



STYRELSEN FOR  
PATIENTSIKKERHED

# Årsberetning 2015

Ankenævnet for Patienterstatningen

juli 2016

# Kolofon

---

Titel på udgivelsen: Årsberetning 2015

Udgivet af:  
Styrelsen for Patientsikkerhed  
Islands Brygge 67  
2300 København S

Telefon: 72 22 74 00  
E-post: sst@sst.dk

Udgivelsesår: 2016

ISBN: 978-87-998966-2-2

Version: 1.0  
Versionsdato: juli 2016

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

# Indhold

---

<b>Forord</b>	<b>4</b>
<b>1 Indledning</b>	<b>5</b>
<b>2 Præsentation af Ankenævnet for Patienterstatningen</b>	<b>7</b>
<b>3 Nøgletal</b>	<b>8</b>
<b>4 Sagsgang</b>	<b>14</b>
<b>5 Artikler</b>	<b>16</b>
5.1 Bevislempelse	16
5.2 Dækning af advokatudgifter	20
5.3 Sager om HPV-vaccinationer	24
<b>6 Sager ved domstolene</b>	<b>26</b>

# Forord

---

Jeg har siden 2010 været formand for Patientskadeankenævnet. Den 1. januar 2015 blev Patientskadeankenævnet og Lægemiddelskadeankenævnet lagt sammen i det, der er Ankenævnet for Patienterstatningen. Jeg er nu formand for det nye samlede ankenævn.

Ankenævnet er fortsat klageinstans for Patienterstatningens afgørelser; nu både for afgørelser om erstatning for behandlings- og lægemiddelskader. Ankenævnet består nu af 10 nævnsafdelinger og formandsskabet udgøres derfor af yderligere ni næstformænd.

Formanden og næstformændene varetager hver en fast nævnsafdeling, der holder månedlige møder, hvor afgørelserne træffes. Formanden/næstformændene har her til opgave at lede nævnsmøderne og holde et kort oplæg om hver enkelt sag, før den bliver behandlet. I nævnsmøderne deltager i alt 10 medlemmer, der har henholdsvis lægelig og juridisk ekspertise eller kommer fra kommuner, regioner eller patientorganisationer. Ankenævnet udgøres således af i alt 100 faste medlemmer plus suppleanter.

Året 2015 blev endnu engang et spændende år, hvor ankenævnet fik lejlighed til at tage stilling til flere interessante lægelige og juridiske spørgsmål, herunder blandt andet om bivirkninger til HPV-vaccinationer samt forskellige problemstillinger vedrørende erstatningsudmåling i dødsfaldssager.

Samtidig blev det også året, hvor der blev anlagt flere retssager mod nævnet end nogensinde tidligere. Den offentlige interesse for ankenævnets afgørelser synes med årene at være vokset. Det stiller høje krav til, at ankenævnet formår at formulere og formidle afgørelserne, således at disse er både materielt rigtige og udformet sådan, at de kan forstås af den almindelige klager. Formandsskabet har derfor i løbet af 2015 sammen med ankenævnets sekretariat arbejdet på et sprogprojekt, der skal forbedre sproget og udformningen af afgørelserne, og vi glæder os til at igangsætte dette projekt i 2016.

Jeg oplever et meget kvalificeret ankenævnssekretariat samt nogle meget engagerede næstformænd og nævnsmedlemmer, som alle arbejder ansvarligt for, at vores målsætninger nås. Vi formår således fortsat at opretholde en relativt lav sagsbehandlingstid på under 6 måneder samtidig med, at antallet af sager stiger. Jeg vil derfor gerne takke sekretariatet og alle ankenævnets medlemmer for det gode samarbejde og ser frem til de nye spændende udfordringer i 2016.

Jan Uffe Rasmussen  
formand

# 1 Indledning

---

Der kom i 2015 flere lovændringer, som vedrører ankenævnet.

## **Oprettelse af Ankenævnet for Patienterstatningen og ændret sammensætning af ankenævnet**

Den 1. januar 2015 trådte en ændring af klage- og erstatningsloven i kraft, som betød, at Patientskadeankenævnet og Lægemiddelskadeankenævnet blev nedlagt som selvstændige nævn. Opgaverne er ført videre i ét samlet nævn, som har fået navnet Ankenævnet for Patienterstatningen. Ankenævnet behandler anker over afgørelser om både behandlings- og lægemiddelskader.

Formålet har været at undgå forlænget sagsbehandlingstid og at opnå større overskuelighed for borgerne. Med ændringen er der skabt en forenklet ankeadgang ved at samle ankenævnsfunktionen i ét nævn. I sager om behandlings- og lægemiddelskader skal der nu kun indgives én anke, og prøvelsen af afgørelsen sker i ét nævn.

Der er ikke ændret i betingelserne for at få anerkendt en behandlings- eller lægemiddelskade.

Ankenævnet for Patienterstatningen varetager stadig sin virksomhed i en række nævnsafdelinger. Hver afdeling består af i alt 10 medlemmer, fordi lovændringen har betydet, at sammensætningen af ankenævnet er ændret og udvidet.

Fra 8. oktober 2015 blev Patientombuddet nedlagt og lagt ind under Styrelsen for Patientsikkerhed.

Erstatningscenteret i Styrelsen for Patientsikkerhed sekretariatsbetjener Ankenævnet for Patienterstatningen på samme måde, som sekretariatsbetjeningen af Patientskadeankenævnet og Lægemiddelskadeankenævnet tidligere blev varetaget af Erstatningscenteret i Patientombuddet.

Ændringerne er indført ved lov nr. 519 af 26. maj 2014.

## **Digitale klager**

I 2015 blev der indført regler i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet om obligatorisk digital selvbetjening. Reglerne indebærer, at borgerne skal anvende en digital selvbetjeningsløsning, når de indgiver klager til Ankenævnet for Patienterstatningen over en afgørelse fra Patienterstatningen.

Lovændringen er et led i realiseringen af regeringens målsætning om, at kommunikation mellem borgere og det offentlige skal foregå digitalt.

De nye regler betyder, at det er obligatorisk for borgere og partsrepræsentanter at klage via en særlig klageadgang, der har indgang fra [www.borger.dk](http://www.borger.dk). Hvis klagen ikke indgives via denne digitale selvbetjeningsløsning, afvises den. Forinden får borgeren dog mulighed rette op på, at klagen i første

omgang ikke var indgivet digitalt ved nu at indgive en digital klage. I så fald vil klagen anses for indgivet på det tidspunkt, hvor den første henvendelse blev modtaget.

Reglerne giver mulighed for, at borgere, der ikke kan anvende den digitale klageadgang, bliver fritaget for det. Disse borgere vil fortsat kunne indgive deres klage på samme måde som tidligere, f.eks. ved brev.

Det er ankenævnets sekretariat, der træffer afgørelse om at afvise klager, som ikke opfylder det digitale krav. Vurderingen af, om en borger kan fritages for kravet om digital klage, sker også i sekretariatet.

Ankenævnet har også etableret en digital klageadgang, som kan anvendes, når klager indgives af myndigheder, behandlingssteder eller forsikringselskaber.

Ændringerne blev indført ved lov nr. 742 af 1. juni 2015.

## 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. Der 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.

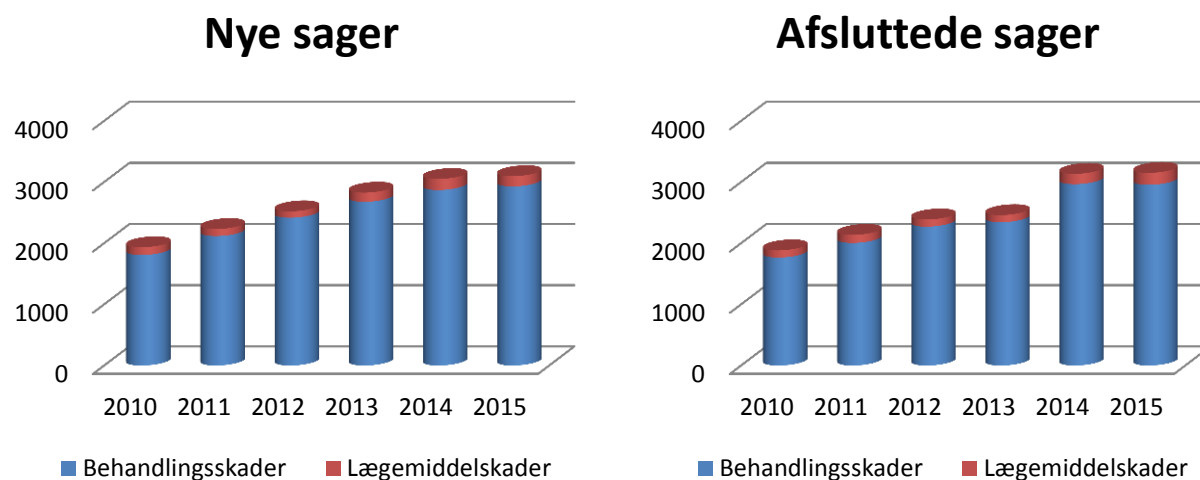
Ankenævnet er organiseret i 10 afdelinger, der hver består af 10 medlemmer, når de enkelte sager bliver afgjort. Hver afdeling har en formand, der er dommer og udpeget af sundheds- og ældreministeren. Ankenævnet består derudover af to sagkyndige medlemmer, som Sundhedsstyrelsen udpeger, og ét medlem, 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 2015 blev der afholdt i alt 107 møder i Ankenævnet for Patienterstatningen. Møderne er ikke offentlige.

# 3 Nøgletal

## Nye og afsluttede sager

Som det fremgår af figur 1, er antallet af nye sager steget støt gennem årene dog kun med en mindre stigning fra 2014 til 2015.



**Figur 1: Antallet af sager i perioden 2010-2015**

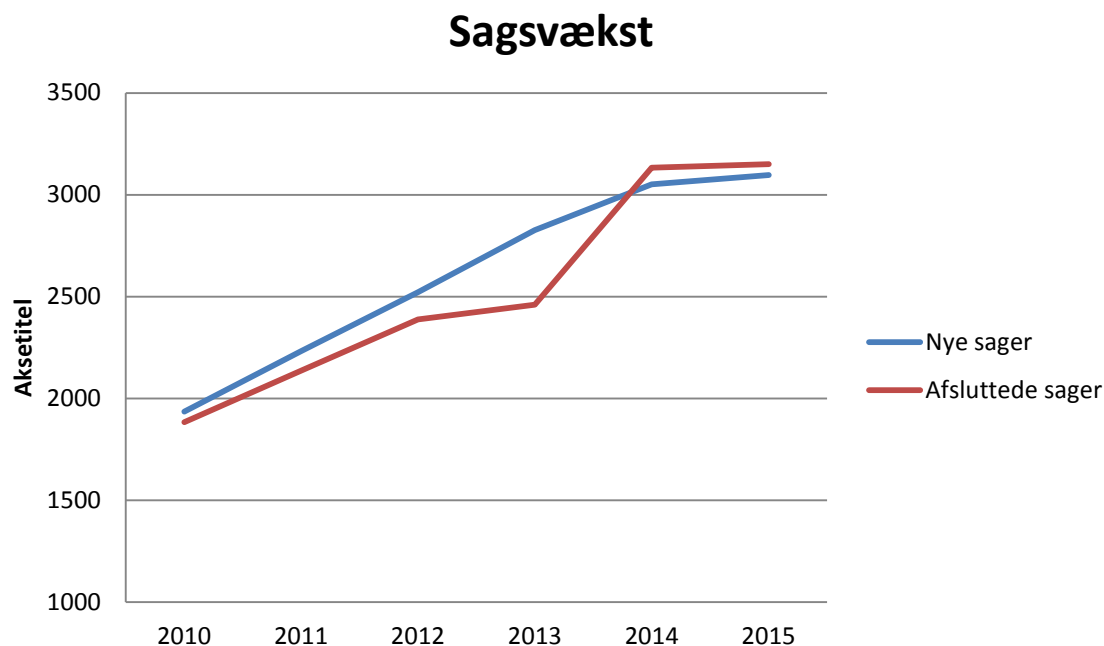
Tidligere blev tallene opgjort særskilt for hhv. behandlings- og lægemiddelskadesager, men da behandlingen af sagerne pr. 1. januar 2015 er lagt sammen i Ankenævnet for Patienterstatningen opgøres sagerne nu samlet.

## Sagsvækst

I løbet af de seneste år er tilgangen af nye ankesager steget væsentligt. Hvor der i 2010 blev indgivet i alt 1.935 ankesager, var tallet for nye sager i 2015 vokset til 3.097, hvilket er en stigning på ca. 60 % i perioden.

Målet for antal afsluttede sager var ved starten af 2015 sat til 3.250, hvilket dog blev let nedjusteret i løbet af året, da vi ikke som forventet oplevede samme stigning i nye sager som de forrige år. Vi endte derfor med at afslutte i alt 3.150 sager, hvilket er lidt flere end antallet af nye sager, der blev modtaget i 2015.



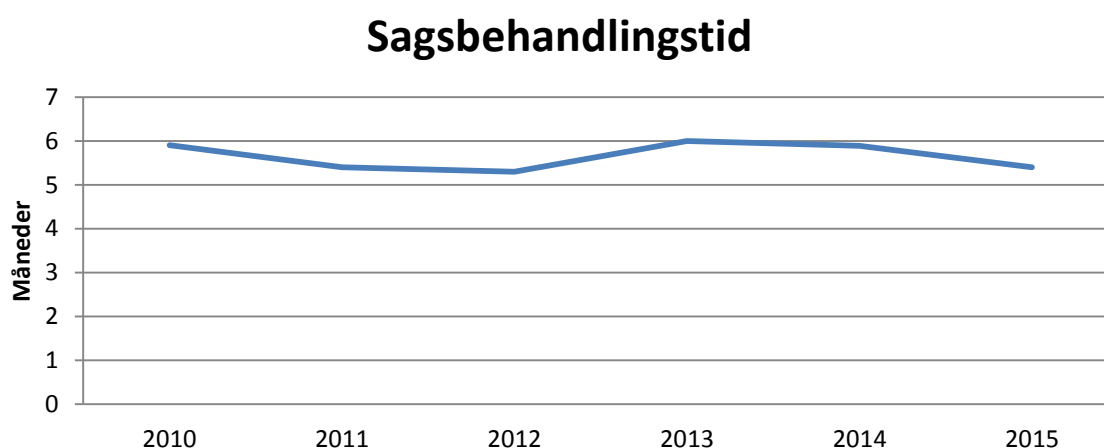


**Figur 2: Sagsvækst i perioden 2010-2015**

I takt med at sagsantallet er steget, har vi løbende over årene udvidet antallet af nævnsafdelinger og har dermed 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 vi ikke ophober sager, men afslutter sager i takt med at nye kommer ind.

### Sagsbehandlingstid



**Figur 3: Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid i perioden 2010-2015.**

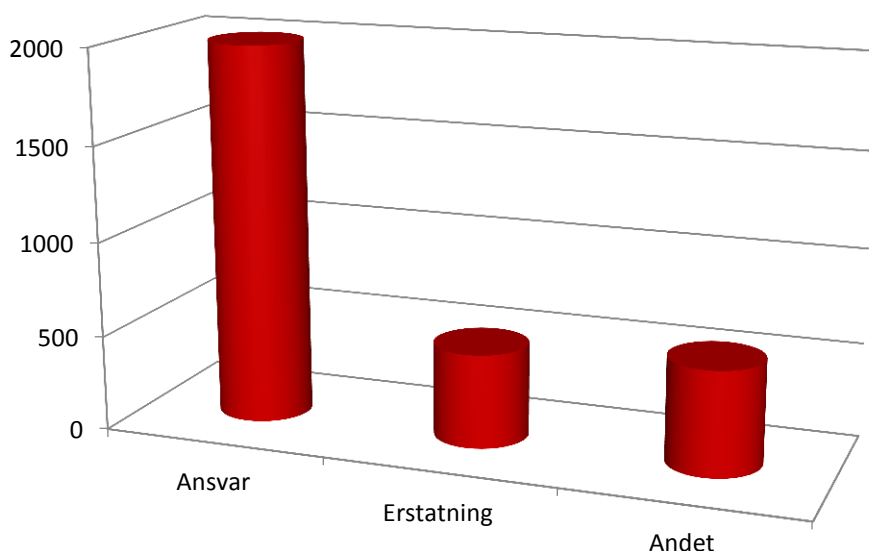
Tidligere blev sagsbehandlingstiden opgjort særskilt for hhv. behandlings- og lægemiddelskadesager, men da sagerne pr. 1. januar 2015 alle behandles i Ankenævnet for Patienterstatningen, opgøres sagerne nu samlet. Målet er en samlet gennemsnitlig sagsbehandlingstid på ikke over 6 mdr. For perioden 2010-2015 er tallene i figuren udtryk for det samlede gennemsnit af de tidligere opgjorte sagsbehandlingstider for hhv. Lægemiddelskadeankenævnet og Patientskadeankenævnet.

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.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid i ankenævnet er faldet støt henover årene og har de seneste mange år ligget under det fastsatte mål på maksimalt seks måneder. Ved indførelsen af nyt elektronisk sagsbehandlingssystem i 2013 steg den gennemsnitlige sagsbehandlingstid lidt, men den er efterfølgende faldet igen og ligger nu igen på under 5,5 måned, hvilket er fuldt ud tilfredsstillende.

### Nævnets afgørelser

Ankenævnet traf i alt 3.039 afgørelser i 2015, og 111 sager blev afsluttet uden afgørelse. Sager, der afsluttes inden nævnet træffer afgørelse, er hovedsagligt tilfælde, hvor anken trækkes tilbage, inden sagen kommer på nævnsmøde eller sager, hvor Patienterstatningen under ankesagen vælger at genoptage sagen til fornyet behandling.

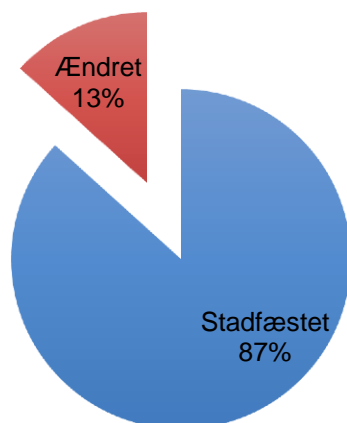


**Figur 4: Ankenævnets afgørelser**

Som figuren viser, vedrører langt de fleste af afgørelserne i 2015 spørgsmålet om, hvorvidt der er et ansvarsgrundlag, dvs. om der kan anerkendes en behandlings- eller lægemiddelskade eller ej. Kun en mindre del af ankenævnets afgørelser vedrører den udmålte erstatning, og kun en mindre del

vedrører "andet", hvilket dækker over bl.a. afgørelser om genoptagelse, overskridelse af klagefrister samt stadfæstelse og ændring af andre spørgsmål, herunder fx forældelse.

Ud af de 3.039 afgørelser, som ankenævnet traf i 2015, var de 2.752 afgørelser en stillingtagen til en afgørelse fra Patienterstatningen. De øvrige var afgørelser om f.eks. overskridelse af klagefrister, genoptagelse og lign.



**Figur 5: Ændringsprocenten 2015**

Ankenævnet ændrede i 368 tilfælde Patienterstatningens afgørelse, hvilket svarer til en ændringsprocent på 13. Opgørelsen er fælles for hhv. behandlings- og lægemiddelskader, der tidligere blev afgjort separat af Patientskadeankenævnet og Lægemiddelskadeankenævnet. I 2014 var ændringsprocenten for de to nævnt 14,6 % og 10 %, og ændringsprocenten er dermed ikke væsentlig ændret i forhold til sidste år.

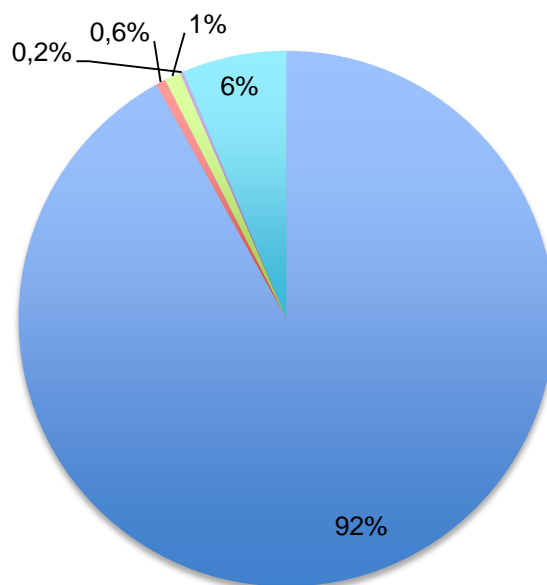
Opgørelsen omfatter alle sager, hvor ankenævnet tog stilling til en afgørelse truffet af Patienterstatningen og inkluderer både sager, der blev afgjort på nævnsmøde, og sager der blev afgjort ved formandsafgørelse.

Der blev i 2015 truffet 340 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.

Kun 79 af de sager, der blev afgjort i 2015, var påklaget af den erstatningsansvarlige, dvs. typisk regionen, sygehuset eller forsikringsselskabet. Det er således i helt overvejende grad patienterne, der påklager afgørelserne til ankenævnet. Af de 2.955 behandlingsskadesager, der blev oprettet i 2015, var det kun 97, der blev påklaget af den erstatningsansvarlige part, mens de resterende sager blev anket af patienten.

## Sagernes fordeling

■ Regioner 92 %    ■ Kommuner 0,6 %    ■ Privat Forsikring 1 %  
 ■ Færøerne 0,2%    ■ Stat 6 %



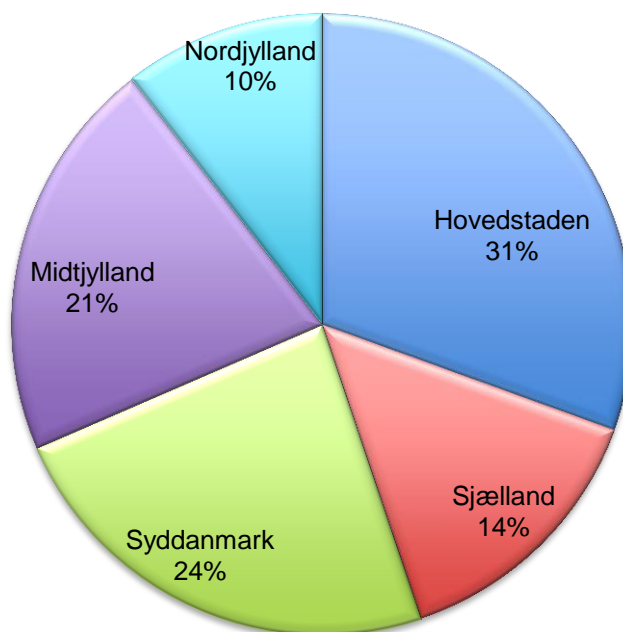
**Figur 6: Fordeling af afsluttede sager i 2015**

Figur 6 viser, hvordan antallet af afsluttede sager fordeler sig i 2015. Som figuren viser, udgør behandlingsskader i regionerne 92 % 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 6 % af sagerne, der hører til staten, er lægemiddelskadesagerne.

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

Behandlingssager i kommunalt regi ligger fortsat på et ganske lavt niveau og udgør således kun 0,6 % af sagerne. 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 2015 var således kun 0,2 % svarende til i alt 6 sager.



**Figur 7: Afsluttede behandlingsskadesager fordelt på regioner**

Ovenstående figur viser, hvordan sagerne om behandlingsskader fordeler sig blandt de fem regioner. Fordelingen er stort set identisk med fordelingen de foregående år.

# 4 Sagsgang

---

Vi beskriver nedenfor sagsgangen i Ankenævnet for Patienterstatningen.

## Indhentelse af oplysninger

Når vi i sekretariatet for Ankenævnet for Patienterstatningen modtager en klage over en afgørelse fra Patienterstatningen, opretter vi en sag.

Vi undersøger i den forbindelse, om klagefristen på tre måneder er overholdt. Vi beder patienten om samtykke til, at vi kan indhente relevante oplysninger. Herefter beder vi 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 vi derudover vurderer, at der mangler relevante oplysninger i sagen, indhenter vi dem. 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.

## Sagens forberedelse

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

## Nævnsbehandling

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

Hvis det vurderes, at der ikke er tvivl i sagen, kan formanden jf. nævnets forretningsorden afgøre sagen på nævnets 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 klagefrist

I 2015 udgjorde formandsafgørelserne 11 % af de afgjorte sager i Ankenævnet for Patienterstatningen.

### **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 nævnet 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 2015 ændrede Ankenævnet for Patienterstatningen i 13 % 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.

### **Orientering om afgørelse**

Inden for cirka en uge efter nævnsmødet modtager parterne afgørelsen i sagen. Det fremgår af den, hvad nævnet har lagt vægt på, og hvilke lovregler sagen er afgjort efter. Hvis der er en udtalelse fra nævnets lægekonsulent, kan man bede om at få udtalelsen, når sagen er afgjort. Det gælder, selv om der er tale om et internt notat.

Al skriftlig kommunikation fra det offentlige til borgere skal foregå digitalt. Ankenævnet sender derfor alt 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.

# 5 Artikler

---

## 5.1 Bevislempelse

Klage- og erstatningsloven bestemmer, hvornår en patient kan få erstatning, hvis han/hun får en skade i forbindelse med behandling i sundhedsvæsenet. Loven bestemmer, at det skal være "overvejende sandsynligt", at der er årsagssammenhæng mellem skaden og behandlingen. Det betyder, at der skal være mere end 50 procents sandsynlighed for, at det er behandlingen – og ikke noget andet – der er årsagen til patientens skade.

Undertiden er det ikke muligt at sige, hvad der er årsag til en skade. Det kan skyldes, at det er lige så sandsynligt, at det er behandlingen som noget andet, der er skyld i skaden. I så fald er det ikke "overvejende sandsynligt", at behandlingen er årsag til skaden. Patienten vil derfor som udgangspunkt ikke have ret til erstatning.

Der kan dog forekomme tilfælde, hvor patienten har ret til erstatning, selv om der ikke er over 50 procents sandsynlighed for, at skaden skyldes behandlingen. Dette kaldes bevislempelse. Området for bevislempelse er omtalt i forarbejderne til patientforsikringsloven (nu klage- og erstatningsloven). Her fremgår det, at der er mulighed for at lempe beviskravet, hvis der er tvivl om, hvorvidt behandlingen med overvejende sandsynlighed er årsag til skaden, og der "klart er begået en fejl ved behandlingen".

Området for bevislempelse har været prøvet mange gange ved domstolene. Ved dommen U2011.1019H slog Højesteret fast, at bevislempelse skal ske i overensstemmelse med den fremgangsmåde, der er fastlagt i forarbejderne. På baggrund af forarbejderne og praksis fra Højesteret kan retsstillingen beskrives således:

- Det er patienten, der har bevisbyrden for, at der er årsagssammenhæng mellem behandlingen og den indtrådte skade. Det betyder, at det er patienten, der skal bevise, at han/hun er påført en skade ved behandlingen.
- Udgangspunktet er, at der kun kan ydes erstatning, hvis skaden "med overvejende sandsynlighed" skyldes behandlingen.
- Beviskravet kan lempes, hvis der er begået "fejl, der er erstatningspådragende efter almindelige erstatningsretlige regler". Det betyder, at der skal være tale "en klar fejl" i forbindelse med behandlingen.
- Det er kun relevant at overveje bevislempelse, hvis der er tale om et "tvivlsomt tilfælde", hvor der er usikkerhed om vægtningen af flere mulige årsager til skaden. Tilfældet skal befinde sig på grænsen, hvor det er vanskeligt at sige, om det er behandlingen eller andre forhold, der er den mest sandsynlige årsag til skaden (omkring 50/50). Der er således tale om en snæver gråzone.



- Er det derimod mindre sandsynligt, at behandlingen har været årsag til skaden, er man helt uden for området, hvor det er relevant at overveje bevislempelse. I så fald har en eventuel fejl ved behandlingen ingen betydning.

Ved vurderingen af årsagssammenhængen inddrager ankenævnet muligheden for at bevislempe i de sager, hvor sagens konkrete omstændigheder gør det relevant.

### **Domme fra 2015 vedrørende bevislempelse**

I 2015 blev der afsagt tre domme, hvor spørgsmålet om bevislempelse på grund af en klar lægelig fejl var i spil.

#### **Dom af 13. april 2015 fra Retten i Holstebro (j.nr 11/676)**

Sagen vedrørte et døgn's forsinket diagnosticering af en infektion (nekrotiserende fasciitis). Ankenævnet havde først vurderet, at patienten ikke var påført en skade som følge af behandlingen, hvorefter sagen var indbragt for retten. To medlemmer af Retslægerådet mente, at diagnosen burde være stillet et døgn tidligere, og at følgerne af infektionen som følge heraf var blevet forværret. Ét medlem af Retslægerådet mente derimod, at der ikke var grundlag for at diagnosticere infektionen tidligere end sket.

På baggrund af Retslægerådets udtalelse genoptog ankenævnet sagsbehandlingen og vurderede, at patienten var påført en skade som følge af, at behandlingen blev forsinket i et døgn. Ankenævnet fandt dog, at det samlede erstatningskrav som følge heraf ikke oversteg lovens minimumsgrænse på 10.000 kr. Over for retten gjorde patienten gældende, at behandlingsforsinkelsen var udtryk for en klar lægelig fejl. Ankenævnet gjorde derimod gældende, at der ikke tale om en klar fejl, når Retslægerådets medlemmer ikke var enige om, hvorvidt der var fejl ved behandlingen.

Retten udtalte, at patienten hverken ved Retslægerådets udtalelse eller på anden måde havde godtgjort, at der ved behandlingen af ham blev begået "fejl, der er ansvarspådragende efter almindelige erstatningsregler". Der var således ikke grundlag for at lempe kravet til bevis for årsagssammenhængen mellem behandlingen og den indtrådte skade. Retten fandt det herefter ikke bevist, at behandlingen var skyld i den skade, som patienten mente at have fået.

Dommen er et eksempel på, at betingelsen for bevislempelse – at der foreligger en klar fejl – ikke var til stede. Der var derfor ikke grundlag for bevislempelse.

**Dom af 12. maj 2015 fra Retten i Odense (j.nr. 12/1899):**

Sagen vedrørte bl.a. utilstrækkelig antibiotikabehandling i forbindelse med en operation for blindtarmsbetændelse. Retten lagde vægt på Retslægerådets udtalelse om, at risikoen for reoperation kunne være reduceret, hvis patienten var blevet behandlet med antibiotika i tilstrækkelige doser, men at det ikke var muligt at graduere sandsynligheden.

Retten fandt på denne baggrund, at der var begået klare fejl ved behandlingen, hvorfor der var grundlag for at lempe beviskravet til årsagssammenhæng. Da det ikke havde været muligt at graduere sandsynligheden, skulle tvivlen således komme patienten til gode. Retten fandt herefter, at der var årsagssammenhæng mellem patientens nuværende gener i form af kronisk diarré/afføringsinkontinens og behandlingen.

Dommen er et eksempel på den bevismæssige gråzone, hvor der kan være grundlag for bevislempelse, såfremt der også er tale om en klar lægelig fejl. Retslægerådet kunne således ikke præcisere, hvor sandsynligt det var, at den utilstrækkelige behandling var årsag til generne, og denne bevisusikkerhed kom patienten til gode.

**Dom af 30. juni 2015 fra Retten i Esbjerg (j.nr. 11/804)**

Denne sag drejede sig om forsinket diagnosticering af tyktarmskræft. Ved operationen, hvor man fjernede kræftknuden, var man nødt til også at fjerne blæren og at amputere patientens ben. Spørgsmålet var herefter, om patienten kunne have undgået dette ved rettidig diagnosticering af kræften fem måneder tidligere. Ankenævnet havde først vurderet, at det selv ved rettidig diagnosticering havde været nødvendigt at fjerne blæren og benet.

Sagen blev indbragt for retten, og Retslægerådet udtalte, at det var en klar lægelig fejl, at man ikke ved en skanning havde beskrevet, at der var tegn på kræft. Herefter genoptog ankenævnet sagen og vurderede, at beviset til årsagssammenhæng skulle lempes. På denne baggrund anerkendte ankenævnet, at amputationen af benet kunne være undgået ved rettidig diagnosticering, mens fjernelsen af blæren – på trods af bevislempelsen – ikke kunne være undgået.

Sagen blev herefter på ny forelagt Retslægerådet, der på baggrund af de radiologiske undersøgelser ikke fandt det muligt at afgøre, om kræftknuden allerede på skanningstidspunktet fem måneder tidligere var vokset ind i blæren. Retten fandt det på baggrund af Retslægerådets udtalelse ikke muligt at vurdere, med hvilken sandsynlighed rettidig diagnosticering af kræftknuden ville have ført til, at fjernelsen af blæren kunne være undgået. Retten fandt det derfor rimeligt at lade tvivlen om årsagssammenhængen komme patienten til gode.

Dommen er endnu et eksempel på den bevismæssige gråzone, hvor der er grundlag for at lempe beviskravet, såfremt der foreligger en klar lægelig fejl.

**Konklusion vedrørende dommene fra 2015**

De to retssager, som ankenævnet tabte, vedrørte begge det spørgsmål, om der var en sådan tvivl om årsagssammenhængen, at bevislempelse kunne føre til, at behandlingen måtte anses som årsag til skaden.

Retssagernes udfald er udtryk for, at ankenævnet havde vurderet, at der ikke var tale om sådanne meget tvivlsomme tilfælde, mens Retslægerådet i begge sager fandt, at det ikke var muligt at sige noget præcist om spørgsmålet. De tabte retssager skal således ses som et resultat af forskellige vurderinger af de konkrete, faktiske omstændigheder i de to sager – og ikke som et udtryk for, at ankenævnet anser området for bevislempelse for snævrere end domstolene.

## 5.2 Dækning af advokatudgifter

I en del sager er patienten repræsenteret af en advokat, når en sag bliver behandlet i Patienterstatningen eller Ankenævnet for Patienterstatningen (også kaldet den administrative behandling). Det sker derfor også af og til, at en patient fremsætter krav om dækning af advokatudgifter.

Det er Patienterstatningen, som træffer afgørelse om, hvorvidt der kan ydes erstatning for advokatudgifter i forbindelse med en sags behandling i Patienterstatningen. Denne afgørelse kan påklages til ankenævnet, som tager stilling til, om Patienterstatningens afgørelse er rigtig. Ankenævnet træffer afgørelse om, hvorvidt der kan ydes erstatning for advokatudgifter i forbindelse med en sags behandling i ankenævnet.

Advokatomkostninger dækkes dog kun undtagelsesvist. En patient får kun dækket omkostninger til advokatbistand, når der foreligger særlige omstændigheder. Det følger af reglerne i klage- og erstatningsloven, lovens forarbejder og såvel domspraksis som administrativ praksis.

Det fremgår af klage- og erstatningsloven, at Patienterstatningen modtager, oplyser og afgør alle erstatningssager. Af lovens forarbejder fremgår det, at det er vigtigt for ordningens sigte, at Patienterstatningen selv indhenter de oplysninger, der er nødvendige for at afgøre sagen, så patienten ikke skal engagere f.eks. en advokat til at varetage sine interesser. Tilsvarende oplysningspligt gælder for ankenævnet ved behandling af en ankesag. Det er blandt andet bestemt, at ankenavnets sekretariat er ansvarlig for at oplyse sagen og for at indhente fornøden sagkyndig vurdering.

Det forhold, at en sag er principiel og kompleks, eller at patienten i forbindelse med ankesagen opnår en større erstatning end i Patienterstatningen, er ikke i sig selv tilstrækkeligt til, at advokatomkostninger kan dækkes. Det er en forudsætning for dækning, at advokaten har bidraget med sagsoplysning i et omfang, der ligger ud over Patienterstatningens og ankenavnets oplysningspligt, og at advokatens arbejde har haft selvstændig betydning for sagens afgørelse.

### **Retspraksis om advokatomkostninger ved behandling af en sag i Patienterstatningen eller Ankenævnet for Patienterstatningen**

Højesteret har i to sager inden for nyere tid (2012) haft lejlighed til at forholde sig til spørgsmålet om advokatomkostninger i forbindelse med den administrative behandling af en behandlingsskade. Højesteret har slået fast, at advokatomkostninger kun rent undtagelsesvist kan erstattes. Det fremgår af en efterfølgende dom fra landsretten (2013), at det er en forudsætning for dækning af advokatomkostninger, at advokatens arbejde har haft en selvstændig betydning for sagens oplysning og afgørelse. De pågældende domme omtales nedenfor.

**Kendelse af 7. februar 2012 fra Højesteret (j.nr. 98/316)**

Sagen drejede sig om en patient, som fik fjernet sin tyktarm ved en operation. Efterfølgende opstod der komplikationer, og patientens højre forfod måtte amputeres. Patienterstatningen anerkendte ikke amputationen som en behandlingsskade. Afgørelsen blev påklaget til ankenævnet, som anerkendte, at amputationen kunne anerkendes som en behandlingsskade. Patienten fik herefter tilkendt godtgørelse og erstatning for sin skade.

Efterfølgende udviklede sagen sig til to retssager. Patienten stævnedes ankenævnet blandt andet med påstand om anerkendelse af en højere méngrad og dækning af udgifter til advokat. Patienterstatningen og Kommuneforsikring stævnedes ankenævnet og patienten med påstand om, at der slet ikke var en behandlingsskade. Sagen blev afgjort ved forlig, men spørgsmålet om dækning af advokatomkostninger blev behandlet af retten.

Patientens advokat mente, at der var tale om en principiel sag om skadesbegrebet og fortolkning af begrebet specialiststandard. Advokaten anførte, at sagens principielle karakter blev understreget af, at Patienterstatningen udtog stævning imod ankenævnet, og at der var behov for at indhente speciallægeerklæringer, at forelægge sagen flere gange for Retslægerådet og at forelægge sagen for Arbejdsskadestyrelsen. Advokaten mente også, at sagen var så medicinsk og juridisk kompleks, at det var nødvendigt med advokatbistand blandt andet på grund af sagsoplysningen under den administrative behandling af sagen.

Landsretten fandt, at der ikke forelå sådanne helt særlige omstændigheder, at der undtagelsesvist var grundlag for at tilkende patienten erstatning for udgifter til advokathjælp under sagens behandling hos Patienterstatningen og ankenævnet. Landsrettens afgørelse blev indbragt for Højesteret, som var enig med landsretten. Højesteret udtalte følgende:

”Det fremgår af sagen, at den advokatbistand, der er ydet, i hvert fald hovedsageligt er ydet med hensyn til erstatningsfastsættelsen. Der er ikke fremkommet oplysninger, der viser, at der i denne fase foreligger særlige omstændigheder, som kan føre til, at advokatomkostningerne undtagelsesvist erstattes”.

**Dom af 12. juni 2012 fra Højesteret (j.nr. 10/1268, U2012.2922H):**

Sagen var principiel og angik spørgsmålet, om hvorvidt der ved fastsættelsen af godtgørelse for varigt mén og erstatning for tab af erhvervsevne kan tages hensyn til en patients dårlige restlevetidsprognoze, således at godtgørelse og erstatning nedsættes, når patienten må forventes at dø indenfor en tidshorisont på 4 år fra skadestidspunktet.

Højesteret fastslog, at der ikke var grundlag for at reducere godtgørelse og erstatning, som Patienterstatningen og ankenævnet havde gjort. Dommen betød derfor, at der skulle udbetales yderligere godtgørelse og erstatning. Højesteret vurderede i modsætning til landsretten, at der ikke forelå sådanne særlige omstændigheder, der kunne føre til at advokatomkostningerne undtagelsesvist skulle erstattes.

Højesteret udtalte følgende:

”Det er fastslået i retspraksis, senest Højesterets kendelse af 7. februar 2012 i sag 291/2010, at der kun kan tilkendes erstatning for advokatbistand til sagens behandling ved Patientenskadeankenævnet, hvis der undtagelsesvist foreligger særlige omstændigheder.

Det forhold, at den foreliggende sag er principiel, og det forhold, at Patientforsikringens praksis vedrørende reduktion af erstatning ved forventet nedsat restlevetid ikke er fyldestgørende beskrevet i Patientforsikringens afgørelse af 31. maj 2010, er ikke tilstrækkeligt til, at der foreligger sådanne særlige omstændigheder, som kan føre til, at advokatomkostningerne undtagelsesvist erstattes.”

**Dom af 1. maj 2013 fra Østre Landsret (j.nr. 10/1370):**

Sagen drejede sig om, hvorvidt en ikke dansktalende tysk statsborger, der boede i Tyskland, kunne få sine omkostninger til advokat dækket. Både Patienterstatningen og ankenævnet havde givet afslag på at dække advokatudgifter, og sagen blev indbragt for retten med påstand om, at advokatudgifter skulle dækkes.

Landsretten lagde vægt på, at Patienterstatningen på sin hjemmeside havde anmeldelseskema på engelsk og samtidig også på engelsk informerede om, at en patient ikke har brug for advokatbistand, og at advokatudgifter ikke kan forventes dækket. Landsretten vurderede, at behandlingsskadens følger ikke havde forhindret patienten i at varetage sine interesser. Det forhold, at patienten boede i Tyskland og alene talte tysk, var ikke tilstrækkeligt til, at der forelå sådanne særlige omstændigheder, som kunne føre til, at advokatomkostninger undtagelsesvist kunne erstattes. Landsretten henviste til forvaltningslovens regler om vejledningspligt. Landsretten vurderede således, at advokatens arbejde ikke havde haft en sådan selvstændig betydning for sagens oplysning og afgørelse, at der undtagelsesvist kunne ydes erstatning. Det forhold, at méngodtgørelsen blev forhøjet af ankenævnet, kunne ikke i sig selv føre til erstatning for advokatbistand.

Flere nye domme berører også problemstillingen om advokatomkostninger i forbindelse med den administrative behandling. F.eks. illustrerer følgende byretsdom fra 2015 den foreliggende praksis på området.

**Dom af 29. maj 2015 fra Retten i Sønderborg (j.nr. 13/4300)**

En mand var kommet til skade med sin lillefinger. Han blev behandlet på skadestuen, men efterfølgende gik der koldbrand i fingeren, og lillefingerens yderled måtte amputeres.

Patienterstatningen vurderede, at der ikke kunne anerkendes en behandlingsskade. Patienten var repræsenteret ved advokat, som klagede over afgørelsen til ankenævnet. Klagen var blandt andet vedlagt fotos af fingeren. På baggrund af den fremsendte fotodokumentation valgte Patienterstatningen at genoptage sagen og anerkende, at der var sket en behandlingsskade, der kunne gives erstatning for.

Patienten blev efterfølgende ved flere afgørelser tilkendt godtgørelse og erstatning, men Patienterstatningen afviste at dække advokatomkostninger. Afgørelserne blev påklaget til ankenævnet, som tiltrådte afgørelserne. Sagen blev herefter indbragt for retten. Her handlede sagen blandt andet om afslag på dækning af advokatomkostninger.

Under retssagen forklarede patienten, at kontakten med Patienterstatningen foregik gennem hans advokat, fordi han ikke forstod sine rettigheder og forpligtelser i sagen. Endvidere fremgik det, at han var ordblind og ikke til fulde beherskede det danske sprog. Endvidere kom det frem, at det var på lægens initiativ, at der blev taget fotos af fingeren.

For så vidt angik advokatomkostningerne fandt retten, at det var den fremsendte fotodokumentation, der førte til Patienterstatningens genoptagelse af sagen, og ikke advokatens bistand til patienten. Retten udtalte i den forbindelse, at Patienterstatningen selv skal sørge for sagens oplysning, og at det i retspraksis er statueret, at en patient kun kan gøre krav på dækning af advokatudgifter i forbindelse med en sags behandling ved Patienterstatningen eller ankenævnet, hvis der undtagelsesvist foreligger særlige omstændigheder. Denne betingelse fandt retten ikke opfyldt i sagen, da det ikke var godtgjort, at advokatens arbejde havde haft selvstændig betydning for sagens korrekte oplysning.

Det er en betingelse for, at et eventuelt afslag om dækning af advokatudgifter kan indbringes for retten, at ankenævnet først har taget stilling til spørgsmålet. Det fremgår bl.a. af nedenstående dom fra 2015.

**Dom af 14. september 2015 fra Københavns Byret (j.nr. 13/6405):**

Landsretten havde hjemvist en sag til fornyet behandling i ankenævnet med henblik på, at ankenævnet skulle fastsætte méngraden og erhvervsevnetabet. Ankenævnet tilkendte herefter yderligere godtgørelse for varigt mén og yderligere erstatning for erhvervsevnetab.

Patienten indbragte på ny sagen for retten med påstand om, at det varige mén og erhvervsevnetabet skulle fastsættes endnu højere, og at der tillige skulle ydes dækning for patientens advokatomkostninger i forbindelse med ankenævnets administrative behandlinger af sagen.

Retten frifandt ankenævnet for alle påstande. For så vidt angik påstanden vedrørende advokatomkostninger bemærkede retten, at spørgsmålet ikke havde været inddraget under sagens behandling for ankenævnet. Der forelå derfor på dette punkt ikke nogen afgørelse, som retten kunne tage stilling til, og retten afviste derfor at tage stilling til spørgsmålet.

**Advokatudgifter i forbindelse med en retssag**

Hvis en afgørelse fra ankenævnet indbringes for retten, tager retten altid – når retssagen afsluttes – stilling til, om patienten kan få tilkendt sagsomkostninger af ankenævnet. Disse sagsomkostninger dækker kun patientens omkostninger i forbindelse med selve retssagen, herunder advokatbistand i retssagen. En patient får som hovedregel dækket sine advokatomkostninger i retssagen, hvis patienten får helt eller delvist medhold. En patient har også visse muligheder for at få dækket sine advokatomkostninger under en retssag efter reglerne om fri proces, eller hvis patienten har en retshjælpforsikring.

I de tilfælde, hvor en afgørelse fra ankenævnet indbringes for retten, er det ankenævnets vurdering, at der ved rettens afgørelse om sagsomkostninger er gjort endeligt op med dækning af advokatudgifter i forbindelse med retssagen. Det er derfor ankenævnets praksis, at en patient ikke efterfølgende overfor ankenævnet kan fremsætte krav om erstatning for de advokatomkostninger, der har været i forbindelse med retssagen.

**5.3 Sager om HPV-vaccinationer**

I 2015 har Ankenævnet for Patienterstatningen behandlet 29 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. Vaccination mod HPV-virus har siden 2009 været en del af det danske børnevaccinationsprogram til piger på 12 år. De behandlede sager vedrører alle vaccinationer indenfor vaccinationsprogrammet.



De anmeldte gener er primært kognitive og neurologiske gener i form af bl.a. migræne, hovedpine, udtalt træthed, synsforstyrrelser, svimmelhed, kvalme, hukommelsesbesvær, koncentrationsbesvær, besvimelser, lammelse, 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.

Der er i mange af sagerne 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.

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 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". Man skal dermed have udnyttet sin klageadgang først, det vil sige, at ankenævnet skal have truffet afgørelse om det spørgsmål eller den erstatningspost, man ønsker at indbringe for 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.

I 2015 blev der anlagt 259 retssager, hvilket dækker over både nye sagsanlæg og anker. Det kan umiddelbart virke som et ret højt antal, men det skal ses i forhold til det samlede antal sager, som Patientskadeankenævnet afgør. I 2015 traf ankenævnet 3039 afgørelser, hvilket svarer til, at 8,5 % af afgørelserne blev indbragt for retten.

## Afsluttede retssager

I 2015 blev der afsluttet 146 sager ved retten. Af dem blev 79 sager ført helt til ende, og der blev afsagt dom, mens sagsøger i 67 sager hævede sagen undervejs.

Der kan være forskellige årsager til, at en sagsøger hæver en sag. Det kan være, fordi der ikke opnås fri proces eller retshjælpsdækning. Det kan være, at en udtalelse fra Retslægerådet og/eller Arbejdsskadestyrelsen 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.

Da der i 2015 blev indbragt flere sager for retten, end der blev afsluttet, steg antallet af verserende sager i forhold til året før. Ved udgangen af 2014 verserede der 450 sager ved domstolene, mens tallet ved udgangen af 2015 var 563.

Figuren herunder viser, hvor mange retssager der er indbragt og afsluttet de sidste år.

Retssager	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
Indbragte sager	92	94	127	176	205	259
Hævet af parterne	44	37	63	65	82	67
Domme	<b>29</b>	<b>36</b>	<b>43</b>	<b>45</b>	<b>47</b>	<b>79</b>
- Heraf sager tabt af nævnet	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>10</b>
Afsluttede sager	73	73	106	110	129	146
<b>Nævns-afgørelser</b>						
I alt afgjorte sager	1.766	1.893	2.146	2.224	2.840	3.039

**Figur 8: Antal retssager, der er indbragt og afsluttet**

\*Tallene for 2015 indeholder ikke som de tidligere år kun behandlingsskadesager, men også lægemiddelskadesager. Ændringen skyldes nedlæggelsen af Patientskadeankenævnet og Lægemiddelskadeankenævnet, som betyder, at Ankenævnet for Patienterstatningen fra 2015 behandler både behandlings- og lægemiddelskadesager.

### Udfaldet af retssagerne

Ankenævnet er frifundet ved de fleste domme afsagt i 2015. I 10 af de 79 domme blev ankenævnet dog dømt, hvilket svarer til 13 % af de afsagte domme.

Det er måske overraskende, at patienterne ikke får medhold i flere sager. Det er der imidlertid flere forklaringer på. Én væsentlig faktor er, at 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 Arbejdsskadestyrelsen, 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.

Retssystemet i Danmark består af 24 byretter, 2 landsretter og Højesteret. Der er tale om et to-instans system, der betyder, at det er muligt at anke en afsagt dom til en højere instans. Kun ved helt særlige omstændigheder, og hvis Procesbevillingsnævnet tillader det, kan en sag prøves i tre instanser. Byretten 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 2015 blev der afsagt to

domme af landsretten, hvor behandlingsskadesagen var henvist til landsretten som 1. instans på grund af dens principielle karakter.

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 også af og til også forelægges Arbejdsskadestyrelsen, og at der er ventetid på at få hovedforhandlet sagerne ved retterne (berammelsestid).

De 79 afsagte domme i 2015 fordeler sig sådan, at 64 domme er afsagt af byretten (1. instans-sager) og 15 domme er afsagt af landsretten (to 1. instans-sager og 13 ankesager). Der er ikke i 2015 afsagt domme af Højesteret på området.

Kun én af de afsagte domme var en lægemiddelskadesag, mens de 78 andre domme var behandlingsskadesager.

Mere end halvdelen af de afsagte domme i 2015 vedrørte spørgsmålet om, hvorvidt der var sket en behandlings- eller lægemiddelskade. Lidt mindre end en tredjedel vedrørte spørgsmålet om, hvordan en eller flere erstatningsposter skulle opgøres. De sidste domme vedrørte andre spørgsmål om for eksempel genoptagelse, forældelse eller dækningsområde.

Alle [dommene om behandlings- og lægemiddelskader](#), findes på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside, både i et kort referat og i fuld ordlyd.