



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Årsberetning 2016

Ankenævnet for Patienterstatningen

April 2017

Kolofon

Titel på udgivelsen: Årsberetning 2016 - Ankenævnet for Patienterstatningen

Udgivet af:

Styrelsen for Patientsikkerhed
Islands Brygge 67
2300 København S

Telefon: 72 28 66 00

E-post: stps@stps.dk

Udgivelsesår: 2016

ISBN: 978-87-93651-03-06

Version: Nr. 1.0.

Versionsdato: September 2016

Publikationen er tilgængelig på <http://stps.dk/da/udgivelser>

Indhold

1	Forord	3
2	Præsentation af Ankenævnet for Patienterstatningen	4
3	Udvidelse af lovens dækningsområde	5
4	Nøgletal	6
4.1	Nye og afsluttede sager	6
4.2	Antallet af sager	6
4.3	Sagsbehandlingstid	7
4.4	Ankenævnets afgørelser	8
4.5	Sagernes fordeling	10
5	Sagsgang	11
5.1	Indhentelse af oplysninger	11
5.2	Sagens forberedelse	11
5.3	Nævnsbehandling	11
5.4	Afgørelsens indhold	12
5.5	Orientering om afgørelse	12
6	Artikler	13
6.1	Tre domme fra Højesteret om erstatning for tab af erhvervsevne	13
6.2	Vaccinationsskader	17
6.2.1	Sager om HPV-vaccinationer	17
6.2.2	Sager om børnevaccination med DiTeKiPol/Hib-vaccine	18
6.2.3	Influenzavaccination	19
7	Sager ved domstolene	20
7.1	Anlagte retssager	20
7.2	Retssager afsluttet med dom	20
7.3	Udfaldet af retssagerne	21
7.4	Retssager afsluttet uden dom	21

1 Forord

Dette er den 22. årsberetning om ankenævnets virksomhed. Den første årsberetning blev udgivet i 1995 og indeholdt information om Patientskadeankenævnets virke fra patienterstatningsordningens ikrafttræden 1. juli 1992 til den 31. december 1994. Det fremgår af denne, at ankenævnet i den første 2,5 års periode traf afgørelse i 110 sager.

Sagsantallet er efterfølgende steget væsentligt fra år til år, og vi har i takt med stigningen også udvidet antallet af nævnsafdelinger og nævnsmedlemmer. I dag træffer nævnet, der nu er Ankenævnet for Patienterstatningen, ca. 3.000 afgørelser om året.

Jeg har været formand for Patientskadeankenævnet, nu Ankenævnet for Patienterstatningen, siden 2010. I den periode er der sket mange forandringer – både i forhold til lovgivning på området og organisatorisk i både ankenævn og ankenævnssekretariatet.

Vi arbejder kontinuerligt for at holde en høj faglig kvalitet i ankenævnets afgørelser, samtidig med at vi skal følge med det stigende antal sager.

Ankenævnets afgørelser har i 2016 undergået en sproglig ændring for at gøre det lettere for alle at læse og forstå ankenævnets afgørelser. Formandsskabet har i samarbejde med ankenævnets sekretariat udarbejdet en ny sprogpolitik og ændret måden, vi skriver afgørelser på. Vi er kommet rigtig godt i gang med sprogprojektet og har modtaget mange positive tilbagemeldinger. Jeg vil gerne takke alle ankenævnets medlemmer for at have bidraget aktivt til processen.

Ankenævnet afsluttede mere end 3.100 sager i 2016, og den gennemsnitlige sagsbehandlingstid var 4,9 måneder. Alle ankenævnets medlemmer og sekretariatets medarbejdere har i 2016 arbejdet hårdt for at nå disse resultater. Det er derfor glædeligt, at det igen i år er lykkedes os at opfylde alle ankenævnets målsætninger. Jeg vil derfor gerne takke alle for det gode samarbejde og ser frem til endnu flere nye spændende udfordringer i 2017.

Jan Uffe Rasmussen
Formand

2 Præsentation af Ankenævnet for Patienterstatningen

Ankenævnet for Patienterstatningen behandler anker over afgørelser fra Patienterstatningen om erstatning for behandlings- og lægemiddelskader.

I sager om behandlingsskader tager ankenævnet stilling til, om en patient er kommet til skade ved en behandling eller en undersøgelse i sundhedsvæsenet. Det kan for eksempel være på et hospital eller hos egen læge. I sager om lægemiddelskader tager ankenævnet stilling til, om en patient har fået en sjælden og alvorlig bivirkning af medicin. Ankenævnet kan også tage stilling til erstatningsudmålingen som følge af en anerkendt behandlings- eller lægemiddelskade.

Når en sag er afgjort i ankenævnet, er der ikke flere klagemuligheder i det administrative system. Det er dog muligt at få prøvet sagen ved retten.

Ankenævnet for Patienterstatningen er nedsat efter § 58a i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Ankenævnet er organiseret i 10 afdelinger, der hver består af 10 medlemmer, når de enkelte sager bliver afgjort. Hver afdeling har en formand, der er dommer og udpeget af sundheds- og ældreministeren.

Ankenævnet består derudover af to sagkyndige medlemmer, som Sundhedsstyrelsen udpeger, og ét medlem, som Advokatrådet udpeger.

Danske Regioner, Kommunernes Landsforening og Forsikring og Pension udpeger også hver en repræsentant, og det samme gør Danske Handicaporganisationer, Forbrugerrådet og Danske Patienter.

Ankenævnet har dermed repræsentanter fra de myndigheder og organisationer, der er ansvarlige for driften af sundhedsvæsenet, og repræsentanter fra organisationer på patient- og forbrugersiden.

Hver nævnsafdeling holder som udgangspunkt et møde om måneden undtagen i sommerferien, hvilket svarer til 11 møder om året pr. afdeling. I 2016 blev der afholdt i alt 140 møder i Ankenævnet for Patienterstatningen. Møderne er ikke offentlige.

3 Udvidelse af lovens dækningsområde

Udvidelse af patienterstatningsordningens dækningsområde for værnepligtige og indsatte i fængsler og arresthuse.

Folketinget vedtog i 2016 en ændring af klage- og erstatningsloven, som betyder, at værnepligtige og indsatte i fængsler og arresthuse nu er dækket af erstatningsordningen.

Sundhedsbetjeningen i Kriminalforsorgens fængsler og arresthuse var før lovændringen ikke omfattet af dækningsområdet for patienterstatningsordningen. Det var værnepligtige i det militære forsvar eller redningsberedskabet, der var behandlet af en kasernelæge eller på et infirmeri, heller ikke.

Med lovændringen er dækningsområdet for patienterstatningsordningen nu udvidet, sådan at værnepligtige og indsatte i fængsler og arresthuse kan søge erstatning for behandlingsskader, der opstår som følge af en sådan behandling.

For værnepligtige gælder, at udvidelsen af dækningsområdet omfatter skader opstået som følge af behandling, der er udført af autoriserede sundhedspersoner, der er tilknyttet det militære forsvar eller redningsberedskabet, uanset om behandlingen udføres f.eks. på kasernen eller i et lokale/en klinik, der ligger uden for kasernen.

For indsatte gælder, at udvidelsen af dækningsområdet omfatter skader opstået som følge af behandling, der er udført af autoriserede sundhedspersoner i Kriminalforsorgens fængsler og arresthuse.

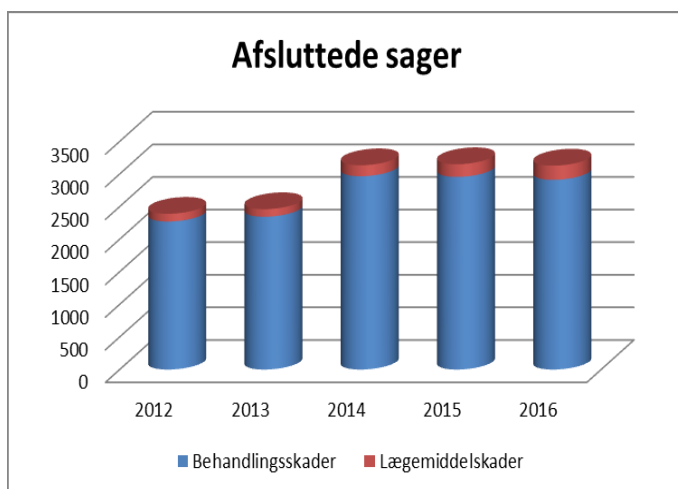
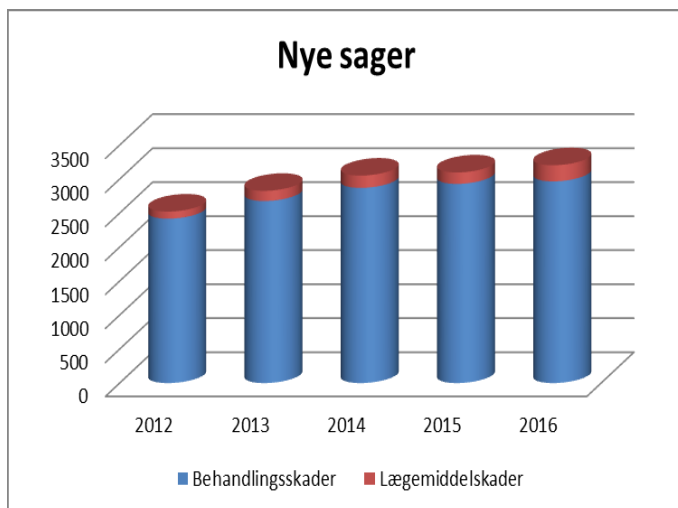
Lovændringen berører ikke adgangen til at søge erstatning for skader opstået i forbindelse med behandling uden for disse afgrænsninger. Disse krav skal vurderes som hidtil.

Lovændringen trådte i kraft den 1. juli 2016, men har tilbagevirkende kraft, så det er muligt at anmelde krav om erstatning for skader, der er forårsaget den 1. juli 2006 eller senere. Skaderne er dog samtidig omfattet af en forældelsesfrist på 3 år, som løber fra det tidspunkt, hvor den erstatningsberettigede fik eller burde have fået kendskab til skaden.

Som følge af den tilbagevirkende kraft har Patienterstatningen genoptaget en række sager, som tidligere var afvist, fordi behandlingen ikke var omfattet af patienterstatningsordningen. Lovændringen i 2016 har ikke givet Ankenævnet for Patienterstatningen anledning til at genoptage sager.

4 Nøgletal

4.1 Nye og afsluttede sager



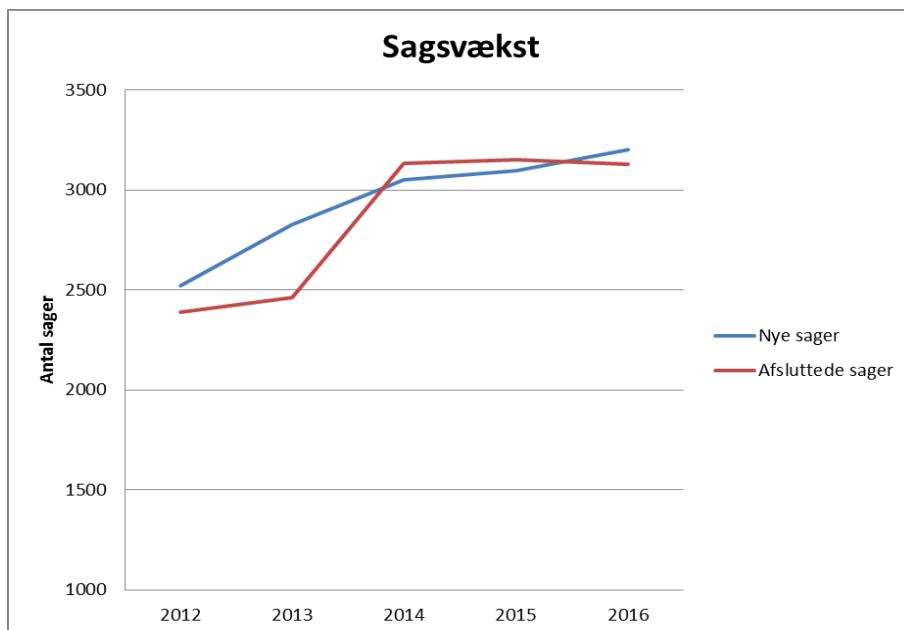
Figur 1: Antallet af hhv. nye og afsluttede sager de seneste 5 år

Tidligere blev tallene opgjort særskilt for hhv. behandlings- og lægemiddelskadesager, men da behandlingen af sagerne pr. 1. januar 2015 er lagt sammen i Ankenævnet for Patienterstatningen opgøres sagerne nu samlet.

4.2 Antallet af sager

Over de seneste mange år er tilgangen af nye ankesager steget væsentligt år for år. Dog har væksten de seneste tre år ikke været helt så markant som tidligere. Hvor der i 2012 blev indgivet i alt 2.522 ankesager, var tallet for nye sager i 2014 vokset til 3.051. Det tilsvarende tal var 3.203 i 2016.

Ankenævnet afsluttede i alt 3.128 sager, hvilket svarer til det budgetterede mål for 2016.

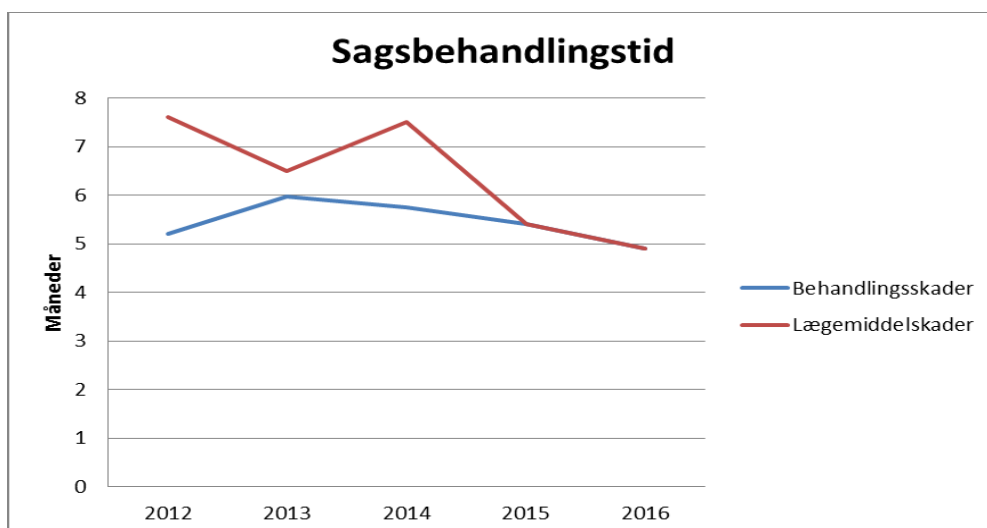


Figur 2: Antallet af sager i perioden 2012-2016

I takt med at antallet af sager er steget, er antallet af nævnsafdelinger løbende blevet udvidet over årene. Det har gjort det muligt for nævnet at følge med og træffe flere afgørelser pr. år.

Som figuren viser, er det med ganske få mindre udsving lykkedes at få de to kurver til at følges, hvilket har bevirket, at nævnet ikke ophober sager, men afslutter sager i takt med, at nye kommer ind.

4.3 Sagsbehandlingstid



Figur 3: Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid i perioden 2012-2016

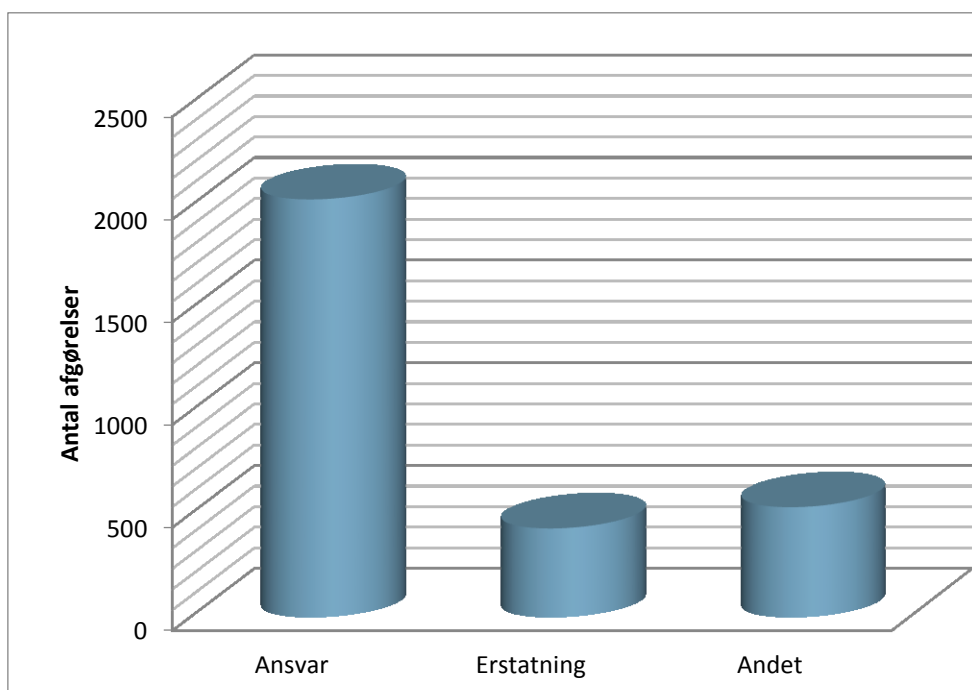
Tidligere blev sagsbehandlingstiden opgjort særskilt for hhv. behandlings- og lægemiddel-skadesager, men da sagerne pr. 1. januar 2015 alle behandles i Ankenævnet for Patienterstatningen,

opgøres sagsbehandlingstiden nu samlet. Målet er, at den samlede gennemsnitlige sagsbehandlingstid ikke overstiger 6 måneder. Resultatet for 2016 blev et gennemsnit på 4,9 måneder.

Opgørelsen viser den samlede tid, fra ankenævnet modtager klagen, til afgørelsen sendes til klageren. Det betyder, at den tid sagen ligger hos Patienterstatningen, hvor sagens akter og udtalelser indhentes, er medregnet i opgørelsen.

4.4 Ankenævnets afgørelser

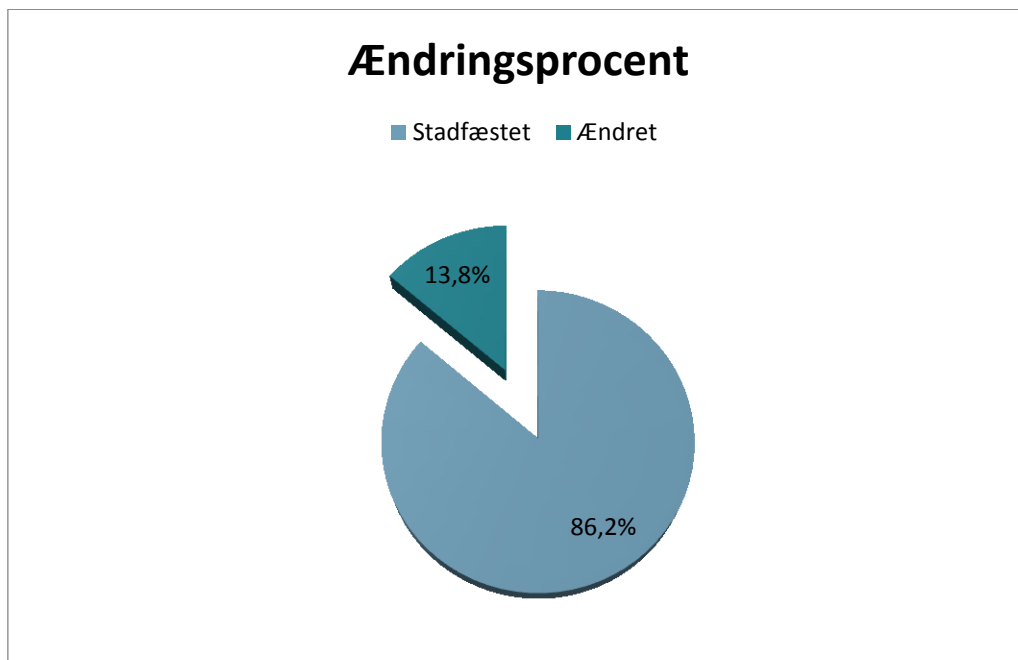
Ankenævnet traf i alt 2.998 afgørelser i 2016, og 130 sager blev afsluttet uden afgørelse. Sager, der afsluttes uden afgørelse, er hovedsageligt tilfælde, hvor anken trækkes tilbage, inden sagen kommer på nævnsmøde eller sager, hvor Patienterstatningen under ankesagen vælger at genoptage sagen til fornyet behandling.



Figur 4: Ankenævnets afgørelser

Som figuren viser, vedrører langt de fleste af afgørelserne spørgsmålet om, hvorvidt der er et ansvarsgrundlag, dvs. om der kan anerkendes en behandlingsskade eller lægemiddelskade. Kun en mindre del af ankenævnets afgørelser vedrører den udmålte erstatning, og en mindre del vedrører "andet", hvilket dækker over bl.a. afgørelser om genoptagelse, overskridelse af klagefrister samt stadfæstelse og ændring af andre spørgsmål, herunder f.eks. forældelse.

Ud af de 2.998 afgørelser, som ankenævnet traf i 2016, var de 2.712 afgørelser en stillingtagen til en afgørelse fra Patienterstatningen. De øvrige var afgørelser om f.eks. overskridelse af klagefrister, genoptagelse og lign.



Figur 5: Ændringsprocenten 2016

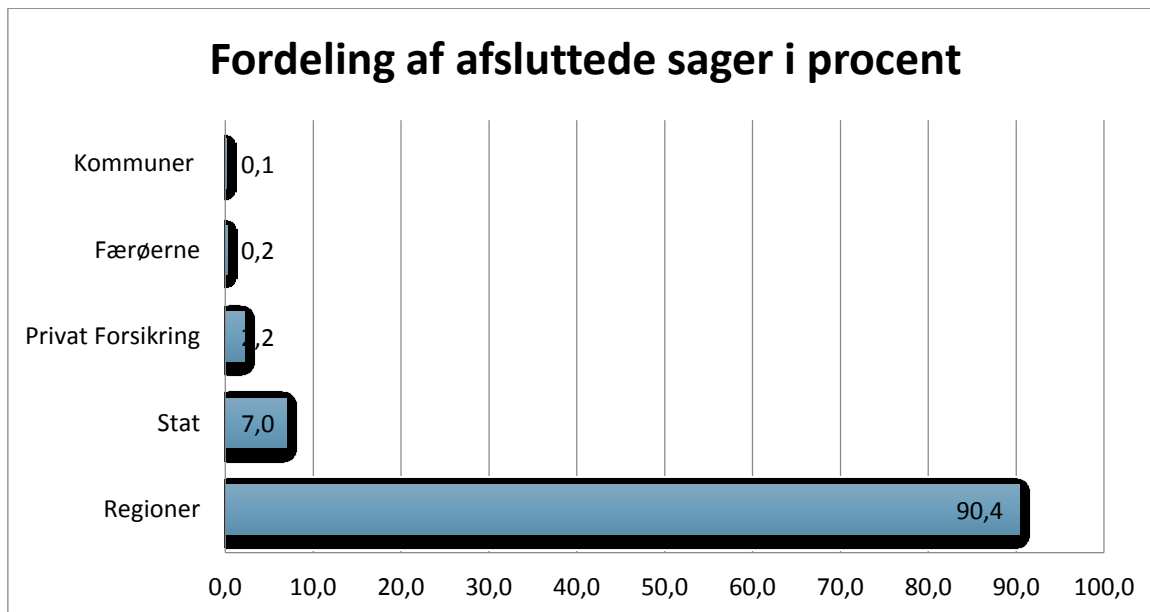
Ankenævnet ændrede i 373 tilfælde Patienterstatningens afgørelse, hvilket svarer til en ændringsprocent på 13,8. Opgørelsen er fælles for hhv. behandlings- og lægemiddelskader, der tidligere blev afgjort separat af Patientskadeankenævnet og Lægemiddelskadeankenævnet. I 2014 var ændringsprocenten for de to nævn 14,6 procent og 10 procent. I 2015 var ændringsprocenten 13 procent. Dermed er ændringsprocenten i 2016 ikke væsentlig ændret i forhold til sidste og forrige år.

Opgørelsen omfatter alle sager, hvor ankenævnet tog stilling til en afgørelse truffet af Patienterstatningen og inkluderer både sager, der blev afgjort på nævnsmøde, og sager, der blev afgjort ved formandsafgørelse.

Der blev i 2016 truffet 281 formandsafgørelser. Ankenævnets forretningsorden giver formanden kompetence til at afgøre sager, der ikke frembyder tvivl, hvilket f.eks. kan være sager om overskridelse af klagefrister eller sager, hvor skaden falder uden for lovens dækningsområde og lignende.

108 af de sager, der blev afgjort i 2016, var påklaget af den erstatningsansvarlige, dvs. typisk regionen, privat sygehus eller forsikringselskab. Det er således i helt overvejende grad patienterne, der påklager afgørelserne til ankenævnet. Af de 3.203 ankesager, der blev oprettet i 2016, var det kun de 129 sager, der var anket af andre end patienten.

4.5 Sagernes fordeling



Figur 6: Fordeling af afsluttede sager i 2016

Figur 6 viser, hvordan antallet af afsluttede sager fordeler sig i 2016. Som figuren viser, udgør behandlingsskader i regionerne lidt over 90 procent af de samlede sager i ankenævnet.

Sagernes fordeling svarer stort set til de foregående år, og langt de fleste sager er således behandlingsskadesager fra regionerne. De 7 procent af sagerne, der hører til staten, er lægemiddelskadesagerne.

Antallet af sager, der kan henføres til forsikringselskaber, er dog steget og udgør nu 2,2 procent af sagerne mod kun 1 procent i 2015. Forsikringspligt for behandling i det private, herunder på privathospitaler, blev indført den 1. september 2013, og stigningen i antallet af sager dækket af et forsikringselskab skal derfor ses som udtryk for, at denne type sager nu begynder at blive anmeldt og afgjort i erstatningssystemet. Tallet må derfor forventes fortsat at stige de kommende år.

Behandlingssager i kommunalt regi ligger på et ganske lavt niveau og udgør således kun 0,1 procent af sagerne mod 0,6 procent i 2015. Sager fra Færøerne blev først omfattet fra den 1. januar 2012. Som figur 6 viser, er det fortsat kun ganske få sager, der er nået til ankenævnet, og tallet for 2016 var således kun 0,2 procent svarende til i alt 7 sager.

5 Sagsgang

Nedenfor beskrives sagsgangen i Ankenævnet for Patienterstatningen.

5.1 Indhentelse af oplysninger

Når sekretariatet for Ankenævnet for Patienterstatningen modtager en klage over en afgørelse fra Patienterstatningen oprettes en sag.

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

Hvis sekretariatet derudover vurderer, at der mangler relevante oplysninger i sagen, indhentes de. Det kan for eksempel være journaler fra sygehus eller læge, kommunale akter eller oplysninger fra patienten selv. Når sagen er oplyst, vil parterne ikke høre mere fra sekretariatet, før sagen er afgjort af ankenævnet.

5.2 Sagens forberedelse

Når alle oplysninger er modtaget, gennemgår sekretariatet sagens akter. I de fleste tilfælde forelægges sagen derefter for en intern lægesagkyndig, som er en erfaren speciallæge, der er tilknyttet sekretariatet. Den lægesagkyndiges udtalelser er alene vejledende for ankenævnet.

5.3 Nævnsbehandling

Møderne er ikke offentlige. På mødet vil ankenævnet afgøre sagen. Hvis ikke alle nævnsmedlemmer er enige, bestemmer flertallet. Sagen kan i nogle tilfælde blive udsat, hvis sekretariatet for eksempel skal indhente supplerende oplysninger.

Hvis det vurderes, at der ikke er tvivl i sagen, kan formanden ifølge ankenævnets forretningsorden afgøre sagen på ankenævnets vegne.

Det er typisk i sager:

- der alene vedrører erstatningsberegning
- hvor skaden falder uden for lovens dækningsområde
- hvor der anmodes om genoptagelse
- hvor der mangler klageberettigelse
- om klager over aktindsigt
- hvor betingelserne for at anerkende erstatningsansvar efter loven anses for klart opfyldte og i øvrigt er ukomplicerede

- om forældelse
- om overskridelse af klagefristen

I 2016 udgjorde formandsafgørelserne 9,4 procent af de afgjorte sager i Ankenævnet for Patienterstatningen.

5.4 Afgørelsens indhold

Ankenævnet for Patienterstatningen kan forhøje eller nedsætte erstatningen. Afgørelsen i en sag kan ende med:

- at ankenævnet stadfæster Patienterstatningens afgørelse, det vil sige, at ankenævnet når frem til det samme resultat som Patienterstatningen
- at ankenævnet helt eller delvist ændrer Patienterstatningens afgørelse
- at sagen skal behandles på ny af Patienterstatningen

I 2016 ændrede Ankenævnet for Patienterstatningen i 13,8 procent af tilfældene Patienterstatningens afgørelse. Når ankenævnet behandler en klage over en afgørelse fra Patienterstatningen, kan ankenævnet også ændre eventuelle tidligere afgørelser i sagen, uanset om der er klaget over dem. Sådanne ændringer kan betyde, at erstatningen forhøjes, nedsættes eller bortfalder.

5.5 Orientering om afgørelse

Inden for cirka en uge efter ankenævnets møde modtager parterne afgørelsen i sagen. Det fremgår af afgørelsen, hvad ankenævnet har lagt vægt på, og hvilke lovregler sagen er afgjort efter.

Hvis der er en udtalelse fra ankenævnets sagkyndige læge, kan man bede om at få udtalelsen, når sagen er afgjort. Det gælder, selv om der er tale om et internt notat.

Al skriftlig kommunikation fra det offentlige til borgere skal foregå digitalt. Ankenævnet sender derfor al post, herunder alle afgørelser, elektronisk.

Når Ankenævnet for Patienterstatningen har afgjort sagen, er der ikke flere klagemuligheder i det administrative system. Hvis en part ikke er enig i ankenævnets afgørelse, er det muligt at få prøvet sagen ved retten. I det tilfælde skal parten – eventuelt i samarbejde med en advokat – indgive en stævning ved retten. Sagen skal så indbringes for retten inden seks måneder, efter at afgørelsen er meddelt. Den frist fremgår af klage- og erstatningsloven og kan ikke fraviges.

6 Artikler

6.1 Tre domme fra Højesteret om erstatning for tab af erhvervsevne

Hvis en patient som følge af en behandlingsskade har fået en nedgang i sine arbejdsindtægter, erstattes tabet efter reglerne i erstatningsansvarsloven om tabt arbejdsfortjeneste og erhvervsevnetab.

Det følger af § 2 i erstatningsansvarsloven, at erstatning for tabt arbejdsfortjeneste ydes, indtil den skadelidte kan begynde at arbejde igen.

Hvis evnen til at skaffe sig indtægt ved arbejde er varigt nedsat, har den skadelidte krav på erstatning for tab af erhvervsevne. Det følger af erstatningsansvarslovens § 5.

I tilfælde, hvor den skadelidtes evne til at skaffe sig indtægt er varigt nedsat, opstår spørgsmålet, hvornår retten til erstatning for tabt arbejdsfortjeneste ophører, og hvornår retten til erstatning for erhvervsevnetab indtræder.

Højesteret har siden 2008 afsagt adskillige domme, der bidrager til at afklare dette spørgsmål. Blandt andet har Højesteret fastslået, at den skadelidte har krav på erstatning for tabt arbejdsfortjeneste indtil det tidspunkt, hvor det er muligt på et forsvarligt grundlag at skønne over størrelsen af det erhvervsevnetab, som skaden har medført, når erhvervsevnetabet overstiger 15 procent.

Højesteret har også fastslået, at der skal være sammenfald mellem det tidspunkt, hvor retten til erstatning for tabt arbejdsfortjeneste ophører, og det tidspunkt, hvor retten til erstatning for erhvervsevnetab indtræder. Der må hverken være overlap eller huller mellem de to erstatningsposter.

Det er relativt sjældent, at Højesteret har anledning til at tage stilling til ankenævnets praksis.

I 2016 har Højesteret afsagt dom i tre af ankenævnets sager, som vedrørte skæringstidspunktet mellem retten til erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og retten til erstatning for tab af erhvervsevne.

I to af sagerne var patienterne afgået ved døden på det tidspunkt, hvor erhvervsevnetabet blev vurderet af Patienterstatningen. I disse sager fastslog Højesteret, at patienterne – og dermed boet – ikke havde krav på erstatning for erhvervsevnetab, da der på vurderingstidspunktet ikke var noget fremtidigt indtægtstab, der kunne danne grundlag for tilkendelse af erstatning for erhvervsevnetab. Patienten i den ene sag havde fået sit fulde indtægtstab erstattet frem til sin død, jf. erstatningsansvarslovens § 2. I den anden sag havde patienten ikke noget indtægtstab frem til dødstidspunktet.

Patienternes pårørende var i begge sager blevet tilkendt erstatning for det forsørgertab, som de havde lidt som følge af dødsfaldene.

I den tredje sag vurderede Patienterstatningen få måneder før det tidspunkt, hvor patienten måtte formodes at gå på folkepension, at patienten ikke var berettiget til erstatning for erhvervsevnetab.

Patienten fik derimod tilkendt erstatning for tabt arbejdsfortjeneste i hele sygeperioden frem til sit forventede pensionstidspunkt.

Højesteret fastslog, at der på tidspunktet, hvor Patienterstatningen traf afgørelse om erhvervsevnetabet, var et forsvarligt grundlag for at skønne over erhvervsevnetabet, og at dette burde have været fastsat til 75 procent. Som en konsekvens heraf burde Patienterstatningen have begrænset kravet på tabt arbejdsfortjeneste, således at der ikke var overlap mellem de to poster. Det forhold, at patienten snart ville overgå til folkepension, kunne ikke begrunde, at kravet på erhvervsevnetabsersstatning blev nedsat eller bortfaldt.

På baggrund af de tre domme må det ligge fast, at retten til erstatning for erhvervsevnetab er betinget af, at der på tidspunktet for Patienterstatningens erhvervsevnetabsafgørelse er et forsvarligt grundlag for at skønne over erhvervsevnetabet (typisk lægelige og kommunale oplysninger). Desuden skal den skadelidte på skønstidspunktet have et fremtidigt indtægtstab, der kan danne grundlag for tilkendelse af erhvervsevnetabsersstatning.

Nedenfor er de tre domme uddybende beskrevet.

Dom af 21. januar 2016 (U.2016.1515H):

Sagen vedrørte en mandlig patient, der i april 2009 afgik ved døden som følge af forsinket diagnosticering af kræft i binyrerne. Erstatningskravet som følge af diagnoseforsinkelsen blev først anmeldt til Patienterstatningen efter mandens død.

Boet og mandens pårørende blev tilkendt erstatning, herunder 700.000 kr. for tabt arbejdsfortjeneste, fordi manden i perioden fra november 2008 frem til sin død i april 2009 havde været uarbejdsdygtig som følge af den fremskredne kræftsygdom.

Både Patienterstatningen og Ankenævnet for Patienterstatningen afviste kravet på erstatning for tab af erhvervsevne, da manden på vurderingstidspunktet var død og derfor ikke havde noget fremtidigt indtægtstab, der skulle kompenseres ved erstatning for tab af erhvervsevne.

Højesteret var enig i, at der ikke kunne ydes erstatning for tab af erhvervsevne. I dommen anførte Højesteret blandt andet, at patienterstatningsmyndighederne ikke forud for mandens død havde grundlag for at skønne over hans fremtidige erhvervsevne. Højesteret anførte videre, at der var ydet fuld erstatning for det indtægtstab, som manden havde lidt som følge af patientskaden. Der resterede ikke noget fremtidigt indtægtstab, der kunne danne grundlag for tilkendelse af erstatning for erhvervsevnetab. En eventuel erstatning for erhvervsevnetab i denne situation ville indebære, at manden – og dermed hans bo – fik erstatning for indtægter, som han kunne have haft, hvis han ikke var død. Dette giver reglerne om erstatning for erhvervsevnetab ikke mulighed for.

Dom af 11. marts 2016 (U.2016.2138H):

Sagen vedrørte en mandlig patient, der i juni 2009 blev påført en skade på sit spiserør i forbindelse med en kikkertundersøgelse. Skaden medførte, at hans funktionsniveau blev så nedsat, at han måtte opgive sit arbejde som lagerassistent. I april 2011 valgte han at gå på efterløn på grund af følgerne af behandlingsskaden. Han var på dette tidspunkt 64 år. Han oplyste i skadesanmeldelsen til Patient-erstatningen, at han ville have fortsat med at arbejde, indtil han blev 65 år i slutningen af november 2011, hvis behandlingsskaden ikke var indtrådt.

I afgørelse dateret 29. september 2011 tilkendte Patienterstatningen manden erstatning for tabt arbejdsfortjeneste fra skadetidspunktet i juni 2009 frem til det forventede pensionstidspunkt ved udgangen af november 2011. Da manden herefter var kompenseret for sit fulde indtægtsstab frem til det forventede pensionstidspunkt, afviste Patienterstatningen, at manden var berettiget til erstatning for tab af erhvervsevne.

Manden klagede over afgørelsen for så vidt angik afslaget på erstatning for erhvervsevnetab, men Ankenævnet for Patienterstatningen stadfæstede den 9. maj 2012 Patienterstatningens afgørelse.

Herefter indbragte manden sagen for retten. Både byretten og landsretten gav ankenævnet medhold i, at manden ikke havde lidt et økonomisk tab, der kunne begrunde et krav på erstatning for erhvervsevnetab. På grund af sagens principielle karakter blev der givet tilladelse til, at sagen kunne indbringes for Højesteret.

Højesteret fastslog, at der på tidspunktet for Patienterstatningens afgørelse i september 2011 forelå et forsvarligt grundlag for at skønne over erhvervsevnetabet. Højesteret fastslog også, at Patienterstatningen ved sin afgørelse af 29. september 2011 burde have fundet det godtgjort, at manden havde lidt et varigt erhvervsevnetab på 75 procent som følge af patientskaden. Som en konsekvens heraf burde Patienterstatningen have begrænset kravet på erstatning for tabt arbejdsfortjeneste, således at der ikke var overlap mellem de to erstatningsposter. Højesteret bemærkede i den forbindelse, at manden stadig ville have været erhvervsaktiv på tidspunktet for Patienterstatningens afgørelse, hvis ikke han havde fået patientskaden. Det forhold, at manden snart ville overgå til folkepension, kunne ikke begrunde, at hans krav på erhvervsevnetaberstatning blev nedsat eller bortfaldt.

For Højesteret gjorde ankenævnet blandt andet gældende, at ankenævnet var afskåret fra at rykke skæringstidspunktet for tabt arbejdsfortjeneste og erhvervsevnetab tilbage i tid, fordi der ikke var tilkendt og udbetalt erstatning for erhvervsevnetab. Desuden var afgørelsen om erstatning for tabt arbejdsfortjeneste ikke blevet indbragt for ankenævnet.

Højesteret bemærkede hertil, at ankenævnet burde have omgjort Patienterstatningens afgørelse og have truffet den materielt rigtige afgørelse uden hensyn til, at mandens klage kun angik kravet på erstatning for tabt erhvervsevne.

På baggrund af Højesterets dom traf ankenævnet herefter en afgørelse om, at mandens ret til erstatning for tabt arbejdsfortjeneste ophørte den 29. september 2011, hvor han ifølge Højesteret var berettiget til erstatning for erhvervsevnetab. Denne afgørelse er ikke blevet indbragt for domstolene.

Dom af 15. november 2016 (U.2017.569H):

Sagen vedrørte en ung kvinde, der i april 2012 afgik ved døden som følge af brystkræft. Patienterstatningen vurderede ved afgørelse af 13. februar 2012 – det vil sige før kvindens død – at der i januar 2010 burde være foretaget en mammografi og biopsi af knuden i brystet. Kvinden ville herved have haft en lidt bedre femårig overlevelsesprognose. Behandlingen ville dog med overvejende sandsynlighed have været den samme, som kvinden faktisk gennemgik.

Kvinden klagede over denne afgørelse, da hun mente, at diagnoseforsinkelsen var årsag til, at hun var blevet uhelbredeligt syg.

I maj 2012 – det vil sige efter kvindens død – afviste Patienterstatningen at yde erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og tab af erhvervsevne. Patienterstatningen afviste også at yde erstatning for forsørgertab, idet dødsfaldet med overvejende sandsynlighed måtte tilskrives den alvorlige grundsygdom og ikke diagnoseforsinkelsen.

I maj 2013 ændrede ankenævnet Patienterstatningens afgørelse af 13. februar 2012 således, at kvindens dødsfald med overvejende sandsynlighed var en følge af diagnoseforsinkelsen. Ankenævnet ophævede Patienterstatningens afgørelse om tabt arbejdsfortjeneste og erhvervsevnetab og hjemviste sagen til fornyet erstatningsopgørelse i Patienterstatningen.

Patienterstatningen tilkendte herefter godtgørelse for svie og smerte samt godtgørelse for varigt mén. Godtgørelsen for varigt mén blev reduceret, fordi kvinden var død, inden godtgørelsen var blevet opgjort (mellekommende død). Der blev givet afslag på erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og erhvervsevnetab. Begrundelsen var, at kvinden frem til sin død ikke havde haft noget indtægtstab, og at der på vurderingstidspunktet ikke var noget fremtidigt indtægtstab, der kunne danne grundlag for tilkendelse af erstatning for erhvervsevnetab.

Ankenævnet stadfæstede Patienterstatningens afgørelse.

Boet efter kvinden indbragte sagen for domstolene, og gjorde overordnet gældende, at boet ved erstatningsopgørelsen skulle stilles som om, at Patienterstatningen primært havde truffet den afgørelse, som ankenævnet efterfølgende traf om behandlingsskadens følger. På tidspunktet for Patienterstatningens første afgørelse var kvinden stadig i live, og dermed var boets synspunkt, at godtgørelsen for varigt mén ikke skulle reduceres på grund af mellekommende død. Endvidere var boets synspunkt, at kvinden – og dermed boet – var berettiget til erstatning for erhvervsevnetab, fordi der inden hendes død var det fornødne grundlag for at fastsætte erhvervsevnetabet til 100 procent. Boet var enig med patienterstatningsmyndighederne i, at kvinden ikke havde noget indtægtstab frem til sin død.

Ankenævnet fik medhold både i Vestre Landsret og i Højesteret. Hvad angik godtgørelsen for varig mén, fandt Højesteret, at ankenævnet havde været berettiget til som et mellekommende faktum at tage hensyn til, at kvinden kun levede med følgerne af patientskaden i lidt over to år.

Hvad angik erhvervsevnetabsvurderingen, havde kvinden ikke haft noget indtægtstab i levende live. Der var heller ikke noget fremtidigt indtægtstab, der kunne danne grundlag for tilkendelse af erstatning for erhvervsevnetab. Højesteret bemærkede i den forbindelse, at en eventuel erstatning for erhvervsevnetab i denne situation ville indebære, at kvinden – og dermed hendes bo – fik erstatning for indtægter, som hun kunne have haft, hvis hun ikke var afgået ved døden. Dette giver reglerne om erstatning for erhvervsevnetab ikke mulighed for. Højesteret henviste herved til sin dom fra 21. januar 2016 (U.2016.1515H).

Afslutningsvis bemærkede Højesteret, at det under disse omstændigheder ikke kunne føre til at andet resultat, at patienterstatningsmyndighederne to måneder inden kvindens død kunne have haft grundlag for at skønne, at hendes erhvervsevnetab var 100 procent.

6.2 Vaccinationsskader

Ankenævnet for Patienterstatningen træffer afgørelse i sager, der omhandler erstatning for bivirkninger ved lægemidler. Området for vaccination har særlig offentlig bevågenhed.

I 2016 har Ankenævnet for Patienterstatningen truffet 58 afgørelser om bivirkninger efter vaccinationer. Sagerne har overordnet handlet om tre typer af vaccinationer: HPV-vaccination, børnevaccination (DiTeKiPol/Hib) og influenzavaccination (A H1N1).

Derudover har ankenævnet taget stilling til forældelse i fire sager om børnevaccination, henholdsvis tre sager om DiTeKiPol/Hib-vaccine og én sag om MFR-vaccine. Forældelse kommer på tale, fordi der gælder en anmeldelsesfrist på 3 år fra det tidspunkt, hvor forældrene er blevet eller burde være bekendt med, at barnets gener muligvis stammer fra vaccinationen. Patienterstatningen havde afvist at behandle sagerne, da forældrene havde anmeldt skaden for sent. Ankenævnet var enig med Patienterstatningen og stadfæstede alle fire afgørelser.

6.2.1 Sager om HPV-vaccinationer

I 2016 har Ankenævnet for Patienterstatningen behandlet 47 sager om mulige skader efter vaccinationer med Gardasil mod HPV-virus (human papillomavirus). Virusset kan blandt andet forårsage livmoderhalskræft og kønsvorter, og vaccinen beskytter mod de to mest almindelige typer HPV-virus.

De anmeldte gener har primært været kognitive og neurologiske gener i form af blandt andet migræne, hovedpine, udtalt træthed, synsforstyrrelser, svimmelhed, kvalme, hukommelsesbesvær, koncentrationsbesvær, besvimelser, lammelser, kramper, sklerose, uregelmæssig menstruation, smerter i arme, ben, muskler og led samt syndromet POTS (påvirkning af hjertefrekvens og blodtryk, som typisk giver symptomer i form af svimmelhed, udtalt træthed og besvimelser).

Ankenævnet har i afgørelserne vurderet, at de pågældende gener ikke med overvejende sandsynlighed er en følge af vaccinationen med Gardasil, jf. klage- og erstatningslovens § 38, stk. 1,

og § 44. Der er efter de foreliggende lægevidenskabelige studier ikke grundlag for at statuere, at der med overvejende sandsynlighed er årsagssammenhæng mellem vaccinen og pigernes tilstand.

I mange af sagerne har ankenævnet henvist til, at der er tidsmæssig sammenhæng mellem vaccinationerne og pigernes udvikling af symptomer. Ankenævnet har hertil bemærket, at en eventuel tidsmæssig sammenhæng mellem vaccinationen og efterfølgende udvikling af symptomer er en nødvendig forudsætning for, at der kan være årsagssammenhæng, men at dette ikke i sig selv er tilstrækkeligt til, at årsagssammenhæng kan lægges til grund. Der skal tillige være en vis lægelig/fysiologisk sandsynlighed for, at medicinen kan fremkalde de pågældende gener. Ankenævnet har i den forbindelse lagt vægt på, at der ikke foreligger tilstrækkeligt lægevidenskabeligt grundlag for, at vaccinationer med Gardasil skulle kunne udløse sådanne neurologiske og kognitive gener, som pigerne har fået.

Sagerne er afgjort på baggrund af den viden om Gardasils bivirkninger, der er kendt og offentliggjort på afgørelsestidspunktet. Sundhedsstyrelsens officielle holdning er, at der ikke på nuværende tidspunkt er videnskabelige studier, der kan slå fast, om der er sammenhæng mellem mange af de alvorlige indberetninger og vaccinen. Ankenævnet har i sagerne bemærket, at hvis Sundhedsstyrelsen på et senere tidspunkt måtte komme med nye anbefalinger, der kan have betydning for sagen, er der mulighed for at søge om genoptagelse, såfremt der ikke er indtrådt forældelse.

6.2.2 Sager om børnevaccination med DiTeKiPol/Hib-vaccine

I 2016 har Ankenævnet for Patienterstatningen behandlet 9 sager, hvor der var klaget over bivirkninger i form af udvikling af aluminiumsallergi og en kløende knude (granulom) på vaccinationsstedet efter vaccinationer mod difteri, stivkrampe, kighoste, polio og hib-infektion (DiTeKiPol/Hib). Vaccinationerne bliver givet som en del af børnevaccinationsprogrammet, når barnet er 3, 5 og 12 måneder gammelt.

Vaccinen indeholder blandt andet et aluminiumsholdigt hjælpestof, som barnet i sjældne tilfælde kan reagere allergisk over for og udvikle generel kontaktallergi og/eller kløende knudedannelse i huden.

I sagerne, som ankenævnet har behandlet i 2016, havde Patienterstatningen anerkendt, at generne i form af udvikling af aluminiumsallergi og en kløende knude med overvejende sandsynlighed var udløst af vaccinationerne. Klagerne vedrørte derfor alene udmålingen af erstatningen.

Patienterstatningen havde afvist at yde godtgørelse for varigt mén og tilkendt en skønsmæssigt fastsat godtgørelse for svie og smerte på mellem 5.000 og 20.000 kr. afhængig af genernes omfang. Patienterstatningen begrundede afvisningen af godtgørelse for varigt mén med, at de kløende knuder og allergien overfor aluminium i de fleste tilfælde ville aftage og forsvinde over tid. Undersøgelser har vist, at generne hos to ud af tre børn forsvinder inden for 5 år.

Ankenævnet var enig med Patienterstatningen i, at der var tale om en lægemiddelskade. Derudover stadfæstede ankenævnet størrelsen på den tilkendte godtgørelse for svie og smerte som kompensation for de midlertidige gener frem til den eventuelle vurdering af genernes varige omfang.

En enkelt af sagerne omhandlede spørgsmålet om genoptagelse efter 5 år, hvor ankenævnet var enig med Patienterstatningen i, at der ikke var grundlag for at tilkende godtgørelse for varigt mén.

6.2.3 Influenzavaccination

Ankenævnet for Patienterstatningen har i 2016 behandlet 1 sag, hvor der var klaget over bivirkninger efter vaccination med Pandemrix mod den såkaldte svineinfluenza (A H1N1). I denne sag havde Patienterstatningen anerkendt, at der var årsagssammenhæng mellem udviklingen af et barns narkolepsi (uimodståelige søvnanfald, søvntrang og træthed) og vaccinationen. Ankenævnet behandlede sagen for så vidt angik godtgørelsen for varigt mén, som Patienterstatningen havde fastsat til 40 procent. Ankenævnet var enig i méngodtgørelsen og stadfæstede Patienterstatningens afgørelse.

Derudover har ankenævnet behandlet 1 sag, hvor der var klaget over bivirkninger i form af mistet smags- og lugtesans efter en almindelig influenzavaccination. Ankenævnet vurderede ligesom Patienterstatningen, at de opståede symptomer ikke med overvejende sandsynlighed var udløst af vaccinationen.

7 Sager ved domstolene

Hvis man ikke er tilfreds med en afgørelse fra Ankenævnet for Patienterstatningen, kan man indbringe afgørelsen for retten. Det sker normalt ved, at man kontakter en advokat, som indgiver stævning og i øvrigt fører sagen i retten. Stævning indgives ved byretten, hvor man bor.

Sagsanlæg skal ske inden 6 måneder, efter at afgørelsen er modtaget.

For at få behandlet en sag ved retten skal "den administrative rekurs være udtømt". Det vil sige, at klageadgangen skal være udnyttet, og ankenævnet skal have behandlet det spørgsmål eller den erstatningspost, man vil have prøvet i retten.

Det kræver retlig interesse at sagsøge Ankenævnet for Patienterstatningen, og sagsøgerne er i langt de fleste af retssagerne patienterne eller deres efterladte. Det er sjældent den professionelle part (normalt regionen), der sagsøger.

Den rette sagsøgte i en patienterstatningssag er Ankenævnet for Patienterstatningen. Der er eksempler på, at både Patienterstatningen og Sundhedsministeriet tidligere har været sagsøgt, og her afviste retten sagerne.

Det er Kammeradvokaten, der fører ankenævnets retssager.

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

7.1 Anlagte retssager

I 2016 blev der anlagt 244 retssager, hvilket dækker over både nye sagsanlæg og anker over afsagte domme til en højere retsinstans. Det vil oftest være anke til landsretten over en byretsdom.

Det kan umiddelbart virke som et ret højt antal, men det skal ses i forhold til det samlede antal sager, som ankenævnet afgør. I 2016 traf ankenævnet 2.998 afgørelser.

7.2 Retssager afsluttet med dom

Der blev i 2016 afsagt 69 domme i sager, hvor Ankenævnet for Patienterstatningen var sagsøgt.

De afsagte domme i fordeler sig sådan, at 53 domme er afsagt af byretten (1. instans-sager), 12 domme er afsagt af landsretten (alle ankesager) og 4 domme er afsagt af Højesteret (én 3. instans-sag og 3 ankesager).

Retssystemet i Danmark består af 24 byretter, 2 landsretter og Højesteret. Der er tale om et 2-instans system, der betyder, at det er muligt at anke en afsagt dom til en højere instans. Kun ved helt særlige omstændigheder, og hvis Procesbevillingsnævnet tillader det, kan en sag prøves i 3 instanser. Byret-

ten kan efter anmodning i visse tilfælde henvise sager af principiel karakter til behandling i landsretten som 1. instans. Det sker dog i praksis ret sjældent. I 2016 afsagde Højesteret én dom, hvor det var tilladt, at sagen kunne prøves i 3 instanser, og Højesteret afsagde 3 domme, hvor sagerne var henvist til landsretten som 1. instans på grund af deres principielle karakter og derfor automatisk kunne ankes til Højesteret.

7.3 Udfaldet af retssagerne

Ankenævnet er frifundet ved de fleste domme afsagt i 2016. I 13 af de 69 domme blev ankenævnet dog dømt.

Lidt mindre end halvdelen af de afsagte domme i 2016 vedrørte spørgsmålet om, hvorvidt der var sket en behandlings- eller lægemiddelskade. Lidt mere end en fjerdedel vedrørte spørgsmålet om, hvordan en eller flere erstatningsposter skulle opgøres, og lidt mere end en fjerdedel vedrørte andre spørgsmål om for eksempel forældelse eller genoptagelse.

Det er måske overraskende, at patienterne ikke får medhold i flere sager. Det er der imidlertid flere forklaringer på. Én væsentlig faktor er, at ankenævnet følger retssagen nøje og genoptager sagen, hvis der fremkommer nye oplysninger, der viser, at patienten har helt eller delvist ret i sin påstand. Nye oplysninger i en sag er typisk en udtalelse fra Retslægerådet eller Arbejdsmarkedets Erhvervs-sikring, som ikke harmonerer med ankenævnets afgørelse. Hvis ankenævnet genoptager sagen og træffer en ny afgørelse, vil sagsøger typisk hæve sagen eller i hvert fald tilpasse påstanden.

Det kan tage lang tid at få en sag afgjort i retssystemet, især hvis sagen skal igennem flere instanser. Typisk tager det cirka et par år pr. instans. Det skyldes en kombination af, at sagerne normalt forelægges Retslægerådet en eller flere gange, at sagerne af og til også forelægges Arbejdsmarkedets Erhvervs-sikring, og at der er ventetid på at få hovedforhandlet sagerne ved retterne (berammelsestid).

Alle dommene om behandlings- og lægemiddelskader findes på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside www.stps.dk, både i et kort referat og i fuld ordlyd.

7.4 Retssager afsluttet uden dom

Et betydeligt antal retssager blev i 2016 afsluttet, fordi sagsøger hævede sagen undervejs. Dermed blev sagerne afsluttet, uden at der blev afsagt dom.

Det, anslås, at antallet af hævede retssager i 2016 udgjorde i størrelsesordenen omkring 140.

Der kan være forskellige årsager til, at en sagsøger hæver en sag. Det kan være, fordi der ikke opnås fri proces eller retshjælpsdækning. Det kan være, at en udtalelse fra Retslægerådet og/eller Arbejdsmarkedets Erhvervs-sikring betyder, at udsigten til at vinde sagen er ringe. Det kan også være, fordi ankenævnet under retssagen har genoptaget den administrative sagsbehandling og truffet en ny afgørelse, som giver sagsøger helt eller delvist medhold.