

Kræftpatienters anmeldelse af skader til Patientforsikringen

- En analyse af anmeldelser og afgørelser fra 2000 til 2009



Kræftpatienters anmeldelse af skader til Patientforsikringen

Kvalitet & Patientsikkerhed

Kræftens Bekæmpelse

Strandboulevarden 49

DK-2100 København Ø

Tlf. 3525 7500

www.cancer.dk

Forfattere:

Kræftens Bekæmpelse:

Aase Nissen – ani@cancer.dk

Janne Lehmann Knudsen – jlk@cancer.dk

Patientforsikringen:

Kristina Askjær – kras@patientforsikringen.dk

Ole Graugaard – og@patientforsikringen.dk

Jens Krogh Christoffersen (lægekonsulent)

Sprog: Dansk

Version: 1.1

Versionsdato: august 2011

ISBN: 978-87-7064-162-3

Trykt udgave af rapporten kan bestilles ved henvendelse til Kræftens Bekæmpelse, Kvalitet & Patientsikkerhed, tlf. 35257500

Elektronisk udgave af rapporten kan downloades fra

www.cancer.dk/rapporter

www.patientforsikringen.dk (under fanebladet: Udgivelser)

Forsidefotos: Colourbox

Udgivet af Kræftens Bekæmpelse, august 2011

Forord

Denne rapport indeholder en analyse af anmeldelser og afgørelser i Patientforsikringens sager om kræftpatienters behandlingsforløb over en 10-årig periode. Rapporten er udarbejdet af Kræftens Bekæmpelse i samarbejde med Patientforsikringen for at belyse kræftpatienters muligheder for at opnå erstatning samt karakteren af de skader, der søges økonomisk kompensation for.

Patientforsikringsloven i 1992 indebar, at patienters mulighed at få erstatning for skader opstået som følge af sundhedsvæsenets indsats blev styrket og har ført til, at langt flere patienter får erstatning. Hvorvidt dette også har været gældende for kræftpatienter, har der været rejst tvivl om.

Analysen viser, at kræftpatienter, til fælles med andre patienter med en alvorlig grundlidelse, har sværere ved at få erstatning for hændelige skader, end øvrige patienter har. Analysen afdækker endvidere, at den vurdering, som gennemføres for at bedømme, om der i en konkret sag kan tilkendes erstatning, er kompleks. Dette forhold gør det vanskeligt for den enkelte patient at vurdere, hvorvidt en skade opstået i et ofte langvarigt og kompliceret sygdomsforløb bør anmeldes til Patientforsikringen ud fra en forventning om erstatning.

En stigende andel af anmeldelserne til patientforsikringen omfatter ikke erstatningsberettigende skader. Samtidig vurderes det, at der er mulige erstatningsberettigende skader, som ikke anmeldes til Patientforsikringen. Der er således behov for en styrket information og bedre formidling i sundhedsvæsenet af patienternes rettigheder og muligheder for erstatning. Kræftens Bekæmpelse og Patientforsikringen vil derfor fortsætte samarbejdet og styrke informationsindsatsen således, at kræftpatienter og andre patienter sikres et godt afsæt for at kunne beslutte, om de vil indgive en anmeldelse.

København, august 2011

Janne Lehmann Knudsen
Kvalitetschef, overlæge, ph.d. MHM
Kræftens Bekæmpelse

Ole Graugaard
Vicedirektør
Patientforsikringen

Indholdsfortegnelse

Sammenfatning	7
English summary	9
Indledning og formål	10
Lovgrundlag og afgørelsespraksis.....	10
1. Anmeldelser	13
1.1 Beskrivelse af anmeldelserne.....	13
1.2 Anmeldelser i forhold til incidens af kræftsygdomsgrupper	16
2. Afgørelser	18
2.1 Beskrivelse af afgørelserne	18
2.2 Anke af Patientforsikringens afgørelser.....	28
2.3. Skadeerstatninger	29
Metodediskussion	31
Referencer	33
Bilag	34

Sammenfatning

I forbindelse med undersøgelse og behandling er der risiko for, at den enkelte patient utilsigtet udsættes for skade som følge af sundhedsvæsenets indsats. Siden 1992 har det været muligt for en patient eller pårørende på patientens vegne at ansøge Patientforsikringen om økonomisk kompensation for den påførte skade.

Patientforsikringens afgørelser hviler på et regelsæt, der redegør for de kriterier, som afgørelserne træffes ud fra. Kriterierne afstemmes løbende i forhold til ny evidens, afgørelser fra andre sager i Patientforsikringen samt afgørelser fra Patientskadeankenævnet og domstolene.

Kræftpatienter har en relativ høj risiko for utilsigtet at blive udsat for skade på grund af sygdommens særlige karakter. Udredning og behandling for kræft omfatter nødvendige, men i sig selv risikofyldte kliniske handlinger, og patienten kan være særlig sårbar i forhold til konsekvenser af utilsigtede hændelser som følge af svækkelse i forbindelse med behandlingen og sygdommen.

Disse forhold har fået Kræftens Bekæmpelse til at gennemføre en række undersøgelser med det formål at belyse karakteren og konsekvenserne af utilsigtede hændelser på kræftområdet samt kræftpatienternes oplevelse af fejl ud fra forskellige datakilder. Skadeanmeldelser sendt til Patientforsikringen er en kilde til information om skader opstået i forbindelse med sundhedsvæsenets indsats.

På denne baggrund rettede Kræftens Bekæmpelse henvendelse til Patientforsikringen, og der blev indgået et samarbejde om at gennemføre en analyse af skadeanmeldelser fra kræftpatienter. Formålet var dels at belyse skademønstret i kræftforløbet ud fra patienternes anmeldelser med henblik på at kunne inddrage denne viden i patientsikkerhedsindsatsen på kræftområdet dels at belyse Patientforsikringens afgørelsespraksis i forhold til gældende kriterier for tilkendelse af erstatning. Da både anmeldelser og afgørelser kan ændres over tid som følge af ændrede kliniske tiltag (fx indførelse af pakkeforløb for kræft) eller ændret retspraksis (ankesager og domstolsafgørelser) var formålet tillige at vurdere udviklingen over en 10-års periode.

I det følgende er analysens hovedresultater i forhold til anmeldelser og afgørelser i denne periode sammenfattet.

Vedrørende anmeldelser viser analysen, at:

- antallet af anmeldelser fra kræftpatienter til Patientforsikringen er steget hvert år og i højere grad end for samtlige anmeldelser
- anmeldelser fra kræftpatienter vedrører oftest overset diagnose, forsinket eller utilstrækkelig operation eller behandling og skader i forbindelse med operationer
- 23 % vedrører behandlingsforsinkelse (overset diagnose, forsinket behandling mv.)
- et stigende antal anmeldelser omfatter manglende tilfredshed med en i øvrigt korrekt behandling

- andelen af anmeldelser er i overensstemmelse med incidensen for de enkelte kræftsyddomsgrupper, men der er en overrepræsentation af anmeldelser vedrørende børn
- specialerne onkologi, mavetarmkirurgi, urinvejskirurgi og kirurgi i øvrigt tilsammen omfatter halvdelen af anmeldelserne
- antallet af anmeldelser vedrørende indsatsen i almen praksis er steget siden 2004, hvor primærsektoren blev omfattet af klage- og erstatningsloven

Vedrørende afgørelser viser analysen, at:

- den gennemsnitlige anerkendelsesrate for kræftpatienter i analyseperioden er 26 %, mens gennemsnittet for alle anmeldelser er 38 %
- anerkendelse gives oftest for overset diagnose, forsinket eller utilstrækkelig operation eller behandling, skader i forbindelse med operationer og forkerte prøvesvar
- anerkendelse af behandlingsskade som sjælden og alvorlig (rimelighedsreglen) forekommer sjældent hos kræftpatienter, men dette mønster genfindes for andre meget alvorlige sygdomsgrupper og afspejler domstolspraksis på området
- anerkendelsesraten for børn med kræft er højere i forhold til øvrige aldersgrupper
- et stigende antal sager anerkendes på grund af behandlingsforsinkelse
- de højeste anerkendelsesrater findes inden for specialerne patologisk anatomi og diagnostisk radiologi, hvilket kan relateres til disse specialers andel af forsinkelse i diagnostik og behandling
- inden for specialerne almen medicin og intern medicin er behandlingsforsinkelse begrundelsen for hovedparten af de anerkendte sager
- en fjerdedel af Patientforsikringens afgørelser er anket til Patientskadeankenævnet, og heraf er godt 12 % ændret
- en større andel af kræftpatienter får erstatninger på over 100.000 kr. sammenlignet med øvrige patientgrupper

Afrunding

Analysen bekræfter, at kræftpatienter i mindre grad end andre patientgrupper opnår erstatning via Patientforsikringen. Mønsteret er dog tilsvarende for andre meget alvorlige sygdomsgrupper, og afgørelserne er i overensstemmelse med gældende retspraksis. Endvidere viser analysen, at antallet af anmeldelser, som ikke omfatter en konkret erstatningsberettigende skade, er steget meget, hvilket indikerer, at der er behov for øget information og bedre formidling af kriterier for opnåelse af erstatning med henblik på at afstemme forventningerne.

Set i et patientsikkerhedsperspektiv kan Patientforsikringens data bidrage til kortlægning af risikomønsteret for en sygdomsgruppe og supplere andre datakilder vedrørende patientsikkerhed. Patientforsikringens afgørelser kan, når de formidles til sundhedsvæsenets parter, være med til at påvirke kvalitetsniveauet af den kliniske indsats. Viden fra Patientforsikringens anmeldelser og afgørelser bør ses som et spejl for den kliniske kvalitet og sikkerheden i patientbehandlingen og bør inddrages i arbejdet på disse områder i lighed med andre datakilder.

English summary

Patients are at risk of experiencing adverse events during contact with the health care system and cancer patients are considered at higher risk due to the character of diagnostic and treatment processes. Patients and relatives have since 1992 the right to apply for economic compensation by the Patient Insurance Association for injury caused by the diagnostic and treatment activities.

Decisions from the Patient Insurance Association are based on specific criteria which continuously are adjusted according to new evidence, decisions from similar cases and decisions from the appeals board and court decisions.

As the cases from the Patients Insurance Association can contribute to knowledge about character and consequence of injury in the cancer pathway the Cancer Society contacted the Patient Insurance Association. Collaboration was set up aiming at analyzing 10 years cases from cancer patients to picture the pattern of injury to this patient group and also to analyze the pattern of economic compensation approved for cancer patients according to different criteria.

The analysis confirms that cancer patients receive economic compensation to a lesser degree compared to other patient groups. However this pattern is also seen in other very serious diseases and the praxis of decisions are in accordance with praxis from court trials.

Moreover the analysis shows that the number of applications for economic compensation has increased during the last 10 years, and that many of those do not include a specific injury and therefore cannot be accepted for compensation by the Patient Insurance Association. This shows that more information is needed about criteria for approval of economic compensation.

The data from the Patient Insurance Association is found to contribute to knowledge about risk in cancer care which can add to other data sources. Decisions from the Patient insurance Association can influence quality and safety in the health care system and should be included in improving activities.

Indledning og formål

Efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet kan patienter og pårørende til en afdød patient søge erstatning gennem Patientforsikringen, hvis patienten er blevet påført en skade ved behandling eller undersøgelse i sundhedsvæsenet.

Knap 8 % af de ca. 42.500 anmeldelser, Patientforsikringen i en 10-års periode har modtaget fra patienter og pårørende, omhandler kræftpatienter.

I 2009 blev 33 % af alle anmeldelser til Patientforsikringen anerkendt som erstatningsberettigende – varierende fra 0 % til 75 % i forhold til forskellige specialer¹ (1). En pilotundersøgelse af 83 anmeldelser vedrørende kræftpatienter i 2009 viste imidlertid, at kun 13 % af disse anmeldelser var anerkendt som erstatningsberettigende.

Det blev derfor besluttet at gennemføre en større undersøgelse af anmeldelser og afgørelser vedrørende kræftpatienter i Patientforsikringen med formålet i en 10-års periode at vurdere:

1. Anmeldelser
 - Karakteren af skadeanmeldelser fra kræftpatienter
 - Forholdet mellem anmeldelser til Patientforsikringen og incidensen af de enkelte kræftsygdomme
2. Afgørelser
 - Afgørelsespraksis i Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet
 - Afgørelser i relation til alvorligheden af grundsygdommen for kræftpatienter sammenlignet med andre alvorlige sygdomme

Et overblik over Patientforsikringens anmeldelser og afgørelser vedrørende kræftpatienter over en tidsperiode vil afdække mønstre i, hvilke typer af skader kræftpatienter oplever i behandlingsforløbet, hvilke typer af skader der afvises henholdsvis anerkendes som erstatningsberettigende, samt om der er sket en ændring af praksis over tid, og i givet fald hvad der har udløst denne ændring. Med denne viden kan information over for patienter præciseres, således at så mange som muligt af de patienter, der er berettiget til erstatning, får kendskab til erstatningsmulighederne.

Lovgrundlag og afgørelsespraksis

Patientforsikringen træffer afgørelser efter reglerne i klage- og erstatningsloven og efter erstatningsansvarsloven (2,3) vedrørende skader, der sker i forbindelse med undersøgelse og behandling i det offentlige og private sundhedsvæsen, herunder lægemiddel-skader.

Patientforsikringen afgør, om en patient skal have erstatning, men det er regionerne, der udbetaler erstatningen. For lægemiddelskader er det Indenrigs- og Sundhedsministeriet, der udbetaler erstatningen.

¹ Ekskl. bloddonorer, som får erstatning for enhver skade, som kan skyldes tapningen

Efter klage- og erstatningsloven ydes der erstatning, hvis skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på én af følgende måder (§ 20, stk. 1, nr. 1-4):

1. hvis en erfaren specialist ville have handlet anderledes (specialistreglen)
2. hvis der er tale om svigt i medicinsk apparatur/udstyr
3. hvis man kunne have undgået skaden ved valg af anden ligeværdig behandlingsmetode
4. hvis der er tale om sjældne komplikationer, der ikke kunne være undgået, men som overstiger, hvad patienten med rimelighed bør tåle set i forhold til grundsygdommens alvor (rimelighedsreglen)

Det er kun følger af behandlingen eller mangel på samme, der erstattes. Følger af grundsygdommen erstattes ikke.

De centrale bestemmelser i klage- og erstatningsloven § 20, stk. 1, er specialistreglen (nr. 1) og rimelighedsreglen (nr. 4).

Specialistreglen dækker både manglende eller forsinket diagnose og behandling og sub-optimal behandling i øvrigt. I modsætning til, hvad der gælder for rimelighedsreglen, jf. nedenfor, er grundsygdommens alvor ikke afgørende for vurderingen efter specialistreglen. Patienter, der behandles for kræft eller andre alvorlige sygdomme, har derfor samme mulighed for at få erstatning efter specialistreglen som patienter, der behandles for mindre alvorlige sygdomme.

I henhold til rimelighedsreglen skal vurderingen af, om patienten er berettiget til erstatning, foretages ud fra to kriterier. For det første skal skaden være sjælden (forekomme i mindre end 2 % af tilfældene). For det andet skal skaden være alvorlig set i forhold til grundsygdommen. Lovens forarbejder anfører, at skadens følger skal være mere alvorlige, end følgerne ville være, såfremt sygdommen slet ikke var blevet behandlet. Reglen indebærer derfor, at patienter, der lider af meget alvorlige sygdomme, fx kræft og andre livstruende sygdomme, og som må gennemgå en risikofyldt behandling, oftere får afslag på erstatning end patienter, der lider af mindre alvorlige sygdomme, og som må gennemgå en mindre risikofyldt behandling.

Erstatningen beregnes efter erstatningsansvarsloven og opgøres individuelt for hver patient. Erstatningen dækker helbredelsesudgifter, tabt arbejdsfortjeneste, svie og smerte, varigt mén, erhvervsevnetab, forsørgertab og begravelsesomkostninger. Beregningen foretages på baggrund af skadens midlertidige og varige følger.

For kræftpatienter er skaden ved forsinket diagnose og behandling ofte vanskelig at vurdere, idet der er tale om en forringet overlevelsesprognose i forhold til den forventede overlevelse ved rettidig diagnose og behandling. I sådanne tilfælde kan der ydes en godtgørelse for varigt mén på 5-10 % for den psykiske belastning, der er forbundet med visheden om den forventede dårligere overlevelse. Herudover kan der ydes en mén-godtgørelse for de følgeskader, som behandlingsforsinkelsen har medført. Dette kan fx være følger efter en strålebehandling, som patienten ikke skulle have gennemgået, hvis diagnosen var blevet stillet rettidigt.

Hvis kræftsygdommen senere udvikler sig, vil sagen kunne genoptages, og der vil herefter blive taget stilling til, om der kan gives yderligere erstatning.

Kriterierne for Patientforsikringens afgørelsespraksis, vurdering af skadebegrebet m.v. afstemmes løbende i forhold til ny klinisk evidens, afgørelser fra ankede sager i Patientskadeankenævnet og domstolsafgørelser.

Patientforsikringens afgørelser kan ankes til Patientskadeankenævnet. Det er både patienten og de efterladte samt andre med retlig interesse i sagen, der kan anke afgørelsen. Anken kan vedrøre både spørgsmålet om anerkendelsesgrundlaget og spørgsmålet om erstatningens størrelse. Patientskadeankenævnets afgørelser kan indbringes for domstolene.

Rapportens opbygning

Beskrivelse af dataudtræk og oprettelse af analysedatasæt findes i bilag 1.

Resultaterne er præsenteret i 2 hovedkapitler svarende til undersøgelsens formål, hvor kapitel 1 omfatter analyse af anmeldelserne til Patientforsikringen og kapitel 2 omfatter analyse af Patientforsikringens afgørelser samt ankede sager.

Rapporten afsluttes med en kort metodediskussion.

1. Anmeldelser

1.1 Beskrivelse af anmeldelserne

Fordeling af sager på køn, alder og antal personer

Datamaterialet omfatter i alt 3.369 sager vedrørende skadeanmeldelser i forbindelse med udredning og behandling af i alt 3.016 personer med en kræftdiagnose. For 2.717 personer er der 1 sag, mens der er 5 sager for 1 person, 4 sager for 7 personer, 3 sager for 37 personer og 2 sager for 254 personer.

54 % af alle sagerne omfatter kvinder, men kønsfordelingen varierer mellem aldersgrupperne, således at der er overvægt af kvinder i aldersgrupperne op til 55 år (64 %), og overvægt af mænd i aldersgrupperne på 56 år og derover (64 %).

73 % af sagerne vedrører personer i alderen fra 41 år til 70 år, og de omfatter flest personer både blandt kvinder og mænd. Den største gruppe målt i såvel antal sager som personer omfatter mænd i aldersgruppen 56 – 70 år.

Der er i forhold til antallet af børn med kræft en overrepræsentation af anmeldelser vedrørende skader hos børn. Børn udgør ca. 0,5 % af alle kræftpatienter, men anmeldelser fra børn udgør 1,3 % af alle anmeldelser.

Tablet 1: Antal sager fra kræftpatienter fordelt på alder, køn og antal personer (2000 – 2009)

Aldersgruppe År	Kvinder		Mænd		I alt	
	Antal sager	Antal personer	Antal sager	Antal personer	Antal sager	Antal personer
0-15	23	21	21	18	44	39
16-25	40	32	29	24	69	56
26-40	245	212	116	102	361	314
41-55	692	598	399	348	1091	946
56-70	634	584	735	667	1369	1251
71 +	189	180	246	230	435	410
I alt	1823	1627	1546	1389	3369	3016

Fordeling af sager på kliniske specialer over tid

Tablet 2 viser overordnet, at antallet af anmeldelser fra kræftpatienter er steget hvert år. Patientforsikringen har således modtaget 3½ gange flere anmeldelser vedrørende kræftpatienter i 2009 end i 2000. Til sammenligning er der for samtlige anmeldelser kun sket en stigning på 2½ gang fra 2000 til 2009 (henholdsvis 2.473 og 6.317 anmeldelser) (1).

Tablet 2 viser udviklingen i antal sager fordelt på kliniske specialer sorteret efter antal sager i 2009. De fire specialer: onkologi, kirurgi, kirurgisk gastroenterologi og urologi udgør tilsammen 49 % af alle sagerne.

Den primære sundhedssektor, herunder almen medicin² blev først omfattet af Patientforsikringen i 2004, og der har siden da været en vedvarende stigning i anmeldelser vedrø-

² Almen medicin = alment praktiserende læger

rende almen medicin. I 2009 udgør sager vedrørende almen medicin 12 % af alle sagerne, hvilket er det næststørste efter specialet onkologi. Der ses ligeledes en stigning igennem hele perioden i antallet af sager inden for onkologi, hvor der især ses et spring i antallet fra 2006 til 2007 og frem til 2009. En forklaring på denne stigning kan være, at der i denne periode var meget fokus i medierne på sager om manglende overholdelse af ventetidsreglerne, og at der derfor blev anmeldt mange sager med denne problemstilling.

Tablet 2: Udvikling i antal sager fra kræftpatienter fordelt på klinisk speciale

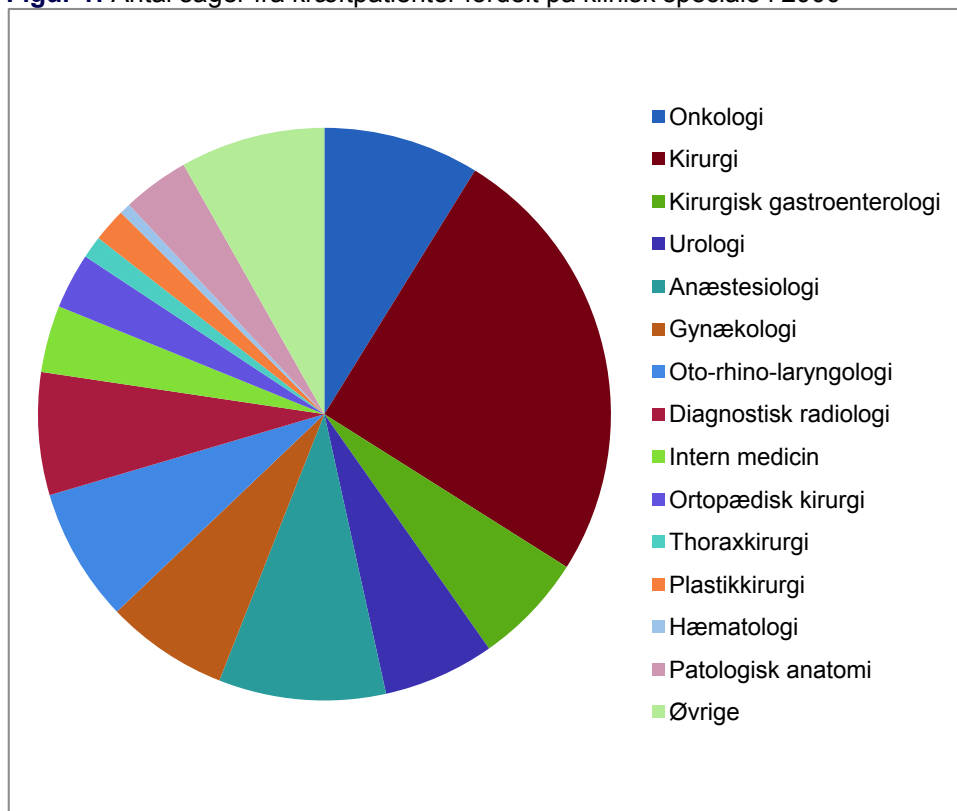
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	I alt
Onkologi	14	30	32	32	50	60	53	89	95	80	535
Kirurgi	40	39	45	45	45	47	57	62	55	56	491
Kir. Gastroenterologi	10	21	28	40	44	32	34	59	54	49	371
Urologi	10	7	14	16	17	18	27	50	45	50	254
Anæstesiologi	15	16	17	21	21	23	25	25	22	16	201
Almen medicin	1 ³	-	-	-	2	16	23	38	49	65	194
Gynækologi	11	12	19	16	10	27	18	23	25	29	190
Oto-rhino-laryngologi	12	17	9	16	14	10	13	13	17	36	157
Diagnostisk radiologi	11	12	11	16	14	13	14	10	22	20	143
Intern medicin	6	13	16	15	19	16	12	12	9	21	139
Ortopædisk kirurgi	5	3	10	5	13	19	9	12	13	13	102
Thoraxkirurgi	2	4	4	14	8	14	9	9	10	21	95
Plastikkirurgi	3	5	6	4	8	7	14	17	11	9	84
Hæmatologi	1	5	5	11	4	9	8	8	12	16	79
Patologisk anatomi	6	4	3	8	7	4	6	7	3	8	56
Øvrige	13	18	18	21	22	25	26	39	41	55	278
I alt	160	206	237	280	298	340	348	473	483	544	3369

Figur 1 og 2 viser fordelingen af sager på specialer i henholdsvis 2000 og 2009. Af hensyn til sammenligneligheden af de øvrige specialer er sager vedrørende almen medicin udeladt for 2009.

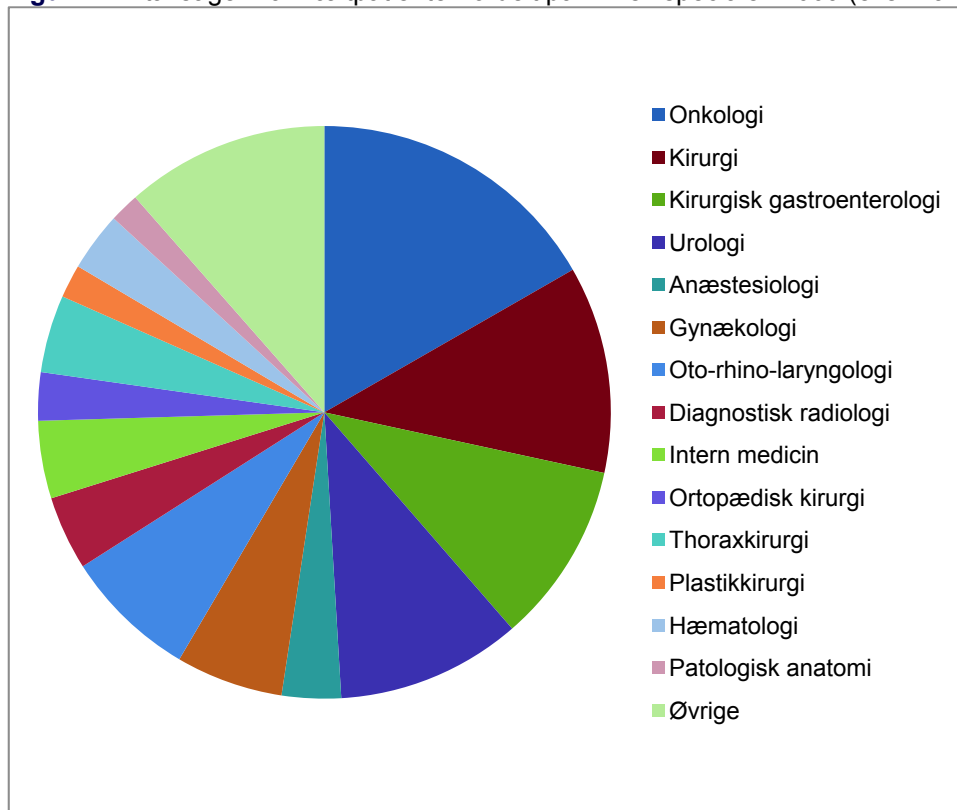
Det ses, at andelen af sager vedrørende onkologi, og kirurgisk gastroenterologi, urologi samt thoraxkirurgi er steget, mens andelen af kirurgi samt anæstesiologi, diagnostisk radiologi og patologisk anatomi er faldet.

³ Lægemedelskadesag, hvor det lægemiddel, der havde forårsaget skaden, var udleveret af en alment praktiserende læge. Sagen er derfor registreret med lægen som skadevolder

Figur 1: Antal sager fra kræftpatienter fordelt på klinisk speciale i 2000



Figur 2: Antal sager fra kræftpatienter fordelt på klinisk speciale i 2009 (ekskl. almen medicin)



Fordeling af sager på kræftsygdomsgrupper over tid

Tabel 3 viser fordelingen af sager på kræftsygdomsgrupper sorteret efter antal sager i 2009. Kræft i mave-tarmkanalen, brystkræft og kræft i åndedrætsorganer udgør tilsammen 51 % af alle sygdomsgrupper i hele 10-års perioden og 48 % i 2009. Der er forskel i udviklingen af antal sager mellem de enkelte sygdomsgrupper både i absolutte tal og i den relative stigning. Der ses bl.a. en særlig kraftig stigning i antal sager inden for kræft i henholdsvis mave-tarm kanalen og åndedrætsorganer, mens der er en stor relativ stigning inden for kræft i mandlige kønsorganer og kræft i lymfatisk og bloddannende væv.

Tabel 3: Antal sager fra kræftpatienter fordelt på sygdomsgruppe

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	I alt
Kræft i mave-tarmkanal	32	38	56	74	76	67	73	125	126	117	784
Brystkræft	36	35	51	28	61	72	80	86	71	76	596
Kræft i åndedrætsorganer	19	21	18	37	31	31	32	41	44	70	344
Kræft i kvindelige kønsorganer	18	19	23	36	18	39	28	38	36	57	312
Kræft i lymfatisk og bloddannende væv	6	25	22	22	21	37	22	22	33	46	256
Kræft i mandlige kønsorganer	7	8	11	15	17	14	31	36	38	50	227
Kræft i urinveje	10	10	9	14	16	18	20	32	30	31	190
Kræft uden specifik lokalisation	3	16	14	13	18	9	16	21	32	18	160
Kræft i læbe, mundhule og svælg	11	11	9	12	8	16	7	21	31	19	145
Modermærkekræft og hudkræft	6	7	13	9	10	8	21	25	21	21	141
Kræft i øjne, hjerne og CNS	3	6	5	8	7	7	7	15	11	12	81
Kræft i bindevæv	6	3	1	2	7	6	3	4	6	10	48
Kræft i knogle og ledbrusk	1	3	3	4	4	9	6	6	3	9	48
Kræft i skjoldbruskkirtel	2	4	2	6	4	7	2	1	1	8	37
I alt	160	206	237	280	298	340	348	473	483	544	3369

1.2 Anmeldelser i forhold til incidens af kræftsygdomsgrupper

I det følgende er antallet af anmeldelsen til Patientforsikringen inden for de enkelte kræftsygdomsgrupper vurderet i forhold til incidensen (antal nye tilfælde per år) af sygdommene i den danske befolkning. Da der kan være variationer mellem de enkelte år både i sygdomsincidens og anmeldelsesfrekvens, som kan være af betydning især for de mindre hyppige sygdomme, er der anvendt gennemsnitstal for en 5-års periode fra 2004 til 2008. Oplysningerne stammer fra NORDCAN, som er en database der bl.a. indeholder oplysninger om incidens for 41 store kræftformer for de nordiske lande (4). I bilag 2 findes en oversigt over underdiagnoser og incidens inden for de viste kræftsygdomsgrupper.

Table 4: Antal anmeldelser fra kræftpatienter i forhold til incidens – gennemsnit for 2004 – 2008

	Gennemsnit Patientforsikringens data	Incidens NORDCAN	Patientforsikringen % af incidens
Kræft i mave-tarm kanal	93	6.406	1,5
Brystkræft	74	4.173	1,8
Kræft i åndedrætsorganer	36	4.456	0,9
Kræft i kvindelige kønsorganer	32	1.764	1,8
Kræft i lymfatisk og bloddannende væv	27	1.791	1,5
Kræft i mandlige kønsorganer	27	3.701	0,7
Kræft i urinveje	23	2.584	0,9
Kræft uden specifik lokalisation	19	Ingen data	-
Kræft i læbe, mundhule og svælg	17	750	2,2
Modermærkekræft og hudkræft	17	9.041	0,2
Kræft i øjne, hjerne og CNS	9	1.125	0,8
Kræft i bindevæv	5	235	2,2
Kræft i knogle og ledbrusk	6	345	1,6
Kræft i skjoldbruskkirtel	3	180	1,7
I alt	388	36.291	1,1

Table 4 viser, at anmeldelsesraten ligger mellem ca. 1 og 2 % af den gennemsnitlige incidens af de enkelte sygdomskategorier. Opgørelsen viser, at der hverken er over- eller underrepræsentation af specifikke kræftsygdomme, når der ses bort fra sygdomsgruppen modermærkekræft og hudkræft. I denne gruppe udgør anmeldelserne 0,2 % af incidensen, hvilket er i overensstemmelse med, at behandling af almindelig hudkræft, som er den største diagnose i denne gruppe, kun giver anledning til få skader.

Kapitlets hovedpunkter

- Tre fjerdedele af anmeldelserne vedrører kræftpatienter i alderen 41 – 70 år
- Antallet af anmeldelser fra kræftpatienter er steget hvert år og i højere grad sammenlignet med det samlede antal anmeldelser til Patientforsikringen
- Antallet af anmeldelser fra kræftpatienter var i 2009 3½ gange højere end i 2000
- Fordelingen af anmeldelser på de enkelte sygdomsgrupper svarer til den gennemsnitlige incidens for de enkelte kræftsygdomsgrupper bortset fra modermærke- og hudkræft, hvor der er færre anmeldelser
- Der er en knap 3 gange overrepræsentation af anmeldelser vedrørende børn med kræft i forhold til børns andel af alle kræftsygdomme
- Halvdelen af anmeldelserne omfatter specialerne onkologi, kirurgi, kirurgisk gastroenterologi og urologi
- Siden almen medicin i 2004 blev omfattet af erstatningsansvarsloven, er der set en særlig stor stigning i antallet af anmeldelser vedrørende dette speciale

Stigningen i anmeldelser fra kræftpatienter kan formentlig relateres til stigende opmærksomhed på kræft og kræftbehandling i den aktuelle tidsperiode. Samtidig er der en tendens til, at kræftpatienter gennemgår flere undersøgelser og behandlinger i de senere år i forhold til tidligere. Den svage stigning, der er sket i antallet af kræftpatienter, forventes derimod kun at have minimal betydning for stigningen i antallet af anmeldelser

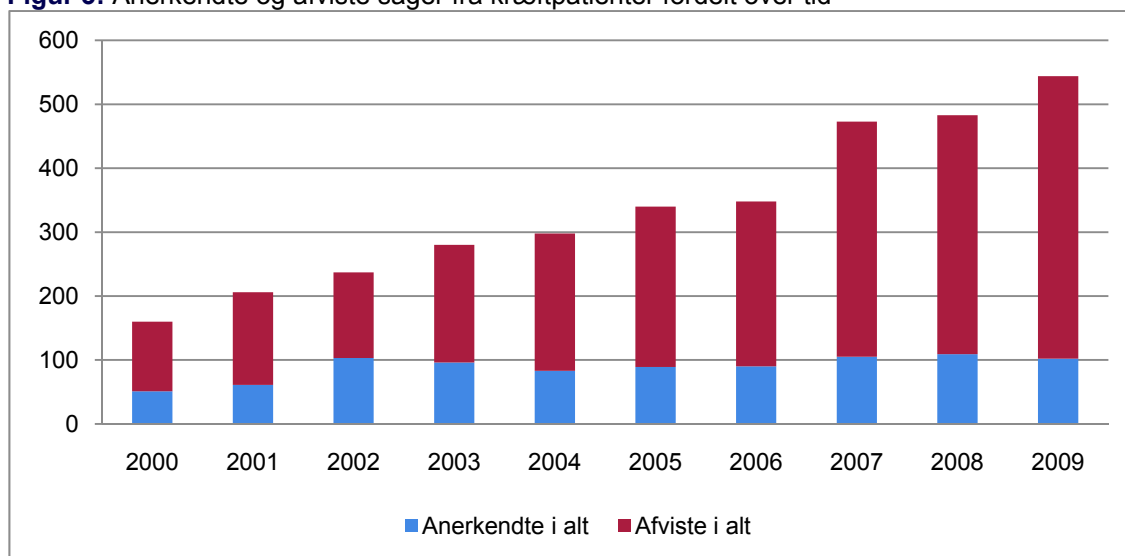
2. Afgørelser

2.1 Beskrivelse af afgørelserne

Fordeling af sager på afgørelser over tid

Figur 3 viser udviklingen i antal anerkendte og afviste sager fra 2000 til 2009. Samlet set er der en kraftig stigning i antallet af sager, der årligt modtages i Patientforsikringen, mens antallet af anerkendte sager er mere konstant omkring 100 sager per år.

Figur 3: Anerkendte og afviste sager fra kræftpatienter fordelt over tid



Tabel 5 viser, at der i det samlede antal anmeldelser til Patientforsikringen er en højere andel anerkendte sager i alle år sammenlignet med sager fra kræftpatienter. I lighed med kræftsagerne ses dog en faldende andel anerkendte sager i det samlede materiale.

Tabel 5: Andel anerkendte sager vedr. kræft og Patientforsikringens (PF) samlede anmeldelser

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	I alt
% anerkendte kræftsager	32	30	44	34	28	26	26	22	23	19	26
% anerkendte alle PF's sager	47	47	47	43	44	36	33	30	32	34	38
Samlet antal PF sager	2.473	2.537	3.174	3.704	4.037	4.401	4.831	5.416	5.524	6.317	42.417

En væsentlig del af forklaringen på faldet i andelen anerkendte sager er, at den primære sundhedssektor blev omfattet af lovens dækningsområde i 2004, hvor hovedparten af sagerne vedrører behandling hos alment praktiserende læger. Der opstår dog forholdsvis sjældent skader ved behandling hos alment praktiserende læger, hvorfor størstedelen af disse sager afvises. Dette får betydning for den gennemsnitlige anerkendelsesrate.

Tabel 6 og 7 viser Patientforsikringens afgørelser vedrørende kræftpatienter fordelt på henholdsvis anerkendte og afviste sager samt lovgrundlaget, som afgørelsen hviler på. I

hele perioden blev 26,4 % af sagerne anerkendt, og der ses en variation fra 43,5 % i 2002 til 18,8 % i 2009.

Tabel 6 viser, at der i løbet af 10-årsperioden er sket en ændring i afgørelsespraksis, idet færre sager er anerkendt som sjældne og alvorlige skader i forhold til grundsygdommen (rimelighedsreglen), mens et stigende antal skader er anerkendt på baggrund af for lange ventetider, forsinkelse i diagnostik eller behandling (samlet betegnet behandlingsforsinkelse). I 2000 og 2001 fik 11 – 12 % af kræftpatienterne erstatning efter rimelighedsreglen, mens det i 2002 steg til 17 %. Herefter er andelen faldet stærkt til i 2009 at udgøre under 2 %. Andelen af anerkendelser efter bestemmelsen for alle patientgrupper var i 2002 og 2009 henholdsvis 20 % og 12 % (1). Der har således generelt været en stærkt faldende andel af anerkendelser efter rimelighedsreglen.

Tabel 6: Antal anerkendte sager fra kræftpatienter fordelt på afgørelser og regelgrundlag

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	I alt
Sjælden og alvorlig skade	18	25	41	36	24	22	13	7	8	8	202
Ej erfaren specialiststandard	10	23	29	30	24	33	35	40	28	33	285
Behandlingsforsinkelse ⁴	21	12	23	26	26	24	34	58	68	59	351
Øvrige anerkendte	2	1	10	4	9	10	8	0	5	2	51
Anerkendte i alt	51	61	103	96	83	89	90	105	109	102	889
% af alle kræftsager	31,9	29,6	43,5	34,3	27,9	26,2	25,9	22,2	22,6	18,7	26,4
Alle kræftsager	160	206	237	280	298	340	348	473	483	544	3369

Tabel 7 viser, at et stigende antal sager fra kræftpatienter afvises på baggrund af, at skaden ikke vurderes som sjælden og alvorlig i forhold til patientens grundsygdom, som i disse sager er kræftsygdommen (rimelighedsreglen).

Blandt ”øvrige afviste” sager er der i løbet af tidsperioden et stigende antal anmeldelser, hvor afslaget begrundes med, at der ikke er sket en skade som følge af behandlingen. (Se også tabel 8 og 9 om skademønstre i anmeldte og anerkendte sager.)

Tabel 7: Antal afviste sager fra kræftpatienter fordelt på afgørelser og regelgrundlag

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	I alt
Ikke sjælden og alvorlig skade	61	54	49	74	102	112	114	125	116	141	948
Øvrige afviste	48	91	85	110	113	139	144	243	258	301	1532
Afviste i alt	109	145	134	184	215	251	258	368	374	442	2480
% af alle kræftsager	68,1	70,4	56,5	65,7	72,1	73,8	74,1	77,8	77,4	81,3	73,6
Alle kræftsager	160	206	237	280	298	340	348	473	483	544	3369

⁴ Overskridelse af fastlagte tidsfrister i henhold til officielle retningslinjer, forsinket diagnose eller behandling

Afgørelser i henhold til grundsygdommens alvor for andre sygdomsgrupper

Der har i en årrække været en konstant faldende andel af afgørelser, som tilkender kræftpatienter erstatning efter reglen i klage- og erstatningsloven § 20, stk. 1, nr. 4 (rimelighedsreglen), hvorefter behandlingsskaden skal vurderes i forhold til patientens grundsygdom (kræftsygdommen). Årsagen til, at andelen af anerkendte sager har været stærkt faldende for kræftpatienter, må antages at skyldes ændringer i retspraksis. Landsretten havde i 1998 (stadfæstet af Højesteret i 2001⁵) truffet afgørelse om, at man i visse tilfælde kunne se bort fra grundsygdommens alvor ved vurderingen af, om patienter kunne opnå erstatning efter bestemmelsen. Dette havde naturligvis stor betydning for kræftpatienter. I 2004⁶ ændrede Højesteret imidlertid denne praksis. Herefter indgår grundsygdommens alvor altid ved vurderingen af, om patienter kan opnå erstatning efter rimelighedsreglen. Selvom det må antages, at den nugældende praksis er i overensstemmelse med lovens forudsætninger, så har den seneste afgørelse fra Højesteret begrænset adgangen til erstatning for patienter med en alvorlig grundsygdom, herunder kræftpatienter.

En sammenligning med anmeldelser fra hjertepatienter med en alvorlig grundsygdom og deraf følgende høj peroperativ dødelighed og patienter, der har fået foretaget organtransplantation, viser, at det også ved disse sygdomsgrupper er vanskeligt at opnå erstatning efter rimelighedsreglen. Det er således ikke kun kræftpatienter, der rammes af denne regel.

Ved vurderingen af, om svært syge hjertepatienter kan få erstatning efter rimelighedsreglen, tages der i praksis udgangspunkt i den enkelte patients Euroscore⁷(5).

Patientforsikringen har i 2009 behandlet sager fra ca. 75 hjertepatienter. Af disse havde 16 konsekutivt udvalgte patienter en peroperativ dødelighed på over 2 % bedømt ved Euroscore. Disse 16 patienter fik alle afslag på erstatning alene på grund af den høje peroperative dødelighed, uanset hvor omfattende skade de blev påført i forbindelse med behandlingen.

En gennemgang af samtlige sager vedrørende organtransplantationer viser samme resultat, idet ingen patienter, der har fået foretaget lever- eller hjertetransplantationer, har fået erstatning efter rimelighedsreglen.

Derimod har 2 ud af 36 nyretransplanterede patienter fået erstatning efter rimelighedsreglen. Den ene af disse sager vedrørte en patient, der døde som følge af komplikationer til operationen. Den anden vedrørte en patient, der udviklede en svær nervelidelse, som medførte lammelse af begge ben med behov for anvendelse af kørestol samt delvis lammelse af blæren med behov for kateterisation. Det varige mén blev fastsat til 100 %

⁵ Ugeskrift for Retsvæsen 2001 s. 2319 H

⁶ Ugeskrift for Retsvæsen 2004 s. 1241 H

⁷ Euroscore er baseret på en undersøgelse af godt 13.000 patienter med et bredt udsnit af diverse hjertesygdomme tilgængelige for kirurgisk behandling. Man estimerede den peroperative dødelighed ud fra risikofaktorer og sammenlignede denne med den faktiske dødsrisiko efter en måned (perop mort risk). Der var overensstemmelse rent statistisk. Ud fra dette kunne man nu bedømme den fremtidige teoretiske dødsrisiko hos en given hjertekirurgisk patient. Hvis en hjertepatient får 3 point eller mere, er dødsrisikoen over 2 %. Patienten vil derfor ikke kunne få erstatning for behandlingsskader efter rimelighedsreglen

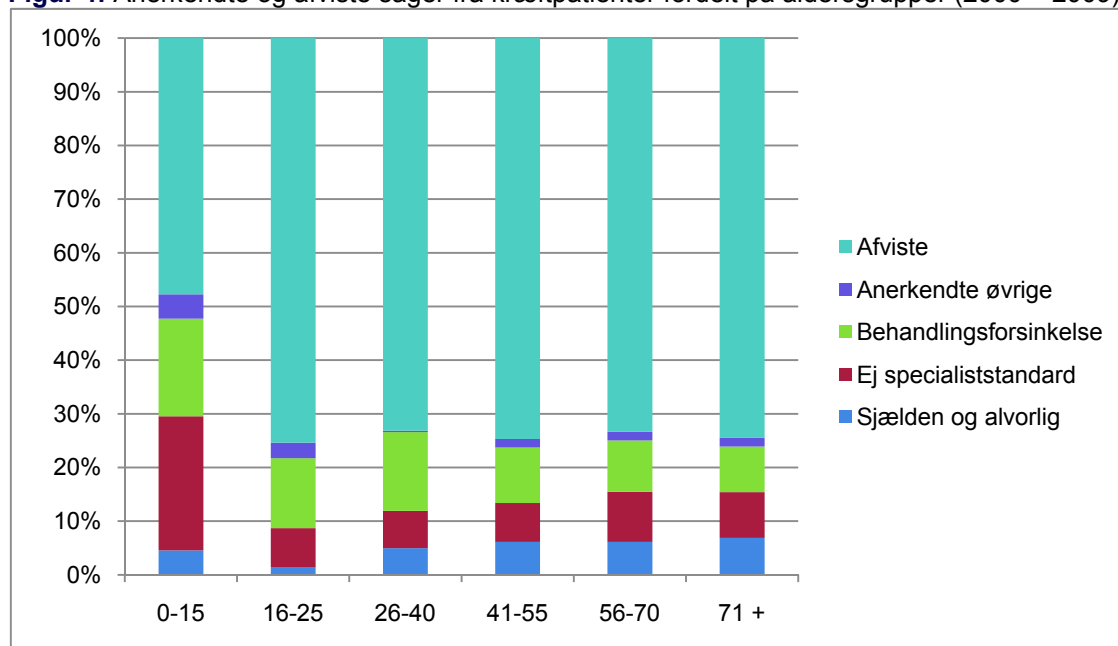
og erhvervsevnetabet til 70 %. I begge tilfælde var skaden så alvorlig, at patienten havde været bedre stillet uden behandlingen⁸.

Af skader opstået i forbindelse med organtransplantationer, hvor der er givet afslag på erstatning efter rimelighedsreglen, kan nævnes nerveskade i benet (tiltrådt af Højesteret i dommen U 2004.1241 H), amputation af ben (tiltrådt af Vestre Landsret i dommen FED 2005.247 V), kronisk nyresvigt, hjerneskade, nerveskade i hånd og arm som følge af lejrning og compartment syndrom i benet.

Fordeling af sager fra kræftpatienter på afgørelser og aldersgrupper

Figur 4 viser fordelingen af alle anerkendte og afviste sager på aldersgrupper og afgørelsesgrundlag. Det ses, at der er en højere andel af anerkendte sager hos patienter i aldersgruppen 0 – 15 år, mens der ikke er nævneværdig forskel imellem de øvrige aldersgrupper. Andelen af sager, der anerkendes på baggrund af, at behandlingen ikke lever op til specialistreglen, er tillige størst i den laveste aldersgruppe. Det er på det foreliggende grundlag ikke muligt at vurdere mulige forklaringer på den konstaterede forskel i afgørelsespraksis for børn sammenlignet med voksne kræftpatienter.

Figur 4: Anerkendte og afviste sager fra kræftpatienter fordelt på aldersgrupper (2000 – 2009)

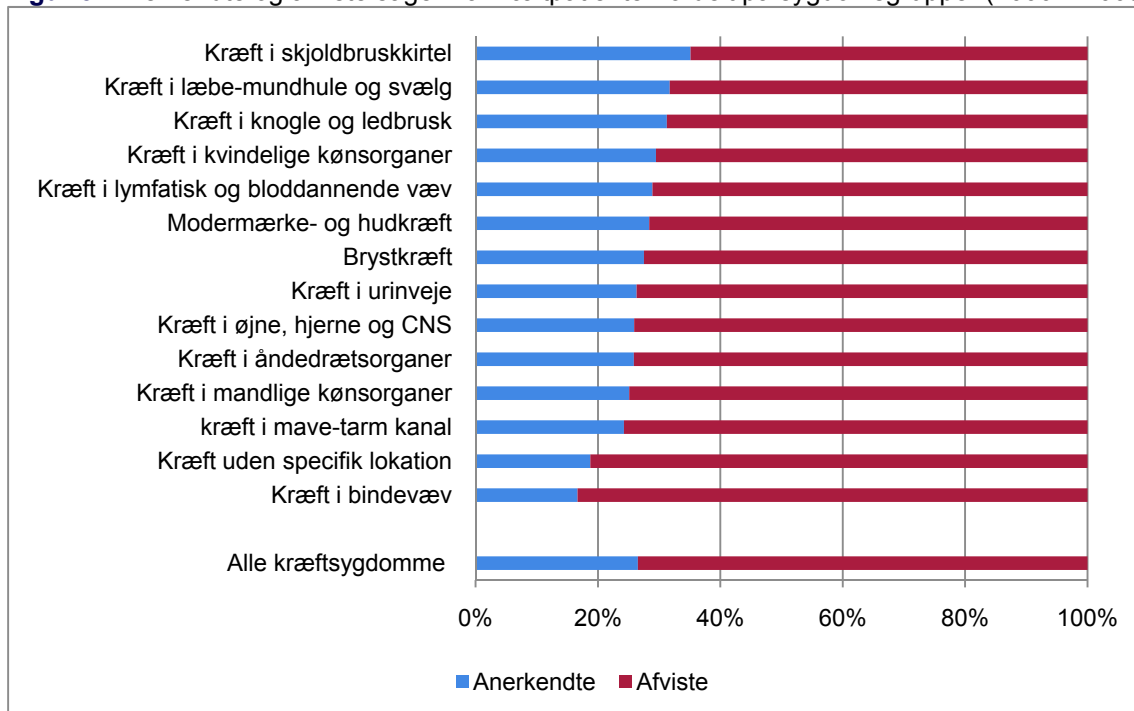


Fordeling af sager fra kræftpatienter på afgørelser og kræftsygdomsgrupper

Figur 5 viser, at der er forskel i anerkendelsesraten imellem kræftsygdomsgrupperne. Sager vedrørende patienter med kræft i skjoldbruskkirtel, kræft i læbe, mundhule og kræft i svælg samt kræft i knogle og ledbrusk har således lidt større andel anerkendte sager i forhold til sager vedrørende kræft i bindevæv og kræft uden specifik lokalisation.

⁸ Opgørelse foretaget af Patientforsikringen

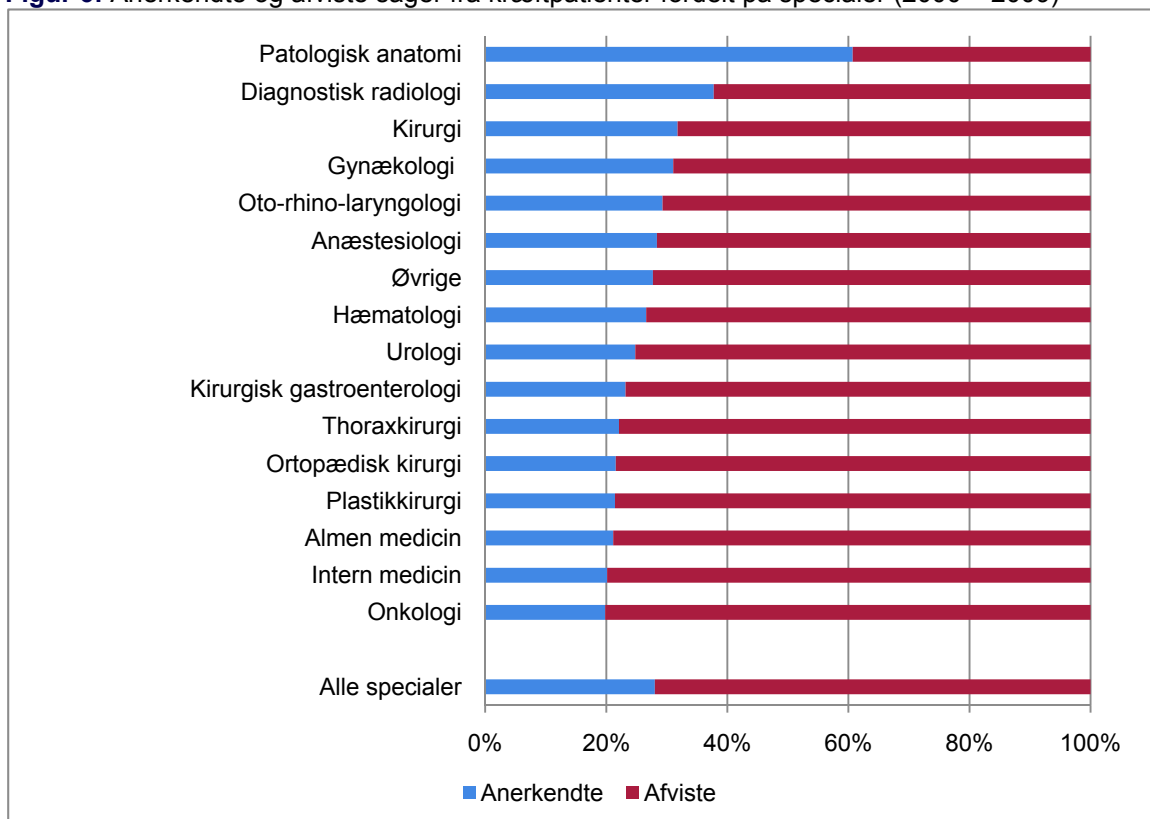
Figur 5: Anerkendte og afviste sager fra kræftpatienter fordelt på sygdomsgrupper (2000 – 2009)



Fordeling af sager på afgørelser og kliniske specialer

Figur 6 viser, at anerkendelsesraten er størst blandt de diagnostiske specialer patologisk anatomi og diagnostisk radiologi og lavest blandt de medicinske specialer almen medicin, intern medicin og onkologi.

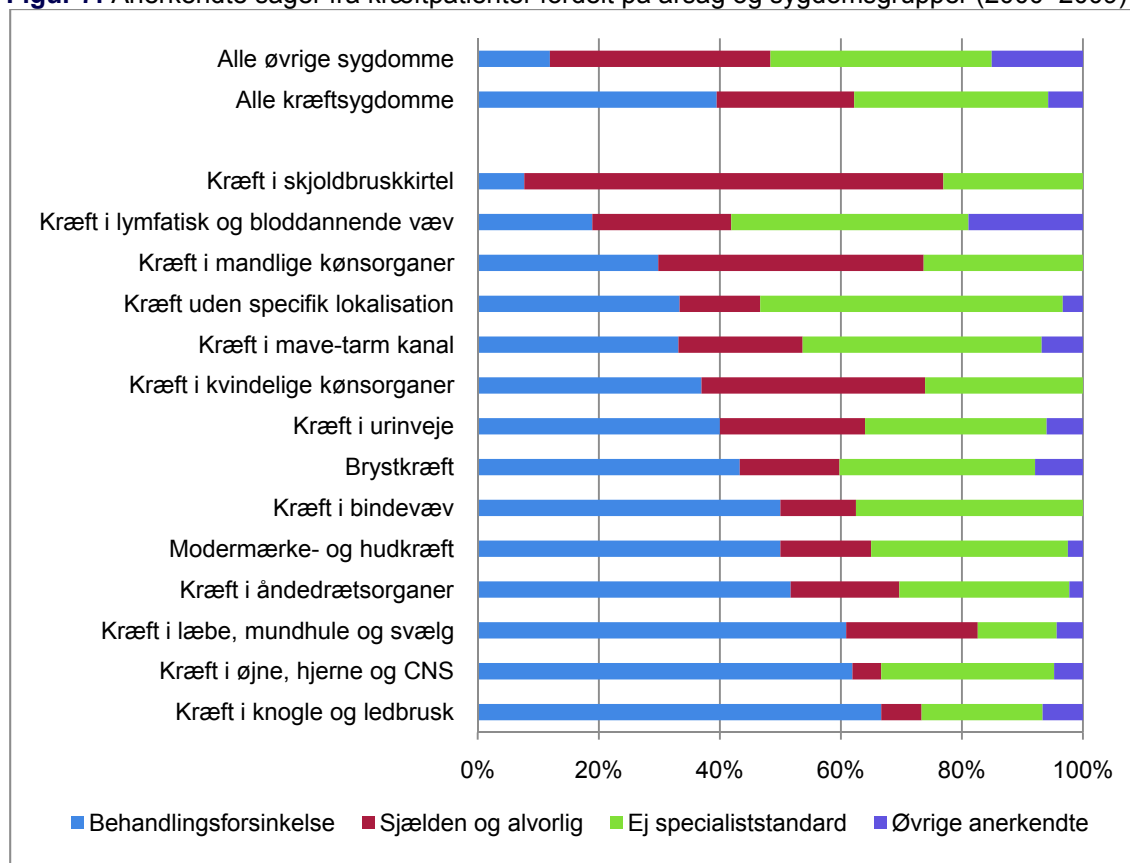
Figur 6: Anerkendte og afviste sager fra kræftpatienter fordelt på specialer (2000 – 2009)



Anerkendte sager fra kræftpatienter fordelt på lovgrundlag

I figur 7 sammenlignes anerkendte sager inden for de enkelte kræftsygdomsgrupper med hensyn til lovgrundlag for anerkendelsen. Fordelingen sammenlignes tillige med alle øvrige sygdomsgrupper.

Figur 7: Anerkendte sager fra kræftpatienter fordelt på årsag og sygdomsgrupper (2000–2009)



Et stigende antal kræftsager er anerkendt på baggrund af behandlingsforsinkelse. Dette hænger sammen med, at behandlingsforsinkelse kan have alvorlige konsekvenser for kræftpatienter, idet en forsinket diagnose og behandling kan føre til en dårligere overlevelsesprognose. Samlet set er 40 % af sagerne fra kræftpatienter anerkendt på baggrund af behandlingsforsinkelser.

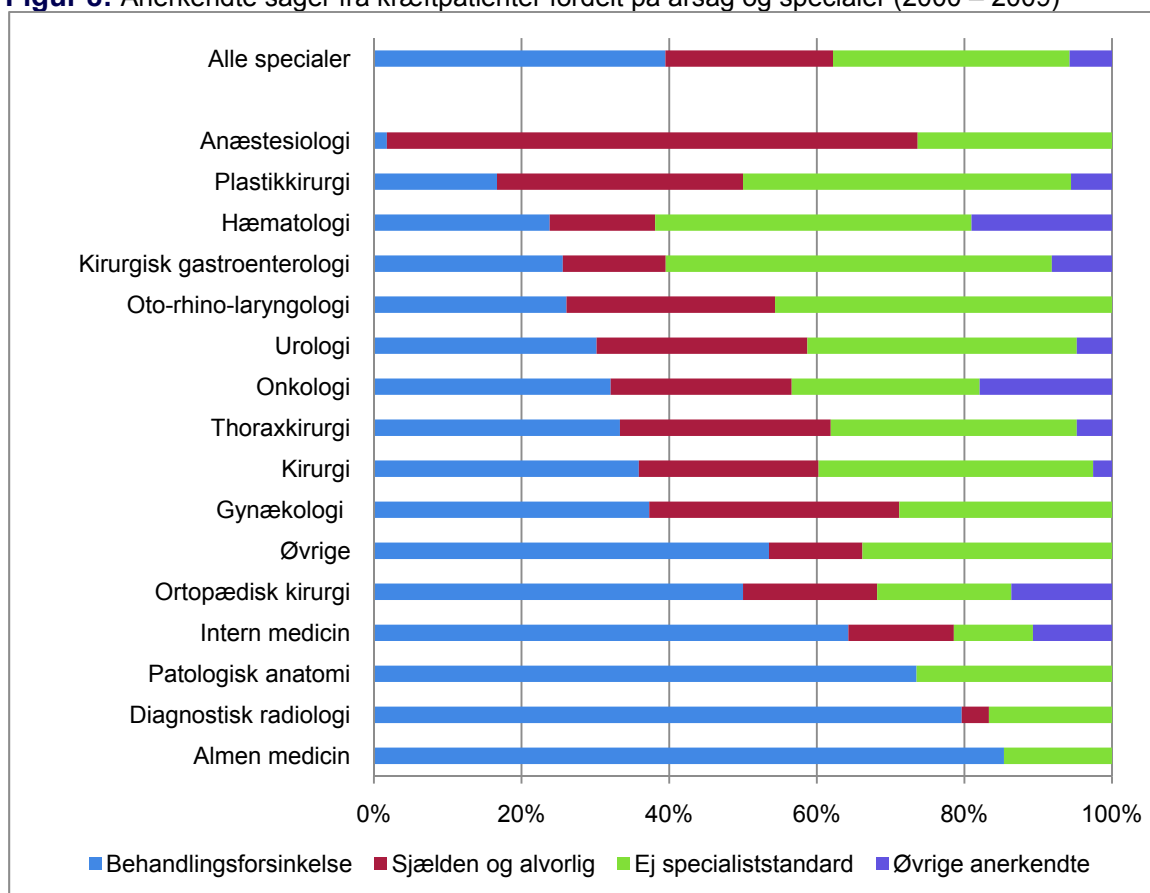
Det ses af figur 7, at andelen af anerkendte sager vedrørende behandlingsforsinkelse er højest for kræft i knogler og ledbrusk, kræft i øjne, hjerne og CNS samt kræft i læbe, mundhule og svælg, mens kræft i skjoldbruskkirtlen og kræft i lymfatisk og bloddannende væv sjældent anerkendes på baggrund af behandlingsforsinkelse. For kræft i skjoldbruskkirtel er andelen af skader, der vurderes som sjældne og alvorlige, større end for de øvrige sygdomsgrupper.

Den højeste andel af anerkendelse på baggrund af, at forløbet ikke opfylder kriteriet om erfaren specialiststandard, findes for kræft uden specifik lokalisation.

Analysen giver ikke mulighed for at identificere de bagvedliggende begrundelser for Patientforsikringens afgørelser i de enkelte sager, idet dette vil kræve en gennemgang af Patientforsikringens journalmateriale.

Figur 8 viser, at behandlingsforsinkelse er årsag til anerkendelse i over halvdelen af sagerne inden for specialerne almen medicin, diagnostisk radiologi, patologisk anatomi og intern medicin, mens andelen af sjældne og alvorlige skader er størst inden for anæstesiologi.

Figur 8: Anerkendte sager fra kræftpatienter fordelt på årsag og specialer (2000 – 2009)



Skademønstre og afgørelser for sager fra kræftpatienter

Tabel 8 viser de 15 største skadekategorier anmeldt af kræftpatienter til Patientforsikringen i den analyserede 10-års periode. Det ses, at manglende tilfredshed med en i øvrigt korrekt behandling er den kategori, der omfatter flest anmeldelser svarende til knap en femtedel af alle sager.

Table 8: De 15 hyppigste typer af skader i anmeldte sager fra kræftpatienter (2000 – 2009)

	I alt	%
Manglende tilfredshed med en i øvrigt korrekt behandling	654	19,4
Overset diagnose	510	15,1
Forsinket operation eller behandling	249	7,4
Utilstrækkelig eller forkert operation eller behandling	105	3,1
Suturinsufficiens eller anastomosebristning i gastrointestinalkanalen	101	3,0
Postoperativ dyb infektion efter invasiv procedure	75	2,2
Hudpåvirkning efter drop på overekstremiteten	69	2,0
Tandskader efter intubation eller laryxmaske	60	1,8
Blodansamling eller dybtliggende blødning ved operationssår	50	1,5
Læsion af nervus recurrens	50	1,5
Punktur eller læsion af tyktarm	49	1,5
Punktur eller læsion af urinrør	44	1,3
Punktur eller læsion af tyndtarm og oment	39	1,2
Øvrige skader i alt	1314	39,0
I alt	3369	100

Figur 9 viser udviklingen i antal sager i 10-års perioden for de tre skadekategorier, hvor der er flest anmeldte skader. De tre skadekategorier udgør tilsammen 45 % af alle anmeldte skader i 2009. Det ses, at der især er sket en stigning i antallet af sager vedrørende forsinkelser i operation eller behandling samt i sager, hvor der angives manglende tilfredshed med en i øvrigt korrekt behandling.

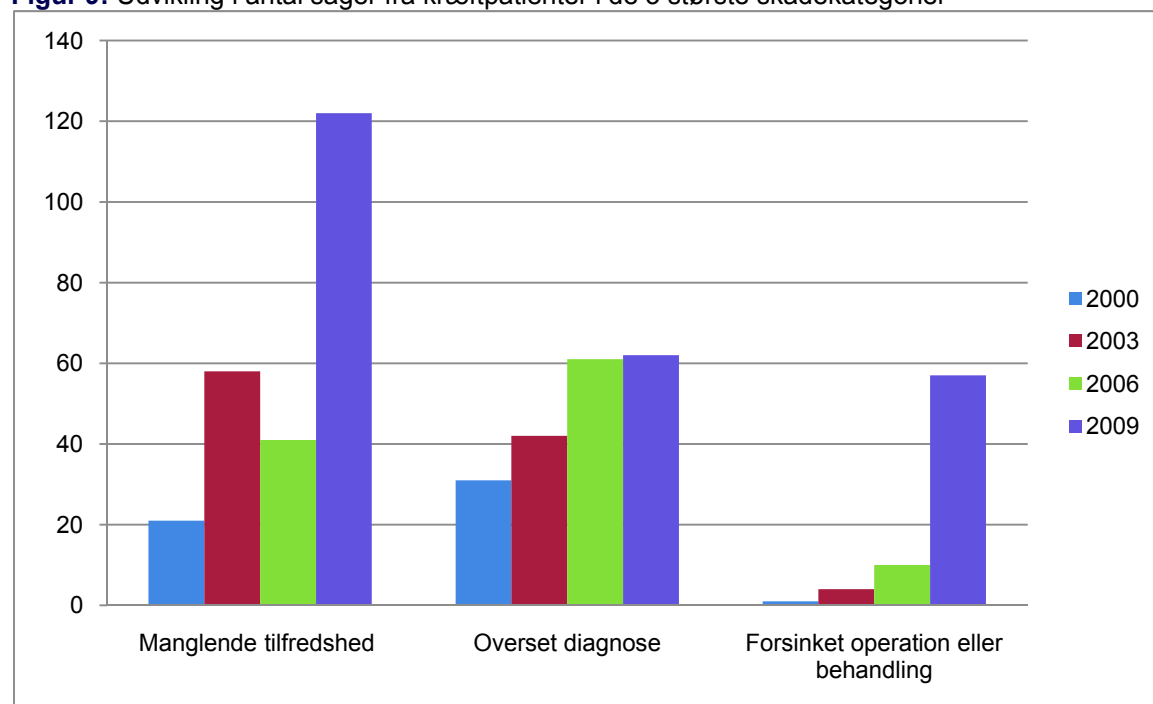
Figure 9: Udvikling i antal sager fra kræftpatienter i de 3 største skadekategorier

Table 9 shows the 15 largest injury categories, which have been recognized as eligible for compensation. Reports covering satisfaction with overall correct treatment can be

henhold til Patientforsikringens lovgrundlag ikke anerkendes som erstatningsberettigende. Skader i forbindelse med overset diagnose, forsinket eller utilstrækkelig operation og behandling samt falsk negative eller falsk positive svar udgør tilsammen knap halvdelen af anerkendte sager, mens de kun udgør en fjerdedel af de anmeldte sager. Punktur af tyktarm, tyndtarm eller urinrør i forbindelse med operation udgør 6 % af de anerkendte sager og 4 % af anmeldte sager.

Ud af de i alt 759 anmeldelser vedrørende overset diagnose og forsinket operation eller behandling (behandlingsforsinkelse) er 325 sager anerkendt svarende til 43 %. For skadetyperne utilstrækkelig eller forkert operation eller behandling, operation eller behandling foretaget på forkert indikation, operation på den forkerte side eller forkert niveau samt falsk negativ svar og falsk positiv svar er over halvdelen af de anmeldte sager anerkendt som erstatningsberettigende.

I anmeldelserne vedrørende behandlingsforsinkelse er medregnet de sager, hvor der er sket en overskridelse af de maksimale ventetider for behandling af kræftsygdomme, de såkaldte ventetidsregler. Ventetidssagerne havde stor opmærksomhed i pressen i 2006-2009. Frem til 2009 blev der anmeldt i alt 211 ventetidssager, og der er tilkendt erstatning i 41 af disse sager. I enkelte af sagerne er det dog ikke overskridelsen af ventetidsreglerne, men andre forhold, der har udløst erstatning. Der er i alt udbetalt ca. 3,5 mio. kr. i erstatning i ventetidssagerne. Siden 2009 er der anmeldt yderligere 8 ventetidssager, hvoraf der er tilkendt erstatning i én sag og givet afslag på erstatning i to sager. Der er medio 2011 endnu ikke truffet afgørelse i de resterende 5 sager.

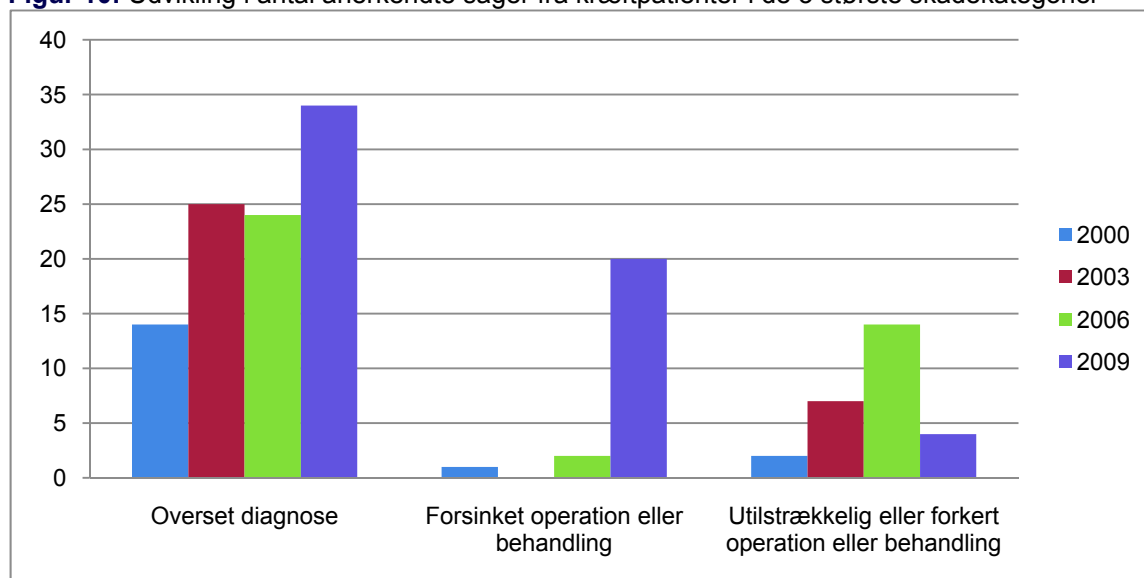
Tabel 9: De 15 hyppigste typer af skader i anerkendte sager fra kræftpatienter (2000 – 2009)

	Antal anerkendte sager	% af alle anerkendte sager	% af anmeldte sager i samme kategori
Overset diagnose	235	26,4	46,1
Forsinket operation eller behandling	90	10,1	36,1
Utilstrækkelig eller forkert operation eller behandling	59	6,6	56,2
Punktur eller læsion af tyktarm	23	2,6	46,9
Falsk negativt svar*	19	2,1	57,8
Postoperativ dyb infektion efter invasiv procedure	19	2,1	25,3
Punktur eller læsion af tyndtarm og oment	18	2,0	46,2
Operation eller behandling foretaget på forkert indikation	17	1,9	60,7
Punktur eller læsion af urinrør	13	1,5	29,5
Blodansamling eller dybtliggende blødning ved operationsår	12	1,3	24,0
Læsion af nervus accesorius	12	1,3	50,0
Suturinnsufficiens eller anastomosebristning i gastrointestinalkanalen	12	1,3	11,9
Operation på den forkerte side eller forkert niveau	11	1,2	52,3
Hudpåvirkning efter drop på overekstremiteten	11	1,2	15,9
Falsk positiv svar*	10	1,1	62,5
Øvrige skader i alt	328	36,9	24,7
I alt	889	100	26,2

* Patologifejl

Figur 10 viser udviklingen i antal sager i 10-års perioden for de tre skadekategorier, hvor der er flest anerkendte skader. De tre skadekategorier udgør tilsammen 56 % af alle anerkendte skader i 2009. Det ses, at der især er sket en stigning i antallet af sager vedrørende forsinkelser i operation eller behandling, mens der er en jævn stigning i sager vedrørende overset diagnose.

Figur 10: Udvikling i antal anerkendte sager fra kræftpatienter i de 3 største skadekategorier



Skademønster og anerkendelsesrate varierer imellem forskellige specialer. I det følgende er der set nærmere på de tre specialegrupper onkologi, kirurgi/gastrokirurgi⁹ og almen medicin, som tilsammen udgjorde knap halvdelen af alle anmeldelser i 10-års perioden.

Inden for onkologi (535 anmeldelser) udgør forsinket operation eller behandling, hudpåvirkning efter drop på overekstremiteten, overset diagnose og utilstrækkelig eller forkert operation eller behandling tilsammen 27 % af alle anmeldte skader, og 33 % af disse er anerkendt. Manglende tilfredshed med en i øvrigt korrekt behandling udgør 24 % af alle anmeldte skader, hvoraf ingen er anerkendt. Samlet anerkendelsesrate for alle anmeldelser er 20 %.

Inden for kirurgi/gastrokirurgi (862 anmeldelser) udgør overset diagnose, suturinsufficiens eller anastomosebristning i gastrointestinalkanalen, utilstrækkelig eller forkert operation eller behandling, forsinket operation eller behandling og punktur eller læsion af tyktarm tilsammen 37 % af alle anmeldte skader, og 37 % af disse er anerkendt. Manglende tilfredshed med en i øvrigt korrekt behandling udgør 16 % af alle anmeldte skader, hvoraf ingen er anerkendt. Samlet anerkendelsesrate for alle anmeldelser er 28 %.

Inden for almen medicin (194 anmeldelser) udgør overset diagnose 43 % af alle anmeldte skader, og 40 % af disse er anerkendt. Manglende tilfredshed med en i øvrigt korrekt behandling udgør 24 % af alle anmeldte skader, hvoraf ingen er anerkendt. Samlet anerkendelsesrate for alle anmeldelser er 17 %.

⁹ Specialerne kirurgi og kirurgisk gastroenterologi er lagt sammen i denne opgørelse

2.2 Anke af Patientforsikringens afgørelser

Patientskadeankenævnets afgørelser

I tabel 10 vises Patientskadeankenævnets afgørelser af sager, hvor Patientforsikringens (PF's) afgørelse er blevet anket. Patientskadeankenævnet har i 10-års perioden tiltrådt 83,5 % af Patientforsikringens afgørelser, mens 12,6 % er ændret. 3,9 % er afvist, henlagt mv. Ændringen kan enten vedrøre anerkendelsesspørgsmålet eller erstatningens størrelse. Ca. en tredjedel af de sager (35 ud af 115), hvor Patientskadeankenævnet har ændret Patientforsikringens afgørelse, omfatter ændring af erstatningsbeløbets størrelse. I alt 5 af de ændrede sager er faldet ud til ugunst for patienten.

Tabel 10: Antal ankede sager fra kræftpatienter fordelt på år (ankeafgørelse 1)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	I alt
PF's afgørelse tiltrådt	42	43	43	53	67	80	84	112	114	124	762
PF's afgørelse ændret	9	11	17	14	14	20	13	10	7	0	115
Øvrige*	3	8	4	3	1	2	1	8	5	1	36
I alt	54	62	64	70	82	102	98	130	126	125	913

* Afvist, henlagt mv.

68 sager er blevet anket endnu en gang. I 38 af disse sager har Patientskadeankenævnet tiltrådt den tidligere afgørelse, 11 er ændret (heraf 8 til ugunst for patienten) og 19 er ikke antaget til sagsbehandling.

I de seneste år er andelen af ændrede afgørelser faldet yderligere, hvilket indikerer, at Patientforsikringens afgørelser er i god overensstemmelse med den praksis, som Patientskadeankenævnets afgørelser fastlægger. Patientforsikringens afgørelser kan ankes af såvel patienten/pårørende som andre med retlig interesse i sagen. Analysen forholder sig ikke til, hvem der har anket afgørelsen.

Domstolsafgørelser vedrørende sager fra kræftpatienter

Der er gennem årene flere af Patientforsikringens kræftsager, der har været behandlet ved domstolene. Baggrunden har typisk været, at patienten har fået afslag på erstatning af både Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet og herefter har indbragt sagen for domstolene. Det er særligt afslag på erstatning efter rimelighedsreglen, der kan være svære for patienterne at forstå, da denne regel ofte betyder, at man som kræftpatient må tåle selv alvorlige skader uden at få erstatning, fordi grundsygdommen er meget alvorlig, se nærmere herom under afsnittet om lovgrundlag og afgørelsespraksis side 11.

Det har ikke været muligt at opgøre det samlede antal kræftsager, hvor domstolene har haft lejlighed til at foretage en vurdering af rimelighedsreglen. I bilag (4) er nogle eksempler på disse sager gennemgået. Eksemplerne viser, at domstolene er meget restriktive med at yde erstatning til kræftpatienter efter rimelighedsreglen.

2.3. Skadeerstatninger

I de 889 anerkendte sager er der på opgørelsestidspunktet udbetalt erstatning til i alt 847 patienter eller efterladte personer. Erstatning til kræftpatienter eller deres pårørende udgør i hele 10-års perioden 281,4 mio. kr. svarende til 8,4 % af det samlede erstatningsbeløb via Patientforsikringen på 3.345,6 mio. kr. I hele perioden har Patientforsikringen i alt modtaget 42.417 anmeldelser (2). De 3.369 anmeldelser fra kræftpatienter udgør således 7,9 % af alle anmeldelser.

Tabel 11 og 12 viser fordelingen af erstatninger til kræftpatienter henholdsvis alle øvrige patienter fordelt på erstatningsbeløbets størrelse. Det fremgår, at andelen af kræftpatienter, der er tildelt erstatning via Patientforsikringen på over 100.000 kr., er højere end for øvrige patienter. 9,3 % af kræftpatienterne har modtaget erstatning på 1. mio. kr. og derover, mens dette er tilfældet for 6,5 % af øvrige patienter. Erstatningsbeløb af denne størrelsesorden gives fx ved dødsfald som følge af behandlingen, hvor der bl.a. beregnes erstatning for tab af forsørger.

De forholdsmæssigt store erstatninger til kræftpatienter indikerer, at der forekommer betydelige skader, herunder dødsfald, i forbindelse med kræftbehandlingen, som skyldes sundhedsvæsenets indsats og ikke patientens kræftsygdom.

Tabel 11: Antal kræftpatienter i henhold til erstatningens størrelse (2000 - 2009)

Erstatningsbeløb	Antal personer (% af alle med erstatning)	Gennemsnitlig erstatning Kr.	Samlet erstatning kr.
>= 1. mio. kr	79 (9,3%)	2.032.793	160.590.661
500.000 – 999.999 kr.	65 (7,7 %)	709.911	46.144.203
100.000 – 499.999 kr.	221 (26,1 %)	239.948	53.028.421
< 100.000 kr.	482 (56,9 %)	44.881	21.632.764
I alt	847 (100 %)	332.227	281.396.049

Tabel 12: Antal øvrige patienter i henhold til erstatningens størrelse (2000 - 2009)

Erstatningsbeløb	Antal personer (% af alle med erstatning)	Gennemsnitlig erstatning Kr.	Samlet erstatning kr.
>= 1. mio. kr	884 (6,5%)	1.779.812	1.573.353.790
500.000 – 999.999 kr.	824 (6,1 %)	720.892	594.015.358
100.000 – 499.999 kr.	2.800 (20,6 %)	220.525	617.469.899
< 100.000 kr.	9.070 (66,8 %)	43.302	392.746.346
I alt	13.578 (100 %)	234.025	3.177.585.393

Tabel 13 viser antal patienter, der har modtaget erstatning, den samlede udbetalte erstatning og den gennemsnitlige erstatning per patient fordelt på Regioner og Sundhedsministeriet (lægemiddelskader og Sundhedsstyrelsens behandling af kræftsager). Det fremgår, at de gennemsnitligt største erstatninger er udbetalt af Sundhedsministeriet (704.369 kr.).

Table 13: Fordeling af erstatninger til kræftpatienter på regioner (2000 - 2009)

Region	Antal patienter	Gennemsnitlig erstatning kr.	Samlet erstatning kr.
Region Hovedstaden	325	290.204	94.316.399
Region Sjælland	95	427.175	40.581.642
Region Nord	65	288.309	18.740.100
Region Midt	188	303.919	57.136.882
Region Syd	191	303.090	57.890.308
Sundhedsministeriet	18	704.369	12.678.657

Kapitlets hovedpunkter

- Den gennemsnitlige anerkendelsesrate for kræftpatienter i analyseperioden er 26 %, mens gennemsnittet for alle anmeldelser er 38 %
- Et stigende antal anmeldelser omfatter manglende tilfredshed med en i øvrigt korrekt behandling, som ikke er erstatningsberettigende
- Anerkendelsesraten for børn med kræft er højere i forhold til øvrige aldersgrupper, og især for sager der afgøres på baggrund af, at den kliniske indsats ikke lever op til erfaren specialiststandard
- Anerkendelse af behandlingsskader som sjældne og alvorlige (rimelighedsreglen) forekommer sjældent hos kræftpatienter, men dette mønster genfindes for andre meget alvorlige sygdomsgrupper og afspejler domstolspraksis på området
- Et stigende antal sager anerkendes på grund af behandlingsforsinkelse, hvilket er i overensstemmelse med, at erkendelse af betydningen af forsinkelse af diagnose og behandling i form af en dårligere overlevelsesprognose og evt. større behandlingsbehov, er øget i løbet af analyseperioden
- De højeste anerkendelsesrater findes blandt anmeldelser inden for specialerne patologisk anatomi og diagnostisk radiologi, hvilket kan relateres til disse specialers andel i forsinkelse i diagnostik og behandling
- Inden for specialerne almen medicin og intern medicin er behandlingsforsinkelse begrundelsen for hovedparten af de anerkendte sager
- En fjerdedel af Patientforsikringens afgørelser er anket til Patientskadeankenævnet, hvoraf godt 12 % er ændret
- En større andel af kræftpatienter får erstatninger på over 100.000 kr. sammenlignet med øvrige patientgrupper

Metodediskussion

Repræsentativitet

Analysen viser, at der er forskel i antallet af anmeldelser fra kvinder og mænd inden for aldersgrupperne. Aldersmæssigt fordeler anmeldelserne sig med tre fjerdedele fra patienter i alderen 41 – 70 år, hvilket giver en lidt lavere aldersfordeling sammenlignet med aldersfordelingen for nye kræftdiagnoser (4). Fordelingen af anmeldelser på de enkelte sygdomsgrupper svarer til den gennemsnitlige incidens for de enkelte kræftsydomsgrupper bortset fra modernmærke- og hudkræft, hvor et lavt antal anmeldelser til Patientforsikringen skønnes i overensstemmelse med et forholdsvist ukompliceret behandlingsforløb for almindelig hudkræft, der udgør hovedparten af denne sygdomsgruppe.

Anmeldelserne omfatter hovedsagelig de store kliniske specialer, som indgår i kræftbehandlingen, samt diagnostiske specialer. Siden almen medicin i 2004 blev omfattet af erstatningsansvarsloven er der set et stigende antal sager fra dette speciale, hvor det især er forsinkelse i forbindelse med kræftdiagnostik, der er i fokus.

Det er ikke muligt at vurdere, om datamaterialet er repræsentativt for forekomsten af skader opstået i forbindelse med diagnostik og behandling i kræftforløbet, men det skønnes på baggrund af bredden i sagerne, at der ikke er åbenlyse bias i forhold til sager fra specifikke patientgrupper. Datamaterialet skønnes derfor egnet til at give en generel beskrivelse af Patientforsikringens skadeanmeldelser og afgørelser for kræftpatienter i en 10-års periode.

Betydning af tidsperioden

Da analysen omfatter 2009 som det seneste år, kan der stilles spørgsmål til, om mønstret for anmeldelser og afgørelser vedrørende behandlingsforsinkelse afspejler et aktuelt niveau, hvor man kunne forvente, at indførelse af pakkeforløb kan have medført et lavere antal af denne type sager. En overordnet sammenligning af mønstret for anmeldelser og afgørelser vedrørende behandlingsforsinkelser for første halvår af 2010 og 2009 viser imidlertid, at der ikke er sket et fald i anmeldelser, og at der er et tilsvarende antal anmeldelser, som er blevet anerkendt på grund af behandlingsforsinkelse.

Sammenligning med risikomønster fra patientsikkerhedsdata

Det kan være interessant at sammenholde det risikomønster, der kan identificeres for kræftpatientens møde med sundhedsvæsenet via forskellige datakilder. Patientforsikringens data udgør en særlig informationskilde, idet sagerne er baseret på patientens/pårørendes anmeldelse og opfattelse af en pådraget skade, som derefter er afgjort og klassificeret på baggrund af såvel kliniske som juridiske vurderinger.

Kræftens Bekæmpelse har gennemført tre undersøgelser af patientsikkerhed i kræftforløbet: sundhedspersonalets rapportering af utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD)(6), journalgennemgang til identifikation af patientskader ved metoden Global Trigger Tool (7) og patienters/pårørendes rapportering af egne oplevelser med fejl og uhensigtsmæssige forløb (8). I disse tre undersøgelser er anvendt samme systematik til klassifikation af hændelsestyper (WHO klassifikation)(9), og analyserne

viser, at hvert system identificerer en unik risikoprofil, idet hver datakilde har sine fordele og ulemper.

Selv om det ikke er muligt at sammenholde data fra Patientforsikringen med de andre datakilder, idet der ikke anvendes samme klassifikation af utilsigtede hændelser eller skader, kan de dog bidrage til det samlede billede af risikoen for skader og utilsigtede hændelser i kræftforløbet. I overensstemmelse med en amerikansk undersøgelse (10) ses, at Patientforsikringsagerne hovedsagelig omfatter skader, der er relateret til den kliniske indsats (diagnostik og behandling), mens andre datakilder som patientrapportering, sundhedspersonalets rapportering og journalgennemgang ud over utilsigtede hændelser i den kliniske indsats også identificerer kommunikationsbrist, administrative hændelser mv.

Sammenlignes andelen af anerkendte sager i Patientforsikringen med vurderingen af alvorlighed i DPSD i form af SAC score¹⁰ ses, at Patientforsikringens anerkendelsesrate på 26 % er af samme størrelsesorden som andelen af hændelser i DPSD vedrørende kræftpatienter fra 2004 til 2008, som er klassificeret med en SAC score 2 eller 3 (alvorlig hhv. katastrofal), nemlig 28 %.

¹⁰ SAC (Safety Assessment Code): system til vurdering af en hændelses hyppighed og alvorlighed

Referencer

1. Patientforsikringens årsberetninger
2. Bekendtgørelse af lov om erstatningsansvar. Lovbekendtgørelse nr. 750 af 4. september 2002
3. Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. Lovbekendtgørelse nr. 24 af 21/01/2009 (Klage- og erstatningsloven)
 - a. <http://www.patientforsikringen.dk/da/Udgivelser-og-tal/Aarsberetninger.aspx>
4. NORDCAN kræftstatistik på www.cancer.dk – eksempel vist for brystkræft: <http://www.cancer.dk/Hjaelp+viden/kraefftformer/kraeftsygdomme/brystkraeft/statistik+brystkraeft/>
5. Nashef, F. Roques, P. Michel, E. Gauducheau, S. Lemeshow, R. Salamon. S:A.M., the EuroSCORE study group.: European system for cardiac operative risk evaluation (EuroSCORE), European Journal of Cardio-Thoracic Surgery 16(1999) 9-13.
6. Utilsigtede hændelse i kræftbehandlingen – en analyse af hændelsesrapporter fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD), Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse, 2010
7. Patientsikkerhed i kræftbehandlingen – journalgennemgang med Global Trigger Tool. Kræftens Bekæmpelse, 2010
8. Kræftpatienters rapportering af utilsigtede hændelser, Kræftens Bekæmpelse 2010
9. World alliance for patient safety taxonomy: The International Classification for Patient Safety (ICPS) <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>
10. Levzion-Korach O, Frankel A, Alcalai H et al. Integrating incident data from five reporting systems to assess patient safety: making sense of the elephant. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2010;36(9):399-401.
11. International Classification of Diseases (ICD) Kap. T80-T88
12. Sundhedsstyrelsens sygdomsklassifikation: http://www.medinfo.dk/sks/brows.php?s_nod=5846

13. Bilag 1: Datamateriale og metode

Patientforsikringen registrerer alle anmeldelser og afgørelser i en database, hvor bl.a. forhold af betydning for anerkendelse af eller afslag på erstatning samt det konkrete lovgrundlag noteres.

Undersøgelsen omfatter sager udtrukket fra Patientforsikringens database, som opfylder følgende kriterier:

Sager der 1. august 2010 var klassificeret som færdigbehandlet af Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet, hvis afgørelsen var anket (kode 8.0 i databasen)

- sagen var anmeldt i perioden 2000 – 2009 og endeligt afgjort inden 1. august 2010
- diagnosekode DC (kræft) som 1., 2. eller 3. diagnose

Følgende oplysninger blev udtrukket:

- årstal for anmeldelse og afgørelse
- sagsnummer
- personnummer
- patientens køn
- patientens alder på anmeldelsestidspunktet
- ICD10 kode for primærdiagnose samt 2. og 3. diagnose (11)
- skadetype (WHO komplikationskategori) (11)
- klinisk speciale
- skadevolder (egen læge, speciallæge, hospital mv.)
- afgørelse (anerkendt/afvist) og lovgrundlag
- dato for evt. afgørelse i Patientskadeankenævnet (1. hhv. 2. anke)
- samlet erstatningsbeløb
- region

Med henblik på oprettelse af et anonymiseret datasæt til analyse er foretaget følgende:

- alle personnumre er omdannet til et løbenummer, hvorefter personnummeret er slettet
- ud fra diagnosekoden er tilføjet en sygdomsgruppe på organniveau jf. DSKS browser i Sundhedsstyrelsen (12) (bilag 2).

Data om den gennemsnitlige sygdomsincidens i perioden 2004 – 2008 er hentet fra www.cancer.dk under de enkelte kræftsygdomme og aggregeret til de anvendte sygdomskategorier på organniveau (4) (bilag 3).

Analyserne er foretaget i Excel i form af dannelse af frekvenstabeller og krydstabuleringer med henblik på at beskrive mønstre og udviklingstendenser i datamaterialet. Som hovedregel er opgørelser foretaget på sagsniveau.

I Patientforsikringen oprettes en sag for hver skadevolder eller skadevoldende enhed. En anmeldelse fra en patient kan fx omfatte ansøgning om erstatning for en eller flere skader i et behandlingsforløb, der involverer flere sundhedsfaglige personer fx hos praktiserende læge og hospital, som i Patientforsikringen behandles som selvstændige sager for hver enhed.

Enkelte opgørelser er derfor foretaget både i forhold til antal sager og antal personer.

Bilag 2: Sygdomsklassifikation

http://www.medinfo.dk/sks/brows.php?s_nod=5878

SKS-browser, vers 3.02. Copyright Sundhedsstyrelsen

Klassifikation af sygdomme

	D
☐	Svulster [DC00-DD48]
├─☐	Kræft i læbe, mundhule og svælg [DC00-DC14]
├─☐	Kræft i mave-tarmkanal [DC15-DC26]
├─☐	Kræft i åndedrætsorganer og organer i brysthule [DC30-DC39]
├─☐	Kræft i knogle og ledbrusk [DC40-DC41]
├─☐	Ondartet melanom og anden hudkræft [DC43-DC44]
├─☐	Kræft i mesotel og bindevæv [DC45-DC49]
├─☐	Kræft i bryst [DC50]
├─☐	Kræft i kvindelige kønsorganer [DC51-DC58]
├─☐	Kræft i mandlige kønsorganer [DC60-DC63]
├─☐	Kræft i urinveje [DC64-DC68]
├─☐	Kræft i øje, hjerne og andre dele af centralnervesystem [DC69-DC72]
├─☐	Kræft i skjoldbruskkirtel og andre endokrine kirtler [DC73-DC75]
├─☐	Kræft med dårligt definerede, eller ikke specificerede lokalisationer [DC76-DC80]
├─☐	Kræft i lymfatisk og bloddannende væv [DC81-DC96]
├─☐	Kræft opstået uafhængigt på flere lokalisationer [DC97]
├─☐	Carcinoma in situ [DD00-DD09]
├─☐	Godartede svulster [DD10-DD36]
├─☐	Svulster af usikker eller ukendt karakter [DD37-DD48]

Sygdomme med kode DC97 samt alle startende med DD er ikke inkluderet i undersøgelsen.

Bilag 3: Datamateriale og metode

Nedenstående vises de kræftsygdomsgrupper, der er anvendt i undersøgelsen, med angivelse af de diagnoser fra www.cancer.dk, som er inkluderet i sygdomsgruppen

Sygdomsgruppe	Inkluderede diagnoser	Nye tilfælde per år (2004-2008)
Kræft i bindevæv	Kræft i bindevæv	235
Brystkræft	Brystkræft	4.173
Kræft i knogle og ledbrusk	Kræft i knogle og ledbrusk Myelomatose	47 298
Kræft i kvindelige kønsorganer	Livmoderhalskræft Livmoderkræft Æggestokkræft Kræft i vulva	391 674 567 132
Kræft i lymfatisk og bloddannende væv	Hodgkin lymfom Non hodgkin lymfom Akut leukæmi Kronisk leukæmi Kronisk myeloid leukæmi	128 923 350 315 75
Kræft i læbe-mundhule og svælg	Kræft i spytkirtler Kræft i munden Kræft i tungen Kræft i læberne Kræft i svælg	51 215 136 44 304
Kræft i mandlige kønsorganer	Testikelkræft Prostatakræft	300 3.401
Kræft i mave-tarm kanal	Tyktarmskræft Anal- og endetarmskræft Leverkræft Bugspytkirtelkræft Mavekræft Spiserørskræft Kræft i galdeblære og galdegange	2.551 1.556 276 877 548 410 188
Modermærkekræft og hudkræft	Modermærkekræft Hudkræft	1.352 7.689
Kræft i skjoldbruskkirtel	Kræft i skjoldbruskkirtel	180
Kræft uden specifik lokalisation	Ingen data	-
Kræft i urinveje	Blærekræft Nyrekræft Kræft i nyrebækken og urinledere	1.790 610 184
Kræft i øjne, hjerne og CNS	Hjernekræft	1125
Kræft i åndedræts organer	Lungekræft Lungehindekræft Strubekræft	4.099 97 260
I alt		36.291

Bilag 4: Domstolsafgørelser

I dommen U 2001.2319 H blev en patient påført en nerveskade i arm og hånd som følge af lejring under en operation for tarmkræft. Patientskadeankenævnet vurderede, at skaderne gik ud over, hvad patienten med rimelighed måtte tåle til trods for den alvorlige grundsygdom, og tilkendte patienten erstatning efter rimelighedsreglen. Forsikringsselskabet var uenig i afgørelsen og indbragte derfor sagen for domstolene. Østre Landsret lagde vægt på, at skaderne var opstået som følge af lejring under operationen og dermed ikke havde specifik sammenhæng med grundsygdommens alvor. Landsretten vurderede derfor, at betingelserne for at yde erstatning efter rimelighedsreglen var opfyldt. Dette blev stadfæstet af Højesteret. Som nævnt under afsnittet om afgørelser i henhold til grundsygdommens alvor side 20 er domstolene senere gået væk fra princippet om at se bort fra grundsygdommens alvor, når en skade er opstået som følge af lejring, jf. U 2004.1241 H.

U 2001.2505 H vedrørte en kvinde, som blev behandlet for brystkræft med spredning til korsbenet. I forbindelse med strålebehandlingen opstod der skade på tarmene, og kvinden måtte derfor have anlagt en permanent stomi. Såvel Patientforsikringen som Patientskadeankenævnet afviste at yde erstatning efter rimelighedsreglen på grund af den alvorlige grundsygdom. Sagen blev indbragt for domstolene, og der blev i den forbindelse indhentet en udtalelse fra Retslægerådet. Det fremgik heraf bl.a., at kvinden uden behandling ville have haft en meget dårlig overlevelsesprognose. Østre Landsret vurderede, at skaderne gik ud over, hvad kvinden med rimelighed måtte tåle, og at hun derfor var berettiget til erstatning efter rimelighedsreglen. Højesteret nåede dog frem til det modsatte resultat og vurderede, at selvom der var tale om en alvorlig skade, var den ikke alvorlig nok til at udløse erstatning henset til den meget alvorlige grundsygdom.

I FED 2003.1952 Ø blev en patient strålebehandlet for strubekræft og udviklede strålemyopati med permanent beskadigelse af rygmarven, smerter og delvis mistet førlighed til følge. Både Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet havde givet afslag på erstatning efter rimelighedsreglen. Dette blev tiltrådt af Østre Landsret med den begrundelse, at grundsygdommen ubehandlet ville have medført svær invaliditet og død inden for kort tid. Det var uden betydning, at strålemarvsbetinget rygmarvspåvirkning indtræder sjældent.

FED 2004.1979 Ø vedrørte en kvinde, der tidligere havde fået fjernet livmoderen på grund af kræft og efterfølgende var blevet strålebehandlet. Flere år senere opstod der mistanke om kræft i livmoderhalsen. Der blev derfor foretaget biopsi fra skeden, og der opstod i den forbindelse et hul på blæren med heraf følgende omfattende gener. Biopsien bekræftede mistanken om kræft. Både Patientforsikringen og Patientskadeankenævnet havde afvist at yde erstatning efter rimelighedsreglen. Østre Landsret vurderede, at skaden ikke var mere omfattende, end hvad patienten måtte tåle. Der blev herved taget hensyn til, at blærens væv var svagere end normalt som følge af den tidligere strålebehandling, og at patienten var blevet undersøgt og behandlet for en meget alvorlig og livstruende sygdom.

I FED 2005.244 Ø opstod der en læsion af nerven til brystkassen i forbindelse med en operation for brystkræft. Skaden medførte nedsat bevægelighed og kraft i skulderen og armen. Selvom der var tale om den mindst alvorlige type af brystkræft, var der dog tale om en grundsygdom, som ubehandlet var dødelig. Østre Landsret tiltrådte derfor, at der var givet afslag på erstatning efter rimelighedsreglen.

Østre Landsrets dom af 28. juni 2007 (18. afd. nr. B-2801-05) vedrørte en kvinde, der modtog strålebehandling på grund af livmoderhalskræft. Hun udviklede i den forbindelse svære stråleskader på blæren og tarmene og måtte bl.a. have anlagt to permanente stomier. Patientforsikringen afviste sagen efter rimelighedsreglen, selvom der var tale om en sjælden og omfattende skade. Der blev lagt vægt på, at der var tale om en yderst alvorlig grundsygdom, som ubehandlet har en lav overlevelsesprognose. Endvidere inddebar sygdommen i sig selv en betydelig risiko for omfattende komplikationer i form af spredning til tarmene og beskadigelse af organer svarende til de følger, som strålebehandlingen havde medført. Patientskadeankenævnet tiltrådte afgørelsen. Til brug for behandlingen af sagen i landsretten udtalte Retslægerådet, at prognosen for den ubehandlede kræftsygdom ville have været særdeles dårlig. Landsretten vurderede derfor, at skaden ikke gik ud over, hvad der med rimelighed måtte tåles, uanset at komplikationerne måtte anses for sjældne.

Klage- og erstatningsloven giver patienter, der er påført en skade i forbindelse med undersøgelse og behandling ret til økonomisk erstatning. Loven har ført til, at der samlet set er et stigende antal patienter, der hvert år får erstatning.

Kræftens Bekæmpelse og Patientforsikringen har i samarbejde analyseret Patientforsikringens anmeldelser og afgørelser fra kræftpatienter over en ti-års periode.

Analysen viser bl.a., at rimelighedsreglen (vurdering af skadens sjældenhed og alvor i forhold til grundsygdommen) har som konsekvens, at kræftpatienter og patienter med andre alvorlige grundlidelser har sværere ved at få erstatning for hændelige skader end andre patienter.

Bedømmelsen af, om der i en konkret sag kan tilkendes erstatning, er kompleks. Når både sygdomsbehandlingen og lovens erstatningskriterier er komplekse, bliver det også meget vanskeligt for patienterne selv at vurdere, om der i et langvarigt sygdomsforløb er sket en skade, som kan være erstatningsberettigende og derfor bør anmeldes til Patientforsikringen.

Dette fører til, at mange patienter anmelder skader, der ikke er erstatningsberettigende, mens andre som evt. ville kunne tilkendes erstatning måske ikke har sendt anmeldelse til Patientforsikringen.

Analysen viser, at der er behov for en øget indsats i forhold til at sikre den bedst mulige information til både patienter og sundhedspersonale om mulighederne for at få erstatning via Patientforsikringen.

Kræftens Bekæmpelse
Kvalitet & Patientsikkerhed

Strandboulevarden 49
2100 København Ø
Tlf.: 3525 7500
www.cancer.dk

