patientskaden. Erstatning for tab af forsørger til en ægtefælle eller samlever udgør 30 % af den erstatning, afdøde ville have opnået ved fuldstændigt tab af erhvervsevnen. Minimumserstatningen udgør pr. 1. januar 1997 342.000 kr.

Var afdøde hjemmearbejdende eller studerende uden løn, udgør erstatningen pr. 1. januar 1997 362.000 kr. Der sker dog nedsættelse på grund af alder, se de tilsvarende regler vedrørende erhvervsevnetab. Børn tilkendes en erstatning svarende til de børnebidrag, som afdøde kunne være pålagt at betale til barnet på uheldstidspunktet frem til det fyldte 18. år. Var afdøde eneforsørger, forhøjes erstatningen med 100 %. Normalbidraget udgør pr. 1. januar 1997 8.700 kr.

2.4.7. Renter

Godtgørelse for svie og smerte og varigt mén samt erstatning for erhvervsevnetab og forsørgertab forrentes fra skadedatoen med diskontoen + 5 %. Øvrige poster kan kræves forrentet efter rentelovens regler.

[Indhold kapitel 2](#)

2.5. Erstatningsudbetalinger i perioden 1992-1996

Erstatningsudbetalingerne sker ofte først ganske lang tid efter, at patienterne har fået meddelelse om, at de er berettiget til erstatning. Dette beror på flere forhold, der omtales i det følgende:

- Patienterne skal ofte til en undersøgelse hos en speciallæge for at få vurderet deres helbredstilstand efter patientskaden. Der kan være betydelig ventetid på sådanne undersøgelser.
- Patientens tilstand skal være medicinsk stationær.
- Patienten skal ofte indsende oplysningsskemaer og dokumentation i form af lønsedler, regninger, årsregnskaber m.v.
- Der skal undertiden indhentes pensionsakter fra kommunen og senere tilkomne journaler m.v.
- Sagen skal gennemgå en fornyet lægelig vurdering med henblik på fastsættelse af evt. varigt mén og svie og smerte.
- Der skal foretages en vurdering af patientens fremtidige erhvervsmuligheder med henblik på beregning af evt. erhvervsevnetab.

Disse forhold bevirker, at der kan gå op til 2 år fra tidspunktet for anmeldelsen, og indtil der udbetales erstatning. Patientforsikringsforeningen tilstræber derfor, at der så hurtigt som muligt kan træffes afgørelse om acontogodtgørelser eller træffes delafgørelser om enkelte erstatningsposter.

Tilkendt erstatning* fordelt efter udbetalingsår i perioden fra 1. juli 1992 til den 31. december 1996

1992	1993	1994	1995	1996	Udbetalt i alt
0	5.762.495	21.879.143	65.358.526	83.375.329	176.375.493

Tilkendt erstatning* fordelt efter anmeldelsesår i perioden fra 1. juli 1992 til den 31. december 1996

1992	1993	1994	1995	1996	Udbetalt i alt
11.056.648	46.385.187	63.454.455	47.474.162	8.005.041	176.375.493

*ekskl. renter

De samlede udbetalinger fordeler sig med en gennemsnitlig udbetaling på godt 140.000 kr., ekskl. renter, i hver sag, hvor der tilkendes erstatning.

[Indhold kapitel 2](#)

2.6. Erstatningsansvar og forsikringspligt

Erstatningsansvaret efter patientforsikringsloven påhviler de driftsansvarlige for sygehusvæsenet, jf. lovens § 9, stk. 1, nr. 1. For offentlige sygehuse er det således amtskommunerne og Hovedstadens Sygehusfællesskab, der har erstatningspligten, mens ansvaret for de få private sygehuse, der er omfattet af loven, påhviler sygehusets ledelse.

Amtskommunerne og Hovedstadens Sygehusfællesskab kan enten tegne en forsikring til dækning af deres erstatningsansvar eller vælge at være selvforsikrende. I praksis har langt de fleste amter valgt at tegne en forsikring. For de private sygehuse er der derimod krav om, at erstatningspligten skal være dækket af en forsikring.

Ifølge lovens § 9, stk. 1, nr. 2, påhviler der erstatningsansvar for driftsansvarlige for institutioner, der foretager biomedicinske forsøg på sunde forsøgspersoner og driftsansvarlige for institutioner, der forestår donorvirksomhed. Reglen har kun selvstændig betydning, hvis den pågældende forsøgs- og donorvirksomhed foregår på universiteter og andre højere læreanstalter eller i privat regi under direkte ansvar for universitetet m.v.

For så vidt angår skader i forbindelse med biomedicinske forsøg i den primære sundhedssektor er der fastsat en særlig erstatningsregel i lovens § 9, stk. 2. Det blev ikke fundet hensigtsmæssigt direkte at pålægge de privatpraktiserende sundhedspersoner erstatningspligt for disse forsøg, eftersom der kun udføres meget få forsøg i den primære sundhedssektor. Erstatningspligten er i stedet pålagt den amtskommune eller Hovedstadens Sygehusfællesskab, hvori den ansvarlige for forsøget har sin praksis.

[Indhold kapitel 2](#)

2.7. Patientforsikringsforeningen

2.7.1. Medlemmer og organisation

Administrationen af lov om patientforsikring er henlagt til en forening – Patientforsikringsforeningen – der består af de forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer efter loven.

Foreningen er patientforsikringsordningens centrale organ, idet foreningen behandler alle erstatningssager efter loven.

Selve medlemskabet af Patientforsikringsforeningen opstår automatisk ved, at et forsikringsselskab tegner forsikring i henhold til loven og giver sundhedsministeren underretning herom. Selvforsikrende myndigheder, f.eks. Vestsjællands Amt, er ikke som sådanne medlemmer af foreningen, selv om skader, der indtræffer inden for deres område, er omfattet af foreningens kompetence. Selvforsikrende myndigheder er dog repræsenteret i foreningens bestyrelse, jf. nedenfor.

Patientforsikringsforeningens etablering, bestyrelsens sammensætning, de nærmere regler vedrørende opgaver samt foreningens drift og økonomi er reguleret i Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 31 af 20. januar 1992 om vedtægter for Foreningen af Patientforsikringsselskaber (Patientforsikringsforeningen).

I henhold til vedtægternes § 6 ledes foreningen af en bestyrelse, der består af 7 medlemmer. 1 medlem udpeges af sundhedsministeren. De øvrige 6 medlemmer udpeges af forsikringsgiverne og de selvforsikrende myndigheder i forhold til henholdsvis forsikringsgivernes samlede årlige præmieindtægter og et af bestyrelsen for de selvforsikrende myndigheder skønsmæssigt beregnet præmiebeløb svarende til risikoen. De selvforsikrende myndigheder har dog altid ret til at udpege mindst et medlem til bestyrelsen.

Bestyrelsens opgave er at sørge for en forsvarlig organisation og tilrettelæggelse af foreningens virksomhed, jf. forretningsordenens § 4, stk. 1.

Foreningens daglige virksomhed varetages ikke af bestyrelsen, men af et sekretariat, der ledes af en af bestyrelsen ansat person. Bestyrelsen skal således kun beskæftige sig med generelle spørgsmål, herunder spørgsmål om sekretariatets varetagelse af de opgaver, der er pålagt foreningen, hvorimod behandlingen af enkeltsager udelukkende finder sted i sekretariatet. I forretningsordenens § 4, stk. 1, er dog tilføjet den modifikation, at bestyrelsen i ganske særlige tilfælde kan tage stilling til principielle enkeltsager vedrørende administrationen af lov om patientforsikring og regler fastsat i medfør heraf.

Skemaet nedenfor viser medlemsfordelingen i perioden 1992-1996*.

Forsikringsselskab	1992	1993	1994	1995	1996
KgF	99,2	98,9	97,42	91,86	66,54

Kgl. Brand	0,40	0,8	1,17	6,71	32,09
Zürich Forsikring	0,40	0,3	1,15	1,09	0,96
Winthertur	0	0	0,26	0,26	0,41
Selvforsikrende					
Vestsjællands Amt	45,2	45,2	44,94	44,54	50,68
Rigshospitalet	53,1	53,1	53,58	53,99	0
Undervisningsmin.	1,70	1,70	1,70	1,51	1,88
Ringkøbing Amt	0	0	0	0	47,44

***Tallene er angivet i procent og viser fordelingen mellem forsikringsselskaber indbyrdes og tilsvarende for de selvforsikrende myndigheder.**

Udgifterne til foreningens drift og udgifter i øvrigt, der pålægges foreningen i henhold til loven, afholdes af forsikringsselskaberne og de selvforsikrende myndigheder. Fordelingen sker efter en fordelingsnøgle, som er fastsat i vedtægterne, og som svarer til den, der anvendes ved fordelingen af bestyrelsesposter m.v.
Patientforsikringsforeningen har udgifter til personale, lokaler og kontorfaciliteter samt – som en særlig post – udgifter til drift af Patientskadeankenævnet, jf. lovens § 14, stk. 8.

I figuren nedenfor vises udviklingen i administrationsomkostninger for 1992-1996.

Udviklingen i administrations- og lønomkostninger

År	1992*	1993	1994	1995	1996
Adm.omk. i PFF i alt	2.499.894	6.018.463	7.557.739	11.946.410	15.180.527
Heraf lønomk.	583.861	3.146.644	5.052.513	8.069.088	10.217.278
PSAN**	0	164.614	486.107	1.270.000	2.280.712

*** Ordningen trådte først i kraft 1. juli 1992, omkostningerne vedrører således kun årets sidste 6 måneder.**

**** Forkortelse for Patientskadeankenævnet.**

Årsagen til de stigende administrationsomkostninger skal findes i et stadigt stigende antal anmeldelser, der har medført behov for et stadigt stigende antal juridiske sagsbehandlere, lægekonsulenter og assistenter. Lønomkostningerne udgør derfor også en stigende andel af administrationsomkostningerne.

For så vidt angår 1992 trådte ordningen først i kraft i juli måned, ligesom en stor del af administrationsomkostningerne det første år vedrørte etablering af ordningen, herunder indretning af kontorer, anskaffelse af edb-udstyr og lignende.

2.7.2. Sagsbehandling

Efter lovens § 13, stk. 1, 1. pkt., modtager, oplyser og afgør Patientforsikringsforeningen alle erstatningssager efter loven. Dette gælder også skader, der vedrører selvforsikrende myndigheder. Sagsbehandlingen varetages af foreningens sekretariat, der består af omkring 30 fuldtidsansatte medarbejdere, hovedsageligt jurister, samt et antal lægelige konsulenter inden for de forskellige medicinske specialer.

Anmeldelserne sker rent praktisk på to skadeanmeldelsesblanketter – en som udfyldes af patienten, og en anden, som skal udfyldes af sygehuset. Patienten skal sørge for, at anmeldelsen kommer Patientforsikringsforeningen i hænde hurtigst muligt, og det er patienten, der må sørge for, at erstatningskrav anmeldes, inden der indtræder forældelse. Anmeldelsesblanketten indeholder vejledning om, hvortil den skal sendes, og et uddrag af loven.

Sygehusets anmeldelse skal indeholde oplysning om, hvordan sygehuset har opfattet skadeforløbet, og anmeldelsesblanketten indeholder en opfordring til, at alt relevant materiale, herunder journaler, vedlægges.

Det vil i høj grad være den enkelte læge eller sygeplejerske, der skal tage initiativet til, at skaderne bliver anmeldt, da disse normalt har bedst mulighed for at konstatere, om der er indtrådt en skade, som kan erstattes. Det er derfor uhyre vigtigt, at sundhedspersonalet har tillid til, at anmeldelse kan ske, uden at oplysningerne videregives til Sundhedsstyrelsen og Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Der påhviler ikke sundhedspersonalet nogen pligt til at anmelde skader, men undladelse af at henlede patientens opmærksomhed på erstatningsmuligheden kan efter omstændighederne medføre et erstatningsansvar for sundhedspersonen.

Når en skade er anmeldt til Patientforsikringsforeningen, er det foreningens opgave at oplyse sagen. Det påhviler foreningen af egen drift at indhente alle de oplysninger, som er nødvendige for at kunne tage stilling til, om patienten er berettiget til erstatning efter loven og – i bekræftende fald – foretage erstatningsberegning.

I visse tilfælde vil foreningen kunne afgøre, om der kan ydes erstatning eller ej alene ud fra anmeldelserne, f.eks. hvis skaden vedrører behandlinger, der er sket før lovens ikrafttræden, eller hvis det er åbenbart, at lovens minimumskrav om, at erstatningen skal andrage mindst 10.000 kr., ikke er opfyldt.

I de fleste tilfælde vil det imidlertid være nødvendigt, at der, ud over en juridisk vurdering, foretages en lægelig vurdering. Denne kan foretages af foreningens faste lægekonsulenter samt en tandlægekonsulent, men der kan også indhentes supplerende udtalelser og erklæringer fra mere løst tilknyttede speciallæger eller fra det pågældende sygehus.

Fastsættelse af méngrad og erhvervsevnetab foretages også af Patientforsikringsforeningens egne læger og jurister, men patienten og foreningen kan indhente udtalelse fra Arbejdsskadestyrelsen om méngraden og erhvervsevnetabsprocenten.

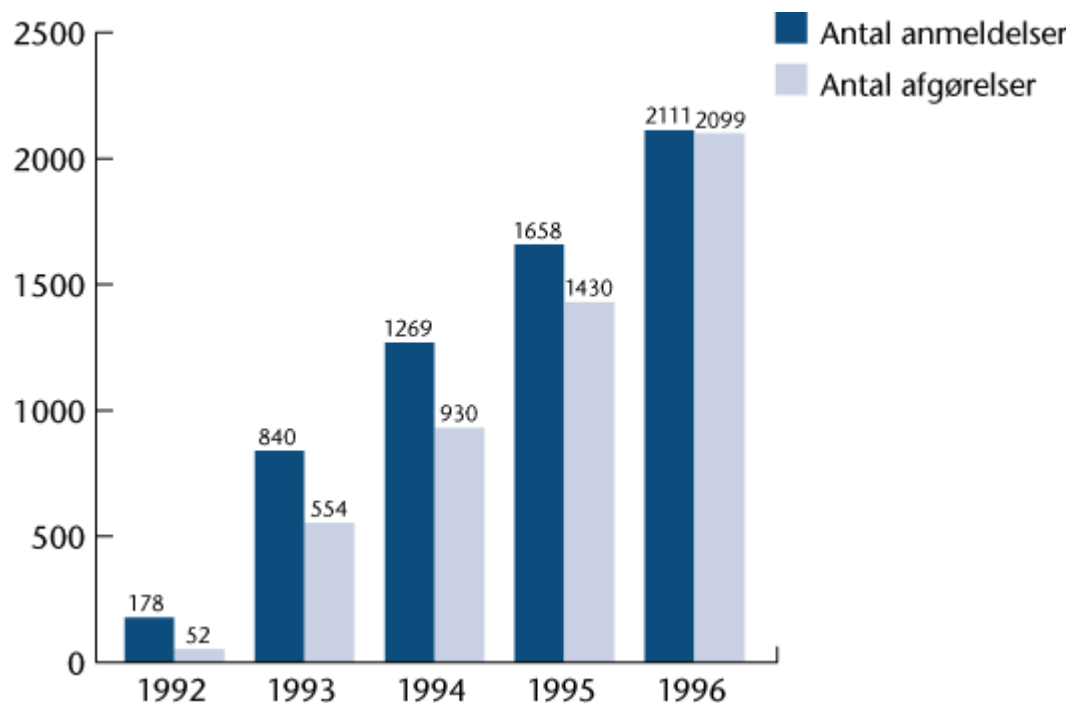
Da det således påhviler Patientforsikringsforeningen at oplyse sagerne fuldt ud og dermed varetage patienternes interesser, kan der normalt ikke ske dækning af patientens eventuelle udgifter til advokatbistand eller anden juridisk bistand, jf. afsnit 2.4.1.

Patientforsikringsforeningens sagsbehandling er underlagt forvaltningslovens regler om bl.a. aktindsigt for parter, tavshedspligt og begrundelse. Dette er en følge af bekendtgørelse nr. 652 af 23. juli 1992 om forvaltningslovens anvendelse på Patientforsikringsforeningens virksomhed. Derimod gælder offentlighedsloven ikke for Patientforsikringsforeningen.

Folketingets Ombudsmand har tilkendegivet, at Patientforsikringsforeningen er en privat organisation og som sådan ikke omfattet af ombudsmandens virksomhed. Efter § 7, stk. 4, i lov nr. 473 af 12. juni 1996 om Folketingets Ombudsmand er det overladt til ombudsmanden selv at beslutte, om organer som Patientforsikringsforeningen, der er underlagt forvaltningsloven, skal være omfattet af ombudsmandens kompetence.

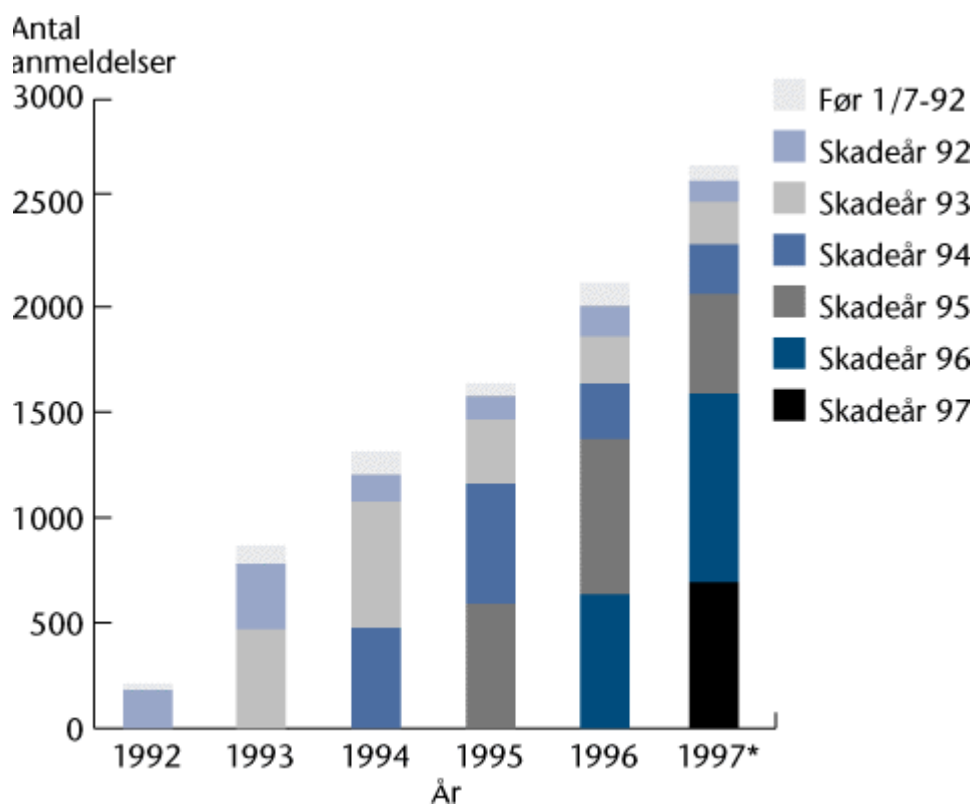
2.7.3. Anmeldelser og afgørelser i perioden 1992-1996

Udviklingen i antallet af anmeldelser og afgørelser fremgår af nedenstående figur.



Patientforsikringsforeningen har i perioden 1992 til 1996 modtaget i alt 6.056 anmeldelser. Hvis man ser bort fra 1992, hvor loven først havde virkning fra juli måned, er antallet af anmeldelser steget med 51,1 % fra 1993 til 1994. Fra 1994 til 1995 er antallet af anmeldelser steget med 30,6 %, og fra 1995 til 1996 med knap 27 %. Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid har i de seneste 3 år været ca. 6 måneder. Heraf medgår ca. 3 måneder dog med at afvente materiale fra sygehuse, lægeundersøgelser m.v.

Nedenfor vises udviklingen i anmeldelser fordelt efter skadeår.

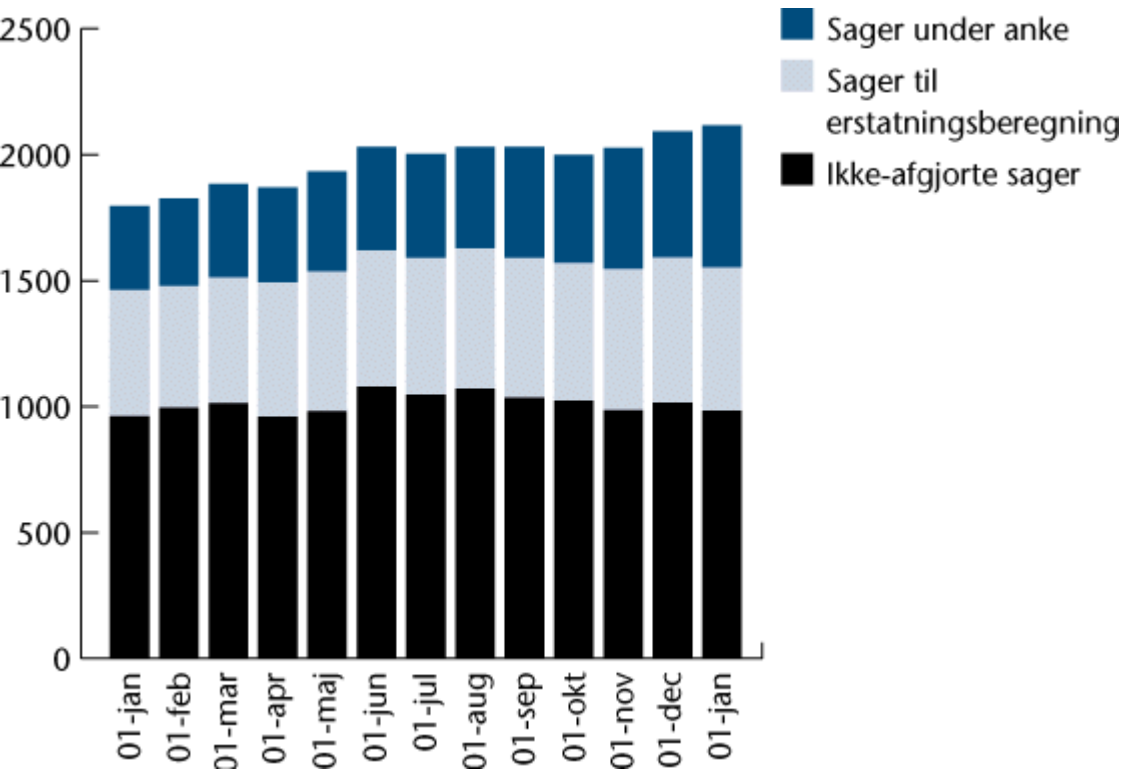


Årsagen til stigningen i antallet af anmeldelser er, som det fremgår af figuren ovenfor, at skaderne anmeldes med relativ stor forsinkelse. Figuren viser, at anmeldelserne hovedsagelig vedrører skader indtruffet i tidligere år.

Den procentuelle vækst i antallet af anmeldelser forventes nu at aftage, uanset at der fortsat bliver tale om en vækst. Således forventes antallet af anmeldelser årligt at stige med omkring 400 sager.

Udviklingen i antallet af verserende sager i 1996 fremgår af figuren på næste side. Som det kan ses, udgør ankesager og sager til erstatningsberegning efterhånden størstedelen af det samlede antal verserende sager.

Verserende sager i 1996



Erstatningsberegningen foretages først, når der er taget stilling til, om sagen er omfattet af patientforsikringslovens erstatningsbetingelser. I de tilfælde, hvor patienterne får meddelelse om, at deres sag er omfattet, skal der altid træffes mindst én yderligere afgørelse, ofte to eller tre yderligere afgørelser vedrørende erstatningsberegningen. Omkring 30 % af det samlede tidsforbrug i sagsbehandlingen anvendes på erstatningsberegning. Sådanne beregninger er ofte særdeles komplekse og meget tidskrævende.

Udviklingen i afgørelsespraksis i perioden 1992-1996

Af tabellen nedenfor fremgår, hvor mange anmeldelser der falder ind under lovens dækningsområde, og hvor mange der har måttet afvises, fordi de ikke er faldet ind under dækningsområdet. For så vidt angår de sager, der har måttet afvises, er afvisningsårsagen specificeret. De sager, der er faldet ind under loven, er samtidig opdelt således, at det fremgår i hvor mange af sagerne erstatningsbetingelserne har været opfyldt, og i hvor mange de ikke har været. Den procentuelle fordeling er ligeledes angivet.

Afgørelsestype	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
	1992-93		1994		1995		1996	
Inden for lovens dækningsområde								
Omfattet	193	32,9	467	50,2	605	42,3	773	37,1
Ikke berettiget til erstatning	207	35,4	313	33,7	592	41,5	859	41,2
I alt inden for lovens dækningsområde	400	68,3	780	83,9	1197	83,8	1632	78,3
Uden for lovens dækningsområde								
Åbenbart under 20.000 kr.	68	11,7	36	3,8	79	5,5	131	6,3

Før 1. juli 1992	83	14,2	48	5,2	69	4,8	109	5,2
Ikke offentligt sygehus	30	5,1	25	2,7	32	2,2	80	3,8
Andet	4	0,7	41	4,4	53	3,7	131	6,3
I alt uden for dækningsområdet	185	31,7	150	16,1	233	16,2	451	21,7
Samlet antal afgørelser	585	100	930	100	1430	100	2083	100

Der var med udgangen af 1996 truffet 5.028 afgørelser siden lovens ikrafttræden i juli 1992. I 42 % af sagerne er der truffet afgørelse om, at patienternes sag opfyldte lovens erstatningsbestemmelser.

Antallet af sager der afvises med, at erstatningsbeløbet er åbenbart under minimumsgrænsen, må forventes fremover at blive meget lille, idet grænsen som nævnt tidligere er nedsat til 10.000 kr. pr. 1. januar 1997. Det vil nu være meget vanskeligt ved sagens begyndelse at afvise nogen sager af denne grund, da det sjældent vil være "åbenbart", at erstatningsbeløbet ikke kan overstige denne grænse.

I tabellen på næste side er der redegjort for, efter hvilke bestemmelser de sager, der er faldet ind under lovens dækningsområde, er afgjort.

Afgørelsestype	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
	1992-93		1994		1995		1996	
Omfattet af §2, stk. 1, nr.1 (specialistreglen)	91	22,7	199	25,6	209	17,4	298	18,3
Omfattet af §2, stk. 1, nr.2 (apparatutsvigt)	3	0,8	5	0,6	11	0,9	68	4,2
Omfattet af §2, stk. 1, nr.3 (alternativ metode)	3	0,8	9	1,2	15	1,3	15	0,9
Omfattet af §2, stk. 1, nr.4 (rimelighedsreglen)	44	10,9	133	17,1	199	16,6	260	15,9
Omfattet af §3, stk.2 (ulykker)	0	0,0	2	0,3	6	0,5	3	0,2
Omfattet af §4, stk. 1 (donorer/forsøgspersoner)	16	4,1	26	3,3	56	4,7	51	3,1
Omfattet, men under 20.000 kr.	36	8,9	93	11,8	109	9,1	78	4,8
Erstatningsbetingelserne opfyldt, i alt	193	48,2	467	59,9	605	50,5	773	47,4
Erstatningsbetingelser ikke opfyldt	207	51,8	313	40,1	592	49,5	859	52,6
Inden for lovens dækningsområde, ialt	400	100	780	100	1.197	100	1.632	100

I hele perioden fra 1992 har ca. 53,3 % af de patienter, hvis skade var sket inden for lovens dækningsområde, fået meddelelse om, at de var berettiget til erstatning, såfremt erstatningsbeløbet ville overstige minimumsgrænsen på 20.000 kr.

Den procentuelle andel af de sager der anerkendes, har været faldende, hvilket dog primært kan tilskrives et fald i antallet af sager, hvor sagerne efter anerkendelse har måttet afvises fordi erstatningsbeløbet ikke oversteg minimumsgrænsen. Dette må betragtes som tilfredsstillende.

Knap 20 % af de omfattede skader, eller 39,1 % af de anerkendte, er anset for omfattet af specialistreglen i lovens § 2, stk. 1, nr. 1. Selv om tallet umiddelbart virker ganske stort, dokumenterer det, at kun en meget begrænset del af de patienter der i dag opnår erstatning, ville have fået det efter de tidligere gældende regler. De øvrige ca. 60 % af de anerkendte skader ville ikke kunne anerkendes efter den dagældende culparegel, hvortil kommer, at end ikke hovedparten af de skader, der anerkendes efter specialistreglen, opfylder culpareglens krav om uagtsomhed.

Afgørelser efter apparaturreglen i § 2, stk. 1, nr. 2, og reglen om anvendelse af alternativ metode eller teknik i § 2, stk. 1, nr. 3, udgør en meget lille del af det samlede antal afgørelser. Således har de to bestemmelser i perioden 1992 til 1995 udgjort hver ca. 2 % eller mindre af det samlede antal anerkendte skader.

15,9 % af de omfattede skader, eller 31,2 % af de anerkendte, er anset for omfattet af rimelighedsreglen i § 2, stk. 1, nr. 4. Langt hovedparten af anerkendelserne sker således efter specialistreglen og rimelighedsreglen. Når antallet af anerkendelser efter rimelighedsreglen er mindre end antallet af anerkendelser efter specialistreglen, skyldes det primært, at sagen alene anerkendes efter rimelighedsreglen, såfremt andre kriterier ikke er opfyldt. Nogle af de skader, der er anerkendt efter specialistreglen, kunne således også være anerkendt efter rimelighedsreglen.

I den følgende figur er der foretaget en fordeling af anmeldelserne efter det speciale, inden for hvilket skaden er forvoldt. Den skadevoldende behandling har således ikke nødvendigvis fundet sted inden for det speciale, hvorunder patientens oprindelige indlæggelsesårsag henhører.

Det skal bemærkes, at lejringsbetingede nervelæsioner, infektioner generelt og infektioner i tilknytning til prolapsoperationer (discitis), fødselskomplikationer og ulykker er registreret særskilt.

Skadernes fordeling på skadetyper i 1996

Kode	Skadetype	Total	%
01	Akutindlæg.	16	1,38
02	Intern medicin	38	1,24
03	Lungemedicin	4	0,24
04	Infektioner	86	5,45
05	Gigtsygdomme	2	0,05
06	Børnemedicin	4	0,19
07	Langtidsmedicin	6	0,33
08	Almen kirurgi	105	9,24
09	Ortopædkirurgi	252	23,73
10	Håndkirurgi	31	4,83
11	Neurokirugi	114	7,48
12	Thoraxkirurgi	21	1,56
13	Plastikkirurgi	9	0,90
14	Urologi	45	2,79
15	Børnekirurgi	2	0,38
16	Anæstesi	13	0,95
17	Gynækol./Obst	33	3,55
18	Øjne	10	1,85
19	Hals, næse, øre	39	1,66
20	Tand og kæbe	14	1,42
21	Røntgen	1	0,28
22	Onologi	26	1,80
23	Ulykker	35	1,85

24	Diverse	22	3,55
25	Donor	40	3,03
26	Lejring	21	1,09
27	Discitis	11	0,76
28	Fødselsskader	21	1,61
29	Boneloc	101	4,78
30	Lægemiddel	42	1,99
31	Uoplyst	212	10,04
	I alt	2.111	100,00

Som det fremgår, vedrører langt den overvejende del af anmeldelserne skader inden for de kirurgiske specialer.

Patientforsikringsforeningen vil i øvrigt gerne søge denne del af de statistiske oplysninger udviklet i et sådant omfang, at materialet er registreret med oplysninger, der i højere grad gør det muligt at anvende sagsmængden i forbindelse med videnskabelig medicinsk eller juridisk forskning.

Valg af registreringsmetoder er imidlertid ganske kompliceret. Patientforsikringsforeningen arbejder med at få fastlagt, hvorledes oplysningerne bedst registreres.

[Indhold kapitel 2](#)

2.8. Patientskadeankenævnet

2.8.1. Virksomhed og sammensætning

Patientskadeankenævnet er klageinstans for Patientforsikringsforeningens afgørelser efter lov om patientforsikring, jf. lovens § 15.

I modsætning til Patientforsikringsforeningen er Patientskadeankenævnet en offentlig myndighed. Organisatorisk henhører ankenævnet under Sundhedsministeriet, men i sin virksomhed er ankenævnet uafhængigt af ministeriet, der således ikke kan give nævnet instrukser om den enkelte sags behandling og afgørelse. Nævnets afgørelser kan indbringes for landsretten, men derimod ikke for nogen administrativ myndighed. Udgifterne til Patientskadeankenævnet afholdes af forsikringsselskaberne og de selvforsikrende myndigheder.

Ved lovens ikrafttræden bestod Patientskadeankenævnet af en afdeling med 9 medlemmer, men som følge af et stærkt stigende antal ankesager med deraf følgende meget lange berammelsestider blev ankenævnet udvidet ved lov nr. 1229 af 27. december 1996. Ankenævnet fungerer i dag i to sideordnede afdelinger, hvilket indebærer, at ankenævnets samlede antal afgjorte sager kan fordobles i forhold til tidligere.

Hver nævnsafdeling består af 9 medlemmer, der er udpeget på følgende måde, jf. § 14, stk. 2 og 3:

- En af sundhedsministeren udnævnt formand/næstformand, som skal være dommer,
- 1 medlem udpeget af sundhedsministeren,
- 2 sagkyndige medlemmer inden for lægevidenskab udpeget af Sundhedsstyrelsen,
- 2 medlemmer udpeget i fællesskab af Amtsrådsforeningen og Hovedstadens Sygehusfællesskab,
- 2 medlemmer udpeget af De Samvirkende Invalideorganisationer og
- 1 medlem udpeget af Forbrugerrådet.

Det påhviler formanden og næstformanden at sikre en ensartet praksis i hver nævnsafdeling.

Hvis der senere bliver behov for flere nævnsafdelinger, kan sundhedsministeren administrativt udpege flere medlemmer. Sundhedsministeren har endvidere mulighed for at bemyndige nævnets formand eller næstformand til at træffe afgørelse i sager, der ikke skønnes at frembyde tvivl.

Sundhedsministeriet stiller sekretariatsbistand til rådighed for ankenævnet. Sekretariatet består p.t. af 3 fuldmægtige (jurister), 3 kontorassistenter og en student. Herudover er en speciallæge i ortopædkirurgi tilknyttet sekretariatet som konsulent. Det skal nævnes, at Folketingets Ombudsmand i forbindelse med en konkret sag har udtalt, at Patientskadeankenævnet ikke er omfattet af ombudsmandens kompetence på grund af nævnets domstolslignende karakter.¹⁾

¹⁾ Jf. lov nr. 473 af 12. juni 1996 om Folketingets Ombudsmand §7, stk. 3, hvor det er fastsat, at "ombudsmanden behandler ikke klager over nævn, der i betryggende former træffer afgørelse om tvister mellem private, selv om vedkommende nævn i anden sammenhæng betragtes som tilhørende den offentlige forvaltning".

2.8.2. Sagsbehandling

Klage over afgørelser truffet af Patientforsikringsforeningen skal indgives til Patientskadeankenævnets sekretariat inden 3 måneder efter, at klageren har fået meddelelse om afgørelsen. Nævnet kan dog se bort fra overskridelse af klagefristen, når der er særlig grund hertil.

Når nævnets sekretariat modtager en klage over en afgørelse fra Patientforsikringsforeningen, sendes klagen til Patientforsikringsforeningen med anmodning om en udtalelse og tilsendelse af sagens akter.

Klageberettiget er enhver, der har en retlig interesse i sagen, f.eks. patienten, vedkommende forsikringsselskab og forsikringstager (f.eks. en amtskommune). De behandlende sygehuslæger anses derimod ikke som klageberettigede. I stort set alle tilfælde kommer klagen fra en person, som anser sig for erstatningsberettiget efter loven.

Når Patientforsikringsforeningens udtalelse foreligger, sendes en kopi heraf til klager. Samtidig sendes en kopi af såvel udtalelsen som klagen til forsikringstager og amt/sygehus. Eventuelle bemærkninger til det fremsendte skal være nævnet i hænde inden 3 uger. Herefter vil sagen blive sat på til behandling i nævnet. Såfremt det under nævnsbehandlingen besluttet at indhente yderligere oplysninger, jf. nedenfor, vil disse oplysninger ligeledes blive forelagt de tidligere hørte parter til evt. bemærkninger, inden der træffes endelig afgørelse i sagen.

Nævnsbehandlingen af en sag indledes med, at formanden gives et resumé af sagens fakta. Herefter vil typisk de lægesagkyndige medlemmer udtale sig om de lægelige aspekter i sagen, hvorefter en mere almen drøftelse finder sted. Finder nævnets lægesagkyndige medlemmer sig kompetente til at vurdere de lægelige aspekter, og finder nævnet i øvrigt, at sagen er tilstrækkeligt oplyst, træffes der herefter afgørelse i sagen.

I 1995 måtte nævnet imidlertid i gennemsnit udsætte knap 25 % af de sager der sættes på dagsordenen, mens udsættelsesprocenten i 1996 faldt til knap 19 %. Udsættelsen af sager skyldes, at nævnet finder, at yderligere oplysninger må indhentes, før afgørelse kan træffes. Det kan f.eks. være yderligere journalmateriale eller røntgenbilleder, eller det kan være Arbejdsskadestyrelsens vurdering af méngrad eller erhvervsevnetab.

Den største gruppe af udsatte sager udgøres imidlertid af de sager, i hvilke nævnets lægesagkyndige medlemmer ikke finder at have tilstrækkelig faglig kompetence til at vurdere de lægelige aspekter. Sådanne sager må derfor udsættes på, at nævnet anmoder relevante speciallæger om at vurdere sagerne og herunder besvare specifikke spørgsmål fra nævnet. I visse sager har Patientforsikringsforeningen dog ad hoc indhentet specialisterklæringer fra andre sagkyndige end de, der er fast tilknyttet foreningen, og i sådanne sager vil nævnet oftest kunne lægge disse erklæringers lægelige vurderinger til grund.

Med henblik på at minimere antallet af sager, der må udsættes på grund af manglende lægelige oplysninger, har ankenævnets sekretariat i maj 1996 fået tilknyttet en speciallægekonsulent i ortopædkirurgi, der skal medvirke til forberedelsen af de enkelte ankesager.

Patientskadeankenævnet har i sin årsberetning for 1995-96 oplyst, at nævnets afdelinger generelt ikke kan påtage sig hyppigere møder end en gang om måneden eller behandle væsentligt flere end 20 sager pr. gang, idet der er tale

om heldagsmøder, som kræver betydelig forberedelsestid. Til belysning af sagernes omfang har nævnet oplyst, at en optælling af sideantallet i sagerne fra 3 successive møder i 1997 i nævnets ene afdeling viste gennemsnitligt godt 90 sider pr. sag.

2.8.3. Anmeldelser og afgørelser

Tilgangen af sager til Patientskadeankenævnet har været stærkt stigende siden nævnets oprettelse i 1992, hvilket nedenstående skema belyser:

	Modtagne klager	Antal afholdte møder	Behandlede sager pr. møde	Afgjorte sager
1992	0	0	0	0
1993	70	4	10	
1994	187	12	15	11 ²⁾
1995	341	13	17,2	157
1996	568	15	20,5	243
1997 pr. 1/8	370	8	23,25	130

Afgørelserne fordelte sig på følgende grupper:

	1993-1994	1995	1996
Undersøgelser- og/eller behandlingsskade, jf. § 1, stk. 1.	40	48	67
Erfaren specialistaniveau, jf. § 2, stk. 1, nr. 1, og uforholdsmæssige komplikationer jf. § 2, stk. 1, nr. 4.	40 + 1*	40 + 1* +4*	55 + 3*
Fejl el. svigt i medicoteknisk udstyr, jf. § 2, stk. 1, nr. 2.	0	1*	0
Ligeværdig alternativ behandlingsmetode, jf. § 2, stk. 1, nr. 3.	1 + 1*	1 + 4*	1 + 3*
Forkert/forsinket diagnose, jf. § 3, stk. 1, jf. § 2, stk. 1, nr. 1.	4	4	5
Ulykkestilfælde, der ikke skyldes fejl el. svigt i medicoteknisk udstyr, jf. § 3, stk. 2.	8	4	4
Erstatningens størrelse	13	45	91
Klageberettigede	3		

²⁾ Det samlede antal afgørelser i 1993 og 1994.

De med stjerne markerede sager indgår i opgørelsen begge de markerede steder.

De afgørelser, som nævnet traf i 1995 og 1996, og som ikke kan indrubriceres i ovenstående grupper vedrører bl.a.:

1.

Klage over Patientforsikringsforeningens afslag på erstatning vedrørende evt. undersøgelses- og behandlingsskader forårsaget før lovens ikrafttræden.

2. Klage over evt. undersøgelses- og behandlingsskader forårsaget af privatpraktiserende læger, vagtlæger, hjemmesygeplejerske m.v.

3. Klage fra ikke-klageberettiget myndighed (sygehusledelse).

4. Klage over medicinskader.

- 5. Klage over Patientforsikringsforeningens afslag på genoptagelse af afsluttet sag.
- 6. Anmodninger om genoptagelse af nævnets tidligere afgørelser.
- 7. Tilbagesendelse af sager til Patientforsikringsforeningen til ny afgørelse i 1. instans på grund af nye oplysninger.
- 8. Klage over Patientforsikringsforeningens afslag på anmodning om aktindsigt.

I de sager, som nævnet afgjorde i 1995 og 1996, var klagerne i henholdsvis 4 og 3 sager indgivet af vedkommende forsikringsselskab eller driftsansvarlige myndighed, mens klagerne i alle øvrige sager var indgivet af personer, som anså sig for erstatningsberettigede efter loven.

I 1995 blev Patientforsikringsforeningens afgørelse tiltrådt i 136 sager og omgjort i 13 sager, hvilket svarer til en omgørelsesprocent på 8,7 %. Omgørelsesprocenten vedrørende afgørelser efter patientforsikringsloven var 10,4 %, mens den var 6,6 % vedrørende afgørelser efter lov om erstatningsansvar.

I 1996 blev Patientforsikringsforeningens afgørelse tiltrådt i 203 sager og omgjort i 35 sager, svarende til en omgørelsesprocent på 14,7 %. Omgørelsesprocenten vedrørende afgørelser efter patientforsikringsloven var 9,8 %, mens den var 20,8 % vedrørende afgørelser efter lov om erstatningsansvar.

Nedenstående skema er en opgørelse over de af nævnet i 1995 og 1996, men ikke af Patientforsikringsforeningen, anerkendte behandlings- og undersøgelsesskader fordelt på specialer. De sager, hvor Patientforsikringsforeningen havde anerkendt, at patienten var påført en erstatningsberettiget skade, og som alene blev indbragt for nævnet på spørgsmålet om erstatningens størrelse, er således ikke indeholdt i skemaet.

	1995	1996
Anæstesiologi		
a) lejring	3	1
b) paravenøs infusion		1
Hud- og kønssygdomme		
Kvindesygdomme og fødselshjælp	1	1
Intern medicin	1	1
Kirurgi	1	
a) karkirurgi	1	
b) kirurgiske mave- tarmsygdomme	2	4
d) brysthulens kirurgiske sygdomme		
e) urinvejenes kirurgiske sygdomme		
Ortopædisk kirurgi	1	6
Neurokirurgi		1
Neuromedicin		
Øjensygdomme		
Kræftsygdomme		

Øre- næse- halssygdomme	1	
-------------------------	---	--

I 1995 og 1996 traf nævnet afgørelse i henholdsvis 45 og 91 sager vedr. spørgsmål om erstatningsudmåling. I stort set alle tilfælde drejede det sig om sager, i hvilke Patientforsikringsforeningen havde anerkendt, at patienterne var påført erstatningsberettigende skader. I enkelte tilfælde havde Patientforsikringsforeningen dog ikke taget stilling hertil, idet Patientforsikringsforeningen afsløgte at yde erstatning allerede af den grund, at en eventuel erstatning ikke ville overstige den i lov om patientforsikring fastsatte minimumsgrænse på 20.000 kr.

I 1995 tiltrådte nævnet i 42 af sagerne Patientforsikringsforeningens afgørelse vedrørende erstatningsudmålingen, hvoraf 28 afgørelser var afslag på erstatning under henvisning til, at erstatning og godtgørelse efter reglerne i lov om erstatningsansvar ikke oversteg ovennævnte minimumsgrænse på 20.000 kr. I de resterende 3 sager forhøjede nævnet Patientforsikringsforeningens erstatningsudmåling, hvorved erstatningen i 2 af sagerne kom op på over 20.000 kr.

I 1996 tiltrådte nævnet i 72 af sagerne Patientforsikringsforeningens afgørelse vedrørende erstatningsudmålingen, hvoraf 32 afgørelser var afslag på erstatning under henvisning til, at erstatning og godtgørelse ikke oversteg 20.000 kr. I de resterende 19 sager forhøjede nævnet Patientforsikringsforeningens erstatningsudmåling, hvorved erstatningen i 9 af sagerne kom op over 20.000 kr.

Pr. 31. december 1996 var i alt 22 af nævnets afgørelser indbragt for landsretten. 4 af sagerne er efterfølgende hævet af sagsøgerne, mens landsretten i 1 sag har frifundet nævnet. De resterende 17 sager verserer fortsat. Næsten alle retssager er anlagt af patienter.

2.8.4 Sagsbehandlingstiden

Sagsbehandlingstiden i Patientskadeankenævnet kan opdeles i følgende faser:

1. Fra nævnet modtager en klage og til Patientforsikringsforeningen anmodes om en udtalelse, går der i gennemsnit 5 dage.
2. Herefter afventes Patientforsikringsforeningens udtalelse, der i gennemsnit foreligger efter ca. 3½-4 måneder.
3. Sagens parter høres over udtalelsen, hvilket i gennemsnit sker over en periode på ca. 3 uger.
4. Dernæst er sagen klar til behandling på et nævnsmøde. Perioden indtil første ledige nævnsmøde, berammelsestiden, var i juli 1997 1 år for nye sager.
5. Når der er truffet afgørelse i sagen, går der godt 6 uger fra nævnsmødedatoen til afgørelsen skriftligt meddeles parterne.

Den samlede gennemsnitlige sagsbehandlingstid ligger således på omkring 1½ år. Om udvalgets overvejelser herom henvises til afsnit 5.6.

[Indhold kapitel 2](#)

Kapitel 3. Andre erstatningsordninger

I dette kapitel beskrives en række erstatningsordninger, der gælder ved siden af patientforsikringsloven.

Indhold:

- [3.1. Dansk Tandlægeforenings forsikringsordning](#)
 - [3.2. Dansk Kiropraktor-Forenings forsikringsordning](#)
 - [3.3. Lov om erstatning for lægemiddelskader](#)
 - [3.4. Lov om erstatning for vaccinationsskader](#)
 - [3.5. Godtgørelse til HIV-positive blødere, transfusionssmittede m.fl. og Blødererstatningsfonden](#)
 - [3.6. Produktansvar](#)
-

3.1. Dansk Tandlægeforenings forsikringsordning

Dansk Tandlægeforening etablerede med virkning fra 1. januar 1990 en kollektiv patientforsikringsordning, Praksisforsikringen, der omfatter alle praktiserende tandlæger i Danmark.

Forsikringsordningen har siden 1. januar 1995 dækket i overensstemmelse med patientforsikringsloven, men har på flere punkter givet en bedre dækning end patientforsikringsloven:

- Undergrænsen er 3.000 kr. mod 10.000 kr. i patientforsikringsloven.
- Skader under 3.000 kr. dækkes, hvis tandlægen er ansvarlig for skaden efter culpereglen.
- Det er tilstrækkeligt, at skaden er konstateret efter forsikringens ikrafttræden. Efter patientforsikringsloven skal skaden være forårsaget efter lovens ikrafttræden.

Forsikringen er tegnet af Dansk Tandlægeforening i forsikringsselskabet Codan og indgår som en del af en forsikringspakke, der endvidere består af en retshjælpsforsikring, en arbejdsskadeforsikring og en principalforsikring ved arbejdsskader.

Hver tandklinik betaler en forsikringspræmie, der udgør en procentdel af klinikens omsætning med den offentlige sygesikring. Præmien, der indeholdes i sygesikringens tilgodehavende hos tandlægen, udgør for hele forsikringspakken ca. 5.000 kr. pr. år. for en "gennemsnitstandlæge" (klinikejer). Heraf udgør præmien til patientforsikringsdelen ca. 1/3.

Sagsbehandlingen varetages af forsikringsselskabet med assistance fra en tandlægekonsulent. I tvivlstilfælde forelægges sagerne for et særligt nedsat praksisforsikringsudvalg, der består af 3 medlemmer fra forsikringsselskabet og 3 medlemmer fra Dansk Tandlægeforening. Fra primo 1996 har Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Forbrugerrådet deltaget som observatører. Sagsbehandlingstiden er normalt 4-6 uger, men dog noget længere for sager, der er særlig komplicerede.

I 1996 anmeldtes ca. 500 skader. Anerkendelsesfrekvensen for afgjorte sager i perioden 1992-1996 var ca. 82 % med en gennemsnitlig erstatningsudbetaling på ca. 10.350 kr. Den samlede udbetaling i 1996 var 3,8 mio. kr.

[Indhold kapitel 3](#)

3.2. Dansk Kiropraktor-Forenings forsikringsordning

Dansk Kiropraktor-Forening har siden 1. oktober 1992 haft en kollektiv patientforsikringsordning, der i lighed med tandlægenes ordning yder dækning efter reglerne i patientforsikringsloven. Til forskel fra tandlægenes ordning er undergrænsen i kiropraktorforsikringen dog ikke 3.000 kr., men 10.000 kr. som i loven. Forsikringen var oprindeligt tegnet i forsikringsselskabet Zürich, men pr. 1. januar 1996 overgik forsikringsaftalen til Codan.

Kiropraktorernes indbetalinger til patientforsikringsordningen er foregået ved, at amterne hver måned har tilbageholdt 2,5 % af kiropraktorenes tilgodehavende ved sygesikringen. I 1995 blev der således indbetalt ca. 1,4 mio. kr. til ordningen. Indbetalingen er pr. 1. januar 1997 nedsat til 2 % af kiropraktorernes tilgodehavende ved sygesikringen.

Det er oplyst fra Dansk Kiropraktor-Forening, at der siden 1992 er anmeldt 27 skader, hvoraf kun én skade er anset for omfattet af erstatningsbetingelserne. Erstatningsbeløbet i denne sag udgjorde 37.752 kr.

[Indhold kapitel 3](#)

3.3. Lov om erstatning for lægemiddelskader

Ved lov nr. 1120 af 20. december 1995 om erstatning for lægemiddelskader ³⁾ er der indført adgang til at få erstatning for skader, der skyldes egenskaber ved anvendte lægemidler.

Lægemiddelskader er ikke omfattet af patientforsikringsloven, hvilket skyldes, at man på tidspunktet for patientforsikringslovens vedtagelse lagde vægt på, at en lægemidlerstatningsordning skulle baseres på et udvidet produktansvar for medicinalproducenter og -importører. Denne erstatningsordning måtte nødvendigvis etableres af branchen selv, eftersom EF's produktansvarsdirektiv er til hinder for, at staten ved lov pålægger medicinalbranchen et udvidet produktansvar.

I flere år drøftede medicinalbranchen vilkårene for en erstatningsordning, men i foråret 1995 viste det sig, at der ikke kunne opnås tilslutning fra hele branchen om en bredt dækkende ordning. Regeringen fandt det derfor nødvendigt i maj 1995 at fremsætte et lovforslag om en erstatningsordning for lægemiddelskader, der dækker skader forvoldt af alle lægemidler på markedet. Lovforslaget var desuden et led i regeringens opfølgning af Østre Landsrets dom af 14. februar 1995 i blødererstatningssagen.

Loven bygger på en statsfinansieret model, idet staten efter lovens § 17 afholder alle udgifter til erstatninger og andre udgifter i forbindelse med erstatningsordningen. Det ovenfor omtalte produktansvarsdirektiv bevirker, at det ikke er muligt at pålægge medicinalbranchen at betale til ordningen.

Når staten har udbetalt erstatning til en patient, indeholder loven mulighed for, at staten kan søge at gøre et regreskrav gældende mod producenten eller importøren af det pågældende skadeforvoldende lægemiddel. Denne regresmulighed forudsættes udnyttet af Sundhedsministeriet i videst mulig omfang gennem sagsanlæg m.v.

Loven giver patienter, raske forsøgspersoner og donorer mulighed for erstatning i tilfælde af lægemiddelskader. Det er en forudsætning for erstatning, at lægemidlet er udleveret til patienten den 1. januar 1996 eller senere.

Lægemidlet skal være udleveret gennem apotek, sygehus, læge eller tandlæge og være anvendt ved undersøgelse, behandling eller lignende. Lovens dækningsområde er således udvidet i forhold til patientforsikringsloven, idet der ydes erstatning, uanset om lægemiddelskaden er sket som følge af helbredsforanstaltninger på et sygehus, hos en privatpraktiserende sundhedsperson eller ved indtagelse af håndkøbsmedicin, købt på et apotek. Lægemidlet skal være godkendt til markedsføring i Danmark.

Erstatningsordningen gælder kun for fysiske skader (bivirkninger) ved anvendelsen af et lægemiddel. Psykisk skade er derfor ikke omfattet af ordningen (det gælder dog ikke donorer og raske forsøgspersoner). Der ydes kun erstatning for bivirkninger, der er værre, end hvad man med rimelighed bør acceptere set i forhold til alvoren af den sygdom, som behandles med lægemidlet. Det vil sige, at man ved behandling af en alvorlig sygdom må acceptere større bivirkninger ved anvendelse af et lægemiddel end ved mindre alvorlige sygdomme.

Loven dækker ikke skader, som skyldes fejl eller forsømmelse i forbindelse med ordination eller udlevering af lægemidlet. Sådanne skader kan være omfattet af patientforsikringsloven, hvis lægemidlet er ordineret eller udleveret i forbindelse med behandling på et offentligt sygehus.

Udmåling af erstatningskrav foretages i lighed med patientforsikringsloven efter reglerne i lov om erstatningsansvar. Der er fastsat en undergrænse på 3.000 kr., hvilket indebærer, at der kun udbetales erstatning, såfremt erstatningsbeløbet overstiger 3.000 kr. I patientforsikringsloven er undergrænsen 10.000 kr. Sager om erstatning efter loven behandles og afgøres af Patientforsikringsforeningen, jf. Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 1156 af 20. december 1995. Selve erstatningsudbetalingen varetages derimod af Sundhedsministeriet.

Patientforsikringsforeningens afgørelser kan inden for en frist på 3 måneder indbringes for Lægemiddelskadeankenævnet, der består af 9 medlemmer, som er udpeget af følgende myndigheder og organisationer:

- En af sundhedsministeren udnævnt formand, som skal være dommer,
- 2 medlemmer udpeget af sundhedsministeren,
- 1 medlem udpeget af Sundhedsstyrelsen,
- 1 medlem udpeget af Lægemiddelstyrelsen,
- 2 medlemmer udpeget i fællesskab af Amtsrådsforeningen i Danmark, Hovedstadens Sygehusfællesskab og Københavns og Frederiksberg Kommuner,
- 1 medlem udpeget af De Samvirkende Invalideorganisationer,
- 1 medlem udpeget af Forbrugerrådet.

Lægemiddelskadeankenævnets afgørelser kan inden 6 måneder indbringes for landsretten.

I 1996 modtog Patientforsikringsforeningen 40 anmeldelser med anmodning om erstatning for bivirkninger opstået i forbindelse med lægemidler. Patientforsikringsforeningen traf afgørelse i 16 af disse sager i 1996. Der blev givet afslag i alle 16 sager, idet 14 af sagerne vedrørte lægemidler, der var udleveret før den 1. januar 1996. De 2 øvrige sager blev afvist under henvisning til manglende fysisk skade og manglende årsagssammenhæng mellem den opståede skade og det anvendte lægemiddel.

Lægemiddelskadeankenævnet har pr. 1. september 1997 truffet afgørelse i 6 sager, hvoraf Patientforsikringsforeningens afgørelse om afslag er tiltrådt i 5 sager, mens ankenævnet i én sag har ændret afgørelsen til fordel for patienten.

Erfaringerne fra lov om patientforsikring viser, at der går nogen tid, før befolkningen bliver opmærksom på muligheden for at søge erstatning. Patientforsikringsforeningen har derfor udsendt pjecen "Patienters ret til erstatning for lægemiddelskader" for at henlede lægers, tandlægers og patienters opmærksomhed på denne nye ordning.

[Indhold kapitel 3](#)

3.4. Lov om erstatning for vaccinationsskader

I henhold til lov nr. 82 af 8. marts 1978, som ændret ved lov nr. 196 af 29. marts 1989 og lov nr. 915 af 8. august 1993, yder staten erstatning for varige skader som følge af vaccinationer foretaget i Danmark.

Det er en betingelse, at vaccinationen er foretaget mod en sygdom, der er omfattet af lov om tilbud om gratis vaccination mod visse sygdomme. For tiden gælder dette tilbud for personer under 18 år for så vidt angår vaccinationer mod kighoste, difteri, stivkrampe, polio, mæslinger, røde hunde og fåresyge. Endvidere tilbydes børn under 6 år gratis vaccination mod Hib-infektion.

Kommunale tilbud om gratis vaccinationer til ældre mod influenza er ikke omfattet af lov om erstatning for vaccinationsskader, men derimod af lov om erstatning for lægemiddelskader. Det samme gælder vaccination mod gul feber, tyfus og kolera og andre mere specielle vaccinationer, som man selv skal betale for at få foretaget.

Der ydes erstatning efter lov om erstatning for vaccinationsskader, uanset om skaden er hændelig eller skyldes fejl ved vaccinationen.

Erstatningssager efter loven behandles af Arbejdsskadestyrelsen med klageadgang til Den Sociale Ankestyrelse.

I nedenstående tabeller fremlægges statistiske oplysninger fra Arbejdsskadestyrelsen vedrørende antal anmeldte og anerkendte skader samt faktisk afholdte erstatningsudgifter.

Tabel 1: Antal anmeldte og anerkendte vaccinationsskader fordelt på oprettelsesårene 1992-1996

Vaccinationsskader

År for oprettelse	Antal anmeldte	Antal anerkendte
1992	5	1
1993	3	0
1994	3	2
1995	10	4
1996	5	3
I alt	26	10

Tabel 2: Faktisk afholdte erstatningsudgifter for vaccinationsskader i årene 1994, 1995 og 1996

År	Erstatningsudgifter i kr.
1994	3.886.741
1995	4.153.604
1996	4.999.498

I de samlede erstatningsudgifter er indeholdt såvel engangsbeløb som løbende ydelser til skadelidte personer. Pr. 1. august 1997 udbetaler Arbejdsskadestyrelsen erstatning til 34 personer.

Skader, der omfattes af lov om erstatning for vaccinationsskader, falder uden for såvel patientforsikringsloven som lov om erstatning for lægemiddelskader.

[Indhold kapitel 3](#)

3.5. Godtgørelse til HIV-positive blødere, transfusionssmittede m.fl. og Blødererstatningsfonden

Efter indstilling fra sundhedsministeren besluttede Folketingets Finansudvalg i juni 1987 (aktstykke nr. 249 af 3. juni 1987), at der skulle ydes en kulancemæssig godtgørelse på 100.000 kr. til blødere, der efter behandling med blodprodukter ved danske sygehuse er konstateret HIV-smittede.

Godtgørelsen tog sigte på at yde disse mennesker en rimelig kompensation for den ulempe i den personlige livsførelse, AIDS har påført dem. Der blev endvidere lagt vægt på, at et eventuelt erstatningsansvar ved domstolene måtte antages at være meget vanskeligt at fastslå af bevismæssige årsager, ligesom en retssag ville blive meget langvarig.

Godtgørelsen blev senere forhøjet til i alt 750.000 kr., ligesom den berettigede personkreds blev udvidet til bl.a. at omfatte ægtefæller og børn samt personer, som med overvejende sandsynlighed er blevet HIV-smittede gennem blodtransfusion på danske sygehuse (transfusions-smittede).

Godtgørelsen er ikke indkomstskattepligtig, og den medfører ikke reduktion i ydelser, som i øvrigt måtte tilkomme de pågældende efter den sociale og boligmæssige lovgivning.

I anledning af en henvendelse fra Patientforsikringsforeningen har Sundhedsministeriet udtalt, at godtgørelsens særlige karakter og formål efter ministeriets opfattelse indebærer, at der ikke er noget til hinder for, at en patient, der har fået udbetalt godtgørelse, efterfølgende rejser krav om erstatning for den påførte skade efter patientforsikringsloven. Ministeriet fandt ikke, at der var hjemmel til at modregne godtgørelsen i et evt. erstatningsbeløb, idet godtgørelsen ikke er en erstatning, der skal dække et udmåleligt, økonomisk tab.

Godtgørelsesordningen, der stadig er gældende, administreres af Sundhedsstyrelsen, der i alt har udbetalt godtgørelse til ca. 120 personer.

Efter Østre Landsrets dom af 14. februar 1995 i blødererstatningssagen besluttede Folketinget og regeringen, at der skulle oprettes en fond, der har til formål at yde støtte til blødere, der efter behandling med blodprodukter ved danske sygehuse er blevet konstateret HIV-positive.

Fonden blev oprettet ved lov nr. 440 af 14. juni 1995 om Blødererstatningsfonden. Staten har ydet fonden et beløb på 20 mio. kr., der efter nærmere fastsatte retningslinier uddeles af fondens bestyrelse. Bestyrelsen har 5 medlemmer, der alle udpeges af sundhedsministeren efter indstilling fra Danmarks Bløderforening.

[Indhold kapitel 3](#)

3.6. Produktansvar

Patientforsikringsordningen bygger på et princip om, at en patient ikke kan rejse krav mod nogen efter almindelige erstatningsretlige regler, hvis skaden er omfattet af patientforsikringsloven. Formålet er at "kanalisere" alle erstatningskrav til patientforsikringen.

Eneste undtagelse fra denne regel er tilfælde, hvor et ansvar kan støttes på reglerne om produktansvar, jf. patientforsikringslovens § 8 a. EF-direktivet om produktansvar og den danske lov om produktansvar indebærer, at skadelidtes mulighed for at gøre et produktansvar gældende ikke må afskæres.

På sygehusområdet kan et produktansvar f.eks. komme på tale ved skader forårsaget af defekt sygehusudstyr. I disse tilfælde kan patienten vælge mellem at rejse produktansvarssag eller anmelde skaden til patientforsikringen efter lovens § 2, stk. 1, nr. 2.

Hvis patienten vælger at rejse krav efter patientforsikringsloven, kan der efterfølgende rejses regreskrav mod vedkommende producent m.v. efter produktansvarsreglerne. Dette følger af patientforsikringslovens § 8 a, jf. § 8.

³⁾ Som følge af oprettelsen af Lægemiddelstyrelsen er loven på enkelte punkter ændret ved lov nr. 1228 af 27. december 1996.

[Indhold kapitel 3](#)

Kapitel 4. Patientforsikringsordninger i andre nordiske lande

Indhold:

- [4.1. Norge](#)
 - [4.2. Sverige](#)
 - [4.3. Finland](#)
-

4.1. Norge

4.1.1. Organisation og finansiering

Med virkning fra 1. januar 1988 blev der i Norge oprettet en aftalebaseret, midlertidig erstatningsordning for patientskader. Oprindeligt var det hensigten, at ordningen skulle afløses af en permanent lovreguleret ordning inden 1. januar 1991, men ordningen er løbende blevet forlænget, ligesom dækningsområdet er blevet udvidet, jf. nedenfor punkt 4.1.2. Der har igennem længere tid været arbejdet med fremlæggelse af et lovforslag om erstatning for patientskader, jf. afsnit 4.1.4.

Erstatningsordningen administreres af Norsk Patientskadeerstatning (NPE), som er en selvstændig enhed, der administreres af Kommunal Landspensjonskasse.

Erstatningsudgifter i sygeshussektoren finansieres af fylkerne (svarer til de danske amter) og staten. Fylkernes bidrag beregnes på grundlag indbyggertallet, mens statens tilskud beregnes på grundlag af behandlingsomfanget på de statslige sygehuse.

Erstatningsudgifter vedrørende kommunelægetjenesten og de kommunale lægevagter dækkes i sin helhed af staten. Dette har en praktisk baggrund. Da man i 1992 udvidede ordningen til også at omfatte den kommunale primærlægetjeneste, fandt man det mest praktisk, at staten påtog sig at dække disse udgifter. På det tidspunkt forventede man, at den aftalebaserede ordning snart ville blive afløst af en lovbestemt ordning.

I Norge er der således ikke tale om en forsikringsordning som i Danmark.

Erstatningskravene behandles af et særligt patientskadenævn, hvori der sidder repræsentanter fra bl.a. patienterne og sygehusejerne. Nævnet har i vidt omfang delegeret sin afgørelseskompetence til sekretariatet i NPE. Sekretariatets afgørelser kan ankes til patientskadenævnet.

Patientskadeerstatningens afgørelser er bindende for sygehusejerne og kommunerne. Patienterne er ikke bundet af afgørelsen, men kan indbringe patientskadenævnets afgørelser for domstolene efter de almindelige regler om domstolenes kontrol med forvaltningen. Patienten kan også indbringe sagen for domstolene efter de almindelige erstatningsretlige regler, men i så fald bortfalder nævnets afgørelse og patienten skal bevise, at der er udvist en erstatningspådragende adfærd fra sundhedspersonalets side.

4.1.2. Dækningsområde m.v.

Ordningen omfatter patienter, som er skadet:

- på offentlige somatiske eller psykiatriske sygehuse og deres poliklinikker,
- ved behandling i ambulance af sygehusets personale,
- ved den kommunale lægetjeneste og på den kommunale lægevagt.

Endvidere er frivillige forsøgspersoner samt organ-, vævs- og bloddonorer og lignende omfattet.

Aftalen omfattede oprindeligt kun skader på offentlige somatiske sygehuse og i ambulancer samt forsøgspersoner, men ordningen blev fra 1. juli 1992 udvidet til også at omfatte kommunelægetjenesten samt offentlige psykiatriske sygehuse.

Ordningen dækker fysiske skader forårsaget i forbindelse med undersøgelse, diagnostik, behandling, pleje, infektion, manglende information eller fejl i medicinsk udstyr. Psykiske skader dækkes kun, når de er en direkte følge af en fysisk skade. Ulykker dækkes efter de almindelige erstatningsretlige regler.

I den norske aftale er der dog opregnet en række undtagelser, hvor der ikke ydes erstatning, nemlig i følgende tilfælde:

- Når skaden er en følge af en kendt og nødvendig risiko ved undersøgelse, diagnostik eller behandling, og skaden må accepteres ud fra den medicinske kundskab på skadestidspunktet.
- Når skaden i væsentlig omfang beror på patientens grundsygdom.
- Når skaden er en følge af særskilte forhold hos patienten selv.
- Når skaden beror på behandling og den anvendte behandlingsmetode ud fra en efterfølgende vurdering fremstår som adækvat.
- Når skaden beror på diagnostik og den stillede diagnose var adækvat ud fra den viden, som var tilgængelig på diagnosetidspunktet.
- Når skaden beror på infektion i områder med særlig høj bakteriekoncentration eller hos patienter med nedsat modstandskraft, eller
- Når skaden er forvoldt af et lægemiddel (lægemiddelskader bedømmes efter den norske produktansvarslov).

Erstatninger udmåles efter reglerne i den norske lov om skadeserstatning. Det indebærer, at der kan ydes erstatning for tabt arbejdsfortjeneste, erhvervsevnetab, tab af forsørger, ménerstatning m.v. Skader under 5.000 nkr. erstattes ikke.

I perioden 1. januar 1988 – 31. december 1996 er der anmeldt i alt ca. 9.300 patientskader. I 1996 blev der anmeldt ca. 1.700 sager fra somatiske sygehuse og 21 sager fra psykiatriske sygehuse. (Kommunelægetjenesten omtales nedenfor i afsnit 4.1.3). Der er tale om en stigning på 20 % i forhold til 1995. Der gives medhold i ca. 40 % af de sager, der realitetsbehandles.

Ca. 30 % af de afgørelser, der træffes af sekretariatet i NPE, ankes til Patientskadenævnet.

I 1996 blev der udbetalt ca. 125 mio. nkr. i erstatning mod 105,6 mio. nkr. i 1995.

4.1.3. Kommunelægetjenesten

Kommunelægetjenesten, der blev inddraget under erstatningsordningen i 1992, omfatter kommunalt ansatte læger og privatpraktiserende læger, der har overenskomst med kommunen. Området dækker således næsten hele den primære lægetjeneste i Norge. Udenfor falder praktiserende læger uden overenskomst med kommunen og praktiserende speciallæger uanset om de har overenskomst eller ej.

De kommunalt ansatte læger har hovedsageligt administrative opgaver, men yder også patientbehandling i et vist begrænset omfang. I 1995 var der ca. 1000 kommunelæger. Antallet af praktiserende læger med overenskomst var i 1995 ca. 1900.

Det samlede antal læger i kommunelægetjenesten var således ca. 2900. Til sammenligning kan oplyses, at der i Danmark i 1995 var 3318 alment praktiserende læger tilknyttet sygesikringen.

Antal skadesanmeldelser for kommunelægetjenesten og de kommunale lægevagter:

1992: 7 anmeldelser.

1993: 49 anmeldelser.

1994: 67 anmeldelser.

1995: 101 anmeldelser.

1996: 116 anmeldelser.

Pr. 1. december 1996 var der udbetalt i alt ca. 3,8 mill. nkr. i erstatninger for hele perioden 1992-1996. Dette tal må siges at være uhyre lavt i forhold til sygehussektoren, hvor der alene i 1996 blev udbetalt ca. 125 mio. nkr. i erstatninger.

En forklaring på det meget lave antal anmeldelser i den primære lægetjeneste kan findes i følgende forhold:

- De mest komplicerede sager henvises videre, typisk til sygehus.

- Den behandling, der foregår, er ofte mindre risikofyldt end sygehusbehandling. Som eksempel kan nævnes, at kirurgiske indgreb af betydning altid foregår på sygehus.

- Den primære sundhedstjeneste består af små enheder, således at informationssvigt og ansvarsforflygtigelse undgås.

- Primærlæge og patient har ofte et tæt personligt forhold, således at tilbøjeligheden til at rejse sag er lav.

I 1995 blev der truffet afgørelse i 45 sager vedrørende kommunelægetjenesten. Heraf blev der givet erstatning i 15 sager. I 10 af sagerne blev der givet erstatning på grund af fejldiagnose eller forsinket/mangelfuld diagnose. I gennemsnit blev der pr. sag udbetalt 80.000 nkr. i erstatning.

4.1.4. Forslag til ny norsk patientskadelov

Det norske justitsministerium har igennem længere tid arbejdet på et lovforslag om en patientskadelov, der skal afløse den nuværende aftalebaserede erstatningsordning. Det nedenfor beskrevne lovforslag er udarbejdet på grundlag af en betænkning fra 1992 (NOU 1992:6), men indeholder dog en del ændringer i forhold til betænkningen. Der er tale om et foreløbigt forslag, der ikke er fremsat for Stortinget.

Lovforslaget indeholder forslag om udvidelse af anvendelsesområdet, patientbegrebet og skadesbegrebet. Disse udvidelser og deres økonomiske konsekvenser, der omtales nærmere nedenfor, er beskrevet i en rapport, udarbejdet af en arbejdsgruppe med deltagelse af repræsentanter fra forskellige ministerier og Norsk Patientskadeerstatning.

De nuværende erstatningsregler omfatter det meste af den offentlige sundhedssektor, men en del elementer mangler. Eksempelvis kan nævnes syge- og alderdomshjem, syge- og fødestuer, rehabiliteringscentre o.l., som ikke er sygehuse, offentlig tandpleje og hjemmesygepleje. Efter forslaget vil hele den offentlige sundhedssektor blive omfattet.

Arbejdsgruppen har forsøgt at beregne de økonomiske konsekvenser af denne udvidelse og er nået frem til, at erstatningsudbetalingerne maksimal vil øges med 10 mio. nkr. pr. år. Det præciseres, at beregningen er behæftet med stor usikkerhed. Der er tale om et bruttotal. Det har nemlig ikke været muligt at skønne over, hvor mange af disse millioner der udbetales med hjemmel i andre love og over andre budgetter.

Bag tallet ligger forventede udbetalinger til ældreomsorg, primærsundhedstjeneste og den del af psykiatrien, der ikke er omfattet af den nuværende ordning.

Forventede erstatningsudbetalinger for de enkelte grupper:

- Psykiatri uden for sygehus og poliklinikker: 1.000.000 n.kr.

- Almenlægetjeneste: 300.000 n.kr.
- Ældreomsorg: 4.500.000 n.kr.
- Fysioterapi: 2.200.000 n.kr.
- Hjemmesygepleje: 300.000 n.kr.

I alt: 8.300.000 n.kr.

Oven i dette beløb på 8,3 mio. nkr. har arbejdsgruppen lagt en ramme på 1,7 mio. nkr. til at opfange udgifter, som arbejdsgruppen ikke har tænkt på.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at langt de fleste almenlæger i Norge er omfattet af den nuværende ordning. Tallet 300.000 nkr. relaterer sig udelukkende til de ca. 200 læger, der ikke har aftale med det offentlige.

Hele den private sundhedssektor er omfattet af lovforslaget, men arbejdsgruppen har kun lavet økonomiske beregninger vedrørende privatpraktiserende speciallæger.

Arbejdsgruppen antager, at udvidelsen for så vidt angår speciallæger vil medføre relativt store udgifter til erstatninger, da speciallæger udfører mange kirurgiske indgreb, som erfaringsmæssigt er risikofyldte. Der findes ikke præcise opgørelser over antallet af praktiserende speciallæger, men det lægges til grund, at der udføres speciallægevirkomhed svarende til ca. 700 årsværk i den private sektor.

På baggrund af erfaringer fra offentlige sygehuse antages disse 700 årsværk tilsammen at forårsage 150 skader på årsbasis. Hvis man lægger til grund, at 40 % af skaderne er erstatningsberettigede, og at det gennemsnitlige erstatningsbeløb pr. skade udgør 180.000 nkr., udgør det samlede erstatningsbeløb for skader forårsaget af speciallæger i privat praksis ca. 10 mio. nkr.

Arbejdsgruppen gør opmærksom på, at tallet intuitivt synes temmeligt stort, og at tallet er bemærkelsesværdigt højt i forhold til forsikringsbranchens udbetalinger i dag. Det virker desuden urimeligt, at udvidelsen vedrørende speciallæger alene skal koste lige så meget som udvidelsen vedrørende den offentlige sektor. Arbejdsgruppen bemærker dog, at tallet kan forklares med, at speciallæger ofte driver kirurgisk virksomhed. Udgiften på de 10 mio. nkr. må afholdes af den private sektor.

Efter den nuværende ordning er det kun patienter (samt donorer, deltagere i forsøg etc.) som er dækket. Efter lovforslaget vil også andre skadelidte omfattes, såfremt deres skade er en påregnelig følge af en skade påført den "egentlige patient". Typisk den patient, der får inficeret blod og derefter smitter ægtefællen. Eller den mor som ser sit barn blive alvorligt skadet p.g.a. fejlbehandling og selv får varige psykiske skader af oplevelsen.

Denne udvidelse antages ikke at medføre nogen særlig væsentlig stigning i erstatningsudbetalingerne.

I dag dækkes psykiske skader kun, når de er en direkte følge af en fysisk skade. Efter lovforslaget dækkes rene psykiske skader. Det er en betingelse for erstatning, at den psykiske skade har ført til et økonomisk tab (bortset fra ménerstatning). Det siges i arbejdsgruppens rapport, at hensynet til at undgå tvivlsomme afgrænsningsproblemer vedr. fysisk og psykisk skade taler for at ophæve denne skillelinje.

Lovforslaget gælder fejlbehandling, ikke ulovlig tvangsindlæggelse o.l. Psykisk skade af denne grund falder derfor fortsat uden for erstatningsordningen.

Der forventes ikke at komme mange erstatningsberettigede sager vedr. rene psykiske skader, men man er opmærksom på, at "vanskelige" psykiatriske patienter kan tænkes at volde en del administrativt merarbejde.

I den private sektor vil der blive indført en forsikringspligt for alle sundhedspersoner, antageligt i kombination med en forening bestående af forsikringsselskaber, der tegner disse forsikringer. Foreningens opgave bliver at betale erstatning i de tilfælde, hvor der ikke foreligger en gyldig forsikring.

For de væsentligste grupper (læger og tandlæger) foreligger der allerede i dag forsikringspligt for almindeligt culpaansvar, ligesom langt de fleste andre sundhedspersoner har tegnet en ansvarsforsikring. Ændringen bliver

derfor ikke særlig stor i praksis, bortset fra at det må påregnes, at forsikringsselskaberne vil sætte præmien noget op i forhold til i dag.

Den norske ansvarsforsikring for læger koster i dag 385 nkr. pr. år. Præmien indkræves af lægeforeningen i forbindelse med kontingentet. Forsikringssummen er 3 mio. nkr pr. skade, mens egenandelen er 6.000 nkr., der fratrækkes patientens erstatningsbeløb.

I den offentlige sektor kommer staten og fylkerne til at dele udgifterne. Det er uafklaret, om kommunerne direkte skal deltage i finansieringen.

[Indhold kapitel 4](#)

4.2. Sverige

4.2.1. Forsikringsordningen før 1. januar 1997

I Sverige etablerede sygehusejerne (dvs. landsting og kommuner) i samarbejde med 4 forsikringsselskaber med virkning fra 1. januar 1975 en patientforsikringsordning, hvorefter skadede patienter kan få erstatning uden at skulle bevise, at skaden er forvoldt ved fejl eller forsømmelse i forbindelse med behandlingen. Forsikringen er en frivillig, kollektiv ulykkesforsikring tegnet til fordel for tredjemand (skadelidte).

Indtil 31. december 1994 administreredes ordningen af et konsortium, det såkaldte "Konsortiet for Patientförsäkring", der bestod af fire forsikringsselskaber. Imidlertid er det ikke tilladt ifølge den svenske konkurrencelov, der trådte i kraft 1. juli 1993, at fire store forsikringsselskaber arbejder sammen i et kartel, og konsortiet blev derfor opløst ved udgangen af 1994. Forsikringerne blev fra 1. januar 1995 overført til Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF).

Ordningen finansieres for det offentlige sundhedsvæsens vedkommende ved, at landstingene (amterne) betaler en årlig præmie pr. indbygger, baseret på en beregning af de erstatninger, der i løbet af en 10-årsperiode kommer til udbetaling som følge af skader i et år. I 1994 var præmien 17,13 skr. pr. indbygger, hvor den i 1975 udgjorde 2 skr. pr. indbygger. For de privatpraktiserende sundhedspersoner opkræves en årlig engangspræmie, som fastsættes for hver faggruppe. I 1993 betalte f.eks. læger en årlig præmie på mellem 600 og 1.200 skr., medens tandlæger betalte en præmie på mellem 1.200 og 1.600 skr.

Der er oprettet et patientskadenævn, som er et rådgivende organ for såvel patienterne som forsikringsselskabet. Forsikringsselskabets afgørelser kan indbringes for dette nævn, som består af jurister, læger samt repræsentanter for almenheden og forsikringsselskabet. Nævnets afgørelser kan endvidere indbringes for voldgift.

Såfremt patienten ikke ønsker at tage imod det tilbud, som forsikringsselskabet fremsætter vedr. erstatning, kan vedkommende rejse sagen ved voldgift, men kun på grundlag af de almindelige erstatningsretlige regler.

Hele det offentlige sundhedsvæsen og næsten alle privatpraktiserende sundhedspersoner har tegnet en patientforsikring.

Ordningen dækker fysiske skader inden for følgende fem grupper: egentlige behandlingsskader, skader der på grund af komplikationer medfører svær invaliditet m.v., skader som følge af fejlagtig diagnose, infektioner og ulykker.

Der er dog indeholdt visse generelle begrænsninger heri. For det første undtages skader, som er en følge af en undersøgelse eller behandling, som det ud fra en medicinsk vurdering er nødvendigt at foretage trods den forbundne risiko, fordi sygdommen ubehandlet ellers ville være livstruende eller ville medføre svær invaliditet. For det andet undtages skader, som i det væsentlige skyldes grundsygdommen. Denne undtagelse gælder imidlertid ikke ved fejlagtige diagnoser, jf. nedenfor. For det tredje er lægemiddelskader undtaget, forudsat skaden er omfattet af den særlige lægemiddelforsikringsordning, og skaden ikke kunne være undgået under hensyn til anvisningerne om brug af lægemidlet.

Ved egentlige behandlingsskader forstås skader, der er opstået som en direkte følge af undersøgelse, behandling og

lignende. Skaden dækkes, såfremt den ikke udgør en uundgåelig komplikation ved en helbredelsesforanstaltning, der var motiveret ud fra et medicinsk synspunkt, eller hvis valget af behandlingsmetode ikke var i overensstemmelse med medicinsk videnskab og erfaring, eller hvis skaden kunne være undgået med den valgte metode. Ved vurderingen af, hvorvidt undersøgelsen eller behandlingen var medicinsk motiveret, lægges der vægt på de faktiske oplysninger, som foreligger på det tidspunkt vurderingen foretages, selv om disse først er blevet kendt efter behandlingstidspunktet, dvs. et såkaldt facitræsonnement. Facitræsonnementet anvendes imidlertid ikke på selve metodevalget.

Dækningen af skader forårsaget af komplikationer er en undtagelse fra princippet om, at der ikke ydes erstatning for uundgåelige komplikationer. Komplikationer ved skader, som medfører svær invaliditet eller dødsfald, dækkes, hvis de med overvejende sandsynlighed er opstået som en direkte følge af undersøgelse eller behandling af en sygdom, som ubehandlet ville være af forbigående karakter eller som ikke ville kunne føre til alvorlige gener for patienten. (Der var tidligere en regel om, at kun komplikationer ved diagnostiske indgreb blev erstattet).

Skader som følge af en fejlagtig diagnose erstattes, hvis årsagen med overvejende sandsynlighed enten er urigtige undersøgelsesresultater hidrørende fra teknisk apparatur, eller hvis faktisk konstaterbare symptomer ikke er blevet tolket i overensstemmelse med alment accepteret medicinsk praksis. Målestokken er den erfarne specialist.

Infektionsskader dækkes, hvis det er overvejende sandsynligt, at infektionen er blevet påført patienten under behandling m.v., og ikke skyldes patientens egne bakterier.

I visse tilfælde går man i almindelighed ud fra, at infektionen skyldes patienten selv; det gælder således bl.a. ved indgreb i områder, der ud fra et bakteriologisk synspunkt anses for "urene", og ved sygdomme, hvor patientens immunforsvar er nedsat.

Skader som følge af ulykker, der indtræffer i sammenhæng med undersøgelse, behandling m.v., dækkes, ligesom ulykker som opstår under sygetransport, ved teknisk svigt i apparatur eller i forbindelse med brand eller anden skade på lokaliteter m.m. dækkes.

Skader, der opstår som følge af, at et lægemiddel anvendes i strid med gældende anvisninger, er omfattet af erstatningen.

Erstatningen beregnes som hovedregel efter de almindelige svenske regler om skadeserstatning, dvs. der ydes erstatning for tabt arbejdsfortjeneste, svie og smerte, forsørgertab m.v. Der er dog den begrænsning, at skaden skal have medført sygemelding i mere end 30 dage på grund af mindst 50%'s nedsættelse af arbejdsevnen eller have medført forlænget sygehusophold i mere end 10 dage eller have påført patienten et ikke ringe varigt mén, eller medført patientens død. Dog ydes der uanset disse betingelser altid erstatning for positive udgifter og indtægtstab, hvis tabet overstiger 700 kr.

I perioden 1975-1996 er der anmeldt ca. 95.000 skader. Der anmeldes ca. 7.000 sager årligt, hvoraf patienterne får medhold i ca. 40 % af sagerne. Andelen af sager, hvori patienterne får medhold, har været jævnt stigende.

Der er sket en stadig stigning i antallet af anmeldelser. De første 3 år anmeldtes i gennemsnit 2.500 skader årligt, efterfulgt af en jævn stigning i starten af 1980'erne. I slutningen af 1980'erne lå anmeldelsesfrekvensen på et stabilt niveau på mellem 4.500 og 5.000 årligt.

De seneste år er anmeldelserne steget kraftigt, således at der i 1995 blev anmeldt ca. 7.500 sager. I 1996 skete der fald i anmeldelsestallet til ca. 7000 sager.

Patientskadenævnet har i samme periode behandlet ca. 4.500 sager. Også antallet af sager, der er forelagt nævnet, har de senere år været stigende. I perioden 1990-1992 behandlede nævnet gennemsnitligt 300 sager årligt, medens der f.eks. i 1995 blev forelagt 612 sager. Tallet faldt til 532 i 1996.

Der er i perioden 1975-1996 udbetalt 1.073 mio. skr. i erstatning, hvoraf 143 mio. kr. blev udbetalt i 1996. Der er herudover afsat 1.351 mio. skr. til forventede erstatningsudbetalinger for skader, som er indtruffet i perioden og er – eller forventes – anmeldt.

4.2.2. Forsikringsordningen efter 1. januar 1997 (Patientskadeloven)

I juni 1996 vedtog den svenske Riksdag en lov om patientskader, som finder anvendelse for skader, der er forårsaget efter den 1. januar 1997.

Loven bygger i store træk på den frivillige ordning, som er beskrevet ovenfor. Skaderne inddeles i 6 grupper, nemlig behandlingsskader, materielskader, diagnoseskader, infektionsskader, skader som følge af ulykker samt skader som følge af fejlanvendelse af lægemidler.

Loven bygger på et forsikringssystem, hvor privatpraktiserende sundhedspersoner har pligt til at tegne forsikring. Sagerne skal behandles af en patientforsikringsforening, som skal etablere et patientskadenævn, der har de samme opgaver som det eksisterende frivillige nævn.

Såvel den private som den offentlige sundhedssektor er omfattet af loven.

Der er også i loven en fast minimumsgrænse for ydelse af erstatning, nemlig 5 % af basisbeløbet i den svenske skadeserstatningslov (ca. 1.800 skr.). Der er dog på visse områder sket ændringer i forhold til de gældende forsikringsvilkår, bl.a. vedr. psykiske skader, lægemiddelskader og visse bevisbyrdespørgsmål.

I loven medtages psykiske skader. I den betænkning, der ligger til grund for loven ⁴⁾, anføres det, at psykologer og psykoterapeuter efter loven har pligt til at tegne en patientforsikring. Det indebærer, at såfremt udelukkende fysiske skader erstattes, vil kun yderst få skader, som disse faggrupper måtte forvolde, blive erstattet, hvilket ikke findes rimeligt. I betænkningen skønnes det, at selv om antallet af anmeldelser til patientforsikringen vil stige, vil omkostningerne i forbindelse med denne udvidelse af ordningen være af begrænset omfang. Man er klar over, at udvidelsen kan medføre mange svære og ubeføjede sager, men det er en risiko, der bør tages. Samtidig understreges det, at psykiske skader generelt kun undtagelsesvis medfører svær invaliditet.

Lægemiddelskader erstattes, såfremt skaden er en følge af, at lægemidlet anvendes i strid med de gældende anvisninger, eller det tilvirkes eller importeres direkte af den driftsansvarlige, f.eks. sygehusejeren. Formålet med denne udvidelse af dækningsområdet er at sikre, at de fleste lægemiddelskader enten erstattes af patientforsikringsordningen, lægemiddelforsikringen eller produktansvarsloven.

For så vidt angår bevisbyrdereglerne stilles der i loven krav om, at der skal være årsagssammenhæng mellem undersøgelsen, behandlingen m.m. og den opståede skade. Hvis dette er tilfældet, skal det herefter vurderes, hvorvidt undersøgelsen m.v. var medicinsk motiveret. Bedømmelsen af, hvorvidt der foreligger en behandlingsskade eller diagnoseskade, skal ske på grundlag af en specialistbedømmelse ("erfaren specialist eller anden erfaren sundhedsperson på området"). Behandlingsskader skal vurderes ud fra et facitræsonnement, både for så vidt angår den behandlingsmetode og den behandlingsteknik, der anvendes. I relation til valget af behandlingsmetode er anvendelsen af facitræsonnementet en udvidelse i forhold til den gældende ordning.

[Indhold kapitel 4](#)

4.3. Finland

4.3.1. Organisation og finansiering

I Finland etableredes en lovreguleret patientforsikringsordning med virkning fra 1. maj 1987.

Alle, der udøver virksomhed inden for det område af sundhedssektoren, som loven dækker, har pligt til at tegne forsikring for sit ansvar. De selskaber, der tegner patientforsikring, skal være medlemmer af en patientforsikringsforening. Foreningen modtager, behandler og afgør sager efter loven. Der er knyttet et patientskadenævn til ordningen. Nævnet, der er et rådgivende organ, afgiver udtalelser og anbefalinger til såvel patienter og forsikringsselskaber som domstolene. En skadelidt patient kan indbringe foreningens afgørelser for domstolene.

Ordningen finansieres via præmieindbetalinger fra såvel den offentlige som den private sundhedssektor efter samme principper som den svenske ordning.

4.3.2. Dækningsområde m.v.

Forsikringsordningen dækker al helbredelsesvirksomhed på sygehuse m.v. og i privat praksis, som drives af offentligt godkendt sundhedspersonale, f.eks. læger, tandteknikere, sygeplejere, fysioterapeuter, massører og optikere. Også bedriftssundhedstjenesten er omfattet. Visse private institutioner, som henhører under det sociale område, f.eks. plejehjem, er også omfattet i den udstrækning, de driver virksomhed, som henhører under begrebet "helsetjeneste".

Ordningen dækker såvel fysiske som psykiske skader inden for følgende tre grupper: Behandlingsskader, infektionsskader samt skader som følge af ulykker. Man valgte at medtage psykiske skader allerede fra ordningens etablering, fordi man fandt det urimeligt, at psykiatriske patienter, som i forvejen er en udsat gruppe, skulle stilles ringere end andre grupper i erstatningsmæssig henseende.

Der er dog indeholdt visse generelle begrænsninger i dækningen af de nævnte skadegrupper. F.eks. undtages skader, som er en uundgåelig komplikation forårsaget af en medicinsk motiveret undersøgelse eller behandling, eller som er en følge af en risiko, som det medicinsk set var nødvendigt at tage. Lægemedelskader er undtaget, idet de dækkes af den frivillige lægemiddelforsikring, der blev etableret i 1984.

Ved behandlingsskader forstås skader, som med sandsynlighed er forårsaget ved undersøgelse, behandling el. lign. Diagnoseskader dækkes herunder, dvs. skader som følge af, at der bliver stillet en fejlagtig diagnose. Skaden kan opstå ved, at der enten ikke bliver givet en adækvat behandling, eller at denne bliver iværksat for sent.

Skader, som skyldes smitte eller infektion, erstattes, såfremt de med sandsynlighed er opstået i forbindelse med undersøgelse, behandling m.v.

Endvidere erstattes skader, som skyldes ulykker i forbindelse med undersøgelse, behandling el. lign. eller skyldes fejl ved udstyr eller instrumenter. Endvidere dækkes personskade på grund af brand eller anden skade på lokaliteter.

Erstatningerne beregnes efter de almindelige finske regler om skadeserstatning. Der ydes således erstatning for såvel økonomisk som ikke-økonomisk tab. Mindre skader dækkes ikke efter loven. Bagatelgrænsen er ikke nærmere defineret i selve loven. Ifølge forarbejderne til loven skal der ved vurderingen heraf lægges vægt på både skadens alvor og på størrelsen af det økonomiske tab for patienten.

Det er i øvrigt i forarbejderne til loven præciseret, at fordi en sygdom forbliver ubehandlet på grund af manglende ressourcer og derved medfører svækket helbredstilstand eller en skade, berettiger dette ikke til erstatning efter loven.

I perioden 1. maj 1987 – 1. januar 1996 er der anmeldt 45.809 skader, hvoraf patienterne har fået medhold i ca. 40 % af sagerne. Der er i 1996 udbetalt 64,5 mio. FIM i erstatninger.

4.4.3. Forslag til revideret finsk patientforsikringslov

Det finske Social- og Sundhedsministerium nedsatte i maj 1996 en arbejdsgruppe, der skal vurdere behovet for en evt. revision af den finske patientforsikringslov. Arbejdsgruppen har medio 1997 afgivet sin betænkning til social- og sundhedsministeren (Social- och hälsovårdsministeriets arbetsgruppspromemoria 1997:14). Det foreslås, at lovens dækningsområde (i den nuværende lov benævnt "hälso- og sjukvård") nærmere præciseres. Endvidere foreslås begrebet patient udvidet til også at omfatte bloddonorer samt vævs- og organdonorer.

Det foreslås, at en forudsætning for at en skade er erstatningsberettigende er, at skaden skyldes undersøgelse, behandling eller lignende eller undladelse heraf. Såfremt skaden skyldes behandling, skal det vurderes, hvorvidt skaden kunne have været undgået, hvis der var handlet i overensstemmelse med et – abstrakt beregnet – kundskabsniveau, som en erfaren sundhedsperson inden for sit specialområde repræsenterer. Der anvendes ikke et facitraisonnement ved vurderingen heraf. Infektionsskader er dækket af forslaget, såfremt infektionen er mere omfattende end patienten objektivt set bør tåle. Vurderingen af sidstnævnte skal foretages på grundlag af infektionens alvorlighed og risikoen for infektion. Endelig foreslås det, at skader, der er urimelige, skal være erstatningsberettigende, forudsat at skaden har medført et permanent handicap eller patientens død. Der er tale om en urimelig skade, såfremt der er et betydeligt misforhold mellem skaden og patientens øvrige helbredstilstand, samt at skaden i det konkrete tilfælde er sjælden og uventet. Herudover foreslås det – som efter den gældende lov –

at skader, der skyldes fejl ved udstyr eller instrumenter, samt personskade på grund af brand eller anden skade på lokaliteter, erstattes.

Endvidere indeholder arbejdsgruppens betænkning forslag om bl.a. Patientforsikringsforeningens ret til regres i overensstemmelse med den gældende produktansvarslov, såfremt fejl i udstyr eller instrumenter m.v. tillige berettiger til erstatning efter produktansvarsloven. Endelig forslås den gældende absolutte forældelsesfrist på 20 år ændret til 10 år.

⁴⁾ Betänkande av Patientförsäkringsutredningen "Patientskadelag" SOU 1994:75.

[Indhold kapitel 4](#)

Kapitel 5. Udvalgets overvejelser vedr. patientforsikringsordningen og behovet for ændring heraf

Indhold:

- [5.1. Indledning](#)
 - [5.2. Generel vurdering af patientforsikringsloven](#)
 - [5.3. Inddragelse af den primære sundhedstjeneste under lovens dækningsområde](#)
 - [5.4. Særlige afgrænsningsspørgsmål vedrørende patientforsikringslovens dækningsområde](#)
 - [5.5. Erstatningskriterier og udmåling af erstatning](#)
 - [5.6. Patientskadeankenævnet](#)
 - [5.7. Andre spørgsmål](#)
 - [Noter \(nr. 5-61\)](#)
-

5.1. Indledning

I overensstemmelse med pkt. 2 i kommissoriet har udvalget vurderet, hvorvidt den nuværende patientforsikringslov fungerer hensigtsmæssigt, samt taget stilling til, om der er behov for ændringer af de gældende regler. Udvalgets vurderinger og forslag til ændringer er beskrevet i dette kapitel, mens kapitel 7 indeholder udkast til lovforslag, hvor udvalgets forslag er udmøntet i paragrafform.

Udvalgets drøftelser har især koncentreret sig om spørgsmålet om inddragelse af praksissektoren under patientforsikringsloven, jf. pkt. 3 i kommissoriet. I den forbindelse har udvalget overvejet de organisatoriske modeller, der er fremlagt af underudvalget i rapporten vedrørende gennemførelse af forsikringspligten for sundhedspersoner i den primære sundhedstjeneste ⁵).

På baggrund af sine overvejelser konkluderer udvalget, at praksissektoren bør inddrages under patientforsikringsloven, men udvalget finder ikke at kunne lægge sig fast på én bestemt organisatorisk model.

[Indhold kapitel 5](#)

5.2. Generel vurdering af patientforsikringsloven

Hovedformålet med oprettelsen af patientforsikringsordningen var at styrke patienters muligheder for at få erstatning for skader ved behandling i sygehusvæsenet. Dette mål skulle nås igennem dels en udvidelse af retten til erstatning i forhold til de almindelige erstatningsregler, dels indførelse af en lettere og hurtigere måde at få erstatningssagen behandlet på.

Erfaringerne fra Patientforsikringsforeningens første 5 år viser efter udvalgets opfattelse, at loven fuldt ud har levet op til intentionerne. Dette kan belyses ved hjælp af statistiske oplysninger fra Patientforsikringsforeningens virksomhed. For så vidt angår Patientskadeankenævnet må udvalget dog konstatere, at der inden for de sidste par år er sket en væsentlig stigning i sagsbehandlingstiden, således den gennemsnitlige sagsbehandlingstid pr. juli 1997 var ca. 1½ år ⁶).

I 1992, hvor ordningen var helt ny, modtog Patientforsikringsforeningen 178 skadesanmeldelser, mens tallet for 1996 var steget til 2111. Patientforsikringsforeningen forventer, at antallet af anmeldelser i de kommende år vil stige med ca. 400 anmeldelser årligt. Erstatningsudbetalingerne har vist en tilsvarende udvikling. Siden 1992 er der i alt udbetalt 176,4 mio. kr. i erstatning til ca. 1400 skadelidte patienter. Alene i 1996 blev der udbetalt 83,3 mio. kr. i erstatning. Også her forventer Patientforsikringsforeningen en stigning fremover, svarende til 15-20 mio. kr. årligt.

Til sammenligning kan oplyses, at der før patientforsikringsloven kun blev anmeldt ca. 225 erstatningskrav årligt for personskade ved lægelig behandling ved alle landets sygehuse ⁷).

Det er således tydeligt, at patientforsikringsloven har bevirket, at antallet af patienter, der har fået erstatning er steget væsentligt i forhold til tidligere.

Målsætningen om at patienternes vej til erstatning skal være lettere og hurtigere, må efter udvalgets opfattelse også siges at være indfriet. Sagsbehandlingen varetages af Patientforsikringsforeningen, der er forpligtet til af egen drift at indhente alle nødvendige oplysninger. Patienten skal alene udfylde et anmeldelsesskema. De administrative procedurer er således væsentligt lettere end tidligere, hvor patienten selv måtte anlægge retssag mod sygehuset, hvis der ikke kunne opnås en forligsmæssig løsning.

Oplysninger om sagsbehandlingstiden i Patientforsikringsforeningen viser, at det også er blevet hurtigere at få erstatning for skader i sygehusvæsenet. Patientforsikringsforeningens sagsbehandlingstid har i de sidste år stabiliseret sig omkring 6-7 måneder, hvoraf ca. halvdelen af tiden beror på indhentelse af oplysninger fra sygehuse, lægeundersøgelse af patienten m.v. Eftersom sagerne ofte kan være meget komplicerede, må dette siges være tilfredsstillende, og i forhold til tidligere, hvor en erstatningssag oftest forudsatte en tidskrævende retssag, er der sket en væsentlig forbedring.

Som nævnt er sagsbehandlingstiden i Patientskadeankenævnet ca. 1½ år, hvilket efter udvalgets opfattelse er meget utilfredsstillende for patienterne. Udvalget kommer på den baggrund med en række forslag til initiativer, der kan nedbringe sagsbehandlingstiden, og stiller herunder forslag om en ny sammensætning af nævnet, jf. nærmere afsnit 5.6.

[Indhold kapitel 5](#)

5.3. Inddragelse af den primære sundhedstjeneste under lovens dækningsområde

5.3.1. Ulemper ved den gældende ordning

Ved Folketingets vedtagelse af patientforsikringsloven i 1991 blev det som led i et politisk kompromis besluttet, at loven alene skulle gælde for offentlige sygehuse og sygehuse, det offentlige har driftsoverenskomst med. Herved blev hele den primære sundhedstjeneste holdt uden for loven med den virkning, at skader forvoldt af praktiserende læger m.v. fortsat skulle bedømmes efter den almindelige culparegel.

Folketinget lagde bl.a. vægt på, at langt de fleste alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger har tegnet en erhvervsansvarsforsikring, der dækker erstatningsansvaret, og at andelen af skader i privat praksis blev anslået til kun at udgøre 10 % i forhold til sygehusvæsenet. Det blev dog samtidigt understreget, at området ville blive fulgt nøje med henblik på en eventuel senere udvidelse af dækningsområdet – ikke mindst lægepraksisområdet.

Ved en lovændring i marts 1995 ⁸⁾ blev patientforsikringsloven udvidet til at omfatte et lille hjørne af den primære sundhedstjeneste, nemlig biomedicinske forsøg. Ved lovændringen blev det fastsat, at personer, der deltager i biomedicinske forsøg i den primære sundhedstjeneste, får ret til erstatning efter reglerne i patientforsikringsloven. Patientforsikringsforeningen har endnu ikke modtaget anmeldelser om erstatning for skader efter denne bestemmelse.

Efter udvalgets opfattelse er det principielt uheldigt, at patienter i privat praksis i erstatningsmæssig henseende er væsentligt dårligere stillet end patienter i sygehusvæsenet. I visse tilfælde kan forskellen føre til resultater, der af befolkningen med rette føles urimelig.

Der kan f.eks. peges på den situation, hvor vagtlægeordningen fysisk er placeret på sygehusområdet, lige ved siden af skadestuen. Her vil det ofte være meget tilfældigt, hvor patienten henvender sig. Hvis patienten henvender sig hos lægevagten, der hovedsageligt betjenes af alment praktiserende læger, vil en evt. skade ikke være omfattet af patientforsikringsloven. Derimod vil en behandlingsskade forårsaget på sygehusets skadestue være omfattet af loven.

Et tilsvarende problem findes i forbindelse med amternes visitation af patienter til behandling på private klinikker for at nedbringe ventelisterne. Denne gruppe patienter, der på amtets regning behandles på private institutioner, kan ikke være sikker på at være dækket af en patientforsikring. En del private klinikker, men ikke alle, har på frivilligt

grundlag tegnet en patientforsikring.

Mange kirurgiske indgreb, hvor skadesrisikoen er særlig høj, udføres både på sygehuse og i privat speciallægepraksis, og ofte kan det være tilfældigt, hvor patienten bliver behandlet. I denne situation er det ikke rimeligt, at der er forskel på muligheden for at få erstatning.

Disse særlige tilfælde udgør imidlertid ikke den væsentligste mangel ved den nuværende ordning. Udvalget finder det vigtigere at fremhæve, at der i privat praksis uden tvivl opstår alvorlige skader ⁹⁾, som patienten ikke får erstatning for, da domstolsvejen erfaringsmæssigt kun vælges af de færreste. Dertil kommer, at domstolene i sager vedrørende erstatningsansvar for privatpraktiserende læger har anlagt en forholdsvis mild culpavurdering, således at lægen gives en bred margin for fejlskøn ¹⁰⁾. Det er derfor sjældent, at domstolene tilkender erstatning for skader i praksissektoren.

Det skal endvidere fremhæves, at Patientklagenævnet i 1996 modtog 563 klagesager vedrørende speciallægepraksis, lægevagt og almen lægepraksis, hvilket svarer til 27 % af det samlede antal modtagne klagesager ¹¹⁾. Selv om det må antages, at langt fra alle sagerne vedrører egentlige erstatningsberettigende skader, giver tallet et fingerpeg om, at der kan være behov for en erstatningsordning for praksissektoren.

5.3.2. Afgrænsning af den primære sundhedstjeneste

Udvalget har drøftet, hvilke grupper af sundhedspersoner i den private sektor der bør være omfattet af patientforsikringsloven. Der er herved lagt særlig vægt på at gøre forsikringsordningen så bredt dækkende som muligt, og ud fra det hensyn anbefales det at medtage samtlige privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner samt de kommunale sundhedsordninger.

Udvidelsen kommer således til at omfatte følgende faggrupper i den primære sundhedstjeneste:

- Alment praktiserende læger
- Speciallæger
- Tandlæger ¹²⁾
- Kiropraktorer ¹³⁾
- Fysioterapeuter
- Ergoterapeuter
- Fodterapeuter
- Psykologer
- Tandplejere
- Kliniske diætister
- Jordemødre
- Sygeplejersker

Udvidelsen af patientforsikringsloven bør efter udvalgets opfattelse gælde alle de pågældende autoriserede sundhedspersoner, uanset om de har tilsluttet sig overenskomst med den offentlige sygesikring eller ej ¹⁴⁾. Langt hovedparten af sundhedspersonerne er omfattet af en overenskomst, men der findes en lille gruppe, hovedsageligt læger, der udøver praksis uden overenskomst enten som bi- eller hovederhverv. For patienterne bør spørgsmålet om overenskomst imidlertid ikke medføre erstatningsmæssige konsekvenser.

Til gruppen af alment praktiserende læger medregnes de hospitalslæger m.v., der adskillige steder i landet virker som vagtlæger til varetagelse af lægebetjeningen uden for den sædvanlige dagarbejdstid. I 1995 udgjorde antallet af

disse læger 548. Vagtlægerne fungerer selvstændigt og er ikke undergivet en anden læges arbejdsgiveransvar.

Udvalget finder ikke anledning til at inddrage uautoriserede sundhedspersoner under patientforsikringsloven, idet en offentlig styret patientforsikring bør forbeholdes autoriserede sundhedspersoner ¹⁵⁾).

I lighed med underudvalget ¹⁶⁾ findes der ikke behov for at inddrage sundhedspersoner, der virker i organisationer og idrætsklubber o. lign., under patientforsikringsloven. Til denne gruppe hører også lægevirksomhed m.v., der foretages uden for sundhedssektoren, f.eks. under bedriftssundhedstjenesten, i lufthavne og på boreplatformer.

Tilsvarende holdes lægegerninger m.v., der udføres i fritiden af praktiserende læger og andre sundhedspersoner, uden for patientforsikringsloven. Der tænkes særligt på tilfælde, hvor lægen behandler pårørende uden for tjenesten eller opfylder sin pligt efter lægelovens § 7 til at yde akut lægehjælp. Dette svarer til retsstillingen i dag, hvor hospitalslægers handlinger i fritiden heller ikke er omfattet af patientforsikringsloven. Skader i forbindelse hermed vil typisk være omfattet af en ansvarsforsikring.

Efter § 3, stk. 2, i den gældende patientforsikringslov kan der gives erstatning for skader som følge af ulykkestilfælde, der indtræder mens patienten befinder sig på sygehusets område. Der er dog ikke tale om et objektivt ansvar for sygehuset, idet det er en betingelse for erstatning, at sygehuset har pådraget sig ansvar for skaden efter almindelige erstatningsretlige regler, dvs. navnlig culpa-reglen. Reglen indebærer, at behandlingen af disse sager henlægges til Patientforsikringsforeningen. Det skal tilføjes, at ulykkestilfælde uden for sygehuset, f.eks. i forbindelse med hjemmedialyse, ikke er omfattet af § 3, stk. 2.

I Patientforsikringsforeningens praksis har bestemmelsen især været anvendt i sager, hvor patienter er faldet ud af hospitalssengen som følge af manglende tilsyn. I perioden 1992-1996 har Patientforsikringsforeningen anerkendt 11 ulykkestilfælde som værende omfattet af bestemmelsen.

Udvalget har drøftet, om der bør gælde en lignende regel for så vidt angår ulykkestilfælde i praksissektoren, der ikke har direkte forbindelse med undersøgelse og behandling. For så vidt angår sygehusområdet er reglen begrundet i, at indlagte patienter er i sygehusets varetægt døgnet rundt. I den situation er det rimeligt, at patienterne har en nem adgang til erstatning, hvis der sker skader f.eks. som følge af manglende vedligeholdelse af bygningerne eller svigtende tilsyn. De samme forhold gør sig imidlertid ikke gældende i praksissektoren, hvor patienterne typisk kun befinder sig kortvarigt, og hvor risikoen for ulykker derfor må vurderes at være langt mindre. Sådanne ulykkestilfælde vil i langt de fleste tilfælde være dækket af en ansvarsforsikring, hvilket udvalget finder tilfredsstillende.

De kommunale sundhedsordninger, der foreslås inddraget under forsikringsordningen, omfatter forebyggende sundhedsordninger for børn og unge, børn- og ungetandpleje, omsorgstandpleje, hjemmesygeplejerskeordninger, ikke-lægeordineret træning ved fysioterapeut og ergoterapeut, samt ordningen vedr. svangerskabshygiejne og fødselshjælp ¹⁷⁾).

I lighed med underudvalget ¹⁸⁾ kan udvalget ikke anbefale at udvide patientforsikringsloven til kommunale og amtskommunale institutioner m.v., f.eks. plejehjem og forskellige typer døgninstitutioner for børn og voksne. Antallet af skader i forbindelse med sundhedsmæssig behandling på dette område er formentligt meget begrænset, hvortil kommer, at langt de fleste klienter på sociale institutioner er tilknyttet en praktiserende læge, og i mere alvorlige sygdomstilfælde sker der indlæggelse på sygehus, hvor patientforsikringen dækker. Underudvalget har endvidere fremhævet, at de administrative procedurer og omkostninger ved at lægge området ind under loven vil være helt ude af proportion med det ringe antal skader.

Efter udvalgets vurdering tilsiger lignende hensyn, at man ikke udvider lovens område til at gælde forsvarets infirmerier og fængselsvæsenets sygeklinikker.

Udvalget kan ikke anbefale at inddrage apoteksområdet under loven. Den virksomhed, som apotekere i almindelighed udfører, har ikke karakter af sygdomsbehandling eller anden sundhedspleje og hører derfor ikke naturligt ind under patientforsikringslovens område. Dertil kommer, at patienterne med lov om erstatning for lægemiddelskader ¹⁹⁾ er sikret erstatning ved skader, der skyldes egenskaber ved lægemidler, der f.eks. er udleveret på et apotek.

5.3.3. Særligt om privatpraktiserende tandlæger

For så vidt angår privatpraktiserende tandlæger gør der sig det særlige forhold gældende, at Dansk Tandlægeforening på frivilligt grundlag har etableret en patientforsikringsordning, der dækker i overensstemmelse med patientforsikringsloven. På visse punkter giver forsikringsordningen endog en bedre dækning end loven. Der henvises i øvrigt til afsnit 3.1., hvor ordningen er beskrevet nærmere.

Udvalget finder det mest hensigtsmæssigt at give mulighed for, at Dansk Tandlægeforening kan opretholde sin eksisterende kollektive patientforsikringsordning, selv om den øvrige del af praksissektoren inddrages under patientforsikringsloven²⁰). Dansk Tandlægeforening har i forbindelse med udvalgsarbejdet givet udtryk for, at man i givet fald vil benytte denne mulighed for at videreføre ordningen.

Ordningen giver en bedre erstatningsdækning end loven, og eftersom den har fungeret i flere år, er der i forsikringsselskabet og praksisforsikringsudvalget oparbejdet en betydelig ekspertise og erfaring i behandling af tandlægesager. Hvis sagsbehandlingen flyttes til Patientforsikringsforeningen, vil denne erfaring gå til spilde.

På tandlægeområdet indgår der en betydelig patientbetaling, idet næsten 80 % af tandlægenes omsætning udgøres af brugerbetaling. I erstatningsmæssig henseende har det den betydning, at der ved siden af de egentlige forsikringsager, hvor der foreligger en patientskade, endvidere forekommer sager om misligholdelse af en kontraktmæssig forpligtelse. De sidstnævnte sager vedrører spørgsmålet om tilbagebetaling af vederlag i tilfælde, hvor patienten ikke har modtaget den aftalte ydelse, f.eks. hvis tandlægens arbejde har været mangelfuldt, eller hvis tandlægen har givet en garanti for et vist behandlingsresultat, som ikke er indfriet. Dansk Tandlægeforenings Praksisforsikring behandler begge typer sager, jf. nedenfor.

Den juridiske behandling af skader forvoldt ved behandling hos praktiserende tandlæger adskiller sig på enkelte – og væsentlige – punkter fra skader forvoldt ved behandling hos praktiserende læger.

En forkert udført eller på anden måde ikke tilfredsstillende fungerende tandlægebehandling kan ofte korrigeres helt eller delvis ved en fornyet behandling/omgørelse af allerede udført behandling.

Den juridiske behandling af disse sager baseres på kontraktretlige principper og er undtaget forsikringsdækningen.

Idet deltagelse i Praksisforsikringen er gjort obligatorisk for praktiserende tandlæger ved en generalforsamlingsbeslutning, kan afgørelse om tilbagebetaling af erlagt honorar eller vederlagsfri udbedring/genbehandling imidlertid træffes af Praksisforsikringen med bindende virkning for den pågældende tandlæge.

Såfremt patienten ikke får medhold i denne første behandling af sagen, kan kravet vedrørende tilbagebetalingspligt m.v. forelægges til bedømmelse ved det overenskomstmæssige klagesystem (Amtstandlægenævn og Landstandlægenævn).

Såfremt patienten heller ikke får medhold i det overenskomstmæssige klagesystem, er patienten berettiget til at anlægge sag herom ved de almindelige domstole.

Såfremt der alene er tale om at opgøre erstatningskravet efter en skade, vil opgørelsen, som det fremgår af ovennævnte, ske i overensstemmelse med patientforsikringsloven og erstatningsansvarsloven.

En af de største forskelle i den juridiske behandling af læge- henholdsvis tandlægeskader opstår, når der består tvist dels vedrørende tilbagebetaling af erlagt honorar eller vederlagsfri udbedring/genbehandling, dels vedrørende opgørelse af erstatningskrav som følge af en skade. Sådanne tilfælde opstår ganske ofte i tandlægesager, idet der her i modsætning til på lægeområdet indgår en betydelig patientbetaling.

I sådanne tilfælde er patienten, såfremt tandlægesagerne skal behandles i Patientforsikringsforeningen/Patientskadeankenævnets regi, nødsaget til at få sagen behandlet i to forskellige systemer: For det første i Patientforsikringsforeningen/Patientskadeankenævnet for så vidt angår erstatningsopgørelsen efter skaden, og i det overenskomstmæssige klagesystem/domstolene for så vidt angår afgørelsen om tilbagebetaling af erlagt honorar eller vederlagsfri udbedring/genbehandling.

Patienten vil – og formentlig med rette – have svært ved at forstå denne i princippet kunstige opdeling af samme

sag.

Såfremt behandlingen af tandlægesager foregår i Praksisforsikringens regi, vil patienten kunne få hele sin sag behandlet under et.

Som ovenfor anført vil Praksisforsikringen have mulighed for at afgøre spørgsmålet om tilbagebetaling af erlagt honorar eller vederlagsfri udbedring/genbehandling. I de tilfælde, hvor Praksisforsikringen ikke giver patienten medhold, vil patienten kunne forelægge spørgsmålet til bedømmelse ved det overenskomstmæssige klagesystem, og i tilfælde af, at patienten heller ikke får medhold i klagesystemet, da slutteligt for domstolene.

Erstatningsopgørelsen som følge af skaden vil samtidig blive afgjort af Praksisforsikringen i overensstemmelse med reglerne i patientforsikringsloven og erstatningsansvarsloven.

I den forbindelse bemærkes, at en anden væsentlig forskel mellem læge- og tandlægeskader er, at en stor del af de skader, der i dag fører til udbetaling fra Praksisforsikringen, hvor den nedre grænse er 3.000 kr., ligger under patientforsikringslovens grænse på 10.000 kr., og således ikke ville medføre erstatningsudbetaling i Patientforsikringsforeningens regi.

Dette vil næppe være tilfældet for lægeskader, idet laveste méngrad, der kan udløse erstatning, er 5 %, hvilket medfører en erstatning på ca. 14.000 kr.

Dansk Tandlægeforening har oplyst, at patienterne ofte har fået udbetalt erstatning i sager, der ikke ville have udløst erstatning, såfremt sagen havde været behandlet stringent i overensstemmelse med patientforsikrings- og erstatningsansvarsloven.

Det skal bemærkes, at hvis tandlægeområdet inddrages under patientforsikringsloven, vil den særlige undergrænse på 3.000 kr. ikke kunne videreføres, idet undergrænsen i givet fald ville skulle følge lovens almindelige grænse på 10.000 kr.

Det skal endvidere fremhæves, at det er tilstrækkeligt, at skaden er *konstateret* efter forsikringens ikrafttræden, i modsætning til efter patientforsikringsloven, hvor skaden skal være *forårsaget* efter lovens ikrafttræden.

Udvalget har endvidere taget i betragtning, at tandlægeområdet også indtager en særstilling, når det drejer sig om klager over praktiserende tandlægers faglige virksomhed. Sådanne klager behandles ikke i Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, men derimod i det overenskomstmæssige klagesystem (Amtstandlægenævn og Landstandlægenævn).

For at sikre, at forsikringsordningen følger samme principper som Patientforsikringsforeningen ved bedømmelse af skaderne, vil det være hensigtsmæssigt, at Patientforsikringsforeningen får adgang til at rekvirere oplysninger fra ordningen.

Et mindretal i udvalget (Forbrugerrådet) finder, at tandlægesager bør henlægges under Patientforsikringsforeningen, dels for at sikre, at sagerne afgøres af et uvildigt organ, dels for at skabe et enstrengt system, således at alle erstatningssager vedrørende skader i sundhedsvæsenet behandles samme sted. Det er endvidere Forbrugerrådets opfattelse, at der ikke er sikkerhed for upartiske afgørelser, hvis afgørelseskompetencen ligger hos et forsikringsselskab, der er bundet af økonomiske interesser.

Udvalget er opmærksom på, at lovens almindelige undergrænse på 10.000 kr. vil være gældende på det offentlige tandlægeområde, dvs. børne- og ungdomstandpleje og omsorgstandpleje, der stilles til rådighed af kommunerne ²¹⁾. I nogle kommuner udføres tandplejen af privatpraktiserende tandlæger efter aftale med kommunen. Unge på 16 og 17 år og omsorgstandplejeklientellet kan efter loven selv vælge, om de vil behandles på en kommunal klinik eller hos en privatpraktiserende tandlæge.

I de tilfælde, hvor det kommunale tandplejetilbud udføres af privatpraktiserende tandlæger, vil evt. skader være omfattet af Dansk Tandlægeforenings forsikringsordning, og dermed undergrænsen på 3.000 kr.

Et flertal i udvalget finder ikke, at denne mindre forskel i erstatningsadgangen kan berettige til, at 10.000 kr.s-grænsen fraviges for så vidt angår det offentlige tandlægeområde. Flertallet har taget i betragtning, at 3.000 kr.s-grænsen er en særregel, der er indført på frivilligt grundlag af Dansk Tandlægeforening, og at alle andre faggrupper

inden for sundhedssektoren har en undergrænse på 10.000 kr.

Et mindretal (Tandlægenes Nye Landsforening og Forbrugerrådet) finder det ikke rimeligt, at der er forskel i retsstillingen inden for tandlægeområdet. Efter deres opfattelse bør undergrænsen for det offentlige tandlægeområde være 3.000 kr., således at der gælder samme undergrænse, uanset om skaden er relateret til den kommunale tandpleje eller en privatpraktiserende tandlæge.

a. Ankebehandling af tandlægesager

Hvis praksissektoren generelt inddrages under patientforsikringsloven, vil de enkelte sager blive afgjort af Patientforsikringsforeningen med ankeadgang til Patientskadeankenævnet, der er en uafhængig offentlig instans. Denne ankemulighed udgør en vigtig retssikkerhedsgaranti for patienterne. Udvalget finder derfor, at det må være en forudsætning for videreførelse af tandlægenes forsikringsordning, at der gives mulighed for at anke den trufne afgørelse, således at patienterne sikres samme processuelle rettigheder på tandlægeområdet.

Udvalget har i den forbindelse drøftet, om ankebehandlingen skal finde sted inden for rammerne af Dansk Tandlægeforenings forsikringsordning, eller om Patientskadeankenævnet skal inddrages som ankeinstans.

Efter udvalgets opfattelse taler principielle hensyn for at lægge ankebehandlingen i Patientskadeankenævnet, således at alle ankesager vedrørende patientforsikringsloven samles i ét organ, der får det samlede overblik over udviklingen og kan lægge en fast praksis på områder, der har givet anledning til tvivl i 1. instans. Hensynet til en ensartet bedømmelse af lovens erstatningskriterier tilgodeses bedst ved at samle den endelige afgørelse ét sted. Af retssikkerhedsmæssige grunde findes det endvidere mest hensigtsmæssigt, at ankebehandlingen foregår uden for Tandlægeforeningens regi.

Det forhold, at der som tidligere anført er visse forskelle på tandlæge- og lægesager, bør efter udvalgets vurdering tillægges mindre vægt, når det drejer sig om at sikre en uvildig ankebehandling. Generelt findes tandlægesagerne egnet til behandling i Patientskadeankenævnet.

Tandlægeforeningens forsikringsordning giver som nævnt på visse punkter en bedre forsikringsdækning end patientforsikringsloven. Hvis Patientskadeankenævnet indsættes som ankeinstans, bør der gives mulighed for, at ankenævnet kan træffe afgørelse efter samme regler som i første instans. Dette indebærer bl.a., at Patientskadeankenævnet i tandlægesager skal gå ud fra en undergrænse på 3.000 kr., og at sager under 3.000 kr. afgøres efter culpereglen.

Patientskadeankenævnets sammensætning skal endvidere ændres, således at der inddrages tandlægefagkyndig ekspertise i nævnet. På baggrund af oplysninger ²²⁾ fra tandlægenes hidtidige ordning kan der formentlig forventes omkring 100 ankesager på årsbasis.

Et mindretal i udvalget (Dansk Tandlægeforening) finder, at der er en række fordele ved tandlægenes eksisterende forsikringsordning, der taler for, at ankebehandlingen bør finde sted i samme regi: bedre dækning end loven, lang erfaring, bevarelse af ekspertise, kort sagsbehandlingstid og billig administration.

Dansk Tandlægeforening foreslår, at der oprettes et ankeudvalg bestående af:

- 1 formand, der skal være jurist
- 3 tandlæger med erfaring i behandling af patientforsikringssager
- 1 repræsentant fra Forbrugerrådet
- 1 repræsentant fra Amtsrådsforeningen/Sygesikringens Forhandlingsudvalg
- 1 repræsentant fra Patientforsikringsforeningen/Patientskadeankenævnet

Deltagelse af repræsentanter fra Forbrugerrådet og Amtsrådsforeningen sikrer varetagelse af brugerinteresser, og repræsentanten fra Patientforsikringsforeningen/Patientskadeankenævnet sikrer ensartethed i afgørelserne i forhold til de øvrige patientskader. Forsikringsselskabet kan evt. tildeles en plads som observatør.

Dansk Tandlægeforening har særligt påpeget betydningen af den korte sagsbehandlingstid (p.t. ca. 4-6 uger, dog noget længere i særligt komplicerede sager) og billige administration i forhold til Patientskadeankenævnet, forudsat at medlemmerne af ankeudvalget afholder egne udgifter og en forholdsmæssig del af formandens honorar. Efter det oplyste er sagsbehandlingstiden p.t. ca. 500 dage i Patientskadeankenævnet og administrationsomkostningerne i ankenævnet andrager 7-10.000 kr. pr. sag.

Tandlægeforeningen har endvidere fremhævet, at ankeudvalgets afgørelse vil være umiddelbar eksigibel i forhold til den involverede tandlæge/Praksisforsikringen, idet begge disse parter er forpligtet til at følge afgørelser truffet i et sådant ankeudvalgs regi.

Dansk Tandlægeforening er således af den opfattelse, at der er en række indlysende – og forbrugervenlige – fordele ved det foreslåede ankeudvalg, der taler for at ankebehandlingen bør finde sted i dette regi. Dansk Tandlægeforening deler derfor ikke udvalgets opfattelse af, at principielle hensyn og/eller retssikkerhedsmæssige grunde gør det nødvendigt at lægge ankebehandlingen i Patientskadeankenævnet frem for i et ankeudvalg som foreslået af Dansk Tandlægeforening.

I tilknytning til Dansk Tandlægeforenings mindretalsudtalelse om et ankeudvalg konstaterer resten af udvalget, at medlemmerne af det foreslåede ankeudvalg selv skal afholde egne udgifter og en forholdsmæssig del af formandens honorar. I modsætning hertil afholdes udgifterne til Patientskadeankenævnet i henhold til patientforsikringsloven af forsikringsselskaberne og de selvforsikrende myndigheder.

Et andet mindretal i udvalget (Rådet for Dansk Forsikring og Pension) finder det umiddelbart uheldigt, hvis tandlægepatienter, der får deres sager behandlet meget hurtigt i 1. instans, skal udsættes for meget lange ventetider, når de anker en afgørelse. Dette skønnes at ville blive tilfældet, hvis ankesager for tandlægepatienter skal behandles i Patientskadeankenævnet, der har lange ventetider, og uanset den seneste oprustning ikke har udsigt til at få nedbragt ventetiderne i løbet af kortere tid. Derfor bør det overvejes at lade det af Tandlægeforeningen foreslåede paritetisk sammensatte ankeudvalg fungere i det mindste i en overgangsperiode, indtil det er sikret, at Patientskadeankenævnet har fået mulighed for at fungere med mere rimelige ventetider. Koordinationen til Patientskadeankenævnet via den foreslåede repræsentant i ankeudvalget vil medføre, at der kan træffes ensartede afgørelser i ankesagerne.

5.3.4. Særligt om privatpraktiserende kiropraktorer

Dansk Kiropraktor-Forening har i lighed med Tandlægeforeningen på frivilligt grundlag etableret en patientforsikringsordning, der dækker i overensstemmelse med patientforsikringsloven, jf. afsnit 3.2, hvor ordningen er beskrevet. Det er udvalgets opfattelse, at skadessager på kiropraktorområdet ikke adskiller sig væsentligt fra mange lægesager, der behandles i Patientforsikringsforeningen, f.eks. kan visse rygskader forårsages af såvel læge- som kiropraktorbehandling. Kiropraktorområdet kan således ikke umiddelbart sammenlignes med tandlægeområdet, hvor udbedring af tekniske fejl spiller en forholdsvis stor rolle.

Sagsbehandlingen har hidtil været varetaget af det pågældende forsikringsselskab, men da antallet af sager har været meget begrænset, i alt 27 anmeldelser ²³), er der ikke i samme omfang som på tandlægeområdet oparbejdet en ekspertise og erfaring i behandling af kiropraktorsager. Hensynet til bevarelse af sagsbehandlingserfaring hos forsikringsselskabet spiller således ikke samme rolle.

På den baggrund, og under hensyn til, at det beskedne antal sager på området ikke vil belaste Patientforsikringsforeningens administration, finder et flertal i udvalget det mest hensigtsmæssigt at inddrage kiropraktorområdet under Patientforsikringsforeningen/Patientskadeankenævnet.

Det skal bemærkes, at det alene er sagsbehandlingen og afgørelseskompetencen, der henlægges under Patientforsikringsforeningen/Patientskadeankenævnet. Hvorledes forsikringsforholdene på kiropraktorområdet skal organiseres, afhænger af, om man vælger amtsmodellen eller foreningsmodellen, jf. afsnit 5.3.6.

Dansk Kiropraktor-Forening har i forbindelse med udvalgsarbejdet udtrykt ønske om at få mulighed for at vælge at videreføre den eksisterende forsikringsordning, hvor sagsbehandlingen varetages af forsikringsselskabet.

Et mindretal i udvalget (Rådet for Dansk Forsikring og Pension) finder, at det vil være rimeligt at følge underudvalgets forslag ²⁴) om, at Dansk

Kiropraktor-Forening bør have mulighed for at vælge at videreføre den allerede eksisterende ordning. Dette understreges af, at Dansk Kiropraktor-Forening har udtrykt ønske om at have denne valgfrihed.

5.3.5. Forventede antal sager og erstatningsudbetalinger ²⁵⁾

a. Indledning

I dette afsnit gives en oversigt over de overvejelser, der er gjort i underudvalgets rapport om antallet af forventede anmeldelser og erstatningsudbetalinger i praksissektoren ²⁶⁾.

Underudvalgets vurderinger beror først og fremmest på de hidtidige erfaringer fra sygehusvæsenet samt erfaringer fra Norge, hvor den primære lægetjeneste har været omfattet af den norske patientforsikringsordning siden 1992. Der er endvidere taget hensyn til antallet af klagesager i Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, idet klagesagsantallet til en vis grad kan bruges som indikator for skadesantallet, dog med den modifikation, at mange klagesager vedrører andre ting end rent fysiske skader ²⁷⁾.

Vurderingerne er foretaget særskilt for de enkelte grupper af sundhedspersoner, dog således at hovedvægten er lagt på almen lægepraksis og speciallægepraksis, som udgør kerneområdet for udvidelsen af patientforsikringsloven til praksissektoren.

Der er en generel forudsætning for vurderingerne, at den primære sektor afgrænses således som beskrevet i afsnit 5.3.2, og at ansvarsgrundlaget i patientforsikringsloven er uændret.

b. Forventede antal skadesanmeldelser og anerkendelsesfrekvensen

Antallet af anmeldelser som følge af skader i praksissektoren forventes at ligge i størrelsesorden 500-550 årlige anmeldelser, når der er forløbet 5 år fra praksissektorens inddragelse under patientforsikringsloven. Heraf forventes ca. 280 sager at vedrøre almen lægepraksis og speciallægepraksis, mens de kommunale sundhedsordninger anslås at udgøre den næststørste gruppe med ca. 200 anmeldelser pr. år. Antallet af skadesanmeldelser inden for de øvrige sundhedsgrupper forventes således at ligge meget lavt.

Erfaringerne viser, at der går nogle år indtil en ny ordning når sit endelige niveau, hvilket er baggrunden for, at der er taget udgangspunkt i en 5-års periode. Tallet er dog behæftet med stor usikkerhed, idet det må erkendes, at den gældende patientforsikringslov, der har fungeret i 5 år, endnu ikke har stabiliseret sig. På den anden side har udvalget ikke fundet det forsvarligt at foretage skøn ud over 5 år.

Det skønnede anmeldelsestal for praksissektoren udgør ca. 20 % af det nuværende antal anmeldelser for sygehussektoren.

For så vidt angår alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger har underudvalget foretaget specifikke vurderinger af anerkendelsesfrekvensen, dvs. hvor mange sager anses for at være omfattet af lovens erstatningsbetingelser ²⁸⁾. På baggrund af de norske erfaringer skønnes det, at anerkendelsesfrekvensen vil ligge omkring 35% ²⁹⁾.

c. Forventede erstatningsudbetalinger

Det skønnes, at de samlede årlige erstatningsudbetalinger vil udgøre 14½-15½ mio. kr., når der er forløbet 5 år fra praksissektorens inddragelse under patientforsikringsloven. Heraf forventes udbetalinger angående alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger at udgøre 10-11 mio. kr.

De samlede tal for praksissektoren skal ses i forhold til sygehussektoren, hvor erstatningsniveauet i 1997 skønnes at ligge omkring 100 mio. kr.

5.3.6. Forslag til organisatoriske modeller for forsikrings- og erstatningsvilkår

a. Indledning

I rapporten om gennemførelse af forsikringspligten for sundhedspersoner i den primære sundhedstjeneste har underudvalget opstillet forskellige modeller for, hvorledes man kan organisere forsikrings- og

erstatningsforholdene i den primære sektor ³⁰⁾).

I overensstemmelse med kommissoriet har underudvalget særligt lagt vægt på, at forsikringsforholdene skal organiseres på den administrativt mest hensigtsmæssige måde og med anvendelse af færrest mulige ressourcer ³¹⁾.

Underudvalget har især fremhævet to modeller som realistiske for en fremtidig regulering af praksissektoren, og også i hovedudvalget har interessen samlet sig om disse to modeller, der beskrives og vurderes i det følgende.

b. Amtsmodellen ³²⁾

Efter denne model påhviler det amtskommunerne og Københavns og Frederiksberg Kommuner at yde erstatning for skader i den primære sundhedssektor under forudsætning af, at den pågældende sundhedsperson, der har forårsaget skaden, er omfattet af den offentlige sygesikring.

Modellen eksisterer allerede inden for rammerne af den gældende patientforsikringslov for så vidt angår biomedicinske forsøg i den primære sundhedssektor ³³⁾. Ved ordningens indførelse i 1995 blev der lagt vægt på, at det ville medføre uforholdsmæssigt store administrative og økonomiske konsekvenser, hvis samtlige sundhedspersoner direkte blev pålagt erstatningspligt for det relativt lille antal biomedicinske forsøg, der udføres i praksissektoren ³⁴⁾. Erstatningspligten blev derfor pålagt amterne ³⁵⁾, der har det overordnede ansvar for sundhedsvæsenet, der omfatter såvel sygehusvæsenet som den primære sundhedssektor.

Denne særlige erstatningsordning for biomedicinske forsøg er karakteriseret ved, at en myndighed af administrative og økonomiske årsager er pålagt erstatningsansvar for skader, der er forårsaget af personer, der ikke direkte er ansat af myndigheden.

Amtsmodellen hviler på samme grundprincip som ordningen for biomedicinske forsøg. Modellen skal ses på baggrund af, at ansvaret for sundhedsvæsenets behandlingstilbud i praksissektoren er henlagt til amterne. Det er således amterne, der i henhold til sygesikringsloven har ansvaret for den offentlige sygesikring.

Sygesikringens ydelser leveres i henhold til overenskomster mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og de faglige organisationer. Udgifterne til sygesikringen afholdes af amterne samt Københavns og Frederiksberg Kommuner. Uanset at der er tale om privatpraktiserende sundhedspersoner, finansieres hovedparten af f.eks. alment praktiserende lægers og speciallægers honorarer således af det offentlige. De praktiserende lægers og speciallægers serviceniveau fastlægges i de nævnte overenskomster mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og de faglige organisationer. Behandlingstilbud og service i praksissektoren er således begrænset af overenskomsterne.

Modellen indebærer, at et amt m.v. kun bliver erstatningspligtig for de sundhedspersoner, der har overenskomst med sygesikringen og dermed en tilknytning til det offentlige sundhedsvæsen. Selv om sundhedspersonen har tilsluttet sig overenskomst med sygesikringen, kan den pågældende sundhedsperson foretage en konkret undersøgelse, behandling el. lign. – f.eks. influenzavaccination – der ligger uden for overenskomstens område, og således ikke er tilskudsberettiget. Også i disse tilfælde vil amtet være erstatningspligtig.

Det kan i sagens natur forekomme, at sygesikringsoverenskomsten opsiges af en af parterne på det pågældende område. Her bør amtets forpligtelse til at yde erstatning fortsat gælde for så vidt angår de sundhedspersoner, der på opsigelsestidspunktet var omfattet af overenskomsten.

Amtet vil ikke blive erstatningspligtig for de behandlinger m.v., som en autoriseret sundhedsperson uden overenskomst med sygesikringen foretager, uanset om den konkrete behandling er tilskudsberettiget for patienten.

Efter modellen overtager amterne også erstatningspligten for de skader, som de pågældende sundhedspersoner efter gældende lovgivning (culpareglen) selv er erstatningsansvarlige for.

I medfør af den gældende lovs § 8 kan amtet rette et regreskrav over for en autoriseret sundhedsperson, såfremt denne har forvoldt skaden forsætligt.

For visse sundhedspersoner, der har overenskomst med sygesikringen, f.eks. fodterapeuter og fysioterapeuter, udgør sygesikringens tilskud kun en mindre del af de pågældendes gruppes indtægter, uanset at størstedelen af de behandlinger, som de pågældende sundhedspersoner foretager, ligger inden for overenskomstens område. Det har i

den forbindelse været overvejet, hvorvidt de pågældende sundhedspersoner selv skulle være erstatningspligtige for de skader, som de forvolder. I betragtning af, at disse sundhedspersoner forventes at forvolde meget få skader – under 1 % af de samlede forventede skader ved patientforsikringsordningen – vil det medføre uforholdsmæssigt store administrative konsekvenser, der ikke står i et rimeligt forhold til de få skader, der forventes at indtræffe, hvis erstatningspligten blev pålagt disse sundhedspersoner direkte.

Skader, der ligger uden for patientforsikringslovens dækningsområde, f.eks. ulykkestilfælde eller skader under 10.000 kr., er ikke omfattet af amtets erstatningspligt. Sådanne skader vil normalt være omfattet af den enkelte sundhedspersons erhvervsansvarsforsikring.

Da erstatningspligten er pålagt offentlige myndigheder, vil kravet om erstatning ikke skulle være dækket af en forsikring, hvilket er i overensstemmelse med gældende lovgivning, hvorefter der ikke er forsikringspligt for offentlige myndigheder.

c. Foreningsmodellen ³⁶⁾

Modellen bygger på principperne i de frivillige patientforsikringsordninger, som Dansk Tandlægeforening og Dansk Kiropraktor-Forening har etableret for sine medlemmer. Disse to ordninger er karakteriseret ved, at tandlæger og kiropraktorer selv er ansvarlige for skader, de måtte forvolde i deres praksis, og at erstatningsansvaret er dækket af en obligatorisk kollektiv forsikring, tegnet af de respektive faglige foreninger.

Foreningsmodellen indebærer således, at alle privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner skal være dækket af en obligatorisk forsikring, der omfatter ansvar efter patientforsikringsloven. Der gives mulighed for, at foreningerne inden for de forskellige sundhedsgrupper kan tegne kollektive forsikringer til dækning af erstatningskrav, der pålægges foreningernes medlemmer.

Principielt kan den enkelte sundhedsperson vælge at tegne en individuel forsikring, men alt andet lige vil udgifterne til forsikringspræmier være væsentligt mindre ved tegning af kollektive forsikringsaftaler. Besparelsen ligger især i, forsikringsselskaberne ved indgåelse af kollektive aftaler har et bredere risikogrundlag og bedre tarifieringsmuligheder samt billigere administration. Endvidere kan udgifterne til genforsikring nedbringes.

Formentligt er der ikke mange sundhedspersoner i den private sektor, der ikke i dag har tegnet en ansvarsforsikring. Således har langt de fleste alment praktiserende og praktiserende speciallæger tegnet en erhvervsansvarsforsikring, der dækker civilretligt erstatningsansvar (culpaansvar) for skader på personer og/eller ting. I praksis betyder forslaget om en lovpligtig patientforsikring således, at den nuværende frivillige forsikringsdækning, der dækker culpaansvar, skal udvides til at dække det særlige ansvar efter patientforsikringsloven.

Det har ikke været muligt for udvalget at fremskaffe oplysninger om det forventede prisniveau for forsikringspræmier for individuelle eller kollektive patientforsikringspolicer.

Som et alternativ til kollektive forsikringer tegnet af de faglige foreninger skal udvalget yderligere pege på den mulighed, at amtskommunerne i overensstemmelse med patientforsikringslovens § 11, stk. 2, overtager forsikringspligten for de privatpraktiserende sundhedspersoner. I praksis indebærer bestemmelsen, at den enkelte amtskommune kan formidle en kollektiv forsikringsaftale, der omfatter alle privatpraktiserende sundhedspersoner inden for amtet.

De faglige organisationer og amtskommunerne kan kræve omkostninger, der er forbundet med forsikringsformidlingen og administration af ordningen, dækket hos de private driftsansvarlige, der inddrages under forsikringen. Da amtskommuner og faglige organisationer alene kan virke som formidlere, og ikke forsikringsgivere, er det således kun eventuelle formidlingsomkostninger og omkostninger ved administration, der kan kræves dækket. Dvs. omkostninger ved tilbageholdelse af eventuelle sygesikringstilskud fra de omfattede grupper, ligesom der må påregnes omkostninger ved at opkræve forsikringspræmie fra de grupper, hvor der ikke kan modregnes i f.eks. sygesikringstilskud.

d. Vurdering af modellerne

1. Underudvalget har i sin rapport vurderet de to modeller, amtsmodellen og foreningsmodellen, i forhold til de

enkelte sundhedsgrupper).

For så vidt angår alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger, der er de to væsentligste grupper i forsikringsmæssig sammenhæng, konkluderer underudvalget, at begge de anførte modeller er mulige. Underudvalget anfører dog, at der ikke er tvivl om, at amtsmodellen må vurderes som den administrativt enkleste løsning, ligesom det er underudvalgets vurdering, at det må forventes, at denne model økonomisk set er den mest fordelagtige.

Underudvalget peger på, at amterne og Københavns og Frederiksberg Kommuner efter amtsmodellen kan vælge at tegne forsikring eller være selvforsikrende. Vælger et amt at tegne patientforsikring, må det forventes, at forsikringen skal dække amtets sygehuse og alle privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner, der har tilsluttet sig overenskomst med sygesikringen. Underudvalget forventer, at en forsikring, der på denne måde omfatter såvel sygehuse som de nævnte sundhedspersoner, vil være billigere at tegne, end hvis sundhedspersonerne hver for sig skal tegne en enkeltstående forsikring, eventuelt kollektivt via de faglige organisationer. Såfremt amterne vælger at tegne forsikring, vil en sådan kunne tegnes uden krav til dækningssummernes størrelse og uden krav om, at forsikringen skal dække andre skader, end der anmeldes i forsikringstiden. Endvidere anføres, at den samlede forsikringspræmie vil kunne danne grundlag for fordeling af bestyrelsesposter i Patientforsikringsforeningens bestyrelse. Ordningen vil på den baggrund efter underudvalgets opfattelse være meget enkel at administrere.

For så vidt angår foreningsmodellen påpeger underudvalget, at modellen forudsætter, at det er muligt for de faglige organisationer – navnlig Praktiserende Lægers Organisation – at tegne en kollektiv patientforsikring for de pågældende sundhedspersoner i et enkelt forsikringsselskab. Etableringen af en kollektiv forsikring forudsætter, at der kollegialt kan etableres de nødvendige rammer og indgås de fornødne aftaler med Sygesikringens Forhandlingsudvalg. Modellen må imidlertid efter underudvalgets opfattelse betragtes som mere administrativt krævende for Patientforsikringsforeningen og Lægeforeningen end amtsmodellen, og det må forventes at præmien generelt vil blive højere end efter amtsmodellen. Den højere præmie skyldes bl.a., at der må stilles krav til forsikringernes dækningssummer, og at præmien skal omfatte alle skader, der er anmeldt i forsikringstiden samt i en 10-årig afløbsperiode.

Forklaringen på en mulig højere præmie er, at krav til dækningssummer og dækningsperiode kun gælder ved forsikringer tegnet af forsikringspligtige, der ikke kan være selvforsikrende, mens et sådant krav ikke anses for påkrævet for så vidt angår de forsikringer, der tegnes af selvforsikrende myndigheder. Udviklingen på genforsikringsmarkedet medfører i øvrigt, at med hensyn til forsikringer tegnet af de forsikringspligtige vil der blive tale om en forsikring, der dækker krav, som rejses i forsikringstiden (claims made-forsikring), samt derefter – f.eks. ved en privat kliniks ophør – en ny forsikring (afløbsforsikring), der dækker f.eks. i 5 år. For at sikre dækningen ved selskabsskift tegnes claims made-forsikring med en retroaktiv dato, så der er dækning tilbage til denne dato.

2. Udvalget er enig i, at der angiveligt er de af underudvalget påpegede administrative og økonomiske fordele ved amtsmodellen. I henhold til udvalgets kommissorium skal der ved opstilling af modeller alene lægges vægt på administrative og ressourcemæssige hensyn. Ud fra disse hensyn alene vil amtsmodellen være den administrativt mest enkle og formodentlig økonomisk set mest fordelagtige. Udvalget finder imidlertid, at der ved vurdering af de enkelte modeller også bør indgå andre elementer end de rent administrative og ressourcemæssige.

I amtsmodellen kan det således anses for principielt forkert at pålægge det offentlige erstatningsansvar for skader, der forvoldes af selvstændigt erhvervsdrivende, selv om der på forskellig vis er tætte bånd mellem amterne og de privatpraktiserende sundhedspersoner, jf. det tidligere anførte under punkt b.

Ordningen kendes ganske vist i dag inden for biomedicinske forsøg i praksissektoren, men her er der tale om et meget afgrænset område med uhyre få skader, skønsmæssigt kun en skade hvert 3. år, hvilket afsvækker de principielle betænkeligheder. Sagen kan stille sig noget anderledes, hvis hele praksissektorens forsikringsforhold reguleres efter denne model, særligt fordi modellen indebærer, at amterne overtager erstatningsansvaret for samtlige skader i praksissektoren, således også skader, hvor de privatpraktiserende sundhedspersoner i dag ville ifalde ansvar efter almindelige erstatningsretlige regler (dvs. navnlig culpa-reglen). I sidstnævnte situationer vil der ligge et incitament til at sikre høj kvalitet i forbindelse med erhvervsudøvelsen, når sundhedspersonen selv har erstatningspligten i forbindelse med eventuelle skader. Den erstatningspligtige vil ikke have samme mulighed for at stille krav til kvaliteten ved en ordning, hvor der ikke består et ansættelsesforhold mellem den, der har

erstatningspligten og den, der forvolder en eventuel skade. Via overenskomster mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og de faglige organisationer kan der aftales visse generelle krav til kvaliteten, men der vil ikke kunne aftales krav, der specifikt retter sig mod den konkrete sundhedsperson.

Af ovennævnte grunde kan Amtsrådsforeningen ikke tiltræde amtsmodellen.

Foreningsmodellen følger det almindelige princip om, at erstatningspligten påhviler skadevolder. Ulemperne ved denne model ligger først og fremmest på det administrative og økonomiske plan. Som påpeget af underudvalget må det forventes, at forsikringspræmierne generelt vil blive højere end efter amtsmodellen. Det er endvidere en forudsætning for modellen, at det er muligt for de forskellige faglige organisationer at skabe de nødvendige kollektive rammer for en forsikringsordning, der omfatter samtlige medlemmer, ligesom den ordning som bl.a. Dansk Tandlægeforening hidtil på frivillig basis har etableret for sine medlemmer. Udvalget skal dog fremhæve, at Dansk Tandlægeforenings medlemmer formodentlig har haft et større incitament til at skabe de fornødne kollektive rammer for en forsikringsordning end f.eks. Lægeforeningens medlemmer vil have det, dels fordi Dansk Tandlægeforening har væsentlig indflydelse på ordningen og dens administration, dels fordi næsten 80 % af tandlægenes omsætning udgøres af brugerbetaling.

Såfremt der ikke kan skabes de nødvendige rammer for en kollektiv forsikring i de enkelte faglige organisationer – eller eventuelt kommuner – vil modellen være mindre hensigtsmæssig og meget administrativt krævende for navnlig Patientforsikringsforeningen, idet hver enkelt sundhedsperson i givet fald skal tegne en forsikring, hvorefter forsikringsselskabet skal underrette Patientforsikringsforeningen om den stedfundne forsikringstegning for den pågældende sundhedsperson.

Et mindretal i udvalget (Lægeforeningen) finder for så vidt angår amtsmodellen, at patientforsikringsordningen netop tilsigter at udvide det hidtidige erstatningsområde til også at omfatte hændelige skader, dvs. skader som sundhedspersoner ikke kan lastes for. Dette taler for at ordningen finansieres af offentlige midler. For så vidt angår foreningsmodellen finder Lægeforeningen, at ulemperne dels ligger i, at sundhedspersonen pålægges erstatning for ikke-culpøse skader, dels ligger på det administrative og økonomiske plan.

3. Udvalget finder på denne baggrund ikke entydigt at kunne anbefale den ene model frem for den anden, idet der kan påvises fordele og ulemper ved begge modeller. Begge modeller vil efter udvalgets opfattelse være gennemførlige. Det må imidlertid bero på en samlet – politisk – vurdering, hvilke hensyn der bør tillægges størst vægt ved endelig stillingtagen til valg af model.

I forbindelse med udvalgsarbejdet blev der den 28. april 1997 afholdt et orienterende møde med Københavns og Frederiksberg Kommuner, hvor amtsmodellen blev drøftet, idet modellen indebærer, at disse to kommuner bliver erstatningsansvarlige for skader, der forvoldes af privatpraktiserende sundhedspersoner inden for kommunens område.

Københavns Kommune har ved brev af 9. september 1997 oplyst, at man – på trods af amtsmodellens administrative og økonomiske fordele – er betænkelig ved, at modellen pålægger kommunen at betale for skader forvoldt af selvstændigt erhvervsdrivende. Endvidere bryder denne ordning med det princip, der allerede er påbegyndt i forhold til den offentlige sygesikring, hvor både tandlæger og kiropraktorer i dag selv tegner ansvarsforsikringer. Det er derfor Københavns Kommunes opfattelse, at foreningsmodellen er den mest anbefalelsesværdige løsning, da denne støtter princippet om, at skadevolder er ansvarlig erstatningsmæssigt for sine eventuelle skader. Desuden er dette princip i overensstemmelse med, hvad der er aftalt på andre områder inden for den offentlige sygesikring.

Frederiksberg Kommune har ved brev af 10. september 1997 oplyst, at man finder amtsmodellen administrativt enkel, men man finder det principielt betænkeligt at pålægge offentlige myndigheder erstatningspligt for skader påført af sundhedspersoner, der er private erhvervsdrivende. Frederiksberg Kommune tager forbehold for sin stillingtagen, da sagen ikke har været drøftet på politisk plan.

5.3.7. Samlet vurdering

Efter udvalgets opfattelse er der behov for at inddrage den primære sundhedstjeneste under patientforsikringsloven. Det er principielt uheldigt, at patienter i privat praksis i erstatningsmæssig henseende er væsentligt dårligere stillet end patienter i sygehusvæsenet. Der er desuden en formodning for, at der i privat praksis indtræder alvorlige

skader, som patienten ikke får erstatning for, da domstolsvejen kan virke afskrækkende.

Ved den primære sundhedstjeneste forstås samtlige privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner samt de kommunale sundhedsordninger, mens (amts)kommunale institutioner holdes uden for loven.

Et flertal i udvalget anbefaler, at den eksisterende patientforsikringsordning for privatpraktiserende tandlæger videreføres under den forudsætning, at der etableres ankeadgang til Patientskadeankenævnet.

Udvalget skønner, at de samlede årlige erstatningsudbetalinger vedrørende den primære sundhedstjeneste vil udgøre 14½-15½ mio. kr., når der er forløbet 5 år fra praksissektorens inddragelse under loven.

Udvalget har vurderet forskellige modeller for, hvorledes man kan organisere forsikringsforholdene i den primære sektor. Udvalget finder, at såvel amtsmodellen som foreningsmodellen vil være gennemførlige, men da der kan påvises fordele og ulemper ved begge modeller, kan udvalget ikke entydigt anbefale den ene model frem for den anden.

[Indhold kapitel 5](#)

5.4. Særlige afgrænsningsspørgsmål vedrørende patientforsikringslovens dækningsområde

5.4.1. Indledning

Ved siden af spørgsmålet om inddragelse af praksissektoren under patientforsikringsloven, jf. afsnit 5.3, har udvalget drøftet, om der også på andre områder er behov for at udvide lovens dækningsområde. Efter den gældende lovs § 1 dækkes fysiske skader, der er forvoldt på offentlige sygehuse og sygehuse, det offentlige har driftsoverenskomst med, samt skader opstået i forbindelse med biomedicinske forsøg i den primære sundhedssektor ³⁸⁾. Loven gælder dog ikke for lægemiddelskader ³⁹⁾ samt skader, der er omfattet af lov om erstatning for vaccinationsskader ⁴⁰⁾.

Herudover har udvalget afklaret visse afgrænsningsspørgsmål angående dækningsområdet, der har givet anledning til tvivl i Patientforsikringsforeningens praksis.

5.4.2. Psykiske skader

a. Indledning

Patientforsikringsloven dækker kun fysiske skader. Herved udelukkes enhver dækning af skader, der er af rent psykisk karakter, dvs. skader i form af psykiske symptomer, som ikke står i forbindelse med en skade af kropslig karakter. Psykiske følger af en fysisk skade er derimod omfattet.

Det fremgår af forarbejderne ⁴¹⁾ til patientforsikringsloven, at baggrunden for, at rene psykiske skader oprindeligt blev undtaget fra dækningsområdet, var en antagelse om, at komplikationer i forbindelse med behandling af psykiske lidelser i de fleste tilfælde enten er uundgåelige eller blot en følge af, at behandlingen ikke lykkedes, og at det ved psykiske lidelser er særligt vanskeligt at skelne mellem følger af grundsygdommen og følger af behandlingen.

Der blev endvidere lagt vægt på, at man måtte forvente, at administrationen i givet fald ville blive belastet med et måske betydeligt antal anmeldelser af erstatningskrav, der vil være vanskelige at undersøge, men som alligevel i de fleste tilfælde vil resultere i afslag.

b. Udviklingen i andre nordiske lande

Siden vedtagelsen af patientforsikringsloven er der sket en udvikling i de nordiske lande i retning af at medtage/foreslå at medtage psykiske skader under de respektive patientforsikringsordninger.

I Norge er psykiske skader ikke omfattet af den gældende patientforsikringsordning, men psykiske skader er medtaget i et foreløbigt lovforslag til en ny patientskadelov, der ventes fremlagt for Stortinget i 1997-98. Det

antages i en norsk rapport ⁴²⁾ fra 1996, udarbejdet af en ministeriel arbejdsgruppe, at antallet af psykiske skader nok er begrænset, og at der sjældent vil foreligge et økonomisk tab. Det konkluderes derfor, at det ikke vil medføre særligt store konsekvenser at inddrage psykiske skader under patientskadeloven. Man er dog opmærksom på, at "vanskelige" psykiatriske patienter kan tænkes at volde en del administrativt merarbejde.

I *Sverige* er psykiske skader medtaget i den nye lov om patientskader, der trådte i kraft den 1. januar 1997 ⁴³⁾. I den betænkning, der ligger til grund for loven ⁴⁴⁾, anføres det, at selv om antallet af anmeldelser til patientforsikringen vil stige, vil omkostningerne i forbindelse med denne udvidelse af ordningen være af begrænset omfang. Man er klar over, at udvidelsen kan medføre mange svære og ubeføjede sager, men det er en risiko, der bør tages. Samtidig understreges det, at psykiske skader generelt kun undtagelsesvis medfører svær invaliditet. De økonomiske konsekvenser ved udvidelsen skønnes at udgøre ca. 1 mio. svenske kr. årligt.

I *Finland* er psykiske skader omfattet af lov om patientskader, der har været gældende siden 1. maj 1987. Man valgte at medtage psykiske skader allerede fra ordningens etablering, fordi man fandt det urimeligt, at psykiatriske patienter, som i forvejen er en udsat gruppe, skulle stilles ringere end andre grupper i erstatningsmæssig henseende.

Det finske Social- og Hälsovårdsministerium har oplyst, at antallet af psykiske skader har været meget beskedent, idet der siden 1987 alene har været anmeldt omkring 20 sager vedrørende psykiske skader. Nogle af tilfældene har haft tilknytning til psykoterapi. Eksempelvis kan nævnes en sag, hvor fejlagtigt gennemført psykoterapi medførte en psykisk skade, der førte til et års uarbejdsdygtighed. Erstatningen i denne sag blev fastsat til 12.000 FIM. I en anden sag er der givet 20.000 FIM i erstatning til en kvinde, der har mistet sit ufødte barn.

Denne udvikling i de nordiske lande har aktualiseret spørgsmålet om psykiske skaders erstatningsdækning i Danmark.

c. Medicinsk beskrivelse af psykiske sygdomme og skader ⁴⁵⁾

Man skelner mellem organiske og ikke-organiske lidelser, idet der ved de organiske forefindes en påviselig hjernesygdom, herunder skade, evt. medfødt defekt. Manglerne i hjernen bliver således forklaringen på sygdommen og dens symptomer. En sådan forklaringsmodel er dog en overfortolkning. Man kan ikke direkte iagttage manglerne. Det man ser, er den resterende hjernes funktion. Og ganske som for den øvrige organismes vedkommende vil den samme mangel eller funktionsfejl ikke nødvendigvis medføre det samme ydre tilstandsbillede (social funktion m.m.) hos 2 forskellige individer.

I modsætning til de organiske står så de ikke-organiske lidelser, hvor der ikke kan påvises defekter, men hvor der er klare tegn på fejlfunktioner.

Denne skelnen mellem disse to typer lidelser er næppe frugtbar. Det er langt klarere at gå ud fra en forståelse af den menneskelige erkendelses begrænsninger og dermed, at man kan nærme sig de samme fænomener ad forskellige videnskabelige veje. På denne måde kan man på den ene side anskue en hvilken som helst psykisk sygdom som en hjerneproces i biologisk forstand, og på den anden side som en psykologisk lidelse.

Ingen af disse beskrivelser er i sig selv udtømmende. De kan supplere hinanden og beskrives parallelt. Men nogen identitet bliver der ikke tale om, højst samtidighed af henholdsvis biologiske og psykologiske fænomener. Der er tale om 2 forskellige sprog. I praksis bliver de 2 sprog ofte sammenblandet, og det øger ikke klarheden.

De psykiske sygdomme udgør en mangfoldighed spændende over egentlige sindssygdomme til intellektuelle defekter, personlighedsforstyrrelser, misbrug, stresstilstand, krisetilstande m.m. De er katalogiseret efter forløb, årsagsforhold samt objektive og subjektive symptomer ganske som de somatiske.

Symptomerne udgør en tilsvarende mangfoldighed: Intellektuelle (forstyrrelser i tænkningen, hukommelsesdefekter), ændring i personligheden (handlings-følelsesliv), forstyrrelser i relation til andre og i egenopfattelsen, sproglige forstyrrelser, subjektive private oplevelser (vrangforestillinger), ændringer i energiniveau, søvnforstyrrelser, angst, ændring i stemningslejet (mani og depression) m.m.

Alle disse symptomer – dog ikke på én gang – vil kunne forefindes ved såvel de organiske som ikke-organiske psykiske lidelser. Men tilsvarende symptomer ses ved somatiske sygdomme uden for hjernen. Hormonelle forstyrrelser og således behandling med hormoner kan frembringe psykiske lidelser, og en somatisk lidelse kan

frembringe en psykisk reaktion, der har karakter af en psykisk lidelse.

Ud fra beskrivelsen af de psykiske lidelser kan man lave en tilsvarende og derfor ufuldkommen opdeling i organiske og ikke-organiske psykiske skader.

De organiske skader vil kunne være betinget af forgiftninger, iltmangel, hormonforstyrrelser og egentlige hjerneskader. De skader, der ikke er organiske, vil omfatte kriser og belastningstilstande (stress) og personlighedsforstyrrelser samt sindssygdomme, f.eks. depression. Det skal bemærkes, at krise- og belastningstilstande kan udvikle sig i kronisk retning.

d. Udvalgets overvejelser

Efter udvalgets opfattelse er der i princippet ingen forskel på problemstillingen og analysen i forbindelse med henholdsvis psykiske og somatiske lidelser i almindelighed, og specielt heller ikke i forbindelse med psykiske og fysiske skader. Udredningen af de psykiske skader er nok mere kompliceret, men de grundlæggende principper er de samme som for fysiske skader.

Den nuværende grænsedragning mellem fysiske og psykiske skader er undertiden meget vanskelig, hvilket kan føre til vilkårlige afgørelser. Dette kan undgås ved at anvende ét skadesbegreb.

Fra Patientforsikringsforeningens praksis kan nævnes et tilfælde, hvor en kvinde fik en psykisk skade i forbindelse med en fødsel, hvor barnet døde. Patientforsikringsforeningen fandt, at moderen burde have erstatning, og anlagde den udvidede fortolkning at anse moder og barn som en enhed i fødselssituationen, således at moderen kunne opnå erstatning for den psykiske skade som følge af barnets død. Sagen illustrerer, at det kan være urimeligt at opretholde en skarp adskillelse mellem fysiske og psykiske skader.

Udvalget erkender, at inddragelse af det psykiske felt vil betyde, at Patientforsikringsforeningen vil modtage en række komplicerede sager, men dette gør sig også gældende inden for andre områder f.eks. patientklagesystemet, uden at man af den grund har afskåret klageadgangen for psykiatriske patienter.

Erfaringerne fra klagesystemet giver ikke belæg for at antage, at psykiatriske sager samlet set er vanskeligere at behandle end sager om somatiske sygdomme.

Antallet af psykiatriske sager inden for klagesystemet er heller ikke voldsomt. I 1996 modtog Sundhedsvæsenets Patientklagenævn således kun 57 ankesager vedrørende tvangsbehandling i henhold til lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, hvilket udgør en meget lille del af samlede antal klagesager på i alt 2057 ⁴⁶). Der er således en formodning om, at antallet af erstatningssager også er begrænset.

Det er udvalgets samlede vurdering, at der er behov for at inddrage psykiske skader under patientforsikringslovens dækningsområde, og at dette ikke vil medføre uforholdsmæssigt store administrative og økonomiske konsekvenser. Udvalget finder således ikke, at de tidligere udtrykte betænkeligheder kan begrunde en forskelsbehandling mellem fysiske og psykiske skader.

5.4.3. Private sygehuse/klinikker

Private betalingssygehuse/klinikker er som hovedregel ikke omfattet af patientforsikringsloven.

Der gælder dog enkelte undtagelser herfra. For det første er privatejede sygehuse, som det offentlige har driftsoverenskomst med, omfattet af loven. For det andet er private sygehuse, hvor mindst halvdelen af sygehusets driftsudgifter vedrører patientbehandling, som betales af sygehuskommunerne, ligeledes omfattet af loven. I et bilag til bekendtgørelse nr. 666 af 3. august 1995 om dækningsområdet er der opregnet en række foreningsejede sygehuse, der anses for omfattet af loven.

Den aktuelle brug af private sygehuse indebærer efter udvalgets opfattelse, at der kan være behov for at skabe ensartede forsikringsforhold for alle private sygehuse.

Udvalget har herved taget i betragtning, at amtskommunerne, herunder Hovedstadens Sygehusfællesskab, i henhold til lov om sygehusvæsenet § 3, stk. 3, kan benytte private institutioner som led i løsningen af sine sygehusopgaver.

Sundhedsministeriet foretog i april 1997 en undersøgelse af amternes benyttelse af private sygehuse. Heraf fremgår, at 10 sygehuskommuner i perioden 1994-1996 finansierede behandling på private sygehuse. To af disse har dog kun ladet en enkelt patient behandle på et privat hospital i den relevante periode. I alt har sygehuskommunerne ladet hhv. 458, 285 og 810 patienter behandle på private sygehuse i årene 1994, 1995 og 1996. Det svarer i gennemsnit til 0,05 % af det samlede antal udskrevne patienter i 1994 til 1996. Blandt de amtsligt finansierede behandlinger er det primært hjertekirurgi (By-pass- og hjerteklapoperationer) og artroskopiundersøgelser, som er blevet foretaget på private sygehuse. Desuden har en del af patienterne fået foretaget en hofteledsudskiftning eller en diskusprolapsoperation.

Hvis en amtskommune benytter sig af denne ret og sender en patient til behandling på et privat sygehus, der ikke er omfattet af patientforsikringsloven, har patienten ikke krav på erstatning efter patientforsikringsloven, hvis der opstår en behandlingsskade. Patienten har heller ikke mulighed for at gøre amtet ansvarlig for skaden.

Denne problemstilling samt hensynet til at skabe klarhed og ensartethed på området taler for at inddrage alle private sygehuse under patientforsikringsloven, således at det bliver lovpligtigt for private sygehuse at tegne en patientforsikring. Det skal nævnes, at flere private betalingssygehuse/klinikker i dag på frivilligt grundlag har tegnet en patientforsikring.

5.4.4. Behandling i udlandet

Den gældende patientforsikringslov omfattede kun behandling foretaget i Danmark, jf. § 1, stk. 1, der fastslår, at skaden skal være påført her i landet. Skader pådraget under behandling i udlandet er således ikke omfattet af loven ⁴⁷⁾.

Behandling på udenlandske sygehuse kan ske efter de særlige regler om højt specialiseret behandling i udlandet ⁴⁸⁾, hvilket i gennemsnit drejer om ca. 75 patienter om året. Endvidere benytter nogle amter sig i et vist omfang af udenlandske sygehuse til aflastning af ventelister. Det skal endelig nævnes, at sygehuslovens § 4 giver amterne adgang til at drive institutioner i udlandet, hvilket der imidlertid kun er ét eksempel på: Montobello i Spanien, der drives i fællesskab af Hovedstadens Sygehusfællesskab og Københavns Amt.

Efter udvalgets opfattelse er der ikke grundlag for at inddrage behandling i udlandet under den danske patientforsikringslov. Dels ville det stride mod almindelige principper om gyldighedsområdet for dansk lovgivning, hvis Patientforsikringsforeningen skulle indhente oplysninger og vurdere behandlingsforløb i udlandet, dels eksisterer der patientforsikringsordninger i de nordiske lande, der dækker danske patienter, der behandles i disse lande. I andre tilfælde kan der rejses erstatningskrav mod det pågældende fremmede sygehus.

Eftersom behandling i udlandet således ikke omfattes af patientforsikringsloven, skal udvalget give udtryk for, at det bør være en naturlig opgave for amterne at sikre sig, at patienter, der sendes til behandling i udlandet, på anden måde er forsikringsdækket.

5.4.5. Ambulancetjenesten

Den gældende patientforsikringsordning dækker i et vist omfang behandlingsskader, der forårsages af ambulancetjenesten.

Det er således fastsat i § 6, stk. 4, i bekendtgørelsen om dækningsområdet, at skader efter loven forårsaget under transport af patienter til et sygehus eller mellem forskellige sygehuse er omfattet af lovens område, hvis transporten foregår med ambulance eller særligt sygekøretøj. Hermed omfattes også transport med lægeambulance eller andet udrykningshold fra et sygehus. Ved skader efter loven forstås, at skaden skal være påført i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende foretaget af ambulancemandskabet.

Ulykkestilfælde, herunder færdselsuheld, i forbindelse med transporten er ikke omfattet. Skader, der står i forbindelse med ventetid på en ambulance, ligger også uden for loven.

Efter den gældende lov er det tvivlsomt, hvorvidt behandling foretaget på selve skadestedet af ambulancepersonalet er omfattet. Der tænkes både på den situation, hvor ambulancepersonalet behandler en patient på skadestedet med henblik på senere transport med ambulance, og den situation, hvor patienten færdigbehandles på stedet, uden at der sker efterfølgende transport med ambulance til sygehuset.

Udvalget finder, at det bør præciseres i loven, at ambulancepersonalets behandling m.v. på ulykkesstedet er omfattet af lovens dækningsområde.

Ambulancevæsenet er en del af sygehusvæsenets opgaver efter lov om sygehusvæsenet, uanset at den i alle amter løses ved overenskomst med Falcks Redningskorps og/eller kommunale brandvæsener. Ambulancetjenesten er således en af del af amtskommunens samlede sundhedstjeneste.

Ved bekendtgørelse nr. 987 af 6. december 1994 har ambulancepersonalet fået udvidet kompetencen til at iværksætte behandling på skadestedet med brug af defibrillator. Fra 1. januar 1998 udvides ambulancehjælpen til bl.a. at omfatte indgivelse af smertestillende medicin og medicin for hjertekramper m.v. Dette kan indebære, at der fremover opstår flere behandlingsskader på dette område i modsætning til tidligere, hvor en egentlig behandling på egen hånd lå uden for ambulancemandskabets opgaver og kompetence.

I tilknytning hertil finder udvalget, at den præhospitale indsats, der ydes af praktiserende læger i forbindelse med større ulykker m.v., bør dækkes af loven. Der er således flere steder i landet etableret eller ved at blive etableret ordninger, hvor der ved tilkald af ambulance samtidig er mulighed for at tilkalde en praktiserende læge, der har tilsluttet sig ordningen, med henblik på at tilvejebringe en hurtig lægelig indsats på skadestedet.

5.4.6. Bloddonorer

Efter patientforsikringslovens § 1, stk. 2, 2. pkt., er vævs-, organ- og vævsvæskedonorer omfattet af patientforsikringsloven, herunder altså også bloddonorer. Lovens § 4 hjemler en særlig udvidet dækning af skader, som rammer disse donorer. Baggrunden for den udvidede erstatningsdækning er, at der er tale om raske personer, der frivilligt underkaster sig et vist indgreb for hjælpe andre.

Udvidelsen består i følgende 3 elementer:

- Der ydes dækning for enhver skade, som er eller kan være forårsaget af donoraftgivelsen. Dette betyder, at der også ydes erstatning for uundgåelige skader i forbindelse med donortapningen, selv om betingelserne i § 2, stk. 1, ikke er opfyldt.
- Kravene til beviset for årsagssammenhæng mellem tapning og skade er lempet endnu mere end efter den almindelige regel i § 2, stk. 1. Der ydes således erstatning for skader, som kan være forårsaget af tapningen, medmindre det er overvejende sandsynligt, at skaden har anden årsag.
- 10.000 kr.s-reglen finder ikke anvendelse.

Det er en forudsætning, at blodaftapningen finder sted på et sygehus, der er omfattet af loven, eller på en statslig højere uddannelsesinstitution, eller andetsteds, hvis tapningen er udført under direkte ansvar for de nævnte institutioner ⁴⁹⁾). Herudover er skader i forbindelse med den mobile blodbankvirksomhed omfattet af patientforsikringsordningen ⁵⁰⁾).

Dækning af skader i forbindelse med bloddonorenes transport *til* tapning har givet anledning til særlige vanskeligheder i Patientforsikringsforeningens praksis. Denne problematik beskrives i det følgende.

Før patientforsikringslovens ikrafttræden var donorenes adgang til erstatning – under henvisning til en tekstanmærkning til finansloven – reguleret efter reglerne i lov om erstatning til tilskadekomne værnepligtige, der i vidt omfang henviser til arbejdsskadeforsikringsloven. Ud over at yde erstatning i de tilfælde, hvor tapningen medførte en skade, blev loven tolket således, at donorer også kunne opnå erstatning i tilfælde, hvor der indtrådte en personskaade under transport direkte til og fra hjem, arbejde og blodbank, uden en nøjere vurdering af, hvorvidt det egentlig var selve tapningen, der var årsag til skaden.

Skader i forbindelse med transport til tapning falder derimod uden for patientforsikringsloven, idet der mangler årsagssammenhæng mellem selve afgivelsen af blod og skaden.

Donorerne blev således stillet dårligere ved patientforsikringslovens indførelse i relation til egen transport til donorstedet. Eftersom denne indskrænkning i donorenes retsstilling ikke var tilsigtet med patientforsikringsloven, blev der pr. 1. januar 1995 indgået en særlig aftale om, at amterne og Hovedstadens Sygehusfællesskab via Patientforsikringsforeningen erstatter skader, der rammer bloddonorer ved ulykkestilfælde i forbindelse med

transport til aftalt eller rekvireret tapning i blodbank eller ved mobil blodbank.

Udvalget har modtaget en henvendelse af 14. marts 1997 fra foreningen Bloddonorerne i Danmark, hvori foreningen foreslår, at denne særlige ordning vedrørende transportskader lovfæstes, således at donorenes retsstilling på dette område fremgår af lovgivningen i stedet for en frivillig aftale. Udvalget er enig i dette forslag, som er medtaget i udvalgets lovforslag.

I samme henvendelse har Bloddonorerne i Danmark foreslået, at der på forskellige punkter sker en udvidelse af erstatningsordningen for donorer, bl.a. i form af fordoblede erstatningsbeløb.

Efter udvalgets opfattelse er der ikke behov for at ændre de nuværende regler, der i forvejen giver en udvidet erstatningsdækning i forbindelse med donorvirksomhed. Udvalget har herved taget i betragtning, at bloddonorer er yderligere sikret via Danmarks Frivillige Bloddonorerers sikringsfond, der har til formål at yde økonomisk hjælp til skadelidte bloddonorer.

5.4.7. Vaccinationsskader

Som omtalt i afsnit 3.4 yder staten erstatning for vaccinationsskader efter de særlige regler, der er fastsat i lov om erstatning for vaccinationsskader.

I forbindelse med udvalgets forslag om at inddrage praktiserende læger m.v. under patientforsikringsloven findes der ikke længere behov for at opretholde en særlig lov om vaccinationsskader. Efter udvalgets opfattelse vil det sikre en mere ensartet erstatningsordning, hvis vaccinationsskader henføres under patientforsikringsloven. Dette vil samtidig indebære en forbedring af retsstillingen for personer, der pådrages skader i forbindelse med vaccination.

[Indhold kapitel 5](#)

5.5. Erstatningskriterier og udmåling af erstatning

5.5.1. Erstatningskriterier

I lyset af Patientforsikringsforeningens praksis har udvalget drøftet patientforsikringslovens 4 erstatningskriterier, jf. lovens § 2, stk. 1-4 ⁵¹). Efter udvalgets opfattelse har kriterierne vist sig at kunne leve op til lovens formål om at udvide patienters adgang til erstatning i forhold til de almindelige erstatningsretlige regler. Grundlæggende finder udvalget således ikke behov for at ændre på det gældende niveau for erstatningstildeling.

Især rimelighedsreglen (§ 2, stk. 1, nr. 4) skal fremhæves som en vigtig nyskabelse, der med sit brede anvendelsesområde har været hyppigt anvendt. I det omfang man kan betegne patientforsikringsordningen som en succes, må det i væsentlig grad tilskrives netop rimelighedsreglen. Det skal dog understreges, at en hensigtsmæssig anvendelse af reglen har forudsat en delvis omfortolkning. Udvalget kan tilslutte sig denne særlige fortolkning, som er beskrevet i afsnit 2.3.4.

Erfaringer fra patientforsikringsordningens 5-årige levetid viser, at patienter og offentligheden, herunder pressen, ofte opfatter en anerkendelse af en skade efter loven som en bekræftelse på, at en given behandling har været kritisabel, eller at der har været tale om en fejlbehandling. Med henblik på at undgå sådanne misforståelser foreslår udvalget, at det fremhæves i selve lovteksten, at erstatning efter patientforsikringsloven ikke behøver at være udtryk for, at den pågældende sundhedsperson også er ansvarlig for skaden efter almindelige erstatningsretlige regler, herunder produktansvarsreglerne.

I relation til forslaget om at inddrage praksissektoren under loven har udvalget drøftet, om den nuværende formulering af specialistreglen (§ 2, stk. 1, nr. 1) fortsat er hensigtsmæssig. Det har været anført, at begrebet "specialist" kan forekomme tæt knyttet til begrebet speciallæger og derfor er mindre anvendeligt på andre grupper af privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner, f.eks. tandlæger, kiropraktorer, fysioterapeuter m.fl.

Hertil kommer, at mange læger og navnlig speciallæger opfatter en erstatningstildeling efter specialistreglen som udtryk for en culpalignende stempling, især i de tilfælde, hvor lægen opfatter sig selv som en "erfaren specialist". Det er formentlig også en realitet, at patienterne ofte opfatter det således, at der hermed er givet udtryk for, at de

har være ofre for "fejlbehandling".

Udvalget foreslår derfor, at specialistreglen omformuleres, således at begrebet "erfaren specialist" udgår, jf. nærmere i kap. 7 nedenfor. Der tilsigtes ingen realitetsændring med hensyn til erstatningsniveauet i forhold til i dag.

I Patientforsikringsforeningens praksis er der forekommet enkelte sager, hvor patienter på offentlige sygehuse har fået stillet en forkert diagnose og dermed ikke fået en korrekt behandling som følge af forkerte dyrkningssvar fra et laboratorium uden for sygehuset. I disse sager har Patientforsikringsforeningen ikke fundet at kunne give erstatning.

Udvalget har drøftet, om laboratorier, herunder Statens Seruminstitut, generelt skulle inddrages under patientforsikringsloven, men er afstået fra at stille forslag herom. De administrative konsekvenser ved en sådan udvidelse findes ikke at stå mål med de uhyre få sager på området. Det er endvidere taget i betragtning, at det i praksis vil være vanskeligt at afgrænse, hvilke laboratorier der i givet fald skulle være omfattet. Efter udvalgets opfattelse vil en udvidende fortolkning af reglen i § 2, stk. 1, nr. 2, om apparatursvigt normalt føre til, at der kan gives erstatning i tilfælde af forkerte dyrkningssvar.

5.5.2. Udmåling af erstatning

Udgangspunktet er, at alle erstatninger udmåles efter reglerne i lov om erstatningsansvar, og at almindelige erstatningsansvarsregler i øvrigt finder anvendelse på erstatningskravet.

Det er Patientforsikringsforeningens erfaring, at lov om erstatningsansvar har vist sig anvendelig på patientforsikringsområdet, men det fremhæves dog samtidig, at erstatningsberegningen undertiden kan være meget vanskelig. Udvalget finder på den baggrund ikke anledning til at ændre de grundlæggende principper for erstatningsudmålingen.

Som oplyst i afsnit 2.4 blev den oprindelige undergrænse på 20.000 kr. nedsat til 10.000 kr. ved en lovændring i december 1996 ⁵²). Herved har flere patienter end tidligere fået mulighed for at få erstatning. Ændringen gælder for alle sager, som afgøres af Patientforsikringsforeningen den 1. januar 1997 eller senere.

Med en grænse på 20.000 kr. skete det ikke sjældent, at skader måtte afvises, selv om patienten havde fået varigt mén. Ved at sænke grænsen til 10.000 kr. er det nu sikret, at patienter med varigt mén altid kan få erstatning, hvis kriterierne i øvrigt er opfyldt, herunder betingelsen om, at méngraden skal være mindst 5 %. Udvalget finder, at den rejste kritik mod den høje grænse på 20.000 kr. hermed er imødekommet.

Patientforsikringsforeningen har skønnet, at de administrative merudgifter ved nedsættelsen af undergrænsen har været meget beskedne, men pga. de store udgifter, der generelt er forbundet med behandling af patientskader, finder udvalget ikke anledning til at nedsætte grænsen yderligere. Udvalget har endvidere taget i betragtning, at der endnu kun foreligger sparsomme erfaringer med den nye undergrænse på 10.000 kr.

[Indhold kapitel 5](#)

5.6. Patientskadeankenævnet

Ovenfor i afsnit 2.8 er der givet en nærmere beskrivelse af Patientskadeankenævnet, herunder den udvidelse af ankenævnet, der blev foretaget ved en lovændring i december 1996, og som havde til formål at nedbringe ankenævnets sagsbehandlingstider i forhold til de daværende ca. 12 måneder.

Det fremgår af udvalgets kommissorium, at udvalget ikke skal vurdere denne lovændring, men da udvalget har konstateret, at tilgangen af nye sager til Patientskadeankenævnet fortsat er stigende med deraf følgende voksende sagsbehandlingstider, har udvalget fundet anledning til at foretage en generel drøftelse af Patientskadeankenævnets virksomhed og struktur.

5.6.1. Baggrunden for Patientskadeankenævnets struktur og sammensætning

I det oprindelige forslag til lov om patientforsikring var Den Sociale Ankestyrelse indsat som klageorgan for afgørelser truffet af Patientforsikringsforeningen. Imidlertid blev det under den senere debat fra flere sider indvendt, at Ankestyrelsen savnede den særlige ekspertise, som var nødvendig for at kunne tage stilling til afgørelser i henhold til patientforsikringsloven, og at Patientforsikringsforeningen derfor ikke kunne forventes at få tilstrækkelig vejledning om de principper, som skulle lægges til grund for praksis.

Under folketingsbehandlingen i foråret 1991 blev det derfor besluttet at oprette et selvstændigt ankenævn. Der blev endvidere lagt vægt på, at nævnet skulle kunne samarbejde med en eventuel frivillig lægemiddelforsikring ⁵³).

Ankenævnet kom til at bestå af 9 medlemmer og efter inspiration fra det svenske ankenævn valgte man at sammensætte nævnet med repræsentanter fra forbrugerne og sygehusejerne samt at inddrage medicinsk ekspertise. Det blev fundet nødvendigt at stille krav om, at nævnets formand skal være dommer, da mange af ankesagerne drejer som sig om erstatningsretlige tvivlsspørgsmål, der er typiske domstolsopgaver.

Ankenævnets størrelse og sammensætning afspejler, at det oprindeligt var tanken, at nævnet alene skulle afgøre nogle få principielle sager og udstikke overordnede retningslinier for fortolkningen af patientforsikringsloven. At man ved lovens vedtagelse forventede et meget beskedent sagsantal, ses også af, at det dengang ikke blev skønnet nødvendigt at oprette et egentligt sekretariat for nævnet. Det var således planen, at nævnets sekretariatsbetjening i vidt omfang kunne varetages af Patientforsikringsforeningen ⁵⁴).

Der blev som nævnt foretaget en udvidelse af ankenævnet ved en lovændring i december 1996, men bortset fra, at Forbrugerrådet blev repræsenteret i ankenævnet, skete der ingen grundlæggende ændringer af ankenævnets sammensætning og størrelse i de enkelte sager.

I dag fungerer ankenævnet i to sideordnede afdelinger, hver med 9 medlemmer under ledelse af en byretsdommer. Medlemmerne er udpeget af sundhedsministeren, Sundhedsstyrelsen, Amdsrådsforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab, De Samvirkende Invalideorganisationer og Forbrugerrådet. Den nærmere sammensætning i de enkelte sager fremgår af lovens § 14, stk. 3.

Loven giver mulighed for, at der administrativt kan nedsættes flere afdelinger, hvis der skønnes behov herfor.

5.6.2. Problemer i forbindelse med sagsbehandlingstiden

Forudsætningen om, at ankenævnets funktion alene er at træffe afgørelse i nogle få principielle sager, er ikke kommet til at holde stik, idet nævnet siden oprettelsen har modtaget betydeligt flere sager end forventet, hvoraf langt fra alle er principielle, men indbringes for nævnet af borgere, der ønsker at benytte den lovfæstede ret til at få en fornyet vurdering af deres sag.

Den årlige tilgang af sager til Patientskadeankenævnet er steget fra 70 sager i 1993 til 578 sager i 1996. I 1997 forventes sagsantallet at stige til ca. 630 sager.

En opgørelse foretaget af ankenævnet i juli 1997 ⁵⁵) viser, at ankenævnet har mere end 860 verserende sager, og at nævnet hver måned modtager flere sager, end nævnet har kapacitet til at behandle. I første halvdel af 1997 modtog nævnet således 55 sager i gennemsnit pr. måned, mens nævnets to afdelinger generelt ikke kan behandle flere end 44 sager pr. måned i alt. Denne udvikling betyder, at nævnets berammelsestid ⁵⁶) for nye sager, der for tiden udgør 1 år, under uændrede forhold uvægerligt vil stige yderligere.

Nævnets samlede gennemsnitlige sagsbehandlingstid, regnet fra ankens modtagelse til afgørelsens dato, ligger på omkring 1½ år, hvoraf berammelsestiden som nævnt udgør 1 år.

Det må på den baggrund konstateres, at selv med etableringen af den nye nævnsafdeling i foråret 1997 vil ankenævnets sagsbehandlingstider ved en uændret procedure stige yderligere. Ved udgangen af 1998 må sagsbehandlingstiden forventes at være over 2 år.

Udvalget finder, at denne situation er meget utilfredsstillende for patienterne, og at der er behov for initiativer, der dels kan nedbringe den eksisterende sagspukkel, dels kan afkorte nævnets sagsbehandlingstider. Når det tages i betragtning, at et af hovedformålene med indførelsen af patientforsikringsordningen var at sikre skadelidte patienter en hurtig adgang til erstatning, er det ikke rimeligt, at den enkelte patient skal vente 1½-2 år på at få sin sag afgjort

i Patientskadeankenævnet.

5.6.3. Udvalgets forslag til en ny sammensætning af Patientskadeankenævnet

Det er udvalgets vurdering, at det vil være overordentligt vanskeligt inden for ankenævnets eksisterende struktur og sammensætning at nedbringe sagsbehandlingstiden til et rimeligt niveau på f.eks. 3-6 måneder. En udbygning af ankenævnet med yderligere afdelinger på hver 9 medlemmer vil være økonomisk stærkt ressourcekrævende for de myndigheder, som finansierer ankenævnets virksomhed, og kan ikke anbefales. Nævnsafdelinger på 9 medlemmer kræver betydelige ressourcer i form af mødediæter, transport og sekretariatsbistand, herunder fotokopiering og porto.

Udvalget har undersøgt, hvordan en række andre nævn, der træffer mange afgørelser i enkeltsager, er sammensat. Det fremgår heraf, at de fleste nævn består af 3 eller 5 medlemmer ⁵⁷⁾. Til illustration kan gives følgende eksempler:

- Sundhedsvæsenets Patientklagenævn: 5 medlemmer.
- Forbrugerklagenævnet: 5 medlemmer (simple sager behandles af 3 medlemmer)
- Flygtningenævnet: 5 medlemmer
- Nævnet vedr. erstatning til ofre for forbrydelser: 3 medlemmer
- Den Sociale Ankestyrelse: 3 medlemmer
- Politiklagenævn: 3 medlemmer

Efter udvalgets opfattelse vil det være retssikkerhedsmæssigt fuldt forsvarligt at nedsætte antallet af medlemmer i Patientskadeankenævnet til samme niveau som disse nævn. Det må antages, at Patientskadeankenævnets sagstyper generelt set har mange lighedspunkter med sager hos de øvrige nævn og derfor kan afgøres af samme antal medlemmer.

Ved at nedsætte antallet af medlemmer i Patientskadeankenævnet til f.eks. 5 medlemmer vil man opnå flere fordele. Et nævn på 5 medlemmer vil alene på grund af de færre medlemmer kunne arbejde hurtigere og mere effektivt end i dag, hvor 9 medlemmer skal drøfte de enkelte sager, hvilket er meget tidskrævende. Etablering af flere afdelinger, hvilket i den nuværende situation er nødvendigt, vil også kunne ske under anvendelse af betydeligt færre ressourcer.

Udvalget skal på den baggrund anbefale, at antallet af medlemmer, der deltager ved afgørelsen af de enkelte sager i Patientskadeankenævnet, nedsættes fra de nuværende 9 medlemmer.

Den stadigt stigende sagstilgang indebærer, at det af økonomiske og effektivitetsmæssige hensyn ikke længere findes hensigtsmæssigt at opretholde et stort nævn på 9 medlemmer.

Ved vurdering af, om antallet af medlemmer bør være 3 eller 5, og hvordan sammensætningen af medlemmerne i øvrigt kan foretages, har udvalget gjort sig følgende overvejelser:

Eftersom ankenævnet udfylder en vigtig retssikkerhedsgaranti i patientforsikringsordningen, finder udvalget, at hver nævnsafdeling fortsat bør ledes af en dommer som formand eller næstformand. Dernæst finder udvalget, at ankenævnet fortsat bør have deltagelse af repræsentanter for de grupper, der er involveret i patientforsikringsordningen, dvs. de driftsansvarlige og patienterne. I betragtning af sagernes karakter er det endvidere nødvendigt med medicinsk sagkundskab.

For at styrke ankenævnets juridiske ekspertise, særligt i de ofte komplicerede sager om erstatningsberegning, skal udvalget foreslå, at ankenævnet tiltrædes af en privatpraktiserende advokat med speciale i erstatningsret.

En sammensætning af nævnet efter disse retningslinier indebærer, at 3 medlemmer er utilstrækkeligt. Det foreslås derfor, at ankenævnet kommer til at bestå af 5 medlemmer i hver afdeling efter følgende model:

- Formanden eller næstformanden, der skal være dommer.
- 1 sagkyndigt medlem med sundhedsfaglig ekspertise afhængig af sagens karakter ⁵⁸).
- 1 medlem udpeget af Amtsrådsforeningen/Hovedstadens Sygehusfællesskab/Københavns og Frederiksberg Kommuner.
- 1 medlem udpeget af Advokatrådet.
- 1 medlem udpeget af De Samvirkende Invalideorganisationer/Forbrugerrådet.

Modellen indebærer, at der i alle sager deltager en dommer, en sundhedsperson, en advokat, en repræsentant for de driftsansvarlige samt en forbrugerrepræsentant. Udvalget er opmærksom på, at modellen for så vidt angår praksissektoren tager udgangspunkt i den såkaldte "amtsmodel", jf. afsnit 5.3.6. Hvis foreningsmodellen vælges, skal nævnets sammensætning justeres i overensstemmelse hermed.

Medtagelsen af Københavns og Frederiksberg Kommuner er begrundet i deres overordnede styring af hovedstadens primære sundhedssektor, som udvalget foreslår inddraget under patientforsikringsloven. Det er dog ikke hensigten, at Københavns og Frederiksberg Kommuner skal deltage i de enkelte møder i lige så stort omfang som sygehusvæsenets repræsentanter Amtsrådsforeningen og Hovedstadens Sygehusfællesskab, idet antallet af sager inden for sygehusvæsenet efter al sandsynlighed vil være klart i overtal.

Det forudsættes, at De Samvirkende Invalideorganisationer og Forbrugerrådet deltager lige hyppigt. Ved etablering af eksempelvis 4 afdelinger vil De Samvirkende Invalideorganisationer blive repræsenteret i 2 afdelinger, mens Forbrugerrådet vil få plads i de 2 andre afdelinger.

Udvalget er opmærksom på, at De Samvirkende Invalideorganisationer i forbindelse med høringen over lovforslaget i efteråret 1996 angående Patientskadeankenævnets revision anførte, at foreningen ikke kunne dele repræsentation med Forbrugerrådet. Udvalget finder dog, at hensynet til patientinteresserne er tilstrækkeligt tilgodeset dels ved halvering af den lægelige repræsentation, dels ved medtagelse af en privatpraktiserende advokat, der er uafhængig af myndighederne, og som skal opfylde lovens almindelige habilitetskrav.

Det skal bemærkes, at den foreslåede model med flere sideordnede afdelinger, hvor alle organisationer ikke nødvendigvis deltager i alle afdelinger, er velkendt inden for andre områder. Der kan f.eks. peges på Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og Den Sociale Ankestyrelse.

En ændring af ankenævnets sammensætning til 5 medlemmer indebærer en betydelig økonomisk besparelse i honorarudgifter til hver nævnsafdeling. I dag udgør honorarudgifterne til en nævnsafdeling med 9 medlemmer ca. 866.000 kr. pr. år, mens udgifterne til en nævnsafdeling med 5 medlemmer vil være væsentligt mindre, ca. 550.000 kr. pr. år.

Udvalget finder det vanskeligt at vurdere, hvor mange afdelinger der er behov for, men under hensyn til det store og stigende antal verserende sager findes det hensigtsmæssigt at etablere 4 afdelinger. Herved er der taget højde for, at nævnets kompetence er foreslået udvidet til at omfatte sager vedrørende privatpraktiserende tandlæger ⁵⁹). Da der på dette område allerede eksisterer en erstatningsordning, må det forventes, at der vil komme sager til ankenævnet straks ved lovændringens ikrafttræden ⁶⁰). Derimod vil inddragelsen af den øvrige del af praksissektoren under patientforsikringsloven ikke umiddelbart få indvirkning på Patientskadeankenævnet, idet der vil gå nogen tid, før disse sager bliver anmeldt og afgjort i 1. instans ⁶¹).

Under de nuværende forhold afgør 2 afdelinger 44 sager pr. måned, mens 4 afdelinger med kun 5 medlemmer formentligt mindst vil kunne afgøre 90 sager pr. måned. Dette svarer til 1080 sager på årsbasis. Herved vil sagspaklen kunne fjernes på sigt, samtidig med at sagsbehandlingstiderne vil falde væsentligt.

Honorarudgifterne til 4 afdelinger vil på årsbasis udgøre ca. 2,2 mio. kr. Dette er en merudgift på ca. 500.000 kr. i forhold til i dag, hvor de årlige udgifter til 2 afdelinger udgør ca. 1,7 mio. kr.

Der vil endvidere blive behov for en betragtelig styrkelse af sekretariatet til betjening af de nye afdelinger. Udgifterne hertil kan skønsmæssigt sættes til ca. 1 mio. kr. pr. år. Øvrige administrationsudgifter vil formentligt

udgøre ca. 100.000 kr. årligt.

De samlede merudgifter ved at oprette to nye afdelinger, samtidig med at alle afdelinger kommer til at bestå af 5 medlemmer, kan på den baggrund skønsmæssigt opgøres til ca. 1,6 mio. kr.

5.6.4. Forslag til andre initiativer, der kan nedbringe sagsbehandlingstiden

Ved siden af forslaget om at ændre sammensætningen af ankenævnet har udvalget drøftet, hvilke initiativer der umiddelbart kan tages til nedbringelse af ankenævnets sagsbehandlingstider inden for de bestående lovmæssige rammer.

Den eksisterende lovgivning giver mulighed for, at der administrativt kan etableres yderligere nævnsafdelinger med hver 9 medlemmer. Dette vil som tidligere nævnt være en meget bekostelig løsning, der heller ikke vil være særlig effektiv. Udvalget finder dog, at det i en overgangsfase, indtil der foreligger et nyt lovgrundlag, bør overvejes at etablere én ny nævnsafdeling.

Loven giver også mulighed for, at formanden eller næstformanden, der begge er dommere, bemyndiges til at træffe afgørelse i sager, der ikke skønnes at frembyde tvivl. Efter udvalgets opfattelse kommer formandsafgørelser især på tale i sager om erstatningsberegning, hvor afgørelsen ofte er teknisk/juridisk og beror på retspraksis.

Samlet udgør sager om erstatningsberegning ca. 35 % af alle ankenævnets sager, men da nogle af sagerne kræver vanskelige lægelige vurderinger, vil de ikke alle være egnet til formandsafgørelser. Udvalget skønner dog, at omkring halvdelen af disse sager vil kunne afgøres af formanden/næstformanden, evt. på grundlag af en lægelig udtalelse eller en udtalelse fra Arbejdsskadestyrelsen om méngrad m.v. I den forbindelse vil tilførsel af yderligere erstatningsretlig ekspertise til sekretariatet være nyttig. Det forudsættes, at nævnets medlemmer orienteres om sager, der påtænkes afgjort af formanden/næstformanden.

Derimod vil der kun sjældent være mulighed for formandsafgørelser i sager vedrørende ansvarsbetingelserne i patientforsikringsloven, hvor afgørelserne ikke så meget beror på juridisk ekspertise som på en kombination af juridisk/administrativ forståelse, lægelige vurderinger og patientsynspunkter.

Det fremgår af Patientskadeankenævnets årsberetning for 1995-96, side 7, at ankenævnet i 1995 i gennemsnit måtte udsætte knap 25 % af de sager, der var på dagsordenen. I 1996 faldt udsættelsesprocenten til knap 19. Udsættelsen af sagerne skyldes, at nævnet i de pågældende sager fandt, at der burde indhentes yderligere materiale, inden der kunne træffes afgørelse. Det kunne f.eks. være indhentelse af lægelige vurderinger eller en udtalelse fra Arbejdsskadestyrelsen om méngrad og erhvervsevnetab. Ankenævnet forventer et fald i udsættelsesprocenten som følge af, at der i foråret 1997 blev beskikket nye læger til nævnet, således at nævnet nu har 4 lægesagkyndige medlemmer repræsenterende hver sit speciale mod tidligere kun 2.

Det er udvalgets vurdering, at nævnets produktion vil kunne øges, hvis ankenævnets sekretariat i højere grad benytter sig af lægelig ekspertise i sagsforberedelsen, samt så tidligt som muligt tager stilling til evt. forelæggelse for Arbejdsskadestyrelsen, således at udsættelse på selve nævnsmødet så vidt muligt undgås.

Udvalget skal også pege på muligheden for skriftlig votering, hvilket f.eks. kan foregå således, at uproblematisk sager sendes til medlemmerne med en indstilling fra sekretariatet om sagens afgørelse. Hvis der ikke fremsættes indsigelser inden for 14 dage, betragtes sagen som afgjort i overensstemmelse med indstillingen. Denne afgørelsesform er effektiv og benyttes bl.a. af Nævnet vedrørende erstatning til ofre for forbrydelser.

Udvalget forudsætter generelt, at ankenævnets sekretariat i tilstrækkeligt omfang er i besiddelse af tekniske hjælpemidler i form af edb m.v., således at sagsbehandlingen kan varetages så effektivt som muligt.

[Indhold kapitel 5](#)

5.7. Andre spørgsmål

5.7.1. Patientforsikringsforeningens bestyrelse

Patientforsikringsforeningens overordnede ledelse varetages af en bestyrelse, der består af 7 medlemmer, som udpeges for 1 år ad gangen.

1 medlem udpeges af sundhedsministeren. De øvrige 6 medlemmer udpeges af forsikringsgiverne, dvs. forsikringsselskaberne og de selvforsikrende myndigheder i forhold til henholdsvis forsikringsgivernes samlede årlige præmieindtægter og et af bestyrelsen for de selvforsikrende myndigheder skønsmæssigt beregnet præmiebeløb svarende til risikoen. De selvforsikrende myndigheder har dog altid ret til at udpege mindst et medlem af bestyrelsen.

Bestyrelsens opgave er at sørge for en forsvarlig organisation og tilrettelæggelse af foreningens virksomhed, hvorimod behandlingen af enkeltsager finder sted i sekretariatet. I ganske særlige tilfælde kan bestyrelsen dog tage stilling til principielle enkeltsager.

Det har vist sig i praksis, at reglerne for udpegning af medlemmer til bestyrelsen ikke fungerer hensigtsmæssigt. Efter den gældende lov udpeges bestyrelsen som nævnt af forsikringsselskaberne og de selvforsikrende myndigheder. Eftersom hovedparten af de driftsansvarlige efter den gældende lov – dvs. amter m.fl. – har valgt at tegne forsikring for erstatningskrav efter loven, har dette betydet, at de myndigheder, der finansierer patientforsikringsordningen og i øvrigt har det politiske ansvar for sygehusvæsenet, ikke har været repræsenteret i bestyrelsen.

Disse regler har man fra de hidtil erstatningspligtige myndigheder, dvs. amterne som driftsansvarlige for det offentlige sygehusvæsen, ikke fundet hensigtsmæssige, hvilket har indebåret, at man ikke har fulgt de formelle regler for udpegning i praksis. Selv om forsikringsgiverne (forsikringsselskaberne) har udpegningsretten, har de i vid udstrækning overladt udpegningen til forsikringstagerne, dvs. amter m.fl., i en erkendelse af, at den væsentlige politiske og økonomiske interesse i Patientforsikringsforeningen ligger hos de driftsansvarlige, uanset om disse har valgt at finansiere erstatningsordningen gennem forsikringspræmier eller som selvforsikrende myndigheder.

Udvalget er enig i, at der behov for at justere udpegningsreglerne, således at de driftsansvarlige for patientforsikringsordningen tillægges større indflydelse ved udpegning af medlemmer.

Bestyrelsens sammensætning bør efter udvalgets opfattelse afspejle, at det er de driftsansvarlige, der har den reelle politiske og økonomiske interesse i patientforsikringsordningen. Forsikringsselskabernes interesse er derimod i højere grad af teknisk/administrativ karakter, ligesom selskaberne naturligvis er interesseret i at følge udviklingen i erstatningsudbetalinger m.v.

Udvalget er opmærksom på, at bestyrelsens sammensætning må tilpasses den foreslåede udvidelse af loven med praksissektoren, og at valget mellem amtsmodellen og foreningsmodellen også har betydning for udpegningsreglerne. Udvalget foreslår følgende sammensætning af bestyrelsen vedrørende de to modeller:

1. Amtsmodellen:

- 1 medlem fra Sundhedsministeriet
- 3 medlemmer fra Amtsrådsforeningen
- 1 medlem i fællesskab fra Hovedstadens Sygehusfællesskab, Københavns og Frederiksberg Kommuner
- 2 medlemmer fra forsikringsselskaberne

I alt 7 medlemmer.

2. Foreningsmodellen:

- 1 medlem fra Sundhedsministeriet
- 3 medlemmer fra Amtsrådsforeningen
- 1 medlem i fællesskab fra Hovedstadens Sygehusfællesskab, Københavns og Frederiksberg Kommuner

- 1 medlem fra en faglig organisation
- 2 medlemmer fra forsikringsselskaberne.

I alt 8 medlemmer.

Et mindretal i udvalget (Rådet for Dansk Forsikring og Pension) finder, at forsikringsselskaberne – for så vidt angår begge modeller – bør have ret til at udpege 3 medlemmer, idet det bemærkes, at der fra forsikringsside hidtil i vidt omfang er udpeget amtspolitikere til bestyrelsen.

Der har været fremsat kritik af, at medlemsperioden kun er 1 år, idet det er besværligt og uhensigtsmæssigt at udpege en ny bestyrelse og et nyt formandskab hvert år. De sidste 2 år har indebåret betydelige udskiftninger i bestyrelsen og risiko for, at der ikke opnås kontinuitet i bestyrelsesarbejdet. Bestyrelsen holder normalt kun 4-5 møder om året, og det er ikke tilstrækkeligt til, at bestyrelsen på et år kan få et grundigt kendskab til patientforsikringsordningens administration og problemstillinger.

Udvalget skal på den baggrund foreslå, at medlemsperioden, der fremgår af Patientforsikringsforeningens vedtægter, udvides til 4 år for så vidt angår medlemmer udpeget af de driftsansvarlige og sundhedsministeren. Forsikringsselskabernes repræsentation i bestyrelsen må nødvendigvis bygge på selskabernes vekslende økonomiske engagement i patientforsikringsordningen, og derfor findes det naturligt at fastholde en 1-årsperiode for medlemmer udpeget af forsikringsselskaber.

5.7.2. Lov om offentlighed i forvaltningen

Som omtalt i afsnit 2.7.2 er Patientforsikringsforeningens sagsbehandling ved en særlig bekendtgørelse blevet underlagt forvaltningsloven.

Der er derimod ikke udstedt en tilsvarende bekendtgørelse for så vidt angår lov om offentlighed i forvaltningen med henblik på at overføre denne lovs regler på Patientforsikringsforeningen, selv om dette var forudsat i forarbejderne til patientforsikringsloven.

Udvalget finder det velbegrundet, at Patientforsikringsforeningens sagsbehandling skal følge kravene i forvaltningsloven. Herved sikres det, at patienternes retssikkerhed tilgodeses bl.a. ved, at foreningens afgørelser skal begrundes, at der skal foretages partshøring, og at patienterne har krav på partsaktindsigt og klagevejledning. Ligeledes omfattes Patientforsikringsforeningens ansatte af de særlige inhabilitetsregler samt reglerne om tavshedspligt.

Under hensyn til, at patienternes rettigheder ved Patientforsikringsforeningens sagsbehandling fuldt ud er sikret ved forvaltningsloven, finder udvalget ikke behov for at inddrage Patientforsikringsforeningen, der principielt er en privat organisation, under anvendelsesområdet for lov om offentlighed i forvaltningen.

Patientskadeankenævnet er en del af den offentlige forvaltning, og som sådan umiddelbart omfattet af forvaltningsloven og lov om offentlighed i forvaltningen.

5.7.3. Bemærkninger til godtgørelsesordningen vedrørende HIV-positive blødere, transfusionssmittede m.fl.

Ovenfor i afsnit 3.5 er der givet en nærmere beskrivelse af denne godtgørelsesordning.

Godtgørelsen udgør et fast beløb på 750.000 kr., der ydes af staten med hjemmel i aktstykke nr. 39, tiltrådt af Folketingets Finansudvalg den 12. november 1992, jf. Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 914 af 19. november 1992. Det fremgår af aktstykket, at den kulancemæssige godtgørelse ydes HIV-smittede blødere og HIV-smittede transfusionssmittede m.fl. "med henblik på at kompensere for de gener og store menneskelige omkostninger, som HIV-smitten har påført dem". I aktstykket er det endvidere fremhævet, at det er væsentligt, at godtgørelsen ikke bliver indkomstskattepligtig, ligesom den ikke bør medføre reduktion i ydelser, som i øvrigt måtte tilkomme de pågældende efter den sociale og boligmæssige lovgivning.

Hensigten med godtgørelsen er således at yde disse personer en helt ekstraordinær compensation for den særdeles alvorlige situation, HIV-smitten har bragt dem i. Der er endvidere lagt vægt på, at godtgørelsen ikke må påvirke størrelsen af visse sociale ydelser, der i øvrigt tilkommer de pågældende.

Godtgørelsen er derimod ikke en erstatning, der skal dække et økonomisk tab. Dette er kommet til udtryk i en konkret sag, der er omtalt i afsnit 3.5., hvor Sundhedsministeriet udtalte, at der efter ministeriets opfattelse ikke er hjemmel til at modregne godtgørelsen i en evt. erstatning efter patientforsikringsloven.

Under hensyn til godtgørelsesordningens særlige politiske baggrund har udvalget fundet det rigtigst ikke at fremsætte forslag, der berører ordningen.

[Indhold kapitel 5](#)

Noter

- 5) Rapporten er medtaget som bilag 1 til betænkningen.
- 6) Denne situation er nærmere drøftet i afsnit 5,6.
- 7) Jf. Rapport fra den af Indenrigsministeriet nedsatte arbejdsgruppe vedrørende en dansk patient- og lægemiddelforsikring, juni 1986, side 38.
- 8) Lov nr. 217 af 29. marts 1995.
- 9) Jf. erfaringer fra Norge, hvor der i perioden 1992-1996 er udbetalt ca. 3,8 mio. kr. i erstatning for skader i den primære lægetjeneste, ekskl. speciallægepraksis. Hovedparten af sagerne vedrører diagnosticeringsfejl, herunder forsinket diagnose.
- 10) Jf. Bo von Eyben: Patientforsikring, 1993, s. 199.
- 11) Jf. Patientklagenævnets årsberetning 1996, s. 82.
- 12) Jf. nærmere afsnit 5.3.3 med vurdering af tandlægenes eksisterende patientforsikringsordning.
- 13) Jf. nærmere afsnit 5.3.4 med vurdering af kiropraktorenes eksisterende patientforsikringsordning.
- 14) Jf. ligeledes Rapport fra underudvalget vedrørende gennemførelse af forsikringspligten for sundhedspersoner i den primære sundhedstjeneste (herefter citeret: underudvalgets rapport), april 1997, s. 15-16.
- 15) Jf. ligeledes underudvalgets rapport s. 7.
- 16) Jf. underudvalgets rapport s. 16 med nærmere begrundelse.
- 17) De kommunale sundhedsordninger er nærmere beskrevet i underudvalgets rapport s. 17.
- 18) Jf. underudvalgets rapport s. 18 ff.
- 19) Loven er omtalt i afsnit 3.3
- 20) Jf. ligeledes underudvalgets rapport s. 31.
- 21) Jf. lov om tandpleje m.v. (lovbekendtgørelse nr. 411 af 26. maj 1994).
- 22) Jf. afsnit 3.1.
- 23) Jf. underudvalgets rapport s. 15.
- 24) Jf. underudvalgets rapport s. 32.
- 25) Ekskl. tandlægeområdet, idet den eksisterende forsikringsordning foreslås opretholdt, jf. afsnit 5.3.3.
- 26) Jf. kap. 2 i underudvalgets rapport med den modifikation, at kiropraktorområdet, der ikke er medtaget i underudvalgets konklusioner, er inkluderet i nærværende fremstilling. Dette ændrer dog ikke de økonomiske beregninger, da erfaringerne fra kiropraktorenes forsikringsordning har vist, at antallet af skader er meget begrænset, jf. afsnit 3.2.
- 27) F. eks. klager over mangelfuld undersøgelse, svigtende information, lægeerklæringer, journalføring etc.
- 28) Jf. s. 9 og 12 i underudvalgets rapport.
- 29) På sygehusområdet er anerkendelsesfrekvensen ca. 43% i både Danmark og Norge.
- 30) Jf. kap 3 i underudvalgets rapport.
- 31) Jf. underudvalgets rapport s. 3.
- 32) Jf. underudvalgets rapport s. 27, hvor modellen benævnes "model 3".
- 33) Jf. patientforsikringslovens §9, stk. 2, der blev indsat ved en lovændring i 1995 (lov nr. 217 af 29. marts 1995).
- 34) Jf. lovforslag nr. L 103, Folketinget 1994-95.
- 35) Udover amterne blev også Hovedstadens Sygehusfællesskab pålagt erstatningspligt.
- 36) Jf. underudvalgets rapport s. 28, hvor modellen bevævnes "model 5".
- 37) Jf. underudvalgets rapport s. 29 ff.
- 38) Dækningsområdet er nærmere præciseret i bekendtgørelse nr. 666 af 3. august 1995.
- 39) Sådanne skader er i stedet omfattet af lov om erstatning for lægemiddelskader, jf. afsnit 3.3.
- 40) Jf. afsnit 3.4.
- 41) Jf. Rapport fra den af Indenrigsministeriet nedsatte arbejdsgruppe vedrørende en dansk patient- og lægemiddelforsikring, juni 1986, side 115.

- 42) Jf. afsnit 4.1.4 om forslaget til en ny norsk patientskadelov.
- 43) Den svenske lov er nærmere omtalt i afsnit 4.2.2.
- 44) Betänkande av Patientförsäkringsutredningen "Patientskadelag" SOU 1994:75.
- 45) Uddrag af overlæge Steen Borbergs redegørelse af 7. august 1997, der er medtaget som bilag nr. 14.
- 46) Jf. Patientklagenævnets Årsberetning 1996, s. 80.
- 47) Loven gælder ikke for Grønland og Færøerne, idet den ikke er sat i kraft for disse landsdele, jf. § 22.
- 48) Jf. Indenrigsministeriets bkg. nr. 69 af 17. februar 1983.
- 49) Jf. § 7, stk. 1, i bkg. nr. 666 af 3. august 1995 vedrørende dækningsområdet for lov om patientforsikring.
- 50) Jf. ovennævnte bkg. § 6, stk. 3.
- 51) Jf. afsnit 2.3 med en nærmere beskrivelse af kriterierne.
- 52) Lov nr. 1227 af 27. december 1996.
- 53) Dette hensyn kom aldrig til at spille nogen rolle, da det senere viste sig, at lægemiddelbranchen mod forventning ikke kunne opnå enighed om at etablere en frivillig lægemiddelforsikringsordning. I stedet blev der ved lov nr. 1120 af 20. december 1995 om erstatning for lægemiddelskader indført en statsfinansieret erstatningsordning for lægemiddelskader, jf. nærmere afsnit 3.3
- 54) Sundhedsministeriet valgte dog ved nævnets oprettelse at stille sekretariatsbistand til rådighed for nævnet.
- 55) Jf. Patientskadeankenævnets Årsberetning 1995-96, side 24.
- 56) Ved berammelsestid forstås den tid, der går fra en sag er klar til behandling på et nævnsmøde og til den reelt behandles på et møde.
- 57) En undtagelse er Lægemedelskadeankenævnet, der består af 9 medlemmer, men her er der tale om et nyt retsområde med meget få sager, jf. nærmere afsnit 3.3.
- 58) I dag vedrører næsten 100% af alle sager under patientforsikringsordningen lægevirksomhed, og derfor deltager der ikke andre sundhedsfaglige repræsentanter end læger i Patientskadeankenævnet. Inddragelsen af den primære sundhedssektor under patientforsikringsloven skaber imidlertid behov for sagkyndige medlemmer inden for alle faggrupper i den primære sundhedssektor.
- 59) Jf. afsnit 5.3.3.
- 60) Sagsantallet forventes at ligge på omkring 100 sager på årsbasis, jf. afsnit 5.3.3.
- 61) Jf. afsnit 5.3.5 b), hvor det antages, at der vi gå 5 år, før anmeldelsestallet når op omkring 500-550 sager pr. år.

[Indhold kapitel 5](#)

Kapitel 6. Økonomiske og administrative konsekvenser

Som det fremgår af kapitel 5, foreslår udvalget, at den primære sundhedstjeneste inddrages under patientforsikringsloven. De samlede udgifter som følge heraf skønnes at udgøre 18½-20 mio. kr., når der er forløbet 5 år. Heraf skønnes udgifterne til sagernes behandling i Patientforsikringsforeningen og Patientskadeankenævnet at udgøre 4-4½ mio. kr. Hertil kommer etableringsudgifter i Patientforsikringen på ca. 2 mio. kr. i ordningens første år til edb, kontorindretning samt information om ordningen. Udvalget skal fremhæve, at tallene er behæftet med stor usikkerhed.

I disse udgifter er ikke medtaget administrative konsekvenser i amter og kommuner i forbindelse med bl.a. vejledning og oplysning af sagerne. Endvidere er merudgifter til at inddække erstatningskrav i et forsikringsselskab ikke medtaget.

Det skønnes, at antallet af anmeldelser fra primærsektoren i en udvidet ordnings 5. år vil udgøre 500-550 anmeldelser. Antallet af anmeldelser fra primærsektoren 5 år efter en udvidelse af ordningen svarer til ca. 20 % af antal anmeldelser i sygehussektoren. Udbetalingerne fra primærsektoren svarer til 15 % af udbetalingerne i sygehussektoren, da erstatningernes størrelse i gennemsnit forventes at være lavere i praksissektoren end i sygehussektoren. Anmeldelser vedrørende privatpraktiserende tandlæger er ikke medregnet, da det forudsættes, at Dansk Tandlægeforenings eksisterende forsikringsordning opretholdes.

Udgifterne ved at inddrage psykiske skader under lovens dækningsområde er meget vanskelige at opgøre. Der forventes imidlertid ikke at være mange erstatningsberettigede sager vedr. psykiske skader, ligesom psykiske skader generelt kun undtagelsesvis medfører svær invaliditet. Omkostningerne i forbindelse med denne udvidelse af skadebegrebet vil derfor være af begrænset omfang. Det skønnes, at erstatningsudbetalingerne vil andrage ca. 0,5 mio. kr. pr. år.

Der vil i øvrigt ikke være særlige udgifter forbundet ved at inddrage de skader, som hidtil er erstattet efter lov om vaccinationsskader.

Udvalget foreslår, at antallet af medlemmer i de enkelte afdelinger i Patientskadeankenævnet reduceres fra 9 til 5 medlemmer. Det vil indebære en umiddelbar besparelse i hver nævnsafdeling på ca. 300.000 kr. Imidlertid forudsættes det, at der samtidig med reduktionen af nævnsmedlemmer i de enkelte afdelinger sker en udvidelse af antallet af afdelinger i Patientskadeankenævnet fra de eksisterende 2 til 4 afdelinger med henblik på at reducere sagsbehandlingstiden og fjerne den eksisterende sagspukkel i nævnet. Honorarudgifterne til 4 afdelinger vil på årsbasis udgøre ca. 2,2 mio. kr. Dette er en merudgift på ca. 500.000 kr. i forhold til i dag, hvor de årlige udgifter udgør ca. 1,7 mio. kr. Der vil endvidere blive behov for en betragtelig styrkelse af sekretariatet til betjening af de nye afdelinger, herunder ansættelse af nye AC-medarbejdere og HK-assistenten. Udgifterne hertil anslås skønsmæssigt til ca. 1 mio. kr. Øvrige administrationsudgifter vil udgøre ca. 100.000 kr.

De samlede merudgifter ved at oprette to nye afdelinger, samtidig med at alle afdelinger kommer til at bestå af 5 medlemmer, vil således udgøre ca. 1,6 mio. kr.

De samlede årlige merudgifter ved lovforslaget vil efter 5 år skønsmæssigt andrage i alt ca. 20,6-22,1 mio. kr. Hertil kommer ca. 2 mio. kr. i engangsudgifter til etablering m.v.

De direkte merudgifter ved lovforslaget vil ikke direkte blive pålagt staten, men derimod de erstatningspligtige efter forslagens § 9, stk. 1, dvs. enten amter og kommuner som selvforsikrende eller gennem betaling af forsikringspræmier (amtsmodellen) eller de private driftsansvarlige (foreningsmodellen).

De statslige repræsentanter i udvalget har taget forbehold for, at udvalgets forslag kun kan realiseres i takt med de økonomiske muligheder.

Kapitel 7. Udkast til lov om ændring af lov om patientforsikring

Indhold:

- [7.1. Lovudkast A](#)
 - [7.2. Lovudkast B](#)
-

7.1. Lovmodel A (amtsmodellen)

Model A – Amtsmodel

§ 1

I lov om patientforsikring, jf. lovbekendtgørelse nr. 228 af 24. marts 1997, foretages følgende ændringer:

1. § 1, stk. 1, ophæves, og i stedet indsættes:

"Der ydes erstatning efter reglerne i denne lov til patienter eller efterladte til patienter, som her i landet påføres skade i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende, som er foretaget

1) på sygehus eller på vegne af dette,

2) af autoriserede sundhedspersoner ansat under de kommunale sundhedsordninger, eller

3) af privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner, eller læger, der uden at være privatpraktiserende, virker som vagtlæger."

2. § 1, stk. 2, 2. pkt., affattes således:

"Det samme gælder for donorer, hvorfra der udtages væv og andet biologisk materiale."

3. § 1, stk. 3-5, ophæves, og i stedet indsættes:

"Stk. 3. Ved autoriserede sundhedspersoner forstås i denne lov autoriserede sundhedspersoner i henhold til særlig lovgivning eller personer, der handler på disses ansvar.

Stk. 4. Sundhedsministeren fastsætter regler om, hvilke områder der efter stk. 1-2 nærmere er omfattet af loven.

Stk. 5. Sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at lovens § 9, stk. 1, nr. 3, og §§ 12-13 ikke finder anvendelse på den kollektive patientforsikringsordning, som Dansk Tandlægeforening har etableret for sine medlemmer. Ministeren kan fastsætte nærmere vilkår for forsikringsordningens administration. Ministeren kan endvidere fastsætte regler om, at Patientforsikringsforeningen kan forlange meddelt enhver oplysning fra forsikringsordningen, som har betydning for Patientforsikringsforeningens varetagelse af opgaver efter loven".

4. § 2, stk. 1, nr. 1, ophæves, og i stedet indsættes:

"Erstatning ydes, uanset om nogen må antages at have pådraget sig erstatningsansvar for skaden efter almindelige erstatningsretlige regler eller regler om produktansvar, forudsat at skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af følgende måder:

1) Hvis det må antages, at skaden kunne være undgået, hvis undersøgelse, behandling eller lignende under de i øvrigt givne forhold var blevet gennemført bedst muligt i overensstemmelse med videnskab og erfaring på det pågældende område,".

5. I § 4, stk. 1, udgår: ", og § 1, stk. 3, 2. pkt.,".

6. § 4, stk. 3, ophæves, og i stedet indsættes:

"Til de i § 1, stk. 2, omfattede bloddonorer ydes erstatning for skader, der påføres de pågældende ved ulykkestilfælde i forbindelse med transport til aftalt eller rekvireret tapning i blodbank eller ved mobil blodbank, medmindre donoren forsætligt eller ved grov uagtsomhed har medvirket til skaden. Der ydes dog ikke erstatning efter 1. pkt., såfremt bloddonoren er berettiget til erstatning for skaden efter anden lovgivning."

7. I § 5, stk. 3, ændres "§ 4, stk., 1 eller stk. 3, jf. § 1, stk. 2, og § 1, stk. 3, 2. pkt." til : "§ 4, stk. 1, jf. § 1, stk. 2".

8. I § 8 udgår: "eller er omfattet af § 1, stk. 3,".

9. § 9 ophæves, og i stedet indsættes:

"§ 9. Pligt til at yde erstatning efter loven har:

1) Driftsansvarlige for sygehuse.

2) Driftsansvarlige for kommunale sundhedsordninger.

3) Den amtskommune og Københavns og Frederiksberg Kommuner, hvor en privatpraktiserende autoriseret sundhedsperson har tilsluttet sig overenskomst med den offentlige sygesikring, eller hvor en læge, der uden at være privatpraktiserende, virker som vagtlæge.

4) Driftsansvarlige for en privat praksis omfattende en eller flere autoriserede sundhedspersoner, der ikke har tilsluttet sig overenskomst med den offentlige sygesikring.

5) Driftsansvarlige for institutioner m.v., som foretager biomedicinske forsøg på personer, uden at forsøget indgår som led i diagnostik eller behandling af personens sygdom, og driftsansvarlige for institutioner, som forestår donorvirksomhed af væv og andet biologisk materiale.

Stk. 2. I tilfælde af, at det forhandlingsudvalg, der er nedsat i medfør af § 26 i lov om offentlig sygesikring, eller en organisation af sundhedspersoner opsiger en overenskomst med den offentlige sygesikring, fortsætter pligten til at yde erstatning efter stk. 1, nr. 3, uændret for så vidt angår de sundhedspersoner, der på opsigelsestidspunktet var omfattet af den pågældende overenskomst."

10. I § 10, stk. 1, ændres "jf. dog § 11, stk. 1" til: "jf. dog stk. 2".

11. I § 10 indsættes efter stk. 1 som nyt stykke:

"Stk. 2. Staten, kommuner og Hovedstadens Sygehusfællesskab er undtaget fra forsikringspligten efter stk. 1."

Stk. 2-7 bliver herefter stk. 3-8.

12. I § 10, stk. 2, der bliver stk. 3, ændres "sundhedsministeren" til: "Patientforsikringsforeningen".

13. I § 10, stk. 4, der bliver stk. 5, ændres "stk. 3" til: "stk. 4".

14. I § 10, stk. 5, nr. 2, der bliver stk. 6, nr. 2, ændres " stk. 3" til: "stk. 4".

15. I § 10, stk. 6, der bliver stk. 7 ændres "stk. 5, nr. 1-3" til: "stk. 6, nr. 1-3".

16. Efter § 10 indsættes som ny overskrift: "Kollektive forsikringsaftaler for private driftsansvarlige".

17. § 11, stk. 1 og stk. 2, ophæves, og i stedet indsættes:

"For driftsansvarlige, der har pligt til at yde erstatning efter § 9, kan forsikringspligten opfyldes gennem kollektive forsikringsaftaler. Aftale herom kan formidles af kommunerne eller de faglige organisationer. Kommunen kan kun formidle forsikringsaftaler for de private driftsansvarlige, som udøver virksomhed inden for kommunens område."

Stk. 3-7 bliver herefter stk. 2-6.

18. I § 11, stk. 3, der bliver stk. 2, indsættes efter "kommunerne": "og faglige organisationer" og "stk. 2" ændres til: "stk. 1".

19. I § 11, stk. 4, der bliver stk. 3, ændres "stk. 2" til: "stk. 1".

20. I § 11, stk. 5, der bliver stk. 4, ændres " stk. 4" til: "stk. 3".

21. § 11, stk. 6, der bliver stk. 5, affattes således:

"§ 10, stk. 6, nr. 1 og 2, samt stk. 7 finder ikke anvendelse ved kollektive forsikringsaftaler."

22. I § 11, stk. 7, der bliver stk. 6, indsættes efter "kommuner: "og faglige organisationer", og "stk. 3" ændres til: "stk. 2".

23. § 12, stk. 1, ophæves, og i stedet indsættes:

"Forsikringsselskaber, som har tegnet forsikringer omfattet af denne lov, opretter i fællesskab en patientforsikringsforening. Foreningen ledes af en bestyrelse, hvis medlemmer udpeges af de i § 9, stk. 1, nævnte erstatningspligtige, samt af de i 1. pkt. nævnte forsikringsselskaber. Sundhedsministeren kan bestemme, at staten kan blive medlem af bestyrelsen. Den nærmere fordeling af medlemmer til bestyrelsen fastsættes i foreningens vedtægter, jf. stk. 2."

24. I § 14, stk. 2, indsættes efter "Hovedstadens Sygehusfællesskab," : "Københavns og Frederiksberg Kommuner, Advokatrådet,".

25. I § 14 indsættes efter stk. 2 som nyt stykke:

"Stk. 3. Sundhedsstyrelsen udpeger, jf. stk. 2, for hvert fagligt område et antal sagkyndige medlemmer, der alle er fagligt uddannede."

Stk. 3-8 bliver herefter stk. 4-9.

26. § 14, stk. 3, der bliver stk. 4, ophæves, og i stedet indsættes:

"Ved afgørelsen af den enkelte sag skal nævnet sammensættes af

1) formanden eller en næstformand,

2) 1 sagkyndigt medlem udpeget af Sundhedsstyrelsen efter stk. 3 afhængig af sagens faglige karakter,

3) 1 medlem udpeget af Amtsrådsforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab, Københavns eller Frederiksberg Kommuner,

4) 1 medlem udpeget af Advokatrådet og

5) 1 medlem udpeget af De Samvirkende Invalideorganisationer eller Forbrugerrådet".

27. I § 14 indsættes efter stk. 3, der bliver stk. 4, som nyt stykke:

"Stk. 5. Formanden eller vedkommende næstformand afgør, inden for hvilket fagligt område eller områder sagkyndige medlemmer efter stk. 3 skal deltage ved afgørelsen af den enkelte sag efter stk. 4."

Stk. 4-8 bliver herefter stk. 6-10.

§ 2

Loven træder i kraft den 1. januar 1999 og finder anvendelse for skader, der forårsages efter lovens ikrafttræden.

Stk. 2. Samtidig ophæves lov om erstatning for vaccinationsskader. Skader, der er forårsaget før 1. januar 1999, og som efter lov om erstatning for vaccinationsskader ville kunne anmeldes senest et år efter, at de første sikre symptomer på skaden er påvist, omfattes af denne lov.

§ 3

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kongelig anordning sættes i kraft for disse landsdele med de afvigelser, som de særlige færøske og grønlandske forhold tilsiger.

Bemærkninger til lovforslaget

Almindelige bemærkninger

1. Lovforslagets indhold

Ved lovforslaget foreslås dækningsområdet for lov om patientforsikring udvidet til at omfatte skader i forbindelse med undersøgelse, behandling el. lign. foretaget på private sygehuse, af autoriserede sundhedspersoner ansat under de kommunale sundhedsordninger samt af privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner eller læger, der uden at være privatpraktiserende virker som vagtlæger. Loven foreslås tillige udvidet til også at omfatte psykiske skader samt de skader, som hidtil er erstattet efter lov om erstatning for vaccinationsskader. Endvidere foreslås den gældende specialistregel ændret, bl.a. med henblik på at tilpasse lovens erstatningsbetingelser til den foreslåede udvidelse af dækningsområdet til praksissektoren.

Erstatningspligten for den virksomhed, der udøves under de kommunale sundhedsordninger, pålægges kommunerne, mens erstatningspligten for den virksomhed, der foregår hos privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner, der har tilsluttet sig overenskomst med den offentlige sygesikring, pålægges amtskommunerne og Københavns og Frederiksberg Kommuner. Der etableres dog hjemmel til, at tandlæger kan opretholde den eksisterende ikke-lovpligtige patientforsikringsordning. Den hidtil ikke lovpligtige patientforsikring bliver herefter lovpligtig for tandlæger, såfremt denne gruppe vælger at opretholde en forsikringsløsning baseret på den hidtil frivillige forsikringsordning. Dette indebærer, at sager vedr. skader forvoldt af tandlæger ikke vil blive behandlet i Patientforsikringsforeningen, men i det pågældende forsikringsselskab. Ankesager vedr. tandlæger vil – som øvrige ankesager – blive behandlet af Patientskadeankenævnet.

Private sygehuse og privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner, der ikke har tilsluttet sig overenskomst med sygesikringen, pålægges såvel erstatnings- som forsikringspligt.

Endvidere fastsættes det, at medlemmer til bestyrelsen af Patientforsikringsforeningen udpeges af såvel erstatningspligtige som forsikringsgivere og ikke som hidtil kun af selvforsikrende myndigheder og forsikringsgivere.

Endelig foreslås det med henblik på at nedbringe sagsbehandlingstiden i Patientskadeankenævnet, at antallet af medlemmer i nævnet reduceres fra 9 til 5 medlemmer. Forslaget indeholder herudover enkelte mindre ændringer i forhold til den eksisterende patientforsikringsordning.

2. Baggrund for lovforslaget

2.1. Ved lov om patientforsikring, jf. lovbekendtgørelse nr. 228 af 24. marts 1997, blev der med virkning fra 1. juli 1992 indført en erstatningsordning, der lettere og hurtigere end efter de almindelige erstatningsregler (culpareglen) yder erstatning til patienter eller dissers efterladte samt forsøgspersoner og donorer for skader forårsaget under behandling m.v. på offentlige sygehuse og sygehuse, som har driftsoverenskomst med det offentlige.

Vedrørende lovforslaget (L 144 – F 1990-91) og dets behandling i Folketinget henvises til Folketingstidende 1990-91, 2. samling, Folketingets Forhandlinger spalte 1843, 3170, 6640 og 6714, samt til tillæg A, spalte 3259 og tillæg B, spalte 793 og 1427.

2.2. Siden ordningens ikrafttræden er der foretaget følgende mindre ændringer af loven:

Ved lov nr. 217 af 29. marts 1995, der trådte i kraft den 1. juli 1995, blev erstatningsordningen udvidet til også at omfatte skader, der opstår i forbindelse med biomedicinske forsøg i den primære sundhedssektor.

Ved lov nr. 1227 af 27. december 1996 blev undergrænsen for erstatning nedsat fra 20.000 kr. til 10.000 kr.

Ved lov nr. 1229 af 27. december 1996 blev der med henblik på at nedbringe Patientskadeankenævnets sagsbehandlingstider etableret mulighed for at nævnet kan fungere i flere sideordnede afdelinger.

2.3. I forbindelse med Folketingets behandling af forslag til lov om patientforsikring i 1991 blev det fremhævet fra de partier, som udgjorde flertallet for lovforslaget, at vedtagelsen af lovforslaget kun var et første skridt, og at området ville blive fulgt nøje med henblik på en eventuel senere udvidelse af dækningsområdet – navnlig de privatpraktiserende læger. Det fremgår endvidere af bemærkningerne til lovforslaget, at der senest 5 år efter patientforsikringsordningens indførelse pr. 1. juli 1992 skulle foretages en samlet vurdering af ordningens tilrettelæggelse.

Med henblik på denne generelle revision af loven nedsatte Sundhedsministeriet i august 1996 et bredt sammensat udvalg, der bl.a. fik til formål at vurdere, hvorvidt den nuværende ordning fungerer hensigtsmæssigt, og tage stilling til, hvorvidt der er behov for ændringer af de gældende regler. Endvidere skulle udvalget vurdere behovene for at udvide patientforsikringslovens dækningsområde til også at omfatte skader forvoldt af personalet i den primære sundhedstjeneste samt opstille modeller for, hvorledes man kan gennemføre forsikringspligten på den administrativt mest hensigtsmæssige måde og med anvendelse af færrest mulige ressourcer. Udvalget afsluttede sit arbejde i november 1997 med afgivelse af en betænkning om revision af lov om patientforsikring.

2.4. Udvalget vedr. revision af lov om patientforsikring har i sin betænkning foretaget en generel vurdering af patientforsikringsordningen, som kort gengives i det følgende.

Erfaringerne fra Patientforsikringsforeningens første 5 år viser, at loven fuldt ud har levet op til intentionerne, jf. punkt 2.1. For så vidt angår Patientskadeankenævnet må det dog konstateres, at der inden for de sidste par år er sket en væsentlig stigning i sagsbehandlingstiden, således at den gennemsnitlige sagsbehandlingstid medio 1997 var ca. 1½ år. Dette findes meget utilfredsstillende for patienterne.

I 1992, hvor ordningen trådte i kraft 1. juli, modtog Patientforsikringsforeningen 178 skadeanmeldelser, mens tallet i 1996 var 2111. Det forventes, at antallet af anmeldelser med det gældende dækningsområde i de kommende år vil stige med ca. 400 anmeldelser årligt. Erstatningsudbetalingerne har vist en tilsvarende udvikling. Siden 1992 er der i alt udbetalt 176,4 mio. kr. i erstatning til ca. 1.400 skadelidte patienter. Alene i 1996 blev der udbetalt 83,3 mio. kr. i erstatning. Også i erstatningsudbetalinger forventes en stigning fremover, svarende til 15-20 mio. kr. årligt.

Inden patientforsikringslovens ikrafttræden blev der årligt anmeldt ca. 225 erstatningskrav for personskaade ved lægelig behandling ved alle landets sygehuse. Lov om patientforsikring har således i overensstemmelse med formålet bevirket, at antallet af patienter, der har fået erstatning, er steget væsentligt i forhold til tidligere.

Målsætningen om at patienterne hurtigere og lettere skal kunne få erstatning, er også indfriet. Sagsbehandlingen varetages af Patientforsikringsforeningen, der er forpligtet til af egen drift at indhente alle nødvendige oplysninger. De administrative procedurer er således væsentlig lettere end tidligere, hvor patienten selv måtte anlægge retssag mod sygehuset, hvis der ikke kunne opnås en forligsmæssig løsning.

Oplysninger om sagsbehandlingstiden i Patientforsikringsforeningen viser, at det også er blevet hurtigere at få erstatning for skader i sygehusvæsenet. Foreningens sagsbehandlingstid har i de sidste år stabiliseret sig, således at den nu udgør 6-7 måneder, hvoraf ca. halvdelen af dette tidsrum beror på indhentelse af oplysninger fra sygehuse, lægeundersøgelse af patienten m.v. I betragtning af, at sagerne ofte kan være meget komplicerede, findes denne sagsbehandlingstid tilfredsstillende, og i forhold til tidligere, hvor en erstatningssag ofte forudsatte en tidskrævende retssag, er der sket en væsentlig forbedring.

2.5. I betragtning af, at hovedformålet med patientforsikringsloven generelt set er indfriet, er der ikke i betænkningen fra udvalget vedr. revision af lov om patientforsikring stillet andre væsentlige, principielle ændringsforslag vedrørende den overordnede tilrettelæggelse af patientforsikringsordningen end forslag til en ændret sammensætning af Patientskadeankenævnet med henblik på at nedbringe sagsbehandlingstiden.

Udvalget har herudover – inden for rammerne af den gældende lov – stillet forslag til en række initiativer, der kan nedbringe sagsbehandlingstiden i ankenævnet.

Udvalget har endvidere på to punkter fundet behov for en udvidelse af ordningens dækningsområde, idet såvel praksissektoren som psykiske skader foreslås inddraget under loven. Herudover er der stillet forslag om visse andre ændringer.

Det foreliggende lovforslag bygger på de vurderinger og forslag, som udvalget vedr. revision af lov om patientforsikring har foreslået. I det omfang, der i bemærkningerne henvises til denne betænkning, bruges forkortelsen: bet. efterfulgt af sidenummer.

3. Nærmere om lovforslaget

3.1. Ved patientforsikringslovens vedtagelse i foråret 1991 blev lovens dækningsområde begrænset til kun at omfatte fysiske skader med undtagelse af sunde forsøgspersoner, der også får dækket psykiske skader. Det indebærer, at skader, som er af rent psykisk karakter, dvs. skader i form af psykiske symptomer, som ikke står i forbindelse med skade af kropslig karakter, hidtil er faldet uden for lovens dækningsområde.

I bet. side 111 ff foreslås psykiske skader nu medtaget under lovens dækningsområde, idet det findes, at behovet for en udvidet erstatningsberettigelse er ligeså stort ved psykiske skader som ved fysiske skader. Inddragelse af psykiske skader under patientforsikringsordningen vil kunne medføre komplicerede, bevismæssige undersøgelser for at udskille de – formodentlig få – sager, hvor erstatningsbetingelserne efter loven er opfyldt, men disse forhold gør sig også gældende inden for andre områder, f.eks. patientklagesystemet, uden at man af den grund har afskåret klageadgangen for psykiatriske patienter. Hertil kommer, at der allerede efter den gældende lovgivning er afgrænsningsproblemer mellem fysiske og psykiske skader. Under hensyntagen hertil samt til, at behovet for at erstatte psykiske skader findes at være lige så stort som ved fysiske skader, inddrages de psykiske skader nu under loven.

Endvidere inddrages de skader, som hidtil er blevet erstattet efter lov om erstatning for vaccinationsskader, idet der med den foreslåede udvidelse af dækningsområdet til også at omfatte de privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner ikke længere er behov for at opretholde denne lov.

3.2. Efter lovforslaget udvides dækningsområdet til at omfatte skader i forbindelse med undersøgelse, behandling el. lign. foretaget på private sygehuse af autoriserede sundhedspersoner ansat under de kommunale sundhedsordninger samt af privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner eller læger, der uden at være privatpraktiserende virker som vagtlæger. Dette er en udvidelse af dækningsområdet i forhold til den gældende lov, hvorefter kun offentlige sygehuse og sygehuse, som det offentlige har driftsoverenskomst med eller finansierer mindst halvdelen af driftsudgifterne af, er omfattet.

Det har været overvejet, jf. bet. side 91, hvorvidt undersøgelse, behandling m.v. foretaget på institutioner på det kommunale og amtskommunale område, f.eks. på plejehjem, beskyttede boliger, døgninstitutioner for voksne m.fl., bør medtages.

Antallet af skader i forbindelse med sundhedsmæssig behandling på dette område er meget begrænset, hvortil kommer at langt hovedparten af den lægelige behandling, der finder sted for plejehjemsbeboere og andre institutionsbeboere foretages enten på sygehus eller af praktiserende læger, der i forvejen er/fremover vil være omfattet af patientforsikringsordningen. På den baggrund findes de administrative procedurer og omkostninger i samtlige kommuner, amter, institutioner m.fl. og i Patientforsikringsforeningen at være helt ude af proportion med det ringe antal skader, der kan forventes på området, og som ikke på anden måde er dækket af lov om patientforsikring. Området er derfor ikke medtaget i det foreliggende lovforslag.

3.3. Efter den gældende lovs § 2, stk. 1, nr. 1, ydes der erstatning, 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. Med henblik på at tilpasse denne bestemmelse den foreslåede udvidelse af dækningsområdet til alle privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner, og da erstatningstildeling efter denne bestemmelse af de læger, der hidtil har været omfattet af loven, ofte opfattes som udtryk for en culpalignende stempling – dvs. at der er foretaget en fejlbehandling – ændres formuleringen af bestemmelsen, således at begrebet "erfaren specialist" udgår. Der tilsigtes imidlertid ikke med den foretagne ændrede formulering af bestemmelsen nogen realitetsændring i forhold til den gældende bestemmelse. Samtidig præciseres det i relation til samtlige erstatningsbetingelser i § 2, stk. 1, at der ydes erstatning efter loven, uanset om nogen må antages at have pådraget sig erstatningsansvar for skaden efter almindelige erstatningsretlige regler eller regler om

produktansvar. Herved gøres det eksplicit i loven klart, at tildeling af erstatning efter patientforsikringsloven ikke behøver at være udtryk for, at den pågældende sundhedsperson har foretaget en fejlbehandling m.v. For så vidt angår den gældende lovs § 2, stk. 1, nr. 2, skal det bemærkes, at det fremgår af bet. side 122, at udvalget har anført, at en udvidende fortolkning af denne bestemmelse normalt vil føre til, at der kan gives erstatning i sager om forkerte dyrkningssvar fra laboratorier.

3.4. Pligten til at yde erstatning efter loven for den virksomhed, der udøves under de kommunale sundhedsordninger, pålægges kommunerne, mens erstatningspligten for den virksomhed, der foregår hos privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner, der har tilsluttet sig overenskomst med den offentlige sygesikring, pålægges amter og Københavns og Frederiksberg Kommuner. Erstatningspligten for skader, som tandlæger der har tilsluttet sig overenskomst med sygesikringen, forvolder, vil i princippet være pålagt amterne m.fl. Tandlægerne har dog allerede på frivilligt grundlag etableret en patientforsikringsordning, som det med visse ændringer findes hensigtsmæssigt at give mulighed for at opretholde, jf. bemærkningerne til den foreslåede § 1, stk. 5.

Det har været overvejet, jf. bet. side 98, hvorvidt Dansk Kiropraktor-Forening, der også på frivilligt grundlag har etableret en patientforsikringsordning, der dækker i overensstemmelse med patientforsikringsordningen, skulle have samme mulighed som Dansk Tandlægeforening for at opretholde sin ordning. Imidlertid findes skadesager på kiropraktorområdet ikke at adskille sig væsentligt fra de øvrige sager, der behandles i Patientforsikringsforeningen, ligesom det beskedne antal sager (i alt 27 anmeldelser på ca. 5 år), der hidtil har været på dette område, ikke kan begrunde en særordning for denne gruppe sundhedspersoner, idet der ikke i samme omfang som på tandlægeområdet er oparbejdet en særlig ekspertise og erfaring i det forsikringsselskab, der behandler sagerne.

Baggrunden for, at det for alle øvrige sundhedspersoner er fundet hensigtsmæssigt at pålægge amtskommunerne erstatningspligten for de skader, de pågældende sundhedspersoner måtte forvolde, er, at sundhedsvæsenets behandlingstilbud i praksissektoren varetages af amtskommunerne, der således i henhold lov om sygesikring varetager den offentlige sygesikring.

Sygesikringens ydelser leveres i henhold til overenskomster mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og de faglige organisationer. Udgifterne til sygesikringen afholdes af amtskommunerne samt Københavns og Frederiksberg Kommuner.

Uanset at de pågældende sundhedspersoner er privatpraktiserende, finansieres hovedparten af f.eks. alment praktiserende lægers og speciallægers honorarer af det offentlige. Det er derfor fundet hensigtsmæssigt at pålægge amtskommunerne m.v., der er driftsansvarlige for den primære sundhedstjeneste, erstatningspligt for skader i denne sektor.

Private sygehuse og autoriserede sundhedspersoner, der ikke har tilsluttet sig overenskomst med sygesikringen, pålægges såvel erstatnings- som forsikringspligt.

3.5. Det fastsættes endvidere, at medlemmer til bestyrelsen af Patientforsikringsforeningen fremover skal udpeges af såvel erstatningspligtige som forsikringsgivere. Hidtil er bestyrelsen blevet udpeget af forsikringsgivere, dvs. forsikringsselskaber og selvforsikrende myndigheder. Det har betydet, at de myndigheder, der finansierer patientforsikringsordningen og har det politiske ansvar for sundhedsvæsenet, ikke har været repræsenteret i bestyrelsen, medmindre de er selvforsikrende.

Den nærmere fordeling af medlemmer til bestyrelsen i Patientforsikringsforeningen vil blive fastlagt i foreningens vedtægter.

3.6. Endelig indebærer forslaget, at antallet af medlemmer i Patientskadeankenævnet med henblik på at nedbringe sagsbehandlingstiden i nævnet nedsættes fra 9 til 5 medlemmer, således at der ved afgørelsen af alle sager skal deltage en dommer, en sundhedsperson, en advokat, en repræsentant for de driftsansvarlige samt en forbrugerrepræsentant, jf. bet. side 126 ff.

4. Hørte myndigheder, organisationer m. fl.

Forslaget har været til udtalelse hos....

5. Lovforslagets økonomiske og administrative konsekvenser

5.1. I bet. side 137 er det skønnet, at de samlede udgifter - 5 år efter en udvidelse af patientforsikringsloven til også at omfatte primærsektoren – vil andrage 18½-20 mio. kr. Heraf skønnes erstatningsudgifterne at udgøre 14½-15½ mio. kr., mens udgifterne til sagernes behandling i Patientforsikringsforeningen og Patientskadeankenævnet skønnes at udgøre 4-4½ mio. kr. Hertil kommer etableringsudgifter i Patientforsikringen på ca. 2 mio. kr. i ordningens første år til edb, kontorindretning samt information om ordningen.

I disse udgifter er ikke medtaget administrative konsekvenser i amter og kommuner i forbindelse med bl.a. vejledning og oplysning af sagerne. Endvidere er merudgifter til at inddække erstatningskrav i et forsikringsselskab ikke medtaget.

Det skønnes, at antallet af anmeldelser fra primærsektoren i en udvidet ordnings 5. år vil udgøre 500-550 anmeldelser. Antallet af anmeldelser fra primærsektoren 5 år efter en udvidelse af ordningen svarer til ca. 20 % af antal anmeldelser i sygehussektoren. Udbetalingerne fra primærsektoren svarer til 15 % af udbetalingerne i sygehussektoren, da erstatningernes størrelse i gennemsnit forventes at være lavere i praksissektoren end i sygehussektoren.

5.2. Udgifterne ved at inddrage psykiske skader under lovens dækningsområde er meget vanskelige at opgøre. Der forventes imidlertid ikke at være mange erstatningsberettigede sager vedr. psykiske skader, ligesom psykiske skader generelt kun undtagelsesvis medfører svær invaliditet. Omkostningerne i forbindelse med denne udvidelse af skadebegrebet vil derfor være af begrænset omfang.

Det skønnes på baggrund af erfaringer fra den finske og svenske patientforsikringsordning, at erstatningsudbetalingerne vil andrage ca. 0,5 mio. kr. pr. år.

Der vil i øvrigt ikke være særlige udgifter forbundet ved at inddrage de skader, som hidtil er erstattet efter lov om vaccinationsskader.

5.3. Lovforslaget indebærer, at antallet af medlemmer i de enkelte afdelinger i Patientskadeankenævnet reduceres fra 9 til 5 medlemmer. Det vil indebære en umiddelbar besparelse i hver af de to eksisterende nævnsafdelinger på ca. 300.000 kr. Imidlertid forudsættes det, jf. bet. side 129, at der samtidig med reduktionen af nævnsmedlemmer i de enkelte afdelinger, sker en udvidelse af antallet af afdelinger i Patientskadeankenævnet fra de eksisterende 2 til 4 afdelinger med henblik på at reducere sagsbehandlingstiden og fjerne den eksisterende sagspukkel i nævnet. Honorarudgifterne til 4 afdelinger vil på årsbasis udgøre ca. 2,2 mio. kr. Dette er en merudgift på ca. 500.000 kr. i forhold til i dag, hvor de årlige udgifter udgør ca. 1,7 mio. kr. Der vil endvidere blive behov for en betragtelig styrkelse af sekretariatet til betjening af de nye afdelinger, herunder ansættelse af nye AC-medarbejdere og HK-assistenten. Udgifterne hertil anslås skønsmæssigt til ca. 1 mio. kr. Øvrige administrationsudgifter vil udgøre ca. 100.000 kr.

De samlede merudgifter ved at oprette to nye afdelinger, samtidig med at alle afdelinger kommer til at bestå af 5 medlemmer, vil på denne baggrund udgøre ca. 1,6 mio. kr.

5.4. De samlede årlige merudgifter ved lovforslaget vil efter 5 år skønsmæssigt andrage i alt ca. 20,6-22,1 mio. kr. Hertil kommer ca. 2 mio. kr. i engangsudgifter til etablering m.v.

De direkte merudgifter ved lovforslaget vil ikke direkte blive pålagt staten, men derimod de erstatningspligtige efter forslagens § 9, stk. 1, dvs. hovedsagelig amter og kommuner, enten som selvforsikrende eller gennem betaling af forsikringspræmier.

(Den nærmere udformning af dette afsnit vedr. eventuel kompensation henhører ikke under kommissoriet for udvalget vedr. revision af lov om patientforsikring.)

5.5. Lovforslaget har ingen erhvervsmæssige eller miljømæssige konsekvenser.

6. *Forholdet til EU-retten.*

Lovforslaget indeholder ikke EU-retlige aspekter.

Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

Til § 1

Til nr. 1

Grundbetingelserne for, at en skade er omfattet af lov om patientforsikring, dvs. at en patient er blevet påført en skade i forbindelse med undersøgelse, behandling el. lign., er uændrede i forhold til den gældende lov. Derimod er skadebegrebet udvidet, således at psykiske skader også fremover vil blive dækket, idet behovet for at få dækket en psykisk skade er lige så stort som ved en fysisk skade, jf. de almindelige bemærkninger punkt 3.1, samt bet. side 111 ff.

Erfaringer fra Patientforsikringen med den hidtidige ordning, hvorefter kun fysiske skader erstattes, viser, at der i flere tilfælde har været problemer med at skelne mellem psykiske og fysiske skader. Fra Patientforsikringens praksis kan således nævnes et tilfælde, hvor en kvinde fik en psykisk skade i forbindelse med en fødsel, hvor barnet døde. Patientforsikringen lagde ved en udvidende fortolkning af loven til grund, at moder og barn i denne situation var en enhed, således at moderen kunne opnå erstatning for den psykiske skade som følge af barnets død. Sagen illustrerer, at det kan være meget vanskeligt at opretholde en skarp adskillelse mellem fysiske og psykiske skader.

Det er ikke på det foreliggende grundlag muligt at foretage en præcis opregning af de skader, som vil falde ind under bestemmelsen. Der henvises til bet. side 112, hvor der er foretaget en nærmere medicinsk beskrivelse af psykiske sygdomme og skader, der kan opstå i forbindelse hermed.

Krav om erstatning som følge af en ulovlig tvangsindlæggelse efter reglerne i lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien vil ikke falde ind under loven, idet det er en betingelse, at den psykiske skade er sket i forbindelse med undersøgelse, behandling m.v.

Efter § 1, stk. 1, nr. 1, er alle sygehuse omfattet, hvad enten de er statslige, kommunale eller private. Bestemmelsen er en udvidelse af dækningsområdet i forhold til den gældende lov, hvorefter kun offentlige sygehuse og sygehuse, som det offentlige enten har driftsoverenskomst med eller finansierer mindst halvdelen af driftsudgifterne af, er omfattet. Flere private betalingssygehuse har i dag tegnet en frivillig, dvs. ikke-lovpligtig, patientforsikring. Med reglen i nr. 1 bliver disse forsikringer lovpligtige, ligesom private sygehuse, der ikke har tegnet en patientforsikring, får pligt til at tegne en sådan.

I nr. 1 fastsættes det endvidere, at bestemmelsen også dækker undersøgelse, behandling el. lign., der foretages på vegne af sygehuset. Bestemmelsen tager sigte på at præcisere, at også undersøgelse m.v. foretaget uden for sygehusets geografiske område omfattes af loven, når den er foretaget på sygehusets vegne.

Allerede efter den gældende lov og regler fastsat i medfør heraf er flere skader uden for sygehusets geografiske område omfattet af loven, bl.a. skader forårsaget i lokaliteter indrettet til behandlingsformål efter sygehusets anvisning, skader i forbindelse med afgivelse af blod i mobile blodbanker, samt skader forårsaget under transport af patienter til et sygehus eller mellem forskellige sygehuse, såfremt transporten er foregået med ambulance eller særligt sygekøretøj.

Efter den gældende lov er det imidlertid tvivlsomt, hvorvidt behandling foretaget på et skadested af ambulancepersonalet er omfattet. Ambulancevæsenet er en del af sygehusvæsenets opgaver efter lov om sygehusvæsenet, uanset at den i alle amter løses ved overenskomst med Falcks Redningskorps og/eller kommunale brandvæsener. Ambulancetjenesten er således en af del af amtskommunens samlede sundhedstjeneste.

Med den foreslåede ændring af bestemmelsen i nr. 1 præciseres det, at ambulancepersonalets behandling m.v. på et ulykkessted nu omfattes af lovens dækningsområde. Bestemmelsen vil dække dels den situation, hvor ambulancepersonalet behandler en patient på skadestedet med henblik på senere transport med ambulance, dels den situation, hvor patienten færdigbehandles på stedet, uden at der sker efterfølgende transport med ambulance til sygehuset. Ændringen skal bl.a. ses på baggrund af, at ambulancepersonalet ved bekendtgørelse nr. 987 af 6. december 1994 har fået udvidet kompetencen til at iværksætte behandling på skadestedet med brug af defibrillator. Fra 1. januar 1998 udvides ambulancehjælpen til bl.a. at omfatte indgivelse af smertestillende medicin og medicin for hjertekramper m.v. Dette kan indebære, at der fremover kan opstå flere behandlingsskader på dette område i modsætning til tidligere, hvor en egentlig behandling på egen hånd lå uden for ambulancemandskabets opgaver og kompetence. Ulykkestilfælde i forbindelse med transporten, f.eks. færdselsuheld, vil fortsat ikke være dækket af

loven.

Ændringen indebærer tillige, at den præhospitale indsats, der ydes af praktiserende læger i forbindelse med større ulykker m.v., dækkes af loven. Der er således flere steder i landet etableret eller ved at blive etableret ordninger, hvor der ved tilkald af ambulance samtidig er mulighed for at tilkalde en praktiserende læge, der har tilsluttet sig ordningen, med henblik på at tilvejebringe en hurtig lægelig indsats på skadestedet.

Efter § 1, stk. 1, nr. 2, udvides loven til også at omfatte undersøgelse, behandling el. lign. foretaget af autoriserede sundhedspersoner eller på vegne af disse ansat under de kommunale sundhedsordninger. Bestemmelsen omfatter forebyggende sundhedsordninger for børn og unge, børn- og unge tandpleje, omsorgstandpleje, hjemmesygeplejerskeordninger, ikke-lægeordineret træning ved fysioterapeut og ergoterapeut, samt ordningen vedr. svangerskabshygiejne og fødselshjælp.

I § 1, stk. 1, nr. 3, medtages alle privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner. Det er ikke fundet hensigtsmæssigt at inddrage uautoriserede sundhedspersoner under loven, idet en offentligt styret patientforsikringsordning bør forbeholdes autoriserede sundhedspersoner, jf. også bet. side 89.

Privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner omfatter praktiserende læger, herunder speciallæger, praktiserende tandlæger, praktiserende psykologer, kiropraktorer, tandplejere, ergo- og fysioterapeuter, fodterapeuter, samt eventuelle privatpraktiserende sygeplejersker, jordemødre og kliniske diætister.

Bestemmelsen omfatter tillige læger, der uden at være privatpraktiserende virker som vagtlæger. Bestemmelsen tager sigte på læger, der uden at virke som alment praktiserende læger medvirker i vagtordninger til varetagelse af lægebetjeningen af befolkningen uden for den sædvanlige dagarbejdstid. I 1995 udgjorde antallet af disse læger 548. Vagtlægerne fungerer selvstændigt og er ikke undergivet en anden læges arbejdsgiveransvar.

Til nr. 2

Den foreslåede ændring indebærer en ændret sproglig formulering af lovens § 1, stk. 2, 2. pkt. I den gældende lov anvendes formuleringen "vævs-, organ- og vævsvæskedonorer." Dette udtryk blev valgt i tilslutning til reglerne i lov om udtagelse af menneskeligt væv m.v., der imidlertid er afløst af lov om ligsyn, obduktion og transplantation. Sidstnævnte lov anvender betegnelsen "væv og andet biologisk materiale", hvorfor denne betegnelse nu også foreslås i lov om patientforsikring. Den ændrede formulering bevirker ikke nogen realitetsændring i forhold til den gældende lov; reglen omfatter således fortsat nyre- og knoglemarvsudtagelser og andre former for transplantationer fra levende mennesker, som eventuelt måtte blive udviklet. Endvidere er bloddonorer fortsat omfattet.

Til nr. 3

I § 1, stk. 3, er angivet en definition af begrebet autoriserede sundhedspersoner, som det anvendes i loven. Autoriserede sundhedspersoner omfatter såvel autoriserede sundhedspersoner i henhold til særlig lovgivning som personer, der handler på disses ansvar.

§ 1, stk. 4, er uændret i forhold til den gældende lov, bortset fra en konsekvensændring som følge af, at den gældende lovs § 1, stk. 3, vedr. biomedicinske forsøg inden for den primære sundhedssektor ophæves. Der er ikke længere behov for særskilt at opretholde denne bestemmelse, idet området som følge af den i forslagens § 1, stk. 1, foreslåede udvidelse af dækningsområdet nu falder ind under formuleringen i den heri foreslåede bestemmelse.

I § 1, stk. 5, 1. pkt., er det fastsat, at sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at forslagens § 9, stk. 1, nr. 3, samt §§ 12-13 ikke finder anvendelse på den kollektive patientforsikringsordning, som Dansk Tandlægeforening har etableret for sine medlemmer. Bestemmelsen giver mulighed for, at Dansk Tandlægeforening, der allerede inden lovens ikrafttræden har etableret en kollektiv frivillig – ikke-lovpligtig – patientforsikringsordning for sine medlemmer, kan opretholde denne ordning. Den hidtil ikke-lovpligtige patientforsikring bliver herefter lovpligtig for tandlæger, såfremt denne gruppe vælger at opretholde en forsikringsløsning baseret på den hidtidige frivillige forsikringsordning.

Baggrunden for den foreslåede bestemmelse er, at ordningen har fungeret i flere år, jf. nedenfor, hvorfor der i forsikringsselskabet og det udvalg, der behandler sagerne, er oparbejdet en betydelig ekspertise og erfaring i behandling af tandlægesager. Såfremt sagsbehandlingen flyttes til Patientforsikringsforeningen, vil denne ekspertise gå tabt.

Tandlægenes virksomhed adskiller sig i øvrigt væsentligt fra øvrige privatpraktiserende sundhedspersoners virksomhed ved, at behandlingerne er meget tekniske, og at eventuelle skader ofte kan udbedres helt eller delvist ved fornyet behandling/omgørelse af udført behandling. En tandlæge kan ikke efter patientforsikringsordningen pålægges at omgøre sit arbejde eller at tilbagebetale et honorar. Imidlertid er deltagelse i den af Dansk Tandlægeforening etablerede samlede forsikringspakke, benævnt Praksisforsikringen, gjort obligatorisk for alle praktiserende tandlæger ved en generalforsamlingsbeslutning. Det indebærer, at Praksisforsikringen med bindende virkning for den pågældende tandlæge kan træffe afgørelse om tilbagebetaling af erlagt honorar eller vederlagsfri udbedring/genbehandling. Såfremt patienten ikke får medhold i denne første behandling af sagen, kan kravet forelægges til afgørelse i det af Dansk Tandlægeforening og Sygesikringens Forhandlingsudvalg etablerede overenskomstmæssige tandlægeklagesystem. Patientforsikringsordningen dækker patientens udgift til en ny behandling, hvor den indtrådte skade udbedres. Tandlægesagerne har således ikke samme karakter som Patientforsikringsforeningens øvrige sager, hvor udbedring af skaden normalt ikke er aktuel.

Lovens kapitel 1 om erstatningsomfang m.v. vil finde anvendelse på denne ordning, således at der er pligt til at yde erstatning i samme omfang som foreskrevet i loven. Der vil dog ikke være noget til hinder for, at foreningen giver en bedre dækning end loven.

Bestemmelsen indebærer, at der gives mulighed for at fravige forslaget § 9, stk. 1, nr. 3, således at tandlæger – og ikke den amtskommune m.v., hvor de har tilsluttet sig overenskomst med sygesikringen – direkte pålægges erstatningspligt.

Tandlægenes patientforsikringsordning blev etableret i 1990. Hver tandlæge opkræves en præmie, der udgør en procentdel af tandklinikens omsætning med sygesikringen og indeholdes i tandlægens tilgodehavende hos denne. Sagerne behandles af det pågældende forsikringsselskab, der i tvivlstilfælde har mulighed for at inddrage et særligt udvalg nedsat af forsikringsselskabet og Dansk Tandlægeforening. Udvalget består af 3 medlemmer fra forsikringsselskabet og 3 medlemmer fra Dansk Tandlægeforening. Fra primo 1996 har Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Forbrugerrådet deltaget som observatører.

Forsikringsdækningen er på visse punkter bedre end patientforsikringsloven, bl.a. er undergrænsen for erstatning 3.000 kr. Ordningen har fungeret tilfredsstillende i flere år, og det findes derfor hensigtsmæssigt at give mulighed for at opretholde den eksisterende ordning, således at det i medfør af stk. 5 kan fastsættes, at tandlægenes hidtidige ordning med visse ændringer kan fortsætte, jf. nedenfor. Det vil være naturligt at være en forudsætning, at den pågældende faglige organisation ønsker at opretholde den hidtidige ordning. Dansk Tandlægeforening har i forbindelse med arbejdet i udvalget vedr. revision af patientforsikringsloven givet udtryk for, at man i givet fald vil benytte denne mulighed, jf. bet. side 92.

Bestemmelsen indebærer, at sager vedr. skader forvoldt af tandlæger ikke vil blive behandlet i Patientforsikringsforeningen, jf. lovens § 13, men i det pågældende forsikringsselskab. For at sikre, at forsikringsordningen følger samme administrative retningslinier som Patientforsikringsforeningen, kan ministeren fastsætte nærmere vilkår for forsikringsordningens administration, herunder f.eks., at forvaltningsloven finder anvendelse på de afgørelser, der træffes i forsikringsordningen.

Det vil tillige være en forudsætning for bestemmelsens anvendelse, at alle praktiserende tandlæger uanset medlemskab af den faglige organisation er omfattet af ordningen.

Med henblik på at sikre en ensartet praksis vil det tillige i medfør af bestemmelsen blive fastsat, at Patientforsikringsforeningen har adgang til rekvirere oplysninger fra forsikringsordningen.

Til nr. 4

I bestemmelsen præciseres det, at der i relation til samtlige erstatningsbetingelser i lovens § 2, stk. 1, ydes erstatning efter lov om patientforsikring, uanset om nogen må antages at have pådrages sig erstatningsansvar for skaden efter almindelige erstatningsretlige regler eller regler om produktansvar. Formålet hermed er at præcisere direkte i loven, at erstatning efter loven ikke behøver at være udtryk for, at den pågældende sundhedsperson m.fl. har begået en fejl i forbindelse med den indtrådte skade, eller at erstatningstildelingen er udtryk for kritik af den faktisk gennemførte undersøgelse, behandling el. lign. Erfaringer fra de 5 år, patientforsikringsordningen har eksisteret, viser nemlig, at patienter, offentligheden m.fl. ofte opfatter en anerkendelse af en skade efter loven som en bekræftelse på, at en given behandling m.v. har været kritisabel, eller at der har været tale om en fejlbehandling.

Med henblik på at undgå sådanne misforståelser foreslås bestemmelsen derfor ændret i overensstemmelse med det nævnte.

Endvidere foreslås den gældende lovs § 2, stk. 1, nr. 1 (specialistreglen) ændret. Baggrunden herfor er, at begrebet "specialist" kan forekomme tæt knyttet til begrebet speciallæger og mindre anvendeligt på de andre grupper af privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner, der med indeværende forslag foreslås omfattet af loven, f.eks. tandlæger, kiropraktorer, fysioterapeuter m.fl.

Hertil kommer, at mange af de sundhedspersoner, der hidtil har været omfattet af loven, dvs. navnlig læger på sygehuse, opfatter en erstatningstildeling efter specialistreglen som udtryk for en culpalignende stempling, især i de tilfælde, hvor sundhedspersonen opfatter sig selv om en "erfaren specialist". Endvidere kan patienterne også opfatte det således, at der hermed er givet udtryk for, at der har været tale om en fejlbehandling.

Begrebet "erfaren specialist" foreslås derfor fjernet fra § 2, stk. 1, nr. 1, og erstattet med den foreslåede formulering. Ændringen indebærer ikke nogen realitetsændring med hensyn til erstatningstildeling i forhold til den gældende bestemmelse. Forslaget tilsigter således alene at indeholde en generel forklaring på specialismålestokkens indhold. Det skal derfor fortsat lægges til grund, at vurderingen er uafhængig af sundhedspersonens individuelle forudsætninger, at den derfor ikke er begrænset til culpatilfælde men på den anden side også indeholder disse, at den omvendt er afhængig af de givne forhold i øvrigt, og at målestokken sættes efter videnskab og erfaring på det pågældende område.

Til nr. 5

Den foreslåede ændring er en konsekvens af ændringen i lovens § 1, stk. 3, vedr. biomedicinske forsøg i den primære sundhedssektor, der nu foreslås ophævet.

Til nr. 6

Lovens § 4, stk. 3, vedr. erstatning til forsøgspersoner og donorer for psykiske skader foreslås ophævet, idet der ikke længere med den foreslåede udvidelse af skadebegrebet til også at omfatte psykiske skader er behov for at opretholde en særregel for den pågældende persongruppe inden for dette område.

I stedet indsættes en bestemmelse om, at bloddonorer kan få erstattet skader, der påføres de pågældende ved ulykkestilfælde i forbindelse med transport til aftalt eller rekvireret tapning i blodbank eller ved mobil blodbank. Baggrunden for den foreslåede bestemmelse er, at donorer før patientforsikringslovens ikrafttræden via en tekstanmærkning til finansloven havde adgang til erstatning efter reglerne i lov om erstatning til tilskadekomne værnepligtige. Ud over at yde erstatning i de tilfælde, hvor tapningen medførte en skade, blev loven fortolket således, at donorer også kunne opnå erstatning i tilfælde, hvor der indtrådte en personskaade under transport direkte til og fra hjem, arbejde og blodbank, uden en nøjere vurdering af, hvorvidt det var selve tapningen, der var årsag til skaden.

Efter patientforsikringslovens ikrafttræden er skader i forbindelse med transport fra donorstedet blevet erstattet efter loven. Skader i forbindelse med transport til tapning falder derimod uden for lovens dækningsområde, idet der mangler årsagssammenhæng mellem selve afgivelsen af blod og skaden.

Bloddonorer er således blevet stillet dårligere i relation til egen transport til donorstedet. Da denne indskrænkning i donorerne retsstilling ikke var tilsigtet med patientforsikringsloven, blev der pr. 1. januar 1995 indgået en særlig aftale om, at amterne og Hovedstadens Sygehusfællesskab via Patientforsikringsforeningen erstatter skader, der rammer bloddonorer ved ulykkestilfælde i forbindelse med transport til aftalt eller rekvireret tapning i blodbank eller ved mobil blodbank.

Denne særlige ordning vedrørende transportskader lovfæstes nu, således at donorerne retsstilling på dette område fremgår direkte af loven. Det er en forudsætning, at donor ikke forsætligt eller ved grov uagtsomhed har medvirket til skaden. Endvidere ydes der ikke erstatning, såfremt donor er berettiget til erstatning for skaden efter anden lovgivning, f.eks. via en skadevolders motoransvarsforsikring. Disse betingelser for bestemmelsens anvendelse svarer til indholdet af den ovenfor nævnte frivillige aftale.

Til nr. 7-8

De foreslåede ændringer er konsekvenser af ændringen i lovens § 1, stk. 3, vedr. biomedicinske forsøg i den primære sundhedssektor, der nu foreslås ophævet.

Til nr. 9

I bestemmelsen opregnes de myndigheder m.v., som direkte er forpligtede til at yde erstatning efter loven. Efter den foreslåede § 9, stk. 1, nr. 1, påhviler erstatningspligten driftsansvarlige for sygehuse. For offentlige sygehuse vil de driftsansvarlige – som hidtil – være amtskommuner samt Hovedstadens Sygehusfællesskab. Den driftsansvarlige for et privat sygehus vil være sygehusets ejer eller bestyrelse.

Driftsansvarlige for de under § 9, stk. 1, nr. 2, nævnte kommunale sundhedsordninger vil være vedkommende kommune eller amtskommune.

Efter § 9, stk. 1, nr. 3, har amtskommunerne og Københavns og Frederiksberg Kommuner pligt til at yde erstatning for de skader, der opstår i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende hos privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner, der har tilsluttet sig overenskomst med den offentlige sygesikring. Følgende grupper af autoriserede sundhedspersoner vil i almindelighed have tilsluttet sig overenskomst med sygesikringen:

- alment praktiserende læger
- praktiserende speciallæger
- praktiserende tandlæger
- praktiserende kiropraktorer
- praktiserende psykologer
- praktiserende fysioterapeuter
- praktiserende fodterapeuter

Efter bestemmelsen vil erstatningspligten for de skader, som tandlæger, der har tilsluttet sig overenskomst med sygesikringen, forvolder også i princippet være pålagt amtskommunerne m.fl. Tandlægerne har dog allerede på frivilligt grundlag etableret en patientforsikringsordning, som det med visse ændringer findes hensigtsmæssigt at give mulighed for at opretholde, jf. bemærkningerne til den foreslåede § 1, stk. 5. Såfremt den faglige organisation ønsker at opretholde denne ordning, vil det indebære, at tandlæger påtager sig erstatningspligten for skader forvoldt efter loven.

For de øvrige sundhedspersoner er det fundet hensigtsmæssigt at pålægge amtskommunerne erstatningspligten for de skader, som de pågældende måtte forvolde. Baggrunden herfor er, at sundhedsvæsenets behandlingstilbud i praksissektoren varetages af amtskommunerne. Der henvises herom nærmere til de almindelige bemærkninger pkt. 3.4.

Bestemmelsen indebærer, at en amtskommune m.v. kun bliver erstatningspligtig for de sundhedspersoner, der har overenskomst med sygesikringen og dermed en tilknytning til det offentlige sundhedsvæsen. Selv om sundhedspersonen har tilsluttet sig overenskomst med sygesikringen, kan den pågældende sundhedsperson foretage en konkret undersøgelse, behandling el. lign. – f.eks. influenzavaccination – der ligger uden for overenskomstens område og således ikke er tilskudsberettiget. Også i disse tilfælde vil amtet være erstatningspligtig.

Efter bestemmelsen vil en amtskommune ikke blive erstatningspligtig for de behandlinger m.v., som en autoriseret sundhedsperson uden overenskomst med sygesikringen foretager, uanset om den konkrete behandling er tilskudsberettiget for patienten. I disse tilfælde er sundhedspersonen selv erstatningspligtig, jf. den foreslåede § 9, stk.1, nr. 4.

Amtskommunen vil efter bestemmelsen tillige være erstatningspligtig for de læger, der uden at være privatpraktiserende er vagtlæger. Reglen tager sigte på læger, der uden at virke som alment praktiserende læger medvirker i vagtordninger til varetagelse af lægebetjeningen af befolkningen uden for den sædvanlige dagarbejdstid.

Efter bestemmelsen overtager amtskommunerne også erstatningspligten for de skader, som de pågældende sundhedspersoner efter gældende lovgivning (culpareglen) selv er erstatningsansvarlige for. Lovens § 8 vedr. regreskrav vil imidlertid nu også omfatte den personkreds, der foreslås omfattet af ordningen, således at en amtskommune kan rette regreskrav over for en autoriseret sundhedsperson, såfremt denne har forvoldt skaden forsætligt.

For visse sundhedspersoner, der har overenskomst med sygesikringen, f.eks. fodterapeuter og fysioterapeuter, udgør sygesikringens tilskud kun en mindre del af de pågældendes gruppes indtægter, uanset at størstedelen af de behandlinger, som de pågældende sundhedspersoner foretager, ligger inden for overenskomstens område. Det har i den forbindelse været overvejet, hvorvidt de pågældende sundhedspersoner selv skulle være erstatningspligtige for de skader, som de forvolder. I betragtning af, at disse sundhedspersoner forventes at forvolde meget få skader – under 1 % af de samlede forventede skader ved patientforsikringsordningen – vil det medføre uforholdsmæssigt store administrative konsekvenser, der ikke står i et rimeligt forhold til de få skader, der forventes at indtræffe, hvis erstatningspligten blev pålagt disse sundhedspersoner direkte.

Da erstatningspligten er pålagt offentlige myndigheder, vil kravet om erstatning ikke skulle være dækket af en forsikring, jf. den foreslåede § 10, stk. 2, hvor det – i overensstemmelse med gældende lovgivning – fastsættes, at der ikke er forsikringspligt for offentlige myndigheder.

I den foreslåede § 9, stk. 1, nr. 4, fastlægges, at driftsansvarlige for en privat praksis omfattende en eller flere autoriserede sundhedspersoner, der foretager undersøgelse, behandling el. lign. uden at have tilsluttet sig overenskomst med den offentlige sygesikring, selv er direkte erstatningspligtige.

En mindre del af de praktiserende sundhedspersoner udøver praksis, enten som hoved- eller bierhverv, uden at være tilsluttet overenskomst med sygesikringen. Det drejer sig hovedsagelig om læger, i alt ca. 200. Bestemmelsen omfatter imidlertid også andre grupper sundhedspersoner, f.eks. autoriserede tandplejere, som ikke har overenskomst med sygesikringen. Det er ikke fundet rimeligt, at amter m.fl. skal overtage erstatningsansvaret for denne gruppe af sundhedspersoner, som ikke har tilsluttet sig overenskomst med sygesikringen. Denne gruppe sundhedspersoner forventes i øvrigt at forvolde meget begrænsede skader. De pågældende sundhedspersoner vil efter lovens § 10, stk. 1, have pligt til at tegne en forsikring, der dækker erstatningsansvaret efter loven.

I § 9, stk. 1, nr. 5, 1. led, fastslås, at der er erstatningspligt for institutioner – det vil typisk være universiteter og andre højere læreanstalter – som foretager biomedicinske forsøg på personer, uden at forsøget indgår som led i diagnostik eller behandling af personens sygdom. Efter nr. 5, 2. led, er der erstatningspligt for institutioner, der foretager donorvirksomhed. Såfremt den pågældende forsøgs- eller donorvirksomhed udføres på f.eks. sygehuse, følger erstatningspligten af forslagens § 9, stk. 1, nr. 1.

Forslagets § 9, stk. 2, sikrer patienter ret til erstatning hos driftsansvarlige efter bestemmelsens stk. 1, nr. 3, uanset om en organisation af sundhedspersoner eller det forhandlingsudvalg, der er nedsat i medfør af § 26 i lov om offentlig sygesikring, opsiges en overenskomst med den offentlige sygesikring. I denne situation vil amterne således fortsat have pligt til at yde erstatning, selv om der ikke længere er nogen overenskomst på området. Efter bestemmelsen vil amternes erstatningspligt gælde for de personer, der på opsigelsestidspunktet var omfattet af den pågældende overenskomst.

Til nr. 10-11

De foreslåede ændringer er af redaktionel karakter, idet bestemmelsen i lovens § 11, stk. 1, om at offentlige myndigheder ikke har forsikringspligt, uændret foreslås indsat i den foreslåede § 10, stk. 2.

Til nr. 12

Forslaget indebærer, at det er Patientforsikringsforeningen – og ikke som efter den gældende lov sundhedsministeren – der skal have underretning om de forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af loven. Baggrunden for den foreslåede ændring er, at det er Patientforsikringsforeningen, der varetager den daglige administration af patientforsikringsordningen, hvorfor det er mest hensigtsmæssigt, at meddelelser om forsikringstegning gives direkte til foreningen.

Til nr. 13-15

De foreslåede ændringer er en følge af ændringen i § 10, stk. 2.

Til nr. 16-17

Forslaget er med visse ændringer og sproglige præciseringer en videreførelse af den gældende regel i § 11, stk. 2. Det foreslås, at private driftsansvarlige får mulighed for at indgå kollektive forsikringsaftaler til opfyldelse af forsikringspligten efter § 10, stk. 1. Formålet er at billiggøre forsikringen for den enkelte private driftsansvarlige.

Det fastsættes, at kommuner, det vil i praksis sige amter samt Københavns og Frederiksberg Kommuner, eller de faglige organisationer kan formidle kollektive forsikringsaftaler for private driftsansvarlige efter aftale med disse. Det indebærer, at de private driftsansvarliges forsikringspligt efter § 10 – men ikke erstatningspligten efter § 9 – vil kunne opfyldes gennem kollektive forsikringsaftaler, der formidles af de nævnte kommuner eller faglige organisationer. Valget af forsikringsselskab vil efter bestemmelsen bero på en aftale mellem kommunen/den faglige organisation og den private driftsansvarlige.

Bestemmelsen vil navnlig kunne finde anvendelse på f.eks. de private sygehuse og autoriserede sundhedspersoner uden overenskomst med sygesikringen, som bliver omfattet af loven. F.eks. kan en faglig organisation tegne en samlet forsikring for de medlemmer, der ikke har tilsluttet sig overenskomst med sygesikringen, til dækning af erstatningsudgifter, der pålægges disse medlemmer efter loven, ligesom en kommune f.eks. kan formidle en forsikringsaftale for de private sygehuse, der er beliggende i kommunen.

Såfremt de private driftsansvarlige vælger at opfylde forsikringspligten gennem sådanne kollektive aftaler, vil udgifterne til forsikringspræmier kunne nedbringes for den enkelte institution/sundhedsperson i forhold til, hvis hver enkelt skulle tegne sin egen forsikring. Besparelsen ved en kollektiv forsikringsaftale ligger navnlig i, at forsikringsselskaberne har et bredere risikogrundlag og bedre tarifieringsmuligheder samt billigere administration. Endvidere kan udgifterne til genforsikring nedbringes.

Hvis en kommune formidler en kollektiv forsikringsaftale, kan det efter bestemmelsen kun ske for private driftsansvarlige, der udøver virksomhed inden for kommunens område.

Til nr. 18

Ændringen indebærer, at de faglige organisationer – ligesom kommuner hidtil har kunnet det efter den gældende lov – kan kræve de omkostninger, der er forbundet med forsikringsformidlingen og administration af ordningen, dækket hos de private driftsansvarlige, der inddrages under forsikringen. Da kommuner og faglige organisationer alene kan virke som formidlere og ikke forsikringsgivere, er det således kun eventuelle formidlingsomkostninger og omkostninger ved administration, der kan kræves dækket. Der må således påregnes omkostninger ved at opkræve forsikringspræmie fra de autoriserede sundhedspersoner, hvor der ikke kan modregnes i f.eks. sygesikringstilskud.

Fordelingen af omkostningerne vil kunne ske efter objektive kriterier, f.eks. ved opkrævning af standardiserede bidrag fra de enkelte sygehuse, sundhedspersoner uden overenskomst med sygesikringen m.fl., eventuelt gradueret efter skadefrekvens.

Til nr. 19-21

De foreslåede ændringer er en konsekvens af den foreslåede § 11, stk. 1.

Til nr. 22

Efter forslaget tillægges de faglige organisationer – i lighed med kommunerne – udpantningsret for de omkostninger, der er forbundet med etablering af kollektive forsikringsaftaler.

Til nr. 23

Efter forslaget skal medlemmer til bestyrelsen af Patientforsikringsforeningen udpeges af erstatningspligtige efter forslagets § 9, stk. 1, og forsikringsgivere. Efter den gældende lov udpeges bestyrelsen af forsikringsgivere og selvforsikrende myndigheder. Eftersom hovedparten af de driftsansvarlige efter den gældende lov – dvs. amter m.fl. – har valgt at tegne forsikring for erstatningskrav efter loven, har dette betydet, at de myndigheder, der finansierer patientforsikringsordningen og i øvrigt har det politiske ansvar for sygehusvæsenet, ikke har været

repræsenteret i bestyrelsen.

Disse regler har man fra de hidtil erstatningspligtige myndigheder, dvs. amterne som driftsansvarlige for det offentlige sygehusvæsen, ikke fundet hensigtsmæssige, hvilket har indebåret, at man ikke har fulgt de formelle regler for udpegning i praksis. Selv om forsikringsgiverne (forsikringsselskaberne) har udpegningsretten, har de i vid udstrækning overladt udpegningsretten til forsikringstagerne, dvs. amter m.fl. i en erkendelse af, at den væsentlige politiske og økonomiske interesse i Patientforsikringsforeningen ligger hos de driftsansvarlige, uanset om disse har valgt at finansiere erstatningsordningen gennem forsikringspræmier eller som selvforsikrende myndigheder.

Den nærmere fordeling af medlemmer til bestyrelsen vil – som hidtil – blive fastlagt i Patientforsikringsforeningens vedtægter, som efter lovens § 12, stk. 2, fastsættes af sundhedsministeren. Det forudsættes, at 1 medlem af bestyrelsen fortsat kan udpeges af sundhedsministeren som overordnet ansvarlig for patientforsikringsordningens tilrettelæggelse, mens de øvrige medlemmer udpeges af erstatningspligtige og forsikringsgivere, dog således at hovedparten af disse øvrige medlemmer udpeges af de erstatningspligtige.

Til nr. 24

Forslaget indebærer, at Københavns og Frederiksberg Kommuner og Advokatrådet fremover bliver repræsenteret i ankenævnet, jf. bemærkningerne til den foreslåede § 14, stk. 4. Med henblik på at skabe en så smidig nævnstruktur som muligt er det som hidtil ikke fastsat i loven, hvor mange medlemmer det samlede nævn skal bestå af. Det afhænger af, hvor mange afdelinger der bliver behov for at oprette.

Til nr. 25

Forslaget er en konsekvens af den i forslaget § 1, stk. 1, foreslåede udvidelse af dækningsområdet, hvorefter alle privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner nu omfattes af loven, og indebærer, at Sundhedsstyrelsen for hvert fagligt område skal udpege et antal sagkyndige medlemmer, der alle er fagligt uddannede. F.eks. skal der udpeges sagkyndige medlemmer inden for følgende områder: Tandlæger, kiropraktorer, fysioterapeuter, psykologer m.fl.

Til nr. 26

Ændringen indebærer en ændret sammensætning af Patientskadeankenævnet med henblik på at nedbringe nævnets sagsbehandlingstider. Nævnets samlede gennemsnitlige sagsbehandlingstid, regnet fra ankens modtagelse til afgørelsens dato, er i øjeblikket ca. 1½ år, hvoraf berammelsestiden, dvs. den tid, der går fra en sag er klar til behandling på et nævnsmøde og til den reelt behandles på et møde, er 1 år. Det er således selve nævnbehandlingen, der primært er den forsinkende faktor for ankesagerne. Selv med etableringen af en ny nævnafdeling i foråret 1997 vil ankenævnets sagsbehandlingstid ved en uændret procedure stige yderligere. Ved udgangen af 1998 forventes sagsbehandlingstiden at være 2 år.

Det vil være meget vanskeligt inden for ankenævnets nuværende struktur og sammensætning at nedbringe sagsbehandlingstiden til et rimeligt niveau på ca. 3-6 måneder. En udbygning af ankenævnet med yderligere afdelinger på hver 9 medlemmer vil være økonomisk meget ressourcekrævende for de myndigheder, der finansierer ankenævnets virksomhed.

Det foreslås derfor, at antallet af medlemmer, der deltager ved afgørelsen af de enkelte sager i ankenævnet, nedsættes fra 9 til 5 medlemmer. Den stadigt stigende sagstilgang indebærer, at det af økonomiske og effektivitetsmæssige hensyn ikke længere findes hensigtsmæssigt at opretholde et nævn på 9 medlemmer. Også andre nævn, der træffer mange afgørelse i enkeltsager, består enten af 3 eller af 5 medlemmer, f.eks. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, Flygtningenævnet og Nævnet vedr. erstatning til ofre for forbrydelser. Samtidig forudsættes det, at der oprettes 2 nye sideordnede afdelinger, jf. bet. side 129.

Sammensætningen af nævnet vil fortsat ske på grundlag af indstillinger fra de myndigheder og organisationer, der hidtil har udpeget medlemmer, bortset fra at der ikke længere findes behov for, at sundhedsministeren udpeger et medlem til ankenævnet. Endvidere er nævnet suppleret med repræsentanter fra Københavns og Frederiksberg Kommuner samt Advokatrådet.

Efter forslaget skal den enkelte sag afgøres på et nævnsmøde med deltagelse af 5 medlemmer: Formanden eller en næstformand, der skal være dommer, 1 sagkyndigt medlem udpeget af Sundhedsstyrelsen afhængig af sagens

faglige karakter, 1 medlem udpeget enten af Amtsrådsforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab, Københavns eller Frederiksberg Kommuner, 1 medlem udpeget af Advokatrådet og 1 medlem udpeget af De Samvirkende Invalideorganisationer eller Forbrugerrådet. Forslaget indebærer således, at der i alle sager deltager en dommer, en sundhedsperson, en advokat, en repræsentant for de driftsansvarlige samt en forbrugerrepræsentant.

Medtagelsen af Københavns og Frederiksberg Kommuner er begrundet i deres overordnede styring af hovedstadens primære sundhedssektor, som med forslaget inddrages under lovens dækningsområde. Det er dog ikke hensigten, at Københavns og Frederiksberg Kommuner skal deltage i de enkelte møder i lige så stort omfang som sygehusvæsenets repræsentanter (Amtsrådsforeningen og Hovedstadens Sygehusfællesskab), idet antallet af sager inden for sygehusvæsenet fortsat forventes at udgøre hovedparten af sager i ankenævnet.

Endvidere bliver Advokatrådet repræsenteret, idet det er fundet hensigtsmæssigt at styrke ankenævnets juridiske ekspertise, særligt i de ofte komplicerede sager om erstatningsberegning efter lov om erstatningsansvar.

Ændringen indebærer tillige, at der ved hver enkelt sag fremover skal deltage 1 sagkyndigt medlem udpeget af Sundhedsstyrelsen afhængig af sagens faglige karakter. Efter den gældende lov har der hidtil kun deltaget sagkyndige medlemmer inden for lægevidenskab, hvilket er begrundet i, at dækningsområdet er offentlige sygehuse og visse private sygehuse, hvorfor den altovervejende del af sagerne har vedrørt lægelig behandling.

Det forudsættes, at De Samvirkende Invalideorganisationer og Forbrugerrådet deltager lige hyppigt i nævnets møder. Ved etablering af f.eks. 4 afdelinger vil De Samvirkende Invalideorganisationer blive repræsenteret i 2 afdelinger, mens Forbrugerrådet vil få plads i 2 andre afdelinger.

Til nr. 27

Efter forslaget er det ankenævnets formand eller næstformand der afgør, inden for hvilket område eller områder de sagkyndige medlemmer efter forslagets § 14, stk. 3, skal deltage ved afgørelsen af den enkelte sag.

Til § 2

Det foreslås, at loven træder i kraft den 1. januar 1999. Loven finder anvendelse for skader, der forårsages efter lovens ikrafttræden.

Efter at dækningsområdet for patientforsikringsloven nu foreslås udvidet til også at omfatte den primære sundhedssektor, herunder de praktiserende læger, er der ikke længere grundlag for at opretholde en særlig lov om erstatning for vaccinationsskader, jf. i øvrigt bet. side 120. Denne lov ophæves derfor i stk. 2 samtidig med ændringsforslagets ikrafttræden. Skader, der er forårsaget før 1. januar 1999, og som efter vaccinationsskadeerstatningsloven ville kunne anmeldes senest et år efter at de første sikre symptomer på skaden er påvist, vil være omfattet af indeværende lovforslag.*)

Til § 3

Bestemmelsen fastslår, at loven ikke gælder for Færøerne og Grønland. Dette er en konsekvens af, at patientforsikringsordningen ikke er sat i kraft i disse to landsdele.

[Indhold kapitel 7](#)

7.2. Lovudkast B (foreningsmodellen)

Model B - Foreningsmodel

§ 1

I lov om patientforsikring, jf. lovbekendtgørelse nr. 228 af 24. marts 1997, foretages følgende ændringer:

- 1-2. Samme ændringer som i Model A.
- 3. § 1, stk. 3-5, ophæves, og i stedet indsættes:

"Stk. 3. Ved autoriserede sundhedspersoner forstås i denne lov autoriserede sundhedspersoner i henhold til særlig lovgivning eller personer, der handler på disses ansvar.

Stk. 4. Sundhedsministeren fastsætter regler om, hvilke områder der efter stk. 1-2 nærmere er omfattet af loven.

Stk. 5. Sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at lovens §§ 12-13 ikke finder anvendelse på den kollektive patientforsikringsordning, som Dansk Tandlægeforening har etableret for sine medlemmer. Ministeren kan fastsætte nærmere vilkår for forsikringsordningens administration. Ministeren kan endvidere fastsætte regler om, at Patientforsikringsforeningen kan forlange meddelt enhver oplysning fra forsikringsordningen, som har betydning for Patientforsikringsforeningens varetagelse af opgaver efter loven."

4-8. Samme ændringer som i Model A.

9. § 9 ophæves, og i stedet indsættes:

"§ 9. Pligt til at yde erstatning efter loven har:

- 1) Driftsansvarlige for sygehuse.
- 2) Driftsansvarlige for kommunale sundhedsordninger.
- 3) Driftsansvarlige for en privat praksis omfattende en eller flere autoriserede sundhedspersoner.
- 4) Læger, der uden at være privatpraktiserende virker som vagtlæger.
- 5) Driftsansvarlige for institutioner m.v., som foretager biomedicinske forsøg på personer, uden at forsøget indgår som led i diagnostik eller behandling af personens sygdom, og driftsansvarlige for institutioner, som forestår donorvirksomhed af væv og andet biologisk materiale.

10-27. Samme ændringer som i Model A.

§ 2

Samme formulering som i model A.

§ 3

Samme formulering som i model A.

Bemærkninger til lovforslaget

Almindelige bemærkninger

1. Lovforslagets indhold

Ved lovforslaget foreslås dækningsområdet for lov om patientforsikring udvidet til at omfatte skader i forbindelse med undersøgelse, behandling el. lign. foretaget på private sygehuse, af autoriserede sundhedspersoner ansat under de kommunale sundhedsordninger, samt af privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner eller læger, der uden at være privatpraktiserende virker som vagtlæger. Loven foreslås tillige udvidet til også at omfatte psykiske skader samt de skader som hidtil er erstattet efter lov om erstatning for vaccinationsskader. Endvidere foreslås den gældende specialistregel ændret, bl.a. med henblik på at tilpasse lovens erstatningsbetingelser til den foreslåede udvidelse af dækningsområdet til praksissektoren.

Erstatningspligten for den virksomhed, der udøves under de kommunale sundhedsordninger, pålægges kommunerne, mens erstatningspligten for den virksomhed, der foregår hos privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner, pålægges de pågældende sundhedspersoner. De pågældende sundhedspersoner vil have pligt til at tegne forsikring for erstatningskrav efter loven. Der etableres hjemmel til, at tandlæger kan opretholde den eksisterende ikke-lovpligtige patientforsikringsordning. Den hidtil ikke-lovpligtige patientforsikring bliver herefter lovpligtig for tandlæger. Dette indebærer, at sager vedr. skader forvoldt af tandlæger ikke vil blive behandlet i Patientforsikringsforeningen, men i det pågældende forsikringsselskab. Ankesager vedr. tandlæger vil – som øvrige

ankesager – blive behandlet af Patientskadeankenævnet.

Private sygehuse pålægges ligesom privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner såvel erstatnings- som forsikringspligt.

Endvidere fastsættes det, at medlemmer til bestyrelsen af Patientforsikringsforeningen udpeges af såvel erstatningspligtige som forsikringsgivere og ikke som hidtil kun af selvforsikrende myndigheder og forsikringsgivere.

Endelig foreslås det med henblik på at nedbringe sagsbehandlingstiden i Patientskadeankenævnet, at antallet af medlemmer i nævnet reduceres fra 9 til 5 medlemmer. Forslaget indeholder herudover enkelte mindre ændringer i forhold til den eksisterende patientforsikringsordning.

2. Baggrund for lovforslaget

Samme udformning som i Model A.

3. Nærmere om lovforslaget

Afsnit 3.1 – 3.3: Samme udformning som i Model A.

3.4. Pligten til at yde erstatning efter loven for den virksomhed, der udøves under de kommunale sundhedsordninger pålægges kommunerne, mens erstatningspligten for den virksomhed, der foregår hos privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner pålægges de enkelte sundhedspersoner. Erstatningspligten skal være dækket af en forsikring i et forsikringsselskab. Der etableres mulighed for, at kommunerne og de faglige organisationer kan formidle kollektive forsikringsaftaler for bl.a. de privatpraktiserende sundhedspersoner. Formålet med kollektive forsikringsaftaler er at billiggøre forsikringen for den enkelte driftsansvarlige.

Private sygehuse pålægges ligeledes såvel erstatnings- som forsikringspligt.

Afsnit 3.5 – 3.6: Samme udformning som i Model A.

4. Hørte myndigheder, organisationer m. fl.

Forslaget har været til udtalelse hos

5. Lovforslagets økonomiske og administrative konsekvenser

5.1. I bet side 137 er det skønnet, at de samlede udgifter – 5 år efter en udvidelse af patientforsikringsloven til også at omfatte primærsektoren – vil andrage 18½-20 mio. kr. Heraf skønnes erstatningsudgifterne at udgøre 14½-15½ mio. kr., mens udgifterne til sagernes behandling i Patientforsikringsforeningen og Patientskadeankenævnet skønnes at udgøre 4-4½ mio. kr. Hertil kommer etableringsudgifter i Patientforsikringen på ca. 2 mio. kr. i ordningens første år til edb, kontorindretning samt information om ordningen.

I disse udgifter er ikke medtaget administrative konsekvenser i amter, kommuner og foreninger i forbindelse med bl.a. vejledning og oplysning af sagerne. Endvidere er merudgifter til at inddække erstatningskrav i et forsikringsselskab ikke medtaget.

Det skønnes, at antallet af anmeldelser fra primærsektoren i en udvidet ordnings 5. år vil udgøre 500-550 anmeldelser. Antallet af anmeldelser fra primærsektoren 5 år efter en udvidelse af ordningen svarer til ca. 20 % af antal anmeldelser i sygehussektoren. Udbetalingerne fra primærsektoren svarer til 15 % af udbetalingerne i sygehussektoren, da erstatningernes størrelse i gennemsnit forventes at være lavere i praksissektoren end i sygehussektoren.

Afsnit 5.2 – 5.3: Samme udformning som i Model A.

5.4. De samlede årlige merudgifter ved lovforslaget vil efter 5 år skønsmæssigt andrage i alt ca. 20,6-22,1 mio. kr. Hertil kommer ca. 2 mio. kr. i engangsudgifter til etablering m.v.

De direkte merudgifter ved lovforslaget vil ikke direkte blive pålagt staten, men derimod de erstatningspligtige efter forslagens § 9, stk. 1, dvs. kommuner, privatpraktiserende sundhedspersoner og private sygehuse, enten som selvforsikrende – for så vidt angår kommuner – eller gennem betaling af forsikringspræmier.

(Den nærmere udformning af dette afsnit vedr. eventuel kompensation henhører ikke under kommissoriet for udvalget vedr. revision af lov om patientforsikring.)

5.5. Lovforslaget har ingen erhvervsmæssige eller miljømæssige konsekvenser.

6. Forholdet til EU-retten.

Lovforslaget indeholder ikke EU-retlige aspekter.

Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

Til § 1

Til nr. 1-2

Samme bemærkninger som i Model A.

Til nr. 3

I § 1, stk. 3, er angivet en definition af begrebet autoriserede sundhedspersoner, som det anvendes i loven. Autoriserede sundhedspersoner omfatter såvel autoriserede sundhedspersoner i henhold til særlig lovgivning som personer, der handler på disses ansvar.

§ 1, stk. 4, er uændret i forhold til den gældende lov, bortset fra en konsekvensændring som følge af, at den gældende lovs § 1, stk. 3, vedr. biomedicinske forsøg inden for den primære sundhedssektor ophæves. Der er ikke længere behov for særskilt at opretholde denne bestemmelse, idet området som følge af den i nr. 1 foreslåede udvidelse af dækningsområdet nu falder ind under formuleringen i den heri foreslåede bestemmelse.

Efter § 1, stk., 5, 1. pkt., er det fastsat, at sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at §§ 12-13 ikke finder anvendelse på den kollektive patientforsikringsordning, som Dansk Tandlægeforening har etableret for sine medlemmer.

Bestemmelsen giver mulighed for, at Dansk Tandlægeforening, der allerede inden lovens ikrafttræden har etableret en kollektiv frivillig – ikke-lovpligtig – patientforsikringsordning for sine medlemmer, kan opretholde denne ordning.

Baggrunden for den foreslåede bestemmelse er, at ordningen har fungeret i flere år, jf. nedenfor, hvorfor der i forsikringsselskabet og det udvalg, der behandler sagerne, er oparbejdet en betydelig ekspertise og erfaring i behandling af tandlægesager. Såfremt sagsbehandlingen flyttes til Patientforsikringsforeningen, vil denne ekspertise gå tabt.

Tandlægenes virksomhed adskiller sig i øvrigt væsentligt fra øvrige privatpraktiserende sundhedspersoners virksomhed ved, at behandlingerne er meget tekniske, og at eventuelle skader ofte kan udbedres helt eller delvist ved fornyet behandling/omgørelse af udført behandling. En tandlæge kan ikke efter patientforsikringsordningen pålægges at omgøre sit arbejde eller at tilbagebetale et honorar. Imidlertid er deltagelse i den af Dansk Tandlægeforening etablerede samlede forsikringspakke, benævnt Praksisforsikringen, gjort obligatorisk for alle praktiserende tandlæger ved en generalforsamlingsbeslutning. Det indebærer, at Praksisforsikringen med bindende virkning for den pågældende tandlæge kan træffe afgørelse om tilbagebetaling af erlagt honorar eller vederlagsfri udbedring/genbehandling. Såfremt patienten ikke får medhold i denne første behandling af sagen, kan kravet forelægges til afgørelse i det af Dansk Tandlægeforening og Sygesikringens Forhandlingsudvalg etablerede overenskomstmæssige tandlægeklagesystem. Patientforsikringsordningen dækker patientens udgift til en ny behandling, hvor den indtrådte skade udbedres. Tandlægesagerne har således ikke samme karakter som Patientforsikringsforeningens øvrige sager, hvor udbedring af skaden normalt ikke er aktuel.

Lovens kapitel 1 om erstatningsomfang m.v. vil finde anvendelse på denne ordning, således at der er pligt til at yde

erstatning i samme omfang som foreskrevet i loven. Der vil dog ikke være noget til hinder for, at foreningen giver en bedre dækning end loven.

Tandlægenes patientforsikringsordning blev etableret i 1990. Hver tandlæge opkræves en præmie, der udgør en procentdel af tandklinikens omsætning med sygesikringen og indeholdes i tandlægens tilgodehavende hos denne. Sagerne behandles af det pågældende forsikringsselskab, der i tvivlstilfælde har mulighed for at inddrage et særligt udvalg nedsat af forsikringsselskabet og Dansk Tandlægeforening. Udvalget består af 3 medlemmer fra forsikringsselskabet og 3 medlemmer fra Dansk Tandlægeforening. Fra primo 1996 har Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Forbrugerrådet deltaget som observatører.

Forsikringsdækningen er på visse punkter bedre end patientforsikringsloven, bl.a. er undergrænsen for erstatning 3.000 kr.

Ordningen har fungeret tilfredsstillende i flere år, og det findes derfor hensigtsmæssigt at give mulighed for at opretholde den eksisterende ordning, således at det i medfør af stk. 5 kan fastsættes, at tandlægenes hidtidige ordning med visse ændringer kan fortsætte, jf. nedenfor. Det vil være naturligvis være en forudsætning, at den pågældende faglige organisation ønsker at opretholde den hidtidige ordning. Dansk Tandlægeforening har i forbindelse med arbejdet i udvalget vedr. revision af patientforsikringsloven givet udtryk for, at man i givet fald vil benytte denne mulighed, jf. bet. side 92.

Bestemmelsen indebærer, at sager vedr. skader forvoldt af tandlæger ikke vil blive behandlet i Patientforsikringsforeningen, jf. lovens § 13, men i det pågældende forsikringsselskab. For at sikre, at forsikringsordningen følger samme administrative retningslinier som Patientforsikringsforeningen, kan ministeren fastsætte nærmere vilkår for forsikringsordningens administration, herunder f.eks., at forvaltningsloven finder anvendelse på de afgørelser, der træffes i forsikringsordningen.

Det vil tillige være en forudsætning for bestemmelsens anvendelse, at alle praktiserende tandlæger uanset medlemskab af den faglige organisation er omfattet af ordningen.

Med henblik på at sikre en ensartet praksis vil det tillige i medfør af bestemmelsen blive fastsat, at Patientforsikringsforeningen har adgang til rekvirere oplysninger fra forsikringsordningen.

Til nr. 4-8

Samme bemærkninger som i Model A.

Til nr. 9

I bestemmelsen opregnes de myndigheder m.v., som direkte er forpligtede til at yde erstatning efter loven. Efter den foreslåede § 9, nr. 1, påhviler erstatningspligten driftsansvarlige for sygehuse. For offentlige sygehuse vil de driftsansvarlige – som hidtil – være amtskommuner samt Hovedstadens Sygehusfællesskab. Den driftsansvarlige for et privat sygehus vil være sygehusets ejer eller bestyrelse.

Driftsansvarlige for de under § 9, nr. 2, nævnte kommunale sundhedsordninger vil være vedkommende kommune eller amtskommune.

I den foreslåede § 9, nr. 3, er det fastsat, at den driftsansvarlige for en privat praksis, der beskæftiger en eller flere autoriserede sundhedspersoner, har erstatningspligt for skader efter loven. Bestemmelsen indebærer, at alment praktiserende læger, speciallæger og andre autoriserede sundhedspersoner, der driver privat praksis, er erstatningsansvarlige efter loven. Det er uden betydning, om den pågældende sundhedsperson har tilsluttet sig overenskomst med den offentlige sygesikring. Rent private klinikker er således også omfattet af nr. 3.

Bestemmelsen indebærer, at driftsansvarlige for en privat praksis også bliver erstatningspligtige for skader, der opstår i forbindelse med biomedicinske forsøg, jf. § 1, stk. 2. Dette er en ændring i forhold til den gældende lovs § 9, stk. 2, hvorefter det er den amtskommune eller Hovedstadens Sygehusfællesskab, hvori den ansvarlige for forsøg i den primære sundhedssektor har sin praksis, der har erstatningspligt.

Denne bestemmelse blev medio 1995 fastsat på baggrund af, at der på årsbasis var tale om meget få forsøg, hvorfor det ville medføre uforholdsmæssigt store administrative og økonomiske konsekvenser, såfremt alle

privatpraktiserende sundhedspersoner skulle pålægges erstatnings- og forsikringspligt alene for disse skader. Ved vedtagelsen af § 9, stk. 2, var det forudsat, at spørgsmålet om erstatningspligt for forsøg i den primære sundhedssektor skulle tages op til revurdering, såfremt den primære sundhedssektor på et senere tidspunkt blev inddraget under lovens dækningsområde.

§ 9, nr. 4, pålægger læger der – uden at være privatpraktiserende – virker som vagtlæger, erstatningspligt, jf. bemærkningerne til den foreslåede § 1, stk. 1, nr. 3.

I § 9, nr. 5, 1. led, fastslås, at der er erstatningspligt for institutioner – det vil typisk være universiteter og andre højere læreanstalter – som foretager biomedicinske forsøg på personer, uden at forsøget indgår som led i diagnostik eller behandling af personens sygdom. Efter nr. 5, 2. led, er der erstatningspligt for institutioner, der foretager donorvirksomhed. Såfremt den pågældende forsøgs- eller donorvirksomhed udføres på f.eks. sygehuse, følger erstatningspligten af den foreslåede § 9, nr. 1.

Til nr. 10-15

Samme bemærkninger som i Model A.

Til nr. 16-17

Forslaget er med visse ændringer og sproglige præciseringer en videreførelse af den gældende regel i § 11, stk. 2.

Det foreslås, at private driftsansvarlige får mulighed for at indgå kollektive forsikringsaftaler til opfyldelse af forsikringspligten efter § 10, stk. 1. Formålet er at billiggøre forsikringen for den enkelte private driftsansvarlige.

Hidtil har forsikringspligten efter lovens § 10 kun haft betydning for de få private sygehuse, der er omfattet af den gældende lov. Den foreslåede udvidelse af dækningsområdet, jf. den foreslåede § 1, stk. 1, indebærer imidlertid, at der nu indføres forsikringspligt for følgende grupper:

- Alle private sygehuse, jf. § 9, nr. 1.
- Privatpraktiserende sundhedspersoner, herunder private klinikker, jf. § 9, nr. 3,
- Læger, der uden at være privatpraktiserende virker som vagtlæger, jf. § 9, nr. 4.
- Private institutioner, der foretager forsøgs- og donorvirksomhed, jf. § 9, nr. 5.

Formentligt er der ikke mange i den private sektor, der ikke i dag har tegnet en ansvarsforsikring. Således har langt de fleste alment praktiserende og praktiserende speciallæger tegnet en erhvervsansvarsforsikring, der dækker civilretligt erstatningsansvar (culpaansvar) for skader på personer og/eller ting.

I praksis betyder forslaget om en lovpligtig patientforsikring således, at den nuværende frivillige forsikringsdækning skal udvides til at dække ansvaret efter loven. Den foreslåede § 11 gør det muligt, at der kan tegnes en selvstændig kollektiv forsikring.

Det fastsættes således, at kommuner, det vil i praksis sige amtskommuner samt Københavns og Frederiksberg Kommuner, eller de faglige organisationer kan formidle kollektive forsikringsaftaler for private driftsansvarlige efter aftale med disse. Det indebærer, at de private driftsansvarliges forsikringspligt efter § 10 – men ikke erstatningspligten efter § 9 – vil kunne opfyldes gennem kollektive forsikringsaftaler, der formidles af de nævnte kommuner eller faglige organisationer. Valget af forsikringsselskab vil efter bestemmelsen bero på en aftale mellem kommunen/den faglige organisation og den private driftsansvarlige.

Bestemmelsen indebærer, at f.eks. en faglig organisation kan tegne en samlet forsikring for sine medlemmer til dækning af erstatningsudgifter, der pålægges medlemmerne efter loven, såfremt der i øvrigt i de faglige organisationer skabes de nødvendige kollektive rammer herfor. Hvis de private driftsansvarlige vælger at opfylde forsikringspligten gennem sådanne kollektive aftaler, vil udgifterne til forsikringspræmier kunne nedbringes for den sundhedsperson i forhold til, hvis hver enkelt skulle tegne sin egen forsikring. Besparelsen ved en kollektiv forsikringsaftale ligger navnlig i, at forsikringsselskaberne har et bredere risikogrundlag og bedre tarifieringsmuligheder samt billigere administration. Endvidere kan udgifterne til genforsikring nedbringes.

Sådanne kollektive forsikringsaftaler findes allerede på to områder, idet Dansk Kiropraktor-Forening og Dansk Tandlægeforening har tegnet forsikring for deres medlemmer.

Hvis en kommune formidler en kollektiv forsikringsaftale, kan det efter bestemmelsen kun ske for private driftsansvarlige, der udøver virksomhed inden for kommunens område.

Til nr. 18

Ændringen indebærer, at de faglige organisationer – ligesom kommuner hidtil har kunnet det efter den gældende lov – kan kræve de omkostninger, der er forbundet med forsikringsformidlingen og administration af ordningen, dækket hos de private driftsansvarlige, der inddrages under forsikringen. Da kommuner og faglige organisationer alene kan virke som formidlere og ikke forsikringsgivere, er det således kun eventuelle formidlingsomkostninger og omkostninger ved administration, der kan kræves dækket. Der må således påregnes omkostninger ved tilbageholdelse af eventuelle sygesikringstilskud fra de omfattede grupper, ligesom der må påregnes omkostninger ved at opkræve forsikringspræmie fra de grupper, hvor der ikke kan modregnes i f.eks. sygesikringstilskud.

Fordelingen af omkostningerne vil kunne ske efter enkelte objektive kriterier, f.eks. ved opkrævning af standardiserede bidrag fra de enkelte sundhedspersoner, eventuelt gradueret efter skadefrekvens.

Til nr. 19-27

Samme bemærkninger som i Model A.

Til § 2

Samme bemærkninger som i Model A.

Til § 3

Samme bemærkninger som i Model A.

*) Udvalgets bemærkninger: Det forudsættes, at der samtidig med dette lovforslags fremsættelse vil blive fremsat forslag til lov om ændring af lov om lægemiddelskader. Efter denne lovs § 8 gælder loven nemlig ikke for skader, der er omfattet af lov om erstatning for vaccinationsskader. Denne bestemmelse i lov om lægemiddelskader bør ophæves med henblik på, at skader, der skyldes vaccins egenskaber, fremover erstattes efter reglerne i lægemiddelskadeloven.

[Indhold kapitel 7](#)

Bilag 1. Rapport fra underudvalget vedrørende gennemførelse af forsikringspligten for sundhedspersoner i den primære sundhedstjeneste

Indhold:

- [Kapitel 1. Indledning](#)
 - [Kapitel 2. Økonomiske konsekvenser af at udvide patientforsikringsordningen til at omfatte den primære sundhedstjeneste](#)
 - [Kapitel 3. Modeller for, hvorledes man kan indføre en patientforsikringsordning i den primære sundhedstjeneste](#)
 - [Kapitel 4. Forslag til ændring af gældende regler](#)
- Bilagsfortegnelse:
- [Bilag 1: Rapport fra besøg hos Norsk Patientskadeerstatning](#)

Kapitel 1. INDLEDNING

1.1. Underudvalgets nedsættelse, kommissorium og sammensætning

På et møde i udvalget vedrørende revision af lov om patientforsikring den 21. oktober 1996 blev det besluttet at nedsætte et underudvalg, der med udgangspunkt i punkt 3 i kommissoriet for hovedudvalget fik følgende kommissorium:

- "1. Udvalget skal opstille modeller for, hvorledes man kan gennemføre forsikringspligten for sundhedspersoner i den primære sundhedstjeneste på den administrativt mest hensigtsmæssige måde og med anvendelse af færrest mulige ressourcer. Udvalget skal i sine overvejelser inddrage lovgivningen på forsikringsområdet.*
- 2. Udvalget skal på baggrund af det under punkt 1 beskrevne udarbejde forslag til ændringer i de gældende regler, som er nødvendige, samt redegøre for de økonomiske konsekvenser af de foreslåede modeller.*

Udvalget kan ad hoc indkalde særligt sagkyndige eller andre til at deltage i drøftelser i udvalget eller bistå udvalget i øvrigt.

Udvalget skal færdiggøre sit arbejde senest den 1. marts 1997."

Udvalget fik følgende sammensætning:

- Direktør Arne Grünfeld, Patientforsikringen (formand)
- Fuldmægtig, Dorte Knudsen, Sundhedsministeriet
- Vicekontorchef Anette Bonne, Sygesikringens Forhandlingsudvalg
- Fuldmægtig Tom Bjerregaard, Kommunernes Landsforening
- Kontorchef Jane Emke, Assurandør-Societetet
- Direktør Bente Hyldahl Fogh, Praktiserende Lægers Organisation
- Praktiserende speciallæge Jesper Sederberg-Olsen, Foreningen af Speciallæger
- Tandlæge Jahn Legarth, Dansk Tandlægeforening
- Fuldmægtig Vibeke Olesen, Finanstilsynet

Sekretariatsfunktionen er blevet varetaget af:

- Fuldmægtig Peter Jakobsen, Sundhedsministeriet
- Kontorchef Ole Graugård, Patientforsikringen

Udvalget har afholdt 5 møder, det første den 10. december 1996 og det sidste møde den 17. marts 1997. Nærværende rapport er afgivet til udvalget vedrørende revision af lov om patientforsikring den 2. april 1997.

Udvalgets sekretariat besøgte den 13. januar 1997 Norsk Patientskadeerstatning i Oslo for at indhente oplysninger om den norske patientforsikringsordning, der siden 1992 har dækket skader i den primære lægetjeneste, jf. bilag nr. 1.

1.2. Generelle forudsætninger for udvalgets arbejde

Udvalget har arbejdet ud fra følgende generelle forudsætninger:

- Dækningsområdet i § 1 i patientforsikringsloven (PFL) er uændret, således at det alene er "patienter som her i landet påføres fysisk skade i forbindelse med undersøgelse, behandling og lignende", som bliver omfattet ved inddragelse af den primære sundhedstjeneste under loven.
- Ansvarsgrundlaget efter PFL § 2 (de erstatningsberettigende skader) er uændret.
- "Ulykker" (faldulykker og lignende) i forbindelse med behandling i den primære sundhedstjeneste falder uden for udvalgets arbejde. (Ulykkestilfælde på sygehuse er i dag omfattet af den gældende lov, men bedømmes efter almindelige erstatningsretlige regler, jf. § 3, stk. 2). Ansvarer kan være dækket af en ansvarsforsikring.
- Tilfælde, hvor sundhedspersonen handler privat, f.eks. yder hjælp til pårørende eller førstehjælp ved ulykker og lignende, jf. lægelovens § 7, falder uden for lovens dækningsområde.
- Undergrænsen i lovens § 5, stk. 2, er fortsat 10.000 kr.
- Privatpraktiserende sundhedspersoner kan ifalde ansvar efter almindelige erstatningsretlige regler for skader, der ikke er omfattet af patientforsikringslovens dækningsområde. Ansvarer kan være dækket af en ansvarsforsikring.

Udvalget har endvidere arbejdet ud fra en generel forudsætning om, at patientforsikringsordningen skal udvides til at omfatte undersøgelse og behandling af patienter i den primære sundhedssektor, under kommunale sundhedsordninger samt på private sygehuse og klinikker. Såfremt disse forudsætninger ændres ved den videre behandling i hovedudvalget, må der foretages de nødvendige korrektioner i udvalgets vurderinger.

[Indhold bilag 1](#)

Kapitel 2. ØKONOMISKE KONSEKVENSER AF AT UDVIDE PATIENTFORSIKRINGSORDNINGEN TIL AT OMFATTE DEN PRIMÆRE SUNDHEDSTJENESTE

2.1. Indledning

Det primære element i vurderingen af de økonomiske konsekvenser af at udvide patientforsikringsordningen er hvor mange og hvor store skader, der vil blive anmeldt, og hvor mange der vil blive anerkendt som erstatningsberettigende.

Disse elementer vil være afgørende uanset, hvordan man organiserer forsikringsordningen, da de forventede erstatningssummer udgør grundlaget for enhver beregning af præmiesummen.

De administrative omkostninger i Patientforsikringen, som er forbundet med behandlingen af de enkelte erstatningsansøgninger og ankesager, vil ligeledes være knyttet til antallet af anmeldelser, hvorfor de vil være de samme, uanset hvordan man organiserer forsikringsordningen.

Derimod vil den måde, hvorpå man organiserer forsikringstegningen kunne have betydning for fastsættelsen af dækningssummer og præmiernes størrelse, heri indberegnet evt. udgifter til genforsikring.

I de 2 hovedmodeller for organisering af forsikringstegningen, som udvalget anbefaler i kapitel 3, afsnit 3.3, er det udvalgets vurdering - på baggrund af indhøstede erfaringer i forsikringserhvervet - at der antageligt ikke bliver tale om større udgifter til genforsikring. Det udelukker dog ikke, at der kan blive forskelle i forsikringspræmierne afhængigt af, hvem der pålægges forsikringspligten.

De følgende vurderinger af økonomien vil således alene være knyttet til, hvor mange af de forventede anmeldte skader, der vil blive anerkendt som erstatningsberettigende. Hertil kommer en generel vurdering af de administrative udgifter ved en udvidelse af patientforsikringsordningen.

Grundlaget for en vurdering af både antallet af anmeldelser og de samlede omkostninger ved en udvidelse af patientforsikringsloven til at omfatte primærsektoren må bero på erfaringerne fra den hidtil gældende ordning og erfaringer fra et eller flere af de øvrige nordiske lande, hvor primærsektoren helt eller delvist i flere år har været omfattet af en patientforsikring.

Man skal imidlertid være opmærksom på den meget forskellige karakter, der er i de opgaver, som henholdsvis primærsektoren og sygehusvæsenet i Danmark yder. I de øvrige nordiske lande er sundhedssektorerne opbygget forskelligt fra den danske,

men særligt i relation til den lægelige betjening har kun Norge en primærsektor, der strukturelt minder om den danske.

Udvalget har endvidere overvejet, hvorvidt erfaringerne omkring klagefrekvensen til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn har kunnet anvendes ved en prognostisering. Efter udvalgets opfattelse kan antallet af klagesager til en vis grad bruges som indikator for, hvor skader, der vil blive anmeldt.

Inden antallet af anmeldelser og omkostninger vurderes for de enkelte grupper af sundhedspersonale, skal der gøres opmærksom på følgende:

A. Patientforsikringsloven med dens nuværende dækningsområde har eksisteret i snart 5 år, og der er stadig kraftig vækst i antallet af anmeldelser. Der er ikke tegn på, at væksten falder, og at man således skulle nærme sig en stabilisering.

Det er derfor ikke muligt at fremkomme med et realistisk skøn over, hvor mange anmeldelser der vil komme fra den primære sektor, før der vil indtræde en stabilisering i antallet af anmeldelser, ligeså lidt som dette er muligt indenfor det nuværende

dækningsområde.

Udvalget finder, at skøn udover 5 år er forbundet med meget stor usikkerhed.

B. Der er ingen tvivl om, at kun en forholdsvis lille del af de reelle, erstatningsberettigende patientskader anmeldes. På baggrund af en undersøgelse ved Harvard University, USA, har man i Norge skønnet, at kun hver 4. skade anmeldes.

Såfremt de norske skøn kan overføres til danske forhold, udgør "mørketallet" den største "risiko" for en uforudset vækst i antallet af anmeldelser og samlede erstatningsudgifter. En sådan udvikling vil imidlertid medføre en vækst i anmeldelsesantallet for hele sundhedssektoren og ikke kun primærsektoren.

2.2. Økonomiske konsekvenser for forskellige grupper af sundhedspersoner

2.2.1. Indledning

Til belysning af de økonomiske konsekvenser af en udvidelse af patientforsikringsordningen har udvalget vurderet følgende grupper:

1) Privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner, der har tilsluttet sig overenskomst med sygesikringen:

- alment praktiserende læger.
- praktiserende speciallæger.
- praktiserende tandlæger.
- praktiserende fysioterapeuter.
- praktiserende kiropraktorer.
- praktiserende fodterapeuter.
- praktiserende psykologer.

Under udvalgsarbejdet har Sygesikringens Forhandlingsudvalg anført, at uautoriserede sundhedspersoner bør omfattes af patientforsikringsloven, hvis de har overenskomst med sygesikringen. Resten af udvalget har derimod ikke fundet det hensigtsmæssigt generelt at inddrage uautoriserede personer under patientforsikringsloven, idet en offentligt styret patientforsikringsordning bør forbeholdes autoriserede sundhedspersoner. Det er endvidere taget i betragtning, at sygesikringen for tiden kun har indgået overenskomst med én uautoriseret person.

2) Privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner, der ikke har tilsluttet sig overenskomst med sygesikringen.

3) Kommunale sundhedsordninger samt undersøgelse og behandling af klienter på institutioner mv.

2.2.2. Privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner, der har tilsluttet sig

overenskomst med den offentlige sygesikring

2.2.2.1. Alment praktiserende læger, inkl. hjælpepersonale

Der var pr. 1. januar 1995 3.318 praktiserende læger og 97,7 % af deres patienter var gruppe 1-sikrede, dvs. knyttet til en bestemt praktiserende læge, hvor de får gratis lægebehandling.

Herudover er der hos privatpraktiserende læger ansat ca. 3.800 personer i form af hjælpepersonale (sekretærer/sygeplejersker/laboranter).

De praktiserende læger leverede i 1994 ca. 29 mio. grunddydelser, hvoraf de største grupper var: Konsultationer ca. 15 mio. og telefonkonsultationer ca. 10 mio.

Til varetagelse af lægebetjeningen af befolkningen uden for den sædvanlige dagarbejdstid medvirker der i adskillige vagtordninger læger, der ikke i øvrigt virker som alment praktiserende læger. I 1995 udgjorde antallet af disse læger 548. De pågældende læger fungerer selvstændigt og er ikke undergivet en andens læges arbejdsgiveransvar.

Praktiserende læger yder i et mindre omfang hjælp i forbindelse med større ulykker m.v. (præhospital indsats). Der er således flere steder i landet etableret - eller ved at blive etableret - ordninger, hvor der ved tilkald af ambulancer samtidig er mulighed for at tilkalde en praktiserende læge, der har tilsluttet sig ordningen, med henblik på at tilvejebringe en hurtig lægelig indsats på skadestedet.

a. Det forventede antal anmeldte skader

Man kan formentlig få en vis fornemmelse af, hvor mange skader der vil blive anmeldt, ved at se på, hvor mange klager, der indgives til Patientklagenævnet. Det fremgår af Patientklagenævnets årsberetning for 1995-96, side 62, at 13 % af de oprettede sager vedrørte almen lægepraksis og 8 % lægevagten, i alt ca. 21 %.

Da kun en mindre del af klagerne vedrører forhold, hvor patienterne er kommet til skade, må tallene tages med forbehold.

Oplysninger fra den norske patientforsikring kan være et godt udgangspunkt, idet man i Norge dels har en lægepraksissektor, som minder om den danske, dels har en patientforsikringsordning, som er blevet til etapevis, ligesom den danske ordning vil blive det.

Den norske patientforsikringsordning omfattede ved starten i 1988 alene det somatiske sygehusvæsen. Den 1. juli 1992 udvidedes ordningen til også at omfatte kommunelægetjenesten, der omfatter kommunalt ansatte læger og privat praktiserende læger, der har overenskomst med kommunen. Kommunalægetjenesten udfylder rent funktionsmæssigt nogenlunde samme opgaver som alment praktiserende læger i Danmark. Den funktionsmæssige lighed genspejler sig i, at antallet af disse læger andrager ca. 2.900, hvilket stort set svarer til antallet af alment praktiserende læger i Danmark, når der kompenseres for forskelle i befolkningsstørrelse, og at en del af kommunelægerne alene udfører administrativt arbejde.

I figuren nedenfor er udviklingen i antallet af anmeldelser i den norske praksissektor sat i forhold til udviklingen i anmeldelsesantallet fra det norske sygehusvæsen fra starten i 1988:

Anm. fra sygehuse	Anm. fra alm. praksis	%
1. år 231	14	6
2. år 661	49	7,4
3. år 805	67	8,3
4. år 910	101	11,1
5. år 1.099	116	10,5

Efter 5 år udgør anmeldelsesantallet ca. 10 % af anmeldelsesantallet fra sygehussektoren. Overfører man denne udvikling til den danske ordning fås følgende udvikling i anmeldelsesantallet fra den danske praksissektor:

Anm. fra sygehuse	%	Anm. fra alm. praksis
1. år 350	6	21
2. år 840	7,4	62
3. år 1.269	8,3	105
4. år 1.658	11,1	149
5. år 2.115	10,5	222

Da det alene er den procentvise andel af sygehusanmeldelserne der anvendes, er afvigelser i befolkningsstørrelsen og forskelle i udviklingen af klagetallet uden betydning. Forskellene afspejler sig i det beregnede skøn.

Udvalget er klar over, at forannævnte metode er behæftet med usikkerhed, men har ikke kunnet finde mere sikre metoder.

Udvalget finder, at antallet af anmeldelser fra den danske almen praksissektor kan skønnes til ca. 10 % af anmeldelsesantallet fra sygehussektoren, således at anmeldelserne vil blive således:

Anmeldelser fra alm. praksis:

- 1. år 35
- 2. år 84
- 3. år 126
- 4. år 165
- 5. år 210

b. Anerkendelsesfrekvensen

Med udgangspunkt i vurderingen ovenfor, hvorefter anmeldelsesantallet realistisk vurderes at udgøre ca. 10 % af antallet fra sygehusvæsenet, kan det være nærliggende at konkludere, at erstatningsbeløbet skulle udgøre samme andel. Når Patientforsikringen således i 1997 forventes at tilkende erstatning for et beløb på ca. 100 mio. kr., skulle udgiften for så vidt angår praksissektoren i samme periode udgøre 10 mio. kr.

En sådan konklusion er formentlig forhastet.

Ser man eksempelvis på de hidtidige anmeldelser efter patientforsikringsloven fra sygehusene, kan det konstateres, at ud af ca. 4.500 sager vedrørte mere end 3.000 kirurgiske behandlinger, altså behandlinger der ikke eller kun i yderst beskedent omfang foretages i praksissektoren.

Den manglende tilstedeværelse af de risici der knytter sig til større kirurgiske indgreb, må antages at reducere antallet af anerkendelser efter

rimelighedsreglen i PFL’s § 2, stk. 1, nr. 4, væsentligt, idet egentlige behandlingsskader sjældent forventes at have et omfang, der medfører, at reglens krav til skadens alvorlighed vil være opfyldt.

Omvendt må antallet af skader, som følge af manglende eller forkert diagnosticering, PFL’s § 3, stk.1, jf. § 2, stk. 1, nr. 1, forventes at være betydelig større, bl.a. fordi antallet af konsultationer og dermed diagnosestillelser er langt større hos praktiserende læger end i sygehussektoren.

Hvor anerkendelser på grund af mangelfuld diagnosticering i sygehussektoren i Danmark ligger på ca. 8 % af det samlede antal anerkendelser, udgør andelen af anerkendelser på grund af mangelfuld diagnosticering hele 74 % af det samlede antal anerkendelser i den norske praksissektor.

Den større anerkendelsesfrekvens, der således må forventes som følge af mangelfuld diagnosticering, menes imidlertid ikke at kunne opveje den lavere anerkendelsesfrekvens, der er en følge af de færre anerkendelser efter PFL’s § 2, stk. 1, nr. 4, om skadens sjældenhed og alvor.

Anerkendelsesfrekvensen inden for sygehusvæsenet i henholdsvis Danmark og Norge er ganske ensartet omkring 43 %. I den norske praksissektor er anerkendelsesfrekvensen imidlertid kun på 33 % til 34 %.

På den baggrund finder udvalget det realistisk at skønne en anerkendelsesfrekvens i praksissektoren i Danmark i samme størrelsesorden, altså ca. 35 %.

c. Den gennemsnitlige erstatning

Den gennemsnitlige erstatning i anerkendte skader inden for sygehussektoren udgør ca. 140.000 kr. excl. renter. Visse forhold kunne imidlertid indikere, at den gennemsnitlige erstatning inden for praksissektoren vil være lavere.

Som ovenfor anført vedrører mere end 3.000 af 4.500 skader indenfor sygehusvæsenet kirurgiske behandlinger, der kun i minimalt omfang udføres i praksissektoren. Af samlede tilkendte erstatninger på hidtil ca. 170 mio. kr. i disse ca. 4.500 sager vedrørte ca. 120 mio. kr. kirurgiske behandlinger.

Den gennemsnitlige erstatning i restgruppen udgør således kun ca. 80 % af gennemsnitserstatningen i de kirurgiske sager svarende til 110.000 kr.

En gennemgang af de anerkendte skader inden for den norske praksissektor bekræfter en formodning om et lavere erstatningsniveau, hvilket formentlig skyldes, at de grundlidelser som patienterne henvender sig med og som en alment praktiserende læge behandler, ikke indeholder de samme risici for skadeforvoldelse som sygdomsbehandlingen på sygehuse.

-

d. Konklusion

På baggrund af ovenstående skønnes udviklingen i erstatningsudgifterne i ordningens 5 første år at være således:

Anmeldelser	Anerkendel-ser i %	Antal anerkendelser	Gennemsnits-erstatning	Samlede årlige erstatninger ¹
1. år 35	35	12	110.000	1.320.000
2. år 84	35	29	110.000	3.190.000
3. år 126	35	44	110.000	4.840.000
4. år 165	35	58	110.000	6.380.000
5. år 210	35	74	110.000	8.140.000

Udvalget skønner herefter, at anmeldelsesantallet 5 år efter indførelse af en patientforsikringsordning for den lægelige praksissektor vil udgøre ca. 210 anmeldelser, og de hermed forbundne erstatningsudgifter ligger i størrelsesordenen 8 - 8,5 mio. kr. excl. renter.

Skønnet er baseret på en anerkendelsesfrekvens på ca. 35 % af de indkomne anmeldelser og en gennemsnitlig erstatning på ca. 110.000. kr.

2.2.2.2. Praktiserende speciallæger

Antallet af praktiserende speciallæger tilknyttet sygesikringen var pr. 1. januar 1995 770 heltids, 435 deltids og 262 med 3-timers praksis, i alt 1.467 speciallæger. 97,7% af deres patienter er gruppe 1-sikrede og får gratis behandling. Speciallægerne leverede i 1994 i alt ca. 4,4 mio. konsultationer mv., svarende til knap 15% af de alment praktiserende lægers ydelser.

I Norge er det i forbindelse med et forslag til udvidelse af patientskadeordningen skønnet, at en udvidelse af ordningen til at omfatte praktiserende speciallæger vil medføre 150 anmeldelser årligt og en merudgift på ca. 10. mio. kr. I Norge udføres speciallægevirkomhed svarende til ca. 700 årsværk. Det er ved beregningen forudsat, at speciallæger forvolder skader i samme omfang som sygehuslæger.

I Danmark må det skønnes, at praktiserende speciallæger omregnet til årsværk udgør ca. 1.000. De samlede erstatningsudgifter i Danmark skulle således ved en umiddelbar sammenligning med Norge væsentligt overstige 10 mio. kr.

Udvalget finder, at et sådant skøn er for højt. Det er klart, at risikoen for skadeforvoldelse er meget forskellig inden for de forskellige specialer. Henset til, at speciallæger i psykiatri og dermatologi udgør omkring 25% af samtlige speciallæger, er sammenligningen med sygehuslæger ikke brugbar.

Det er udvalgets opfattelse, at risikoen for skadeforvoldelse i speciallægepraksis ud fra en samlet vurdering ikke kan skønnes væsentligt højere end den tilsvarende risiko for alment praktiserende læger. Der er naturligvis specialer, der har en stor risiko for at forvolde skader. Dette kompenseres dog af, at en stor del af speciallægerne ikke har nogen nævneværdig risiko herfor. Endvidere kan antallet af skader som følge af mangelfuld diagnosticering ikke forventes at være tilnærmelsesvis så høj som i almenpraksis, da der foreligger en hel anden situation for vurdering af patienten.

Idet antallet af speciallæger skønsmæssigt udgør 1/3 af antallet af alment praktiserende læger, skønnes anmeldelsantallet og udgiften til erstatning forbundet hermed at udvikle sig således i de første fem år:

Antal anmeldelser	Antal anerkendelser	Samlet erstatning
1. år 11	3,5	385.000
2. år 28	10	1.100.000
3. år 42	15	1.650.000
4. år 54	19	2.090.000
5. år 69	24	2.640.000

Udvalget skønner således, at en udvidelse af loven til at omfatte speciallægepraksis efter 5 år vil medføre et anmeldelsestal på ca. 70 pr. år, og at de hermed forbundne udgifter vil udgøre ca. 2,5 - 3,0 mio. kr.

2.2.2.3. Praktiserende tandlæger

Der var pr. 1. januar 1995 2.693 tandlæger (klinikejere) tilknyttet sygesikringen. Derudover var 981 assisterende tandlæger beskæftiget i privat praksis. Sygesikringens udgifter til disse tandlæger udgjorde 943 mio. kr., svarende til 22,8 % af tandlægenes samlede omsætning. Det er således kun en mindre del af tandlægenes indtægter, der hidrører fra sygesikringens tilskud.

Tandlægenes virksomhed adskiller sig fra de øvrige ydere inden for sygesikringen ved, at behandlingerne er meget tekniske, og at eventuelle skader ofte kan udbedres ved nye behandlinger.

Dansk Tandlægeforening har siden 1. januar 1990 haft en praksisforsikring, der i altovervejende grad dækker efter patientforsikringslovens regler. Minimumserstatningen er dog kun på 3.000 kr. Skader under 3.000 kr. dækkes efter almindelige erstatningsretlige regler. Samtlige praktiserende tandlæger (i alt ca. 3.600) er omfattet af ordningen.

I 1996 anmeldtes ca. 500 skader og antallet af anmeldelser ventes fortsat at stige.

Anerkendelsesfrekvensen af afgjorte sager i perioden 1992-1996 var ca. 82 %, med en gennemsnitlig erstatningsudbetaling på 10.350 kr.

De samlede udbetalinger i 1996 udgjorde 3,8 mio. kr. Derudover blev der afsat ca. 780.000 kr. til hensættelser.

Forsikringen er p.t. tegnet i Codan, der i samarbejde med et særligt praksisforsikringsudvalg bedømmer de anmeldte skader. Praksisforsikringsudvalget består af 3 medlemmer fra Codan og 3 medlemmer fra Dansk Tandlægeforening. Fra primo 1996 har Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Forbrugerrådet deltaget som observatører.

Der er således i forsikringsselskabet og Praksisforsikringsudvalget oparbejdet en ekspertise på området.

Tandlægenes patientforsikring i forsikringsselskabet indgår som en del af en forsikringspakke, der endvidere består af en retshjælpsforsikring, en arbejdsskadeforsikring og en principalforsikring ved arbejdsskader. Forsikringspræmien opkræves som en procentdel af tandklinikens omsætning med sygesikringen og indeholdes i tandlægens tilgodehavende hos denne. Præmien for hele forsikringspakken udgør ca. 5000 kr. pr. år for en "gennemsnitstandlæge" (klinikejer). Heraf udgør præmierne til patientskadeforsikringsdelen ca. 1/3.

Såfremt det besluttet, at praktiserende tandlæger skal være omfattet af patientforsikringsloven ved en lovudvidelse, skal man være opmærksom på, at der allerede har været en lang indkøringsperiode.

Lægges det til grund, at der fortsat vil være en stigning i antallet af anmeldelser, har udvalget skønnet, at anmeldelsesantallet efter yderligere 5 år vil være 600, svarende til erstatningsudgifter på skønsmæssigt 7 mio. kr. Der er ydet delvis kompensation ved forsikringsordningens etablering. Kommende merudgifter forbundet med evt. at inddrage tandlægerne under patientforsikringsloven vil være et forhandlingsspørgsmål.

2.2.2.4. Praktiserende fysioterapeuter

Der var pr. 1. januar 1995 1.398 fysioterapeuter tilknyttet sygesikringen og de leverede i alt ca. 9,6 mio. ydelser, heraf ca. 2,3 mio. helt vederlagsfri ydelser. I 1995 udgjorde sygesikringstilskuddet 331 mio. kr., heraf 175 mio. kr. til almindelig fysioterapi og 156 mio. kr. til vederlagsfri fysioterapi. Den samlede omsætning hos praktiserende fysioterapeuter vedrørende sygesikringsydelser var 493 mio. kr.

Antallet af fysioterapeuter ansat på sygehusene er 1668. Henset til det store antal fysioterapeuter, der er ansat ved sygehusene, er det bemærkelsesværdigt, at Patientforsikringen stort set ikke har modtaget anmeldelser vedrørende skader i forbindelse med fysioterapeutisk behandling. Der er modtaget et par anmeldelser vedrørende ulykker i forbindelse med gruppeøvelser, men da ulykker ifølge udvalgets forudsætninger, jf. side 4, ikke skal være omfattet i andre tilfælde, end hvor ulykken indtræder på sygehuse, er disse uden relevans.

Det er klart, at fysioterapeutisk behandling kan medføre erstatningsberettigende skader, men det faktum, at sådanne anmeldelser ikke er modtaget, må i hvert fald føre til den konklusion, at skadefrekvensen for i hvert fald alvorlige skader er meget lav.

Ser man på antallet af klager til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn over fysioterapeutisk behandling, antog nævnet i 1995 12 sager - svarende til 0,8 % af samtlige antagne klager - til behandling. Disse klager vedrører imidlertid ikke kun praktiserende fysioterapeuter, men også ansatte på sygehusene. Forholdsmæssigt skulle der således kun være 5,4 klager pr. år over praktiserende fysioterapeuter.

I Norge er de årlige, anslåede udgifter til skader forvoldt i forbindelse med fysioterapeutisk behandling anslået til ca. 2,2 mio. kr. Tallet omfatter praktiserende fysioterapeuter og terapeuter ansat i kommunerne.

Der findes imidlertid på baggrund af ovenstående bemærkninger ikke holdepunkter for, at de samlede erstatninger for skader forvoldt af praktiserende fysioterapeuter i Danmark skulle nå et sådant omfang efter 5 år.

Det er imidlertid klart, at der ved fastlæggelsen af et skønnet niveau skal tages højde for den eller de enkelte større skader, der teoretisk set kan ske.

Uden i øvrigt nærmere at have de fornødne muligheder for mere præcist at redegøre for skader på området, har udvalget lagt til grund, at anmeldelsesantallet efter 5 år vil ligge på omkring 25 pr. år, og at de dermed forbundne udgifter vil udgøre ca. 1. mio. kr. årligt.

2.2.2.5. Praktiserende kiropraktorer

Der var pr. 1. januar 1995 245 praktiserende kiropraktorer tilknyttet sygesikringen og det samlede tilskud udgjorde 55 mio. kr. i 1995. Kiropraktorenes samlede omsætning i 1995 var ca. 275 mio. kr.

Dansk Kiropraktor-Forening har siden 1. oktober 1992 haft en praksisforsikring, pt. tegnet i Codan, der dækker i overensstemmelse med patientforsikringslovens regler.

Indbetalingerne til patientforsikringsordningen er foregået ved, at amterne hver måned har tilbageholdt 2,5 % af kiropraktorenes tilgodehavende ved sygesikringen. I 1995 blev der således indbetalt ca. 1,4 mio. kr. til ordningen. Indbetalingen er pr. 1. januar 1997 nedsat til 2 % af kiropraktorenes tilgodehavende ved sygesikringen.

Det er endvidere oplyst fra Dansk Kiropraktor-Forening, at der siden 1992 er anmeldt 27 skader, hvoraf kun én skade er anerkendt som erstatningsberettiget. Erstatningsbeløbet i denne sag udgjorde 37.752 kr. Herudover er der i en verserende sag udbetalt et acontobeløb på 150.000 kr. Det er ikke muligt at skønne over den samlede erstatningsudbetaling i denne sag, eftersom patientens tilstand ikke er stationær.

På kiropraktorområdet skønnes risikoen for skadeforvoldelse at være meget lille, men skaderne kan i sjældne tilfælde være meget alvorlige. Udvalget finder det fuldt ud tilstrækkeligt, såfremt der påregnes 10 anmeldelser årligt efter 5 år. De dermed forbundne erstatningsudbetalinger skønnes at ligge i størrelsesordenen 0,5 mio. kr. Der er ydet fuld kompensation ved forsikringsordningens etablering. Kommende merudgifter forbundet med evt. at inddrage kiropraktorerne under patientforsikringsloven vil være et forhandlingsspørgsmål.

2.2.2.6. Praktiserende fodterapeuter

Der var i januar 1995 630 praktiserende fodterapeuter tilknyttet sygesikringen. Sygesikringens samlede udgift androg 27 mio. kr.

Det fremgår af Patientklagenævnets årsberetninger, at der i 1994 blev anmeldt 1 klage over fodterapeuter, og at der i 1995 ingen klager kom.

Hvorvidt praktiserende fodterapeuter overhovedet laver skader, som kan falde ind under patientforsikringsordningen, er et spørgsmål.

Udvalget finder det fuldt ud tilstrækkeligt, såfremt man ved estimering af erstatningsomkostningerne lægger til grund, at anmeldelsestallet efter 5 år vil ligge på omkring 5 pr. år. De dermed forbundne udgifter skønnes at udgøre ca. 100.000 kr.

2.2.2.7. Praktiserende psykologer

Der var pr. 1. januar 1995 ca. 290 psykologer tilknyttet sygesikringen. Den samlede sygesikringsudgift til psykologhjælp i 1995 var 24,7 mio. kr. Der blev indtil 1. januar 1997 ydet et tilskud på 70%, hvilket svarer til en omsætning på sygesikringsområdet på 35,3 mio. kr.

Efter udvalgets opfattelse må det anses for usandsynligt, at psykologer kan forvolde skader, der er omfattet af den gældende patientforsikringslov, idet kun fysiske skader dækkes. Psykologområdet er kun relevant, hvis loven udvides til at omfatte psykiske skader.

2.2.3. Privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner, der ikke har tilsluttet

sig overenskomst med den offentlige sygesikring

Udover de ovenfor anførte grupper af praktiserende, autoriserede sundhedspersoner, der har tilsluttet sig overenskomst med sygesikringen, findes der enkelte sundhedspersoner inden for grupperne, der har en privat praksis uden at være tilknyttet sygesikringen.

Praktiserende Lægers Organisation har oplyst, at der findes 33 praktiserende medlemmer, som ikke har tilknytning til sygesikringen. Herudover kan der være læger, som ej heller er medlem af Lægeforeningen.

Foreningen af Speciallæger har oplyst, at der findes 87 FAS-medlemmer, uden tilknytning til sygesikringen, der driver privatpraksis som bierhverv og 66 der driver privatpraksis som hovederhverv. En del af disse vil dog formentligt været dækket allerede i kraft af, at behandlingerne foretages på private sygehuse, der har tegnet forsikring på frivillig basis, eller som har driftsoverenskomst med det offentlige og derfor er omfattet af loven.

Udvalget skønner, at der omregnet til fuldtidsstillinger er ca. 130 privatpraktiserende læger uden tilknytning til sygesikringen. På grundlag af de beregninger, der er foretaget foran i relation til læger med overenskomst, må der kunne forventes 5 anmeldelser efter 5 år. Erstatningsudbetalingerne som følge heraf må forventes at være meget små, men kan skønsmæssigt sættes til ca. 300.000 kr.

Herudover må det skønnes, at der inden for øvrige grupper af sundhedspersoner også findes enkelte, der driver privat praksis, men omfanget heraf må antages at være af et så beskedent omfang, at de ikke har nogen reel indflydelse på de på de samlede udgifter ved en udvidelse af lovens dækningsområde.

Udover disse sundhedspersoner med en egentlig praksis, findes der i et vist omfang sundhedspersoner, der foretager behandlinger uden at have en egentlig praksis.

Nogle læger og fysioterapeuter kan eksempelvis være tilknyttet idrætsklubber eller organisationer. Risikoen for skadeforvoldelse i disse sammenhænge må beskrives som yderst ringe.

Udvalget finder ikke det vil være muligt nærmere at belyse hvilke sundhedspersoner der udøver en vis virksomhed uden at have en praksis. Udvalget finder det heller ikke muligt nærmere at bedømme, hvilke behandlinger der vil være tale om, såfremt loven udvides til også at omfatte disse sundhedspersoner. Det må imidlertid antages, at det samlede antal behandlinger og skadeforvoldelser i forbindelse hermed er yderst ringe.

Henset til, at det nærmest vil være administrativt umuligt at kontrollere, hvilke sundhedspersoner der udfører behandlinger, som vil medføre en forsikringspligt, og henset til, at det også for de pågældende personer vil være overmåde vanskeligt at vide, hvornår et forsikringsbehov er til stede, anbefales det, at loven for så vidt angår selvstændige sundhedspersoner begrænses til de ovenfor anførte med egen praksis.

Risikoen for manglende forsikringsdækning og de administrative byrder ved at forsøge at gennemføre en forsikringspligt for sundhedspersoner uden praksis synes ude af proportioner med det yderst ringe antal skader.

2.2.4. Kommunale sundhedsordninger samt undersøgelse og behandling af patienter/klienter på institutioner m.v.

2.2.4.1. Indledning

Inden for det kommunale område foretages der undersøgelse, behandling m.v. inden for dels de kommunale sundhedsordninger, dels på institutioner som f.eks. plejehjem, daghjem og dagcentre m.fl.

Der var i 1994 i alt 42.105 fuldtidsstillinger med en sundhedsuddannelse inden for dette område, hvoraf 10.671 er sygeplejersker. Lidt under halvdelen af dette personale vedrører personale på dagcentre, plejehjem og beskyttede boliger, og består for størstedelens vedkommende af sygehjælpere og social- og sundhedsassistenter. Samtidig bemærkes, at det samlede antal stillinger også vedrører personale inden for hjemmeplejen, som ikke vil være omfattet af den foreslåede udvidelse af patientforsikringsloven.

2.2.4.2. Kommunale sundhedsordninger

Opgaverne inden for *den forebyggende sundhedsordning* er hovedsagelig af rådgivende og vejledende karakter, men der foretages dog også egentlige undersøgelser af børn og unge. Personalet består fortrinsvis af læger og sundhedsplejersker. I 1994 var der i alt ansat 1.329 sundhedsuddannede personer (omregnet til fuldtidsstillinger), hvoraf hovedparten er syge- og sundhedsplejersker. ²

Inden for *den kommunale tandpleje* foretages såvel forebyggende som behandlende tandpleje. Tandplejen tilbydes ved hjælp af offentlige ansatte tandlæger og/eller af praktiserende tandlæger/kliniske tandteknikere. I 1994 udgjorde de sundhedsuddannede personer inden for de offentlige klinikker 3.084, hvoraf ca. 1/3 er tandlæger. I 69 (72, 3 kommuner har en blandet ordning) kommuner omfattende 155.062 patienter, varetages behandlingen af børn og unge, efter overenskomst (BUT-overenskomsten) med kommunerne, af privatpraktiserende tandlæger. Disse patienter er omfattet af Dansk Tandlægeforenings Praksisforsikring.

Hjemmesygeplejerskeordningen omfatter sygepleje samt vejledning og bistand. Det er ikke muligt præcist at opgøre, hvor stort antallet af sundhedsuddannet personale er inden for denne ordning, idet mange kommuner har valgt at etablere en såkaldt integreret ordning, som omfatter såvel hjemmesygepleje som hjemmepleje. I 1994 var der ansat 2.195 sundhedsuddannede personer under hjemmesygeplejen, hvoraf hovedparten af personalet er syge- og sundhedsplejersker. I samme år var der ansat 16.051 sundhedsuddannede personer under de integrerede ordninger. Det fremgår ikke af de statistiske oplysninger, hvor meget af dette personale, der henhører under hjemmesygeplejen. Af de 16.051 personer er 4.209 syge- og sundhedsplejersker.

Det må antages, at behandlingsskader vil være yderst sjældne inden for ordningerne vedr. forebyggende sundhedsordninger for børn og unge samt hjemmesygeplejersker, jf. at opgaverne inden for ordningerne hovedsagelig er af forebyggende karakter. I Norge er de årlige anslåede udgifter skader forvoldt i forbindelse med hjemmesygepleje anslået til 300.000 kr. For så vidt angår skader inden for de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge har Norge ikke en helt tilsvarende ordning, men det forventes at omfanget af skader bliver ret få, om end man ved undersøgelse og kontrol af børn vil kunne overse medfødte lidelser, som kan føre til alvorlige skader for barnet. Det kan indebære store erstatningsudbetalinger i den enkelte sag.

Inden for børne- og omsorgstandplejen må der forventes visse skader, jf. at der foretages såvel forebyggende som behandlende tandpleje. Antallet af skader må dog forventes at blive begrænsede, jf. at antallet af klager til Patientklagenævnet over den kommunale tandpleje i 1995 udgjorde 1% svarende til 13 klager.

Uden at have de fornødne muligheder for præcist at redegøre for de forventede udgifter til skader inden for de kommunale sundhedsordninger, foreslås det, at der afsættes en forventes skadeudgift i størrelsesorden på 2 mio. - 2,5 mio. kr. forvoldt af personalet inden for disse ordninger i en udvidet ordnings 5. år. Antallet af anmeldelser skønnes til 200.

2.2.4.3. Institutioner m.v.

Institutionsområdet på det kommunale og amtskommunale område spænder over en lang række forskellige sociale tilbud f.eks. plejehjem, særlige plejehjem, beskyttede boliger, dagcentre, forsorgshjem, revalideringsinstitutioner, vuggestuer, børnehaver, børnehjem og døgninstitutioner for voksne, døgninstitutioner for børn og unge og institutioner for stofmisbrugere.

Opremsningen er langt fra udtømmende, og der sker en løbende udvikling på området med nye typer af boformer og behandlingstilbud.

De nævnte institutioner kan være organiseret meget forskelligt, som rent kommunale eller amtskommunale institutioner, som institutioner der drives af kommunale fællesskaber, som selvejende institutioner og som private institutioner med overenskomst med kommuner og amter.

Institutionerne kan også have et forskelligt optageområde, kommunen, amtskommunen, regioner eller landsdækkende institutioner.

Udviklingen de senere år er gået i retning af, at stadig flere mennesker får den nødvendige offentlige hjælp i eget hjem og ikke på institution. Socialministeren har i februar 1997 udsendt forslag til en ny bistandslovgivning til høring, hvori der åbnes op for, at hjælp kan ydes uafhængigt af institutionen - og dermed i som uden for institutionen.

Langt de fleste klienter på sociale institutioner i kommuner og amter vil være tilknyttet en praktiserende læge og vil kunne trække på alle sygesikringens øvrige ydere, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, fodterapeuter og kiropraktorer. I så fald vil de være omfattet af patientforsikringsloven, hvis den udvides til at omfatte privatpraktiserende sundhedspersoner. Hvis de bliver indlagt på sygehus, er de dækket af sygehusets patientforsikring. Hvis skaden skyldes det anvendte lægemiddel, er skaden dækket af lov om erstatning for lægemiddelskader.

Inden for institutionsområdet og andre boformer må det derfor forventes, at antallet af behandlingsskader i forbindelse med sundhedsfaglig behandling og undersøgelse vil være meget begrænsede, idet de fleste behandlinger og undersøgelser på anden måde er omfattet af patientforsikringsloven og lov om erstatning for lægemiddelskader. Erstatningerne vil typisk heller ikke være ret store på grund af klienternes alderssammensætning.

I Norge er almindelige plejehjem ikke omfattet af det foreslåede udkast til patientskadeerstatning.

For så vidt angår klager til Patientklagenævnet vedrørte 1% af de oprettede sager i 1995 - svarende til ca. 16 klager - klager over behandling på plejehjem.

De største problemer i forbindelse med at lade patientforsikringsordningen omfatte samtlige institutioner og boformer m.v. er af administrativ art. Allerede i dag er institutionsområdet på det kommunale og amtskommunale område forskelligt organiseret og vanskeligt at afgrænse. Denne tendens vil forstærkes, såfremt socialministerens forslag til en ny bistandslovgivning gennemføres.

Såfremt forsikringspligten efter patientforsikringsloven skal udstrækkes til hele dette område med mange hundrede institutioner, skal institutionerne og boformerne informeres herom, og der skal tegnes forsikring for disse, eventuelt således, at kommunen og amtskommunen tegner en forsikring for disse institutioner, og der skal ske tilbagemelding til Patientforsikringen om forsikringstegningen, således at den kan indgå i fordelingen af udgifterne til Patientforsikringens administration og ved fordelingen af bestyrelsesposter m.v. Hertil kommer, at der uundgåeligt vil opstå afgrænsningsproblemer af faglig art i forhold til de behandlinger, som har karakter af almindelig pasning og pleje af beboerne og i forhold til socialpædagogiske aktiviteter.

Det er udvalgets opfattelse, at de administrative procedurer og omkostninger i samtlige kommuner og amter, institutioner og boformer og i Patientforsikringsforeningen i forbindelse med foranstående er helt ude af proportion med det ringe antal skader, der kan forventes på området, og som ikke på anden måde er dækket af patientforsikringsloven. I de første år vil de administrative udgifter hertil forventes langt at overstige eventuelle erstatningsudbetalinger.

På denne baggrund kan udvalget ikke anbefale, at man lader patientforsikringsloven omfatte kommunale og amtskommunale institutioner m.v.

2.3. Administrationsudgifter i Patientforsikringsforeningen m.v.

I de forsikringsmodeller som er skitseret nedenfor i kapitel 4, er det forudsat, at anmeldelser fra primærsektoren behandles af Patientforsikringen efter de samme regler, som i dag er gældende for anmeldelser fra sygehussektoren. I modellerne er der dog givet mulighed for, at tandlægerne og kiropraktorerne kan opretholde deres nuværende forsikringsordninger, således at anmeldelser fra disse to områder ikke skal behandles af Patientforsikringen.

Anmeldelser fra den øvrige del af primærsektoren forudsættes således behandlet af Patientforsikringen i 1. instans, både f.s.v. angår afgørelser efter patientforsikringsloven og afgørelser efter erstatningsansvarsloven. Afgørelserne forudsættes behandlet i Patientskadeankenævnet som 2. instans og adgangen til at anke forudsættes ligeledes at være uændret.

Det er udgifterne ved denne sagsbehandling, der i det følgende vil blive vurderet. Øvrige udgifter til administration af de forsikringsmodeller, der er skitseret nedenfor i kapitel 4, er ikke medtaget. Merudgifter til at inddække erstatningskrav i et forsikringsselskab er således ikke medtaget, og der er heller ikke medtaget administrative konsekvenser i amter, kommuner og foreninger.

Det forudsættes endvidere, at karakteren af anmeldelserne fra primærsektoren er nogenlunde uændret i forhold til sygehussektoren. Størstedelen af sagerne vil fortsat vedrøre lægelig behandling. Ressourceanvendelsen pr. sag kan altså forudsættes at være den samme i Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet som helhed.

Ud fra Patientforsikringens regnskaber og årsberetninger kan der opstilles følgende gennemsnitspris for behandlingen af en anmeldelse:

	1993	1994	1995	1996
Samlede udgifter i kr. ³	6.259.938	8.345.086	13.540.410	17.986.313
Antal afgjorte sager i Patientforsikringen	554	930	1.430	2.112
Gennemsn. udgift i kr.	11.300	8.973	9.469	8.516

Den gennemsnitlige udgift i 1996 har været ca. 8.500 kr. Erfaringerne fra patientklageområdet viser, at behandlingen af sager vedrørende lægelig behandling er meget ressourcekrævende og omkostningsfyldte. Da der i udgiften indgår udgifter til etablering af Patientforsikringen må det forventes, at merudgiften for behandling af sagerne fra praksissektoren ikke er helt så stor som den anførte. Udvalget finder derfor, at der bør tages udgangspunkt i en gennemsnitlig omkostning på 8.000 kr. pr. sag.

Af afsnittene ovenfor fremgår, hvor mange anmeldelser der må forventes at indgå i løbet af en udvidet ordnings 5 første år, fordelt på forskellige grupper af sundhedspersoner.

Den samlede stigning i antallet af anmeldelser kan på baggrund heraf skønnes således:

	år 1	år 2	år 3	år 4	år 5
antal anmeldelser	73	183	284	395	514

Udgifterne til administration kan herefter beregnes således:

	år 1	år 2	år 3	år 4	år 5
Udgifter til sagsbehandl.	584.000	1.464.000	2.272.000	3.160.000	4.112..000

Udvalget finder at kunne lægge den ovenfor beregnede udvikling i administrationsudgifterne til grund, således at udgiften i en udvidet ordnings 5 år skønnes at være ca. 4 - 4,5 mio. kr. I ordningens første 2 år må der dog påregnes visse etableringsudgifter (edb og kontorindretning), skønsmæssigt sat til 1. mio. kr. Hertil kommer udgifter til information om ordningen (ca. 1 mio. kr.).

2.4. Konklusion

Udvalget skønner, at de samlede udgifter - 5 år efter en udvidelse af patientforsikringsloven til også at omfatte primærsektoren - ligger i størrelsesordenen 18,5 - 20 mio. kr. Heraf skønnes erstatningsudgifterne at udgøre 14,5 - 15,5 mio. kr., mens udgifterne til sagernes behandling skønnes at udgøre ca. 4 - 4,5 mio. kr.

Hertil kommer etableringsudgifter i Patientforsikringen på ca. 2 mio. kr. i ordningens 2 første år.

Merudgifter til at inddække erstatningskrav i et forsikringsselskab er ikke medtaget, og der er heller ikke medtaget administrative konsekvenser i amter, kommuner og foreninger. I beregningerne er endvidere ikke medtaget tandlæger og kiropraktorer, der allerede har etableret forsikringsordninger.

Antallet af anmeldelser fra primærsektoren skønnes i en udvidet ordnings 5. år at udgøre 500 - 550 anmeldelser.

I 1997, dvs. 5 år efter patientforsikringsordningens indførelse - forventes der at blive indgivet ca. 2.500 anmeldelser og tilkendt ca. 100 mio. kr. i erstatning for skader i sygehusvæsenet.

Antallet af anmeldelser fra primærsektoren 5 år efter en udvidelse af ordningen svarer således til ca. 20 % af antal anmeldelser i sygehussektoren. Udbetalingerne fra primærsektoren svarer til ca. 15 % af udbetalingerne i sygehussektoren, da erstatningernes størrelse i gennemsnit forventes at være lavere i praksissektoren end i sygehussektoren.

De administrative udgifter for behandling af sagerne svarer til 20% af udgifterne i den nuværende ordnings 5 år.

Udviklingen i anmeldelsesantallet og erstatningsudbetalingerne fordelt på sundhedspersoner beror som anført ovenfor på meget vanskelige skøn. De samlede skøn vurderes imidlertid som de mest realistiske på baggrund af de oplysninger, udvalget har kunnet fremskaffe.

I skemaet på næste side er antallet af anmeldelser og udviklingen i de heraf følgende erstatnings- og administrationsudgifter angivet for de forskellige grupper af sundhedspersoner, ekskl. tandlæger og kiropraktorer.

		alment praktiserende læger	speciallæger	fysioterapeuter	fodterapeuter	sundhedspersoner udenfor sygesikringen	kommunale sundhedsordninger	adm. udgifter	i alt
År 1	Anm.	35	11	5	1	1	20		73
	udbetalt	1.320.000	385.000	50.000	10.000	50.000	250.000	1.584.000	3.649.000
År 2	Anm.	84	28	10	3	3	55		183
	udbetalt	3.190.000	1.100.000	200.000	30.000	110.000	500.000	2.464.000	7.594.000
År 3	Anm.	126	42	10	3	3	100		284
	udbetalt	4.840.000	1.650.000	500.000	50.000	110.000	1.100.000	2.272.000	10.522.000
År 4	Anm.	165	55	15	5	5	150		395
	udbetalt	6.380.000	2.090.000	800.000	100.000	300.000	1.700.000	3.160.000	14.530.000
År 5	Anm.	210	69	25	5	5	200		514
	udbetalt	8.140.000	2.640.000	1.000.000	100.000	300.000	2.500.000	4.112.000	18.792.000

[Indhold bilag 1](#)

Kapitel 3. MODELLER FOR, HVORLEDES MAN KAN INDFØRE EN PATIENTFORSIKRINGSORDNING I DEN PRIMÆRE SUNDHEDSTJENESTE

3.1. Forskellige begreber

I forbindelse med behandlingen af modeller vil der i det følgende optræde nogle begreber, som kort skal beskrives.

- **Skadevolder:** Den sundhedsperson, hvis behandling er årsag til patientskaden.
 - **Den erstatningspligtige:** Den myndighed, institution eller person, som har pligt til at yde erstatning.
 - **Forsikringstagere:** Den, der tegner patientforsikringen og betaler forsikringspræmien.
 - **Forsikringspligt:** Efter PFL’s § 10, stk. 1, skal krav om erstatning efter loven være dækket af en forsikring i et forsikringsselskab. Efter PFL’s § 11, stk. 1, er staten, kommunerne og Hovedstadens Sygehusfællesskab undtaget fra forsikringspligten i § 10.
- I den nuværende lovgivning er der således alene forsikringspligt for de private sygehuse, som har indgået overenskomst med det offentlige.
- **Forsikringsgiver:** Det forsikringsselskab der tegner forsikring og udbetaler erstatningen.
 - **Selvforsikrende myndighed:** Offentlig myndighed, som ikke tegner forsikring, men selv betaler for de skader, de er erstatningspligtige for.
 - **Financier:** Den myndighed, institution eller person, som gennem forsikringspræmie eller som selvforsikrende betaler for Patientforsikringen (erstatninger og Patientforsikringens administration). Amterne og HS og visse private sygehuse finansierer i

dag Patientforsikringen.

- **Finansieringskilde:** Det sted hvorfra den finansierende instans henter pengene, f.eks. hos skatteyder, patienterne eller sundhedspersonerne.

Det almindelige i dansk erstatningsret er, at skadevolder (og dennes arbejdsgiver) er erstatningspligtig og finansierer forsikringen. Dette er i vid udstrækning fraveget ved de forskellige patientforsikringsordninger.

3.2. Modeller for patientforsikringsordninger

Allerede i dag findes der forskellige modeller for, hvordan man har formuleret og fastsat erstatningspligten og finansieringen af ordninger, hvor formålet er at skabe særlige lempelige erstatningsvilkår for patienter (patientforsikringsordninger og loven om erstatning for lægemiddelskader).

I nedenstående oversigt er det vist, at der i dag findes 5 forskellige modeller for tilrettelæggelse af patientforsikringsordninger. Model 1 - 4 er lovregulerede, medens model 5 bygger på frivillig aftale. Det vil være naturligt at vurdere disse modeller, når man skal se på, hvordan man hensigtsmæssigt kan udvide patientforsikringsordningen til også at omfatte den primære sundhedstjeneste.

Skematisk oversigt over eksisterende patientforsikringsmodeller

	MODEL 1	MODEL 2	MODEL 3	MODEL 4	MODEL 5
	PFL - OFFENTLIGE SYGEHUSE	PFL - 1) PRIVATE SYGEHUSE	PFL - 2) FORSØG I DEN PRIMÆRE SEKTOR (Amtsmodel)	LÆGEMIDDEL- SKADER (Stats- model)	TANDLÆGER/ KIROPRAKTORER
Skadevolder	Sygehusets ansatte	Sygehusets ansatte	Private sund- hedspersoner	Producent	Tandlæger/ kiropraktorer
Erstatnings- pligtige	Sygehus- myndighed amt/HS	Sygehuset	Sygehus- myndighed amt/HS	Staten	Tandlæger/ kiropraktorer
Forsikringstager	Sygehus- myndighed amt/HS	Sygehuset	Sygehus- myndighed amt/HS	,	Tandlæger/ kiropraktorer
Forsikringspligt	,	+	,	,	, lovpligtig, men obligatorisk for medlemmer
Forsikringsgiver	Forsikrings- selskaber	Forsikrings- selskaber	Forsikrings- selskaber	,	Forsikringsse- lskab
Selvforsikring	+	,	+	+	,
Financier	Sygehus- myndighed amt/HS	Sygehuset	Sygehus- myndighed amt/HS	Staten	Tandlæger/ kiropraktorer
Finansieringskilde	Skatteyder	Skatteyder/ patienter	Skatteyder	Patienter; reduceret tilskud til medicin	3) - Yder

					- Patient - Skatteyder
Sagsbehandling	Patientforsikringen	Patientforsikringen	Patientforsikringen	Patientforsikringen	Forsikringsselskab
Anke	+	+	+	+	÷ 4)

- 1) Disse sygehuse er opført i Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 666 af 3. august 1995 vedrørende dækningsområdet for lov om patientforsikring.
- 2) Ved lov nr. 217 af 29. marts 1995 blev patientforsikringsloven udvidet til også at omfatte patienter, der deltager i forsøg inden for den primære sundhedstjeneste. Erstatningspligten blev pålagt amterne og Hovedstadens Sygehusfællesskab.
- 3) Sygesikringens Forhandlingsudvalg har oplyst, at i forbindelse med overenskomstforhandlingerne er honorarerne for kiropraktorerne reguleret på baggrund af de forøgede omkostninger ved indførelse af forsikringsordningen. Tandlægerne fik i forbindelse med overenskomstforhandlingerne delvis kompensation for de øgede udgifter til forsikringsordningen.
- 4) Dansk Tandlægeforening har oplyst, at man planlægger at etablere et egentligt ankenævn.

3.2.1 Model 1 (Patientforsikringsordning for offentlige sygehuse)

Juridisk er ordningen i overensstemmelse med almindelige erstatningsretlige principper:

- Erstatningspligten påhviler - ligesom efter Danske Lov 3-19-2 - arbejdsgiveren, dvs. den ansvarlige sygehusmyndighed.
- Sygehusmyndigheden kan - ligesom før patientforsikringsloven - tegne forsikring eller vælge at være selvforsikrende.
- Sygehusmyndigheden finansierer ordningen via skattemidler.

Afgrænsningsmæssigt er ordningen enkel og praktisk. Ved at ordningen afgrænses til offentlige sygehuse opnås, at alle personalegrupper inden for sygehusvæsenet er omfattet af ordningen, og i de knap 5 år patientforsikringsordningen nu har eksisteret, har afgrænsningen fungeret helt uden problemer. Det er naturligvis oftest læger, der forvolder behandlingsskader, men Patientforsikringen har også haft sager, hvor det f.eks. har været sygeplejersker, jordemødre, fysioterapeuter og plejere, der har forvoldt behandlingsskader.

Administrativt og forsikringsmæssigt er ordningen også meget enkel. Ved at det er de enkelte sygehusmyndigheder (amterne og HS), der tegner forsikring, opnår man, at forsikringstegningen bliver let at overskue. Der er få forsikringstagere og forsikringsselskaber, hvilket på mange måder letter det daglige samarbejde mellem Patientforsikringen og forsikringsselskaberne, ligesom fordelingen af bestyrelsesposter og fordelingen af administrationsomkostninger er relativ enkel.

3.2.2. Model 2 (Patientforsikringsordning for private sygehuse omfattet af patientforsikringsloven)

Om denne model kan i vid udstrækning henvises til bemærkningerne ad model 1.

Den afgørende forskel er, at det i denne model er det enkelte private sygehus, der er erstatningsansvarlig og har forsikringspligt.

Forsikringstegningen har efter det oplyste ikke givet anledning til problemer for de nuværende private specialsygehuse, som er omfattet af patientforsikringsloven.

3.2.3. Model 3 (Forsøg i den primære sundhedstjeneste, amtsmodellen)

Modellen svarer til model 1, alene med den forskel, at sygehusmyndighederne (amterne og Hovedstadens Sygehusfællesskab) er pålagt erstatningspligten for forsøg i den primære sundhedstjeneste, f.eks. hos praktiserende læger og speciallæger.

Modellen er et eksempel på, at det er juridisk muligt at pålægge sygehusmyndigheden en erstatningspligt for sundhedspersoner, som ikke er ansat af myndigheden. På et tidspunkt, hvor Patientforsikringen ikke omfattede den primære sundhedstjeneste, var løsningen langt den mest hensigtsmæssige.

3.2.4. Model 4 (Lov om erstatning for lægemiddelskader, statsmodellen)

Den 1. januar 1996 trådte lov nr. 1120 af 20. december 1995 om erstatning for lægemiddelskader i kraft. Loven gør det lettere at få erstatning for skader, der skyldes et lægemiddel.

Ordningen sikrer patienter, raske forsøgspersoner og donorer en bred erstatningsdækning i tilfælde af lægemiddelskader, der skyldes receptpligtig medicin eller håndkøbsmedicin, som er udleveret i Danmark til forbrug eller klinisk afprøvning.

Erstatningsordningen gælder kun for fysiske skader (bivirkninger) ved anvendelse af et lægemiddel. Der ydes kun erstatning for bivirkninger, der er værre, end hvad man med rimelighed bør acceptere set i forhold til alvoren af den sygdom, som behandles med lægemidlet.

Opindeligt var det tanken, at producenter og importører mv. af lægemidler på frivilligt grundlag skulle etablere og finansiere en lægemiddelforsikring. Ordningen skulle ses som en udbygning af producenternes og importørernes ansvar efter produktansvarsloven.

Da lægemiddelimportørerne imidlertid ikke ville indgå på en frivillig ordning, påtog Sundhedsministeriet sig at etablere ordningen. Patientforsikringen administrerer ordningen og Sundhedsministeriet udbetaler erstatninger.

Finansieringen sker ved, at sygesikringens tilskud til medicin er blevet nedsat med 0,2% og 0,3%. Juridisk set er ordningen særegen derved, at staten påtager sig en erstatningspligt for skader, der er forvoldt af helt private virksomheder. Staten har dog mulighed for at gøre regres mod producenter og importører efter produktansvarsreglerne.

Administrativt er ordningen enkel og har ikke givet anledning til problemer. Pr. 1. marts 1997 har Patientforsikringen modtaget 41 anmeldelser om lægemiddelskader. Der er truffet afgørelse i 29 sager, hvoraf én sag er anerkendt som erstatningsberettigende. I de øvrige sager er der givet afslag, hovedsageligt fordi lægemidlet er udleveret til patienten før lovens ikrafttræden.

3.2.5. Model 5 (Tandlæger/kiropraktorer)

Ordningerne for tandlæger og kiropraktorer minder i deres udformning så meget om hinanden, at de her behandles under eet.

Der er tale om ordninger, der er blevet til på initiativ af 2 faglige foreninger for at give patienterne en dækning, der mindst svarer til patientforsikringsloven, hvis der sker skader.

For såvel praktiserende tandlæger som kiropraktorer gælder, at de har en betydelig omsætning, som der ikke gives sygesikringstilskud til. For tandlægenes vedkommende har skaderne ofte den karakter, at de kan udbedres.

Ordningerne bygger på, at den faglige forening med et enkelt forsikringsselskab (p.t. Codan) har aftalt en forsikringspakke, der udover patientforsikringen indeholder en række forsikringselementer, og at foreningen har kunnet gøre ordningen obligatorisk for sine medlemmer. Ingen praktiserende tandlæger og kiropraktorer står således uden for ordningerne, idet man har valgt at dække alle patienter.

3.3. Vurdering af modeller

3.3.1. Indledning

Når man skal vurdere hvilke modeller, der er mest hensigtsmæssige ved en udvidelse af patientforsikringsordningen til den primære sundhedstjeneste, har udvalget i overensstemmelse med sit kommissorium lagt vægt på at finde løsninger, som under anvendelse af færrest mulige ressourcer, er administrativt enkle for alle involverede parter dvs. myndigheder, forsikringsselskaber, sundhedspersonerne og deres organisationer samt Patientforsikringen.

Her må man vurdere på de enkelte områder:

3.3.2 Privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner, der har tilsluttet sig overenskomst med den offentlige sygesikring

3.3.2.1. Alment praktiserende læger

2 modeller vil være hensigtsmæssige: model 3 og model 5. Disse modeller vurderes i det følgende i forhold til praktiserende læger.

a. Vurdering af model 3

Såfremt det offentlige pålægges erstatningspligten, vil model 3 (amtsmodellen) være den mest logiske og enkle. Modellen indebærer, at amterne og Københavns- og Frederiksberg kommuner pålægges erstatningspligten for de alment praktiserende læger. Det bør derfor også være disse myndigheder, der har ansvaret for valg af forsikring eller selvforsikring.

De enkelte praktiserende læger skal ikke tegne forsikringer, men vil blive omfattet af patientforsikringsordningen på samme måde som de mange tusinde sundhedspersoner på sygehusene er det i dag. Der vil dog fortsat være erstatningspligt for skader, der ikke er omfattet af patientforsikringslovens dækningsområde, f.eks. skader forvoldt i fritiden og skader under bagatelgrænsen på 10.000 kr. Ansvaret kan være dækket af en ansvarsforsikring.

Amterne og Københavns- og Frederiksberg kommuner kan i denne model vælge mellem at tegne forsikring eller at være selvforsikrende. Vælger et amt at tegne patientforsikring, må man gå ud fra, at forsikringen skal dække amtets sygehuse og alle autoriserede sundhedspersoner, der har tilsluttet sig overenskomst med sygesikringen.

Man må forvente, at en forsikring, der på denne måde omfatter flere områder og hvor eksempelvis praktiserende læger kun udgør en lille del, vil være billigere at tegne, end hvis praktiserende læger hver for sig skal tegne en enkeltstående forsikring, evt. kollektivt via foreningen.

Såfremt amter og kommuner vælger at tegne forsikring, vil en sådan kunne tegnes uden krav til dækningssummernes størrelse og uden krav om, at forsikringen skal dække andre skader end de, der anmeldes i forsikringstiden.

Den samlede forsikringspræmie vil danne grundlag for fordeling af bestyrelsesposter i Patientforsikringsforeningens bestyrelse.

Ordningen vil efter udvalgets opfattelse være meget enkel at administrere.

b. Vurdering af en tilpasset model 5

Såfremt de praktiserende læger pålægges erstatnings- og forsikringspligten, vil en tilpasset model 5 (tandlæge/kiropraktorordningen) være mest hensigtsmæssig. Det forudsættes, at Patientforsikringen administrerer ordningen, og at der bliver ankeadgang til Patientskadeankenævnet,

således at patienterne sikres en uvildig bedømmelse af sagerne.

Modellen forudsætter, at det er muligt for Praktiserende Lægers Organisation at tegne en kollektiv patientforsikring for alle praktiserende læger i landet i et enkelt forsikringsselskab. Hvorvidt policen - ligesom tandlægenes police - skal omfatte flere forsikringstyper, må være op til Praktiserende Lægers Organisation, som ligeledes må forhandle sig til den mest gunstige forsikringsaftale.

Dansk Tandlægeforening, som i øjeblikket har etableret denne model, finder, at ordningen er administrativt enkel og velfungerende. Det skal bemærkes, at ordningen adskiller sig fra de øvrige modeller ved at være tegnet efter kollegial vedtagelse hos et forsikringsselskab, og at næsten 80 % af tandlægenes omsætning udgøres af brugerbetaling. Dansk Tandlægeforening har væsentlig indflydelse på ordningen og dens administration. For de enkelte tandlæger er ordningen problemfri, og de administrative omkostninger for amterne ved at foretage et træk til forsikringspræmie er ubetydelige.

På denne baggrund er det udvalgets opfattelse, at en ordning for alment praktiserende læger baseret på kollektiv forsikring vil kunne etableres, men med den ændring, at erstatningsspørgsmålet afgøres af Patientforsikringen. Etableringen forudsætter, at der kollegialt etableres de nødvendige rammer og indgås de fornødne aftaler med Sygesikringens Forhandlingsudvalg herom.

Model 5 må efter udvalgets opfattelse betragtes som mere administrativt krævende for Patientforsikringen og Lægeforeningen end amtsmodellen, og man må forvente, at præmien generelt vil blive højere end efter amtsmodellen. Den højere præmie skyldes bl.a., at der må stilles krav til forsikringernes dækningssummer og at præmien skal omfatte alle skader, der er anmeldt i forsikringstiden samt i en 10-årig afløbsperiode.

Erfaringerne fra kiropraktorerne forsikringsordning viser efter udvalgets opfattelse, at en kollektiv forsikring i en lang opstartsfase kan være omkostningskrævende for små organisationer i forhold til antal erstatninger.

c. Konklusion

Det er udvalgets vurdering, at begge de anviste modeller er mulige i forhold til praktiserende læger, men der er dog ikke tvivl om, at model 3, hvorefter amterne og Københavns- og Frederiksberg kommuner pålægges erstatningspligten, er den administrativt enkleste løsning. Det må yderligere må forventes, at denne ordning økonomisk set er den mest fordelagtige. Der er hermed ikke taget stilling til finansieringskilde. Under udvalgsarbejdet har Praktiserende Lægers Organisation og Foreningen af Speciallæger anført, at etablering af en udvidet forsikringsordning må ske uden udgifter for praksissektoren.

Udvalget skal endvidere pege på, at der er så store forskelle på lægeområdet i forhold til tandlægeområdet, at man ikke uden videre kan ligestille de to områder i forsikringsmæssig forstand. Tandlægenes forsikringsordning skal ses i sammenhæng med det overenskomstmæssige klagesystem, hvor man kan pålægge tandlæger at udbedre fejl og tilbagebetale honorar. Denne mulighed findes ikke på lægeområdet. Forskellen skyldes, at tandlægebehandling ofte er af en sådan karakter, at det er muligt at rette tekniske fejl, hvilket kun sjældent kan ske på lægeområdet.

Det skal endvidere tages i betragtning, at det offentlige betaler næsten al behandling hos praktiserende læger, og derfor har lægerne ikke samme incitament til at etablere en udvidet forsikringsordning som tandlægerne, hvor brugerbetaling udgør næsten 80 % af omsætningen.

3.3.2.2. Praktiserende speciallæger

Med hensyn til valg af model finder udvalget, at tilsvarende betragtninger som anført ovenfor vedrørende praktiserende læger gør sig gældende. Det vil sige:

- hvis det offentlige pålægges erstatningspligten og finansieringen: Model 3 og
- hvis speciallægerne pålægges erstatnings- og forsikringspligten: Model 5.

3.3.2.3. Praktiserende tandlæger

Udvalget finder, at det - uanset finansiering - er mest hensigtsmæssigt at give mulighed for at opretholde den nuværende ordning (model 5), men model 3 er også en mulighed.

For at sikre at tandlægenes patientforsikringsordning følger de samme principper, som den øvrige patientforsikring ved bedømmelse af skaderne, vil det være hensigtsmæssigt, dels at Patientforsikringsforeningen får adgang til at rekvirere oplysninger fra forsikringsordningen, dels at der bliver etableret en ankeinstans, hvor Patientforsikringsforeningen bliver repræsenteret.

3.3.2.4. Praktiserende fysioterapeuter

Antallet af skader forårsaget af praktiserende fysioterapeuter er formentligt meget begrænset. Der blev anmeldt 13 klager over fysioterapeuter til Sundhedsvæsenets Patientklagenævnet i 1995 og 3 klager i 1994. På den baggrund finder udvalget, at model 3 er den mest hensigtsmæssige.

3.3.2.5. Praktiserende kiropraktorer

Udvalget finder, at det - uanset finansiering - vil være hensigtsmæssigt at give mulig for at opretholde den nuværende ordning, model 5, men model 3 er også en mulighed.

For at sikre at kiropraktorernes patientforsikringsordning følger de samme principper, som den øvrige patientforsikring ved bedømmelse af skaderne, vil det være hensigtsmæssigt, dels at Patientforsikringsforeningen får adgang til at rekvirere afgørelser fra forsikringsordningen, dels at der bliver etableret en ankeinstans, hvor Patientforsikringsforeningen bliver repræsenteret eller at sagerne kan ankes til det nuværende Patientskadeankenævn.

3.3.2.6. Praktiserende fodterapeuter

Udvalget finder, at model 3 er den mest hensigtsmæssige, eftersom det må anses for tvivlsomt, om fodterapeuter overhovedet forvolder behandlingsskader.

3.3.2.7. Praktiserende psykologer

Som nævnt ovenfor i kaptitel 2, afsnit 2.2.2.7, må det anses for udelukket, at psykologer forvolder fysiske behandlingsskader.

3.3.3. Privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner, der ikke har tilsluttet sig overenskomst med den offentlige sygesikring

Det drejer sig formentlig om nogle få hundrede læger, samt enkelte personer fra andre faggrupper. Her kan det være praktisk, at deres faglige forening tegner en fælles forsikring i et enkelt forsikringsselskab. Ellers må det være mest rimeligt, at disse sundhedspersoner tegner deres egen patientforsikring i et forsikringsselskab.

3.3.4. Kommunale sundhedsordninger

I afsnit 2.2.4. ovenfor om de økonomiske konsekvenser er der redegjort nærmere for, hvad kommunale sundhedsordninger omfatter. Udvalget finder, at de kommunale sundhedsordninger bør medtages under patientforsikringsloven, således at der pålægges kommuner og amtskommuner erstatningspligt for indtrufne skader i forbindelse med behandling, undersøgelse og lignende foretaget af autoriserede sundhedspersoner under sundhedsordningerne.

[Indhold bilag 1](#)

Kapitel 4. FORSLAG TIL ÆNDRING AF GÆLDENDE REGLER

4.1. Model A

Model A, der baserer sig på principperne i den under kapitel 3, afsnit 3.2.3, nævnte model 3, bygger på følgende forudsætninger:

- Amterne og Københavns og Frederiksberg kommuner pålægges erstatningspligten for den virksomhed, der foregår hos privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner, der har tilsluttet sig overenskomst med den offentlige sygesikring. De praktiserende sundhedspersoner vil dog fortsat være erstatningspligtige efter almindelige erstatningsretlige regler (culpareglen) for skader, der ligger uden for patientforsikringslovens dækningsområde, f.eks. ulykker og tilfælde hvor sundhedspersonen handler privat m.v.
- Der etableres hjemmel til, at tandlæger og kiropraktorer kan opretholde de eksisterende ikke lovpligtige patientforsikringsordninger. De hidtil ikke lovpligtige patientforsikringer bliver herefter lovpligtige for tandlæger og kiropraktorer, såfremt disse grupper vælger at opretholde en forsikringsløsning baseret på den hidtidige frivillige forsikringsordning.
- Øvrige private sundhedspersoner har såvel erstatningspligt som forsikringspligt.
- (Amts)kommunerne eller de faglige organisationer kan formidle kollektive forsikringsaftaler for private driftsansvarlige.
- Offentlige myndigheder er - som efter den gældende lov om patientforsikring - erstatningspligtige for den virksomhed, der udøves inden for deres område, men er undtaget fra forsikringspligten.

Kapitel 1

Erstatningsomfang

Dækningsområde

§ 1. Der ydes erstatning efter reglerne i denne lov til patienter eller efterladte til patienter, som her i landet påføres fysisk skade i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende, som er foretaget

- 1) på sygehus eller på vegne af dette,
- 2) af autoriserede sundhedspersoner ansat under de kommunale sundhedsordninger, eller
- 3) af privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner, eller læger, der uden at være privatpraktiserende, virker som vagtlæger.

Stk. 2. Med patienter sidestilles personer, der deltager i biomedicinske forsøg, der ikke indgår som led i diagnostik eller behandling af personens sygdom. Det samme gælder for donorer, hvorfra der udtages væv og andet biologisk materiale.

Stk. 3. Ved autoriserede sundhedspersoner forstås i dette kapitel autoriserede sundhedspersoner i henhold til særlig lovgivning eller personer, der handler på disses ansvar.

Stk. 4. Sundhedsministeren fastsætter regler om, hvilke områder der efter stk. 1-2 nærmere er omfattet af loven.

Stk. 5. Sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at lovens § 9, nr. 3, og §§ 12-17 ikke finder anvendelse på de kollektive patientforsikringsordninger, som Dansk Tandlægeforening og Dansk Kiropraktor-Forening har etableret for deres medlemmer. Ministeren kan fastsætte nærmere vilkår for forsikringsordningernes administration, herunder etablering af en ankeinstans. Ministeren kan endvidere fastsætte regler om, at Patientforsikringsforeningen kan forlange meddelt enhver oplysning fra forsikringsordningerne, som har betydning for Patientforsikringsforeningens varetagelse af opgaver efter loven.

§§ 2-8(Uændret i relation til underudvalgets kommissorium; underudvalgets forslag til udvidelser af dækningsområdet giver dog anledning til visse konsekvensrettelser)

Kapitel 2

Erstatningsordningens organisation

Erstatningspligt

§ 9. Pligt til at yde erstatning efter loven har:

- 1) Driftsansvarlige for sygehuse.
- 2) Driftsansvarlige for kommunale sundhedsordninger.
- 3) Det amt og Københavns og Frederiksberg kommuner, hvor en privatpraktiserende autoriseret sundhedsperson har tilsluttet sig overenskomst med den offentlige sygesikring, eller hvor en læge, der uden at være privatpraktiserende, virker som vagtlæge.
- 4) Driftsansvarlige for en privat praksis omfattende en eller flere autoriserede sundhedspersoner, der ikke har tilsluttet sig overenskomst med den offentlige sygesikring.
- 5) Driftsansvarlige for institutioner m.v., som foretager biomedicinske forsøg på personer, uden at forsøget indgår som led i diagnostik eller behandling af personens sygdom, og driftsansvarlige for institutioner, som forestår donorvirksomhed af væv og andet biologisk materiale.

Forsikringspligt

§10. Krav om erstatning efter loven skal være dækket af en forsikring i et forsikringsselskab, jf. dog stk. 2.

Stk. 2. Staten, kommuner og Hovedstadens Sygehusfællesskab er undtaget fra forsikringspligten efter stk. 1.

Stk. 3. Forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af denne lov, skal underrette Patientforsikringsforeningen herom.

Stk. 4. Sundhedsministeren fastsætter de årlige dækningssummer for de i stk. 1 nævnte forsikringer.

Stk. 5. Dækningssummer fastsat i medfør af stk. 4 reguleres efter reglerne i § 15 i lov om erstatningsansvar.

Stk. 6. Sundhedsministeren fastsætter bestemmelser om forsikringspligtens gennemførelse, herunder minimumsbetingelser for forsikringsselskabernes tegning af forsikringer omfattet af denne lov. Ministeren fastsætter herunder bestemmelser om,

- 1) at forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af denne lov, i fællesskab yder erstatning i tilfælde af overtrædelse af stk. 1,
- 2) at forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af denne lov, i fællesskab yder erstatning i tilfælde, hvor den enkelte driftsansvarliges erstatningspligt overstiger forsikringens dækningssum fastsat i medfør af stk. 4,
- 3) at forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af denne lov, og selvforsikrende myndigheder i fællesskab yder erstatning efter § 5, hvor det ikke er muligt med rimelig sikkerhed at udpege den erstatningspligtige efter § 9.

Stk. 7. Sundhedsministeren fastsætter bestemmelser om maksimering af den fælles erstatningsforpligtelse efter stk. 6, nr. 1-3.

Stk. 8. Præmier for forsikringerne tillægges udpantningsret.

Kollektive forsikringsaftaler for private driftsansvarlige

§ 11. For driftsansvarlige, der har pligt til at yde erstatning efter § 9 kan forsikringspligten opfyldes gennem kollektive forsikringsaftaler. Aftale herom kan formidles af kommunerne eller de faglige organisationer. Kommunen kan kun formidle forsikringsaftaler for de private driftsansvarlige, som udøver virksomhed inden for kommunens område.

Stk. 2. Kommunerne og de faglige organisationer kan kræve omkostningerne ved de i stk. 1 nævnte forsikringsordninger dækkes hos de private driftsansvarlige, der er omfattet af ordningerne.

Stk. 3. Sundhedsministeren fastsætter de årlige dækningssummer for de i stk. 1 nævnte forsikringer.

Stk. 4. Dækningssummer fastsat i medfør af stk. 3 reguleres efter reglerne i § 15 i lov om erstatningsansvar.

Stk. 5. § 10, stk. 6, nr. 1 og 2, samt stk. 7 finder ikke anvendelse ved kollektive forsikringsaftaler.

Stk. 6. Der tillægges kommuner og faglige organisationer udpantningsret for de i stk. 2 nævnte omkostninger.

Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

Til § 1

Underudvalgets indledende bemærkninger:

Udformningen af denne bestemmelse henhører under hovedudvalgets kommissorium. Bestemmelsen er alene medtaget af underudvalget på grund af sammenhængen til § 9.

Det skal præciseres, at underudvalget ikke herved har taget stilling hvorvidt øvrige områder, der ikke henhører under den primære sundhedstjeneste - og således ligger uden for underudvalgets kommissorium - bør medtages under lovens dækningsområde. Vurderingen heraf forudsættes foretaget i hovedudvalget.

Underudvalget har ved sin udformning af § 1 endvidere lagt til grund, at de grundlæggende betingelser for, at en skade er omfattet af loven er uændrede, jf. nedenfor. Det er samtidig forudsat, at forsikringsordningen fortsat ikke dækker tilfælde, hvor f.eks. en læge privat, dvs. i sin fritid, udenfor sit tjenestested el. lign. foretager behandling, yder førstehjælp el. lign. Det er endelig forudsat, at dækningen af ulykker er uændret i forhold til den gældende lovs § 3, stk. 2. I disse tilfælde vil sundhedspersonerne være erstatningspligtige efter almindelige erstatningsretlige regler (culpareglen).

- - - - -

Grundbetingelserne for, at en skade er omfattet af lov om patientforsikring, dvs. at en patient er blevet påført fysisk skade i forbindelse med undersøgelse, behandling el. lign., er uændrede i forhold til den gældende lov, jf. *stk. 1*.

Efter *nr. 1* er alle sygehuse omfattet, hvad enten de er statslige, kommunale eller private. Bestemmelsen er en udvidelse af dækningsområdet i forhold til den gældende lov, hvorefter kun offentlige sygehuse og sygehuse, som det offentlige enten har driftsoverenskomst med eller finansierer mindst halvdelen af driftsudgifterne af, er omfattet. Flere private betalingssygehuse har i dag tegnet en frivillig, dvs. ikke-lovpligtig, patientforsikring. Med reglen i *nr. 1* bliver disse forsikringer lovpligtige, ligesom private sygehuse, der ikke har tegnet en patientforsikring, får pligt til at tegne en sådan.

I *nr. 1* fastsættes det endvidere, at bestemmelsen også dækker undersøgelse, behandling el. lign., der foretages på vegne af sygehuset. Bestemmelsen tager sigte på at præcisere, at også undersøgelse m.v. foretaget uden for sygehuset geografiske område omfattes af loven, når den er foretaget på sygehusets vegne.

Allerede efter den gældende lov og regler fastsat i medfør heraf er flere skader uden for sygehusets geografiske område omfattet af loven, bl. a. skader forårsaget i lokaliteter indrettet til behandlingsformål efter sygehusets anvisning, skader i forbindelse med afgivelse af blod i mobile blodbanker, samt skader forårsaget under transport af patienter til et sygehus eller mellem forskellige sygehuse, såfremt transporten er foregået med ambulance eller særligt sygekøretøj.

Efter den gældende lov er det imidlertid tvivlsomt, hvorvidt behandling foretaget på et skadested af ambulancepersonalet er omfattet. Ambulancevæsenet er en del af sygehusvæsenets opgaver efter lov om sygehusvæsenet, uanset om den løses af vedkommende (amts)kommunes eget ambulanceberedskab eller ved overenskomst med Falcks Redningskorps. Ambulancetjenesten er således en af del af amtskommunens samlede sundhedstjeneste.

Med den foreslåede ændring af bestemmelsen i *nr. 1* præciseres det, at ambulancepersonalets behandling m.v. på et ulykkessted nu omfattes af lovens dækningsområde. Bestemmelsen vil dække dels den situation, hvor ambulancepersonalet behandler en patient på skadestedet med henblik på senere transport med ambulance, dels den situation, hvor patienten færdigbehandles på stedet, uden at der sker efterfølgende transport med ambulance til sygehuset. Ændringen skal bl.a. ses på baggrund af, at ambulancepersonalet ved bekendtgørelse nr. 987 af 6. december 1994 har fået udvidet kompetencen til at iværksætte behandling på skadestedet med brug af defibrillator. Fra 1. januar 1998 udvides ambulancehjælpen til bl.a. at omfatte indgivelse af smertestillende medicin og medicin for hjertekramper m.v. Det kan indebære, at der fremover kan opstå flere behandlingsskader på dette område i modsætning til tidligere, hvor en egentlig behandling på egen hånd lå uden for ambulancemandskabets opgave og kompetence. Ulykkestilfælde i forbindelse med transporten, f.eks. færdselsuheld, vil fortsat ikke være dækket af loven.

Ændringen indebærer tillige, at den præhospital indsats, der ydes af praktiserende læger i forbindelse med større ulykker m.v., dækkes af loven. Der er således flere steder i landet etableret eller ved at blive etableret ordninger, hvor der ved tilkald af ambulance samtidig er mulighed for at tilkalde en praktiserende læge, der har tilsluttet sig ordningen, med henblik på at tilvejebringe en hurtig lægelig indsats på skadestedet.

Efter *nr. 2* udvides loven til også at omfatte undersøgelse, behandling el. lign. foretaget af autoriserede sundhedspersoner eller på vegne af disse ansat under de kommunale sundhedsordninger. Bestemmelsen omfatter forebyggende sundhedsordninger for børn og unge, børn- og unge tandpleje, omsorgstændpleje, hjemmesygeplejerskeordninger, ikke lægeordineret træning ved fysioterapeut og ergoterapeut, samt ordningen vedr. svangerskabshygiejne og fødselshjælp.

I *nr. 3* medtages alle privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner, dvs. praktiserende læger, herunder speciallæger, praktiserende tandlæger, praktiserende psykologer, kiropraktorer, tandplejere, ergo- og fysioterapeuter, fodterapeuter, samt eventuelle privatpraktiserende sygeplejersker, jordemødre og kliniske diætister. Bestemmelsen omfatter også læger, der uden at være privatpraktiserende, virker som vagtlæger. Bestemmelsen tager sigte på læger, der uden at virke som alment praktiserende læger, medvirker i vagtordninger til varetagelse af

lægebetjeningen af befolkningen uden for den sædvanlige dagarbejdstid. I 1995 udgjorde antallet af disse læger 548. Vagtlægerne fungerer selvstændigt og er ikke undergivet en anden læges arbejdsgiveransvar.

Stk. 2 er uændret i forhold til den gældende lov, bortset fra en ændret sproglig formulering i bestemmelsens 2. pkt. I den gældende lov anvendes formuleringen "vævs, organ- og vævsvæskedonor." Dette udtryk blev valgt i tilslutning til reglerne i lov om udtagelse af menneskeligt væv m.v., der imidlertid er afløst af lov om ligsyn, obduktion og transplantation. Sidstnævnte lov anvender betegnelsen "væv og andet biologisk materiale", hvorfor denne betegnelse nu også foreslås i lov om patientforsikring. Den ændrede formulering bevirker ikke nogen realitetsforskel; reglen omfatter således fortsat nyre- og knoglemarvsudtagelser og andre former for transplantationer fra levende mennesker, som eventuelt måtte blive udviklet. Endvidere er bloddonorer fortsat omfattet.

I *stk. 3* er angivet en definition af begrebet autoriserede sundhedspersoner, som det anvendes i kapitlet. Autoriserede sundhedspersoner omfatter såvel autoriserede sundhedspersoner i henhold til særlig lovgivning som personer, der handler på disses ansvar.

Stk. 4 er uændret i forhold til den gældende lov.

I *stk. 5, 1. pkt.*, er det fastsat, at sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at lovens § 9, nr. 3, samt §§ 12-17 ikke finder anvendelse på de kollektive patientforsikringsordninger, som Dansk Tandlægeforening og Dansk Kiropraktor-Forening har etableret for deres medlemmer. Bestemmelsen giver mulighed for, at de to faglige organisationer, der allerede inden lovens ikrafttræden har etableret en kollektiv frivillig - ikke-lovpligtig - patientforsikringsordning for deres medlemmer, kan opretholde denne ordning. De hidtil ikke lovpligtige patientforsikringer bliver herefter lovpligtige for tandlæger og kiropraktorer, såfremt disse grupper vælger at opretholde en forsikringsløsning baseret på den hidtidige frivillige forsikringsordning.

Lovens kapitel 1 om erstatningsomfang m.v. vil finde anvendelse på disse ordninger, således at der er pligt til at yde erstatning i samme omfang som foreskrevet i loven. Der vil dog ikke være noget til hinder for, at de respektive foreninger giver en bedre dækning end loven, jf. at undergrænsen i Dansk Tandlægeforenings patientforsikringsordning er på 3.000 kr. Skader under 3.000 kr. dækkes efter almindelige erstatningsretlige regler.

Bestemmelsen indebærer, at der gives mulighed for at fravige bestemmelsen i § 9, nr. 3, således at tandlæger og kiropraktorer - og ikke det amt m.v., hvor de har tilsluttet sig overenskomst med sygesikringen - direkte pålægges erstatningspligt.

Tandlægenes patientforsikringsordning blev etableret i 1990. Hver tandlæge opkræves en præmie, der udgør en procentdel af tandklinikens omsætning med sygesikringen og indeholdes i tandlægens tilgodehavende hos denne. Sagerne behandles af det pågældende forsikringsselskab, der i tvivlstilfælde har mulighed for at inddrage et særligt udvalg nedsat af forsikringsselskabet og Dansk Tandlægeforening. Udvalget består af 3 medlemmer fra forsikringsselskabet og 3 medlemmer fra Dansk Tandlægeforening. Fra primo 1996 har Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Forbrugerrådet deltaget som observatører.

Forsikringsdækningen er som nævnt på visse punkter bedre end patientforsikringsloven.

Kiropraktorernes ordning, der blev etableret i 1992, er i det væsentlige identisk med tandlægenes. Ordningen er organiseret således, at amtet tilbageholder 2 % af kiropraktorernes tilgodehavende hos sygesikringen. Beløbet indbetales månedligt til det pågældende forsikringsselskab. Sagerne behandles af et forsikringsudvalg, der er nedsat af Dansk Kiropraktor-Forening og forsikringsselskabet. Forsikringsdækningen svarer til patientforsikringsloven.

Begge ordninger har fungeret tilfredsstillende i flere år, og det findes derfor hensigtsmæssigt at give mulighed for at opretholde de eksisterende ordninger, således at det i medfør af *stk. 5* kan fastsættes, at såvel tandlægenes som kiropraktorernes hidtidige ordninger med visse ændringer kan fortsætte, jf. nedenfor.

Bestemmelsen indebærer, at sager vedr. skader forvoldt af tandlæger og kiropraktorer ikke vil blive behandlet i Patientforsikringsforeningen, jf. lovens § 13, men i det pågældende forsikringsselskab. I medfør af *stk. 5, 2. pkt.*, vil det vil blive fastsat, at der skal etableres en ankeinstans, hvor Patientforsikringsforeningen bliver repræsenteret, således at patienternes retsstilling bliver den samme, som hvis skaden var forvoldt af en anden sundhedsperson. Det vil tillige være en forudsætning, at alle praktiserende tandlæger og kiropraktorer uanset medlemskab af den faglige organisation er omfattet af ordningen.

Med henblik på at sikre en ensartet praksis vil det i medfør af *stk. 5, 3. pkt.*, blive fastsat, at Patientforsikringsforeningen har adgang til rekvirere oplysninger fra de respektive forsikringsordninger.

Til § 9

I bestemmelsen opregnes de myndigheder m.v., som direkte er forpligtede til at yde erstatning efter loven. Efter *nr. 1* påhviler erstatningspligten driftsansvarlige for sygehuse. For offentlige sygehuse vil de driftsansvarlige være amter samt Hovedstadens Sygehusfællesskab. Den driftsansvarlige for et privat sygehus vil være sygehusets ejer eller bestyrelse.

Driftsansvarlige for de under *nr. 2* nævnte kommunale sundhedsordninger vil være vedkommende kommune eller amt.

Efter *nr. 3* har amterne og Københavns Frederiksberg kommuner pligt til at yde erstatning for de skader, der opstår i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende hos privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner, der har tilsluttet sig overenskomst med den offentlige sygesikring. Følgende grupper af autoriserede sundhedspersoner vil i almindelighed have tilsluttet sig overenskomst med sygesikringen:

- alment praktiserende læger
- praktiserende speciallæger

- praktiserende tandlæger
- praktiserende kiropraktorer
- praktiserende psykologer
- praktiserende fysioterapeuter
- praktiserende fodterapeuter.

Efter bestemmelsen vil erstatningspligten for de skader, som tandlæger og kiropraktorer, der har tilsluttet sig overenskomst med sygesikringen, også i princippet være pålagt amterne m.fl. Såvel tandlæger som kiropraktorer har dog allerede på frivilligt grundlag etableret en patientforsikringsordning, som det med visse ændringer findes hensigtsmæssigt at give mulighed for at opretholde, jf. bemærkningerne til § 1, stk. 5. Såfremt de faglige organisationer ønsker at opretholde disse ordninger, vil det indebære, at tandlæger og kiropraktorer påtager sig erstatningspligten for skader forvoldt efter loven.

For de øvrige sundhedspersoner er det fundet hensigtsmæssigt at pålægge amterne erstatningspligten for de skader, som de pågældende måtte forvolde. Baggrunden herfor er, at ansvaret for sundhedsvæsenets behandlingstilbud i praksissektoren er henlagt til amterne. Det er således amterne, der i henhold til sygesikringsloven har ansvaret for den offentlige sygesikring. Sygesikringens ydelser leveres i henhold til overenskomster mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og de faglige organisationer. Udgifterne til sygesikringen afholdes af amterne samt Københavns og Frederiksberg kommuner.

Uanset at de pågældende sundhedspersoner er privatpraktiserende, finansieres hovedparten af f.eks. alment praktiserende lægers og speciallægers honorarer af det offentlige. Det findes derfor rimeligt at pålægge amterne m.v., der er driftsansvarlige for den primære sundhedstjeneste, erstatningspligt for skader i denne sektor. Bestemmelsen indebærer, at et amt m.v. kun bliver erstatningspligtig for de sundhedspersoner, der har overenskomst med sygesikringen og dermed en tilknytning til det offentlige sundhedsvæsen. Selvom sundhedspersonen har tilsluttet sig overenskomst med sygesikringen, kan den pågældende sundhedsperson foretage en konkret undersøgelse, behandling el. lign. - f.eks. influenzavaccination - der ligger uden for overenskomstens område, og således ikke er tilskudsberettiget. Også i disse tilfælde vil amtet være erstatningspligtig.

Efter bestemmelsen vil et amt ikke blive erstatningspligtig for de behandlinger

m.v., som en autoriseret sundhedsperson uden overenskomst med sygesikringen foretager, uanset om den konkrete behandling er tilskudsberettiget for patienten. I disse tilfælde er sundhedspersonen selv erstatningspligtig, jf. nr. 4.

Amtet vil efter nr. 3 tillige være erstatningspligtig for de læger, der uden at være privatpraktiserende, er vagtlæger. Reglen tager sigte på læger, der uden at virke som alment praktiserende læger, medvirker i vagtordninger til varetagelse af lægebetjeningen af befolkningen uden for den sædvanlige dagarbejdstid.

Efter bestemmelsen overtager amterne også erstatningspligten for de skader, som de pågældende sundhedspersoner efter gældende lovgivning (culpareglen) selv er erstatningsansvarlige for. Det forudsættes i den forbindelse, at den gældende lovs § 8 vedr. regreskrav udvides til at også at omfatte den personkreds, der foreslås omfattet af ordningen, således at et amt kan rette regreskrav over for en autoriseret sundhedsperson, såfremt denne har forvoldt skaden forsætligt.

For visse sundhedspersoner, der har overenskomst med sygesikringen, f.eks. fodterapeuter og fysioterapeuter, udgør sygesikringens tilskud kun en mindre del af de pågældendes gruppes indtægter, uanset at størstedelen af de behandlinger, som de pågældende sundhedspersoner foretager, ligger inden for overenskomstens område. Det har i den forbindelse været overvejet, hvorvidt de pågældende sundhedspersoner selv skulle være erstatningspligtige for de skader, som de forvolder. I betragtning af, at disse sundhedspersoner forventes at forvolde meget få skader - under 1% af de samlede forventede skader ved patientforsikringsordningen - vil det medføre uforholdsmæssigt store administrative konsekvenser, der ikke står i et rimeligt forhold til de få skader, der forventes at indtræffe, hvis erstatningspligten blev pålagt disse sundhedspersoner direkte.

Da erstatningspligten er pålagt offentlige myndigheder, vil kravet om erstatning ikke skulle være dækket af en forsikring, jf. § 10, stk. 2, hvor det - i overensstemmelse med gældende lovgivning - fastsættes, at der ikke er forsikringspligt for offentlige myndigheder.

I nr. 4 fastlægges, at driftsansvarlige for en privat praksis omfattende en eller flere autoriserede sundhedspersoner, der foretager undersøgelse, behandling el. lign. uden at have tilsluttet sig overenskomst med den offentlige sygesikring, selv er direkte erstatningspligtige.

En mindre del af de praktiserende sundhedspersoner udøver praksis, enten som hoved- eller bierhverv, uden at være tilsluttet overenskomst med sygesikringen. Det drejer sig hovedsagelig om læger, i alt ca. 200. Bestemmelsen omfatter imidlertid også andre grupper sundhedspersoner, f.eks. autoriserede tandplejere, som ikke har overenskomst med sygesikringen. Det er ikke fundet rimeligt, at amter m.fl. skal overtage erstatningsansvaret for denne gruppe af sundhedspersoner, som ikke har tilsluttet sig overenskomst med sygesikringen.

Denne gruppe sundhedspersoner forventes i øvrigt at forvolde meget begrænsede skader. De pågældende sundhedspersoner har efter § 10, stk.1, pligt til at tegne en forsikring, der dækker erstatningsansvaret efter loven.

I nr. 5, 1.led, fastslås, at der er erstatningspligt for institutioner - det vil typisk være universiteter og andre højere læreanstalter - som foretager biomedicinske forsøg på personer, uden at forsøget indgår som led i diagnostik eller behandling af personens sygdom. Efter nr. 5, 2. led, er der erstatningspligt for institutioner, der foretager donorvirksomhed. Såfremt den pågældende forsøgs- eller donorvirksomhed udføres på f.eks. sygehuse følger erstatningspligten af nr. 1.

Til § 10

Bestemmelsen er i det væsentlige uændret i forhold til den gældende lov, men med inddragelsen af den primære sundhedssektor under lovens dækningsområde er bestemmelsens rækkevidde udvidet.

I stk. 1 fastslås, at erstatningspligtige skal være dækket af en forsikring i et forsikringsselskab. Formålet er at sikre, at enhver

erstatningsberettiget skade efter loven altid vil være dækket af en forsikring. Efter stk. 2 er stat, kommuner og Hovedstadens Sygehusfællesskab dog undtaget fra forsikringspligten.

Med den foreslåede udvidelse af lovens dækningsområde indebærer bestemmelsen, at der indføres forsikringspligt for følgende grupper:

- Alle private sygehuse, jf. § 9, nr. 1.
- Autoriserede sundhedspersoner, der udøver virksomhed uden overenskomst med sygesikringen, jf. § 9, nr. 4.
- Private institutioner, der foretager forsøgs- og donorvirksomhed, jf. § 9, nr. 5.

Stk. 2 svarer til den gældende lovs § 11, stk. 1.

I stk. 3. fastsættes, at det er Patientforsikringsforeningen - og ikke som efter den gældende lov sundhedsministeren - der skal have underretning om de forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af loven. Baggrunden for den foreslåede ændring er, at det er Patientforsikringsforeningen, der varetager den daglige administration af patientforsikringsordningen, hvorfor det er mest hensigtsmæssigt, at meddelelser om forsikringstegning gives direkte til foreningen.

Bestemmelserne i stk. 4 - 8 om dækningssummer og pool-ordninger er uændrede i forhold til den gældende lov.

De årlige dækningssummer vil kunne fastsættes forskelligt for de forskellige grupper af private sygehuse, institutioner og sundhedspersoner uden overenskomst med sygesikringen.

Til § 11

Bestemmelsen, der med visse ændringer er en videreførelse af de gældende regler i § 11, stk. 2-7, giver private driftsansvarlige mulighed for at indgå kollektive forsikringsaftaler til opfyldelse af forsikringspligten efter § 10, stk. 1, jf. *stk., 1, 1. pkt.* Formålet er at billiggøre forsikringen for den enkelte private driftsansvarlige. Med udvidelsen af lovens dækningsområde til bl.a. private sygehuse og privatpraktiserende sundhedspersoner uden overenskomst med sygesikringen er bestemmelsens rækkevidde ændret i forhold til den gældende lov.

I *stk. 1, 2. pkt.* er det fastsat, at kommuner, det vil i praksis sige amter samt Københavns og Frederiksberg kommuner, eller de faglige organisationer kan formidle kollektive forsikringsaftaler for private driftsansvarlige efter aftale med disse. Det indebærer, at de private driftsansvarliges forsikringspligt efter § 10 - men ikke erstatningspligten efter § 9 - vil kunne opfyldes gennem kollektive forsikringsaftaler, der formidles af de nævnte kommuner eller faglige organisationer. Valget af forsikringsselskab vil efter bestemmelsen bero på en aftale mellem kommunen/den faglige organisation og den private driftsansvarlige.

Bestemmelsen vil navnlig kunne finde anvendelse på f.eks. de private sygehuse, og autoriserede sundhedspersoner uden overenskomst med sygesikringen, som bliver omfattet af loven. F.eks. kan en faglig organisation tegne en samlet forsikring for de medlemmer, der ikke har tilsluttet sig overenskomst med sygesikringen, til dækning af erstatningsudgifter, der pålægges disse medlemmer efter loven, ligesom en kommune f.eks. kan formidle en forsikringsaftale for de private sygehuse, der er beliggende i kommunen. .

Såfremt de private driftsansvarlige vælger at opfylde forsikringspligten gennem sådanne kollektive aftaler, vil udgifterne til forsikringspræmier kunne nedbringes for den enkelte institution/sundhedsperson i forhold til, hvis hver enkelt skulle tegne sin egen forsikring. Besparelsen ved en kollektiv forsikringsaftale ligger navnlig i, at forsikringsselskaberne har et bredere risikogrundlag og bedre tarifieringsmuligheder samt billigere administration. Endvidere kan udgifterne til genforsikring nedbringes.

Hvis en kommune formidler en kollektiv forsikringsaftale, kan det efter *stk. 1, 3. pkt.*, kun ske for private driftsansvarlige, der udøver virksomhed inden for kommunens område.

Kommunerne og de faglige organisationer kan efter *stk. 2* kræve de omkostninger, der er forbundet med forsikringsformidlingen og administration af ordningen, dækket hos de private driftsansvarlige, der inddrages under forsikringen. Da kommuner og faglige organisationer alene kan virke som formidlere og ikke forsikringsgivere, er det således kun eventuelle formidlingsomkostninger og omkostninger ved administration, der kan kræves dækket. Der må således påregnes omkostninger ved at opkræve forsikringspræmie fra de autoriserede sundhedspersoner, hvor der ikke kan modregnes i f.eks. sygesikringstilskud.

Fordelelingen af omkostningerne vil kunne ske efter objektive kriterier, f.eks. ved opkrævning af standardiserede bidrag fra de enkelte sygehuse, sundhedspersoner uden overenskomst med sygesikringen m.fl., eventuelt gradueret efter skadefrekvens.

Bestemmelserne i *stk. 3-6* om dækningssummer er uændrede i forhold til den gældende lovs § 11, stk. 4-7, dog med en ny formulering af *stk. 5*. I *stk. 6* er de faglige organisationer - i lighed med kommunerne - tillagt udpantningsret.

4.2. Model B

Model B, der baserer sig på principperne i den under kapitel 3, afsnit 3.2.5. nævnte model 5, bygger på følgende forudsætninger:

- Privatpraktiserende sundhedspersoner er erstatningspligtige for de skader, de forvolder i deres praksis, herunder skader i forbindelse med biomedicinske forsøg.
- Erstatningspligten skal være dækket af en obligatorisk forsikring.

- (Amts)kommunerne eller de faglige organisationer kan formidle kollektive forsikringsaftaler for privatpraktiserende sundhedspersoner.
- Der etableres hjemmel til, at de eksisterende forsikringsordninger for tandlæger og kiropraktorer kan opretholdes.
- Offentlige myndigheder kan fortsat vælge at være selvforsikrende.

Kapitel 1

Erstatningsomfang

Dækningsområde

§ 1. Der ydes erstatning efter reglerne i denne lov til patienter eller efterladte til patienter, som her i landet påføres fysisk skade i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende, som er foretaget

- 1) på sygehus eller på vegne af dette,
- 2) af autoriserede sundhedspersoner ansat under de kommunale sundhedsordninger, eller
- 3) af privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner, eller læger, der uden at være privatpraktiserende, virker som vagtlæger.

Stk. 2. Med patienter sidestilles personer, der deltager i biomedicinske forsøg, der ikke indgår som led i diagnostik eller behandling af personens sygdom. Det samme gælder for donorer, hvorfra der udtages væv og andet biologisk materiale.

Stk. 3. Ved autoriserede sundhedspersoner forstås i dette kapitel autoriserede sundhedspersoner i henhold til særlig lovgivning eller personer, der handler på disses ansvar.

Stk. 4. Sundhedsministeren fastsætter regler om, hvilke områder der efter stk. 1 og 2 nærmere er omfattet af loven.

Stk. 5. Sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at lovens §§ 12-17 ikke finder anvendelse på de kollektive patientforsikringsordninger, som Dansk Tandlægeforening og Dansk Kiropraktor-Forening har etableret for deres medlemmer. Ministeren kan fastsætte nærmere vilkår for forsikringsordningernes administration, herunder etablering af en ankeinstans. Ministeren kan endvidere fastsætte regler om, at Patientforsikringsforeningen kan forlange meddelt enhver oplysning fra forsikringsordningerne, som har betydning for Patientforsikringsforeningens varetagelse af opgaver efter loven.

§§ 2-8(Uændret i relation til underudvalgets kommissorium; underudvalgets forslag til udvidelser af dækningsområdet giver dog anledning til visse konsekvensrettelser)

Kapitel 2

Erstatningsordningens organisation

Erstatningspligt

§ 9. Pligt til at yde erstatning efter loven har:

- 1. Driftsansvarlige for sygehuse.
- 2. Driftsansvarlige for kommunale sundhedsordninger.
- 3. Driftsansvarlige for en privat praksis omfattende en eller flere autoriserede sundhedspersoner.
- 4. Læger, der uden at være privatpraktiserende, virker som vagtlæger.
- 5. Driftsansvarlige for institutioner, som foretager biomedicinske forsøg på personer, uden at forsøget indgår som led i diagnostik eller behandling af personens sygdom, og driftsansvarlige for institutioner, som forestår donorvirksomhed af væv og andet biologisk materiale.

Forsikringspligt

§ 10. Krav om erstatning efter loven skal være dækket af en forsikring i et forsikringsselskab, jf. dog stk. 2.

Stk. 2. Staten, kommunerne og Hovedstadens Sygehusfællesskab er undtaget fra forsikringspligten efter stk. 1.

Stk. 3. Forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af denne lov, skal underrette Patientforsikringsforeningen herom.

Stk. 4. Sundhedsministeren fastsætter de årlige dækningssummer for de i stk. 1 nævnte forsikringer.

Stk. 5. Dækningssummer fastsat i medfør af stk. 4 reguleres efter reglerne i § 15 i lov om erstatningsansvar.

Stk. 6. Sundhedsministeren fastsætter bestemmelser om forsikringspligtens gennemførelse, herunder minimumsbetingelser for forsikringsselskabernes tegning af forsikringer omfattet af denne lov. Ministeren fastsætter herunder bestemmelser om,

- 1) at forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af denne lov, i fællesskab yder erstatning i tilfælde af overtrædelse af stk. 1,

- 2) at forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af denne lov, i fællesskab yder erstatning i tilfælde, hvor den enkelte driftsansvarliges erstatningspligt overstiger forsikringens dækningssum fastsat i medfør af stk. 4,
- 3) at forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af denne lov, og selvforsikrende myndigheder i fællesskab yder erstatning efter § 5, hvor det ikke er muligt med rimelig sikkerhed at udpege den erstatningspligtige efter § 9.

Stk. 7. Sundhedsministeren fastsætter bestemmelser om maksimering af den fælles erstatningsforpligtelse efter stk. 6, nr. 1-3.

Stk. 8. Præmier for forsikringerne tillægges udpantningsret.

Kollektive forsikringsaftaler for private driftsansvarlige

§ 11. For driftsansvarlige, der har pligt til at yde erstatning efter § 9, kan forsikringspligten opfyldes gennem kollektive forsikringsaftaler. Aftale herom kan formidles af kommunerne eller de faglige organisationer. Kommunen kan kun formidle forsikringsaftaler for de private driftsansvarlige, som udfører virksomhed inden for kommunens område.

Stk. 2. Kommunerne og de faglige organisationer kan kræve omkostningerne ved de i stk. 1 nævnte forsikringsordninger dækket hos de private driftsansvarlige, der er omfattet af ordningerne.

Stk. 3. Sundhedsministeren fastsætter de årlige dækningssummer for de i stk. 1 nævnte forsikringer.

Stk. 4. Dækningssummer fastsat i medfør af stk. 3 reguleres efter reglerne i § 15 i lov om erstatningsansvar.

Stk. 5. § 10, stk. 6, nr. 1 og 2, samt stk. 7, finder ikke anvendelse ved kollektive forsikringsaftaler.

Stk. 6. Der tillægges kommuner og faglige organisationer udpantningsret for de i stk. 2 nævnte omkostninger.

Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

Til § 1

For så vidt angår *stk. 1-4* henvises til bemærkningerne under model A.

I *stk. 5, 1. pkt.*, er det fastsat, at sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at lovens §§ 12-17 ikke finder anvendelse på de kollektive patientforsikringsordninger, som Dansk Tandlægeforening og Dansk Kiropraktor-Forening har etableret for deres medlemmer. Bestemmelsen giver mulighed for, at de to faglige organisationer, der allerede inden lovens ikrafttræden har etableret en kollektiv frivillig - ikke-lovpligtig - patientforsikringsordning for deres medlemmer, kan opretholde denne ordning. Lovens kapitel 1 om erstatningsomfang m.v. vil finde anvendelse på disse ordninger, således at der er pligt til at yde erstatning i samme omfang som foreskrevet i loven. Der vil dog ikke være noget til hinder for, at de respektive foreninger giver en bedre dækning end loven, jf. at undergrænsen i Dansk Tandlægeforenings patientforsikringsordning er på 3.000 kr. Bestemmelsen indebærer, at tandlæger og kiropraktorer - som øvrige autoriserede sundhedspersoner - har såvel erstatnings- som forsikringspligt.

Tandlægenes patientforsikringsordning blev etableret i 1990. Hver tandlæge opkræves en præmie, der udgør en procentdel af tandklinikens omsætning med sygesikringen og indeholdes i tandlægens tilgodehavende hos denne. Sagerne behandles af det pågældende forsikringsselskab, der i tvivlstilfælde har mulighed for at inddrage et særligt udvalg nedsat af forsikringsselskabet og Dansk Tandlægeforening. Forsikringsdækningen er som nævnt på visse punkter bedre end patientforsikringsloven.

Kiropraktorernes ordning, der blev etableret i 1992, er i det væsentlige identisk med tandlægenes. Ordningen er organiseret således, at amtet tilbageholder 2 % af kiropraktorernes tilgodehavende hos sygesikringen. Beløbet indbetales månedligt til det pågældende forsikringsselskab. Sagerne behandles af et forsikringsudvalg, der er nedsat af Dansk Kiropraktor-Forening og forsikringsselskabet. Forsikringsdækningen svarer til patientforsikringsloven.

Begge ordninger har fungeret tilfredsstillende i flere år, og det findes derfor hensigtsmæssigt at give mulighed for at opretholde de eksisterende ordninger, således at det i medfør af *stk. 5* kan fastsættes, at såvel tandlægenes som kiropraktorernes hidtidige ordninger med visse ændringer kan fortsætte, jf. nedenfor.

Bestemmelsen indebærer, at sager vedr. skader forvoldt af tandlæger og kiropraktorer ikke vil blive behandlet i Patientforsikringsforeningen, jf. lovens § 13, men i det pågældende forsikringsselskab. I medfør af *stk. 5, 2. pkt.*, vil det blive fastsat, at der skal etableres en ankeinstans, hvor Patientforsikringsforeningen bliver repræsenteret, således at patienternes retsstilling bliver den samme, som hvis skaden var forvoldt af en anden sundhedsperson. Det vil tillige være en forudsætning, at alle praktiserende tandlæger og kiropraktorer uanset medlemskab af den faglige organisation er omfattet af ordningen.

Med henblik på at sikre en ensartet praksis vil det i medfør af *stk. 5, 3. pkt.*, blive fastsat, at Patientforsikringsforeningen har adgang til rekvirere oplysninger fra de respektive forsikringsordninger.

Til § 9

I bestemmelsen opregnes de myndigheder, institutioner og personer, der er forpligtet til at yde erstatning efter loven. Efter *nr. 1* påhviler erstatningspligten for sygehuse den driftsansvarlige for det pågældende sygehus. For offentlige sygehuse vil de driftsansvarlige være amtskommuner og Hovedstadens Sygehusfællesskab. Den driftsansvarlige for et privat sygehus vil være sygehusets ejer eller bestyrelse.

Driftsansvarlige for de under *nr. 2* nævnte kommunale sundhedsordninger vil være vedkommende kommune eller amtskommune.

I *nr. 3* er det fastsat, at den driftsansvarlige for en privat praksis, der beskæftiger en eller flere autoriserede sundhedspersoner, har erstatningspligt for skader efter loven. Bestemmelsen indebærer, at alment praktiserende læger, speciallæger og andre autoriserede sundhedspersoner, der driver privat praksis, er erstatningsansvarlige efter loven. Det er uden betydning, om den pågældende sundhedsperson har tilsluttet sig overenskomst med den offentlige sygesikring. Rent private klinikker er således også omfattet af *nr. 3*.

Bestemmelsen indebærer, at driftsansvarlige for en privat praksis også bliver erstatningspligtige for skader, der opstår i forbindelse med biomedicinske forsøg, jf. § 1, stk. 2. Dette er en ændring i forhold til den gældende lovs § 9, stk. 2, hvorefter det er den amtskommune eller Hovedstadens Sygehusfællesskab, hvori den ansvarlige for forsøg i den primære sundhedssektor har sin praksis, der har erstatningspligt. Denne bestemmelse blev medio 1995 fastsat på baggrund af, at der på årsbasis var tale om meget få forsøg, hvorfor det ville medføre uforholdsmæssigt store administrative og økonomiske konsekvenser, såfremt alle privatpraktiserende sundhedspersoner skulle pålægges erstatnings- og forsikringspligt alene for disse skader. Ved vedtagelsen af § 9, stk. 2, var det forudsat, at spørgsmålet om erstatningspligt for forsøg i den primære sundhedssektor, skulle tages op til revurdering, såfremt den primære sundhedssektor på et senere tidspunkt blev inddraget under lovens dækningsområde.

Nr. 4 pålægger læger der - uden at være privatpraktiserende - virker som vagtlæger, erstatningspligt, jf. bemærkningerne til § 1, stk. 1, nr. 3.

I *nr. 5, 1. led*, fastslås, at der er erstatningspligt for institutioner, typisk universiteter og andre højere læreanstalter, som foretager biomedicinske forsøg på personer, uden at forsøget indgår som led i diagnostik eller behandling af personens sygdom. Efter *nr. 5, 2. led*, er der erstatningspligt for institutioner, der foretager donorvirksomhed.

Hvis den pågældende forsøgs- eller donorvirksomhed udføres på sygehuse eller af privatpraktiserende sundhedspersoner følger erstatningspligten af henholdsvis *nr. 1* og *nr. 3*.

Til § 10

Bestemmelsen er i det væsentlige uændret i forhold til tidligere, men med inddragelsen af den primære sundhedssektor under lovens dækningsområde i § 1, er bestemmelsens rækkevidde udvidet.

I *stk. 1* fastslås, at erstatningspligtige efter § 9, med undtagelse af staten, kommunerne og Hovedstadens Sygehusfællesskab, skal være dækket af en forsikring i et forsikringsselskab. Formålet er at sikre, at enhver erstatningsberettiget skade efter loven altid vil være dækket af en forsikring.

Hidtil har forsikringspligten kun haft betydning for de få private sygehuse, der er omfattet af den gældende lov. Bestemmelsen indebærer, at der indføres forsikringspligt for følgende grupper:

- Alle private sygehuse, jf. § 9, nr. 1.
- Privatpraktiserende sundhedspersoner, herunder private klinikker, jf. § 9, nr. 3,
- Læger, der uden at være privatpraktiserende, virker som vagtlæger, jf. § 9, nr. 4.
- Private institutioner, der foretager forsøgs- og donorvirksomhed, jf. § 9, nr. 5.

Formentligt er der ikke mange i den private sektor, der ikke i dag har tegnet en ansvarsforsikring. Således har langt de fleste alment praktiserende og praktiserende speciallæger tegnet en erhvervsansvarsforsikring, der dækker civilretligt erstatningsansvar (culpaansvar) for skader på personer og/eller ting.

I praksis betyder forslaget om en lovpligtig patientforsikring således, at den nuværende frivillige forsikringsdækning skal udvides til at dække ansvaret efter loven, f.eks. ved at der tegnes en selvstændig kollektiv forsikring, såfremt der skabes de nødvendige kollektive rammer herfor. For så vidt angår de økonomiske konsekvenser af, at privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner pålægges erstatningspligt efter loven henvises til underudvalgets rapport kapitel 2.4.

I *stk. 2* videreføres den nuværende lovs § 11, stk. 1, hvorefter staten, kommunerne og Hovedstadens Sygehusfællesskab er undtaget fra forsikringspligt.

I *stk. 3* fastsættes, at det er Patientforsikringsforeningen - og ikke som efter den gældende lov sundhedsministeren - der skal have underretning om de forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af loven. Baggrunden for den foreslåede ændring er, at det er Patientforsikringsforeningen, der varetager den daglige administration af patientforsikringsordningen, hvorfor det er mest hensigtsmæssigt, at meddelelser om forsikringstegning gives direkte til foreningen.

Bestemmelserne i *stk. 4 - 8* om dækningssummer og pool-ordninger er uændrede i forhold til den gældende lov.

De årlige dækningssummer kan fastsættes forskelligt for de forskellige grupper af sundhedspersoner. Det vil indebære, at dækningssummen for f.eks. en fodterapeut kan sættes væsentligt lavere end for en speciallæge i kirurgi.

Pool-ordningerne har til formål at sikre, at patienternes erstatningskrav altid vil blive dækket.

Til § 11

Bestemmelsen, der med visse ændringer er en videreførelse af de gældende regler i § 11, stk. 2-7, giver private driftsansvarlige, f.eks. privatpraktiserende sundhedspersoner, mulighed for at indgå kollektive forsikringsaftaler til opfyldelse af forsikringspligten efter § 10, stk. 1, jf. *stk., 1, 1. pkt.* Formålet er at billiggøre forsikringen for den enkelte private driftsansvarlige. Med udvidelsen af lovens dækningsområde til bl.a. private sygehuse og privatpraktiserende sundhedspersoner er bestemmelsens rækkevidde ændret i forhold til den gældende lov.

I *stk. 1, 2. pkt.* er det fastsat, at kommuner, det vil i praksis sige amter samt Københavns og Frederiksberg kommune, eller de faglige organisationer kan formidle kollektive forsikringsaftaler for private driftsansvarlige efter aftale med disse. Det indebærer, at de private driftsansvarliges forsikringspligt efter § 10 - men ikke erstatningspligten efter § 9 - vil kunne opfyldes gennem kollektive forsikringsaftaler, der formidles af de nævnte kommuner eller faglige organisationer. Valget af forsikringsselskab vil efter bestemmelsen bero på en aftale mellem kommunen/den faglige organisation og den private driftsansvarlige.

Bestemmelsen indebærer, at en faglig organisation kan tegne en samlet forsikring for sine medlemmer til dækning af erstatningsudgifter, der pålægges medlemmerne efter loven. Herved opnås, at udgifterne til forsikringspræmier kan nedbringes for den enkelte sundhedsperson i forhold til, hvis hver sundhedsperson skulle tegnes sin egen forsikring. Besparelsen ligger især i, forsikringsselskaberne ved indgåelse af kollektive aftaler har et bredere risikogrundlag og bedre tarifieringsmuligheder samt billigere administration. Endvidere kan udgifterne til genforsikring nedbringes.

Sådanne kollektive forsikringsaftaler findes allerede på to områder, idet Dansk Kiropraktor-Forening og Dansk Tandlægeforening har tegnet forsikringer for sine medlemmer, jf. bemærkningerne til § 1, stk. 5.

Hvis en (amts)kommune formidler en kollektiv forsikringsaftale, kan det efter *stk. 1, 3. pkt.*, kun ske for sundhedspersoner, der udøver virksomhed inden for (amts)kommunens område.

Kommunerne og de faglige organisationer kan efter *stk. 2* kræve omkostninger, der er forbundet med forsikringsformidlingen og administration af ordningen, dækket hos de private driftsansvarlige, der inddrages under forsikringen. Da kommuner og faglige organisationer alene kan virke som formidlere og ikke forsikringsgivere, er det således kun eventuelle formidlingsomkostninger og omkostninger ved administration, der kan kræves dækket. Dvs. omkostninger ved tilbageholdelse af eventuelle sygesikringstilskud fra de omfattende grupper, ligesom der må påregnes omkostninger ved at opkræve forsikringspræmie fra de grupper, hvor der ikke kan modregnes i f.eks. sygesikringstilskud.

Fordelingen af omkostningerne vil kunne ske efter enkelte objektive kriterier, f.eks. ved opkrævning af standardiserede bidrag fra de enkelte grupper af sundhedspersoner, eventuelt graderet efter skadefrekvens.

Bestemmelserne i *stk. 3-6* om dækningssummer er uændrede i forhold til den gældende lovs § 11, stk. 4-7, dog med en ny formulering af *stk. 5*. I *stk. 6* er de faglige organisationer - i lighed med kommunerne - tillagt udpantningsret.

¹ Erstatninger som følge af anmeldelser fra det enkelte år udbetales ofte i de efterfølgende år.
² Tallene vedrører sundheds- og skolelægeordningerne, som først fra 1. januar 1996 blev lagt sammen i de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge.
³ Patientforsikringen finansierer Patientskadeankenævnet. Udgiften til behandling af ankesager samt advokatudgifter ved landsretten er således inkluderet i den gennemsnitlige udgift.

Oversigt

- [Kapitel 1 Erstatningsomfang](#)
- [Kapitel 2 Erstatningsordningens organisation](#)
- [Kapitel 3 Lægemiddelforsikringsordning](#)
- [Kapitel 4 Forældelses- og straffebestemmelser](#)
- [Kapitel 5 Ikrafttrædelsesbestemmelser m.v.](#)

Den fulde tekst

Bekendtgørelse af lov om patientforsikring

(Patientforsikringsloven)

Herved bekendtgøres lov om patientforsikring, jf. lovbekendtgørelse nr. 849 af 14. oktober 1992, med de ændringer, der følger af lov nr. 1133 af 21. december 1994, lov nr. 217 af 29. marts 1995, lov nr. 1227 af 27. december 1996 og lov nr. 1229 af 27. december 1996.

Kapitel 1

Erstatningsomfang

Dækningsområde

§ 1. Til patienter, som her i landet påføres fysisk skade i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende foretaget på offentlige sygehuse og sygehuse, det offentlige har driftsoverenskomst med, ydes erstatning efter reglerne i denne lov. Det samme gælder for efterladte til sådanne patienter.

Stk. 2. Med patienter sidestilles personer, der deltager i biomedicinske forsøg, der ikke indgår som led i diagnostik eller behandling af personens sygdom. Det samme gælder for vævs-, organ- og vævsvæskedonorer.

Stk. 3. Loven gælder også for patienter, der deltager i biomedicinske forsøg inden for den primære sundhedssektor. Med patienter ligestilles personer, der deltager i biomedicinske forsøg, der ikke indgår som led i diagnostik eller behandling af personens sygdom.

Stk. 4. Sundhedsministeren fastsætter regler om, hvilke områder der efter stk. 1-3 nærmere er omfattet af loven.

Stk. 5. Loven gælder ikke for skader, der er omfattet af lov om erstatning for vaccinationsskader.

Erstatningsberettigende skader

§ 2. 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 eller lignende, 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 eller lignende,
- 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.

Stk. 2. Sundhedsministeren kan fastsætte regler om, hvilke skader der efter stk. 1 nærmere er omfattet af loven. Ministeren kan endvidere fastsætte regler om, at visse skader efter stk. 1, nr. 3, er undtaget fra loven.

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

Stk. 2. Ved ulykkestilfælde, der ikke omfattes af § 2, 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.

Stk. 3. Erstatning efter denne lov ydes ikke for skader, der skyldes egenskaber ved de lægemidler, der er anvendt ved undersøgelse, behandling eller lignende.

§ 4. Til de af § 1, stk. 2, og § 1, stk. 3, 2. pkt., omfattede forsøgspersoner og donorer ydes erstatning for enhver skade, som kan være forårsaget af forsøget eller af udtagelsen af væv m.v., medmindre det er overvejende sandsynligt, at skaden har anden årsag.

Stk. 2. Reglen i stk. 1 gælder ikke ved skader, der omfattes af § 3, stk. 3.

Stk. 3. For de af § 1, stk. 2, 1. pkt., og § 1, stk. 3, 2. pkt., omfattede forsøgspersoner gælder reglen i stk. 1 tilsvarende for psykisk skade.

Erstatningsudmåling m.v.

§ 5. Erstatning og godtgørelse fastsættes efter reglerne i lov om erstatningsansvar.

Stk. 2. Erstatning m.v. efter stk. 1 ydes, såfremt den overstiger 10.000 kr. Sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og godtgørelse for svie og smerte kun ydes, såfremt skaden har medført uarbejdsdygtighed eller sygdom ud over en nærmere fastsat periode, der højst kan udgøre 3 måneder.

Stk. 3. Stk. 2 samt regler fastsat i medfør af stk. 2 finder ikke anvendelse på skader, der omfattes af § 4, stk. 1 eller stk. 3, jf. § 1, stk. 2, og § 1, stk. 3, 2. pkt.

Stk. 4. Erstatning ydes ikke til dækning af regreskrav.

§ 6. Erstatningen til patienten eller dennes efterladte kan nedsættes eller efter omstændighederne helt bortfalde, hvis patienten forsætligt eller ved grov uagtsomhed har medvirket til skaden.

§ 7. I det omfang patienten eller dennes efterladte har fået eller har krav på at få erstatning i henhold til § 5, kan erstatningskrav ikke rejses mod nogen, der måtte have pådraget sig erstatningsansvar for skaden.

§ 8. Hvis den, der efter almindelige erstatningsregler måtte have pådraget sig erstatningsansvar over for patienten eller dennes efterladte, er omfattet af § 1, stk. 1, eller i øvrigt er ansat på et sygehus, eller er omfattet af § 1, stk. 3, kan ydelser i henhold til § 5 kun danne grundlag for regreskrav, hvis skaden er forvoldt forsætligt.

§ 8 a. I det omfang der er erstatningsansvar efter reglerne i lov om produktansvar, gælder reglerne i §§ 7 og 8 ikke.

Kapitel 2

Erstatningsordningens organisation

Erstatningspligt

§ 9. Pligt til at yde erstatning efter loven har:

- 1) Enhver driftsansvarlig for offentlige sygehuse og sygehuse, det offentlige har driftsoverenskomst med.
- 2) Driftsansvarlige for institutioner, som foretager biomedicinske forsøg på personer, uden at forsøget indgår som led i diagnostik eller behandling af personens sygdom, og driftsansvarlige for institutioner, som forestår vævs-, organ- og vævsvæskedonorvirksomhed.

Stk. 2. Den amtskommune eller Hovedstadens Sygehusfællesskab, hvori den ansvarlige for forsøg i den primære sundhedssektor har sin praksis, har pligt til at yde erstatning efter loven for den i § 1, stk. 3, omfattede personkreds.

Forsikringspligt

§ 10. Krav om erstatning efter loven skal være dækket af en forsikring i et forsikringsselskab, jf. dog § 11, stk. 1.

Stk. 2. Forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af denne lov, skal underrette sundhedsministeren herom.

Stk. 3. Sundhedsministeren fastsætter de årlige dækningssummer for de i stk. 1 nævnte forsikringer.

Stk. 4. Dækningssummer fastsat i medfør af stk. 3 reguleres efter reglerne i § 15 i lov om erstatningsansvar.

Stk. 5. Sundhedsministeren fastsætter bestemmelser om forsikringspligtens gennemførelse, herunder minimumsbetingelser for forsikringsselskabernes tegning af forsikringer omfattet af denne lov. Ministeren fastsætter herunder bestemmelser om,

- 1) at forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af denne lov, i fællesskab yder erstatning i tilfælde af overtrædelse af stk. 1,
- 2) at forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af denne lov, i fællesskab yder erstatning i tilfælde, hvor den enkelte driftsansvarliges erstatningspligt overstiger forsikringens dækningssum fastsat i medfør af stk. 3,
- 3) at forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af denne lov, og selvforsikrende myndigheder i fællesskab yder erstatning efter § 5, hvor det ikke er muligt med rimelig sikkerhed at udpege den erstatningspligtige efter § 9.

Stk. 6. Ministeren fastsætter bestemmelser om maksimering af den fælles erstatningsforpligtelse efter stk. 5, nr. 1-3.

Stk. 7. Præmier for forsikringerne tillægges udpantningsret.

§ 11. Staten, kommunerne og Hovedstadens Sygehusfællesskab er undtaget fra forsikringspligten efter § 10.

Stk. 2. Sundhedsministeren kan godkende, at kommunerne efter aftale overtager forsikringspligten efter § 10, stk. 1, for de private driftsansvarlige, jf. § 9. Overtagelsen kan kun ske for de private driftsansvarlige, som udøver virksomhed inden for kommunens område.

Stk. 3. Kommunerne kan kræve omkostningerne ved de i stk. 2 nævnte forsikringsordninger dækket hos de private driftsansvarlige, der er omfattet af ordningerne.

Stk. 4. Sundhedsministeren fastsætter de årlige dækningssummer for de i stk. 2 nævnte forsikringer.

Stk. 5. Dækningssummer fastsat i medfør af stk. 4 reguleres efter reglerne i § 15 i lov om erstatningsansvar.

Stk. 6. § 10, stk. 5, nr. 1 og 2, samt stk. 6, finder ikke anvendelse, såfremt en kommune efter stk. 2 har overtaget forsikringspligten.

Stk. 7. Der tillægges kommuner udpantningsret for de i stk. 3 nævnte omkostninger.

Patientforsikringsforeningen

§ 12. Forsikringsselskaber, som har tegnet forsikringer omfattet af denne lov, opretter i fællesskab en patientforsikringsforening og vælger en bestyrelse for foreningen. Sundhedsministeren kan bestemme, at staten, Hovedstadens Sygehusfællesskab og de kommuner, som er selvforsikrende, kan blive medlem af bestyrelsen.

Stk. 2. Sundhedsministeren fastsætter vedtægter for foreningens styrelse og virksomhed. Udgifter til foreningens drift samt udgifter, der i øvrigt pålægges foreningen efter loven, afholdes af forsikringsselskaberne og selvforsikrende myndigheder efter en fordeling, som fastsættes i vedtægterne.

Stk. 3. Patientforsikringsforeningen afgiver en årlig redegørelse til sundhedsministeren om sin virksomhed.

Sagernes behandling

§ 13. Patientforsikringsforeningen modtager, oplyser og afgør alle erstatningssager efter denne lov. Foreningen kan efter nærmere bestemmelse i vedtægterne bemyndige de enkelte forsikringsselskaber og selvforsikrende myndigheder til selv at oplyse og afgøre nærmere beskrevne sagstyper.

Stk. 2. Patientforsikringsforeningen kan lade vidner afhøre ved byretten på det sted, hvor de bor.

Stk. 3. Patientforsikringsforeningens afgørelser meddeles vedkommende forsikringsselskab, staten eller selvforsikrende kommune, som herefter skal udbetale de fastsatte ydelser.

§ 14. Sundhedsministeren nedsætter et patientskadeankenævn, der består af en formand og et af sundhedsministeren fastsat antal næstformænd og beskikkede medlemmer.

Stk. 2. Formanden og næstformændene, der udnævnes af sundhedsministeren, skal være dommere. Nævnets øvrige medlemmer udpeges af sundhedsministeren, Sundhedsstyrelsen, Amtsrådsforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab, De Samvirkende Invalideorganisationer og Forbrugerrådet.

Stk. 3. Ved afgørelsen af den enkelte sag skal nævnet sammensættes af

- 1) formanden eller en næstformand,
- 2) 1 medlem udpeget af sundhedsministeren,
- 3) 2 sagkyndige medlemmer inden for lægevidenskab udpeget af Sundhedsstyrelsen,
- 4) 2 medlemmer udpeget i fællesskab af Amtsrådsforeningen og Hovedstadens Sygehusfællesskab,
- 5) 2 medlemmer udpeget af De Samvirkende Invalideorganisationer og
- 6) 1 medlem udpeget af Forbrugerrådet.

Stk. 4. Sundhedsministeren kan bemyndige nævnets formand eller en næstformand til at træffe afgørelse i sager, der ikke skønnes at frembyde tvivl.

Stk. 5. En repræsentant fra patientforsikringsforeningen kan deltage uden stemmeret ved nævnets behandling af sager.

Stk. 6. Patientskadeankenævnets medlemmer udpeges for 4 år. Finder udpegningen sted i løbet af en periode, gælder den kun til periodens udløb.

Stk. 7. Sundhedsministeren fastsætter efter forhandling med Patientskadeankenævnet dettes forretningsorden.

Stk. 8. Udgifter til drift af Patientskadeankenævnet afholdes af forsikringsselskaberne og selvforsikrende myndigheder efter den fordeling, som fastsættes af sundhedsministeren efter § 12, stk. 2, 2. pkt.

§ 15. De afgørelser, der træffes efter § 13, kan indbringes for Patientskadeankenævnet, der har den endelige administrative afgørelse. Patientskadeankenævnet kan tillægge en klage opsættende virkning.

Stk. 2. Klage til Patientskadeankenævnet indgives inden 3 måneder efter, at klageren har fået meddelelse om afgørelsen.

Stk. 3. Patientskadeankenævnet kan se bort fra overskridelse af klagefristen, når der er særlig grund hertil.

§ 16. Patientskadeankenævnets afgørelse kan indbringes for landsretten, der kan stadfæste, ophæve eller ændre afgørelsen.

Stk. 2. Indbringelse skal ske inden 6 måneder efter, at afgørelsen er meddelt.

§ 17. Patientforsikringsforeningen kan af kommuner, amtskommuner og andre vedkommende, herunder sygehuse, institutioner, behandlende læger m.v. samt den skadelidte, forlange meddelt enhver oplysning, herunder sygehusjournaler, journaloptegnelser m.v., som foreningen skønner er af betydning for behandling af sager efter loven.

Stk. 2. Patientforsikringsforeningen skal afgive de oplysninger til Patientskadeankenævnet og Sundhedsministeriet, som er nødvendige for disse myndigheders varetagelse af opgaver efter loven.

Kapitel 3

Lægemiddelforsikringsordning

§ 18. Sundhedsministeren kan godkende, at patientforsikringsforeningen samarbejder med en lægemiddelforsikringsordning, som oprettes af lægemiddelbranchens organisationer i Danmark.

Stk. 2. Sundhedsministeren kan efter anmodning fra lægemiddelbranchen udpege formanden og visse medlemmer til et ankeorgan, der er omfattet af en sådan lægemiddelforsikringsordning.

Stk. 3. Sundhedsministeren kan efter forhandling med justitsministeren fastsætte regler om,

- 1) at organerne i en lægemiddelforsikringsordning kan indhente de i § 17, stk. 1, nævnte oplysninger,
- 2) at forvaltningsloven og offentlighedsloven samt straffelovens bestemmelser om tavshedspligt finder anvendelse på administrationen, og
- 3) at § 13, stk. 2, om vidneafhøring finder tilsvarende anvendelse på organerne i en lægemiddelforsikringsordning.

Kapitel 4

Forældelses- og straffebestemmelser

§ 19. Erstatningskrav efter denne lov skal være anmeldt til patientforsikringsforeningen senest 5 år efter, at den erstatningsberettigede har fået eller burde have fået kendskab til skaden.

Stk. 2. Forældelse af erstatningskrav indtræder dog senest 10 år efter den dag, skaden er forårsaget.

§ 20. Overtrædelse af § 10, stk. 1, straffes med bøde. Der kan pålægges selskaber m.v. (juridiske personer) strafansvar efter reglerne i straffelovens 5. kapitel.

Kapitel 5

Ikrafttrædelsesbestemmelser m.v.

§ 21. Loven træder i kraft den 1. juli 1992 og finder anvendelse for skader, der forårsages efter lovens ikrafttræden.

§ 22. Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kongelig anordning sættes i kraft for disse landsdele med de afvigelser, som de særlige færøske og grønlandske forhold tilsiger.

Lov nr. 1133 af 21. december 1994, der vedrører § 11, stk. 1, § 12, stk. 1, 2. pkt. og § 14, stk. 1, nr. 2, indeholder i § 14 følgende ikrafttrædelsesbestemmelse:

§ 14

Stk. 1. Loven træder i kraft den 1. januar 1995.

Lov nr. 217 af 29. marts 1995, der vedrører § 1, stk. 3 - 5, § 4, stk. 1 og 3, § 5, stk. 3, § 8 og § 9, stk. 2, indeholder i § 2 følgende ikrafttrædelsesbestemmelse:

§ 2

Loven træder i kraft den 1. juli 1995 og finder anvendelse for skader, der forårsages efter lovens ikrafttræden.

Lov nr. 1227 af 27. december 1996, der vedrører § 5, stk. 2, 1. pkt., indeholder i §§ 2 og 3 følgende ikrafttrædelsesbestemmelser:

§ 2

Loven træder i kraft den 1. januar 1997 og finder anvendelse for sager, som afgøres af Patientforsikringsforeningen den 1. januar 1997 eller senere.

§ 3

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kongelig anordning sættes i kraft for disse landsdele med de afvigelser, som de særlige færøske og grønlandske forhold tilsiger.

Lov nr. 1229 af 27. december 1996, der vedrører § 14 og § 20, 2. pkt., indeholder i §§ 2 og 3 følgende ikrafttrædelsesbestemmelser:

§ 2

Loven træder i kraft den 1. januar 1997 og finder anvendelse på sager, som Patientskade-ankenævnet har under behandling ved lovens ikrafttræden eller modtager herefter.

§ 3

Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kongelig anordning sættes i kraft for disse landsdele med de afvigelser, som de særlige færøske og grønlandske forhold tilsiger.

Sundhedsministeriet, den 24. marts 1997

Birte Weiss

/ Peter Jakobsen

Bekendtgørelse vedrørende dækningsområdet for lov om patientforsikring

I medfør af § 1, stk. 4, i lov om patientforsikring, jf. lovbekendtgørelse nr. 849 af 14. oktober 1992, med senere ændringer, herunder lov nr. 217 af 29. marts 1995, fastsættes:

§ 1. Med de præciseringer, der nærmere er indeholdt i denne bekendtgørelse, ydes erstatning efter lov om patientforsikring til:

- 1) Patienter, som her i landet påføres fysisk skade i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende foretaget på offentlige sygehuse og sygehuse, det offentlige har driftsoverenskomst med. Det samme gælder for efterladte til sådanne patienter.
- 2) Personer, der deltager i biomedicinske forsøg, der ikke indgår som led i diagnostik eller behandling af personens sygdom, idet disse sidestilles med patienter efter nr. 1. Tilsvarende ydes erstatning til vævs-, organ- og vævsvæskedonorer.
- 3) Patienter, der deltager i biomedicinske forsøg inden for den primære sundhedssektor. Med patienter ligestilles personer, der deltager i biomedicinske forsøg, der ikke indgår som led i diagnostik eller behandling af personens sygdom.

Stk. 2. Skader, der skyldes egenskaber ved de lægemidler, der er anvendt ved undersøgelse, behandling, forsøg eller lignende efter stk. 1, er ikke omfattet af denne bekendtgørelse, jf. lovens § 3, stk. 3, og § 4, stk. 2.

§ 2. Offentlige sygehuse, jf. § 1, omfatter de sygehuse, som amtskommunerne og Hovedstadens Sygehusfællesskab (sygehuskommunerne) driver i henhold til lovgivningen om sygehusvæsenet.

§ 3. Sygehuse, som det offentlige har driftsoverenskomst med, jf. § 1, stk. 1, nr. 1, omfatter sådanne private herunder foreningsejede sygehuse, hvormed en sygehuskommune har indgået en driftsoverenskomst, hvorefter kommunen som led i løsning af sine opgaver under sygehusvæsenet har aftalt at benytte og betale for en del af institutionens senge- samt eventuelle ambulatoriefaciliteter m.v. Tilsvarende er omfattet private sygehuse, hvor sygehuskommunerne, uden at en egentlig driftsoverenskomst foreligger, benytter og betaler for nævnte faciliteter.

Stk. 2. Afgrænsningen af private sygehuse efter stk. 1 ændres ikke af, at sygehuskommunerne eller andre måtte yde helt eller delvist tilskud til driften af disse sygehuse.

§ 4. De i §§ 2 og 3 nævnte sygehuse omfatter ikke følgende institutioner:

- 1) kur- og rekonvalescenthjem,
- 2) behandlingsinstitutioner for alkoholskadede,
- 3) private eller offentlige klinikker eller lægehuse, der behandler patienter ambulant eller ved kortere døgnhvide mod patientens egen betaling eller med mulighed for tilskud efter lov om offentlig sygesikring, samt
- 4) private betalingssygehuse, bortset fra sygehuse, hvor mindst halvdelen af driftsudgifterne måtte vedrøre behandling af patienter betalt af sygehuskommunerne.

Stk. 2. I et bilag til bekendtgørelsen er opregnet de private sygehuse, der på tidspunktet for bekendtgørelsens udstedelse anses for omfattet af lovens dækningsområde.

§ 5. Den primære sundhedssektor, jf. § 1, stk. 1, nr. 3, omfatter privat praktiserende sundhedspersoner, der er autoriseret ved særlig lovgivning.

§ 6. Erstatning efter lov om patientforsikring ydes for skader, der er forårsaget inden for det geografiske område for de efter denne bekendtgørelse omfattede sygehuse, jf. dog stk. 5.

Stk. 2. Skader efter loven forårsaget uden for sygehusets geografiske område i lokaliteter indrettet til behandlingsformål efter sygehusets anvisning er ligeledes omfattet af lovens område, forudsat patienten fortsat er under sygehusets direkte behandlingsansvar, f.eks. skader efter loven opstået i patientens eget hjem, hvor dette er særligt indrettet til hjemmedialyse.

Stk. 3. Skader efter loven forårsaget uden for sygehusets geografiske område i forbindelse med afgivelse af blod i mobile blodbanker er omfattet af lovens område i tilfælde, hvor tapningen sker efter aftale med det sygehus, der skal modtage blodportionerne.

Stk. 4. Skader efter loven forårsaget under transport af patienter til et sygehus eller mellem forskellige sygehuse er omfattet af lovens område, hvis transporten foregår med ambulance eller særligt sygekøretøj.

Stk. 5. Skader forårsaget på sygehusets geografiske område i tilfælde, hvor patienten står under ansvar af andre end sygehusmyndigheden, er ikke omfattet af lovens område. Dette gælder ligeledes i tilfælde, hvor patienten undersøges eller behandles på sygehus af en læge efter de særlige regler om lægers adgang til at behandle egne patienter fra lokaliteter på sygehuset.

§ 7. Til personer, der er omfattet af § 1, stk. 1, nr. 2 og 3, ydes erstatning efter loven i tilfælde, hvor forsøg m.v. er foretaget på sygehuse, jf. §§ 2-4 og § 6, på statslige højere uddannelsesinstitutioner (universiteter og højere læreanstalter), i den primære sundhedssektor, jf. § 5, eller andetsteds, hvis de er udført under direkte ansvar for de nævnte sygehuse, højere uddannelsesinstitutioner eller privat praktiserende autoriserede sundhedspersoner.

Stk. 2. Skader efter loven forårsaget på personer, der deltager i biomedicinske forsøg m.fl., jf. § 1, stk. 1, nr. 2 og 3, der udføres af private firmaer og foreninger, er omfattet af lovens område, hvis forsøget udføres under direkte ansvar af et af de i stk. 1 nævnte sygehuse, en af de nævnte højere uddannelsesinstitutioner eller privat praktiserende autoriserede sundhedspersoner.

Stk. 3. I tilfælde omfattet af stk. 2, påhviler erstatnings- og eventuelt forsikringspligten efter lov om patientforsikring vedkommende sygehus, højere uddannelsesinstitution eller den amtskommune eller Hovedstadens Sygehusfællesskab, hvori vedkommende privat praktiserende autoriserede sundhedsperson har sin praksis.

§ 8. Sundhedsministeriet træffer i øvrigt i tvivlstilfælde afgørelse i sager om, hvorvidt en institution eller lignende er omfattet af forsikringspligten efter lov om patientforsikring.

§ 9. Bekendtgørelsen træder i kraft den 15. august 1995.

Stk. 2. § 1, stk. 1, nr. 3, § 5 og § 7 har virkning fra den 1. juli 1995.

Stk. 3. Bekendtgørelse nr. 216 af 27. marts 1992 vedrørende dækningsområdet for lov om patientforsikring ophæves.

Sundhedsministeriet, den 3. august 1995

Yvonne Herløv Andersen

/ Peter Jakobsen

Bilag

Oversigt over sygehuse, hvormed det offentlige har driftsoverenskomst eller lignende, og som anses for omfattet af lov om patientforsikring

Kolonien Filadelfias Epilepsihospital, Dianalund

Sclerosehospitalet, Haslev

Sclerosehospitalet, Ry

Steno Diabetes Center, Gentofte

Dronning Alexandrines Gigtsanatorium, Middelfart

Gigthospitalet i Skælskør

Kong Christian den X's Gigthospital i Gråsten

Gigtsanatoriet Hans Jansens Hjem i Skåde, Århus

[Officielle noter](#)

Ingen

Oversigt

- [Kapitel 1 Foreningens navn, hjemsted og formål](#)
- [Kapitel 2 Medlemmer](#)
- [Kapitel 3 Bestyrelsens sammensætning og opgaver](#)
- [Kapitel 4 Foreningens drift, økonomi m.v.](#)
- [Kapitel 5 Vedtægtsændringer](#)
- [Kapitel 6 Ikrafttræden m.v.](#)

Den fulde tekst

Bekendtgørelse om vedtægter for Foreningen af Patientforsikringsselskaber (Patientforsikringsforeningen)

I medfør af § 12, stk. 2, i lov nr. 367 af 6. juni 1991, om patientforsikring fastsættes:

Kapitel 1

Foreningens navn, hjemsted og formål

- § 1. Foreningens navn er Foreningen af Patientforsikringsselskaber (Patientforsikringsforeningen). Dens hjemsted er København.
- § 2. Foreningens formål er at administrere den i lov om patientforsikring regulerede patientforsikringsordning. Foreningen skal herunder modtage, oplyse og afgøre alle erstatningssager efter loven, jf. dog stk. 3.
- Stk. 2. Foreningen skal endvidere hos forsikringsselskaber og selvforsikrende myndigheder foretage opkrævning til dækning af erstatninger, der udbetales i medfør af § 10, stk. 4, i lov om patientforsikring, jf. § 11, stk. 3-6.
- Stk. 3. Foreningen kan efter indhentet godkendelse fra sundhedsministeren bemyndige de enkelte forsikringsselskaber og selvforsikrende myndigheder til selv at oplyse og afgøre nærmere beskrevne sagstyper.
- Stk. 4. Foreningen skal afgive de oplysninger til Patientskadeankenævnet og Sundhedsministeriet, som er nødvendige for disse myndigheders varetagelse af opgaver efter loven.

Kapitel 2

Medlemmer

- § 3. Medlemmer af foreningen er forsikringsselskaber, som har tegnet forsikringer omfattet af lov om patientforsikring, og som har givet sundhedsministeren underretning herom.
- § 4. Medlemmerne er forpligtet af de bestemmelser om forsikringspligtens gennemførelse, der fastsættes af

sundhedsministeren.

§ 5. Et medlem, der ophører med tegning af forsikringer omfattet af lov om patientforsikring, udtræder af foreningen senest ved kalenderårets udgang.

Stk. 2. Intet medlem kan ved udtræden af foreningen unddrage sig de forpligtelser og/eller udgifter, som påhviler det i henhold til lov om patientforsikring og bestemmelser fastsat i medfør heraf.

Kapitel 3

Bestyrelsens sammensætning og opgaver

§ 6. Foreningen ledes af en bestyrelse, der består af 7 medlemmer.

Stk. 2. 1 medlem udpeges af sundhedsministeren. De øvrige 6 medlemmer udpeges af forsikringsgiverne og de selvforsikrende myndigheder i forhold til henholdsvis forsikringsgivernes samlede årlige præmieindtægter og et af bestyrelsen for de selvforsikrende myndigheder skønsmæssigt fastsat beregnet præmiebeløb svarende til risikoen, jf. dog stk. 3.

Stk. 3. De selvforsikrende myndigheder har dog uanset stk. 2 altid ret til at udpege mindst 1 medlem til bestyrelsen.

Stk. 4. Medlemmer, der repræsenterer forsikringsgiverne, udpeges i fællesskab af forsikringsgiverne.

Stk. 5. Medlemmer, der repræsenterer selvforsikrende myndigheder, udpeges i fællesskab af de selvforsikrende myndigheder.

Stk. 6. Bestyrelsen foretager den i stk. 2 nævnte opgørelse af medlemsfordelingen og giver årligt forsikringsgivere og selvforsikrende myndigheder meddelelse herom inden udgangen af oktober måned, jf. stk. 7.

Stk. 7. Medlemmer af bestyrelsen udpeges for 1 år ad gangen. Medlemsperioden følger kalenderåret.

Stk. 8. Der kan udpeges faste suppleanter.

§ 7. Bestyrelsen fastsætter i overensstemmelse med gældende praksis honorering af medlemmer og formand.

§ 8. Bestyrelsen vælger selv blandt sine medlemmer en formand samt en næstformand, der i formandens fravær træder i dennes sted.

Stk. 2. Bestyrelsen indkaldes til møde, når formanden finder det fornødent, eller når mindst 3 bestyrelsesmedlemmer fremsætter ønske herom. Dagsorden skal angives.

Stk. 3. Der tages referat af bestyrelsens møder.

Stk. 4. Bestyrelsen er beslutningsdygtig, når over halvdelen af bestyrelsesmedlemmerne, herunder formanden eller næstformanden er til stede. Bestyrelsens beslutninger træffes ved almindeligt stemmeflertal. I tilfælde af stemmelighed er formandens stemme afgørende.

§ 9. Bestyrelsen godkender foreningens årsregnskab og foretager valg af revisorer.

Stk. 2. Bestyrelsen træffer i øvrigt nærmere bestemmelse om udførelse af sit hverv ved en forretningsorden, der godkendes af sundhedsministeren.

Kapitel 4

Foreningens drift, økonomi m.v.

§ 10. Foreningens daglige virksomhed varetages af et sekretariat, der ledes af en af bestyrelsen udpeget person.

§ 11. Udgifter til foreningens drift og administration samt udgifter, der i øvrigt pålægges foreningen efter lov om patientforsikring, afholdes af hver enkelt af forsikringsgiverne og de enkelte selvforsikrende myndigheder i forhold til henholdsvis forsikringsgivernes samlede årlige præmieindtægter og et af bestyrelsen for de selvforsikrende myndigheder skønsmæssigt beregnet årligt præmiebeløb svarende til risikoen.

Stk. 2. Forsikringsgiverne og de selvforsikrende myndigheder hæfter solidarisk for de i stk. 1 nævnte udgifter i henhold til samme fordelingsnøgle.

Stk. 3. Udgifter afholdt af foreningen til de i § 10, stk. 4, nr. 1 og 2, i lov om patientforsikring nævnte puljer, betales af forsikringsgiverne i forhold til de enkelte forsikringsgiveres årlige præmieindtægt fra forsikringspligtige.

Stk. 4. Erstatninger afholdt i henhold til § 10, stk. 4, nr. 3, i lov om patientforsikring, betales af forsikringsgiverne og de selvforsikrende myndigheder i forhold til henholdsvis forsikringsgivernes samlede årlige præmieindtægter og et af bestyrelsen for de selvforsikrende myndigheder skønsmæssigt beregnet præmiebeløb svarende til risikoen.

§ 12. Foreningen afgiver en årlig redegørelse til sundhedsministeren om sin virksomhed.

§ 13. Foreningen tegnes af bestyrelsens formand eller næstformand i forening med et andet bestyrelsesmedlem eller med lederen af foreningens sekretariat.

§ 14. Foreningens regnskabsår er kalenderåret.

§ 15. Foreningens regnskab revideres af 2 af bestyrelsen for eet år ad gangen valgte revisorer, hvoraf mindst een revisor skal være statsautoriseret.

Kapitel 5

Vedtægtsændringer

§ 16. Foreningens vedtægter kan ændres af sundhedsministeren efter indhentet udtalelse fra bestyrelsen.

Kapitel 6

Ikrafttræden m.v.

§ 17. Det stiftende møde i foreningens bestyrelse afholdes inden udgangen af april 1992.

Stk. 2. Som betingelse for adgang til at udpege medlemmer til foreningens bestyrelse skal forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af lov om patientforsikring, senest 15. februar 1992 underrette sundhedsministeren herom, herunder for hvem forsikring er tegnet samt størrelsen af de samlede årlige præmieindtægter.

Stk. 3. Selvforsikrende myndigheder skal ligeledes senest 15. februar 1992 underrette sundhedsministeren som betingelse for at udpege medlemmer til foreningens bestyrelse.

Stk. 4. Sundhedsministeren udarbejder forud for foreningens stiftelse en opgørelse over fordelingen af medlemmer i bestyrelsen efter den i § 6, stk. 2 nævnte fordelingsnøgle.

§ 18. Foreningens første regnskabsår løber fra stiftelsen til 31. december 1992.

§ 19. Bekendtgørelsen træder i kraft den 30. januar 1992.

Sundhedsministeriet den 20. januar 1992

Ester Larsen

/ Dorte Knudsen

[Officielle noter](#)

Ingen

BEK nr 315 af 04/05/1992 (Gældende)

Oversigt

- [Kapitel 1 Indledende bestemmelser](#)
- [Kapitel 2 Hæftelse](#)
- [Kapitel 3 Dækningssummer](#)
- [Kapitel 4 Forsikringstid](#)
- [Kapitel 5 Ikrafttræden](#)

Den fulde tekst

Bekendtgørelse om forsikringspligtens gennemførelse efter lov om patientforsikring

I medfør af § 10, stk. 3, og stk. 5-6, og § 11, stk. 4, i lov nr. 367 af 6. juni 1991 om patientforsikring, som ændret ved lov nr. 239 af 8. april 1992, fastsættes:

Kapitel 1

Indledende bestemmelser

§ 1. Bestemmelserne i denne bekendtgørelse finder anvendelse på forsikringer, der tegnes til dækning af krav i medfør af lov om patientforsikring.

§ 2. Et forsikringsselskab, der tilbyder at tegne forsikring i medfør af lov om patientforsikring, er forpligtet til at overtage forsikring for enhver forsikringspligtig med de begrænsninger, der følger af selskabets vedtægter eller dets koncession.

§ 3. Forsikringer tegnet til dækning af krav i henhold til lov om patientforsikring skal omfatte alle krav efter loven, jf. dog § 12.

Kapitel 2

Hæftelse

§ 4. Forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af lov om patientforsikring, hæfter for så vidt angår de lovpligtige forsikringer pro rata efter den i stk. 2 fastsatte fordelingsnøgle for et samlet beløb på indtil 50 mio. kr. pr. år for dækning af krav om erstatning efter loven mod en forsikringspligtig, der ikke har opfyldt sin forsikringspligt, jf. lovens § 10, stk. 5, nr. 1. Endvidere hæfter de pågældende forsikringsselskaber for de nævnte lovpligtige forsikringer subsidiært solidarisk for det nævnte beløb.

Stk. 2. Forsikringsselskaberne hæfter for de i stk. 1 nævnte udgifter i forhold til de enkelte forsikringsselskabers årlige præmieindtægt fra forsikringspligtige.

Stk. 3. Der er regres over for den pågældende forsikringspligtige driftsansvarlige myndighed for beløb, som forsikringsselskaberne har betalt i medfør af stk. 1, samt adgang til at opkræve den ubetalte præmiesum.

§ 5. De i § 4 nævnte forsikringsselskaber hæfter for de lovpligtige forsikringer i henhold til lov om patientforsikring desuden pro rata efter den i § 4, stk. 2, fastsatte fordelingsnøgle for et samlet beløb på indtil 50 mio. kr. i tilfælde, hvor den enkelte forsikringspligtiges erstatningspligt overstiger forsikringens dækningssum efter § 8, jf. lovens § 10, stk. 5, nr. 2. Endvidere hæfter de pågældende forsikringsselskaber for de nævnte lovpligtige forsikringer subsidiært solidarisk for det nævnte beløb.

Stk. 2. Der er regres over for den enkelte forsikringspligtige driftsansvarlige myndighed for beløb, som forsikringsselskaberne har betalt i medfør af stk. 1.

§ 6. Forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer for erstatningskrav i henhold til lov om patientforsikring, samt de selvforsikrende myndigheder hæfter pro rata efter den i stk. 2 fastsatte fordelingsnøgle for et samlet beløb på indtil 100 mio. kr. pr. år for dækning af erstatningskrav, hvor det ikke er muligt med rimelig sikkerhed at udpege den erstatningspligtige efter lovens § 9, jf. lovens § 10, stk. 5, nr. 3. Endvidere hæfter de pågældende forsikringsselskaber samt de selvforsikrende myndigheder subsidiært solidarisk for det nævnte beløb.

Stk. 2. Forsikringsselskaberne og de selvforsikrende myndigheder hæfter for de i stk. 1 nævnte udgifter i forhold til henholdsvis forsikringsselskabernes samlede årlige præmieindtægter og et af bestyrelsen for Patientforsikringsforeningen for de selvforsikrende myndigheder skønsmæssigt beregnet præmiebeløb svarende til risikoen.

Stk. 3. Forsikringsselskaberne og de selvforsikrede myndigheder har regres for beløb, der er udbetalt i medfør af stk. 1 over for den erstatningspligtige, såfremt den erstatningspligtige efterfølgende kan udpeges.

§ 7. Hæftelsen for de i § 4 nævnte forsikringsselskaber vedvarer for så vidt angår de lovpligtige forsikringer i henhold til lov om patientforsikring for erstatningskrav opstået som følge af skade, der er forårsaget, inden et selskab er ophørt med at tegne forsikring i henhold til loven.

Kapitel 3

Dækningssummer

§ 8. For forsikringspligtige er dækningssummen som minimum 20 mio. kr. pr. år for skader forårsaget i forsikringstiden.

Stk. 2. Hvis en forsikringspligtig har beskæftiget mere end 4 læger, omregnet til fuldtidsansatte, forøges dækningssummen som følger:

- 1) For de næste 10 læger, omregnet til fuldtidsansatte, tillægges 2 mio. kr. pr. læge.
- 2) For de efterfølgende læger, omregnet til fuldtidsansatte, tillægges 500.000 kr. pr. læge.

Stk. 3. Med henblik på regulering af dækningssummen pr. 1. januar i det efterfølgende år skal forsikringspligtige hvert år pr. 1. oktober til deres forsikringsselskab indberette antallet af de på dette tidspunkt beskæftigede læger, omregnet til fuldtidsansatte.

§ 9. For staten og de kommuner, der har valgt at tegne forsikring efter loven, gælder ingen regler om dækningssum.

Kapitel 4

Forsikringstid

§ 10. Forsikringer efter loven træder i kraft fra det tidspunkt, hvor den underskrevne begæring modtages af selskabet, medmindre en anden senere ikrafttrædelsestid er aftalt med forsikringstageren.

§ 11. Forsikringer, tegnet af forsikringspligtige, skal dække erstatningskrav i tiden, indtil kravet er forældet, jf. lovens § 19, stk. 2.

§ 12. Forsikringer, tegnet af staten og kommuner, skal dække erstatningskrav, der er forårsaget i forsikringstiden og anmeldt senest 3 måneder efter forsikringens ophør.

Kapitel 5

Ikrafttræden

§ 13. Bekendtgørelsen træder i kraft den 20. maj 1992.

Sundhedsministeriet, den 4. maj 1992

Ester Larsen

/ Dorte Knudsen

Officielle noter

Ingen

BEK nr 652 af 23/07/1992 (Gældende)

[Den fulde tekst](#)

Bekendtgørelse om forvaltningslovens anvendelse på Patientforsikringsforeningens virksomhed

I medfør af § 1, stk. 2, i lov nr. 571 af 19. december 1985

- (forvaltningsloven) og efter forhandling med justitsministeren

fastsættes:

§ 1. Forvaltningsloven finder anvendelse på den virksomhed, der udøves af Patientforsikringsforeningen i medfør af lov om patientforsikring.

§ 2. Bekendtgørelsen træder i kraft den 1. august 1992.

Sundhedsministeriet, den 23. juli 1992

Ester Larsen

/ Dorte Knudsen

[Officielle noter](#)

Ingen

BEK nr 571 af 02/07/1993 (Gældende)

Oversigt

- [Kapitel 1 Patientskadeankenævnet](#)
- [Kapitel 2 Sagernes forberedelse og afgørelse](#)
- [Kapitel 3 Nævnets sekretariat, økonomi m.v.](#)

Den fulde tekst

Bekendtgørelse om forretningsorden for Patientskadeankenævnet

I medfør af § 14, stk. 4, i lov om patientforsikring, jf. lovbekendtgørelse nr. 849 af 14. oktober 1992, og efter forhandling med Patientskadeankenævnet fastsættes:

Kapitel 1

Patientskadeankenævnet

- § 1. Patientskadeankenævnet er klageinstans for afgørelser truffet af den patientforsikringsforening, der er oprettet i medfør af lov om patientforsikring.
- Stk. 2. Skadelidte, vedkommende forsikringsselskab eller selvforsikrende driftansvarlige myndighed eller anden med retlig interesse i sagen kan indbringe en klage efter stk. 1.
- § 2. Patientskadeankenævnet består af en formand samt 8 beskikkede medlemmer, jf. § 14, stk. 1, i lov om patientforsikring.
- Stk. 2. Nævnet kan blandt sine medlemmer udpege en næstformand til i formandens fravær at varetage formandens opgaver efter denne bekendtgørelse.
- Stk. 3. Der udpeges efter indstilling fra de i § 14, stk. 1, nr. 2-5 nævnte myndigheder m.v. en suppleant for hver af de 4 grupper til Patientskadeankenævnet.

Kapitel 2

Sagernes forberedelse og afgørelse

- § 3. De i § 1 nævnte klager sendes til Patientskadeankenævnet.
- Stk. 2. Formanden påser, om den i § 15, stk. 2, i lov om patientforsikring nævnte frist på 3 måneder er overholdt. Såfremt fristen er overskredet, og der ikke er grundlag for dispensation fra overskridelsen, kan klagen afvises. Meddelelse herom sendes til afsenderen.
- § 4. Hvis en klage optages til behandling, sendes en bekræftelse herom til klageren med angivelse af den forventede sagsbehandlingsprocedure.

Stk. 2. Det påhviler herefter formanden at sørge for, at sagen bliver forsvarligt oplyst og forberedt. Klagen sendes inden forelæggelsen for nævnet til Patientforsikringsforeningen, som sender nævnet sagens akter, tillige med en udtalelse over den indsendte klage.

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

§ 5. Nævnets afgørelser træffes i et møde.

Stk. 2. Dagsorden og sagsmateriale til et møde udsendes til medlemmerne med et rimeligt varsel.

Stk. 3. Formanden leder nævnsmødet. Patientskadeankenævnet er kun beslutningsdygtigt, når formanden, eller i dennes fravær næstformanden, og mindst et medlem fra hver af de i lov om patientforsikring § 14, stk. 1, nr. 2-5 nævnte persongrupper er tilstede. Leder næstformanden i formandens fravær nævnsmødet, skal tillige det andet medlem, som tilhører samme persongruppe som næstformanden, være tilstede.

Stk. 4. Nævnets afgørelser træffes ved stemmeflerhed. Ved stemmelighed er formandens eller i dennes fravær, næstformandens stemme afgørende.

Stk. 5. Nævnets afgørelser indføres i en beslutningsprotokol, som underskrives af formanden/næstformanden.

Stk. 6. I tilfælde, hvor en afgørelse ikke kan træffes ved enstemmighed, kan medlemmerne forlange, at deres standpunkter kort anføres i beslutningsprotokollen.

Stk. 7. En repræsentant fra Patientforsikringsforeningen kan deltage uden stemmeret ved nævnets behandling af sager.

§ 6. Nævnets afgørelse kan have følgende indhold:

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

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

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

Stk. 2. Nævnets afgørelser kan ikke indbringes for anden administrativ myndighed.

§ 9. Nævnets afgørelser meddeles skadelidte, Patientforsikringsforeningen og vedkommende forsikringsselskab og driftansvarlige myndighed samt efter omstændighederne andre med berettiget interesse i sagen.

§ 10. Fremkommer der i en sag, som nævnet har afgjort, nye og for sagens afgørelse væsentlige oplysninger, kan nævnet beslutte at tage sagen op til fornyet behandling og afgørelse.

§ 11. Formanden eller mindst to af nævnets medlemmer kan bestemme, at spørgsmål af almindelig interesse for nævnets virksomhed drøftes i nævnet.

§ 12. Nævnet orienterer sundhedsministeren og bestyrelsen for Patientforsikringsforeningen om sin praksis og sine afgørelser af principiel betydning.

§ 13. Afgørelser, der er af principiel betydning og egnet som vejledning om nævnets praksis, offentliggøres ved formandens foranstaltning efter omstændighederne uden angivelse af navne på sagens parter.

Kapitel 3

Nævnets sekretariat, økonomi m.v.

§ 14. Sundhedsministeriet stiller den fornødne sekretariatsbistand til rådighed for nævnet.

§ 15. Samtlige udgifter vedrørende nævnets virksomhed afholdes gennem Patientforsikringsforeningen af de forsikringsselskaber og selvforsikrende myndigheder, der er omfattet af patientforsikringsordningen, jf. § 14, stk. 5, i lov om patientforsikring.

Stk. 2. Patientskadeankenævnets formand meddeler senest 1. juli forud for det kommende regnskabsår Sundhedsministeriet, hvilke udgifter nævnet forventes at have i regnskabsåret.

Stk. 3. Sundhedsministeriet meddeler senest 1. september forud for det kommende regnskabsår Patientskadeankenævnet og Patientforsikringsforeningen, hvilke udgifter nævnet kan afholde.

Stk. 4. Nævnet afgiver årligt regnskab til Sundhedsministeriet.

§ 16. Vederlæggelse af nævnets medlemmer sker efter Finansministeriets regler om særskilt vederlæggelse m.v.

§ 17. Der påhviler nævnets medlemmer samt andre, der deltager i nævnets møder, tavshedspligt.

§ 18. Nævnet afgiver en årlig redegørelse til sundhedsministeren om sin virksomhed.

§ 19. Bekendtgørelsen træder i kraft den 1. august 1993.

Sundhedsministeriet, den 2. juli 1993

Torben Lund

/ Steen Hartvig Hansen

Officielle noter

Ingen

Oversigt

- [Kapitel 1 Lovens anvendelsesområde](#)
- [Kapitel 2 Erstatningsudmåling m.v.](#)
- [Kapitel 3 Erstatningsordningens finansiering](#)
- [Kapitel 4 Sagernes behandling](#)
- [Kapitel 5 Forældelsesbestemmelser](#)
- [Kapitel 6 Ikrafttrædelses- og ændringsbestemmelser m.v.](#)

Den fulde tekst

Lov om erstatning for lægemiddelskader

VI MARGRETHE DEN ANDEN, af Guds Nåde Danmarks Dronning, gør vitterligt: Folketinget har vedtaget og Vi ved Vort samtykke stadfæstet følgende lov:

Kapitel 1

Lovens anvendelsesområde

§ 1. Til patienter, der påføres fysisk skade som følge af egenskaber ved lægemidler, der er anvendt ved undersøgelse, behandling eller lignende (lægemiddelskade), ydes erstatning efter reglerne i denne lov. Det samme gælder for efterladte til sådanne patienter.

Stk. 2. Med patienter sidestilles personer, der deltager i kliniske afprøvninger af lægemidler (biomedicinske forsøg), der ikke indgår som led i diagnostik eller behandling af personens sygdom. Det samme gælder for vævs-, organ- og vævsvæskedonorer. Til forsøgspersoner og donorer, der er omfattet af bestemmelsen, ydes også erstatning for psykisk skade.

Stk. 3. Med lægemiddelskade sidestilles skade forårsaget af et lægemiddel på en person, der plejer eller behandler den, til hvem et lægemiddel er ordineret. Erstatning ydes kun i det omfang, skaden ikke dækkes af lov om forsikring mod følger af arbejdsskade.

Stk. 4. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om, hvilke skader efter stk. 1-3 der er omfattet af loven.

§ 2. Erstatning ydes kun, hvis lægemidlet erhvervsmæssigt er udleveret i Danmark til forbrug eller kliniske afprøvninger af lægemidler (biomedicinske forsøg). Udleveringen skal være sket gennem apotek, sygehus, læge eller tandlæge.

§ 3. Ved et lægemiddel forstås i denne lov en vare, som er bestemt til at tilføres mennesker for at forebygge, erkende, lindre, behandle eller helbrede sygdom, sygdomssymptomer og smerter eller for at påvirke legemsfunktioner.

Stk. 2. Lægemidlet skal være godkendt til markedsføring i Danmark i henhold til gældende regler. Dette gælder dog ikke for lægemidler, der anvendes ved kliniske afprøvninger (biomedicinske forsøg), jf. § 1, stk. 2.

Stk. 3. Magistrelt fremstillede lægemidler og lægemidler, der efter forudgående tilladelse fra Sundhedsstyrelsen importeres til brug for enkeltpersoner, er omfattet af loven.

Stk. 4. Naturlægemidler, homøopatiske lægemidler, vitamin- og mineralpræparater er ikke omfattet af loven. Dette gælder dog ikke, såfremt disse produkter anvendes ved kliniske afprøvninger (biomedicinske forsøg) med henblik på at opnå markedsføringstilladelse som lægemiddel, jf. stk. 2, 1. pkt.

Stk. 5. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om, hvilke lægemidler m.v. efter stk. 1-4 der er omfattet af loven.

§ 4. En lægemiddelskade forvoldt af et receptpligtigt lægemiddel erstattes kun, hvis lægemidlet er ordineret til skadelidte.

§ 5. Som lægemiddelskade anses ikke sygdomme eller anden skade, som

- 1) skyldes, at lægemidlet ikke har haft den tilsigtede effekt på den pågældende patient, eller
- 2) skyldes fejl eller forsømmelse i forbindelse med ordination eller udlevering af lægemidlet til patienten.

§ 6. 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.

Stk. 3. Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om, hvilke lægemiddelskader efter §§ 4-6 der er omfattet af loven.

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

§ 8. Loven gælder ikke for skader, der er omfattet af lov om erstatning for vaccinationsskader.

Kapitel 2

Erstatningsudmåling m.v.

§ 9. Erstatning og godtgørelse fastsættes efter reglerne i lov om erstatningsansvar, jf. dog reglerne i dette kapitel.

Stk. 2. Erstatning m.v. ydes kun, såfremt beløb fastsat efter stk. 1 overstiger 3.000 kr.

Stk. 3. Sundhedsministeren kan fastsætte regler om, at erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og godtgørelse for svie og smerte kun ydes, såfremt skaden har medført uarbejdsdygtighed eller sygdom ud over en nærmere fastsat periode, der højst kan udgøre 3 måneder.

Stk. 4. Stk. 2 og 3 finder ikke anvendelse på lægemiddelskader, der er omfattet af § 1, stk. 2.

§ 10. Erstatning ydes ikke til dækning af afledte regreskrav, jf. § 17 i lov om erstatningsansvar.

§ 11. Erstatningen til patienten eller dennes efterladte kan nedsættes eller efter omstændighederne helt bortfalde, hvis patienten forsætligt eller ved grov uagtsomhed har medvirket til skaden.

§ 12. Ved en serieskade forstås lægemiddelskader, som er påført flere personer og forårsaget af samme egenskab hos samme substans i et eller flere lægemidler, og

- 1) som beror på bivirkninger, der ikke på tidspunktet for lægemidlets udlevering var angivet i det af Sundhedsstyrelsen godkendte resume af lægemidlets egenskaber eller registreret i lægemiddelkataloget, og som medfører skade af en sådan karakter, at denne ikke ved lægemidlets udlevering burde være forudset af en fagmand, eller
- 2) som skyldes en defekt ved lægemidlet som følge af instruktions-, fabrikations- eller distributionsfejl.

Stk. 2. En serieskade henføres til det år, hvor det første erstatningskrav rejses over for sundhedsministeren eller Patientforsikringsforeningen, jf. § 18, uanset hvornår de senere skader anmeldes.

§ 13. Erstatningssummen for skader i henhold til loven er begrænset til 150 mio. kr. pr. kalenderår.

Stk. 2. Erstatningssummen for hver enkelt serieskade, jf. § 12, er dog begrænset til 100 mio. kr.

Stk. 3. Erstatningssummen for lægemiddelskader ved kliniske afprøvninger af lægemidler (biomedicinske forsøg) er begrænset til 25 mio. kr. pr. forsøg.

Stk. 4. Erstatningen kan ikke overstige 5 mio. kr. pr. skadelidte.

§ 14. Er de i § 13 angivne beløb ikke tilstrækkelige til at dække alle de skadelidtes krav, foretages en forholdsmæssig nedsættelse af de enkelte krav, dog kun i endnu ikke udbetalte erstatningsbeløb. Viser det sig, efter at en skade er indtruffet, at en sådan nedsættelse kan blive nødvendig, kan det bestemmes, at erstatningen indtil videre alene ydes med en del af de anerkendte krav.

§ 15. I det omfang patienten eller dennes efterladte har fået eller har krav på at få erstatning i henhold til loven, kan erstatningskrav ikke rejses mod nogen, der måtte have pådraget sig erstatningsansvar for skaden.

Stk. 2. Reglen i stk. 1 gælder ikke i de tilfælde, hvor der er erstatningsansvar efter reglerne i lov om produktansvar.

§ 16. I det omfang staten yder erstatning efter denne lov, indtræder Sundhedsministeriet i patientens krav mod lægemiddelproducenter og mellemhandlere i henhold til lov om produktansvar.

Stk. 2. Staten kan afholde udgifter til advokat, sagsanlæg m.v. til inddrivelse af erstatning fra lægemiddelproducenter og mellemhandlere efter lov om produktansvar, jf. stk. 1. Inddrevne erstatningsbeløb i forbindelse hermed tilgår staten.

Kapitel 3

Erstatningsordningens finansiering

§ 17. Udgifter til erstatninger samt andre udgifter til erstatningsordningen afholdes af staten.

Stk. 2. Sundhedsministeren foretager beregning og udbetaling af erstatninger. Sundhedsministeren kan bemyndige andre, herunder private, til at foretage beregning og udbetaling af erstatninger m.v. efter denne bestemmelse.

Kapitel 4

Sagernes behandling

§ 18. Sundhedsministeren behandler og træffer afgørelse i sager efter denne lov.

Stk. 2. Sundhedsministeren kan bemyndige Patientforsikringsforeningen, jf. lov om patientforsikring, til at behandle og træffe afgørelse i sager efter stk. 1. Patientforsikringsforeningens udgifter i forbindelse hermed afholdes af staten, jf. § 17, stk. 1.

Stk. 3. I tilfælde, hvor sundhedsministeren har bemyndiget andre end offentlige myndigheder til at varetage opgaver efter denne lov, finder forvaltningsloven tilsvarende anvendelse.

Lægemiddelskadeankenævnet

§ 19. Sundhedsministeren nedsætter et lægemiddelskadeankenævn, som består af

- 1) en af sundhedsministeren udnævnt formand, som skal være dommer,
- 2) 2 medlemmer udpeget af sundhedsministeren,
- 3) 2 medlemmer udpeget af Sundhedsstyrelsen med henholdsvis medicinsk og farmaceutisk sagkundskab,
- 4) 2 medlemmer udpeget i fællesskab af Amtsrådsforeningen i Danmark, Hovedstadens Sygehusfællesskab og Københavns og Frederiksberg Kommuner,
- 5) 1 medlem udpeget af De Samvirkende Invalideorganisationer,
- 6) 1 medlem udpeget af Forbrugerrådet.

Stk. 2. Lægemiddelskadeankenævnets medlemmer udpeges for 4 år. Finder udpegningen sted i løbet af en periode, gælder den kun til periodens udløb.

Stk. 3. Sundhedsministeren fastsætter efter forhandling med Lægemiddelskadeankenævnet dettes forretningsorden. Ministeren kan heri fastsætte regler om honorar til nævnets formand og medlemmer.

Stk. 4. Udgifter til drift af Lægemiddelskadeankenævnet afholdes af staten, jf. § 17, stk. 1.

§ 20. De afgørelser, der træffes efter § 18, stk. 1 og 2, kan indbringes for Lægemiddelskadeankenævnet, der har den endelige administrative afgørelse. Lægemiddelskadeankenævnet kan tillægge en klage opsættende virkning.

Stk. 2. Klage til Lægemiddelskadeankenævnet skal indgives inden 3 måneder efter, at klageren har fået meddelelse om afgørelsen.

Stk. 3. Lægemiddelskadeankenævnet kan se bort fra overskridelse af klagefristen, når der er særlige grunde hertil.

Stk. 4. Lægemiddelskadeankenævnets afgørelse kan indbringes for landsretten. Indbringelse skal ske inden 6 måneder efter, at afgørelsen er meddelt.

§ 21. Sundhedsministeren eller den, ministeren bemyndiger til at varetage opgaver efter denne lov, kan af kommuner, amtskommuner og andre vedkommende, herunder sygehuse, apoteker, institutioner, behandlende læger m.v. samt den skadelidte og vedkommende medicinalfirma, forlange meddelt enhver oplysning, herunder sygehusjournaler, journaloptegnelser m.v., som skønnes at være af betydning for behandling af sager efter loven.

Stk. 2. Sundhedsministeren eller den, ministeren bemyndiger til at varetage opgaver efter denne lov, skal afgive de oplysninger til Lægemiddelskadeankenævnet, som er nødvendige for nævnets varetagelse af opgaver efter loven.

Kapitel 5

Forældelsesbestemmelser

§ 22. Erstatningskrav efter denne lov skal være anmeldt til sundhedsministeren eller den, ministeren bemyndiger til at varetage opgaver efter denne lov, senest 3 år efter, at den erstatningsberettigede har fået eller burde have fået kendskab til skaden.

Stk. 2. Forældelse af erstatningskrav efter denne lov indtræder dog senest 10 år efter den dag, lægemidlet er udleveret til skadelidte.

Kapitel 6

Ikrafttrædelses- og ændringsbestemmelser m.v.

§ 23. Loven træder i kraft den 1. januar 1996. Loven gælder ikke, såfremt det lægemiddel, der har forvoldt skaden, er udleveret til skadelidte inden lovens ikrafttræden.

§ 24. I lov om offentlig sygesikring, jf. lovbekendtgørelse nr. 77 af 31. januar 1994, som ændret ved lov nr. 1133 af 21. december 1994, foretages følgende ændringer:

1. I § 7, stk. 1, ændres »75 pct.« 3 steder til: »74,7 pct.«
2. I § 7, stk. 2, ændres »50 pct.« 3 steder til: »49,8 pct.«
3. I § 7, stk. 3, ændres »50 pct.« til: »49,8 pct.« og »75 pct.« til: »74,7 pct.«
4. I § 7, stk. 5, ændres »75 pct.« 2 steder til: »74,7 pct.« og »50 pct.« 2 steder til: »49,8 pct.«
5. I § 7, stk. 6, ændres »75 pct.« til: »74,7 pct.« og »50 pct.« til: »49,8 pct.«

§ 25. Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kongelig anordning sættes i kraft for disse landsdele med de afvigelser, som de særlige færøske og grønlandske forhold tilsiger.

Givet på Christiansborg Slot, den 20. december 1995

Under Vor Kongelige Hånd og Segl

MARGRETHE R.

/Yvonne Herløv Andersen

Officielle noter

Ingen

LBK nr 599 af 08/09/1986 (Gældende)

Oversigt

- [Kapitel 1 Erstatning og godtgørelse for personskade](#)
- [Kapitel 2 Erstatningsansvar for skade, der er dækket af forsikring](#)
- [Kapitel 3 Forskellige bestemmelser](#)
- [Kapitel 4 Ikrafttrædelsesbestemmelser m.v.](#)

Den fulde tekst

Bekendtgørelse af lov om erstatningsansvar

Herved bekendtgøres lov nr. 228 af 23. maj 1984 om erstatningsansvar med de ændringer, der følger af lov nr. 618 af 19. december 1984, § 4.

Kapitel 1

Erstatning og godtgørelse for personskade og tab af forsørger

PERSONSKADE

- § 1. Den, der er erstatningsansvarlig for personskade, skal betale erstatning for tabt arbejdsfortjeneste, helbredelsesudgifter og andet tab som følge af skaden samt en godtgørelse for svie og smerte.
- Stk. 2. Har skaden fået varige følger, skal der tillige betales godtgørelse for varigt men samt erstatning for tab eller forringelse af erhvervsevne.
- Stk. 3. Værdien af arbejde i hjemmet ligestilles med erhvervsindkomst.

TABT ARBEJDSFORTJENESTE

- § 2. Erstatning for tabt arbejdsfortjeneste fastsættes for tiden fra skadens indtræden, indtil skadelidte kan begynde at arbejde igen eller skadelidtes helbredstilstand er blevet stationær.
- Stk. 2. I erstatningen fradrages løn under sygdom, dagpenge fra arbejdsgiver eller det sociale udvalg og forsikringsydelse, der har karakter af en virkelig skadeserstatning, samt lignende ydelser til den skadelidte.

SVIE OG SMERTE

- § 3. Godtgørelse for svie og smerte udgør for tiden fra skadens indtræden, indtil skadelidtes helbredstilstand er blevet stationær 100 kr. for hver dag, den skadelidte er sengeliggende, og 50 kr. for hver dag, den skadelidte er syg uden at være sengeliggende. Der kan i særlige tilfælde ydes godtgørelse for svie og smerte, selv om skadelidte ikke er syg. Overstiger godtgørelsen 15.000 kr., kan de beløb, der er nævnt i 1. pkt., fraviges.

VARIGT MEN

- § 4. Godtgørelse for varigt men fastsættes til et kapitalbeløb, der beregnes under hensyn til skadens medicinske art og omfang og de forvoldte ulemper i skadelidtes personlige livsførelse. Mengraden fastsættes efter forholdene på det tidspunkt, da skadelidtes helbredstilstand blev stationær. Godtgørelsen udgør ved en mengrad på 100 pct. 200.000 kr. Ved lavere mengrader nedsættes beløbet forholdsmæssigt. I særlige tilfælde kan mengodtgørelsen

fastsættes til et højere beløb, dog højst 240.000 kr. Ved en mengrad på under 5 pct. ydes ingen godtgørelse.

Stk. 2. Var skadelidte ved skadens indtræden fyldt 60 år, nedsættes den i henhold til stk. 1 beregnede godtgørelse for men med 5 pct. for hvert år, skadelidte var ældre end 59 år ved skadens indtræden. Godtgørelsen nedsættes dog ikke yderligere efter det fyldte 69. år.

ERHVERVSEVNETAB

§ 5. Har en personskade, efter at skadelidtes helbredstilstand er blevet stationær, medført varig nedsættelse af skadelidtes evne til at skaffe sig indtægt ved arbejde, tilkommer der skadelidte erstatning for tab af erhvervsevne.

Stk. 2. Ved bedømmelsen af erhvervsevnetabet skal der tages hensyn til skadelidtes muligheder for at skaffe sig indtægt ved sådant arbejde, som med rimelighed kan forlanges af skadelidte.

Stk. 3. Skadelidtes erhvervsevnetab beregnes i procent (erhvervsevnetabsprocenten). Der ydes ikke erstatning, såfremt erhvervsevnetabet er mindre end 15 pct.

§ 6. Erstatningen fastsættes til et kapitalbeløb, der udgør skadelidtes årsløn, jfr. § 7, ganget med 6 og herefter ganget med erhvervsevnetabsprocenten, jfr. § 5, stk. 3.

§ 7. Som årsløn regnes skadelidtes samlede erhvervsindtægt i det år, der går forud for datoen for skadens indtræden.

Stk. 2. Årslønnen fastsættes dog efter et skøn, når særlige indtægts- eller ansættelsesforhold eller andre særlige forhold har gjort sig gældende.

Stk. 3. Årslønnen kan højst udgøre 350.000 kr.

§ 8. For en skadelidt, der i det væsentlige udnytter erhvervsevnen på en måde, som ikke eller kun i begrænset omfang medfører erhvervsindtægt, og for børn fastsættes erstatningen som et kapitalbeløb på grundlag af den i § 4 nævnte mengrad. Erstatningen fastsættes som en procentdel af den i § 4, stk. 1, 1.- 4. pkt., nævnte mengodtgørelse.

Stk. 2. Ved en mengrad på under 15 pct. ydes ingen erstatning. Ved mengrader på 15 pct., 18 pct. og 20 pct. udgør erstatningen henholdsvis 130 pct., 135 pct. og 140 pct. af mengodtgørelsen.

Stk. 3. Ved en mengrad på 25 pct. udgør erstatningen 150 pct. af mengodtgørelsen. Ved mengrader på 30 pct., 35 pct., 40 pct., 45 pct. og 50 pct. udgør erstatningen henholdsvis 160 pct., 170 pct., 180 pct., 190 pct. og 200 pct. af mengodtgørelsen.

Stk. 4. Ved en mengrad på 55 pct. udgør erstatningen 225 pct. af mengodtgørelsen. Ved mengrader på 60 pct., 65 pct., 70 pct., 75 pct., 80 pct. og 85 pct. udgør erstatningen henholdsvis 250 pct., 275 pct., 300 pct., 325 pct., 350 pct. og 375 pct. af mengodtgørelsen. Ved mengrader på 90 pct., 95 pct. og 100 pct. udgør erstatningen 400 pct. af mengodtgørelsen.

§ 9. Var skadelidte ved skadens indtræden fyldt 56 år, nedsættes erstatningen med 8 1/2 pct. for hvert år, skadelidte var ældre end 55 år ved skadens indtræden.

Stk. 2. Må det antages, at skadelidte ville have været erhvervsaktiv også efter det fyldte 67. år, kan stk.1 fraviges helt eller delvis.

FORELÆGGELSE FOR SIKRINGSSTYRELSEN

§ 10. Såvel skadelidte som skadevolderen kan indhente en udtalelse om spørgsmålet om fastsættelsen af mengraden og erhvervsevnetabsprocenten fra sikringsstyrelsen, jfr. lov om arbejdsskadeforsikring.

GENOPTAGELSE

§ 11. En afsluttet sag om godtgørelse for varigt men eller erstatning for erhvervsevnetab kan på skadelidtes begæring genoptages, hvis der indtræder uforudsete ændringer i skadelidtes helbredstilstand, således at skadelidtes mengrad eller erhvervsevnetabsprocent må antages at være væsentlig højere end først antaget. Ved genoptagelse af sagen kan spørgsmålet om fastsættelsen af mengraden og erhvervsevnetabsprocenten igen begæres forelagt for sikringsstyrelsen, jfr. § 10.

TAB AF FORSØRGER M.V.

§ 12. Den, som er erstatningsansvarlig for en andens død, skal betale erstatning for rimelige begravelsesudgifter og erstatning til den, som ved dødsfaldet har mistet en forsørger. Forsørgelse omfatter også værdien af afdødes arbejde i hjemmet.

ERSTATNING TIL ÆGTEFÆLLE ELLER SAMLEVER

§ 13. Erstatning for tab af forsørger til ægtefælle eller samlever udgør 30 pct. af den erstatning, som afdøde må antages at ville have opnået ved et fuldstændigt tab af erhvervsevnen, jfr. §§ 5-8. Erstatningen udgør dog mindst 225.000 kr., medmindre der foreligger særlige omstændigheder.

Stk. 2. Var forsørgeren fyldt 56 år, nedsættes erstatningen efter reglerne i § 9.

FORSØRGERTABSERSTATNING TIL BØRN

§ 14. Erstatning for tab af forsørger til efterlevende børn fastsættes til et beløb, der svarer til summen af de bidrag til barnets underhold, som afdøde på skadestidspunktet kunne være pålagt efter lov om børns retsstilling, hvis afdøde havde været bidragspligtig. Var afdøde eneforsørger, forhøjes erstatningen med 100 pct.

REGULERING AF ERSTATNINGS- OG

GODTGØRELSESBELØB

§ 15. De i § 3, § 4, stk. 1, § 7, stk. 3, og § 13, stk. 1, 2. pkt., nævnte beløb reguleres årligt med samme procent, som ugelønnen for april kvartal er steget eller faldet i forhold til april kvartal 1983. Reguleringen har virkning fra den følgende 1. april. Ugelønnen beregnes som den af Danmarks Statistik offentliggjorte gennemsnitlige timefortjeneste (inkl. dyrtidstillæg, men bortset fra alle andre tillæg) for alle arbejdere inden for håndværk og industri i hele landet i april kvartal ganget med det ugentlige antal arbejdstimer ved fuld sædvanlig arbejdstid. De herefter fremkomne beløb afrundes til nærmeste med 500 delelige kronebeløb, for de i § 3, 1. pkt., nævnte beløb dog til nærmeste med 10 delelige kronebeløb.

Stk. 2. Justitsministeren bekendtgør hvert år, hvilke reguleringer der skal finde sted.

Stk. 3. Erstatning og godtgørelse fastsættes på grundlag af de beløb, der i henhold til stk. 1 var gældende på tidspunktet for skadens indtræden.

FORRENTNING

§ 16. Krav om godtgørelse for svie og smerte, godtgørelse for varigt men, erstatning for erhvervsevnetab samt erstatning for tab af forsørger forrentes fra skadestidspunktet, til betaling sker, med en årlig rente, der svarer til den til enhver tid fastsatte officielle diskonto med et tillæg på 6 pct. (* 2). Justitsministeren kan hvert andet år efter forhandling med Danmarks Nationalbank og økonomiministeriet ændre renten.

REGRES MOD DEN ERSTATNINGSANSVARLIGE

§ 17. Ydelser i henhold til den sociale lovgivning, herunder dagpenge, sygehjælp, pension efter den sociale pensionslovgivning og ydelser i henhold til lov om arbejdsskadeforsikring, som tilkommer en skadelidt eller efterlevende, kan ikke danne grundlag for regreskrav mod den erstatningsansvarlige. Det samme gælder pensionsydelser, der udbetales af stat, kommune eller i henhold til anden pensionsordning, samt forsikringsydelser uanset forsikringens karakter, jfr. § 22, stk. 2.

Stk. 2. En arbejdsgiver, der har udbetalt dagpenge eller sygeløn til en skadelidt eller har udbetalt dertil knyttede ydelser, kan gøre regres mod den erstatningsansvarlige i det omfang, arbejdsgiveren har lidt et tab.

OVERFØRELSE M.V. AF ERSTATNINGS- OG GODTGØRELSESKRAV

§ 18. Krav om erstatning og godtgørelse for personskade og krav om erstatning til den, der har mistet en forsørger, kan ikke overdrages, så længe kravet og dets størrelse ikke er anerkendt eller fastslået af domstolene.

Stk. 2. Krav om godtgørelse for personskade falder i arv, når det er anerkendt eller gjort gældende ved sagsanlæg eller under en straffesag ved kravets fremsættelse i retten eller et anklageskrift eller en stævning, der er indleveret til retten.

Stk. 3. Erstatning og godtgørelse som nævnt i stk. 1, der ikke må antages at være forbrugt, indgår ikke i formuefællesskabet mellem ægtefæller ved skifte i anledning af ægteskabs ophør, separation eller bosondring. Erstatningen eller godtgørelsen indgår dog i formuefællesskabet, når den, som erstatningen tilkommer, afgår ved døden, medmindre erstatningen eller godtgørelsen ifølge ægtepagt er særeje.

Stk. 4. Reglerne i stk. 1 og stk. 3 finder ikke anvendelse på krav om erstatning for tabt arbejdsfortjeneste.

Kapitel 2

ERSTATNINGSANSVAR FOR SKADE, DER ER DÆKKET AF FORSIKRING

§ 19. I det omfang en skade er dækket af en tingsforsikring eller en driftstabsforsikring, er der ikke erstatningsansvar.

Stk. 2. Reglen i stk. 1 gælder ikke, såfremt:

- 1) den erstatningsansvarlige har forvoldt skaden forsætligt eller ved grov uagtsomhed, eller
- 2) skaden er forvoldt ved udøvelse af offentlig eller erhvervsmæssig virksomhed eller virksomhed, der kan ligestilles hermed.

Stk. 3. Har en arbejdstager forvoldt en skade, der er dækket af en tingsforsikring, en driftstabsforsikring eller arbejdsgiverens ansvarsforsikring, ifalder arbejdstageren ikke erstatningsansvar, medmindre skaden er forvoldt forsætligt eller ved grov uagtsomhed.

§ 20. Staten, en kommune eller en anden offentlig institution, der i almindelighed er selvforsikrer, er stillet som om forsikring var tegnet, jfr. § 19.

§ 21. §§ 19 og 20 gælder ikke for erstatningsansvar, der er omhandlet i

- 1) færdselslovens regler om ansvar for motordrevne køretøjer, eller som i øvrigt er dækket af den for køretøjet lovpligtige ansvarsforsikring,
- 2) luftfartsloven eller
- 3) søloven.

§ 22. Såfremt der er erstatningsansvar for en skade, der er dækket af en skadesforsikring, indtræder forsikringsselskabet i det omfang, det har betalt erstatning, i den skadelidtes ret mod den erstatningsansvarlige.

Stk. 2. Ved livs-, ulykkes- eller sygeforsikring eller anden personforsikring har selskabet uanset forsikringens karakter intet krav mod den erstatningsansvarlige.

Kapitel 3

Forskellige bestemmelser

ARBEJDSTAGERS ERSTATNINGSANSVAR

§ 23. Erstatning, som en arbejdsgiver har måttet udrede som følge af en arbejdstagers uforsvarlige adfærd, kan kun kræves betalt af denne i det omfang, det findes rimeligt under hensyn til den udviste skyld, arbejdstagerens stilling og omstændighederne i øvrigt.

Stk. 2. Arbejdstagerens erstatningsansvar over for skadelidte kan nedsættes eller bortfalde, hvis det findes rimeligt under hensyn til de i stk. 1 nævnte omstændigheder og til skadelidtes interesse. Erstatning, som arbejdstageren har måttet udrede, kan denne kræve betalt af arbejdsgiveren i det omfang, ansvaret endeligt skal påhvile arbejdsgiveren efter stk. 1.

Stk. 3. Bestemmelsen i stk. 1 finder tilsvarende anvendelse på arbejdsgiverens erstatningskrav mod arbejdstageren for skade, denne i øvrigt forvolder arbejdsgiveren i tjenesten.

ALMINDELIG LEMPELSESREGEL

§ 24. Erstatningsansvar kan nedsættes eller bortfalde, når ansvaret vil virke urimeligt tyngende for den erstatningsansvarlige, eller når ganske særlige omstændigheder i øvrigt gør det rimeligt. Ved afgørelsen skal der tages hensyn til skadens størrelse, ansvarets beskaffenhed, skadevolderens forhold, skadelidtes interesse, foreliggende forsikringer samt omstændighederne i øvrigt.

Stk. 2. Under tilsvarende betingelser som angivet i stk. 1 kan der ses helt eller delvis bort fra skadelidtes medvirken til skaden. Ved krav om erstatning til den, der har mistet en forsørger, gælder det samme om afdødes medvirken.

FLERE ERSTATNINGSANSVARLIGE

§ 25. Den indbyrdes fordeling af erstatningsbyrden mellem flere solidarisk erstatningsansvarlige foretages efter, hvad der under hensyn til ansvarets beskaffenhed og omstændighederne i øvrigt må anses for rimeligt.

Stk. 2. Er en eller flere af de erstatningsansvarlige dækket af en ansvarsforsikring, gælder § 19, stk. 1 og 2, og § 21. I de tilfælde, der er nævnt i § 19, stk. 2, nr. 1 og 2, og § 21, kan der ved den indbyrdes fordeling af erstatningsbyrden mellem skadevolderne tages hensyn til foreliggende ansvarsforsikringer. § 20 finder tilsvarende anvendelse.

GODTGØRELSE FOR TORT

§ 26. Den, der er ansvarlig for en retsstridig krænkelse af en andens frihed, fred, ære eller person, skal betale den forurettede godtgørelse for tort. § 18, stk. 1 og 2, finder tilsvarende anvendelse på godtgørelse for tort.

FRAVIGELSE AF LOVENS REGLER

§ 27. Aftaler om fravigelse af reglerne i §§ 1-16, § 24, stk. 2, og § 26, der er indgået inden en skades indtræden,

er ugyldige, såfremt fravigelsen er til ugunst for den erstatningsberettigede.

Stk. 2. Aftaler om fravigelse af § 17, stk. 1, § 19, stk. 1 og 3, § 20, § 22, stk. 2, § 23, § 24, stk. 1, og § 25, der er indgået inden en skades indtræden, er ugyldige, såfremt fravigelsen er til ugunst for den erstatningsansvarlige. Reglen i § 25 kan dog fraviges for skader, der forvoldes ved udøvelse af offentlig eller erhvervsmæssig virksomhed eller virksomhed, der kan ligestilles hermed.

Kapitel 4

Ikrafttrædelsesbestemmelser m.v.

§ 28. Loven træder i kraft den 1. oktober 1984 og finder anvendelse på erstatningsansvar for skader, der indtræder efter lovens ikrafttræden.

§ 29. Følgende lovbestemmelser ophæves:

- 1) § 25 i lov nr. 129 af 15. april 1930 om forsikringsaftaler.
- 2) § 15 i lov om ikrafttræden af borgerlig straffelov m.m., jfr. lovbekendtgørelse nr. 277 af 30. juni 1965.
- 3) § 14, stk. 3, 2. pkt., i arveloven, jfr. lov nr. 215 af 31. maj 1962.
- 4) § 53, stk. 3, 2. pkt., i sømandsloven, jfr. lov nr. 420 af 13. juni 1973.
- 5) § 67, 2. pkt., i søloven, jfr. lovbekendtgørelse nr. 353 af 1. juli 1974.

§ 30. I lov nr. 79 af 8. marts 1978 om arbejdsskadeforsikring foretages følgende ændring:

§ 55 affattes således:

»§ 55. Ydelser i henhold til loven kan ikke danne grundlag for regreskrav mod en skadevolder, der har pådraget sig erstatningspligt over for skadelidte eller dennes efterladte. Skadelidtes eller dennes efterladtes krav mod den erstatningsansvarlige nedsættes i det omfang, forsikringsselskabet har betalt eller er pligtigt at betale erstatning til de pågældende efter denne lov.«

§ 31. En forsikringstager kan ikke opsige en forsikringsaftale på grund af en forhøjelse af præmien, som alene er begrundet med den ændring af størrelsen af erstatning for personskade og tab af forsørger, der er en følge af denne lov.

§ 32. Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kgl. anordning sættes i kraft for disse landsdele med de afvigelser, som de særlige færøske og grønlandske forhold tilsiger.

Lov nr. 618 af 19. december 1984 indeholder følgende bestemmelse:

§ 7. Loven træder i kraft den 1. januar 1985 og finder anvendelse i det omfang, der skal betales renter for et tidsrum efter lovens ikrafttræden.

Justitsministeriet, den 8. september 1986

Erik Ninn-Hansen

/Jens Møller

(* 2) Lov nr. 618 af 19. december 1984, § 4, ændrer procentsatsen fra 2 pct. til 6 pct.

Lov om erstatning for vaccinationsskader

VI MARGRETHE DEN ANDEN, af Guds Nåde Danmarks Dronning, gør vitterligt: Folketinget har vedtaget og Vi ved Vort samtykke stadfæstet følgende lov:

§ 1. Staten yder erstatning til en vaccineret person eller dennes efterladte for skade, som med rimelig sandsynlighed må antages at være forårsaget af vaccination her i landet mod en sygdom, der er omfattet af lov om tilbud om gratis vaccination mod visse sygdomme.

Stk. 2. Staten yder endvidere tilsvarende erstatning for skade, som med rimelig sandsynlighed skyldes smitte fra en person, der er vaccineret som nævnt i stk.1.

Stk. 3. Inderigsministeren kan fastsætte bestemmelser om, at også anden vaccination end den i stk. 1 omhandlede skal være omfattet af loven.

§ 2. Sager om ydelser efter denne lov behandles af sikringsstyrelsen.

Stk. 2. Forinden sikringsstyrelsen træffer afgørelse af spørgsmål vedrørende tilkendelse af ydelser efter § 4, nr.2-5, skal sikringsstyrelsen give skadelidte eller de efterladte samt andre vedkommende lejlighed til at gøre sig bekendt med de foreliggende oplysninger og til at udtale sig om sagen.

§ 3. Anmeldelse til sikringsstyrelsen af skader, som må antages at kunne medføre ydelse efter loven, skal ske snarest muligt og senest eet år efter, at de første sikre symptomer på skaden er påvist. Sikringsstyrelsen kan se bort fra denne frist, når der er særlig grund dertil.

Stk. 2. Det påhviler enhver læge, som i sin virksomhed bliver bekendt med skader, som må antages at kunne medføre ydelser efter loven, at foretage indberetning herom til sikringsstyrelsen.

§ 4. Ydelserne efter denne lov er:

- 1) sygebehandling, optræning og hjælpemidler m.m.,
- 2) erstatning for tab af erhvervsevne,
- 3) erstatning for varigt meen,
- 4) overgangsbetaling til efterladte ved dødsfald,
- 5) erstatning for tab af forsørger.

§ 5. I sager efter loven anvendes reglerne i lov om arbejdsskadeforsikring tilsvarende for så vidt angår:

- 1) skadelidtes medvirken til skadens indtræden,
- 2) betaling af lægeattester m.v.,
- 3) de midler, sikringsstyrelsen kan anvende for at få sagen oplyst,
- 4) sikringsstyrelsens ret til at stille visse krav til skad elidte eller de efterladte efter skadens indtræden,
- 5) fastsættelse, kapitalisering, regulering og udbetaling af lovens ydelser,
- 6) fastsættelse af årsløn,
- 7) regres mod skadevolderen,
- 8) overdragelse af og retsforfølgning mod skadelidtes krav.

Stk. 2. Erstatning for tab af erhvervsevne kan tidligst ydes med virkning fra skadelidtes fyldte 15. år.

§ 6. Sikringsstyrelsens afgørelse kan indbringes for den sociale ankestyrelse.

Stk. 2. Klagen til ankestyrelsen indgives inden 4 uger efter, at klageren har fået meddelse om afgørelsen. For en skadelidt eller for efterladte, der på afgørelsens tidspunkt opholder sig på Færøerne eller i det øvrige Europa uden for Danmark, er fristen dog 6 uger; opholder de sig uden for Europa, er fristen 3 måneder.

Stk. 3. Ankestyrelsen kan se bort fra overskridelse af klagefristen, når der er særlig grund hertil. Afgørelse herom træffes af chefen for ankestyrelsen.

§ 7. Socialministeren kan fastsætte bestemmelser om, hvad der skal ske med løbende ydelser, herunder om disse skal inddrages helt eller delvis, hvis skadelidte kommer under særforsorg eller på anden måde forsørges af det offentlige.

§ 8. Loven træder i kraft den 1. april 1978 og anvendes på skader, for hvilke de første sikre symptomer er påvist efter lovens ikrafttræden.

Stk. 2. Lov nr 234 om erstatning for vaccinationsskader af 7. juni 1972 ophæves. Loven anvendes dog fortsat på skader, for hvilke de første sikre symptomer er påvist inden lovens ikrafttræden. GIVET PÅ CHRISTIANSBORG SLOT, DEN 8. MARTS 1978. Under Vor Kongelige Hånd og Segl. MARGRETHE R.

/Egon Jensen.

Officielle noter

Ingen

Oversigt

- [Kapitel 1 Lovens anvendelsesområde](#)
- [Kapitel 2 Definitioner](#)
- [Kapitel 3 Ansvar og erstatningen](#)
- [Kapitel 4 Melleghandleransvar](#)
- [Kapitel 5 Flere ansvarlige og regres](#)
- [Kapitel 6 Andre bestemmelser](#)
- [Kapitel 7 Ikrafttrædelsesbestemmelser m.v.](#)

Den fulde tekst

Lov om produktansvar

VI MARGRETHE DEN ANDEN, af Guds Nåde Danmarks Dronning, gør vitterligt: Folketinget har vedtaget og Vi ved Vort samtykke stadfæstet følgende lov:

Kapitel 1

Lovens anvendelsesområde

§ 1. Loven gælder for det ansvar, der påhviler en producent og en melleghandler for skade forårsaget af en defekt ved et produkt, der er produceret eller leveret af denne (produktskade).

Kapitel 2

Definitioner

Skade

§ 2. Loven omfatter erstatning og godtgørelse for personskade og erstatning for tab af forsørger. Endvidere omfatter loven erstatning for skade på ting i de tilfælde, der er nævnt i stk. 2.

Stk. 2. Skade på ting er omfattet af loven, hvis den pågældende genstand efter sin art sædvanligvis er beregnet til ikke-erhvervsmæssig benyttelse og hovedsagelig er anvendt af skadelidte i overensstemmelse hermed. Loven omfatter ikke skade på selve det defekte produkt.

Produkt

§ 3. Ved et produkt forstås enhver løsøregenstand, hvad enten denne er forarbejdet eller er et naturprodukt, og uanset om genstanden er indføjjet som en bestanddel af en anden løsøregenstand eller en fast ejendom. Reglerne om produkter omfatter også elektricitet.

Stk. 2. Loven omfatter ikke uforarbejdede produkter hidrørende fra jordbrug, husdyrbrug, fiskeri og jagt.

Producent og melleghandler

§ 4. Som producent anses den, der fremstiller et færdigt produkt, et delprodukt eller en råvare, den, der frembringer eller indsamler et naturprodukt, samt den, der ved at anbringe sit navn, mærke eller andet kendetegn på produktet udgiver sig for at være dets producent.

Stk. 2. Som producent anses endvidere den, der som led i sin erhvervsvirksomhed indfører et produkt i EF med henblik på videresalg, udlejning, leasing eller anden form for omsætning.

Stk. 3. Som mellemhandler anses den, som erhvervsmæssigt bringer et produkt i omsætning uden at anses som producent.

Stk. 4. Kan skadelidte ved et produkt, der er produceret i EF, ikke konstatere, hvem der har produceret dette, eller kan skadelidte ved et produkt, der er produceret uden for EF, ikke konstatere, hvem der har indført dette i EF, anses enhver mellemhandler af produktet som producent.

Stk. 5. Bestemmelsen i stk. 4 gælder ikke, hvis mellemhandleren inden rimelig tid giver skadelidte oplysninger om producentens eller importørens navn og adresse eller navnet og adressen på den, der har leveret produktet til mellemhandleren. Mellemhandleren kan ikke henvise skadelidte til en ansvarlig, der har hjemting uden for EF.

Defekt

§ 5. Et produkt lider af en defekt, når det ikke frembyder den sikkerhed, som med rette kan forventes. Ved bedømmelsen heraf tages hensyn til alle omstændigheder, navnlig til:

- 1) produktets markedsføring,
- 2) den anvendelse af produktet, som med rimelighed kan forventes, og
- 3) tidspunktet, da produktet er bragt i omsætning.

Stk. 2. Et produkt anses ikke for at være defekt, alene fordi der senere er bragt et bedre produkt i omsætning.

Kapitel 3

Ansaret og erstatningen

Ansaret

§ 6. En producent skal erstatte skade, der er forårsaget af en defekt ved et produkt, som er produceret eller leveret af denne.

Stk. 2. Det påhviler skadelidte at føre bevis for skaden, defekten og årsagsforbindelsen mellem defekten og skaden.

Ansvarsfrihedsgrunde

§ 7. Producenten er ikke ansvarlig, hvis denne beviser:

- 1) at denne ikke har bragt produktet i omsætning,
- 2) at produktet af denne hverken er fremstillet, frembragt, indsamlet eller bragt i omsætning som led i erhvervsvirksomhed,
- 3) at defekten skyldes, at produktet skal være i overensstemmelse med ufravigelige forskrifter udstedt af offentlig myndighed, eller
- 4) at det på grundlag af den videnskabelige og tekniske viden på det tidspunkt, da produktet blev bragt i omsætning, ikke var muligt at opdage defekten.

Stk. 2. Producenten er endvidere ikke ansvarlig, hvis det må antages, at den defekt, der har forvoldt skaden, ikke var til stede på det tidspunkt, da denne bragte produktet i omsætning.

Stk. 3. Producenten af et delprodukt er ikke ansvarlig, hvis denne beviser, at defekten ved produktet skyldes udformningen af det produkt, i hvilket delproduktet indgår, eller anvisninger, som er givet af den, der har fremstillet det færdige produkt.

Tingsskade

§ 8. Ved fastsættelse af erstatning for skade på ting fradrages et beløb på 4.000 kr.

Stk. 2. Justitsministeren kan til gennemførelse af EF-direktiv herom ændre beløbsangivelsen i stk. 1.

Egen skyld

§ 9. Erstatningen kan nedsættes eller bortfalde, hvis skadelidte har medvirket til skaden ved forsæt eller uagtsomhed.

Stk. 2. Ved skade på ting skal nedsættelse som følge af egen skyld ske i det beløb, der fremkommer efter fradrag af det i § 8 nævnte beløb.

Kapitel 4

Melleghandleransvar

§ 10. En melleghandler hæfter for produktansvar umiddelbart over for skadelidte og senere melleghandlere i omsætningskæden.

Kapitel 5

Flere ansvarlige og regres

§ 11. Er to eller flere ansvarlige efter denne lov for samme skade, hæfter de solidarisk.

Stk. 2. Er flere ansvarlige som producenter i henhold til § 4, stk. 1, fordeles ansvaret mellem disse i mangel af aftale herom under hensyn til årsagen til defekten, den enkelte producents anledning til og mulighed for at føre kontrol med produktet, foreliggende ansvarsforsikringer og omstændighederne i øvrigt.

Stk. 3. Den, der som melleghandler eller som producent i henhold til § 4, stk. 2 eller 4, har betalt erstatning til skadelidte eller en senere melleghandler, indtræder i skadelidtes krav mod tidligere led i produktions- og omsætningskæden. Regreskravet kan bortfalde eller nedsættes, hvis den regressøgende forsætligt eller uagtsomt har medvirket til skadens indtræden eller forøget dens omfang.

Kapitel 6

Andre bestemmelser

Lovens ufravigelighed

§ 12. Loven kan ikke ved forudgående aftale fraviges til skade for skadelidte eller den, som indtræder i skadelidtes krav.

Forholdet til almindelige erstatningsregler

§ 13. Loven begrænser ikke skadelidtes adgang til erstatning efter almindelige regler om erstatning i eller uden for kontrakt eller i medfør af regler, som er fastsat i eller i henhold til anden lovgivning.

Forældelse

§ 14. Erstatningskrav for produktskade efter denne lov eller efter almindelige regler om erstatning i eller uden for kontrakt, jf. § 13, forældes 3 år efter den dag, da skadelidte har fået eller burde have fået kendskab til skaden, defekten og vedkommende producents navn og opholdssted. Med hensyn til suspension og afbrydelse af forældelse efter 1. pkt. gælder bestemmelserne i § 2, 2. pkt., og § 3 i lov nr. 274 af 22. december 1908.

Stk. 2. Er forældelse ikke indtrådt efter reglerne i stk. 1, bortfalder kravet 10 år efter den dag, da producenten bragte det skadevoldende produkt i omsætning. Med hensyn til afbrydelse af forældelse efter 1. pkt. gælder bestemmelsen i § 2, 2. pkt., i lov nr. 274 af 22. december 1908. Bestemmelserne i 1.-2. pkt. gælder ikke for krav om erstatning for produktskade efter dansk rets almindelige regler om erstatning i eller uden for kontrakt, jf. § 13.

Atomskader

§ 15. Loven gælder ikke for skader, der er omfattet af lov nr. 332 af 19. juni 1974 om erstatning for atomskader (nukleare skader).

§ 16. Justitsministeren kan fastsætte regler til gennemførelse af mellemfolkelige overenskomster om lovvalget i sager om produktansvar.

Kapitel 7

Ikrafttrædelsesbestemmelser m.v.

§ 17. Loven træder i kraft dagen efter bekendtgørelsen i Lovtidende.

Stk. 2. Loven gælder ikke, såfremt det produkt, der har forvoldt skade, er bragt i omsætning af producenten inden lovens ikrafttræden.

§ 18. Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan ved kongelig anordning sættes i kraft for disse landsdele med de afvigelser, som de særlige færøske og grønlandske forhold tilsiger.

Givet på Christiansborg Slot, den 7. juni 1989

Under Vor Kongelige Hånd og Segl

MARGRETHE R.

/H. P. Clausen

Officielle noter

Ingen

Lov om Blødererstatningsfonden

VI MARGRETHE DEN ANDEN, af Guds Nåde Danmarks Dronning, gør vitterligt: Folketinget har vedtaget og Vi ved Vort samtykke stadfæstet følgende lov:

Fonden

§ 1. Blødererstatningsfonden er en selvejende institution, der har til formål at yde støtte dels til blødere, der efter behandling med blodprodukter ved danske sygehuse er blevet konstateret HIV-smittede, dels til efterladte efter sådanne blødere. Fondens hjemsted er København.

§ 2. Staten yder en gang for alle fonden et beløb på 20 mio. kr., der udbetales, når fonden er etableret efter denne lovs regler.

Stk. 2. Sundhedsministeren kan godkende, at også andre midler end de af staten efter stk. 1 tilførte midler indgår i fonden.

Fondens bestyrelse

§ 3. Fonden ledes af en bestyrelse på 5 medlemmer, der alle udpeges af sundhedsministeren efter indstilling fra Danmarks Bløderforening.

Stk. 2. Bestyrelsens medlemmer og suppleanter for disse udpeges for 4 år ad gangen. Medlemmerne skal være myndige og bosiddende her i landet, og de må ikke selv være støtteberettigede efter denne lovs regler. Genudpegning kan finde sted.

Stk. 3. Bestyrelsen vælger af sin midte selv sin formand, og den fastsætter for sit arbejde en forretningsorden. Forretningsordenen skal godkendes af sundhedsministeren.

Fondens anvendelse m.v.

§ 4. Fondens midler uddeles efter bestyrelsens beslutning efter retningslinjerne i stk. 2-4, jf. dog stk. 5.

Stk. 2. Fonden kan yde støtte i form af engangsbetalt eller løbende beløb, der ydes over et på forhånd fastsat antal år eller til en begivenhed, der indtræder inden dette åremåls udløb. Fonden kan i forbindelse hermed forbruge af såvel kapitalen som afkastet heraf.

Stk. 3. Indtil 20 pct. af fondens midler kan efter ansøgning ydes som engangsbetalt til merudgifter, som den HIV-smittede bløder eller dennes samlevende familie måtte have i deres dagligdag som følge af den HIV-smittede bløders eller dennes families særlige individuelle behov.

Stk. 4. Resten af fondens midler kan efter ansøgning ydes som engangsbetalt eller faste årlige beløb dels til dækning af HIV-smittede bløderes tabte arbejdsfortjeneste og det forkortede livsperspektiv samt eventuelt forringet livskvalitet, som HIV-smitten medfører, dels til dækning af forsørgertab til efterladte efter en afdød HIV-smittet bløder. Beløb kan dog kun ydes, så længe de pågældende lever. Beløb, der udbetales til efterladte børn, kan længst ydes indtil barnets fyldte 21. år.

Stk. 5. Sundhedsministeren kan, når særlige forhold taler herfor, efter ansøgning fra fondens bestyrelse godkende fravigelse af de i stk. 2-4 anførte retningslinjer for fondens anvendelse.

Stk. 6. Efterladte efter stk. 4 omfatter ægtefæller til HIV-smittede blødere eller samlevere, hvor samlivet har bestået mindst 2 år, og børn. Fondens bestyrelse kan, når særlige forhold taler herfor, dispensere fra kravet om 2 års samliv, for så vidt angår en efterladt samlever.

Stk. 7. Fonden kan af dennes midler årligt anvende indtil 1,5 pct. af fondens oprindelige kapital til administration og revision af fonden.

§ 5. Fonden træffer den endelige afgørelse om uddeling af midler efter loven.

§ 6. Fonden offentliggør på passende måde den støtte, der kan ansøges om fra fonden.

§ 7. Støtte ydet efter § 4 til umyndige HIV-smittede blødere udbetales til værgens bestyrelse og rådighed efter reglerne i lov om udbetaling af godtgørelse til umyndige HIV-positive blødere, transfusionssmittede m.fl.

Fondens regnskab m.v.

§ 8. Fondens midler skal anbringes i overensstemmelse med reglerne i Justitsministeriets bekendtgørelse om anbringelse af fondes midler og bestyrelsesvederlag m.v.

Stk. 2. Fondens midler skal indleveres til bestyrelse i en forvaltningsafdeling, som er knyttet til et pengeinstitut, og som justitsministeren har godkendt dertil.

§ 9. Fonden skal aflægge årsregnskab, der skal udarbejdes i overensstemmelse med god regnskabsskik. Regnskabsåret, der skal omfatte 12 måneder, følger kalenderåret.

Stk. 2. Senest 4 måneder efter hvert regnskabsårs afslutning skal fondens regnskab underskrevet af bestyrelsen og attesteret af revisor indsendes til sundhedsministeren. Sundhedsministeren kan fastsætte krav til regnskabets form og indhold.

Stk. 3. Fondens regnskaber revideres af en statsautoriseret eller en registreret revisor, der udpeges af sundhedsministeren efter indstilling fra fonden. Revisor skal revidere årsregnskabet i overensstemmelse med god offentlig revisionsskik.

Stk. 4. Samtidig med indsendelsen af fondens årsregnskab afgiver bestyrelsen en beretning til sundhedsministeren for fondens virksomhed. Sundhedsministeren kan fastsætte regler for beretningens form og indhold.

§ 10. Fonden skal på forlangende give sundhedsministeren enhver oplysning om fondens virksomhed.

Andre bestemmelser

§ 11. Fondens bestyrelse og andre, der efter anmodning fra fondens bestyrelse deltager i administrationen af opgaver efter denne lov, kan afkræve beløbsmodtagere efter loven de oplysninger, som er nødvendige for at fastsætte, udbetale og kontrollere støtte fra fonden.

Stk. 2. Sundhedsstyrelsen kan til brug ved fondens beregning af ydelser efter loven videregive statistiske oplysninger fra hæmofilcentre og infektionsmedicinske afdelinger til fonden.

§ 12. Straffelovens § 152 og §§ 152 d-f finder tilsvarende anvendelse på bestyrelsesmedlemmer og dem, der

medvirker ved administrationen af opgaver efter denne lov.

§ 13. Fonden ophører med sin virksomhed senest 15 år efter lovens ikrafttræden, eller når fondens bestyrelse i øvrigt ansøger sundhedsministeren herom.

Stk. 2. Ved fondens ophør tilfalder eventuelle resterende midler staten, jf. dog stk. 3.

Stk. 3. Såfremt der efter § 2, stk. 2, er tilgået fonden andre midler end de af staten tilførte, træffer sundhedsministeren ved fondens ophør bestemmelse om, hvorledes disse eventuelle resterende midler skal forvaltes.

Stk. 4. Beregning af resterende midler efter stk. 2-3 foretages på grundlag af en forholdsmæssig fordeling baseret på de oprindelige kapitalindskud fra henholdsvis staten og andre.

§ 14. Støtte udbetalt efter denne lov og afkastet heraf indgår ikke i modtagerens husstandsindkomst, jf. § 8 i lov om individuel boligstøtte.

Stk. 2. Der skal i alle tilfælde ses bort fra ydelser efter denne lov og afkastet heraf i forbindelse med tildeling af ydelser efter pensionslovgivningen, bistandsloven og andre sociale love inden for Socialministeriets område.

§ 15. I lov om påligningen af indkomst- og formueskat til staten (ligningsloven), jf. lovbekendtgørelse nr. 851 af 30. september 1994, som ændret ved lov nr. 1115 af 21. december 1994 og senest ændret ved lov nr. 216 af 29. marts 1995, foretages følgende ændring:

I § 7, *litra u*, indsættes efter ordene »personer, der er behandlet ved danske sygehuse«:

»samt støtte, der udbetales af Blødererstatningsfonden, til blødere, der efter behandling med blodprodukter ved danske sygehuse er blevet konstateret HIV-smittede, eller til disses efterladte.«

Ikrafttrædelses- og overgangsbestemmelser

§ 16. Loven træder i kraft dagen efter bekendtgørelsen i Lovtidende.

§ 17. Uanset bestemmelsen i § 9, stk. 1, 2. pkt., afgiver fonden regnskab og beretning første gang for perioden fra fondens etablering til 31. december 1995.

§ 18. Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland.

Givet på Christiansborg Slot, den 14. juni 1995

Under Vor Kongelige Hånd og Segl

MARGRETHE R.

/Yvonne Herløv Andersen

Officielle noter

Ingen

Bekendtgørelse om godtgørelse til HIV-positive blødere, transfusionssmittede m.fl.

Ved aktstykke 39, tiltrådt af finansudvalget den 12. november 1992,

er der taget stilling til udbetaling af kulancemæssig godtgørelse

til HIV-smittede blødere m.fl. og HIV-positive transfusionssmittede

m.fl. Finansudvalget har ved aktstykket bl.a. tiltrådt følgende:

§ 1. Sundhedsministeren bemyndiges til af statskassen at yde kulancemæssig godtgørelse til de hæmofilpatienter (blødere), der efter behandling med blodprodukter ved danske sygehuse er konstateret HIV-smittede, eller til HIV-positive personer, som med overvejende sandsynlighed er blevet smittet gennem blodtransfusioner ved danske sygehuse og ikke tidligere har modtaget godtgørelse for HIV-smitten. Såfremt ovennævnte er afdøet ved døden og ikke har fået udbetalt godtgørelsen, ydes godtgørelsen til de efterladte, dvs. ægtefæller eller samlever, hvor samlivet har bestået i mindst 2 år, og børn. Fordeling mellem de efterladte foregår efter følgende retningslinier:

- 1) Hvis afdøde alene efterlader sig ægtefælle eller samlever, udbetales det fulde godtgørelsesbeløb til den pågældende.
- 2) Hvis afdøde alene efterlader sig børn, fordeles godtgørelsen ligeligt mellem dem.
- 3) Efterlader afdøde sig både ægtefælle og børn eller samlever og børn, fordeles beløbet med 2/3 til ægtefællen henholdsvis samleveren og 1/3 til børnene.

Stk. 2. På tilsvarende måde bemyndiges sundhedsministeren til at yde kulancemæssig godtgørelse til ægtefæller eller samlever til en person, der er omfattet af de i stk.1, 1. punktum nævnte bestemmelser om godtgørelse for HIV-smitte, og som selv med overvejende sandsynlighed er blevet HIV-smittede af en af de pågældende blødere eller transfusionsbehandlede. Såfremt ægtefællen eller samleveren er afdøet ved døden, og ikke har fået udbetalt godtgørelsen, ydes godtgørelsen til efterladte børn.

Stk. 3. Godtgørelsen udgør et fast beløb på 750.000 kr. Til HIV-smittede blødere, HIV-positive transfusionssmittede eller disses efterladte, samt HIV-smittede ægtefæller eller samlever eller disses børn, som tidligere har modtaget 250.000 kr. i godtgørelse, ydes yderligere 500.000 kr. i godtgørelse.

Stk. 4. Anmodning om godtgørelse skal fremsættes af den HIV-smittede eller dennes efterladte ægtefælle/samlever eller børn over for Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen kan, når særlige forhold taler herfor, se bort fra kravet i stk. 1 om 2 års samliv for så vidt angår en efterladt samlever.

§ 2. Godtgørelsen medregnes ikke ved opgørelsen af modtagerens skattepligtige indkomst, jf. statsskatteloven.

§ 3. Godtgørelsen og afkastet af godtgørelsen indgår ikke i modtagerens husstandsindkomst, jf. § 7 i lov om individuel boligstøtte.

§ 4. Godtgørelsen og afkastet af godtgørelsen medfører ikke reduktion i ydelser, som måtte tilkomme den eller de pågældende efter lovgivningen inden for Socialministeriets område, jf. lov om social pension og lov om social

Bekendtgørelse om godtgørelse til HIV-positive blødere,
bistand.

§ 5. Bekendtgørelse nr. 313 af 14. juni 1988 ophæves.

Sundhedsministeriet, den 19. november 1992

Ester Larsen

/ Dorte Knudsen

Officielle noter

Ingen

Bilag 14. OVERVEJELSER.

D. 07 08 97

Notat vedr. patientforsikringen og psykiske skader.

Indledning:

Dette notat er udarbejdet efter anmodning fra Udvalget. Som det vil ses af notatet finder jeg det ikke rimeligt, at man udelukker psykiske skader fra Patientforsikringens område. Der er i princippet ingen forskel på problemstillingen og analysen i forbindelse med henholdsvis psykiske og somatiske lidelser i almindelighed og specielt heller ikke i forbindelse med henholdsvis psykiske og fysiske skader. Udredningen af de psykiske skader er nok mere kompliceret, men de grundlæggende principper for den er den samme som for fysiske.

Sygdomsbegrebet:

Sygdomsbegrebet er særdeles omfattende. Set i forhold til de samlede lidelser spænder det således bl.a. infektionssygdomme til skader og medfødte arvelige lidelser. I relation til Patientforsikringen rummer det dermed skader forvoldt af behandlingen. For den enkelte lidelses vedkommende omfatter det sygdomsforløbet fra begyndelsesfasen til evt. sygdomsfølger, hvor selve den sygelige proces er ophørt eller gået ind i en kronisk fase. Endvidere er begrebet knyttet til andre begreber: subjektive og objektive symptomer (se senere), den bagved liggende sygdomsproces og bag dette igen årsagsforholdene.

Men dette er ikke tilstrækkeligt udtømmende. Begrebet er også knyttet dels til den syge som subjektiv lidelse, f.eks. smerter, dels til den betydning sygdommen har for den enkelte. Herfra griber det over i det sociale og kulturelle felt. Med sygdom følger en bestemt rolle, som igen udløser en rolle fra andre. Sygdom forpligter omgivelserne. Den syge har krav på omsorg, som dels viser sig i en behandlingsret dels i en række sociale retskrav (sygedagpenge, helbredsbeholdning pension m.m.).

Netop med denne forpligtelse opstår der en ambivalens over for den syge, særlig hvor sygdommen ikke er åbenbar og den reducerede arbejdsevne og sociale evne i det hele taget dermed umiddelbart forståelig. Således opstår der modkrav til den syge om at underkaste sig behandling og om dokumentation for lidelsen. Dokumentationskravet fører tilbage til det mere snævre felt, centreret omkring den enkelte sygdom. Der skal påvises en sygdom, som kan godtgøre f.eks. invaliditet. Er der krav om erstatning skal det sandsynliggøres, at skaden er forvoldt af noget bestemt, f.eks. af behandlingen, hvor det drejer sig om Patientforsikringen. Dermed kommer man som nævnt ind i en analyse, som er særdeles kompliceret og som omfatter subjektive og objektive symptomer, sygdomsprocessen og dens årsagsforhold.

Symptomer:

På engelsk skelnes mellem symptoms og clinical signs som kan oversættes til henholdsvis subjektivt og objektive symptomer. Ved det første forstås den syges egne oplevelser f.eks. smerter, ved det andet det som direkte kan iagttages også af andre og her specielt lægen, som f.eks. hævelse og rødme ved en byld. Denne opdeling er praktisk, men kan for patienten blive problematisk, såfremt lægen ikke kan finde objektive tegn. Mistanken om at der søges en uberettiget gevinst bliver vakt. Troværdigheden afhænger med andre ord af, at der kan påvises noget af andre. Den subjektive oplevelse er et utilstrækkeligt bevis. Men manglende objektivt bevis kan skyldes, at der ikke er undersøgt grundigt nok eller at de eksisterende undersøgelsesmetoder er utilstrækkelige.

Sygdomsprocessen og sygdomsårsagen:

Bag symptomerne ligger en sygdomsproces. For at finde frem til behandlingsmuligheder eller i f.eks. en erstatningssag at finde objektive holdepunkter for subjektive klager er det nødvendigt at finde frem til den bagvedliggende proces og helst også årsagen. Årsagen til enhver lidelse er dog langt fra kendt og dermed må man nøjes med en påvisning af sygdomsprocessen. Kan en sådan påvises vil det tages som bevis for sygdom som kan berettige krav om f.eks. helbredsbeholdning pension, idet man da vil kunne sige noget om behandelighed og varighed.

Drejer det sig derimod om en forsikringsydelse kræves der også en dokumentation af en bestemt årsag til sygdommen, - en skade.

Den diagnostiske og behandlingsmæssige proces:

Gennem århundreder har man samlet sygdomme i enheder på basis af en katalogisering omfattende symptomer,forløb, den sygelige proces og årsagerne. Forskningen udvikler hele tiden det diagnostiske apparat, det forfines og gøres mere nøjagtigt.

Ved diagnosticeringen i den konkrete sag foretages der ud fra det konkrete sygdomsbillede en fortolkning i forhold til de eksisterende diagnoser. Diagnosen indeholder en prognose, som har statistisk karakter.

Diagnosen har i sig selv det overordnede formål at finde frem til en mulig behandling. Behandlingen kan beskrives som en indsats hvis formål er at bedre prognosen.

Under behandling foregår der en fortsat diagnostisk proces, som skal afsløre om behandlingen har en positiv virkning eller om der evt.er tale om, at behandlingen er virkningsløs, forværrer tilstanden eller direkte skader mere end den gavner. Denne sidste proces har naturligvis særlig interesse for Patientforsikringen. Behandlingsbegrebet omfatter i denne henseende også undladelse af behandling.

Årager - helhed og del:

Smittes et menneske med en sygdom vil man sige, at årsagen til sygdommen f.eks. er en bestemt bakterie. Det er imidlertid en forenkling. Ikke alle som udsættes for samme smitte bliver syge. Der må med andre ord mere til. Bakterien er nødvendig,men ikke tilstrækkelig. Der må også være andet der bestemmer,således individets modstandskraft. Man kan tale om ydre og indre årsager eller om udløsende årsag og prædisposition.

Sygdomme har endvidere individuelle forløb og går man fra den snævre sygdomsopfattelse over i det sociale felt vil også konsekvenserne være forskelligartede. En rygskade vil f.eks. ikke have samme konsekvens i alle erhverv.

Der er heller ingen klar sammenhæng mellem årsag, den sygelige proces, symptomerne og sygdommens følgetilstand. Når man skal bevise f.eks. en rygskade og bevæge sig fra de subjektive til de objektive symptomer og derfra til den sygelige proces eller tilstand må man konstatere, at der ikke er nogen obligatorisk sammenhæng. Påvisningen af den sygelige proces sandsynliggør, at symptomerne f.eks. svære smerter er reelle,men på den anden side må det konstateres, at andre med den samme proces ikke har smerter af betydning. Hvor den ene må opgive sit erhverv fortsætter den anden troligt.

Man står med andre ord over for systemer, hvor der ikke er tale om enkle årsagskæder og - sammenhænge - men om komplekse. Den samme årsag kan føre til vidt forskelligt resultat og forskellige årsager kan føre til det samme resultat. En lille årsag kan få enorme effekter, en stor munde ud i ingenting.

Psyke og soma:

Den oprindelige skelnen mellem sjæl og legeme beroede på en kristen anskuelse af sjælen som noget åndeligt, ikke-materielt som var uforgængeligt i modsætning til kødets. Kødet omfattede oprindeligt også sindet.

I dag sondres der også mellem det kropslige som det direkte substantielle biologiske og det sjælelige psykiske. Men det psykiske felt er ikke længere religiøst. Det er nu identisk med sindet som omfatter intellektet på den ene side og handling og følelsesliv på den anden. I videnskabelig henseende er der tale om, at mennesket underkastes 2 væsensforskellige anskuelser, en biologisk snævert orienteret om kroppen med dens organer incl.hjernen og på den anden side mennesket som oplevende handlende og forholdende sig til andre, dvs. et socialt og historisk væsen. Hvor biologien, når den beskæftiger sig med mennesket, fortsat kan arbejde med et mere simpelt kausalitetsbegreb sålænge man udelukkende betragter enkeltdeler, er det betydeligt vanskeligere at finde plads til simple kausalitetsprincipper,når man kommer ind på det psykiske felt. I det psykiske felt indgår nemlig begrebet finalisme,dvs. at mennesker handler formålsbestemt omend det kan ske på et ubevidst plan.

Specialiseringen som er en nødvendighed for den videnskabelige fordybelse og for den praktiske lægegering viser sig på dette område, hvor man skal gå fra del til helhed og foretage spring fra det psykiske til det fysiske og omvendt, at give vanskeligheder. Den store helhed er mere uoverskuelig og det må vel være noget af baggrunden for, at man hvor det drejer sig om f.eks. erstatningsspørgsmål søger det eksakte, uanset at det indebærer en overforenkling.

Enhver fysisk somatisk sygdom indebærer psykiske og sociale konsekvenser. Elementært er således smerteoplevelsen. I almindelighed vil man tilskrive den noget fysisk. Og parallelt med oplevelsen af smerter vil man formentlig en dag kunne påvise processen i hjernen. Dermed opstår muligheden for, at hjernen selv kan producere en proces med smerteoplevelse til følge et eller andet sted, uanset at der ikke findes noget sygeligt der. Det er således muligt, at man en dag vil opdage at sædet for en lidelse i virkeligheden findes i hjernen, uanset at den umiddelbart udspiller sig et andet sted i kroppen. Det kan således blive tilfældet for fibromyalgi, hvor man kun med stor usikkerhed kan påvise noget i den muskulatur smerten lokaliseres til.

Angst som typisk vil regnes for noget psykisk giver så også fysiske udslag og den oprindelige årsag kan være en somatisk lidelse, som efter den er ophørt efterlader angsten som et mærke i sindet.

Træthed - og lign. svaghedsfølelse - er et symptom, som snart vil tilskrives noget psykisk, snart noget fysisk alt efter hvad man mener er hovedårsagen. Men træthedsoplevelsen er den samme. Der er utvivlsomt en tilbøjelighed til at kalde træthed for noget psykisk, når man ikke finder en fysisk forklaring. Derved vil man egentlig også antyde - sådan opleves det mange gange af patienterne - at trætheden ikke er reel og at patienten bør tage sig sammen. Denne skæbne har i pensionshenseende ramt en gruppe mennesker med såkaldt kronisk belastningssyndrom, træthedssyndrom m.m. Man har ikke nogen umiddelbar fysisk forklaring og derfor afvises de. Selv en psykologisk testning vil, når den påviser en demens ved et belastningssyndrom, ikke blive taget til følge, uanset at det psykologiske billede ikke kan skelnes fra demens af andre årsager. Dette illustrerer hvorledes man på basis af utilstrækkelig forskning på området tyer til den enkle løsning at afvise det, man ikke kan forklare objektivt som noget "psykisk". I denne forstand kommer psykisk til at betyde det samme som illusion eller simulation. Men det kan meget vel være, at man ved moderne teknikker en dag vil kunne påvise, at der foreligger en egentlig hjernelidelse.

Det er vigtigt at fremhæve disse 3 subjektive symptomer - smerte, angst og træthed - fordi de både kan være fysiske og psykiske i deres oprindelse og fordi det er disse symptomer som hyppigst vil være det, som betinger at en person føler sig syg og helbredssvækket.

Lærerig er diskusprolapsens historie. Oprindelig mente man det drejede sig om noget "psykisk". Man da man på et tidspunkt fandt på at undersøge ryggraden hos afdøde, der havde haft symptomerne fandt man discusprolapserne.

De psykiske sygdomme:

Man skelner mellem organiske og ikke-organiske lidelser, idet der ved de organiske forefindes en påviselig hjernesygdom, herunder skade, evt. med medfødt defekt. Manglerne i hjernen bliver således forklaringen på sygdommen og dens symptomer. En sådan forklaringsmodel er dog en overforenkling. Man kan ikke direkte iagttage manglerne. Det man ser er den resterende hjernes funktion.

Og ganske som for den øvrige organismes vedkommende vil den samme mangel eller funktionsfejl ikke nødvendigvis medføre det samme ydre tilstandsbillede (social funktion m.m.) hos 2 forskellige individer.

I modsætning til de organiske står så de ikke-organiske lidelser, hvor der ikke kan påvises defekter, men hvor der er klare tegn på fejlfunktioner.

Denne skelnen er næppe frugtbar. Det er langt klarere at gå ud fra en forståelse af den menneskelige erkendelses begrænsninger og dermed at man kan nærme sig de samme fænomener af forskellige videnskabelige veje. På denne måde kan man på den ene side anskue en hvilken som helst psykisk sygdom som en hjerneproces i biologisk forstand og på den anden som en psykologisk lidelse. Ingen af disse beskrivelser er i sig selv udtømmende. De kan supplere hinanden og beskrives parallelt. Men nogen identitet bliver der ikke tale om, højst samtidighed af henholdsvis biologiske og psykologiske fænomener. Der er tale om 2 forskellige sprog. I praksis bliver de 2 sprog ofte sammenblandet og det øger ikke klarheden.

De psykiske sygdomme udgør en mangfoldighed spændende over egentlige sindssygdomme til intellektuelle defekter, personlighedsforstyrrelser, misbrug, stresstilstand, krisetilstande m.m. De er katalogiseret efter forløb, årsagsforhold samt objektive og subjektive symptomer ganske som de somatiske.

Symptomerne udgør en tilsvarende mangfoldighed: Intellektuelle (forstyrrelser i tænkningen,

hukommelsesdefekter), ændring i personligheden (handlings-følelsesliv), forstyrrelser i relationen til andre og i egen- opfattelsen, sproglige forstyrrelser, subjektive private oplevelser (hallucinationer) og private fortolkninger (vrangforestillinger), ændringer i energiniveau, søvnforstyrrelser, angst, ændring i stemningslejet (mani og depression) m.m.

Alle disse symptomer - dog ikke alle på én gang - vil kunne forefindes ved såvel de organiske som ikke-organiske psykiske lidelser. Men for yderligere at komplicere sagen ses tilsvarende symptomer ved somatiske sygdomme uden for hjernen. Hormonelle forstyrrelser og således behandling med hormoner kan frembringe psykiske lidelser og en somatisk lidelse kan frembringe en psykisk reaktion, der har karakter af en psykisk lidelse.

Psykiske skader:

Ud fra beskrivelsen af de psykiske lidelser kan man lave en tilsvarende og derfor ufuldkommen opdeling i organiske og ikke-organiske.

De organiske vil kunne være betinget af forgiftninger, iltmangel, hormonforstyrrelser og egentlige hjerneskader. De er ikke organiske, vil omfatte kriser og belastningstilstande (stress) og personlighedsforstyrrelser samt sindssygdomme f.eks. depression. Det skal bemærkes, at krise-og belastningstilstande kan udvikle sig i kronisk retning.

Dette har betydning i relation til patientforsikringen. Der kan således ved behandlingen opstå psykiske skader enten organiske eller ikke-organiske.

Overvejelser vedrørende Patientforsikringen, særligt problem med de psykiske skader:

Som det fremgår er det overordentligt vanskeligt at udrede årsagsforhold og - sammenhænge ved somatiske sygdomme, når man begiver sig ud af reagensglassets overskuelige verden og ind i den samlede organisme. Enklere bliver det ikke, når man inddraget det psykiske felt og dermed den syge som et socialt væsen i en given kultur. Patientforsikringen er netop en del af denne kultur, som patienten forholder sig til ved klagen.

Patientforsikringen deler det problem med andre forsikringsordninger, at den skal udskille en bestemt begivenhed som årsag til en tilstand af helbredssvækkelse med de sociale konsekvenser, det medfører. Men den har yderligere det særlige problem, at den i dette arbejde skal sondre mellem den skade, som sygdommen i sig selv kan have forvoldt og det som kan være forårsaget af behandlingen. Dette sidste omfatter også undladelse af behandling, således at det man ser faktisk er forvoldt af sygdommen, men antages at kunne være undgået.

Det må erkendes, at inddragelse af det psykiske felt vil betyde, at Forsikringens arbejde kan blive mere kompliceret. Men hvis man afstår vil det være det samme som hvis man inden for kriminalretten besluttede ikke at forfølge bagmændene fordi det var for besværligt med bevisbyrden. Det ville som konsekvens have en faktisk afkriminalisering på trods af lovgivningen. Afstår man fra at behandle sager om psykiske skader vil det som konsekvens have, at psykiske skader som helhed også i andre forbindelser må benægtes.

Det ville være åbenlyst urimeligt at benægte en behandlingsskade som årsag til hjerneskade med deraf følgende psykisk lidelse, ganske som det vil være urimeligt at nægte, at der foreligger skader som følge af psykofarmakologisk behandling. Velkendt er således ufrivillige bevægelser. Denne skade er vel i sin form umiddelbar fysisk, men klagen vil overvejende være betinget af de følger det har socialt at virke påfaldende. Det vil ikke mindst spille en rolle for folk som i forvejen oplever sig diskrimineret på grund af psykisk lidelse.

Mere vanskeligt vil det være med andre tilstandsbilleder, f.eks. angst og personlighedsændringer. Går man ind i dette felt vil det medføre en relativ større risiko for fejl, både i form af afslag og tilkendelser af erstatning. Men principielt er der ingen forskel i den analytiske proces ved en somatisk og psykisk klage.

Endelig genstår frygten for allehånde erstatningskrav fra egentlige sindssyge. Der er imidlertid intet belæg for dette, når man tager udgangspunkt i klager fra psykiatriske patienter i relation til anden lovgivning (patientklagenævn, lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien). Klageantallet er ikke voldsomt og forløbene ikke overvældende komplicerede.

Sammenfattende er der således intet, der taler imod at inddrage psykiske skader i Forsikringens område. Snarere taler alt for.

Steen Borberg.

Bilag 15

Patientforsikringen Praksisoversigt 1992 - 1996

Forord

I denne praksisoversigt er samlet alle afgørelser vedrørende patientforsikringsloven og afgørelser vedrørende erstatningsberegningen, der har været trykt i årsberetningerne i perioden 1992-1996.

Afgørelserne er inddelt efter de enkelte paragraffer i patientforsikringsloven og erstatningsansvarsloven i kronologisk rækkefølge.

Der er desuden udarbejdet en slags stikordsregister, hvor afgørelserne er inddelt i bredere kategorier som skadestuebehandling, nerveskader osv.

Patientforsikringslovens og erstatningsansvarslovens bestemmelser er et svært tilgængeligt lovstof for både praktikere, der anvender disse love i deres daglige arbejde og for andre, der af forskellige grunde har behov for at sætte sig ind i bestemmelsernes praktiske anvendelse.

Vi håber denne oversigt kan fungere som et godt redskab for alle, der måtte have behov for et mere indgående kendskab til de danske regler for at yde erstatning til komplikationsramte patienter.

Nytorv, den 1. oktober 1997

Indholdsfortegnelse (sidetal henviser til den trykte udgave)

[1 MANGLENDE FYSISK SKADE § 1.1. 273](#)

- 1.1. Graviditet efter sterilisation 273
- 1.2. Komplikationer efter fjernelse af livmoderen 273
- 1.3. Ventetid som følge af ressource- mæssige begrænsninger 273
- 1.4. Hoftoperation – fejlstilling 273
- 1.5. Tilfælde af benforlængelse/forkortning efter operation 273
- 1.6. 2½ cm benforlængelse ved hoftealloplastik 274
- 1.7. Gravid efter sterilisation 274
- 1.8. Elektrochokbehandling 274
- 1.9. Mislykket provokeret abort 274
- 1.10. Manglende information 275
- 1.11. Stress-fraktur 275
- 1.12. Følger efter brud på kraveben 275
- 1.13. Uindfriede forventninger 275
- 1.14. Fødselsskade – hjerneskadet barn 276

[2. MANGLENDE ÅRSAGSFORBINDELSE § 2.1. 276](#)

- 2.1. Defekt røntgenapparat 276
- 2.2. Infektion i finger 276
- 2.3. Slidgigt i foden 276
- 2.4. Flere forskellige grundlidelser 277
- 2.5. Overset brud på en halshvirvels tornap 277
- 2.6. Infektion og dårligt blodomløb 277
- 2.7. Infektion i forbindelse med hundebid 277
- 2.8. Ingen bedring efter behandling 278
- 2.9. Følger efter brud i arm 278
- 2.10. Maden i den "gale" hals 278
- 2.11. Fødselsskade – bristning af ringmuskel 279
- 2.12. Manglende årsagsforb. m/hørenedsætt. og galdeblærefj. 279
- 2.13. Aseptisk løsning af hofteprotese 280
- 2.14. Dødsfald af ukendt årsag 280

[3. SPECIALISTMÅLESTOKKEN § 2.1.1. 281](#)

- 3.1. Perforation af tyndtarm 281
- 3.2. Stemmebåndslammelse efter strumaoperation 281
- 3.3. Komplikationer ved åben galdestensoperation 281
- 3.4. Skadestuebehandling – manglende røntgenundersøgelse 281
- 3.5. Skadestuebehandling – utilstrækkelig information 282
- 3.6. Skade på nervus axillaris 282
- 3.7. Efterladt udstyr (guidewire) 282
- 3.8. Diagnosticering af blindtarmsbetændelse 282
- 3.9. Kikkertoperation – lædering af blodkar 283
- 3.10. Fødselsskade 283
- 3.11. Diagnosticering af cancer 284
- 3.12. Nerverlæsion 284
- 3.13. Utilstrækkelig undersøgelse på skadestue 284
- 3.14. Løshed ved ucementerede proteser 285
- 3.15. 4 cm benforlængelse efter total hoftealloplastik 285
- 3.16. Cement størknet under indsættelse af hofeprotese 286
- 3.17. Brækket lårbensknogle ved hofteudskiftningsoperation 286
- 3.18. Forsinket diagnosticering af et brud 286
- 3.19. Følger efter discusprolaps 286
- 3.20. Knæprotese 287
- 3.21. Forsinket diagnosticering af discusprolaps 287
- 3.22. Nerverlæsion 287
- 3.23. Seponering af anti-epileptisk behandling 287
- 3.24. Dødsfald i forbindelse med psykiatrisk behandling 288
- 3.25. Perforation af hofteskål 288
- 3.26. Hæmatom efter lumbalpunktur 288
- 3.27. Hjerterklapprotese forkert placeret 289
- 3.28. Sprængt achillessene 289
- 3.29. Nerverlæsion 289
- 3.30. Blodprop i hjernen 290
- 3.31. Kejsersnit foretaget for sent 290
- 3.32. Overset kræftsvulst i nyre 290

[4. SVIGT I TEKNISK APPARATUR § 2.1.2. 291](#)

- 4.1. Brud på krykkestok 291
- 4.2. Forbrænding ved brug af el-kniv 291
- 4.3. Svigt i røntgenapparat 291
- 4.4. Defekt varmemadras 291
- 4.5. Knoglecement (Boneloc) 292
- 4.6. Løshed ved cementerede proteser 292
- 4.7. Defekt i indbankningsapparat 292
- 4.8. Knækket tang 292
- 4.9. Teknisk svigt i operationslejes hovedgærde 293
- 4.10. Tilbageløb i anlagt dræn 293
- 4.11. Defekt cementsprøjte til hofteoperation 293
- 4.12. Hofteoperation – Boneloc 293
- 4.13. Mikrokateter revnet under indsprøjtning 294
- 4.14. Trykskade forårsaget af blodtomhedsmanchet 294

[5. ALTERNATIV METODE ELLER TEKNIK § 2.1.3. 294](#)

- 5.1. Operation for prostatagener 294
- 5.2. Operation af discusprolaps med kikkertinstrument 294
- 5.3. Kikkertoperation 295
- 5.4. Strækbehandling af brud forårsagede dropfod 295
- 5.5. Operation for galdesten 295
- 5.6. Medicinsk eller operativ behandling 296
- 5.7. Urinvejsinfektion efter kateteranlæggelse 296
- 5.8. Skinnebensbrud med fejlstilling 296
- 5.9. Dupuytrenskontraktur 296
- 5.10. Fjernelse af galdeblære 297
- 5.11. Urininkontinens 297
- 5.12. Cementeret hofteprotese 297

5.13. Ekstern fiksat ion ligeværdig med osteosyntese 298

[6. RIMELIGHEDSREGL EN § 2.1.4. 298](#)

- 6.1. Hjerneskade efter hjertestop under operation 298
- 6.2. Infektion efter operation for stritører 298
- 6.3. Infektion (gasgangræn) i lukket håndledsbrud 299
- 6.4. Lejringskade i form af dropfod ved hofteoperation 299
- 6.5. Vævsskade i forbindelse med kemoterapi 299
- 6.6. Blodprop i hjernen efter bypassoperation 299
- 6.7. Tandskade opstået ved fald som følge af epilepsi-behandling 300
- 6.8. Døvhed efter øreoperation 300
- 6.9. Dropfod efter indsættelse af cementeret hofteprotese 300
- 6.10. Infektion opstået i tilslutning til førstegangs hoftealloplastik 301
- 6.11. Påvirket nyrefunktion og blindhed efter hjerteoperation 301
- 6.12. Dropfod efter førstegangs hofteoperation 301
- 6.13. Infektion i achillessenen 301
- 6.14. Efter arteriepunktur forværring af leddegigt 302
- 6.15. Kæbeskade efter operation med fjernelse af mandler 302
- 6.16. Stråleskade efter kræftbehandling 302
- 6.17. Nedsat håndfunktion efter hjerteoperation 302
- 6.18. Hornhindelæsion 303
- 6.19. Meningitis efter epiduralkateter 303
- 6.20. Hjerneskade i forbindelse med fjernelse af drøblen 304
- 6.21. Blodprop i hjernen 304
- 6.22. Blodansamling efter rygmærvsbedøvelse 304
- 6.23. Infektion efter Clowardoperation 305

[7. ULYKKER PÅ SYGEHUSET § 3.2. 305](#)

- 7.1. Fald ud af hospitalsseng 305
- 7.2. Fald på vej til toilet 305
- 7.3. Tilskadekomst i forbindelse med røntgenundersøgelse 305
- 7.4. Tilskadekomst under fysiurgisk genoptræning 305
- 7.5. Fald på vådt gulv 306
- 7.6. Fald under ombygning på sygehus 306
- 7.7. Fald ud af hospitalsseng 306
- 7.8. Selvmordsforsøg fra 1. sal 306
- 7.9. Fald på badeværelsesgulv 307
- 7.10. Fald i forbindelse med fysiurgisk genoptræning 307
- 7.11. Fald under toiletbesøg 307
- 7.12. Fald på badeværelsesgulv 307
- 7.13. Fald ud af hospitalsseng 308
- 7.14. Fald ud af hospitalsseng 308
- 7.15. Fald i svingdør til hovedindgang 308
- 7.16. Garderobeskab væltet ned over patient 309
- 7.17. Selvmordsforsøg 309
- 7.18. Kravlede ud af sengen trods sengehest 309
- 7.19. Fald ud af hospitalsseng. 310

[8. ERSTATNINGSBEREGNING 310](#)

- 8.1. Fødselsskade – 100% varigt mén og erhvervsevnetab 310
- 8.2. Reduktion i varigt mén ved død 310
- 8.3. Tab af forsørger 310
- 8.4. Mellemkommende død 311
- 8.5. Hensyntagen til forudbestående mén ved fastsættelse af varigt mén 311
- 8.6. Godtgørelse for svie og smerte 311
- 8.7. Andet tab 311
- 8.8. Helbredelsesudgifter efter stationærtidspunktet 311
- 8.9. Afledet krav 312
- 8.10. Advokatudgifter 312
- 8.11. Mermén og mererhvervsevnetab 312
- 8.12. Transportudgifter 312

- 8.13. Transportudgifter 312
- 8.14. Andet tab 313
- 8.15. Afspadseringstimer 313
- 8.16. Svie og smerte 313
- 8.17. Svie og smerte 314
- 8.18. Forlængelse af uddannelse 314
- 8.19. Forringede skolepræstationer 315
- 8.20. Resterhvervsevne 315
- 8.21. Udgifter til healing og zoneterapi 315
- 8.22. Svær hjerneskade – 120% mén 316
- 8.23. Nedsættelse af forsørgertab p.g.a. forudbestående lidelse 316
- 8.24. Uddannelsesbidrag efter Børnelovens § 14.3 316
- 8.25. ØLD 97.226 317

[9. LÆGEMIDDELSKADE § 3.2. 318](#)

- 9.1. Lægemiddelskade – narkosemidlet Dormicum 318

1. MANGLENDE FYSISK SKADE § 1.1

1.1. Graviditet efter sterilisation – (afvisning – graviditet ingen fysisk skade)

En 32-årig kvinde fik foretaget sterilisationsoperation. På trods af operationen blev kvinden gravid og indgav anmeldelse om erstatning efter patientforsikringsloven. Kvinden havde lidt indtægtstab som følge af barselsorlov mv., da hun var selvstændig erhvervsdrivende. Sagen blev afvist, da graviditeten ikke kunne anses som værende en fysisk skade i patientforsikringslovens forstand. (93-0386) (1993 Årsb.)

1.2. Komplikationer efter fjernelse af livmoderen (afvisning – ingen fysisk skade som følge af behandlingen)

En 35-årig kvinde blev indlagt til operation med fjernelse af livmoderen på grund af uregelmæssige blødninger og menstruationssmerter.

Operationen forløb ukompliceret, og efter operationen var forløbet roligt og upåfaldende. På 3. døgn efter operationen fik patienten temperaturstigninger og mavesmerter. Ultralydscanning og røntgen påviste tarmslyng, og det blev besluttet at reoperere for tarmslyng.

Afvist efter PFL § 1, stk. 1, idet de opståede komplikationer i forløbet efter den operative fjernelse af livmoderen blev anset for at være forårsaget af sammenvoksninger mellem tarmene og ikke som en direkte følge af behandlingen. (93-0439) (1993 Årsb.)

1.3. Ventetid som følge af ressourcemæssige begrænsninger (afvisning – ingen fysisk skade)

En 40-årig kvinde blev indlagt på offentligt sygehus med smerter i højre balle, ben og fod. Ved neurologisk tilsyn blev det konstateret, at patienten havde en invaliderende højresidig ischias.

Patienten blev indstillet til operation, men efter 3 måneders ventetid besluttede patienten at lade sig operere på et privat hospital. Patienten ønskede udgifterne hertil erstattet.

Patientforsikringen vurderede her, at patienten blev korrekt diagnosticeret og indstillet til operation på det offentlige sygehus. Årsagen til at patienten ikke straks blev opereret, men sat på venteliste, var ressourcemæssige begrænsninger.

Patientforsikringen vurderede, at specialisten med de samme ressourcemæssige begrænsninger ikke ville have handlet anderledes. Da der ikke var tale om en påført fysisk skade, jf. PFL § 1, stk. 1, måtte sagen afvises. (92-0178) (1993 Årsb.)

1.4. Hofteoperation – fejlstilling (afvisning – benforlængelse ikke en følge af behandling)

En 32-årig kvinde fik ved operation indsat en ucementeret total kunstig hofte på grund af medfødt højresidig hoftedysplasi. Forud for operationen var patienten orienteret om, at operationen efterfølgende kunne medføre

smerter, og at der kunne fremkomme en forskel i benenes længde. Operationen forløb ukompliceret, og efterfølgende røntgenbilleder viste en korrekt placering af protesen. Da patientens hofte imidlertid var abnorm før operationen, var det uundgåeligt, at der ved en sådan operation, hvor fejlstillingen blev korrigeret, kunne forekomme en forlængelse af benet.

Sagen afvist under henvisning til PFL § 1, stk. 1, idet den påviste forlængelse af patientens højre ben måtte anses for at være en forventelig følge af patientens tilstand, og ikke en følge af behandlingen. (93-0094) (1993 Årsb.)

1.5. Tilfælde af benforlængelse/benforkortelse efter operation (afvisning – 1 cm benforlængelse forventelig følge af behandling)

En 45-årig kvinde med slidgigt i venstre hofte blev opereret med indsættelse af total hoftealloplastik (cementeret ITH). Efterforløbet var uden komplikationer. Ved kontrol 1 1/2 måned senere konstateredes en benforlængelse på 1 cm på den opererede venstre side, der kompenseredes med hælførhøjelse på højre side. Kontrolrøntgen efter operationen viste god stilling af de indsatte protesekomponenter.

Sagen afvistes, idet det blev vurderet, at den påviste forlængelse måtte anses som værende en forventelig følge efter operation med indsættelse af kunstigt hofteled. Der ansås ikke at foreligge en behandlingsskade. (93-0430) (1994 Årsb.)

1.6. 2½ cm benforlængelse ved hoftealloplastik (afvisning - 2½ cm forlængelse forventelig følge af behandling)

En 32-årig kvinde blev opereret med total hoftealloplastik (ucementeret PCA) på grund af medfødt højresidig hoftemisdannelse (acetabular dysplasi). Hun blev i denne forbindelse orienteret om, at anvendelsen af ucementeret femurkomponent kunne give anledning til smerter, og at der kunne forekomme en benlængdeforskel.

Operationen forløb uden komplikationer. De postoperative røntgenbilleder viste en korrekt placering af protesen. Da hoften før operationen var abnorm, var det uundgåeligt, at der med den anvendte protesetype ville blive en vis forlængelse af benet. Der blev ved kontrol 3 måneder senere konstateret en forlængelse af det opererede ben på 2-2½ cm. Der opnåedes god balance i bækkenet ved anvendelse af hælførhøjelse på venstre side.

Sagen afvistes, idet den påviste forlængelse af patientens højre ben, i det konkrete tilfælde, måtte anses for at være en forventelig følge efter operation med indsættelse af kunstigt hofteled. Der var således ikke tale om en behandlingsskade. (93-0094) (1994 Årsb.)

1.7. Gravid efter sterilisation (afvisning – graviditet ingen fysisk skade)

En 30-årig kvinde blev efter eget ønske steriliseret. Imidlertid lykkedes operationen ikke, og kvinden blev kort tid derefter gravid.

Der blev fra patientens side rejst krav om erstatning for forsørgelse af barnet. Patientforsikringen afviste sagen, idet det forhold, at sterilisationsoperationen mislykkedes, og at patienten herefter fødte et barn, ikke kunne betragtes som en fysisk skade i patientforsikringslovens forstand. (94-0739) (1994 Årsb.)

1.8. Elektrochokbehandling (afvisning – ingen fysisk skade som følge af behandling)

En 78-årig kvinde, der tidligere havde været indlagt samt behandlet ambulant for depression, blev indlagt akut på grund af tiltagende depressive symptomer samt abstinenser efter alkohol og medicin.

Der blev indledt behandling med aftrappende fenemaldoser for abstinenser, og det blev konstateret, at der var tale om en maniodepressiv psykose med depressive træk. Der blev iværksat elektrochokbehandling, og efter 9 behandlinger blev patienten udskrevet.

Patientforsikringen fandt det ikke overvejende sandsynligt, at der ved elektrochokbehandlingen var blevet påført patienten nogen fysisk skade, som kunne have givet anledning til et efterfølgende, forringet intellektuelt funktionsniveau.

Sagen blev afvist under henvisning til PFL § 1, stk. 1, da det ikke var overvejende sandsynligt, at patienten var blevet påført en fysisk skade ved elektrochokbehandlingerne. (1994 Årsb.)

1.9. Mislykket provokeret abort (afvisning - graviditet ingen fysisk skade)

En ung kvinde fik i slutningen af november 1993 foretaget en provokeret abort. Ved en efterfølgende mikroskopiundersøgelse af det udtagne væv fandtes kun moderkagevæv.

2½ måned senere, midt i februar 1994 konsulterede patienten sin egen læge, der konstaterede, at en foretagen urinprøve var positiv, og at der således var tegn på, at patienten fortsat var gravid og på dette tidspunkt var i 20. uge.

Patienten anførte i sin anmeldelse til Patientforsikringen, at hun mente at være påført en skade, og at skaden bestod i, at den foretagne provokerede abort ikke var foretaget på en sådan måde, at graviditeten var blevet afbrudt.

Patientforsikringen afviste sagen under henvisning til, at gennemførelse af graviditeten som følge af, at patienten ikke fik foretaget en fuldstændig abort, ikke kunne anses for en sådan fysisk skade, at betingelsen i lovens § 1, stk. 1 var opfyldt. (94-0410) (1995 Årsb.)

1.10. Manglende information (afvisning – manglende information ingen fysisk skade)

En ung mand blev steril som følge af kemoterapeutisk behandling af lymfeknudekræft (Mb. Hodgkin). I sin anmeldelse til Patientforsikringen anførte patienten, at han ikke i forbindelse med kemoterapien var blevet informeret om risikoen for senere sterilitet, således at han havde haft mulighed for sæddeponering.

Sagen blev afvist under henvisning til, at sterilitet er en velkendt og ofte uundgåelig følge af den i øvrigt korrekte og nødvendige behandling af lymfeknudekræft.

Det forhold, at patienten på grund af manglende information ikke fik foretaget sæddeponering, er ikke en fysisk skade i patientforsikringslovens forstand. (95-0613) (1995 Årsb.)

1.11. Stress-fraktur

En ung kvinde henvendte sig i december 1995 på skadestuen på grund af smerter i mellemfoden efter fysisk aktivitet. Patienten oplyste, at hun var blevet tiltagende øm i foden, uden at der havde været tale om et egentligt traume. Man foretog røntgenundersøgelse af foden, men fandt ikke tegn til knoglebrud, og man konkluderede, at patienten havde overbelastet foden i tilknytning til sportsudøvelse.

På grund af vedvarende smerter i foden foretog man en måned senere ny røntgenundersøgelse, hvorved man fandt et brud i en knogle i mellemfoden, der var i opheling. Patienten blev tilrådet aflastning af foden samt fast fodtøj.

Patienten anførte i sin anmeldelse, at man havde overset brud i foden ved den primære undersøgelse, og at hun som følge heraf havde måttet gå i lang tid med smerter i foden.

Patientforsikringen afviste sagen under henvisning til, at der havde været tale om en stress-fraktur (træthedsbrud) i mellemfoden, og at patienten ikke var påført en fysisk skade som følge af, at man ikke havde erkendt bruddet primært, idet resultatet måtte forventes at have været den samme, uanset hvornår man havde erkendt bruddet. Betingelserne i lovens § 1, stk. 1, var således ikke opfyldt. (96-0110) (1996 Årsb.) Sagen er et eksempel på, at der ikke altid opstår nogen fysisk skade ved, at der ikke stilles en korrekt diagnose ved den første undersøgelse. I dette tilfælde ville behandlingen ikke have været anderledes, selvom man havde konstateret træthedsbruddet på et tidligere tidspunkt.

1.12. Følger efter brud på kraveben

En kvinde pådrog sig et brud på kravebenet med et 1½ cm stort intermediær fragment (mindre brudstykke beliggende mellem de store knogleender). Hun blev samme dag behandlet med 8-talsbandage. Røntgenkontrol fire dage senere viste tilfredsstillende stilling, og man besluttede efter konference at fortsætte konservativ behandling (ikkeoperativ behandling). Tre måneder senere fik patienten foretaget operation med afmejsling af en prominierende (fremstående) knoglespids på grund af vedvarende smerter. 1_ år senere blev patienten undersøgt på et andet sygehus på grund af vedvarende smerter. MR-scanning viste ikke tryk på plexus (nervetrådene ud til armen), bruddet var stabilt, og man fandt ikke, at der var mulighed for yderligere behandling.

Patientforsikringen fandt, at patientens gener var forenelige med følger efter selve ulykkestilfældet (brud på kravebenet med intermediær fragment) og relevant behandling heraf. Det fandtes ikke overvejende sandsynligt, at der var tale om følger/gener efter undersøgelse og behandling eller mangel på samme. Ved afgørelsen blev der lagt vægt på, at heling i en vis fejlstilling efter et brud af den pågældende karakter ikke er usædvanligt forekommende. (96-1046)(1996 Årsb.)

1.13. Uindfriede forventninger

En kvinde havde efter to tidligere kejsersnit fået et skæmmende ar samt en del løs hud på maven. Hun fik derfor foretaget en plastikkirurgisk operation, hvor man fjernede overskydende hud og reviderede arret.

Efter operationen var der stadig en del overskydende hud under navlen, og man tilbød re-operation. Efter re-operationen fandt patienten ikke resultatet tilfredsstillende, idet arret var blevet større end forventet.

Sagen blev afvist under henvisning til, at der ikke var sket en fysisk skade, jfr. PFL § 1, stk. 1, idet operationer, hvor man fjerner overskydende hud, altid vil medføre et ar af en vis størrelse.

Patienter har ofte store forventninger til resultatet af et behandlingsforløb. Sagen er et eksempel på, at uindfriede forventninger ikke er en fysisk skade, og derfor ikke omfattet af patientforsikringsloven. (96-1513)(1996 Årsb.)

1.14. Fødselsskade – hjerneskadet barn

Under en fødsel blev vernerne og barnets hjertelyd kontrolleret og fundet tilfredsstillende. Barnet blev herefter født med navlesnoren to gange stramt om halsen. Moderkagen var meget lille, og der var kun to kar i navlesnoren.

På grund af iltmangel var barnet stærkt hjerneskadet.

Sagen blev afvist under henvisning til, at skaden ikke skyldtes behandlingen, jfr. PFL § 1, stk. 1, men derimod særlige forhold hos moder og barn, idet moderkagens størrelse og den ringe karforsyning ikke i tilstrækkeligt omfang havde givet barnet den nødvendige mængde næring og iltforsyning. Endvidere havde navlesnoren omkring barnets hals yderligere forringet iltforsyningen, men heller ikke dette skyldtes selve behandlingen (96-0651). (1996 Årsb.)

[Top af bilag 15](#)

2. MANGLENDE ÅRSAGSFORBINDELSE § 2.1.

2.1. Defekt røntgenapparat (afvisning – % årsagssammenhæng)

En 50-årig mand, som i nogle år havde været i dialysebehandling som følge af nyresvigt, fik den 24. juni 1992 foretaget nyretransplantation. Ifølge operationsbeskrivelsen forløb indgrebet ukompliceret.

Det fremgår af sygejournalen for den 29. juni 1992, at der atter er udtømt brokket dialysevand fra bughulen og i journalen for den 2. juli 1992, at der fra dialyserøret kommer en gulbrun pusholdig væske. Den 3. juli 1992 foretages en røntgenoversigt over underlivet, hvor der findes en betydelig ophobning af afføring og svær tyndtarmsopspiling med en del væskespejl.

Den 5. juli 1992 foretages en fornyet røntgenfotografering af underlivet. I forbindelse hermed skete et uheld, idet en del af røntgenapparatet (en lysvisirkasse på 7,6 kg) faldt ca. 35-50 cm ned på patientens mave. Patienten døde den 17. august 1992 som følge af lungebetændelse opstået som følge af den påviste bughindebetændelse, der var opstået som følge af perforeringer i tyktarmens bund samt udtalt bughindebetændelse med afføring i bughulen.

Patientforsikringen måtte afvise erstatningskravet, idet det ikke fandtes overvejende sandsynligt, at skaden var forårsaget af uheldet med røntgenapparatet, men at skaden måtte være sket i forbindelse med nyretransplantation den 24. juni 1992 - altså en uge før patientforsikringslovens ikrafttræden. (1992 Årsb.)

2.2. Infektion i finger (afvisning – infektion skyldtes ikke behandlingen)

En 25-årig mand blev på grund af hævelse og røde af højre tommelfinger henvist til ortopædkirurgisk afdeling efter penicillinbehandling hos egen læge. Sygehuset fandt pusholdig betændelse i fingeren. Man foretog derfor operativ åbning af den betændte finger, og ved efterfølgende podning af det udtømte pus, blev der påvist infektion med stafylokokker og streptokokker. Herefter blev patienten afsluttet med et pænt rent sår på tommelfingeren. Patientens tommelfinger blev stiv som følge af forløbet.

Sagen afvist under henvisning til PFL § 1, stk. 1, da patientens efterfølgende tilstand måtte anses for at være en direkte følge af infektionen og ikke en følge af den givne behandling. (93-0164) (1993 Årsb.)

2.3. Slidgigt i foden (afvisning – tilstanden en følge af grundlidelsen)

En 64-årig mand fik smerter i venstre fod, da han trådte ned fra en stige. Ved undersøgelser på sygehuset blev der fundet et lille knoglefremspring på en mellemfodsknogle på venstre fod. Det blev besluttet at fjerne knoglefremspringet operativt. Operationen havde dog ikke nogen effekt, og fornyede undersøgelser gav formodning om begyndende slidgigt. Herefter blev der iværksat behandling med indlæg og aflastende gængesål.

Det blev vurderet, at operationen blev udført på god indikation og gennemført efter bedste specialismålestok. Det blev herefter lagt til grund, at patientens tilstand måtte anses for at være en direkte følge af grundlidelsen, begyndende slidgigt, og ikke den givne behandling. (93-0440) (1993 Årsb.)

2.4 Flere forskellige grundlidelser (afvisning – død som følge af grundlidelse)

En 59-årig mand, der led af en svær kronisk obstruktiv lungelidelse, gennemgik operation på grund af mistanke om blindtarmsbetændelse og pådrog sig i forbindelse hermed infektion i operationsarret. Umiddelbart herefter blev patienten overflyttet til intensiv afdeling til behandling af en kompliceret hjertesygdom. Patienten havde under hele forløbet konstant åndenød og vejrtrækningsproblemer, som man havde mistanke om, kunne skyldes lungecancer. Sidst i sygdomsforløbet sløjede patienten langsomt af og afgik herefter ved døden.

Sagen afvist under henvisning til PFL § 1, stk. 1, idet patienten afgik ved døden som følge af sin grundsygdom (kronisk obstruktiv lungelidelse) og ikke som følge af den givne behandling, operation for blindtarmsbetændelse. (93-0278) (1993 Årsb.)

2.5. Overset brud på en halshvirvels torntap (afvisning – forsinket diagnose ej årsag til skaden)

En 24-årig mand, der var i færd med at springe trampolin, landede forkert, og faldt forover og slog hovedet ind i en mur. På grund af smerter i nakken og den øverste del af ryggen blev patienten tilset på skadestuen, hvor man fandt normal sensibilitet og bevægelighed i arme og ben. Røntgenundersøgelse af halshvirvelsøjlen viste ingen brud eller ledskred. Patienten blev herefter forsynet med en blød halskrave og sendt hjem.

På grund af fortsatte smerter kontaktede patienten en kiropraktor, der forud for sin behandling, tog nye røntgenbilleder, der påviste et brud på 7. halshvirvels torntap. Patienten fik herefter kiropraktisk behandling af brysthvirvelsøjlen og fortsatte behandlingen med halskraven.

Da patienten efter afslutningen af den kiropraktiske behandling fortsat havde svært ved at holde hovedet oppe, blev patienten på ny revurderet på sygehuset, hvor man ligeledes påviste bruddet på 7. halshvirvels torntap, men man iværksatte i øvrigt ikke yderligere behandling.

Selvom der var sket en forsinket diagnosticering, vurderede Patientforsikringen, at det ikke var overvejende sandsynligt, at patientens gener skyldtes den forsinkede diagnosticering, idet behandling af patienten ville have været den samme, selv om bruddet var blevet erkendt ved den primære undersøgelse. Da der herefter ikke var indtrådt en fysisk skade i forbindelse med behandlingen, blev sagen afvist. (93-0072) (1993 Årsb.)

2.6. Infektion og dårligt blodomløb (afvisning – infektion skyldtes grundlidelse og ikke behandling)

En 63-årig mand der led af svær åreforkalkning, som dels havde manifesteret sig i dårligt blodomløb i benene og dels i hjertesygdom med blodprop i hjertet, fik på grund af smerter foretaget venstresidig lårbensamputation. Efter operationen blev der konstateret stafylokokker i såret. På grund af dødt væv og infektion, som følge af dårlig blodforsyning til såret, måtte amputationen senere revideres flere gange. Fra patientens side blev der rejst krav om erstatning som følge af den opståede infektion og vævsdød.

Ved Patientforsikringens vurdering blev det lagt til grund, at komplikationerne primært var opstået som følge af patientens stærkt nedsatte blodforsyning på grund af den svære åreforkalkning og ikke som følge af behandlingen. (93-0439) (1993 Årsb.)

2.7. Infektion i forbindelse med hundebid (afvisning – skaden skyldtes hundebid og ikke behandling)

En 37-årig kvinde henvendte sig på skadestuen, efter at være blevet bidt af en hund i venstre hånds 2. finger. På skadestuen blev fingeren sæbebadet samt forsynet med en karstamskinne. Patienten blev herefter stivkrampbevaccineret samt sat i en forebyggende antibiotisk behandling.

Ved en ambulant kontrol et par dage senere blev der konstateret betændelse i såret, som herefter blev revideret. Efter yderligere 2 ugers antibiotisk behandling helede såret op. På grund af stivhed i fingeren blev patienten imidlertid senere undersøgt på håndkirurgisk afdeling, hvor man konstaterede en mindre nerveskade og sammentrækning i leddet og sammenvoksninger opstået som følge af infektionen.

Patientforsikringen fandt, at såvel den primære som den sekundære behandling var udført i overensstemmelse med, hvad der efter lægevidenskab og erfaring var det optimale i den givne situation. Det blev i den forbindelse lagt til grund, at infektion kan opstå, uanset at der gives antibiotisk behandling.

Sagen blev herefter afvist under henvisning til, at den opståede nerveskade og den indskrænkede bevægelighed i leddet måtte anses for en direkte følge af hundebid og ikke af den givne behandling eller mangel på samme. (93-0646) (1993 Årsb.)

2.8. Ingen bedring efter behandling (afvisning – smerter en følge af grundlidelsen)

En 56-årig kvinde fik på grund af slidgigt i højre knæ foretaget kikkertundersøgelse, hvorved man konstaterede udtalte slidgigtforandringer. Med henblik på afhjælpning af patientens smerter blev der gennemført en operation uden indsættelse af protese.

Patientens smerteproblemer bestod imidlertid fortsat efter operationen. Man fandt dog ingen årsag til patientens smerter. Da der var tale om stærke vedvarende smerter, blev patienten skrevet på venteliste med henblik på indsættelse af knæprotese.

Da patienten imidlertid også efter indsættelse af knæprotese var generet af smerter, indgav patienten anmeldelse til Patientforsikringen, idet hun mente, at smerterne efter den senest gennemførte operation var en følge af, at den første operation, ifølge hendes opfattelse, var mislykkedes.

Ved Patientforsikringens behandling af sagen blev det lagt til grund, at patientens smerteproblemer med overvejende sandsynlighed var en følge af patientens svære slidgigt, som også før behandlingens iværksættelse, havde givet anledning til bevæge og belastningssmerter i begge knæ. Idet det således ikke var overvejende sandsynligt, at patientens smerter var en følge af behandlingen, blev sagen afvist. (94-0753) (1994 Årsb.)

2.9. Følger efter brud i arm (afvisning – falsk leddannelse skyldtes grundlidelsen)

En 66-årig kvinde pådrog sig efter fald med cykel et næsten uforskuet brud i den øverste del af højre overarm. Dette blev samme dag behandlet med armslynge og efterfølgende genoptræning. Ved røntgenundersøgelse 4 måneder senere fandt man, at bruddet var ophelet, og patienten blev 8 måneder efter ulykkestilfældet afsluttet.

På grund af vedvarende skuldersmerte, herunder falsk leddannelse fandt man 22 måneder efter ulykkestilfældet indikation for indsætning af skulderprotese. Patientens gener bestod i vedvarende smerter, at armen kun kunne løftes 40-45 grader samt nedsat bevægelighed.

Ved Patientforsikringens vurdering blev det lagt til grund, at hele patientens sygeforløb, herunder de efterfølgende gener i form af smerter og falsk leddannelse, med overvejende sandsynlighed måtte tilskrives grundlidelsen i form af uforskuet brud i øverste del af højre overarm. Det fandtes ikke overvejende sandsynligt, at patienten var blevet påført en skade i forbindelse med behandlingen og undersøgelsen på sygehuset efter ulykkestilfældet. (95-0099) (1995 Årsb.)

2.10. Maden i den "gale" hals (afvisning – døden skyldtes grundlidelsen)

En 71-årig mand fik under indlæggelse på sygehuset et stykke grapefrugt i luftrøret. Patienten, der var blevet bevidstløs og havde fået svag puls, blev anbragt i sideleje, og mundhulen blev undersøgt for eventuelle fremmedlegemer. Der blev herefter omgående tilkaldt yderligere assistance.

Kort tid efter ankom et hjertehold bestående af hjertelæge, anæstesi-læge og anæstesisygeplejerske og 2 portører. Der blev gjort klar til intubation med henblik på behandling af vejtrækningen. I forbindelse med intubationen undersøgte lægen svælget ned til stemmelæberne, men fandt ingen fremmedlegemer. Ved intubationen opstod der vanskeligheder med at blæse luft igennem røret ind i lungerne. Der blev herefter forsøgt intubation yderligere 2 gange. Først ved tredje forsøg på intubation fandtes passage for luft. Under intubationsforsøgene fortsatte den øvrige hjertestopsbehandling.

Trods den givne behandling ophørte hjerteaktionen, og behandlingen blev herefter indstillet. Ved den efterfølgende obduktion fandtes et 3 x 5 cm stort stykke grapefrugt fastkilet i luftrøret lige under strubehovedet.

Patientforsikringen fandt ved sin afgørelse, at patienten i forbindelse med sit hjertestop havde modtaget bedst mulig behandling i den givne situation, idet der umiddelbart efter respirationsstoppet blev iværksat forsøg på kunstig vejtrækning, og at man ved det efterfølgende hjertestop havde iværksat korrekt hjertestopbehandling.

Det blev endvidere lagt til grund, at det ifølge obduktionsrapporten ikke havde været muligt at konstatere grapestykket, der sad fastkilet umiddelbart under strubehovedet. Sagen blev herefter afvist, idet patientens død ikke var en følge af fejlagtige eller mangelfuld behandling, men derimod en direkte følge af det respirationsstop der opstod, da grapestykket kilede sig fast i luftrøret. (95-0119) (1995 Årsb.)

2.11. Fødselsskade – bristning af ringmuskel (afvisning – bristning skyldtes selve fødselen)

En 30-årig anden gangs fødende kvinde blev indlagt til fødsel. Fødslen skred normalt frem, idet der dog var besvær med forløsnings af barnets forreste skulder. Hun fødte to timer efter indlæggelsen. Efterfølgende konstaterede man en rift i mellemkødet, medinddragende hele endetarmsringmusklen (total sphincterruptur) ned til slimhinden, som var intakt. Enderne af endetarmsringmusklen blev herefter syet.

Ved undersøgelse tre dage senere konstaterede man lidt hævelse svarende til bristningen med god knibefunktion i endetarmsringmusklen. Ved kontrol to måneder efter fødslen fandtes patienten velbefindende og angav at kunne holde på luft og afføring. Gynækologisk undersøgelse viste god substans i endetarmsringmusklen.

Et halvt år senere blev patienten på grund af manglende kontrol over endetarmsringmusklen undersøgt, og der fandtes manglende kontrol af ringmusklen, som var uden mærkbar knibe-effekt. Ved yderligere undersøgelser konstaterede man nedsat knibetryk og ingen følelig ringmuskel fortil. Ultralydsundersøgelse bekræftede defekt i ringmusklen, og der fandtes indikation for operativ rekonstruktion.

Patientforsikringen fandt, at den primære behandling i forbindelse med fødslen og den efterfølgende syning var blevet udført i overensstemmelse med, hvad der efter lægevidenskab og erfaring var det optimale i den givne situation. Sagen blev herefter afvist under henvisning til, at bristningen af ringmusklen må antages at skyldes selve fødslen og ikke den foretagne behandling. Sagen blev anket til Patientskadeankenævnet, der tiltrådte Patientforsikringens afgørelse. (94-0345) (1995 Årsb.)

2.12. Manglende årsagsforbindelse mellem hørenedsættelse og fjernelse af galdeblære

41-årig mand fik foretaget fjernelse af galdeblæren. Ved operationen benyttede man helbedøvelse (universel anæstesi). Operationen forløb uden komplikationer, og patienten blev efter 14 dages indlæggelse udskrevet i velbefindende, uden at der under indlæggelsen havde været tegn på eller klager over hørenedsættelse på højre øre.

Patienten fik tre måneder efter udskrivelsen ved en undersøgelse på høreklubnik påvist en hørenedsættelse på højre øre. Patienten oplyste ved denne undersøgelse, at han havde haft normal hørelse de første par dage efter operationen, men at der efter 5-6 dage senere pludselig praktisk talt ingen hørelse var på højre øre.

Patientforsikringen vurderede, at behandlingen havde været i overensstemmelse med, hvad der efter lægevidenskab og erfaring havde været det bedste i den givne situation, og afviste sagen, idet man ikke fandt det overvejende sandsynligt, at der var en årsagssammenhæng mellem patientens hørenedsættelse og den foretagne galdeoperation.

Patientforsikringen lagde ved sin vurdering afgørende vægt på, at der ikke opstod nogen hørenedsættelse i umiddelbar tilknytning til den foretagne galdeoperation, samt at de medikamenter, der blev benyttet i forbindelse med bedøvelsen, ikke kunne forklare en mulig sammenhæng mellem det senere konstaterede høretab og selve operationen. (95-0793)(1996 Årsb.)

2.13. Aseptisk løsning af hofteprotese

En 63-årig kvinde blev i begyndelsen af oktober 1993 indlagt med henblik på højresidig hoftealloplastik på grund af svær højresidig slidgigt i hoften.

Efterfølgende foretog man operation med indsættelse af cementeret protese med anvendelse af cement af typen Palacos med Gentamycin uden komplikationer. Ved efterfølgende røntgenkontrol fandt man god stilling af protesen, og patienten blev afsluttet.

Ved efterfølgende kontrol i ambulatoriet ca. en måned efter udskrivelsen angav patienten at være smertefri, benene var lige lange, og hun blev henvist til fornyet kontrol efter et halvt år. Ved denne undersøgelse angav patienten lette smerter, men normal gang og hun blev derfor afsluttet. På grund af tiltagende smerter blev patienten senere af egen læge henvist til undersøgelse på en røntgenklubnik, hvor man ved røntgenundersøgelse i marts 1995 fandt tegn på løshed af den indsatte protese. Patienten blev herefter henvist til supplerende udredning på sygehus, herunder scintigrafi.

Resultatet af denne undersøgelse viste øget aktivitet langs lårbenskomponenten, og man fandt, at det drejede sig om løshed af protesen, muligvis som følge af infektion.

Patienten blev derpå i efteråret indlagt, og samme dag foretog man udskiftning af protesedelen, som forløb uden komplikationer, og patienten blev herefter udskrevet. Der blev ikke konstateret infektion. Ved kontrol ca. 2 år efter operationen var patienten velbefindende uden smerter, og hun blev afsluttet.

Sagen blev afvist efter PFL § 1, stk. 1 og § 2, stk. 1, idet man fandt, at den opståede proteseløsning, med den deraf følgende re-operation og det langvarige sygeforløb, ikke kunne anses for at være en følge af den udførte behandling.

Patientforsikringen lagde ved sin afgørelse vægt på, at man ved den primære operation havde anvendt cement af typen Palacos med Gentamycin, og at der var tale om en aseptisk løsning. Sådanne løsninger indtræder med stigende hyppighed jo længere tid, der er gået efter operationen. Løsningen kan dog også, som i dette tilfælde, indtræde relativt tidligt. Løsningen skyldtes således hverken behandlingen eller den anvendte cementtype, men derimod særlige forhold hos patienten. (96-0251)(1996 Årsb.)

2.14. Patient død af ukendt årsag

En 66-årig mand blev indlagt på grund af mavesmerter, opkastninger og temperaturforhøjelse. I løbet af det første indlæggelsesdøgn var der tiltagende smerter samt temperaturforhøjelse. På mistanke om akut blindtarmsbetændelse foretog man derfor fjernelse af blindtarmen, der viste sig at være normal. Efter operationen var patienten fortsat højfebril, hvorfor man iværksatte antibiotisk behandling.

Patienten udviklede i det følgende døgn blodforgiftning og som komplikation hertil blødningsforstyrrelser med efterfølgende tegn på multiorgansvigt. Patienten blev herefter respiratorbehandlet, og man registrerede en kortvarig bedring af organfunktionerne, men da patienten ikke vågnede efter respiratorbehandling og ophøret af bedøvelse, foretog man ultralydsscanning og fandt nyresten. Ved MR-scanning fandt man tegn på hjernesvind, formentlig som følge af en hjernebetændelse. Man fandt herefter yderligere diagnostisk behandling udsigtsløs, og patienten afgik ved døden en måned senere uden at være kommet til bevidsthed.

Der blev fra de pårørendes side nedlagt forbud mod foretagelse af obduktion, og den egentlige dødsårsag forblev ukendt. Patientforsikringen fandt det ikke overvejende sandsynligt, at patientens død var en følge af, at behandlingen var afvejet fra optimal standard, men at døden måtte anses for en følge af patientens alvorlige sygdom.

Sagen er et eksempel på, at bevisbyrden påhviler patienten eller dennes efterladte, og at det skal bevises, at skaden med overvejende sandsynlighed er en følge af behandlingen, og ikke en følge af patientens sygdom. Denne bevisbyrde var ikke løftet. (96-0362)(1996 Årsb.)

[Top af bilag 15](#)

3. SPECIALISTMÅLESTOKKEN § 2.1.1

3.1. Perforation af tyndtarm (anerkendelse – perforation kunne have været undgået af erfaren specialist)

En 38-årig kvinde skulle i forbindelse med foretagelse af en abort have foretaget laparoskopisk (via kikkert) sterilisation. Abortindgrebet blev gennemført, og herefter blev sterilisationen gennemført, idet man med elektrokoagulation brændte såvel højre som venstre æggeleder 3 steder. Patienten blev udskrevet dagen efter indgrebene, men blev senere samme dag indlagt på grund af udtalte mavesmerter.

På mistanke om bughindebetændelse blev der samme dag foretaget operation, hvor der fandtes en 2 cm lang perforation midt på tyndtarmen. Perforationen blev beskrevet som en elektrokoagulationslæsion med en smal bræmme af koaguleret tarm hele vejen rundt.

Sagen blev anerkendt efter PFL § 2.1.1. Der forelå ikke nogen fejl, men det var vurderingen, at perforationen ville være undgået, såfremt den "erfaren specialist" havde foretaget behandlingen. (1992 Årsb.)

3.2. Stemmebåndslammelse efter strumaoperation (anerkendelse – den erfarne specialist ville have identificeret recurensnerven og skånet den)

En 48-årig kvinde fik foretaget en strumaoperation. Efter operationen blev der konstateret hæshed og en senere undersøgelse påviste lammelser af et af stemmebåndene. Lammelsen skyldes en overskæring af nerven til stemmebåndet i forbindelse med strumaoperationen.

Erstatning blev anerkendt efter § 2.1.1., idet overskæring af et stemmebånd i forbindelse med strumaoperation ikke er i overensstemmelse med medicinsk videnskab og erfaring. Den "erfarne specialist" ville have undgået skaden. (1992 Årsb.)

3.3. Komplikationer ved åben galdestensoperation (anerkendelse – den erfarne specialist ville have undgået at lædere galdegangen)

En 29-årig kvinde fik ved laparoskopi fjernet galdeblæren. Under operationen opstod en læsion af galdegangen, hvorefter man overgik til åben operation med henblik på rekonstruktion af galdeafløbet. 17 dage herefter reopereres patienten på grund af smerter og blødning. Ved denne operation viser det sig, at blødningen stammede fra den rekonstruerede galdegangs-tarmåbning. Blødningen blev standset, og der blev foretaget en ny rekonstruktion med anlæggelse af galdegangstarmåbning.

Sagen blev anerkendt efter PFL § 2.1.1., idet "specialistmålestokken" ikke var opfyldt. (1992 Årsb.)

3.4. Skadestuebehandling – manglende røntgenundersøgelse (anerkendelse – den erfarne specialist ville på baggrund af kliniske tegn have foretaget røntgenundersøgelse)

En 33-årig mand blev efter et fald på ca. 4 meter undersøgt på skadestuen, hvor man undersøgte hans små sår, men ikke foretog røntgenundersøgelse. Efterfølgende viste det sig, at der var afsprængt et lille stykke af venstre knæskal. Ved artroskopi (kikkertundersøgelse) af venstre knæ fandt man et lille knoglestykke skævt tilvokset, hvorfor det blev fjernet.

Sagen anerkendt efter § 2, stk. 1, nr. 1, idet den bedst mulige lægelige behandling under hensyntagen til de ydre tegn samt det høje fald ville have tilsagt, at der blev foretaget røntgenundersøgelse således, at knogleafsprængningen fra venstre knæskal ville være opdaget. (93-0225) (1993 Årsb.)

3.5. Skadestuebehandling – utilstrækkelig information (anerkendelse – den erfarne specialist ville have informeret om behovet for hurtig operation)

En 22-årig studerende, der var på cykelferie, væltede på sin cykel, og fik klemt 4. fingeren på venstre hånd mellem cykelstyret og asfalten. På skadestuen påvistes delvis ledskred i fingerens midterled samt brud på midterstykket. Bruddet blev behandlet med skinne, og skadelidte blev orienteret om, at han den følgende dag burde kontakte skadestuen, således at

han kunne få besked, om der skulle foretages operativ fiksfation af bruddet. Skadelidte kontaktede ikke skadestuen, men fortsatte på en planlagt cykeltur. Resultatet blev en stiv finger, og da fingeren ikke kunne reddes ved reoperation eller lignende, blev det besluttet at amputere fingeren i mellemlæddet.

Sagen anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1, idet Patientforsikringen vurderede, at den bedst mulige lægelige behandling og information på skadestuen ville have indebåret, at det var blevet udtrykkeligt meddelt skadelidte, at operation samme dags formiddag ville blive nødvendig, og at vigtigheden af at han kontaktede sygehuset, blev indskærpet.

Det blev samtidig pointeret, at der fra den behandlende læges side ikke blev begået nogen fejl eller forsømmelse. Selvom der forelå en betydelig egen skyld fra skadelidtes side, fandt Patientforsikringen dog ikke, at skadelidte havde handlet så groft uagtsomt, at erstatningen burde nedsættes eller bortfalde i henhold til PFL § 7. (92-0172) (1993 Årsb.)

3.6. *Skade på nervus axillaris (nerve ved skulderledet) (anerkendelse – den erfarne specialist ville have undgået at beskadige nerven)*

En 32-årig mand blev, som følge af tilbagevendende ledscred i højre skulder efter et tidligere brud på overarmsbenet indlagt til operation. Man foretog en såkaldt Bankartsoperation (operation for ledscred i skulder), som forløb planmæssigt. Efterfølgende blev der konstateret nedsat sensibilitet samt tegn på påvirkning af nervus axillaris med nedsat kraft i skulderen. Dette blev bekræftet ved elektromyografisk undersøgelse.

Sagen anerkendt efter § 2, stk. 1, nr. 1, idet man ved den bedst mulige lægelige behandling og under hensyntagen til, at der i den kirurgiske litteratur advares imod skader af axillaris nerven, ville have undgået at beskadige nerven. (93-0344) (1993 Årsb.)

3.7. *Efterladt udstyr (guidewire – ledetråd af metal) (anerkendelse – den erfarne specialist ville ikke have efterladt guidewiren)*

En 26-årig kvinde fik i sommeren 1992 pludselige smerter samt hævelser af den højre knæregion, hvorfor der blev iværksat behandling med ultralyd og laser, uden at dette havde nogen effekt.

Efterfølgende fandt man på højre lårben en svulst, og ved ultralydscanning samt CT-scanning og biopsi konstaterede man Ewings sarkom (ondartet svulst). Der blev iværksat kemoterapibehandling, og på grund af vanskelig intravenøs adgang fandt man indikation for anlæggelse af et permanent centralt venekateter.

Der blev anlagt et venstresidigt såkaldt Hickmann kateter (ernæringskateter til blodåren) efter placering af guidewire under ultralydscanning. Man fandt, at kateteret var velplaceret, men ved røntgenundersøgelse på operationsstuen blev det konstateret, at guidewireren var gledet ind i det centrale kar. Dagen efter opererede man herfor.

Sagen anerkendt efter § 2, stk. 1, nr. 1, idet den erfarne specialist ikke ville have efterladt en guidewire, som måtte fjernes ved en operation. (93-0265) (1993 Årsb.)

3.8. *Diagnosticering af blindtarmsbetændelse (anerkendelse – kliniske fund burde have ført til operation)*

En 26-årig mand henvendte sig den 10. juli, kl. 21.00, med stærke smerter på sygehus. Han fortalte den vagthavende læge, at han aftenen før havde konsulteret vagtlæge, som havde ordineret stikpiller og Panodil, og at han samme dag havde konsulteret sin praktiserende læge, hvor han havde fået ordineret Stesolid for at få maven til at falde til ro. Dette havde dog ikke hjulpet.

Skadelidte blev herefter indlagt akut, idet den undersøgende læge fandt ham forpint med diffus ømhed i bughulen stærkest i højre, nedre del. Den foreløbige diagnose var observation for akut blindtarmsbetændelse. Knap 2 timer senere blev skadelidte undersøgt af en anden læge, som fandt skadelidte urolig og råbende med ømhed overalt i bughulen dog mest i højre, nedre del. Denne læge fandt indikation for akut fjernelse af blindtarmen.

Cirka 1½ time senere aflyste den sidstnævnte læge imidlertid operationen, fordi der var fundet forhøjelse af enzymet serum-amylase til 591 enh./liter, hvor øverste grænse for referenceområdet er 300 enh./liter. Det blev oplyst, at skadelidte ikke havde større alkoholforbrug. Der ordineredes ultralyd-undersøgelse af lever, galdeveje og bugspytkirtel, men ikke som akut undersøgelse. Efter fundet af amylaseforhøjelsen blev det antaget, at der kunne være tale om betændelse i bugspytkirtlen.

Da smerter og ømhed den 11. juli om aftenen (et døgn efter indlæggelsen) utvivlsomt var mest udtalt i højre, nedre del af bughulen, konkluderedes det, at der uden tvivl var tale om akut blindtarmsbetændelse. Herefter blev skadelidte opereret, og der fandtes blindtarmsbetændelse med perforation, og der udviklede sig senere i forløbet betydelige komplikationer med genindlæggelser etc.

Skaden anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1, idet Patientforsikringen fandt det overvejende sandsynligt, at den erfarne specialist ikke ville have aflyst blindtarmsoperationen den 10. juli om aftenen, i det mindste ikke med den givne begrundelse. Den erfarne specialist ville have hæftet sig ved, at lette forhøjelser af amylase i serum har meget ringe diagnostisk betydning, idet de kan forekomme ved de fleste akutte sygelige tilstande i bughulen. Amylaseforhøjelsen kunne således ikke opveje de positive fund af bl.a. ømhed samt slippømhed i højre, nedre del af bughulen. Det var endvidere Patientforsikringens opfattelse, at udskydelsen af operationen med overvejende sandsynlighed var årsag til skaden.

Der var ikke blevet begået fejl fra de behandlende lægers side, idet diagnosen for blindtarmsbetændelse er overordentlig vanskelig at stille. Dette viser sig ved, at en stor del af de blindtarms, som fjernes på mistanke om betændelse, er normale uden betændelsesforandringer. Det er således almindeligt og sædvanligvis forsvarligt, at man observerer patienter med mistanke om blindtarmsbetændelse i op til 1 døgn, før der foretages operation. I det omhandlede tilfælde var begrundelsen for at udskyde operationen imidlertid ikke relevant. (92-0023) (1993 Årsb.)

3.9. *Kikkertoperation, lædering af blodkar (afvisning – skaden kunne ikke have været undgået, idet operatøren ikke kunne vide, hvor blodkarret var placeret)*

En 43-årig kvinde blev indlagt med henblik på foretagelse af abort og sterilisation. Man foretog provokeret abort samt sterilisation udført ved hjælp af kikkertapparatur. I tilslutning til indgrebet opstod der en blodansamling i bugvæggen og en ultralydsundersøgelse viste en lille mængde væske i bughulen. Da der var et betydeligt fald i blodprocenten, blev der givet blodtransfusion.

Det blev lægeligt skønnet, at der i forbindelse med indføring af instrumenter igennem bugvæggen blev læderet et blodkar, som gav anledning til blodansamling. En sådan blødning vil almindeligvis ikke kunne erkendes umiddelbart og ville ikke kunne være undgået, idet blodkarrene i bugvæggen ikke kunne ses af operatøren.

Skaden kunne ikke anerkendes efter § 2, stk. 1, nr. 1, idet operationen blev udført efter bedste specialiststandard. (92-0169) (1993 Årsb.)

3.10. *Fødselsskade (afvisning – hjerneskade hos barn måtte tilskrives placentalløsning og ikke behandlingen)*

En kvinde blev som følge af kraftig blødning i 36. graviditetsuge indlagt. Ved indlæggelsen fandt man fosterets hjertelyd påvirket, men tilstedevarende. Der blev umiddelbart udført kejsersnit, og kvinden fødte en skindød dreng, som tydeligt havde et stort blodtab. I forbindelse med indgrebet konstaterede man total placentalløsning (moderkageløsning).

Umiddelbart efter drengens fødsel påbegyndte man genoplivningsprocedure med hjertemassage, intubation, ventilation, adrenalin, bikarbonat, blodtransfusion samt glukoseinfusion, hvorpå drengen rettede sig og fik spontan respiration. Efterfølgende konstaterede man, at drengen var hjerneskadet.

Skaden kunne ikke anerkendes efter § 2, stk. 1, nr. 1, idet behandlingen på fødeafdelingen og på pædiatrisk afdeling blev udført efter bedste specialistmålestok. I øvrigt måtte drengens skade antages at være forårsaget af den totale placentalløsning – og altså ikke af behandlingen. (93-0012) (1993 Årsb.)

3.11. *Diagnosticering af cancer (afvisning – den erfarne specialist ville ikke have handlet anderledes)*

En 39-årig mand, som nogle år forinden havde fået påvist cancer i tungeroden, hvilket man havde strålebehandlet for, henvendte sig på sygehuset på grund af parestesier (føleforstyrrelser) i form af prikkende fornemmelser i tungen. Ved undersøgelse fandt man normale forhold bortset fra stråleforandringer og lidt fortykkelse og fasthed i vævet svarende til det tidligere cancersted. Efterfølgende foretog man ultralydscanning, der ikke gav nogen konklusiv diagnose. Patienten blev herefter indlagt, og der blev foretaget biopsi af tungeroden samt finnålspunktur. Hverken biopsien eller finnålspunktur viste tegn på sygdom af ondartet karakter. Der var ikke tegn til recidiv af cancer, og man aftalte kontrol efter _ år.

Ved den efterfølgende kontrol havde patienten højresidig tungelammelse, og den tidligere følte fortykkelse var vokset. Patienten blev indlagt, og biopsi samt finnålspunktur viste nu recidiv af cancer i tungeroden.

Skaden kunne ikke anerkendes efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1, jf. § 3, stk. 1, idet behandlingen ved henvendelsen på sygehuset var i overensstemmelse med bedste specialistmålestok. Man lagde vægt på, at der i erkendelse af suspect fortykkelse af tungen blev udført ultralydscanning, biopsi samt finnålspunktur. Ultralydscanningen var inkonklusiv, og hverken finnålspunkturen eller biopsien viste tegn på sygdom. Forandringen blev herefter opfattet som arvævsdannelser. Genoptagelse af strålebehandling og kemoterapi krævede verificering gennem biopsi, og da en sådan verificering ikke forelå, og alle relevante undersøgelser var foretaget, var det i overensstemmelse med bedste specialiststandard ikke at foretage sig yderligere, men blot at aftale kontrol _ år senere. (93-0320) (1993 Årsb.)

3.12. *Nervelæsion (anerkendelse/afvisning – den erfarne specialist ville have undgået at overskære nerven, men erstatningen under 20.000 kr.*

En 53-årig kvinde fik foretaget operation for åreknuder på højre ben. I forbindelse med operationen skete en overskæring af følenerven til den udvendige side af venstre underben og fod. Efter operationen havde patienten gener i form af smerter i højre hæl og nedsat følesans.

Patientforsikringens lægekonsulenter vurderede, at den erfarne specialist i patientforsikringslovens forstand ikke ville have overskåret nerven under operationen.

Sagen fandtes således at være erstatningsberettiget efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1. Da den samlede erstatning ikke oversteg minimumsgrænsen på kr. 20.000,–, måtte sagen efterfølgende afvises. (94-0516) (1994 Årsb.)

3.13. *Utilstrækkelig undersøgelse på skadestue (anerkendelse – den erfarne specialist ville have foretaget yderligere udredning før hjemsendelse)*

En 54-årig mand blev klempt i stalden af en tyr. Dagen efter rettede han henvendelse til skadestuen på grund af smerter mellem skulderbladene og i ryggen. Efter undersøgelse på skadestuen konkluderede man, at det formentlig drejede sig om en mindre lungehindebetændelse. Patienten afgik samme dag ved døden. Efterfølgende undersøgelse viste, at der var tale om en bristning af hovedpulsåren med blødning i hjertesækken.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL 2, stk. 1, nr. 1, idet den bedst mulige lægelige behandling havde tilsagt, at man som følge af ulykken med tyren ville have foretaget en grundigere undersøgelse samt fundet anledning til at foretage yderligere afklaring af de diagnostiske forhold inden hjemsendelsen af patienten. (93-0831) (1994 Årsb.)

3.14. *Løshed ved ucementerede proteser (anerkendelse – den erfarne specialist ville på baggrund af patientens alder have valgt en cementeret hofteprotese)*

En 73-årig kvinde, som efter brud på venstre lårbenshals, udviklede afstødning af lårbenshovedet (caputnecrose) og sammenfald af dette. I februar 1991 blev der indsat ucementeret hofteprotese (Lubinus Rippen). Det fremgår af operationsbeskrivelsen, at knoglekvaliteten var ringe.

I efterforløbet var der smerter, og man mistænkte løsning. Hun blev opereret i juni 1993, hvor begge protesedele fandtes løse. Under fjernelse af hofteskålen opstod der omfattende brud på underliggende del af bækkenet. Der indsattes atter ucementeret femurkomponent (Bimetric) og ucementeret HG hofteskål. Knogledefekten i bækkenet søgtes udbedret ved knogletransplantat og en enkelt skrue. I efterforløbet var der gentagne skred i hofteleddet, som fandtes ganske ustabil. Endvidere opstod der nogle dage svær lammelse af ischiasnerven.

Hun blev opereret for 3. gang en uge senere, hvor HG-skålen fandtes helt løs. Stort knogletransplantat og atter HG-skål. Der var i efterforløbet fortsat lammelse. Patienten var svært ganginvalidiseret.

Sagen anerkendtes efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1, idet den erfarne specialist på grundlag af patientens alder, køn og dårlige knoglekvalitet ville have valgt cementeret hofteskål. (1994 Årsb.)

3.15. *4 cm benforlængelse efter total hoftealloplastik (anerkendelse – den erfarne specialist ville have undgået en 4 cm forlængelse af benet)*

En 76-årig kvinde fik i december 1992 foretaget højresidig total hoftealloplastik (cementeret Exeter) på grund af slidgigt. Efter operationen var der en benforlængelse på det opererede højre ben på 4 cm. Efter re-operationen mindskedes benforlængelsen på højre side til mellem 1-2 cm.

Sagen anerkendtes efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1, idet den bedst mulige lægelige behandling ikke ville have resulteret en benforlængelse på 4 cm. (93-0237)

Der kan være flere årsager til, at der kan konstateres en benforlængelse/forkortning efter operationen. For det første kan det generelt være vanskeligt eller endog umuligt under operationen at vurdere det nøjagtige niveau for afsavning af det deformede ledhoved, og dermed den nøjagtige længde af benet efter indsættelse af lårbensprotesen. Det kan ligeledes gøre sig gældende, at der tidligere, f.eks. på grund af brud, er foretaget operation i øverste del af lårbenet med ændrede anatomiske forhold til følge. Dette vanskeliggør yderligere vurdering af det optimale niveau for afsavning af lårbenshoved/hals.

De gængse protesetyper leveres i en række standardstørrelser, som ikke nødvendigvis har den for den enkelte patient optimale længde. Anatomiske misforhold kan af samme årsag ikke altid kompenseres fuldstændigt.

Hvor der er tale om slidgigt i begge hofter med betydelig deformation og forkortelse, vælges gerne en protese, der medfører en forlængelse af det opererede ben til en mere "oprindelig længde". Benlængdeforskellen kan så efterfølgende korrigeres ved operation på den anden hofte.

Som grov tommelfingerregel må man acceptere en afvigende benlængde på op til 2 cm. Ved følger efter komplicerede brud eller operation på grund af følgerne efter medfødt skred af hofteleddet, må endog større afvigelser ofte accepteres. Derfor kan afvigelser i benlængden i en del tilfælde ikke opfattes som en skade som følge af behandlingen, men må derimod opfattes som en følge af patientens grundlidelse.

Når patienterne i disse tilfælde opfatter afvigelser i benlængden som en skade, skyldes det efter Patientforsikringens vurdering, at patienter ofte har meget store forventninger til resultatet af en hofteoperation. En grundig og realistisk information fra de behandlende lægers side om det sandsynlige operationsresultat vil ofte kunne forhindre misforståelser og skuffelser hos de patienter, der efterfølgende må konstatere en afvigelse i benlængden. (1994 Årsb.)

3.16. *Cement størknet under indsættelse af hofteprotese (anerkendelse – den erfarne specialist ville have undgået at lave brud på lårbenskraftet).*

En 53-årig mand med flerårige symptomer på højresidig hoftearthrose opereredes i april 1993 med indsættelse af såkaldt hybrid protese (cementeret Müller + ucementeret HG hofteskål).

Under indføring af femurkomponenten størknede cementen, inden protesen var kommet i bund. Under forsøg på fjernelse af femurkomponent og cement opstod der brud på lårbenskraftet, og det blev nødvendigt at fiksere brudstedet med plastikbånd. Herefter blev femurkomponenten fastcementeret. Et _ år senere faldt patienten og pådrog sig et brud i lårbenet svarende til det gamle brudsted.

Sagen blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1. (94-0034) (1994 Årsb.)

3.17. *Brækket lårbensknogle ved hofteudskiftningsoperation (anerkendelse – den erfarne specialist ville have undladt at brække lårbenet)*

En 61-årig kvinde fik i 1994 indsat total højresidig hoftealloplastik (cementeret Lubinus). I 1991 blev lårbenskomponenten udskiftet på grund af løshed (cementeret Lubinus). Resultatet herefter var i begyndelsen tilfredsstillende, men der fremkom atter løsning, og lårbenskomponenten blev atter udskiftet i august 1992 (cementeret, langskaffet). I tilknytning hertil gik protesespidsen ud igennem lårbenet, og dette nødvendiggjorde re-operation. Klage over 3. operation. Anset for omfattet af PFL § 2, stk. 1, nr. 1. (93-0117) (1994 Årsb.)

3.18. *Forsinket diagnosticering af et brud (afvisning – pga alvorligt kraniebrud var det optimal behandling først at diagnosticere brud på kravebenet 6 dage senere)*

En 43-årig mand havde pådraget sig et svært kraniebrud efter at være væltet på cykel. Efterfølgende undersøgelse påviste ansigtsknoglebrud samt blødning i hulrummet mellem hjernens vævshinder. Efter 6 dage blev patientens højre skulder røntgenundersøgt, og man konstaterede et forskudt brud på kravebenet. Herefter anbefalede afdelingen yderligere behandling via fysiurgisk afdeling, men patienten ønskede sig udskrevet og blev udskrevet efter 17 dage regnet fra indlæggelsen. Herefter blev patienten indstillet til operation som følge af forkert opdeling af kravebensbruddet. I sin anmeldelse hertil anførte patienten, at der var smerter i højre arm og nedsat funktion. Sagen blev afvist efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1.

Som følge af den primære behandling af patientens alvorlige kraniebrud og dennes dårlige almentilstand kunne det ikke anses for at være i strid med optimal diagnosticering, at bruddet ikke konstateredes umiddelbart, således at behandlingen straks kunne iværksættes. Der fandtes at være foretaget en korrekt behandling af patientens lidelser. (94-0079) (1995 Årsb.)

3.19. *Følger efter discusprolaps (afvisning – behandlingen havde været optimal- smertetilstand skyldtes grundlidelsen)*

En 33-årig mand blev indlagt med henblik på operation for discusprolaps. Ved operation fjernedes discusprolaps på henholdsvis 3. og 4. lændehvirvel. Da operationen ikke havde nogen effekt, blev patienten genindlagt, og der gennemførtes ny operation 1½ måned efter første operation. Ej heller reoperationen havde den ønskede effekt, og patienten var fortsat smertepræget.

Sagen blev afvist efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1, idet den efterfølgende kroniske smertetilstand ikke er et forløb, der er ukendt efter operation for discusprolaps. Patientforsikringen fandt, at patientens behandling var foregået optimalt. Patientens gener var således ikke opstået som følge af behandlingen, men måtte antages at være almindeligt kendte gener opstået i tilknytning til operation for discusprolaps. Begge operationer fandtes at være udført efter bedste specialiststandard. (94-0196) (1995 Årsb.) <i>3.20. Knæprotese (afvisning – operation og genoptræning udført optimalt)</i> En 53-årig mand, der på grund af tidligere knæulykke i 1988 havde udviklet svær slidgigt i højre knæ, blev indlagt med henblik på højresidig knæalloplastik, da slidgigten nu gav patienten så svære smerter, at han ikke kunne sove om natten, ligesom bevægeligheden var stærkt indskrænket. Der blev foretaget ukompliceret operation, og efterfølgende røntgenundersøgelse viste korrekt placering af protesen. Der blev herefter iværksat genoptræning. Patienten klagede over fortsatte gener. Patientforsikringen vurderede, at operationen og genoptræningen var udført i overensstemmelse med bedste specialiststandard. Endvidere fandt Patientforsikringen, at resultatet efter operationen og de gener, som patienten havde anmeldt, fuldstændig svarede til, hvad man kan forvente efter indsættelse af knæprotese. Patientforsikringen afviste således sagen. (95-0876) (1995 Årsb.) <i>3.21. Forsinket diagnosticering af discusprolaps (anerkendelse – på grundlag af symptomer ville den erfarne specialist have foranlediget overflytning med henblik på operation)</i> En 35-årig mand med flerårige rygsmerter af skiftende intensitet blev indlagt med nu morfinkrævende smerter og neurologiske udfald. Ved indlæggelsen fandtes god funktion af lakkemuskulaturen, og man valgte at se tiden an. Senere samme dag var der tiltagende gener og først på natten endvidere sovende fornemmelse i pungen og ballerne. Sygehuset, der ikke rådede over en neurokirurgisk afdeling, konfererede med nærmeste neurokirurgiske afdeling, og blev derfra tilrådet at se tilstanden yderligere an. I det videre forløb havde patienten fortsatte svære smerter med tiltagende problemer med at styre vandladningen. Om aftenen, den følgende dag, var der tiltagende dødhedsfornemmelse i anogenital-området (scrotum, penis samt omkring anus), og der blev derfor igen rettet henvendelse til nærmeste neurokirurgiske afdeling. Denne iværksatte herpå akut overflytning, og ved modtagelse af patienten blev der foretaget akut myelografi med efterfølgende operation, hvor der fandtes en stor, fri prolaps. I det videre forløb havde patienten fortsat voldsomme gener som følge af den nerverodsskade, discusprolapsen havde forårsaget. Patientforsikringen vurderede, at den erfarne specialist under hensyn til de foreliggende symptomer ville have foranlediget, at patienten straks blev overflyttet med henblik på yderligere undersøgelser og eventuel operation, da man første gang blev anmodet om at yde hjælp. Sagen fandtes således at være omfattet af PFL § 2, stk. 1, nr. 1. (95-0857) (1995 Årsb.) <i>3.22. Nervelæsion (anerkendelse – den erfarne specialist ville have anlagt et lodret snit i stedet for et vandret snit)</i> En 54-årig kvinde fik i forbindelse med indlæggelse foretaget dobbeltsidig temporalis biopsi (arterieprøve i tindingerne). Indgrebet blev foretaget på begge sider med samme metode, idet man lagde et vandret snit foran øverste halvdel af det ydre øre. Indgrebet var vanskeliggjort af en vis ansigtshævelse. Efter operationen havde patienten betydelig hovedpine og svimmelhed samt følelsesløshed af venstre ansigtshalvdel og manglende lukning af venstre øje. Patientforsikringen fandt, at den erfarne specialist i stedet for anlæggelse af et vandret snit i biopsiområdet ville have anlagt et lodret snit, hvorved risikoen for overskæring af nervegrenene ville have været minimeret. Patientforsikringen fandt herefter, at sagen var omfattet af PFL § 2, stk. 1, nr. 1, idet det var overvejende sandsynligt, at den skete nervelæsion kunne være undgået ved optimal behandling. (95-0388) (1995 Årsb.) <i>3.23. Sponering af anti-epileptisk behandling (anerkendelse – den erfarne specialist ville ikke have ophørt med medicin på et tidspunkt, hvor patientens tilstand var dårlig)</i> Sagen drejer sig om en 40-årig mand med tidligere diagnosticeret epilepsi, behandlet medicinsk siden 1987. Efter mangeårig behandling med Deprakine blev patienten i 1992 indlagt med et delvist epileptisk anfald, hvorfor man valgte at øge doseringen af Deprakine. To år efter blev patienten igen indlagt med epilepsi-lignende symptomer. I forbindelse med indlæggelsen fandtes leveren påvirket, og man valgte herefter at ophøre med Deprakine behandlingen. Fire dage efter fik patienten krampeanfald først i højre, derefter i venstre side, og anfaldene efterlod lammelser af venstre side. Man genoptog derfor behandlingen med Deprakine, og patientens krampeanfald aftog. Patientforsikringen vurderede, at ophør med anti-epileptisk behandling indebar en helbredsmæssig risiko for patienten, hvorfor man ikke burde have valgt at ophøre med behandlingen på et tidspunkt, hvor patientens tilstand i forvejen var ustabil. Endvidere vurderede Patientforsikringen, at ophøret af den anti-epileptiske behandling burde være sket efter en aftrappingsperiode, særligt da der var tale om en mangeårig behandling. Patientforsikringen anerkendte på denne baggrund, at behandlingen ikke havde levet op til optimal specialiststandard i henhold til PFL § 2, stk. 1, nr. 1. (95-0045) (1995 Årsb.) <i>3.24. Patient død i forbindelse med psykiatrisk behandling</i> En 43-årig mand blev frivilligt indlagt på psykiatrisk afdeling. Under indlæggelsen var hans tilstand vekslende og efter en uges indlæggelse blev han frivilligt overflyttet til en lukket afdeling, idet han var anspændt, verbalt aggressiv og mente, at der var en bombe på hospitalet. På et tidspunkt meddelte personalet patienten, at bæltefiksering eventuelt ville kunne komme på tale, hvorefter patienten greb fat i en plejer. Da personalet opfattede patienten som truende, blev han overmandet, og fastholdt med overkroppen mod et sofasæde, hvorefter en sygeplejerske blev tilkaldt, og gav patienten en injektion med antipsykotisk medicin. Efter ca. fem minutter løsnede man grebet, og patienten blev da fundet livløs. Efterfølgende genoplivningsforsøg viste sig resultatløs. Patientforsikringen vurderede, at optimal behandling havde tilsagt, at fastholdelsen af patienten, udover en kort periode på få sekunder, var blevet gennemført således, at øjenkontakt, eventuelt verbal kontakt og observation af vejrtrækning kunne have været gennemført, og patientens efterfølgende død dermed med overvejende sandsynlighed kunne have været undgået. Patientforsikringen fandt herefter sagen for omfattet af PFL § 2, stk. 1, nr. 1. (95-0766)(1996 Årsb.) <i>3.25. Perforation af hofteskål i forbindelse med operation af lårbensbrud</i> I forbindelse med operation for lårbensbrud blev en K-tråd (ledetråd) presset ind i det lille bækken, hvorved bunden af hofteskålen blev perforeret. Patienten fik efterfølgende blodtryksfald og smerter. Akut ultralydsscanning viste en stor blodansamling beliggende bagved bughinden i højre side. Der blev derfor foretaget akut operation, hvor man konstaterede en defekt i arteria iliaca interna (den indre bækkenpulsåre). Denne defekt blev syet, og blodansamlingen blev udtømt. I efterforløbet indtrådte der infektion i bugvægssåret, og denne blev behandlet konservativt med antibiotika og sårskiftninger. Omtrent en måned efter operationen blev patienten udskrevet fra hospitalet. Patientforsikringen fandt, at optimal behandling havde tilsagt, at man under operationen for lårbensbrud undgik at perforere hofteskålen og den indre bækkenpulsåre. Perforationen af den indre bækkenpulsåre, reoperation samt infektion blev anset for omfattet af PFL § 2, stk. 1, nr. 1.(1996 Årsb.) <i>3.26. Hæmatom efter lumbalpunktur opstået som følge af blodfortyndende behandling</i> Sagen drejede sig om en 30-årig kvinde, der siden to års alderen havde haft en ventil på grund af en medfødt misdannelse af hjernehulrummene i lillehjernen (Dandy-Walker malformation). Patienten blev som følge heraf behandlet med blodfortyndende medicin (AK-behandling). Op til aktuelle indlæggelse havde patienten haft tiltagende problemer med gangbesvær samt inkontinens. Ved indlæggelsen var hun akut medtaget med høj feber, udtalt bevidsthedspåvirkning og nakkestivhed. Der forelå derfor en begrundet mistanke om meningitis, hvorfor der blev foretaget CT-scanning samt lumbalpunktur. Fire dage efter indlæggelse mærkede patienten ændret gang- og blærefunktion. På baggrund af myelografi og MR-scanning foretog man derfor operation for tryk på lændenerverne forårsaget af
--

blodansamling og prolaps i lænderygkanalen.

Patienten blev som følge af blodansamlingen følelsesløs i både hænder og fødder, ligesom hun ikke længere havde kontrol over blære og urin.

Patientforsikringen afviste sagen, idet man vurderede, at det var korrekt at foretage en lumbalpunktur på baggrund af patientens symptomer. Hæmatomdannelsen skyldtes, at hun var i permanent AK-behandling på grund af en forudbestående kompliceret sygdom. Da lumbalpunkturen imidlertid var korrekt udført på en velindiceret grundlag, kunne hæmatomudviklingen og de dermed følgende komplikationer ikke tilskrives behandlingsvalget- eller måden. Sagen var således ikke omfattet af PFL § 2, stk. 1, nr. 1.

Patientforsikringen fandt heller ikke, at patienten var berettiget til erstatning efter § 2, stk. 1, nr. 4, idet man lagde vægt på, at hun led af en særdeles alvorlig grundlidelse, der forusatte en kompliceret behandling. Selv ved en vellykket behandling måtte patientens sygdom fortsat beskrives som alvorlig. (96-0241)(1996 Årsb.)

3.27. Hjerterklapprotese placeret forkert

En ung kvinde fik foretaget en hjerterklapoperation med indsættelse af en protese. Man konstaterede efterfølgende, at der var problemer med den arterielle iltmætning, ligesom hjerterklapperne ikke lukkede ordentligt. Ved reoperation den følgende dag fandt man, at den indsatte protese ikke var placeret korrekt, idet man havde syet den fast et forkert sted.

Fejlen blev rettet, men allerede samme dag konstaterede man en kraftig blødning i de anlagte dræn, og patienten måtte derfor atter reopereres.

Efter udskrivelsen klagede patienten over nedsat hukommelse og manglende koncentrationsevne, svarende til følgerne efter en let hjerneskade. Patientforsikringen fandt det overvejende sandsynligt, at skaden var opstået som følge af, at den indsatte protese ikke fra starten var placeret korrekt.

Optimal behandling havde efter Patientforsikringens vurdering desuden tilsagt, at man i forbindelse med operationen havde udvist større omhu med hensyn til placeringen af protesen, og sagen blev derfor anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1.(96-0285)(1996 Årsb.)

3.28. Sprængt achillesene

En 38-årig mand, der havde sprængt den venstre achillesene, blev behandlet med sammensyning af senen. Der blev samtidig anlagt en spidsfods gipsbandage, der senere efter opretning af foden blev erstattet med en ny gipsbandering.

Efter opretning af foden opstod der smerter i venstre ben og især venstre lår. Da smerterne havde været tiltagende igennem nogen tid, henvendte patienten sig på skadestuen, idet der nu udover smerterne også var en kraftig hævelse på venstre lår. Den undersøgende skadestuelæge fandt, at der måtte være tale om en fibersprængning i venstre lår og hjemsendte patienten.

Patienten afgik herefter ved døden dagen efter som følge af blodpropper i lungepulsårene udgået fra blodproppdannelser i blodkarrene i venstre ben.

Sagen blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1, idet optimal behandling havde tilsagt, at man ud fra patientens sygehistorie samt symptomer ved skadestuebesøget havde erkendt blodproppdannelserne ved skadestuebesøget, samt at der herefter var blevet iværksat relevant behandling. (1996 Årsb.)

3.29. Nervelæsion

En 55-årig kvinde blev, på grund af åreforkalkning med forsnævring af pulsåren til højre ben, karopereret ved en umiddelbart ukompliceret operation.

I efterforløbet opstod der kraftnedsættelse af den store strækkemuskel på højre ben med sovende fornemmelser fortil på højre lår, og man iværksatte derfor fysioterapeutisk genoptræning.

Ved efterfølgende elektromyografi konstaterede man, at nerven til højre ben var beskadiget med helt eller delvist tab af sensoriske fibre. Ved samme undersøgelse fandt man, at der, på trods af skaden, med tiden var sket en bedring, men at der dog fortsat var nedsat føleevne.

Patientforsikringen vurderede, at optimal behandling havde tilsagt, at man i forbindelse med karoperationen havde været påpasselig ved anvendelsen af sårhage og herunder havde påset, at nervus femoralis ikke var blevet klemmt eller trykket af sårhagen. Sagen blev således anset for at være omfattet af PFL § 2, stk. 1, nr. 1.(96-0981)(1996 Årsb.)

3.30. Blodprop i hjernen

En 42-årig kvinde, der i ca. 20 år havde lidt af en svært behandlelig epilepsi, fik forud for en operation for denne lidelse, foretaget en såkaldt Wada-test (indsprøjtning af bedøvelsesmidlet Amytal i først den ene og derefter den anden hjernehovedpulsåre) til bestemmelse af sprogcentrets lokalisation. I forbindelse med undersøgelsen blev patienten ukontaktbar og ophørte med at trække vejret. MR-scanning viste at patienten havde en blodprop i hjernen, og hun fik som følge heraf svære vedvarende lammelser i både arme og ben. (Méngraden blev fastsat til 120 %).

Patientforsikringen fandt, at sagen var omfattet af PFL § 2, stk. 1, nr. 1, idet det blev lagt til grund, at der ved en fejl var injiceret Amytal, i den bageste pulsåre (arteria vertebralis) og ikke, som det var hensigten, i hjernehovedpulsåren.

Optimal behandling havde tilsagt, at man ved angiografiundersøgelse (røntgenkontrastundersøgelse af karbanerne) under indgrebet havde sikret sig, at kateteret var placeret i hjernehovedpulsåren inden indsprøjtningen af Amytal blev påbegyndt. (96-1052)(1996 Årsb.)

3.31. Kejsersnit foretaget for sent

En gravid kvinde havde i forbindelse med en tidligere graviditet lidt af svær præeclampsi (svangerskabsforgiftning) og som følge heraf og fået sat fødslen i gang før tid med vellykket resultat.

Under en efterfølgende graviditet oplevede kvinden tilsvarende gener, og hun henvendte sig derfor første gang i 36. uge på sygehuset med anmodning om, at man satte fødslen i gang, hvilket man dog ikke fandt indikation for.

Kvinden blev herefter i 39. uge en morgen kl. 05.30 indlagt med veer, og kl. 07.00 anlagde man rygmarsvbedøvelse. En CTG-kurve viste kl. 09.30 langsom hjertelyd hos barnet, hvilket man tilskrev den anlagte rygmarsvbedøvelse. Barnets hjertelyd faldt dog yderligere, og efter at have fundet tegn på, at barnets puls var ophørt, iværksatte man kl. 10.50 kejsersnit.

Der blev ved kejsersnittet forløst en slap og meget medtaget dreng, som efter forgæves forsøg på hjertemassage efter 2 timer afgik ved døden.

Barnets mor anførte over for Patientforsikringen, at barnet efter hendes opfattelse døde som følge af, at man ikke foretog kejsersnit på et tidligere tidspunkt.

Patientforsikringen vurderede ved afgørelsen, at optimal behandling havde tilsagt, at man på baggrund af observationerne den pågældende morgen havde foretaget kejsersnit på et tidligere tidspunkt. Derved ville barnet med overvejende sandsynlighed have overlevet, og sagen blev derfor anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1. (96-1073)(1996 Årsb.)

3.32. Overset kræftsvulst i nyre

En 60-årig kvinde blev indlagt med højresidige nyresmerter. Ved røntgenundersøgelse af nyrene fandt man en sten i højre nyre. Patientten blev herefter udskrevet til ambulant kontrol. To måneder senere fik patienten foretaget stenknusning af den højresidige nyresten. På grund af fortsatte smerter blev patienten indlagt, og fornyet røntgenundersøgelse påviste ny sten i højre nyre og gav mistanke om en svulst i venstre nyre. Ultralydsscanning af venstre nyre viste en lille cyste i venstre nyre, men ikke som forventet den tidligere påviste svulst. Patientten blev herefter udskrevet til ambulant kontrol.

Ved selvforanstaltet ultralydsscanning i udlandet ca. 2 måneder senere, fik patienten påvist svulst i venstre nyre. Ved en fornyet ultralydsundersøgelse umiddelbart efter på et andet sygehus i Danmark fandt man en 5-7 cm stor svulst i venstre nyre. Biopsi af nyren viste godartede forhold, og patienten blev herefter tilbudt yderligere udredning i form af nye biopsier. Patientten afslog dette og fik fjernet den venstre nyre på grund af påvist nyrecancer.

Patientforsikringen vurderede, at man, under hensyn til svulstens størrelse og fundet ved urografen (røntgenundersøgelsen), ved optimal behandling ville have konstateret den venstresidige svulst ved ultralydsundersøgelsen. Der var derfor tale om en forsinket diagnosticering af en alvorlig kræftsygdom i venstre nyre.

Patientforsikringen anerkendte således sagen efter PFL § 3, stk. 1 jfr. § 2, stk. 1, nr. 1. (96-1482)(1996 Årsb.)

[Top af bilag 15](#)

4. SVIGT I TEKNISK APPARATUR § 2.1.2

4.1. Brud på krykkestok (anerkendelse – svigt af krykkestok anvendt på sygehusets område)

I forbindelse med fald på en trappe pådrog en 23-årig mand sig et alvorligt knusningsbrud i højre fodledsregion. Bruddet blev behandlet med bl.a. gipsbandage og mobilisering med krykkestokke.

Under brug af krykkestokkene på sygehuset faldt han, idet den ene af de udleverede krykkestokkes armstykke brækkede af. Ved uheldet trådte patienten hårdt ned på den dårlige fod, hvilket medførte en forskydning af bruddet med reoperation og komplikationer til følge.

Sagen blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 2, idet der var tale om fejl/svigt i udstyr udleveret af sygehuset. Da krykken blev anvendt inden for sygehusets område, blev det antaget, at brugen var et led i behandling og genoptræning. (93-0334) (1993 Årsb.)

4.2. Forbrænding ved brug af el-kniv (anerkendelse – fejl at elkniv kunne udsende gnister uden aktivering)

På grund af forsnævring af kranspulsårene blev en 48-årig mand indlagt til operation. Under operationen opstod der en blødning i kranspulsårens væg, hvorfor man aflukkede denne akut. Det var herefter nødvendigt at foretage en by-pass-operation, hvorved man bl.a. udtog årer fra underbenet. Såret blev efter lukning eftertørret med sprit. På grund af en gnist fra el-kniven opstod der ild i den spritvædede kniv, og patienten blev påført en forbrænding af benet.

Sagen anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 2, idet en el-kniv ikke bør kunne udsende gnister uden aktivering, og man måtte derfor antage, at den var behæftet med fejl. (92-0072) (1993 Årsb.)

4.3. Svigt i røntgenapparat (anerkendelse – fejl i røntgenapparat årsag til mangelfuld placering af låseskrue ved påpladssætning af brud)

En 46-årig mand blev indlagt efter fald i hjemmet, hvorved patienten havde pådraget sig brud på venstre lårben. Ved en efterfølgende operation sammensatte man lårbensbruddet ved hjælp af et marvsøm og låseskruer i patientens lårben.

Under operationen blev der foretaget en gennemlysning af lårbenet. Imidlertid opstod der et svigt i det tekniske apparatur i forbindelse med gennemlysningen. Dette medførte, at en låseskrue ikke kunne placeres præcist. Fejlplaceringen af låseskruen gav anledning til en anelse forskydning og vinkling af bruddet.

Sagen blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 2, idet det med overvejende sandsynlighed måtte antages, at man havde opnået en optimal sammensætning af patientens brud på lårbenet, såfremt der ikke havde foreligget svigt i det tekniske apparatur. (94-0678) (1994 Årsb.)

4.4. Defekt varmemadras (anerkendelse – fejl i termostat i varmemadras årsag til forbrænding)

Efter operation i bughulen blev en 68 årig mand anbragt på en varmemadras med en termostat, der senere viste sig at være defekt. Patienten fik en kraftig forbrænding på søde og rygregion

Sagen blev anerkendt efter PFL § 2.1.2, idet den defekte termostat i varmemadrassen var direkte årsag til patientens kraftige forbrænding. (94-0337) (1994 Årsb.)

4.5. Knoglecement (Boneloc) (anerkendelse – fejl i knoglecement årsag til løsning af protese)

En 59-årig mand fik indopereret en højresidig hofteprotese på grund af slidgigt. 6 måneder efter opstod tiltagende smerter, dels ved belastning af hoften, dels ved bevægelser. Røntgenundersøgelse viste, at protesen havde løsnet sig, hvorfor der blev foretaget en udskiftningsoperation. Forløbet var herefter ukompliceret.

Sagen blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 2, idet Patientforsikringen fandt, at skaden i form af løsning af den indsatte protese med overvejende sandsynlighed var påført patienten på grund af fejl i den anvendte cementtype af mærket Boneloc. (94-0210) (1994 Årsb.)

4.6. Løshed ved cementerede proteser (anerkendelse – fejl i Bonelocement årsag til for tidlig løsning af protese)

En 59-årig mand blev den 8. december 1992 opereret med indsættelse af total cementeret hoftealloplastik. Operationen forløb ukompliceret. Efter et halvt år fik patienten tiltagende belastningssmerter. Ved røntgenundersøgelse viste det sig, at smerterne skyldtes løshed i lårbenskomponenten.

Sagen er anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 2, idet det fandtes overvejende sandsynligt, at løsheden skyldtes fejl i den anvendte cementtype (Bone-Loc).

Patientforsikringen har senere truffet en tilsvarende afgørelse i en lignende sag. Patientforsikringen er herefter blevet bekendt med, at der tilsyneladende er store problemer med den pågældende cementtype, der i mange tilfælde har medført løshed af protesen. Cementtypen har været anvendt på mange ortopædkirurgiske afdelinger i landet og ved mere end 3.500 operationer.

Da der må antages at være opstået løshed i flere hundrede tilfælde efter disse operationer, forventer Patientforsikringen en meget kraftig vækst i anmeldelsesantallet inden for denne skadetype.

Da en stor gruppe af patienterne er behandlet før PFL's ikrafttræden, er det sandsynligt, at man fra mange patienters side vil forsøge at komme igennem med et produktansvar over for producenten.

Da der oftest ikke er nogen varige følger af den nødvendige re-operation, vil de erstatningsbeløb, der gennemgående vil blive tale om i disse sager, som regel være af relativt begrænset karakter. (1994 Årsb.)

4.7. Defekt i indbankningsapparatur i forbindelse med hoftealloplastik (anerkendelse – fejl i indbankningsapparatur årsag til brud på lårbenet)

En 73-årig kvinde, der gennem flere år havde lidt af slidgigt i begge hofter, fik i april 1994 foretaget højresidig total alloplastik (cementeret Lubinus SP II).

Da man efter at have fyldt cement i marvkanalen ville indsætte protesen, gik indbankningsapparatet fra hinanden, og cementen stivnede, før protesen kunne indføres. Under forsøg på at fjerne cementen opstod der brud på lårbenet, som dog straks blev opdaget og behandlet med Partridge-bånd, hvorefter protesen blev fastcementeret.

Sagen anerkendtes efter PFL § 2, stk. 1, nr. 2, idet problemerne med placeringen af lårbensprotesen skyldtes apparatursvigt. (93-0401) (1994 Årsb.)

4.8. Knækket tang (anerkendelse – svigt i operationstang årsag til åben operation og efterfølgende infektion)

En 22-årig værnepligtig mand, pådrog sig en menisklæsion i højre knæ. Under arthroskopisk behandling (kikkertoperation) faldt en bevægelig del af den anvendte operationstang af. Det var herefter nødvendigt at foretage en åben operation for at fjerne metalstykket.

I efterforløbet udviklede patienten infektion og blodansamling i knæet, der kunne tilskrives vanskelighederne under operationen.

Sagen blev anerkendt efter PFL § 2 stk. 1, nr. 2, idet den defekte operationstang fandtes at være årsag til, at der opstod infektion i knæet, hvilket medførte en forlænget sygeperiode. (94-1137) (1995 Årsb.)

4.9. Teknisk svigt i operationslejes hovedgærde (anerkendelse – uhensigtsmæssig konstruktion af hovedgærde årsag til "whiplashlæsion")

23-årig kvinde blev indlagt for at få fjernet mandler. I forbindelse med operationen skulle patienten flyttes højere op på lejet. Under flytningen af patienten faldt lejets hovedgærde ned på grund af teknisk svigt, så patientens hoved på grund af bedøvelsen faldt passivt bagover.

Operationen forløb uden yderligere komplikationer, men i efterforløbet havde patienten synkebesvær, kvalme samt besvær med at holde fast på ting. Det blev fundet overvejende sandsynligt, at patientens gener var en følge af uheldet ved flytningen af patienten.

Skaden blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 2. Det er efterfølgende fastslået, at operationslejets hovedgærde var uhensigtsmæssigt konstrueret, og at skaden skyldtes et svigt i hovedgærdet. (94-0812) (1995 Årsb.)

4.10. *Tilbageløb i anlagt dræn (anerkendelse – ventiltilstopning årsag til klorhexidin i lungen med efterfølgende lungebetændelse)*

En 50-årig mand blev indlagt på grund af smerter i brystkassen. Det blev konstateret, at patienten havde højresidig lungebetændelse, hvorefter man anlagde et lungedræn.

Under transport af patienten til kontrolrøntgen blev patienten tiltagende dårlig. Portøren, der forestod transporten, observerede, at væsken i slangesystemet i det anlagte dræn løb den gale vej. Drænet blev straks frakoblet, og der blev etableret ilttilførsel på maske, hvorved tilstanden hurtigt blev bedre.

Tekniske undersøgelser viste, at der på grund af ventiltilstopning var blevet indført drænvæske samt klorhexidin i højre lunge. Patienten fik som følge heraf betændelse i lungehinden.

Sagen blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 2, idet de tilkomne gener og det forlængede sygeophold fandtes at være en følge af et teknisk svigt af det anlagte dræn. (95-0424) (1995 Årsb.)

4.11. *Defekt cementsprøjte til hofteoperation (anerkendelse – defekt stempel til cementsprøjte årsag til brud på lårbenet)*

En 73-årig kvinde blev indlagt med henblik på isættelse af totalprotese i højre hofte. I forbindelse med indsættelsen af protesen blev der anvendt en engangssprøjte med knoglecement.

Under fyldningen af lårbenskanalen med knoglecement satte stemplet i sprøjten sig fast. Man forsøgte at fremskaffe en ny engangssprøjte, men forinden var den allerede indsprøjtede cement størknet. Man måtte herefter fjerne den isatte cement, og i forbindelse hermed opstod et brud i lårbensknoglen. Denne komplikation medførte et langvarigt sygeforløb samt en forkortning af patientens højre ben på ca. 4 cm.

Sagen blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 2, idet det skyldtes fejl eller svigt ved den anvendte engangssprøjte, at stemplet satte sig fast under brugen, således at cementen størknede. (95-0796) (1995 Årsb.)

4.12. *Hofteoperation med anvendelse af Boneloc-cement*

En 63-årig mand fik i maj 1993 foretaget hofteudskiftningsoperation, hvor man anvendte Boneloc-cement. Efterfølgende kontrolrøntgenundersøgelse viste velplaceret protese uden tegn på løsning.

To år senere blev patienten set ambulant, idet han havde mange gener fra hoften. Røntgenundersøgelse viste tegn på løsning af protesen, og senere foretog man udskiftningsoperation. Efterfølgende var patienten uden smerter, og kunne gå uden brug af stok.

Patientforsikringen fandt, at sagen var omfattet af PFL § 2, stk. 1, nr. 2, idet løsning af protesen, der nødvendiggjorde reoperation med overvejende sandsynlighed var forårsaget af fejl ved den anvendte Boneloc-cement (96-0157). (1996 Årsb.)

I sagen vedrørende løsning af protesedele efter to år, refererer ovenfor i denne beretning, er det afvist at tilkende erstatning for løsninger opstået ved anvendelse af "sædvanlig cement", idet aseptisk løsning antages at skyldes særlige forhold hos patienten og ikke den givne behandling. Idet erfaringen viser en betydelig øget risiko for løsning, når der anvendes Boneloc, er det altså her skønnet, at løsningen med overvejende sandsynlighed skyldes den anvendte cement og dermed den givne behandling, snarere end forhold hos patienten.

4.13. *Mikrokateter revnede under indsprøjtning af flydende kunststofmateriale i forbindelse med hjerneoperation*

En 39-årig mand fik i 1992 konstateret en medfødt defekt i en arterie i hjernen. På grund af krampeanfald og venstresidig lammelse efter hjerneblødning blev patienten indlagt til behandling.

Med henblik på aflukning af arteriedefekten med kunststof, foretog man et indgreb i hjernen.

Under indgrebet revnede et mikrokateter i forbindelse med indsprøjtning af det flydende kunststofmateriale. Derved strømmede der kunststofmateriale ud i et ikke tilsigtet karområde med aflukning af området til følge. Udflydningen af det indsprøjtede materiale medførte tiltagende hjernestammepåvirkning samt venstresidig ansigtslammelse.

Patientforsikringen fandt det overvejende sandsynligt, at den opståede hjerneskade var en følge af det revnede mikrokateter. Sagen blev herefter anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 2. (96-0942)(1996 Årsb.)

4.14. *Trykskade forårsaget af blodtomhedsmanchet*

En 7-årig pige pådrog sig et brud på højre overarm, og hun blev derfor akut opereret i blodtomhed. Operationen varede ca. 1½ time. Umiddelbart efter indgrebet konstaterede man, at der ved anvendelse af blodtomhedsmanchet var opstået nogle store røde trykmærker, der siden udviklede sig til en stor væskefyldt blæredannelse.

Det viste sig ved en efterfølgende undersøgelse af apparatet, at der var problemer med trykstyringen. Apparatet er siden blevet skiftet ud.

Patientforsikringen fandt, at den opståede skade med overvejende sandsynlighed skyldtes en fejl i den anvendte blodtomhedsmanchet, og sagen blev derfor anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 2. (96-1638)(1996 Årsb.)

[Top af bilag 15](#)

5. **ALTERNATIV METODE ELLER TEKNIK § 2.1.3.**

5.1. *Operation for prostata-gener (anerkendelse – kunne have anvendt anden ligeværdig operationsteknik uden skyllekateter)*

En 64-årig mand blev indlagt akut på grund af prostata-gener. Man foretog skrælning af blærehalskirtlen, og i forbindelse med operationen anlagdes skyllekateter. Efterforløbet kompliceredes af flere blødninger, og man foretog en kikkertundersøgelse af urinblæren med udtømmning af store mængder størknet blod fra blæren. Efterfølgende fik patienten tegn på bughindebetændelse, og man konstaterede sammenvoksninger af tarme mod den øverste del af blæren. Ved operationen en uge efter fandtes tyndtarmen perforeret, og man anlagde herefter kunstig tarmåbning, hvorved patientens tilstand bedredes. Perforationen skyldtes skyllekateteret.

Sagen anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 3, idet komplikationen kunne være undgået ved anvendelse af en anden, ligeværdig operationsteknik, hvor man ikke anvendte skyllekateter. (93-0023) (1993 Årsb.)

5.2. *Operation af discusprolaps med kikkertinstrument (anerkendelse – ved anvendelse af konventionel operationsteknik kunne skaden have været undgået)* En 45-årig mand blev opereret for discusprolaps i lænderyggen. Ved operationen blev der foretaget fjernelse af discusvæv med kikkertinstrument, hvilket var en ny teknik til behandling af discusprolaps. Man fjernede discusvæv fra venstre side, men det var ikke muligt at komme ind på højre side, uden at der kom smerter ned i højre ben. Man måtte derfor opgive at komme ind på denne side. Efter operationen var smerterne på venstre side forsvundet, men der var i stedet kommet smerter ned i højre ben. På grundlag af elektromyografisk undersøgelse måtte det konkluderes, at der var opstået en nerverodspåvirkning på højre side. Patienten havde efter operationen styringsbesvær og nedsat kraft i højre ben.

Sagen blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 3, idet læsionen af nerverødderne og de deraf følgende smerter samt gangbesvær med overvejende sandsynlighed kunne have været undgået, hvis man havde anvendt konventionel operationsteknik. De to operationsmetoder blev anset for ligeværdige, idet der ikke forelå videnskabeligt materiale, der kunne godtgøre, at anvendelse af kikkertinstrument til denne form for indgreb skulle være bedre end konventionel teknik. (93-0194) (1993 Årsb.)

5.3. Kikkertoperation (anerkendelse – konventionel kirurgi ved blindtarmsoperation ligeværdig teknik)

En 58-årig kvinde blev indlagt akut i maj 1994 på mistanke om blindtarmsbetændelse. Man foretog en laparoskopisk fjernelse af blindtarmen (operation ved hjælp af et kikkertinstrument). Efterforløbet var kompliceret af feber og hul i tyktarmen. Hullet blev lukket, og der blev anlagt ileostomi (fremlæggelse af tarmen). Patienten havde efterfølgende feber, respirationsbesvær og infektion. Patienten blev syet på ny, hvorefter såret helede. Man foretog senere en lukning af ileostomien.

Patientforsikringen anerkendte skaden efter PFL § 2, stk. 1, nr. 3, idet patientens komplikationer kunne have været undgået, såfremt hun var blevet opereret på konventionel vis. Konventionel kirurgi må fortsat anses for en ligeværdig og ligeså effektiv metode i tilknytning til operation for blindtarmsbetændelse, som anvendelse af kikkertmetoden. (94-0788) (1994 Årsb.)

5.4. Strækbehandling af brud forårsagede dropfod (anerkendelse – trådstræk i stedet for plasterstræk, hvorved skaden kunne have været undgået)

En 71-årig mand blev i april 1993 indlagt på grund af et højresidigt lårhalsbrud. Ved indlæggelsen var patienten svært medtaget på grund af kronisk alkoholisme, leverforandringer og hjertesygdom, hvorfor operationen med at sætte bruddet sammen først kunne foretages ca. 14 dage efter. 5 dage efter operationen konstateredes det, at patienten havde en slæbende højre fod og objektivt fandtes total højresidig peronæusparese (lammelse i lægmuskulaturen – dropfod).

Det måtte antages, at peronæusparesen var opstået i tidsrummet fra indlæggelsen og indtil 5 dage efter operationen, hvor benet havde været i stræk. Der blev i den forbindelse lagt vægt på, at peronæusparesen med overvejende sandsynlighed var udløst af tryk fra det anlagte plasterstræk, og at man i stedet for plasterstræk kunne have anvendt et såkaldt trådstræk, hvorved man sandsynligvis ville have undgået en trykpåvirkning af nerven i strækbehandlingsperioden. Patientforsikringen anerkendte skaden efter PFL § 2, stk. 1, nr. 3. (94-0138) (1994 Årsb.)

5.5. Operation for galdesten (anerkendelse – aflukning med end-loop anset for ligeværdig metode til metalclips)

En 40-årig kvinde fik i januar 1994 foretaget laparoskopisk (ved kikkertmetode) fjernelse af galdeblæren på grund af symptomgivende galdesten. Man foretog aflukning af den lille galdegang med metalclips. Efter operationen foretog man en ultralydvejledt tømning af en væskeansamling i bughulen på grund af patientens mange smerter.

6 dage senere foretog man reoperation, hvorved man fandt galdesiven som følge af, at to perifere clips var lukket skævt.

Sagen blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 3, idet der ved aflukningen af den lille galdegang kunne have været anvendt en ende-loop (løkke) i stedet for aflukning med metalclips, hvorved komplikationen kunne være undgået. Aflukning med ende-loop og metalclips blev anset for at være ligeværdige metoder. (94-0162) (1994 Årsb.)

5.6. Medicinsk eller operativ behandling (anerkendelse – operativt indgreb ligeværdigt til medicinsk behandling)

En 35-årig mand var gennem flere år fulgt ambulant på grund af colitis ulcerosa (en sygdom med betændelse i tyktarm samt endetarm). På grund af en forværring af sygdommen blev patienten i december 1991 sat i behandling med højdosis Prednison, som langsomt nedtrappedes over de følgende måneder. Prednisonbehandlingen måtte dog siden genoptages, og patienten var herefter i vekslende højsteroiddosisbehandling (medicinsk behandling) frem til oktober 1992, hvor man første gang diskuterer muligheden for eventuel operation. Man fortsatte imidlertid Prednisonbehandlingen frem til foråret 1993, hvor man ved et røntgenbillede kunne konstatere henfald af knoglevæv svarende til venstre lårbenshoved. Vævshenfald er en sjælden, men kendt komplikation til steroidbehandling.

Sagen blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 3, idet man lagde til grund, at man ud fra en efterfølgende vurdering måtte konkludere, at et operativt indgreb allerede i oktober 1992 fremstod som en ligeværdig behandling, ikke mindst fordi patienten selv var motiveret herfor og på grund af den gentagne genoplussen af sygdommen uanset steroidbehandling. (93-0505) (1994 Årsb.)

5.7. Urinvejsinfektion efter kateteranlæggelse (anerkendelse – to forskellige metoder for kateteranlæggelse anset for ligeværdige)

En 28-årig kvinde blev akut indlagt med mavesmerter og fik konstateret en højresidig hydronefroze (udvidelse af nyrebækkenet på grund af tilstopning af urinafløbet). Man foretog herefter en plastisk operation på overgangen mellem højre nyrebækken og urinleder med samtidig indlæggelse af et kateter (snabelkateter).

Af ukendte årsager gled det indlagte snabelkateter delvist ud, således at der ikke var afløb gennem den aflastende forbindelse. Man anlagde herefter et nyt kateter (JJ-kateter fra nyrebækkenet og ned til blæren). På grund af problemerne med det først anlagte kateter opstod der urinvejsinfektion med gule stafylokokker.

Sagen blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 3, idet det ud fra en efterfølgende betragtning kunne konstateres, at en primær anlæggelse af JJ-kateter, i stedet for et kateter til nyrebækkenet med snabel ned i urinlederen, var en ligeværdig behandlingsmetode, hvormed man med overvejende sandsynlighed ville have undgået, at der opstod urinvejsinfektion. (94-0709) (1995 Årsb.)

5.8. Skinnebensbrud med fejlstilling (anerkendelse – gipsbandagering og marvsømning anset for ligeværdige metoder ved påpladssætning af brud)

En 22-årig kvinde fik efter at have pådraget sig et brud på højre skinneben foretaget påpladssætning af bruddet med samtidig anlæggelse af cirkulær gipsbandage. Ved en ambulant kontrol en måned senere blev der konstateret forskydning og vinkling af bruddet, hvorfor man anlagde en ny bandage. På trods heraf helede skinnebensbruddet op med en 10 graders fejlstilling.

Sagen blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 3. Der blev herved lagt vægt på, at man ud fra en efterfølgende vurdering med overvejende sandsynlighed kunne have undgået, at bruddet helede op med en 10 graders fejlstilling, såfremt man ved den primære påpladssætning af bruddet, i stedet for at anlægge gipsbandage, havde valgt fiksatoren af bruddet med et såkaldt marvsøm, hvilket blev anset for en ligeværdig behandlingsmetode. (95-0421) (1995 Årsb.)

5.9. Dupuytrens kontraktur (anerkendelse – anvendelse af Allen skinne og kirschnertråd anset for ligeværdige metoder)

En 62-årig mand blev efter operation for dupuytrens kontraktur (skrumpning i håndfladens senehinde fremkaldende fingerbøjning mod håndfladen) behandlet med en dynamisk skinne (Allen skinne). Ved afslutningen af behandlingen knap 5 måneder senere blev der konstateret en strækkemangel på 90 grader i højre hånds 3. og 4. fingers mellemlid.

Sagen blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 3. Der var herved lagt vægt på, at man ud fra en efterfølgende vurdering fandt, at man med overvejende sandsynlighed kunne have opnået en mindre strækkemangel, såfremt man i stedet havde anvendt en ligeværdig behandlingsmetode.

I stedet for behandling med Allen skinne kunne man således, umiddelbart efter operationen for dupuytrens kontraktur, have indboret en Kirschnertråd (tynd metaltråd) hen over mellemliddeet i de to opererede fingre. (94-0848) (1995 Årsb.)

5.10. Fjernelse af galdeblære (anerkendelse – forskellige metoder ved tillukning af galdeblæren anset for ligeværdige)

En 61-årig kvinde fik foretaget laparoskopisk cholecystectomi (operativ fjernelse af galdeblæren ved kikkertmetode). Efter operationen blev der fundet ca. 1,5 l galde i bughulen, hvorfor man foretog reoperation og konstaterede, at den påsatte clips på galdeblærens udførselsgang var gledet af, samt at galdeblærens udførselsgang var åbenstående. Man oversyede herefter hullet i galdeblærens udførselsgang.

Sagen blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 3, idet den opståede skade i form af udsivning af galde til bughulen med deraf følgende byldannelser og et meget langt og smertefuldt sygeleje, ud fra en efterfølgende vurdering, med overvejende sandsynlighed kunne have været undgået, såfremt man havde anvendt en anden type clips eller eventuelt en ligatur (ombinding) ved lukning af galdeblærens udførselsgang. (95-1042) (1995 Årsb.)

5.11. Urininkontinens – udblokning ligeværdig med gennemskæring

En mand havde i 1981 fået fjernet blærehalsen på grund af en forsnævring. Efter i en årrække at have haft problemer, blev patienten atter undersøgt i 1992. Undersøgelserne viste, at blæren nu var blevet mindre, og urinstrømmingshastigheden ringere.

Under cystoskopi (kikkertundersøgelse af blæren med prøvetagning af blæreslimhinden) gennemskar man en forsnavring i urinrøret lige under den ydre lukke-muskel. Der var tillige besvær med at føre instrumentet igennem urinrørets prostatadel, hvorfor det atter blev nødvendigt at skære sig igennem. De planlagte vævsprøver måtte imidlertid opgives på grund af dårlige oversigtsforhold.

Efter dette indgreb blev patienten inkontinent (manglende beherskelse af vandladning), ligesom han fortsat havde en lille blærekapacitet.

Patientforsikringen fandt, at selve indgrebet var velindiceret, idet der forelå en anatomisk hindring for den planlagte cystoskopi, som var nødvendig for at få en mere præcis diagnose på skrumpeblæreproblematikken.

Under hensyn til at operationen var en anden gangs operation i området, fandt patientforsikringen, at den opståede komplikation (urininkontinens) med overvejende sandsynlighed kunne være undgået ved udblokning af urinrøret frem for en gennemskæring med el-kniv. På den baggrund anerkendte Patientforsikringen sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 3. Udblokning og anvendelse af elkniv måtte i dette tilfælde anses for ligeværdige metoder. (95-1072)(1996 Årsb.)

5.12. *Cementeret hofteprotese ligeværdigt alternativ til ucementeret hofteprotese*

En 49-årig mand fik som følge af tiltagende slidgigt i venstre hofte foretaget operation med indsættelse af en ucementeret hofteprotese. Patienten oplevede efterfølgende stærke lårsmerter, og man foretog derfor røntgenundersøgelse, som viste forkalkning og reaktion omkring den indsatte hofteprotese. Patienten blev herefter reopereret med fjernelse af protesen samt indsættelse af en ny, denne gang cementeret protese.

Patientforsikringen vurderede, at de opståede gener var en velkendt komplikation til ucementeret hoftealloplastik. Patientforsikringen fandt det dog overvejende sandsynligt, at skaden kunne være undgået, hvis man ved den primære operation havde anvendt en cementeret protese, som i det konkrete tilfælde må anses for at være et ligeværdigt alternativ til den ucementerede protese. Sagen blev derfor anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 3. (95-1452)(1996 Årsb.)

5.13. *Ekstern fiksat ion ligeværdig med osteosyntese af skinnebensbrud*

En 33-årig kvinde pådrog sig i oktober 1988 et kompliceret brud på venstre skinneben. Patienten blev herefter opereret med osteosyntese, men efterfølgende udviklede hun falsk leddannelse på brudstedet, og hun blev derfor reopereret i juni 1991.

Efter denne operation fandt man atter fejlstilling i bruddet, nu med 20 graders varusstilling.

I september 1992 foretog man en operation af højre fod på grund af fejlstilling af tærne som følge af et oprindeligt brud i oktober 1988. Efter operationen var der fortsat tendens til fejlstilling af tærne.

I marts 1994 re-opererede man venstre skinneben, idet man oprettede fra ca. 20 grader varus til tre grader varus. Patienten var stillet i udsigt, at operationen ville medføre en yderligere lille forkortelse af benet, idet der måtte udtages en knoglekile for at rette benet op. Da patienten var særdeles bekymret over denne yderligere forkortning, blev det sammen med patienten planlagt, at man korrigerede vending af en udsavet knoglekile, og at fixationen blev sikret med osteosyntese.

Efterforløbet blev imidlertid kompliceret af, at den indsatte knoglekile ikke ville hele hvilket medførte, at den indsatte stabiliserende metalskinne knækkede. Det blev derfor nødvendigt at foretage fornyet operation med fjernelse af knoglestykket og osteosyntese med en skinne. Efter denne operation udmålte man fejlstillingen til at være formindsket til cirka otte grader mod tidligere cirka 20 grader.

Sagen blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 3, idet man fandt, at såfremt man havde anvendt ekstern fixation i stedet for den benyttede osteosyntese, ville man have undgået den indtrufne komplikation med brud på metalskinnen, idet en sådan ikke anvendes i forbindelse med ekstern fixation.

(94-0655)(1996 Årsb.)

[Top af bilag 15](#)

6. RIMELIGHEDSREGLEN § 2.1.4.

6.1. *Hjerneskade efter hjertestop under operation (anerkendelse)*

En 11-årig dreng indlægges til operation for en tilstoppet tårekanal. I forbindelse med bedøvelsen indtraf der komplikationer med udvikling af hjerterytmeforstyrrelse og blodtryksforhøjelse med efterfølgende kredsløbskollaps og klinisk hjertestop. Barnet blev genoplivet og efter en kort periode med respiratorbehandling vågnede han op. Efterfølgende kan det konstateres, at barnet er blevet intellektuelt motorisk, sprogligt og hukommelsesmæssigt svækket. Patientforsikringen vurderede, at skaden ikke kunne være undgået selv med den bedst mulige behandling.

Da komplikationerne (skaden) var sjælden og lå ud over, hvad patienten med rimelighed må tåle i forhold til det planlagte indgreb, fandtes tilfældet erstatningsberettiget i henhold til PFL § 2.1.4. (1992 Årsb.)

6.2. *Infektion efter operation for stritører (anerkendelse)*

En 30-årig kvinde fik foretaget operation for dobbeltsidig stritøre. Operationen forløb uden komplikationer, og patienten blev udskrevet samme dag til fjernelse af stingene på 10. dagen efter operationen.

5 dage senere blev patienten genindlagt med konstante smerter i begge ører. Ved podning fandt man, at patienten havde pådraget sig infektion med gule stafylokokker i begge ører. Infektionen blev behandlet med sårrevision, skiftninger samt antibiotika. Slutresultatet blev en betydelig deformation af ørerne.

Ved afgørelsen af sagen blev det lagt til grund, at patienten var blevet inficeret med den pågældende bakterie under operationen, og at den ikke stammede fra patienten.

Da infektionen med den pågældende bakterie er sjældent forekommende ved operationer af ørerne, og komplikationen (deformation af ørerne) blev anset for alvorlig set i relation til det patienten blev indlagt for (stritører), blev sagen anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4. (93-0175) (1993 Årsb.)

6.3. *Infektion (Gasgangræn) i lukket håndledsbrud (anerkendelse)*

En 49-årig kvinde faldt over en fortovskant og pådrog sig et lukket brud på højre håndled. Dagen efter blev der foretaget operativ påpladssætning og fastgørelse med skinner og skruer. Patienten blev herefter hjemsendt.

Kort efter operationen udviklede patienten infektion (gasgangræn) i operationssåret og under armen. Ved indlæggelsen på sygehuset måtte man konstatere, at situationen var livstruende, og det blev nødvendigt at foretage amputation af højre arm, for at standse infektionens udbredelse.

Det var efterfølgende umuligt at afgøre, hvorvidt bakterien hidrørte fra patienten selv eller sygehuset, men under hensyn til, at der oprindeligt var tale om et lukket brud, anså Patientforsikringen det for overvejende sandsynligt, at hun var blevet inficeret i forbindelse med den operative påpladssætning af håndledet. Skaden blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4. (93-0010) (1993 Årsb.)

6.4. *Lejringsskade i form af dropfod ved hofteoperation (anerkendelse)*

En 38-årig mand fik foretaget operation med indsættelse af total kunstig hofte på venstre side på grund af slidgigt. Umiddelbart efter operationen blev der påvist lammelse af lægbensnerven med venstresidig dropfod til følge.

Ved behandling af sagen blev det lagt til grund, at lammelsen var opstået som følge af tryk på lægbensnerven under operationen, samt at vedvarende mén efter denne komplikation forekommer i mindre end 1% af de gennemførte hofteoperationer.

Skaden anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, idet den opfylder kravet til sjældenhed og relativ alvor i forhold til patientens grundsygdom. (92-0103) (1993 Årsb.)

6.5. Vævsskade i forbindelse med kemoterapi (anerkendelse)

En 53-årig kvinde, som led af en kræftsygdom, var i kemoterapi. Under indgift i højre underarm af stoffet Epirubicin løb en del af stoffet ved siden af åren med deraf følgende voldsom irritation af hud og underhud.

Det var som følge heraf nødvendigt samme dag at fjerne et hudområde på 12 x 20 cm på højre underarm og at pålægge hudtransplantat fra venstre lår. Der blev efterfølgende konstateret svær bevægelsesindskrænkning af armen på grund af affektionens størrelse.

Skaden anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4 under hensyn til at der var tale om en velkendt, men sjælden komplikation med usædvanlige følgetilstande i form af bevægelsesindskrænkning i armen og kosmetiske gener. Selvom patienten led af en alvorlig grundsygdom (kræft), som ubehandlet indebar risiko for patientens død, fandt Patientforsikringen ikke, at den givne kemobehandling var af en sådan betydning for patientens mulighed for helbredelse, at patienten med rimelighed måtte tåle de alvorlige komplikationer, som var en følge af behandlingen. (92-0127) (1993 Årsb.)

* Praksis er efterfølgende blevet modificeret således, at kemoskaden nu skal være ganske betydelig og kræftsygdommen ikke "uhelbredelig", for at skaden er omfattet af § 2.1.4.

6.6. Blodprop i hjernen efter bypass-operation (afvisning – grundsygdommens alvor)

En 63-årig mand fik efter at have fået påvist en næsten total aflukning af pulsåren til hjernen på venstre side og en indsnævring af pulsåren på højre side på ca. 30% foretaget en halskaroperation med fjernelse af blodpropdannelse i venstre hovedpulsåre til hjernen.

Teknisk forløb operationen tilfredsstillende, men efter operationen vågnede patienten op med højresidig lammelse og talebesvær. CT-scanning tydede på dannelse af en blodprop i hjernen formentlig opstået som følge af, at noget materiale fra undersiden af pulsåren under operationen havde revet sig løs og dannet en blodprop i venstre hjernehalvdel.

Ved behandling af sagen blev det lagt til grund, at patientens grundlidelse ubehandlet var alvorligt livstruende, og at patienten som følge heraf måtte acceptere den isoleret set alvorlige komplikation af behandlingen. Endvidere blev det lagt til grund, at der er en ikke ubetydelig risiko for en sådan komplikation ved det pågældende indgreb.

Kravet om komplikationens relative alvor i forhold til grundsygdommen kunne herefter ikke anses for opfyldt, og sagen blev afvist med henvisning til PFL § 2, stk. 1, nr. 4. (92-0018) (1993 Årsb.)

6.7. Tandskade opstået ved fald som følge af epilepsi-behandling (anerkendelse)

En 42-årig kvinde var indlagt for epilepsi med henblik på anfaldskontrol og forbedret medicinering.

På trods af oplysning om, at kvinden forud for indlæggelsen havde haft mange anfald, var der kun observeret 2 atypiske anfald i løbet af den første måned af indlæggelsen. For at stille en rigtig diagnose besluttede lægerne herefter at reducere den givne medicin. Fra den 11. januar til den 16. januar afviklede man således det ene præparat (Valproat), hvilket der ikke skete noget ved. Herefter reducerede man det andet præparat (Oxcarbazepin) med 30% i perioden fra 18. januar til 20. januar.

Den 20. januar indtrådte der herefter et anfald så hurtigt, at plejepersonalet ikke kunne nå at gribe ind. Skadelidte faldt og slog hovedet ned mod en bordkant og faldt videre mod gulvet. I forbindelse med faldet slog skadelidte 3 fortænder ud, som man forsøgte at sætte på plads, men uden held. Tænderne blev herefter syet fast, og der indsattes en midlertidig protese.

Patientforsikringen fandt ikke, at tilfældet kunne henføres til PFL § 2, stk. 1, nr. 1, idet man i forbindelse med aftrapningen af den antiepileptiske behandling havde fulgt almindeligt anerkendte retningslinier herfor, og idet det er normal fremgangsmåde, at man – i tilfælde af tvivl om diagnosen epilepsi – aftrapper den antiepileptiske medicin helt eller delvis for at fremprovokere abnorme EEG-forandringer eller eventuelle anfaldsfænomener.

Det er i praksis umuligt at sikre sig imod fald som det omhandlede.

Der var imidlertid ikke tvivl om, at skaden skyldtes behandlingen, og sagen blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, idet der var tale om en sjældent omfattende skade, som gik ud over, hvad patienten med rimelighed må tåle. (93-0093) (1993 Årsb.)

6.8. Døvhed efter øreoperation (anerkendelse)

En 20-årig mand blev i november 1993 opereret for otosclerose (knoglenydannelse, der ofte fører til høretab som følge af fiksfation af stigbøjlen) på venstre øre. For at skabe høreforbedring i øret, prikkede man et lille hul i den fortykkede fodplade og indsatte et teflonstempel. Dette blev sat fra hullet i fodpladen op omkring det lange ben af armbolten. Operationen forløb uden komplikationer, og patienten havde umiddelbart en høreforbedring. Efter operationen blev han imidlertid svimmel og kastede op.

4 dage efter operationen gjorde patienten opmærksom på, at han ikke havde hørelse på det opererede øre. Han blev dog udskrevet samme dag, men genindlagt en uge efter med henblik på at få bekræftet en eventuel fejlplacering af teflonstempelen. Ved et operativt indgreb i januar 1994 fandt man ingen forklaring på patientens høreoprettelse, og han fik oplyst, at hørelsen efter al sandsynlighed var gået tabt på venstre øre.

Sagen blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, idet komplikationen i form af døvhed på venstre øre var mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed måtte tåle, idet der sædvanligvis opnås en betydelig forbedring af hørelsen ved indsættelse af teflonstempel. Der blev endvidere lagt vægt på, at komplikationen var meget sjælden, idet den ses i mindre end 1% af tilfældene, hvor der opereres for otosclerose med indsættelse af teflonstempel. (94-0208) (1994 Årsb.)

6.9. Dropfod efter indsættelse af cementeret hofteprotese (anerkendelse)

En 69-årig kvinde blev opereret med indsættelse af cementeret hofteprotese på grund af svær slidgigt. Umiddelbart efter operationen konstateredes lammelse af peronæus nerven (lægbensnerven). Det ansås for overvejende sandsynligt, at nerverlammelsen skyldtes enten tryk eller knæk på nerven i tilknytning til operationen.

Patienten ansås herefter berettiget til erstatning efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, idet skaden ansås for sjælden og alvorlig i forhold til grundlidelsen. (1994 Årsb.)

6.10. Infektion opstået i tilslutning til førstegangs hoftealloplastik (anerkendelse)

En 62-årig kvinde fik på grund af slidgigt i højre hofte indsat en såkaldt hybridprotese (cementeret Müller + ucementeret HG hofteskål). Forløbet var ukompliceret, og patienten blev hurtigt udskrevet til hjemmet.

I forbindelse med suturfjernelse konstateredes imidlertid tegn på dyb infektion, der viste sig at være forårsaget af stafylokokker. Der blev revideret og indlagt gentamycinkæder (lokalt antibiotikum), og patienten blev sat i langtidsbehandling med Diclocil (antibiotikum).

*Sagen blev anset for omfattet af PFL § 2, stk. 1, nr. 4, idet komplikationen er sjælden og alvorlig i forhold til grundlidelsens art. (1994 årsb.)

*hvis der derimod er tale om en reoperation med indsættelse af ny hofteprotese, er risikoen for infektion for stor til anerkendelse efter § 2.1.4.

6.11. Påvirket nyrefunktion og blindhed efter hjerteoperation (afvisning – grundsygdommens alvor)

En 59-årig mand fik i juni 1993 foretaget en hjerteoperation, hvor der dels blev foretaget en by-pass og dels indsat en kunstig hjerteklap. I forbindelse med operationen udviklede patienten blodtryksfald og blødning, hvorved reoperation, med åbning af brysthulen yderligere to gange inden for samme døgn, blev nødvendig. Efter operationen havde patienten påvirket nyrefunktion, som dog vendte tilbage til det normale. Patientens udviklede endvidere svært nedsat syn på højre øje og blindhed på venstre øje.

Sagen blev afvist efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, idet Patientforsikringen vurderede, at patientens synsoprettelse og blindhed med overvejende sandsynlighed skyldtes det svære blodtryksfald i tilslutning til de operative indgreb i kombination med forkalkning i hjernens kar. Det blev endvidere lagt til grund, at patientens grundsygdom var overordentlig alvorlig og at den ubehandlet var livstruende. Patientens skader blev således ikke anset for tilstrækkeligt alvorlige set i forhold til grundsygdommen. (93-0642) (1994 Årsb.)

6.12. Dropfod efter førstegangs hofteoperation (anerkendelse)

En 45-årig kvinde blev i januar 1993 indlagt med henblik på en hofteoperation. Patienten havde forudbestående følger efter polio, forhøjet blodtryk og nyrefunktionsnedsættelse. På grund af tidligere operation i området var hofteoperationen meget vanskelig. Man indsatte protesekomponenterne på en sådan måde, at patientens benforkortning på 4,5 cm. blev ophævet, hvilket bevirkede, at ischiasnerven, der lå på bagsiden af hoften, blev strakt. Nogle af nervefibrene inden i nerven kunne ikke holde til dette og holdt op med at fungere, således at resultatet blev en lammelse af fodens opadbøjningsevne.

Sagen blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, idet en lammelse af fodens opadbøjning var en komplikation, der var mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed måtte tåle set i forhold til sin grundlidelse. (94-0670) (1994 Årsb.)

6.13. *Infektion i achillessenen (anerkendelse)*

En 37-årig mand blev opereret ambulant i december 1993 for kronisk betændelse af achillessenen på hælsens bagside. Ved operationen blev der fjernet arvæv omkring achillessenen. I efterforløbet viste der sig tegn på infektion i arvævet, og man foretog derfor en spaltning, hvorefter hælsenen lå frit i operationsområdet. Et senere podningssvar viste, at arvævet var inficeret med gule stafylokokker, som man behandlede med antibiotika. Patienten fik senere foretaget en hudtransplantation over højre achillessene med efterfølgende gipsbandagering. Idet der var manglende indheling af transplantatet blev der i marts 1994 foretaget en ny operation med sårrevision, således at såret kunne hele helt fra bunden. Ved en undersøgelse i maj 1994 var såret helet, men der var stadig en lille skorpe på den centrale del af såret og udtalt arvævsdannelse omkring achillessenen. Man konstaterede ligeledes 5-10 graders nedsat bøjevne i fodleddet, hvilket man fandt skyldtes arvævsdannelsen.

Sagen blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, idet komplikationen i form af infektion med gule staphylokokker måtte anses for sjælden og alvorlig. (94-0585) (1994 Årsb.)

6.14. *Efter arteriepunktur forværring af leddegigt (afvisning – grundsygdommens alvor)*

En 50-årig kvinde havde gennem længere tid lidt af kronisk leddegigt og en svær kronisk lungesygdom, og som følge af åndenød og nedsat lungefunktion blev hun i december 1993 undersøgt på et hospital, hvor man foretog arteriepunktur (punktur af pulsåren) i den højre lyske med henblik på at undersøge, om der kom tilstrækkelig ilt fra lungerne over i blodet. Det var på grund af leddegigten ikke muligt at foretage punkturen i patientens håndled. Patienten udviklede herefter smerter fra lysken strålende ned i højre ben og hun angav, at generne, som følge af ledsygdommen, var blevet forværret i betragtelig grad efter arteriepunkturen. Ved en undersøgelse på skadestuen fandt man normale forhold bortset fra ømhed i patientens højre lyske, og man konkluderede, at der måtte være tale om muskelsmerter. På dette grundlag iværksatte man ultralydbehandling, og det blev i en journalkontinuation anført, at behandlingen af patientens højre ben havde hjulpet godt.

Sagen blev afvist efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, idet man, uanset at der var sket en forværring af patientens smertetilstand, skønnede, at de tilstødte komplikationer i forbindelse med arteriepunkturen, ikke kunne anses for relativt mere alvorlige set i forhold til patientens grundlidelse. (94-0129) (1994 Årsb.)

6.15. *Kæbeskade efter operation med fjernelse af mandler (anerkendelse)*

En 51-årig kvinde fik på grund af tilbagevendende halsbetændelse foretaget operativ fjernelse af mandlerne, i hvilken forbindelse der blev anvendt mundspærre.

Efter operationen klagede patienten over smerter og knæk i venstre kæbeled samt konstante smerter svarende til den store tyggemuskel i kinden på begge sider. Endvidere var der gener i form af såvel tindings- som nakkehovedpine, let nedsat bevægelighed i underkæben, problemer med at koordinere tunge og tyggefunktion samt fornemmelse af øget spytproduktion.

Sagen blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, og der blev i den forbindelse lagt vægt på, at et operativt efterforløb præget af store smertegener og nedsat kæbefunktion er særdeles sjældent, idet et sådant efterforløb alene optræder i tilknytning til en ganske lille del af de operative fjernelser af mandler.

Endvidere blev det vurderet, at patientens omfangsrige gener efter operationen, af hvilke flere var af varig karakter, gik ud over, hvad patienten burde tåle af skader opstået i tilslutning til en relativ simpel og sædvanligvis ukompliceret operation med fjernelse af mandlerne. (95-0145) (1995 Årsb.)

6.16. *Stråleskade efter kræftbehandling (afvisning – for hyppigt forekommende)*

En 60-årig kvinde blev i en periode på ca. to måneder strålebehandlet, efter at hun havde fået konstateret cancer i svælget.

Efter strålebehandlingen havde hun gener i form af mundtørhed, manglende spytssekretion og manglende smagssans, hvilket bl.a. gav anledning til talebesvær og problemer med at indtage føde.

Sagen blev afvist efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, idet der blev lagt vægt på, at patientens gener efter strålebehandlingen var almindeligt kendte bivirkninger til strålebehandling, og at bivirkningerne er særdeles hyppigt forekommende, idet de næsten altid opstår i tilslutning til strålebehandling i større eller mindre grad. Det blev endvidere vurderet, at patientens gener ikke gik udover, hvad hun burde tåle ved behandlingen af hendes alvorlige grundlidelse (cancer i svælget). (95-0646) (1995 Årsb.)

6.17. *Nedsat håndfunktion efter hjerteoperation (afvisning – grundsygdommens alvor)*

En 55-årig mand, havde gennem en længere periode været fulgt ambulant på grund af hyperkolesterolemia (øget kolesterolindhold i blodet), og angina pectoris (hjertekramper). Ved ekkokardiografi var der opstået mistanke om et tidligere myokardieinfarkt (blodprop i hjertet). Patienten blev i sommeren 1994 henvist til coronararteriografi der viste god venstre ventrikelfunktion, men en svær coronar sygdom hos patienten. Det blev derfor besluttet at foretage coronar by-pass operation, og denne blev udført i juni 1994.

Efter operationen havde patienten en vedvarende sovende fornemmelse på ydersiden af venstre hånd, og i forbindelse med nedtrapningen af den smertestillende medicin ændrede generne sig til egentligt jagende smerter i venstre hånds yderdel samt venstre albue. Disse smerter fortog sig langsomt, idet patienten dog endte med varige gener i form af en lammende snurrende fornemmelse i venstre hånds yderside, nedsat følesans ved berøring, overfølsomhed over for kulde samt nedsat kraft generelt i venstre hånd.

Sagen blev afvist efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, idet der blev lagt vægt på, at patientens forudbestående svære koronarsygdom var en meget alvorlig og livstruende sygdom, og at en by-pass operation, der i det konkrete tilfælde var eneste mulighed for at behandle patienten, er et alvorligt indgreb, der indebærer en række risici. Eksempelvis er dødelighedsrisikoen meget høj i forhold til langt de fleste andre operationer. Det blev endvidere vurderet, at lejringsbetingede nerveskader, som den patienten blev påført under operationen, ikke går udover, hvad patienten bør tåle, under hensyntagen til den alvorlige grundsygdom og omfanget af den hjerteoperation han gennemgik. (94-0999) (1995 Årsb.)

6.18. *Hornhindelæsion*

En 57-årig kvinde fik på grund af en lidelse med fremstående øjne (exophthalmus e struma) foretaget en aflastende operation af højre øje. Dagen efter operationen fandt man, at der under operationen var opstået en overfladisk hornhindelæsion i det ikke-opererede venstre øje. Læsionen udvikle sig herefter til hornhindebetændelse med et langt og smertefuldt forløb.

En efterfølgende speciallægeundersøgelse viste senere, at der som følge af den afløbne hornhindebetændelse var fremkommet et centralt beliggende ar på hornhinden, som medførte, at patienten havde fået et stærkt nedsat syn på venstre øje.

Det var ikke muligt nærmere at fastlægge årsagen til læsionen, idet det fremgik, at retningslinierne for beskyttelse af øjet havde været fulgt. Imidlertid måtte det på grund af den tidsmæssige sammenhæng lægges til grund, at læsionen med overvejende sandsynlighed var opstået under operationen.

Sagen blev herefter anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, idet den opståede hornhindelæsion i det ikke-opererede venstre øje og den deraf følgende syns-nedsættelse på dette øje var en sjælden og alvorlig komplikation i forhold til patientens grundsygdom og det gennemførte operative indgreb. Sagen blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4. (95-0561)(1996 Årsb.)

6.19. *Meningitis efter anlæggelse af epiduralkateter*

Kvinde fik i forbindelse med operation for brok i urinblæren og endetarmen (cystoceale og rectoceale) anlagt rygmarvskateter til smertebehandling. Dagen efter operationen gled kateteret ud, og patienten fik to dage efter operationen anlagt et nyt epiduralkateter.

I løbet af de følgende dage fik patienten kulderystelser, temperaturstigninger, rygsmerter, hovedpine og nedsat kraft i højre ben. Epiduralkateteret blev fjernet, og man fandt i den forbindelse tegn på infektion ved indstiksstedet. Patienten blev herefter sat i behandling med antibiotika.

På grund af nedsat sensibilitet (følelse) nedadtil på højre side af maven og nedsat kraft i højre ben blev der foretaget myelografi og MR-scanning. På baggrund af disse

undersøgelser konkluderede man, at der var tale om en spinal epidural absces (byld i spinalkanalen) samt meningitis. Patienten blev herefter sat i intensiv antibiotisk behandling. Tilstanden bedredes hurtigt, men patienten fik varige gener i form af daglig hovedpine med vekslende intensitet, overfølsomhed overfor lys og lyd, træthed og koncentrationsbesvær.

Under hensyntagen til, at komplikationerne er relativt alvorlige og sjældne sammenholdt med, at patienten var indlagt til behandling for en relativ godartet sygdom ved en forholdsvis enkel operation, fandt Patientforsikringen, at betingelserne i PFL § 2, stk. 1, nr. 4, var opfyldt.

Der er her tale om en sag, hvor der indtræder en alvorlig og invaliderende komplikation, og hvor grundsygdommen var relativ harmløs. Sagen ligger således i kerneområdet for bestemmelsens anvendelses-område. (95-0487)(1996 Årsb.)

6.20. Hjerneskade opstået i forbindelse med operativ fjernelse af drøblen

Efter at en 41-årig mand gennem flere år havde haft gener i form af kraftig snorken, fik han foretaget operativ fjernelse af drøblen. Patienten var efter indgrebet tiltagende konfus, ligesom han oplevede et voldsomt krampeanfald. Man konkluderede efter nærmere undersøgelse, at der var tale om hjernebetændelse.

Patienten klagede efterfølgende over, at han siden operationen havde lidt af stærk hovedpine, smerter i nakke og skuldre, nedsat koncentrationsevne, hukommelsesproblemer og øget træthed. Patientforsikringen vurderede ved sin afgørelse, at den opståede hjernebetændelse med overvejende sandsynlighed var en følge af den forudgående operation, samt at hjernebetændelsen var årsagen til patientens efterfølgende klager, som blev anset for at svare til en let demens.

Det var Patientforsikringens vurdering, at hjernebetændelse med heraf følgende gener svarende til let demens er en såvel sjælden som alvorlig skade til en operativ fjernelse af drøblen, og sagen blev derfor anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4. (95-1470) (1996 Årsb.)

6.21. Blodprop i hjernen – alvorlighed

En ung mand fik i juni 1995 foretaget operation på højre øre (en tympanoplastik, type 2). Operationen forløb komplikationsfrit, og patienten blev udskrevet den efterfølgende dag. Imidlertid blev patienten ni dage senere fundet ukontaktbar på gulvet, og patienten blev herefter indlagt akut på sygehuset. En CT-scanning viste, at patienten havde fået en blodprop i hjernen (arteria cerebri media) på venstre side.

Efterfølgende havde patienten en lammet og spastisk højre hånd.

Patientforsikringen fandt, at sagen var omfattet af PFL § 2, stk. 1, nr. 4, idet det blev lagt til grund, at der var årsagssammenhæng mellem øreoperationen og blodproppen i hjernen, idet operationen måtte antages at have aktiveret patientens tromboseberedskab (koagulations-beredskab).

Der blev i den forbindelse lagt vægt på såvel den tidsmæssige sammenhæng som det forhold, at patienten som følge af sin alder og helbredstilstand i øvrigt ikke var særligt disponeret for at danne blodpropper.

Patientforsikringen fandt, at komplikationen i form af blodprop i hjernen var mere omfattende end, hvad han med rimelighed måtte tåle, og da den opståede skade var både særdeles sjælden efter et indgreb som det udførte, og relativt alvorlig i forhold til hans grundlidelse, blev sagen anerkendt. (96-0309)(1996 Årsb.)

6.22. Blodansamling efter rygmarsbedøvelse.

En 79-årig kvinde havde pådraget sig et lårbensbrud ved fald på gaden, og hun blev derfor opereret i rygmarsbedøvelse med osteosyntese af bruddet.

Efter operationen fik patienten tiltagende gener i venstre ben, og ved CT-scanning påviste man en blodansamling beliggende ud for rygmarsens hårde hinde, hvorfor man foretog akut operation med udtømmning af blodansamlingen.

Efterfølgende konstaterede man, at der forelå svære lammelser i begge patientens ben, og at hun ikke kunne kontrollere funktionerne i tarm og blære.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4, idet blodansamlingen i rygmarskanalen, der var forårsaget af den anlagte rygmarsbedøvelse, havde medført særdeles svære følger, og idet en sådan komplikation forekommer relativt sjældent i forbindelse med rygmarsbedøvelser. (96-0515) (1996 Årsb.)

6.23. Infektion efter Cloward-operation med efterfølgende tetraplegi

Efter at have fået foretaget en Cloward-operation med indsættelse af knoglepropper i halshvirvlerne oplevede en 53-årig mand problemer med at koordinere benene. En CT-scanning viste, at der var opstået infektion omkring de indsatte knoglepropper, og man foretog derfor fornyet operativt indgreb med udtømmning af pus og fjernelse af knoglepropperne.

Dagen efter konstaterede man, at patienten havde udviklet en svær lammelse i begge ben og højre arm samt kraftpåvirkning i venstre arm (tetraplegi), og han blev derfor reopereret. Ved udskrivelsen var patienten fortsat præget af lammelse i såvel arme som ben.

Patientforsikringen vurderede, at infektion med påvirkning af rygmarsen og heraf følgende svær lammelse i begge ben samt højre arm er en såvel sjælden som alvorlig skade til en Cloward-operation. Sagen blev derfor anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 4. (96-0911)(1996 Årsb.)

[Top af bilag 15](#)

7. ULYKKER PÅ SYGEHUSET § 3.2.

7.1. Fald ud af hospitalsseng (afvisning – ingen fejl fra sygehusets side)

En ældre mand faldt i forbindelse med at han tidligt en morgen steg ud af sengen. Det blev konstateret, at der i forbindelse med faldet var sket en afsprængning i venstre knæ. Sagen blev afvist, da skaden ikke var omfattet af PFL § 3, stk. 2, idet uheldet ikke kunne henføres til en sådan fejl eller forsømmelse fra sygehusets side, der kunne begrunde et erstatningsansvar – der forelå et hændeligt uheld. (1992 Årsb.)

7.2. Fald på vej til toilet (afvisning – ingen fejl fra sygehusets side)

En ældre kvinde faldt, da hun på strømpfodder var på vej til toilettet. Ved faldet pådrog hun sig et brud på højre lårhals. I dette tilfælde var der ikke begået fejl fra sygehusets side, og sagen blev afvist efter § 3, stk. 2. (1992 Årsb.)

7.3. Tilskadekomst i forbindelse med røntgenundersøgelse (afvisning – ingen fejl fra sygehusets side)

En 35-årig kvinde steg efter røntgenundersøgelse selv ned fra lejet, men da hendes fødder ikke nåede den til lejet fastmonterede fodskammel, faldt hun forover, hvorved hun pådrog sig et brud på venstre håndled.

Selvom ulykken skete umiddelbart efter en undersøgelse, fandt Patientforsikringen ikke, at skadeårsagen havde en sådan tilknytning til selve røntgenundersøgelsen, at det var meningsfuldt at anvende det særlige ansvarsgrundlag i PFL § 2.1.1.

Patientforsikringen vurderede i øvrigt, at uheldet ikke skyldtes fejl eller forsømmelse fra sygehusets side, og der blev ikke tilkendt erstatning. Der blev lagt vægt på, at belysningen i undersøgelsesrummet var skruet op til maksimal lysstyrke, hvilket var den normale procedure ved undersøgelser af den pågældende art, og at patienten var steget ned ved egen hjælp, hvor der dog stod en radiograf klar til at yde fornøden assistance. (93-0063) (1993 Årsb.)

7.4. Tilskadekomst under fysiurgisk genoptræning (afvisning – ingen fejl fra sygehusets side)

En 80-årig kvinde var til ambulant genoptræning på et hold. Genoptræningen foregik i en gymnastiksal i sygehusets fysioterapi, indrettet til formålet, og der var i gymnastiksalen

parketgulv, som var behandlet med mat lak og velegnet til formålet. Gulvet blev dagligt vasket med eddikevand, for at det ikke skulle blive glat.

Da patienten var ved at blive instrueret i sidelæns gang, hang hendes ene gummisål fast i gulvet, således at hun fik overbalance og faldt, hvorved hun pådrog sig hoftebrud.

Selv om patienten var under en form for behandling (genoptræning), fandt Patientforsikringen det ikke meningsfuldt at anvende erstatningsgrundlaget i PFL § 2, stk. 1, nr. 1 (specialistmålestokken), men tilfældet måtte vurderes efter almindelige erstatningsregler, jf. PFL § 3, stk. 2.

Patientforsikringen fandt i øvrigt ikke, at der fra sygehusets eller personalets side var begået fejl, som kunne give ret til erstatning efter dansk rets almindelige erstatningsregler. (93-0105) (1993 Årsb.)

7.5. Fald på vådt gulv (anerkendelse – ansvarspådragende at efterlade vand på gangareal)

En 78-årig kvinde, der var indlagt på mistanke om pacemakersvigt, gik fra sin stue ud på gangen, hvor der var spildt vand på gulvet. Det var uvist, hvorfra vandet stammede eller hvem, der havde spildt. Idet patienten ikke var opmærksom på vandet, gled hun og pådrog sig skinnébensbrud samt læsion af nakken. Skaden blev anerkendt efter PFL § 3, stk. 2, og patienten fik erstatning. (92-0093) (1993 Årsb.)

7.6. Fald under ombygning på sygehus (anerkendelse – iltslange burde have været hængt op under loft i stedet for lagt langs gulv)

En 70-årig mand, der var indlagt for kronisk bronkitis, kom gående på sygehusgangen med et gangstativ og faldt i en iltslange, som lå på gulvet i forbindelse med en ombygning af sygehuset. Som følge af faldet brækkede patienten højre lårben, og man foretog derfor samme dag operativ påpladssætning af lårbensbruddet. Senere konstaterede man, at bruddet i højre lårben var skredet, hvorfor man indsatte en højresidigt hofteprotese. Sagen blev anerkendt efter PFL § 3, stk. 2, idet iltslangen burde have været hængt op under loftet og ikke være placeret på gulvarealet på sygehusgangen. (94-0409) 1994 Årsb.)

7.7. Fald ud af hospitalsseng (anerkendelse – fjernelse af sengehest og ingen fast vagt ansvarspådragende for sygehuset)

En 59-årig kvinde var indlagt som følge af pludselig opstået temperaturforhøjelse og ringe kontaktbarhed, og hendes funktionsniveau var ved indlæggelsen præget af svære sendiabetiske komplikationer og herunder blindhed. Hun var i forbindelse med indlæggelsen urolig og sengeflygtig, hvorfor man opsatte sengehest. Personalet fandt hende på et tidspunkt om natten siddende i sengen med benene ud gennem sengehestens tremmer.

Da personalet senere på natten fandt, at patienten var faldet til ro, skønnede man, at en eventuel sengeflugt ville være mindre risikobetonet uden sengehest, og man fjernede derfor sengehesten, idet faldafstanden til gulvet i så fald ville være mindre, end hvis man lod sengehesten forblive påmonteret. Endnu senere på natten faldt patienten ud ad hospitalssengen, og pådrog sig som følge heraf brud i lænden.

Sagen blev anerkendt efter PFL § 3, stk. 2, idet fjernelsen af sengehesten havde forøget risikoen for, at patienten kunne falde ud ad sengen og pådrage sig kvæstelser.

Endelig fandt Patientforsikringen, ud fra de interne retningslinier på sygehuset, hvor man sædvanligvis har en fast vagt ved patienter, der er alvorligt syge, sengeflygtige og konfuse, at det måtte anses for en fejl i den konkrete situation, at man undlod at sætte en fast vagt ved sygehussengen. (94-0430) (1994 Årsb.)

7.8. Selvmordsforsøg fra 1. sal (afvisning – ikke ansvarspådragende at overlade psykiatrisk patient i pårørendes varetægt på afdelingen)

En 32-årig kvinde blev på grund af depression indlagt på psykiatrisk afdeling, og der var i forbindelse med indlæggelsen tilknyttet en fast vagt til opsyn af patienten.

I forbindelse med besøg af patientens ægtefælle havde den faste vagt forladt rummet, og da vagten vendte tilbage og åbnede døren til værelset, løb patienten forbi ham direkte mod vinduet i opholdsstuen, der af en medpatient var blevet åbnet, og herefter sprang patienten ud ad vinduet fra 1. sal og pådrog sig ved faldet, brud på hælben, fodrodsknogler og ledskred svarende til 1. tå.

Sagen blev afvist efter PFL § 3, stk. 2, idet hospitalet havde etableret et tilstrækkeligt tilsyn, og idet hospitalet ikke burde have opdaget, at en medpatient havde åbnet et vindue i opholdsstuen. Der blev ved denne vurdering lagt vægt på, at hospitalets interne retningslinier angiver, at den faste vagt skal være i fysisk tæt kontakt med patienten, men at pårørende kan få tilladelse til at være alene med patienten. (94-0092) (1994 Årsb.)

7.9. Fald på badeværelsesgulv (afvisning – hændeligt uheld)

En 75-årig kvinde var indlagt til behandling af cancer i lever og bughinde og fik som led i denne behandling kemoterapi og blodtransfusion. Man opfattede kvinden som alment træt, men efter blodtransfusion fik patienten på et tidspunkt flere kræfter og ønskede derfor at komme i brusebad.

Personalet fulgte kvinden ud på badeværelset, og instruerede om forholdene, herunder om mulighed for at tilkalde hjælp ved brug af en klokkesnor, men på trods heraf blev kvinden, efter et kort tidsrum, fundet liggende på badeværelsesgulvet, idet hun var faldet, og havde pådraget sig et brud på højre bækkenknogle.

Sagen blev afvist efter PFL § 3, stk. 2, idet der fra sygehusets personales side var gjort alt for at forebygge et sådant uheld, idet patienten under hele forløbet havde mulighed for at tilkalde hjælp, og idet uheldet efter det oplyste fra patienten, skete da patienten efter brusebadet stod på et ben på det våde gulv for at tage tøj på. (93-0576) (1994 Årsb.)

7.10. Fald i forbindelse med fysiurgisk genoptræning (afvisning – ikke ansvarspådragende forhold for sygehuset)

En 55-årig kvinde deltog under indlæggelsen på sygehuset i et motionsprogram på fysiurgisk afdeling, hvori indgik, at patienterne skulle hoppe fra måtte til måtte. I forbindelse hermed gled patienten og snublede over en af måtternes kant, hvorved patienten ved faldet tog for med højre arm. På grund af smerter i højre håndled foretog man røntgenundersøgelse af patienten, hvorved man påviste et brud.

Sagen blev afvist efter PFL § 3, stk. 2, idet patienten selv var i stand til at deltage i motionsprogrammet, og herunder var fuldt mobiliseret og ikke krævede individuel støtte fra fysioterapeuten. Faldet måtte således betragtes som et hændeligt uheld. (93-0721) (1994 Årsb.)

7.11. Fald under toiletbesøg (anerkendelse – ansvarspådragende for sygehuset, at personale ikke udviste tilstrækkelig agtpågivenhed)

En 72-årig kvinde deltog under indlæggelsen på sygehuset i et motionsprogram på fysiurgisk afdeling, hvori indgik, at patienterne skulle hoppe fra måtte til måtte. I forbindelse hermed gled patienten og snublede over en af måtternes kant, hvorved patienten ved faldet tog for med højre arm. På grund af smerter i højre håndled foretog man røntgenundersøgelse af patienten, hvorved man påviste et brud.

Sygehuset var ikke i stand til at fremkomme med nærmere oplysninger om omstændighederne i forbindelse med toiletbesøget og faldulykken. Patientforsikringen lagde herefter i overensstemmelse med de almindelige bevisbyreregler patientens ubestridte forklaring til grund ved vurdering af sagen.

Sagen blev anerkendt efter PFL § 3, stk. 2, idet den sygeplejer, der ledsagede patienten i forbindelse med toiletbesøget ikke har udvist den fornødne agtpågivenhed i forbindelse med opgavens udførelse. Der blev ved vurderingen lagt vægt på, at patientens væsentligt forhøjede blodtryk, hendes udprægede svimmelhedstendens og hendes angst for at skulle færdes alene tilsagde, at hun var blevet ledsaget også under selve toiletbesøget og ikke blot i forbindelse med transporten til og fra toilettet. (94-1172) (1995 Årsb.)

7.12. Fald på badeværelsesgulv (afvisning – ej ansvarspådragende at lade patienten være alene på toilettet)

En 80-årig kvinde, der var svært invalideret efter blodprop i hjernen med efterfølgende venstresidigt lammelse og talebesvær, blev af sygehusets plejepersonale i forbindelse med toiletbesøg kørt i kørestol og hjulpet over på toilettet med kørestolen placeret foran sig, hvorefter hun fik klokkesnoren placeret i den ikke-lammede hånd. Derefter fik patienten lov til at være alene, og ved tilsyn 2-3 minutter efter fandt man patienten liggende på gulvet. Som følge af faldet havde patienten pådraget sig et brud på venstre lårbenshals.

Sagen blev afvist efter PFL § 3, stk. 2. Der blev ved vurderingen lagt vægt på, at det var sygehusets sædvanlige praksis at lade patienter være alene uden opsyn under toiletbesøg, idet man fandt, at opsyn under toiletbesøg var generende og uværdigt, hvorfor opsyn burde undgås i de tilfælde, hvor det skønnedes muligt. Personalets faglige skøn fandtes herefter at have været forsvarligt. (94-0800) (1995 Årsb.)

7.13. Fald ud af hospitalsseng (anerkendelse – sengeflugt kunne med stor sandsynlighed forudsiges)

En 79-årig kvinde blev indlagt efter pludseligt opstået temperaturforøgelse samt ringe kontaktbarhed og man konstaterede ved indlæggelsen, at patientens funktionsniveau var

præget af svære sendiabetiske komplikationer, herunder blindhed samt uro og sengeflygtighed, hvorfor man opsatte en sengehest på hospitalssengen. Senere i indlæggelsesdøgnet fandt personalet patienten siddende i sengen med benene ud gennem sengehestens tremmer. Personalet fandt dog, endnu senere på indlæggelsesdøgnet, at patienten var faldet til ro, og skønnede således, at en eventuel sengeflugt uden sengehest ville være mindre risikobetonet, idet faldafstanden til gulvet i så fald ville være mindre. Man fjernede derfor sengehesten. Natten efter indlæggelsesdøgnet faldt patienten ud af sengen og pådrog sig brud i lænden.

Sagen blev anerkendt efter PFL 3, stk. 2, idet patientens tilstand umiddelbart forud for faldulykken indebar, at sengeflugt med stor sandsynlighed kunne forudsiges, samt at personalet, da man fjernede sengehesten, burde have indset risikoen for sengeflugt og de dermed mulige konsekvenser. Der er ved vurderingen lagt vægt på, at selve fjernelsen af sengehesten har øget risikoen for, at patienten kunne falde ud af sengen og pådrage sig kvæstelser, samt at en fjernelse af sengehesten ikke har været en tilstrækkelig foranstaltning til imødegåelse af risikoen herfor.

Da det samtidig af personalet på sygehuset er blevet oplyst, at man havde en fast ordning med vagt ved patienter, der var alvorligt syge, sengeflygtige og konfuse, er det tillige Patientforsikringens opfattelse, at det er en fejl, at man undlod at sætte en fast vagt ved patientens seng. (94-0430) (1995 Årsb.)

7.14. Fald ud af hospitalsseng (afvisning – patienten havde selv løsnet kaldesnor fra natskjorten, således at hjælp ikke blev hidkaldt)

En 76-årig mand fik konstateret cancer i tyktarmen og fik derfor foretaget tarmresektion, hvorefter han blev indlagt på intensiv afdeling til justering af optimal smertebehandling. I forbindelse hermed var patienten tilsluttet afdelingens elektroniske alarmsystem, og snoren til patientkaldesystemet var fæstnet til patientens skjorte med en sikkerhedsnål. Sengehesten var slået op på begge sider. Om natten efter operationen faldt patienten ud ad hospitalssengen, hvorved han pådrog sig et brud på venstre lårbenshals.

Sagen blev afvist efter PFL § 3, stk. 2, idet patienten umiddelbart før vagtskiftet kl. 23.30 var vågen og klar, og idet patienten ikke havde fået medicin, der eventuelt kunne medføre konfusion.

Der blev ved vurderingen tillige lagt vægt på, at sengekaldet ikke blev aktiveret, idet patienten selv havde løsnet det fra skjorten og undlod at trække i snoren. Endvidere fandt man, at observationsforholdene på uheldstidspunktet var tilstrækkelige, da man havde placeret patienten på en enestue med stort vindue og åben dør, der begge vender ud til afdeling og gangareal, ligesom stuen var placeret over for afdelingens kontrolrum, der har glasvæg i begge sider. (94-1073) (1995 Årsb.)

7.15. Fald i svingdør til hovedindgang (afvisning – teknisk undersøgelse af svingdør påviste ingen tekniske fejl)

En 62-årig kvindelig patient skulle passere igennem en svingdør ved sygehusets hovedindgang. På vej gennem svingdøren blev hun opmærksom på, at denne bevægede sig hurtigere end normalt, og da hun ikke havde mulighed for at følge med svingdørens bevægelse rundt, mistede hun balancen og faldt, hvorved hun pådrog sig et brud på venstre lårbenshals.

Sagen blev afvist efter PFL § 3, stk. 2, idet teknisk undersøgelse foranlediget umiddelbart efter patientens faldulykke, ikke påviste tekniske fejl ved svingdørens funktion. (95-0736) (1995 Årsb.)

7.16. Garderobeskab på sygehusafdeling væltede ned over patient

83-årig kvinde havde været til kontrolundersøgelse af en godartet svulst. Ved udskrivelsen tog patienten sit tøj ud af et af sygehusafdelingens standard garderobeskabe. I forbindelse hermed væltede garderobeskabet ned over patienten. Patienten blev herefter indlagt med brud i bækkenet ved skambenet på højre side, samt til observation for brud i selve bækkenknoglen. Derudover fik patienten blodansamling i panden og på højre skinneben. Man havde endvidere mistanke om brud i nogle ryghvirvler. Efter længere tids behandling kunne patienten udskrives, men er som følge af ulykken blevet gangbesværet og går nu ved hjælp af rullator.

Patientforsikringen fandt, at sygehuset havde pådraget sig et erstatningsansvar for den skade, der opstod ved ulykkestilfældet, da garderobeskabet væltede. Patientforsikringen lagde vægt på, at garderobeskabet var løst placeret, således at skabet ved meget ringe belastning kunne vælte. Efter ulykken er afdelingens garderobeskabe nu blevet sat fast med beslag i væggene.

Den opståede skade blev således fundet at være omfattet af PFL § 3, stk. 2. (95-0842) (1996 Årsb.)

7.17. Selvmordsforsøg

En 22 årig mand blev i maj 1995 indlagt på gule papirer på grund af forfølgelsesforestillinger. Han blev sat i medicinsk behandling og udskrevet efter tre uger. Patienten afbrød umiddelbart efter udskrivelsen sin medicinske behandling, hvorfor han blev genindlagt på gule papirer i september måned 1995, atter på grund af forfølgelsesforestillinger. Han blev medicinsk tvangsbehandlet. Efter tre ugers behandling blev den medicinske behandling ændret, idet patienten følte en tomhedsfølelse samt uro i benene. Patienten begyndte snart igen at klage over tomhedsfølelse og angst. Man fandt ikke tilstandsændringen så stor, at udgangstilladelsen blev inddraget. I november 1995 sprang patienten under udgang ud fra en bro og pådrog sig et brud på rygsøjlen, som bevirkede, at han blev totalt lammet i hele kroppen.

Af journalmateriale fremgik det, at patienten ikke tidligere havde haft suicidale (selvmords-) impulser. Panikanfald syntes ikke at have været stærkt fremtrædende. Patienten syntes heller ikke have foretaget impulshandlinger udover de to gange under den første indlæggelse, hvor han forlod afdelingen. På tidspunktet for springet fra broen havde patienten været i behandling med neuroleptika (tre forskellige præparater) i mere end en måned.

Patientforsikringen vurderede, at uheldet ud fra de foreliggende oplysninger ikke kan henføres til en sådan fejl eller forsømmelse fra sygehusets side, der begrunder et erstatningsansvar.

Der blev herved lagt vægt på, at der efter Patientforsikringens vurdering ikke var grundlag for at antage, at patientens tilstand på forhånd burde have givet anledning til øget overvågning eller inddragelse af udgangstilladelsen med henblik på at imødegå risikoen for selvmordsforsøg. Sagen er under anke. (96-0258)(1996 Årsb.)

7.18. Kravlede ud af sengen trods sengehest

En 83-årig kvinde blev indlagt til genoptræning efter en hjerneblødning. Da hun i løbet af indlæggelsen af og til havde været lidt konfus, satte man en sengehest op, ligesom man satte en klokkesnor fast på hendes natskjorte.

Tidligt en morgen forsøgte patienten imidlertid at komme ud af sengen ved at kravle ud mellem sengekanten og den opsatte sengehest. Hun kom herved til at hænge fast i sengehesten med venstre arm, og pådrog sig således et brud på venstre overarm. Det fremgik endvidere af sagen, at patienten inden forsøget på at kravle ud af sengen havde taget natskjorten af.

På baggrund af oplysningerne i sagen vurderede Patientforsikringen, at det opståede uheld ikke kunne henføres til en sådan fejl eller forsømmelse fra sygehusets side, der begrundede et erstatningsansvar, og sagen blev derfor afvist efter PFL § 3, stk. 2.

Det blev herved lagt til grund, at det er sædvanligt at anvende sengeheste, og at patienten ikke havde frembudt symptomer,

der begrundede fast vagt. (96-0876) (1996 Årsb.)

7.19. Fald ud af hospitalsseng

En 77-årig mand fik foretaget et operativt indgreb for forstørret blærehalskirtel i rygmarsbedøvelse og umiddelbart forløb selve det operative indgreb ukompliceret.

I forløbet efter operationen faldt patienten ud af hospitalssengen og pådrog sig et forskudt brud på venstre overarmsknogle. Derfor foretog man operativt indgreb med osteosyntese og efterfølgende gipsbandagering.

I efterforløbet behandlede man en tilstødt infektion, og senere endnu konstaterede man ved røntgenundersøgelse, at bruddet ikke ville hele optimalt. Derfor blev patienten udstyret med en permanent bandage til armen.

Patientforsikringen anerkendte sagen efter PFL § 3, stk. 2, idet man i det umiddelbare postoperative forløb i overensstemmelse med hospitalets ikke-skriftlige praksis burde have anvendt sengehest ved hospitalssengen, hvorved man havde mindsket risikoen for fald ud af sengen væsentligt. Der blev lagt vægt på, at der var tale om en ældre og nyopereret patient, der i et vist forløb efter operationen måtte forventes fortsat at være under påvirkning af selve rygmarsbedøvelsen i kombination med den ledsagende medicinering. (96-1260)(1996 Årsb.)

[Top af bilag 15](#)

8. ERSTATNINGSBEREGNING

8.1. Fødselsskade – 100 % varigt mén og erhvervsevnetab (EAL § 4 og 8)

Patientforsikringen traf afgørelse om, at den hjerneskade, som et barn pådrog sig under en fødsel, måtte anses for omfattet af patientforsikringslovens erstatningsbestemmelser.

I tilfælde, hvor nyfødte børn pådrager sig hjerneskade, er det meget vanskeligt at vurdere omfanget af skaden, før barnet er 4-6 år. I dette tilfælde fandt Patientforsikringen det imidlertid allerede 1 år efter fødslen dokumenteret, at barnet var påført såvel et varigt mén som erhvervsevnetab på minimum 100%. Barnet tilkendtes herefter 268.500 kr. i godtgørelse for varigt mén og 1.114.000 kr. i erstatning for tab af erhvervsevnen. Da erstatningsansvarsloven i særlige tilfælde giver mulighed for at fastsætte en forhøjet ménerstatning, er sagen foreløbig stillet i bero, indtil barnet er fyldt 7 år. (92-059) (1993 Årsb.)

8.2. Reduktion i varigt mén ved død (EAL § 18)

En patient pådrog sig i forbindelse med en hofteoperation i marts 1993 en fuldstændig lammelse af lægbensnerven. Skaden blev anset for omfattet af PFL § 2, stk. 1, nr. 4.

I marts 1993 tilkendte Patientforsikringen patienten en a conto-erstatning for varigt mén svarende til 10% eller 27.850 kr. Sagen afventede herefter, at tilstanden skulle blive stationær. Patienten afgik imidlertid ved døden i juni 1993. Døden skyldtes andre årsager.

Ved fastsættelsen af den endelige erstatning over for afdødes arvinger, blev der – under hensyn til at patienten var afgået ved døden af andre årsager – foretaget en nedsættelse af den endelig ménerstatning, således at boets samlede krav måtte anses for opfyldt med den udbetalte aconto-erstatning. (92-0103) (1993 Årsb.)

8.3. Tab af forsørger (EAL § 13 og 14)

En kvinde afgik ved døden et halvt år efter et kejsersnit som følge af svære komplikationer i tilknytning til kejsersnittet. Patientens ægtefælle og det nyfødte barn, som var rask, tilkendtes herefter erstatning for tab for forsørger. Erstatningen til ægtefællen udgjorde tilsammen med begravelsesomkostninger 372.500 kr. Den samlede erstatning til barnet udgjorde ca. 145.000 kr. (92-0044) (1993 Årsb.)

8.4. Mellemkommende død

En 62-årig kvinde afgik ved døden efter i længere tid at have ligget i respirator med svær hjerneskade efter et hjertestop. Det blev antaget, at hjertestoppet skyldtes en uhensigtsmæssig medicinering. Sagen var anmeldt forinden patienten afgik ved døden, og det var ligeledes meddelt, at patienten var berettiget til erstatning, da hun afgik ved døden. Patientens krav på godtgørelse for svie og smerte faldt herefter i arv og udgjorde i alt 31.000 kr., ligesom boets begravelsesomkostninger blev erstattet.

Ægtefællens erstatning for tab af forsørger skulle under hensyn til patientens alder nedsættes med ca. 60%, således at erstatningen udgjorde 135.351 kr. (92-0126) (1993 Årsb.)

8.5. Hensyntagen til forudbestående mén ved fastsættelse af varigt mén

En patient pådrog sig under operation en varig skade på lægbensnerven (en såkaldt dropfod). En sådan skade medfører sædvanligvis et varigt mén på 10-15%. Da patienten imidlertid forud var amputeret over knæet på det andet ben, fastsattes det varige mén i dette tilfælde til 25%, eller i alt 69.625 kr. Patienten var som følge af sine forudbestående lidelser i forvejen uden erhvervsevne, og der tilkendtes derfor ikke erstatning herfor. (92-0157) (1993 Årsb.)

8.6. Godtgørelse for svie og smerte (EAL § 3)

En 59-årig kvinde fik på mistanke om cancer fjernet det ene øje. Da det ved efterfølgende undersøgelse af det fjernede væv viste sig, at der ikke var tale om en ondartet cancer, der havde begrundet fjernelse af øjet, blevet patienten tilkendt erstatning. Méngraden fastsattes til 30%. Méngraden omfatter tab af et øje samt vansir.

Da sygeforløbet ikke kunne anses for forlænget ud over den sygeperiode, patienten ville have haft ved en korrekt behandling, var hun ikke berettiget til godtgørelse for svie og smerte. Erstatningen for ménet udgjorde i alt 83.550 kr. (92-0175) (1993 Årsb.)

8.7. Andet tab (EAL § 1)

En patient fik tilkendt erstatning som "andet tab" for udgifter til indkøb af en speciel polstret lænestol til i alt 4.435 kr.

Baggrunden for Patientforsikringens afgørelse var, at patientens varige gener, bl.a. i form af manglende balance og dårlig gang samt delvis lammelse af sædemuskulaturen, tvang patienten til at udføre en væsentlig del af sit arbejde som præst i siddende stilling. Indkøbet og brugen af stolen var en medvirkende årsag til, at patienten var i stand til at genoptage sit arbejde i fuld omfang. Der var derfor ikke behov for at yde erstatning for tab af erhvervsevne.

I samme sag havde patienten udgifter til laksoberaldråber (et syntetisk fremstillet afføringsmiddel). Udgiften var ifølge lægelige oplysninger i sagen af varig karakter. Udgiften kunne opgøres til 130 kr. pr. måned, hvilket svarer til en årlig udgift på i alt 1.560 kr.

Patientforsikringen fandt udgiften lægeligt indiceret og opgjort til et rimeligt beløb og kapitaliserede herefter den årlige udgift med 6 svarende til Patientforsikringens praksis, hvorefter der kunne udbetales erstatning for denne post med i alt 9.360 kr. een gang for alle. (94-0454) (1994 Årsb.)

8.8. Helbredelsesudgifter efter stationærtidspunktet (EAL § 1)

Som eksempel på den betydning stationærtidspunktet kan have for erstatningsudmålingen, kan nævnes en sag, hvor Patientforsikringen traf den afgørelse, at patienten var medicinsk stationær 1 måned efter en bugvægskbrok-operation, selvom det fremgik, at der måske på et senere tidspunkt skulle foretages endnu en operation for bugvægskbrok. Patientforsikringens lægekonsulenter vurderede, ud fra de foreliggende oplysninger, at prognosen for senere indgreb var ringe, da bugvægskbrokken var gendannet efter den første operation. Dette medførte i den aktuelle sag, at der ud over erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og godtgørelse for svie og smerte blev udbetalt godtgørelse for varigt mén på 25%, i alt 71.625 kr., samt i øvrigt erstatning for erhvervsevnetab på 202.500 kr. Da man måtte anse helbredelsesforanstaltninger efter stationærtidspunktet for udsigtsløse, kunne der ikke tilkendes erstatning for afholdte udgifter til bl.a. fysioterapi. Det skal nævnes, at disse behandlinger først var ordineret efter stationærtidspunktet. (94-084) (1994 Årsb.)

8.9. Afledet krav

Patientforsikringen har i 1994 i flere sager fra skadelidtes arbejdsgiver modtaget et såkaldt "afledet" krav. Det forekommer i de situationer, hvor arbejdsgiveren i sygeperioden, som følge af patientskaden, har udbetalt fuld løn til patienten. Samtidig har arbejdsgiveren kunnet dokumentere at have ansat vikar, som har udført patientens arbejde i dennes fravær. Patientforsikringen har i disse sager måttet afvise at yde erstatning til arbejdsgiveren, idet der efter patientforsikringsloven ikke kan ydes erstatning for regreskrav, Jf. PFL's § 5, stk. 1. EAL's § 17, stk. 2, om afledede krav, finder således ikke anvendelse efter reglerne i PFL.

8.10. Advokatudgifter (EAL § 1)

Det er i PFL's motiver forudsat, at den omstændighed at Patientforsikringen selv skal tilvejebringe de oplysninger, der er nødvendige for sagens afgørelse, bør sikre, at patienten ikke behøver at engagere f.eks. en advokat til at varetage sine interesser. Det er således forudsat, at udgifter til advokathjælp ikke kan kræves dækket i medfør af PFL. Der har dog været sager, hvor patientens tilstand har været af en sådan karakter, at det simpelthen har været nødvendigt for denne at engagere en advokat til at varetage sine interesser. I sådanne tilfælde har Patientforsikringen dækket advokatomkostningerne skønsmæssigt under posten i EAL § 1, andet tab. (93-0124) (1994 Årsb.)

Det kan også forekomme, at Patientforsikringen ikke får fremskaffet de nødvendige og korrekte oplysninger til belysning af sagen. Hvis patienten kontakter en advokat, som fremskaffer nye faktiske eller retlige oplysninger, som medfører et andet resultat, end den afgørelse Patientforsikringen har truffet, betaler Patientforsikringen advokatudgifterne efter et konkret skøn. Advokaten har i sådanne tilfælde bidraget til en korrekt oplysning af sagen, hvorfor det findes rimeligt at honorere denne bistand.

8.11. Mermén og mererhvervsevnetab

Som eksempel på hvor vanskeligt det kan være at fastsætte merménet og mererhvervsevnetabet, kan nævnes en sag, hvor Patientforsikringen traf afgørelse om, at patienten, efter en rygoperation med komplikationer i form af en svær discit (betændelsestilstand i rygmarven), var berettiget til en erhvervsevnetaberstatning på 35%. Der var ingen tvivl om, at patienten, efter patientskaden, reelt nu var uden erhvervsevne. Dog blev det tillagt stor betydning, at patienten allerede før skaden var generet af rygproblemer. Efter en lægelig vurdering var patientens rygtilstand så dårlig forud for operationen, at der selv ved optimalt operationsresultat ville være et betydeligt mén og i endnu højere grad et stort erhvervsevnetab. Erhvervsevnetabet blev på denne baggrund således fastsat til 65%, hvorefter erhvervsevnetaberstatningen som følge af patientskaden, som nævnt blev udmålt til 35%. (94-0397) (1994 Årsb.)

8.12. Transportudgifter (EAL § 1)

En ægtefælle til en patient havde afholdt udgifter til transport og ophold på Rigshospitalets patienthotel i forbindelse med patientens behandling for en efterfølgende opstået infektionstilstand. Patientforsikringen tilkendte erstatning for dokumenterede udgifter til ægtefællen for transport med i alt kr. 2.115,00 samt ophold på Rigshospitalets patienthotel med kr. 700,00.

Der blev lagt vægt på, at patientens tilstand i en længere periode var alvorlig, og at ægtefællens nære tilstedeværelse derfor måtte antages at have haft en vis betydning for patientens helbredelse.

På den baggrund fandt Patientforsikringen det rimeligt at yde erstatning for de afholdte udgifter selv om udgangspunktet er, at det kun er den skadelidtes egne udgifter, der kan erstattes. (95-0735) (1995 Årsb.)

8.13. Transportudgifter (EAL § 1)

En 38 årig kvinde blev indlagt på mistanke om galdesten. Der opstod herefter komplikationer i forbindelse med bedøvelsen forud for galdestensoperationen, således at patienten udviklede lungebetændelse og betændelse i bugspytkirtlen. Under indlæggelsen på sygehuset modtog patienten besøg af sin mor og søster i alt 82 gange svarende til hver dag i hele sygeperioden.

Patienten anmodede herefter om erstatning for udgifter til transport, godt 1.800 kr. svarende til 22 km pr. besøg. Beløbet var ikke dokumenteret.

Patientforsikringen afviste kravet med den begrundelse, at der var tale om udgifter, som de pårørende selv måtte bære, og som derfor ikke kunne kræves erstattet af patienten. Patientforsikringen lagde herved vægt på, at der ikke er retspraksis for at dække transportudgifter til en voksen persons moder og søster i forbindelse med et langvarigt sygeleje. Denne praksis er tiltrådt af Patientskadeankenævnet. (93-0465) (1995 Årsb.)

8.14. Andet tab (EAL § 1)

Efter en i øvrigt vellykket diskusprolapsoperation blev en 51 årig mand genindlagt med svære rygsmerter, der blev diagnosticeret som discitis (betændelsestilstand i ryggen). Som følge heraf måtte patienten igennem et langvarigt hospitalsophold.

Patienten, der var enlig, havde ikke mulighed for under indlæggelsen at få sin hund passet af pårørende eller venner. Patientforsikringen fandt på den baggrund grundlag for at tilkende erstatning for udgift til hundepension i de 123 indlæggelsesdage. Der tilkendtes herefter en erstatning på i alt kr. 8.610,00. Patientforsikringen fandt, at beløbet kunne tilkendes som erstatning under posten andet tab. (94-1021) (1995 Årsb.)

8.15. Afspadseringstimer (EAL § 2)

På grund af slidgigt i storetåen fik en 36 årig kvinde foretaget en såkaldt Keller operation. Efter operationen konstateredes det imidlertid, at der var opstået en patientskade, idet man ved operationen havde læderet følenerverne til 1. og 2. tå.

I forbindelse med fastsættelsen af det varige mén som følge af patientskaden, anmodede Patientforsikringen om at få foretaget en speciallægeundersøgelse. Patienten, der havde anvendt afspadseringstimer i forbindelse med speciallægeundersøgelsen, rejste efterfølgende krav om erstatning for afspadseringstimerne.

Patientforsikringen afslog at yde erstatning for de afholdte afspadseringstimer. Således tilkom der ikke patienten erstatning herfor efter EAL § 1 eller 2.

Patientforsikringen lagde ved afgørelsen vægt på, at der ikke forelå et økonomisk tab, idet afspadseringstimerne ikke var forbundet med afkortning i lønnen. Patientskadeankenævnet har efterfølgende tiltrådt Patientforsikringens afgørelse. (94-0078) (1995 Årsb.)

8.16. Svie og smerte (EAL § 3)

En 71 årig kvinde blev på grund af et voldsomt stigende blodtryk indlagt på et sygehus, hvor man ordinerede chlorpromazin intravenøst i doser af 2,5 mg. Ved en fejl blev der i stedet givet 25 mg intravenøst. Dette bevirkede et kraftigt blodtryksfald, der medførte varigt svære talevanskeligheder og manglende koordinering og styringsbesvær af kroppen. Patienten var herefter henvist til brug af kørestol. Skaden var omfattet af PFL § 2, stk. 1, nr. 1.

Patientforsikringen skulle herefter tage stilling til, om der som følge af kørestolsbrugen tilkom patienten godtgørelse for svie og smerte med taksten for sengeliggende dage eller med taksten for ikke sengeliggende sygedage.

Patientforsikringen fandt ved sin afgørelse, at der ikke kunne tilkendes godtgørelse for svie og smerte med den høje sengeliggende takst. Der blev herved lagt vægt på, at der ikke findes holdepunkter i forarbejderne til erstatningsansvarsloven eller i retspraksis for, at taksten for sengeliggende dage skal anvendes i perioder, hvor patienten er udskrevet, og hvor der ikke er tale om egentligt sengeleje, men hvor patienten sidder i kørestol.

Patientforsikringen lagde endvidere vægt på, at man med EAL § 3 har ønsket et forenklet og skematisk udmålingssystem med meget begrænsede muligheder for at tage individuelle hensyn. Det er således ikke muligt at forhøje godtgørelsen for svie og smerte i tilfælde, hvor der er tale om meget smertefulde operationer, forbrændinger eller lignende. Tilsvarende kan der heller ikke foretages en nedsættelse f.eks. af godtgørelsen, hvor en patient som følge af bevidstløshed ikke har smerter.

Patientforsikringen fandt på den baggrund, at det er mest i overensstemmelse med motiverne bag loven at anlægge en sproglig fortolkning af bestemmelsen i EAL § 3. Herved undgås det vanskelige afgrænsningsspørgsmål af, hvornår en kørestolsbruger skal betragtes som henholdsvis sengeliggende eller oppegående.

Patientskadeankenævnet har efterfølgende tiltrådt Patientforsikringens afgørelse af, at der ikke tilkom patienten godtgørelse for svie og smerte med taksten for sengeliggende sygedage, men derimod med taksten for ikke-sengeliggende sygedage. (92-0062) (1995 Årsb.)

8.17. Svie og smerte (EAL § 3)

En ældre kvinde, der var indlagt på grund af forhøjet blodtryk, faldt under indlæggelsen og brækkede sit højre lårben. Skaden var omfattet af PFL § 3, stk. 2.

I forbindelse med opgørelse af erstatningskravet tilkendte Patientforsikringen godtgørelse for svie og smerte i hele sygeperioden. Der blev således ikke foretaget fradrag for den forventede sygeperiode som følge af patientens grundlidelse i form af følgerne af forhøjet blodtryk.

Som udgangspunkt tilkender Patientforsikringen kun erstatning og godtgørelse for den merskade, der er en følge af patientskaden. Der kan derfor som udgangspunkt ikke ydes erstatning eller godtgørelse for følgerne af grundlidelsen. Det er således Patientforsikringens sædvanlige praksis, at godtgørelsen for svie og smerte ikke omfatter den periode, hvor patienten under alle omstændigheder ville være syg som følge af grundsygdommen.

I den konkrete afgørelse var der imidlertid lagt vægt på, at der ikke var sammenhæng mellem omfanget eller arten af patientens grundlidelse i form af følgerne af forhøjet blodtryk og den anerkendte patientskade, brud på højre lårbenshals. (94-1172) (1995 Årsb.)

8.18. Forlængelse af uddannelse, hvor erhvervsevnetaberstatning er fastsat efter EAL § 8

En 26-årig kvinde pådrog sig ledskred i den ene skulder, hvilket primært blev behandlet med påpladssætning og bandagering. Patienten blev siden genoptrænet, men ved røntgenundersøgelse ca. 5 måneder efter skadens indtræden konstaterede man, at der fortsat var ledskred i skulderen. Patientforsikringen fandt, at det fortsatte ledskred burde være erkendt tidligere, hvorfor patienten fandtes berettiget til erstatning, jfr. PFL. § 2, stk. 1, nr. 1.

Patienten blev herefter tilkendt godtgørelse for varigt mén svarende til en méngrad på 25 %.

Patienten var på skadetidspunktet under uddannelse, men hun havde i hele perioden fra skadens indtræden frem til stationærtidspunktet været ansat på fuld tid. Patientskaden havde bevirket en forlængelse af patientens uddannelse på omkring 1½ år, idet hun som følge af flere reoperationer hverken kunne passe sine studier eller sine eksamener. Patienten rejste på denne baggrund krav om erstatning for tab af erhvervsevne efter reglerne i EAL § 5-7 samt erstatning for forlængelse af uddannelse efter EAL § 1.

Patientforsikringen fandt imidlertid, at patientens uddannelse reelt var udtryk for en hovedbeskæftigelse, og at patientens tilværelse primært var tilrettelagt med henblik på at opnå denne uddannelse. Erstatning for tab af erhvervsevne skulle derfor fastsættes efter reglerne i erstatningsansvarslovens § 8, selv om patienten havde fuldtidsbeskæftigelse ved siden af uddannelsen. (Se afsnit 7.1 om forskellen mellem beregning af erhvervsevnetab efter §§ 5-7 og § 8).

Patientforsikringen fandt samtidigt, at patienten med tilkendelsen af erstatning for erhvervsevnetab efter EAL § 8 var fyldestgjort for såvel forlængelsen af uddannelse som senere indtjeningsevne. Patientforsikringen henviste i denne forbindelse til praksis vedrørende erstatning for erhvervsevnetab, og patienten kunne derfor ikke tilkendes yderligere erstatning for forlængelse af uddannelse.

Patientforsikringens afgørelse blev siden tiltrådt af Patientskadeankenævnet.

Med Patientskadeankenævnets tiltrædelse af Patientforsikringen afgørelse i denne sag, må spørgsmålet, om hvorvidt der kan ydes erstatning for forlængelse af uddannelse, samtidig med at der ydes erstatning for erhvervsevnetab, anses for afklaret. Det er i denne sammenhæng uden betydning, hvorvidt erhvervsevnetabets størrelse fastsættes efter reglerne i EAL §§ 5 til 7 eller efter reglerne i EAL § 8. (93-0028)(1996 Årsb.)

8.19. *Forringede skolepræstationer*

I denne sag fik patienten i forbindelse med fjernelse af en knude i halsen beskadiget tungenerven, og han måtte derfor i en periode gå til talepædagog.

Patienten, som netop var fyldt 17 år, oplyste over for Patientforsikringen, at han som følge af skaden var blevet mere tilbageholdende i skolen, idet han havde sværere ved at udtrykke sig. Han havde derfor efter sin egen opfattelse fået forringede skolepræstationer, og han rejste derfor krav om erstatning herfor.

Erstatningen blev dog afvist, idet der ikke var tale om et økonomisk målbart tab eller tab af skoleår.

Den varige forringelse af hans evne til at udtrykke sig blev desuden anset for at være indeholdt i godtgørelsen for varigt mén som følge af skaden, og i eventuel erstatning for tab af erhvervsevne. Méngraden blev fastsat til 10%, og der var således ikke grundlag for tilkendelse af erhvervsevnetabserstatning efter EAL § 8. (95-0921)

Såfremt der havde været tale om, at skolegangen var blevet forlænget med et eller flere skoleår, er der ifølge retspraksis mulighed for efter EAL § 1 at yde en mindre erstatning for tab af skoleår. (1996 Årsb.)

8.20. *Resterhvervsevne*

En 37-årig kvinde, som på grund af en medfødt ryglidelse var blevet tilkendt tidsbegrænset mellemste førtidspension forud for patientskadens indtræden, fik foretaget en stabiliserende rygoperation. Umiddelbart efter operationen blev der konstateret nerverlammelse af begge ben. Patienten gennemgik herefter genoptræning, hvilket bevirkede en bedring af helbredstilstanden, men der var på stationærtidspunktet stadig betydelig bevægeindskrænkning. Skaden fandtes omfattet af PFL. § 2, stk. 1, nr. 4.

Patienten fik tilkendt godtgørelse for varigt mén efter erstatningsansvarslovens § 4 svarende til en méngrad på 50 %. Patientforsikringen skulle herefter tage stilling til, om der tilkom patienten erstatning for erhvervsevnetab efter erstatningsansvarslovens §§ 5-7. Det fremgik af sagens oplysninger, at patienten tidligere havde ernæret sig som kommunal dagplejemor, dog ikke på tidspunktet for patientskadens indtræden. Patientforsikringen vurderede imidlertid, at patienten kunne have påtaget sig arbejde som kommunal dagplejemor på deltid, såfremt patientskaden ikke var indtruffet.

Patientforsikringen fandt således, at patienten havde en resterhvervsevne forud for patientskadens indtræden. Erhvervsevnetabet vedrørende denne resterhvervsevne fandtes at måtte sættes til 100 %. Man fandt, at der skønsmæssigt måtte ansættes en årsløn som kommunal dagplejemor på deltid til 68.000 kr.

Den samlede erhvervsevnetabserstatning udgjorde således 68.000 kr. x 6 x 100 % = 408.000 kr. (95-0411) (1996 Årsb.)

8.21. *Udgifter til healing og zoneterapi*

En 47-årig kvinde fik ved en operation lammelser og følenedsættelse i armen. Patienten havde efterfølgende udgifter til bl.a. healing og zoneterapi, som patienten krævede erstatning for. Kravet blev afvist, idet Patientforsikringen ikke fandt, at udgifter til healing og zoneterapi var omfattet af EAL § 1 om helbredelsesudgifter og andet tab, idet healing og zoneterapi ikke har en dokumenteret helbredende effekt på den pågældende lidelse.

Patienten ankede Patientforsikringens afgørelse, men Patientskadeankenævnet tiltrådte Patientforsikringens afgørelse med den begrundelse, at man ikke fandt, at udgifter til healing og zoneterapi var rimelige nødvendige foranstaltninger, som havde haft til formål at søge patienten helbredt for patientskaden, eller som havde stået i forbindelse med hendes helbredelse for patientskaden.

Efter Patientforsikringens praksis er det af afgørende betydning, at udgifter til behandling, som patienten har haft, vedrører behandling, der ud fra en sædvanlig videnskabelig bedømmelse må anses for relevant i relation til behandlingen af den konkrete sygdom. I modsat fald tilkendes der som udgangspunkt ingen erstatning. (93-0686)(1996 Årsb.)

8.22. *Svær hjerneskade – 120% mén*

Et barn var efter en svær fødsel blevet hjerneskadet, blind, psykomotorisk retarderet, spastisk og epileptisk. Patientforsikringen vurderede det varige mén til 120%. Méngodtgørelsen udgjorde kr. 343.800.

Erhvervsevnetabet skulle opgøres i henhold til EAL § 8, hvorefter erstatningen fastsættes som en procentdel af méngodtgørelsen. Erhvervsevnetabserstatningen udgjorde 400% af en méngodtgørelse svarende til 100% (kr. 286.500) eller i alt kr. 1.114.000. Tilstanden var stationær umiddelbart fra fødslen. Således udgjorde den samlede erstatning kr. 1.448.200. (96-0103)

Sagen er et eksempel på, hvad den maksimale erstatning til et barn andrager. Når méngraden fastsættes til 120%, udgør erhvervsevnetabet efter EAL's § 8 ifølge lovteksten 400%, men kun af et mén på 100%.(1996 Årsb.)

8.23. *Nedsættelse af forsørgertab på grund af forudbestående lidelse*

En 56-årig mand blev i april 1993 opereret for recidiv af cancer i højre nyreloge.

Ved operationen fandt man en cancertumor fikseret ind mod rygsøjlen, hvilket betød, at operativ fjernelse af recidivet måtte opgives. Patienten blev i maj 1993 tilbudt strålebehandling med henblik på helbredelse.

Som følge af strålebehandlingen udviklede patienten stråleskader i form af kroniske, blødende mavesårsforandringer, resulterende i gentagne operationer. I november 1993 afgik patienten ved døden.

Forsørgertabserstatningen blev reduceret med 50% som følge af, at det efter en lægelig vurdering måtte forventes, at patienten på grund af sin grundsygdom kun ville have levet i en ganske kort tid, selv om der ikke var givet strålebehandling.

Sagen er et eksempel på, at der i ganske særlige tilfælde kan ske i reduktion i forsørgertabserstatningen. (95-1497)(1996 Årsb.)

8.24. Erstatning for uddannelsesbidrag efter børnelovens § 14, stk. 3

En 38-årig mand afgik ved døden som følge af en patientskade

Sagen blev anerkendt efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1, idet optimal behandling havde tilsagt, at man på et tidligere tidspunkt havde erkendt, at han havde blodpropdannelse i venstre ben, og herefter iværksatte relevant behandling.

Patientforsikringen opgjorde herefter forsørgertabserstatningen til afdødes ægtefælle og 3 børn.

Børnene var på skadetidspunktet alle under 18 år. Afdødes ægtefælle rejste derfor yderligere krav om erstatning for et eventuelt uddannelsesbidrag til børnenes uddannelse efter det fyldte 18. år i henhold til børnelovens § 14, stk. 3.

Patientforsikringen fandt ved sin afgørelse, at der ikke kunne tilkendes erstatning for et eventuelt uddannelsesbidrag efter børnelovens § 14, stk. 3, idet der efter Patientforsikringens opfattelse efter erstatningsansvarslovens ikrafttræden den 1. oktober 1984 ikke længere kan kræves erstatning for uddannelsesbidrag for børn, der på skadetidspunktet var under 18 år.

Patientforsikringens afgørelse beror blandt andet på selve formuleringen af EAL § 14, hvoraf det fremgår, at der ved erstatningsfastsættelsen alene skal tages stilling til, hvad afdøde på skadetidspunktet kunne være pålagt at betale i bidrag.

Da afdødes børn alle var under 18 år ville deres nu afdøde far ikke på skadetidspunktet kunne være pålagt at betale uddannelsesbidrag efter børnelovens § 14, stk. 3. Patientforsikringen lagde endvidere vægt på, at lovteksten ikke åbner mulighed for at udskyde spørgsmålet om pålæggelse af uddannelsesbidrag til et senere tidspunkt, idet erstatningen ifølge lovteksten skal fastsættes på skadetidspunktet, og EAL § 11 ikke giver mulighed for, at sagen senere kan genoptages med henblik på at give supplerende erstatning som hjælp til at gennemføre en uddannelse.

Patientforsikringen fandt på den baggrund, at der i det konkrete tilfælde hverken var hjemmel til at give erstatning for uddannelsesbidrag, eller til at udskyde afgørelsen heraf til et senere tidspunkt. Patientforsikringen afviste herefter at yde erstatning for et eventuelt uddannelsesbidrag til afdødes efterladte børn. (93-0487) (1996 Årsb.)

8.25. Østre Landsrets dom vedrørende advokatudgifter og sengeliggende sygedage

Patientforsikringen har i en afgørelse vedrørende en patient, der blev fejlbehandlet, afvist at tilkende erstatning for patientens udgifter til advokathjælp.

Patientskaden manifesterede sig primært ved svære fysiske gener som følge af hjerneskode.

Efter en nærmere gennemgang af det lægelige materiale i sagen fandt Patientforsikringen ikke, at der kunne tilkendes erstatning for patientens udgifter til advokathjælp, da der under henvisning til bemærkningerne ikke var hjemmel hertil. På denne baggrund blev advokatens bistand ikke fundet nødvendig for at sikre en forsvarlig oplysning af sagen.

Advokaten ankede sagen til Patientskadeankenævnet, der stadfæstede Patientforsikringens afgørelse. Efterfølgende blev sagen af Advokatsamfundet, som mandatar for patienten, indbragt for Østre Landsret, der ved dom af 13. november 1996 (13. afdeling, nr. B-1890-95), stadfæstede Patientforsikringens og Patientskadeankenævnets afgørelser.

I dommen henvises det til, at det i forarbejderne til patientforsikringsloven (FT 1990/1991 tillæg A, spalte 3307) er forudsat, at patienten ikke behøver at engagere en advokat til at varetage sine interesser, idet patientforsikringsordningen bygger på, at Patientforsikringen i samarbejde med patienten skal fremskaffe de oplysninger, der er nødvendige for en forsvarlig behandling af sagen. Der blev endvidere i præmisserne lagt vægt på, at Patientforsikringens afgørelser kan indbringes for det statslige Patientskadeankenævn, hvis afgørelser er bindende for Patientforsikringen.

Patientforsikringen har tidligere i årsberetningen for 1994 redegjort nærmere for sin praksis vedrørende betaling af advokatomkostninger, og det blev i den forbindelse påpeget, at sådanne omkostninger, med udgangspunkt i forarbejderne til patientforsikringsloven, ikke kan forventes dækket.

Advokatudgifter vil dog kunne betales i de tilfælde, hvor skaden afskærer patienten fra at kunne fremskaffe nødvendige oplysninger således, at Patientforsikringen heller ikke kan opfylde sin pligt til at oplyse sagen. Ligeledes vil advokatudgifter kunne betales i tilfælde, hvor en advokat efterfølgende fremskaffer nye retlige oplysninger, der medfører, at Patientforsikringen må genoptage sagen og ændre sin tidligere afgørelse.

Østre Landsrets dom understøtter således Patientforsikringens praksis vedrørende betaling af advokatomkostninger.

Østre Landsret præciserede ved samme afgørelse, at der alene kan tilkendes godtgørelse for svie og smerte svarende til taksten for sengeliggende sygedage, såfremt patienten i overensstemmelse med bestemmelsens ordlyd har været "sengeliggende". I den aktuelle sag havde patienten som følge af patientskaden et væsentligt indskrænket funktionsniveau, idet hun efter skaden alene kunne bevæge sig omkring med støtte fra ægtefællen eller i kørestol.

Østre Landsret fandt dog, i overensstemmelse med Patientforsikringens og Patientskadeankenævnets afgørelser, at dette ikke kunne begrunde, at der skulle ydes godtgørelse for svie og smerte svarende til den sengeliggende takst, idet patienten trods sine svære gener, ikke var egentligt sengeliggende i sygeperioden.

Dommen er refereret i UfR. 97.226

[Top af bilag 15](#)

9. LÆGEMIDDELSKADE § 3.2.

9.1. Lægemiddelskade – narkosemidlet Dormicum

En 66-årig mand blev indlagt med henblik på cystoskopi (kikkertundersøgelse af blæ-rem) til kontrol for tidligere fjernede blærepolypyper.

I forbindelse med indgrebet blev der givet narkosemidler i form af Dormicum (5 mg) og Haldid (0,15 mg). Patienten blev udskrevet samme dag efter undersøgelsen. Patienten mistede efter ca. en måned alt håret.

Patientforsikringens lægekonsulenter fandt, at der i forbindelse med undersøgelsen blev givet en korrekt dosering af narkosemidlet. Undersøgelsen fandtes at være udført efter bedste specialiststandard, og sagen måtte herefter afvises efter PFL § 2, stk. 1, nr. 1.

Hårtabet var mest sandsynligt forårsaget af egenskaber ved de anvendte lægemidler, men ifølge PFL § 3, stk. 3, dækker loven ikke skader, der skyldes egenskaber ved de lægemidler, der anvendes ved behandling, undersøgelse eller lignende. (93-0621)

[Top af bilag 15](#)

Stikordsregister til bilag 15

ABORT, GRAVIDITET OG FØDSELSSKADER:

Graviditet efter sterilisation (1.1)

Gravid efter sterilisation (1.1)

Mislykket provokeret abort (1.1)

Fødselsskade – bristning af
ringmuskel (1.1)

Fødselsskade (2.1.1)

Fødselsskade – hjerneskadet barn(1.1)

Kejsersnit foretaget for sent (2.1.1)

CANCER:

Diagnosticering af cancer (2.1.1)

Vævsskade i forbindelse med kemoterapi (2.1.4)

Stråleskade efter kræftbehandling
(2.1.4)

Overset kræftsvulst i nyre (2.1.1)

DEFEKT VED TEKNISK UDSTYR:

Defekt røntgenapparat (1.1)

Efterladt udstyr (guidewire) (2.1.1)

Brud på krykkestok (2.1.2)

Forbrænding ved brug af elkniv (2.1.2)

Svigt i røntgenapparat (2.1.2)

Defekt varmemadras (2.1.2)

Defekt i indbankningsapparat (2.1.2)

Knækket tang (2.1.2)

Teknisk svigt i operationslejes
hovedgærde (2.1.2)

Tilbageløb i anlagt dræn (2.1.2)

Defekt cementsprøjte til hofteoperation (2.1.2)

Mikrokateter revnede under indsprøjtning (2.1.2)

Tryksskade forårsaget af blodtomhedsmanchet (2.1.2)

HOFTER, KNÆ OG ANKEL:

Hofteoperation – fejlstilling (1.1)

Tilfælde af benforlængelse efter hofteoperation (1.1)

2½ cm. benforlængelse ved hofte-
alloplastik (1.1)

Løshed ved ucementerede proteser (2.1.2)

4 cm. benforlængelse efter total hofte-
alloplastik (1.1)

Brækket lårbensknogle ved hofteudskiftningsoperation (2.1.1)

Knæprotese (2.1.1)

Knoglecement (Boneloc) (2.1.2)

Løshed ved cementerede hofter (2.1.2)

Defekt i indbankningsapparat (2.1.2)

Defekt cementsprøjte til hofteoperation (2.1.2)

Lejringsskade i form af dropfod ved

hofteoperation (2.1.4)

Dropfod efter indsættelse af cementeret hofteprotese (2.1.4)

Infektion opstået i tilslutning til førstegangs hoftealloplastik (2.1.4)

Dropfod efter førstegangs hoftealloplastik (2.1.4)

Aseptisk løsning af hofteprotese (2.1)

Perforation af hofteskål (2.1.1)

Sprængt achillessene (2.1.1)

Hofteoperation med Boneloc (2.1.2)

Cementeret hofteprotese (2.1.2)

INFEKTION:

Infektion i finger (1.1)

Infektion og dårligt blodomløb (1.1)

Infektion i forbindelse med hundebid
(1.1) 9

Infektion efter operation for stritører
(2.1.4)

Infektion (gasgangræn) i lukket håndledsbrud (2.1.4)

Infektion opstået i tilslutning til førstegangs hoftealloplastik (2.1.4)

Infektion i achillessenen (2.1.4)

Dødsfald af ukendt årsag (2.1)

Meningitis efter epiduralkateter (2.1.4)

Infektion efter Cloward-operation (2.1.4)

KNOGLEBRUD:

Overset brud på halshvirvels top (1.1)

Følger efter brud i arm (1.1)

Skadestuebehandling – manglende

røntgenundersøgelse (2.1.1)

Skadestuebehandling – utilstrækkelig

information (2.1.1)

Utilstrækkelig undersøgelse på skadestue (2.1.1)

Brækket lårbensknogle ved hofteudskiftningsoperation (2.1.1)

Forsinket diagnosticering af brud (2.1.)

Følger efter discusprolaps (2.1.1)

Forsinket diagnosticering af discus-
prolaps (2.1.1)

Brud på krykkestok (2.1.2)

Operation af discusprolaps med kikkert-
instrument (2.1.3)

Strækbehandling af brud forårsagede
dropfod (2.1.3)

Skinnebendsbrud med fejlstilling – gips-
bandagering og marvsømning anset for
ligeværdige metoder ved påpladssætning
af brud (2.1.3)

Stress-fraktur (1.1)

Følger efter brud på kraveben (1.1)

Ekstern fikseation/osteosyntese ved
skinnebendsbrud (2.1.2)

KOMPLIKATIONER UNDER OPERATION:

Komplikationer efter fjernelse af

livmoderen (1.1)

Perforation af tyndtarm (2.1.1)

Komplikationer ved åben galdestens-
operation (2.1.1)

Efterladt udstyr (guidewire) (2.1.1)

Hjerneskode efter hjertestop under operation (2.1.4)

Blodprop i hjernen efter bypass-operation (2.1.4)

Døvhed efter operation (2.1.4)

Påvirket nyrefunktion og blindhed efter hjerteoperation (2.1.4)

Lægemiddelskade- narkosemidlet Dormicum (3.3)

Hørenedsættelse ikke følge af galdeblærefjernelse (2.1)

Hjerteproteseclap forkert placeret (2.1.1)

Blodprop i hjernen (2.1.1)

Urininkontinens -udblokning/gennemskæring

Hornhindelæsion (2.1.4)

Hjerneskode i forb. med fjernelse
af drøblen (2.1.4)

MAVE- OG TARMSKADER:

Komplikationer efter fjernelse af
livmoderen (1.1)

Perforation af tyndtarm (2.1.1)

Komplikationer ved åben galdestensoperation (2.1.1)

Efterladt udstyr (guidewire) (2.1.1)

Diagnosticering af blindtarmsbetændelse (2.1.1)

Kikkertoperation – lædering af blodkar (2.1.1)

Kikkertoperation (2.1.3)

Operation for galdesten – endloop...
(2.1.3)

To forskellige metoder for kateteranlæggelse anset for ligeværdige (2.1.3)

NERVESKADER:

Stemmebåndslammelse efter strumaoperation (2.1.1)

Skade på nervus axillaris (nerve ved skulderled) (2.1.1)

Nervelæsion (2.1.1)

Nervelæsion (2.1.1)

Lejringsskade i form af dropfod ved hofteoperation (2.1.4)

Dropfod efter indsættelse af cementeret hofteprotese (2.1.4)

Dropfod efter førstegangs hoftealloplastik (2.1.4)

Nedsat håndfunktion efter hjerteoperation (2.1.4)

Hæmatom efter lumbalpunktur (2.1.1)

Nervelæsion (2.1.1)

Blodansamling efter rygmarvsbedøvelse (2.1.4)

SKADESTUEBEHANDLING:

Skadestuebehandling – manglende røntgenundersøgelse (2.1.1)

Skadestuebehandling – utilstrækkelig information (2.1.1)

Utilstrækkelig undersøgelse på skadestue (2.1.1)

ULYKKER PÅ SYGEHUSET:

Fald ud af hospitalsseng (3.2)

Fald på vej til toilettet (3.2.)

Tilskadekomst i forbindelse med røntgenundersøgelse (3.2.)

Tilskadekomst under fysiurgisk genoptræning (3.2)

Fald på vådt gulv (3.2)

Fald under ombygning af sygehus (3.2)

Fald ud af hospitalsseng (3.2)

Selvmordsforsøg fra 1. sal (3.2)

Fald på badeværelsesgulv (3.2)

Fald i forbindelse med fysiurgisk genoptræning (3.2)

Fald under toiletbesøg (3.2)

Fald på badeværelsesgulv (3.2)

Fald ud af hospitalsseng (3.2)

Fald ud af hospitalsseng (3.2)

Fald i svingdør til hovedindgang (3.2.)

Garderobeskab væltet ned over
patient (3.2)

Selvmordsforsøg (3.2)

Kravlede ud af sengen trods
sengehest (3.2)

Fald ud af hospitalsseng (3.2)

ANDET:

Ventetid som følge af ressourcemæssige

begrænsninger (1.1)

Elektrochokbehandling (1.1)

Manglende information(1.1)

Flere forskellige grundlidelser (1.1)

Ingen bedring efter behandling (1.1)

Maden i den gale hals (1.1)

Seponering af anti-epileptisk behandling (2.1.1)

Operation for prostata (2.1.3)

Medicinsk eller operativ behandling
(2.1.3)

Anvendelse af Allen skinne og Kirschnertråd anset for ligeværdige (2.1.3)

Tandskade opstået ved fald som følge af epilepsianfald (2.1.4)

Efter arteriepunktur forværring af
leddegigt (2.1.4)

Dødsfald i forbindelse med psykiatrisk
behandling

Uindfrie forventninger (1.1)

Blodprop efter øreoperation (2.1.4)

ERSTATNINGSBEREGNING:

EAL § 1:

Andet tab

Helbredelsesudgifter efter stationærtidspunktet

Advokatudgifter

Transportudgifter

Transportudgifter

Andet tab

Forringede skolepræstationer

Udgifter til healing og zoneterapi

Advokatudgifter ØLD 97.226

EAL § 2:

Afspadseringstimer

EAL § 3:

Svie og smerte

Svie og smerte

Svie og smerte

"Sengeliggende" syg - ØLD 97.226

EAL § 4:

Fødselsskade - 100 % varigt mén og erhvervsevnetab

Reduktion i varigt mén ved død

Hensyntagen til forudbestående mén
ved fastsættelse af varigt mén

Mermén og mererhvervsevnetab

Svær hjerneskade – 120 % mén

EAL § 5-7:

Resterhvervsevne

EAL § 8:

Fødselsskade – 100 % varigt mén og
erhvervsevnetab

Forlængelse af uddannelse

EAL § 13 og 14:

Tab af forsørger

Nedsættelse af forsørgertab pga.

forudbestående lidelse

Erstatning for uddannelsesbidrag efter
børnelovens § 14.3

EAL § 18:

Reduktion i varigt mén ved død

Mellemkommende død

ANDET:

Afledet krav

Mermén og mererhvervsevnetab