

Patientforsikringsordningen

Information til kræftpatienter



Alle patienter er dækket af en offentligt finansieret erstatningsordning, der dækker skader, som sker i forbindelse med undersøgelse og behandling i sundhedsvæsenet.

Ordningen dækker skader på offentlige hospitaler, på privathospitaler, hos praktiserende læger, praktiserende speciallæger og hos andre privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner. Lægemiddelskader er også dækket.

Ordningen administreres af Patientforsikringen, som træffer afgørelser efter klage- og erstatningsloven. Regionerne udbetaler erstatning for behandlingsskader, mens Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse udbetaler erstatning for lægemiddelskader.

Cirka hver 5. kræftpatient, der anmelder en skade til Patientforsikringen, får erstatning.

Hvad er en skade?

Ifølge loven ydes der erstatning for en skade, som sker i forbindelse med en undersøgelse eller behandling.

For kræftpatienter er de typiske skader/hændelser, der søges erstatning for:

Forsinkelser

- Forsinket diagnose, som medfører, at den forventede levetid forkortes
- Forsinkelser, der fører til, at behandlingen bliver mere omfattende, fordi sygdommen når at sprede sig, eller der kommer ekstra følgeskader efter behandlingen

Der kan ydes erstatning både for den kortere levetid og de ekstra skader, som forsinkelsen medfører.

Andre skader

- Skader som f.eks. er opstået i forbindelse med operation, strålebehandling, kemoterapi, undersøgelser, brugen af et lægemiddel eller som følge af, at nødvendig behandling ikke er gennemført

Der ydes ikke erstatning

- For de forventelige følger af den sygdom, der behandles, eller for manglende helbredelse

Betingelser for at få erstatning

Kræftpatienter kan søge erstatning for alle skader på lige fod med andre patienter, men for kræftpatienter er der herudover nogle forhold, man bør være opmærksom på.

Grundlaget for at yde erstatning er klage- og erstatningsloven. De centrale regler er "specialistreglen" og "rimelighedsreglen".

Specialistreglen

Efter specialistreglen kan der ydes erstatning, hvis en erfaren specialist ville have handlet anderledes, og skaden derved med overvejende sandsynlighed ville være undgået.

Denne regel dækker både manglende eller forsinket diagnose og behandling og ikke-optimal behandling i øvrigt.

Hvis behandlingen afviger fra, hvad den erfarne specialist ville have gjort, men ikke medfører en skade, tildeles der ikke erstatning.

Ved vurderingen af, om der kan ydes erstatning efter specialistreglen, har patienter med alvorlige sygdomme samme mulighed for at få erstatning som andre patienter.

Eksempler på afgørelser

Brystkræft udviklede sig uhelbredeligt som følge af forsinket diagnose

En kvinde fik diagnosticeret brystkræft 2 år for sent, hvilket medførte, at sygdommen blev uhelbredelig.

Afgørelse: Sagen blev **anerkendt** efter specialistreglen.

Forsinket diagnose af brystkræft medførte ikke en skade

En kvinde fik afslag på erstatning, selvom man havde diagnosticeret hendes brystkræft for sent, da diagnoseforsinkelsen ikke havde medført en skade. Den forventede levetid var ikke blevet forkortet, og kvinden skulle have gennemgået samme behandling, selvom diagnosen var stillet tidligere.

Afgørelse: Sagen blev **afvist**, da der ikke var sket en skade.

Rimelighedsreglen

Efter rimelighedsreglen kan der ydes erstatning, 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 sygdommens alvor (dvs. kræftsygdommen).

Reglen betyder, at patienter, der lider af meget alvorlige sygdomme, f.eks. kræft, oftere får afslag på erstatning end patienter, der lider af mindre alvorlige sygdomme. Det skyldes, at det kan være nødvendigt at gennemføre undersøgelser og behandlinger, som i sig selv kan medføre risiko for følgevirkninger hos patienten (f.eks. skader efter strålebehandling eller kemoterapi), men som er nødvendige for at behandle patienten, der derfor ikke kan forvente erstatning.

Det er en betingelse for at få erstatning, at skaden er sjælden. I praksis betyder det, at skaden skal forekomme i mindre end 2 procent af tilfældene. Det er også en betingelse, at skaden er mere alvorlig end følgerne af selve sygdommen, hvis den ikke var blevet behandlet.

Eksempler på afgørelser

Lammelser efter strålebehandling

En kvinde modtog strålebehandling for livmoderhalskræft. Som følge af behandlingen udviklede hun nerveskader med bl.a. lammelser i benene og vandladningsproblemer. Patientforsikringen vurderede, at skaderne havde påført kvinden et varigt mén på 50 procent, som havde gjort hende uarbejdsdygtig. Selvom der var tale om en alvorlig grundsygdom, gik skaderne ud over, hvad hun måtte tåle i forbindelse med behandlingen.

Afgørelse: Sagen blev **anerkendt** efter rimelighedsreglen.

Ikke erstatning for alvorlig stråleskade

En mand modtog strålebehandling for en kræftsvulst i næsesvælget. På grund af svulstens placering var man nødt til også at bestråle den forreste del af hjernestammen, hvilket indebærer en særlig risiko for stråleskader. Behandlingen medførte en beskadigelse af hjernestammen, der bl.a. gav dobbeltsidig hørenedsættelse og svære lammelser. Ifølge den lægelige vurdering ville manden ikke kunne overleve uden behandling. Set i forhold til den store risiko for skader og den meget alvorlige grundsygdom gik skaden ikke ud over, hvad han måtte tåle.

Afgørelse: Sagen blev **afvist** efter rimelighedsreglen.



Lægemedelskadereglene

Skader opstået som følge af bivirkninger til lægemidler vurderes efter en særlig bestemmelse i loven. Der gælder samme betingelser for at få erstatning for lægemiddelskader som efter rimelighedsreglen.

Eksempler på afgørelser

Nedsat hjertefunktion som følge af kemoterapi

En kvinde blev opereret for brystkræft med brystbevarende operation og fjernelse af lymfeknuder i armhulen. Hun fik efterfølgende kemoterapi og strålebehandling, men som følge af kemoterapien fik hun svært nedsat hjertefunktion. Patientforsikringen vurderede, at skaden havde påført hende et varigt mén på 50 procent og et erhvervsevnetab på 75 procent. Skaden gik derfor ud over, hvad hun måtte tåle til trods for den alvorlige grundsygdom.

Afgørelse: Sagen blev **anerkendt** efter lægemiddelskadereglene.

Nyresvigt efter kemoterapi

En kvinde blev behandlet med kemoterapi for hurtigt udviklende kræft i æggestokkene. Som følge af behandlingen udviklede hun nyresvigt med behov for dialysebehandling. Der var tale om en særdeles alvorlig grundsygdom, som patienten ikke ville overleve uden behandling, og selv med behandling var der ikke udsigt til helbredelse. Skaden gik derfor ikke ud over, hvad hun måtte tåle.

Afgørelse: Sagen blev **afvist** efter lægemiddelskadereglene.

Hvad kan man få erstattet?

Erstatningen fastsættes efter reglerne i erstatningsansvarsloven og opgøres individuelt for hver patient.

Erstatningen dækker følgende poster:

- Helbredelsesudgifter
- Tabt arbejdsfortjeneste
- Svie og smerte
- Varigt mén
- Erhvervsevnetab
- Forsørgertab
- Begravelsesomkostninger/overgangsbeløb

Det er både patienten selv, pårørende og de efterladte, der kan søge erstatning.

Hvornår skal en skade anmeldes?

Skader skal anmeldes inden 3 år efter, at man fik kendskab til skaden. Skaden skal dog senest anmeldes inden 10 år efter, at behandlingen fandt sted. Dette gælder også, hvis man først sent bliver klar over, at der er sket en skade.

For lægemiddelskader gælder 10-års fristen fra det tidspunkt, hvor det lægemiddel, der forårsagede skaden, blev udleveret.

Hvordan behandles sagen?

Når anmeldelsen er modtaget, indhenter Patientforsikringen det materiale fra hospitaler, læger m.v., som er nødvendigt for at belyse sagen. En af Patientforsikringens lægekonsulenter med ekspertise inden for det relevante medicinske speciale vurderer herefter sagen.

I nogle tilfælde bliver sagen sendt til vurdering hos en læge uden for Patientforsikringen. Det sker også, at patienter bliver sendt til undersøgelse hos en speciallæge for at vurdere skadens omfang.

Patienten eller de pårørende kan få aktindsigt i sagen, hvis de ønsker det. Det vil sige, at man får alle dokumenter i sagen at se. Patienten får altid en kopi af de vurderinger og speciallægeerklæringer, som indhentes hos læger uden for Patientforsikringen, og man har mulighed for at komme med bemærkninger hertil.

På baggrund af den lægelige vurdering af sagen afgør Patientforsikringens jurister, om betingelserne for at få erstatning er opfyldt.

Praksis fastlægges efter loven og afgørelser fra Patientskadeankenævnet og domstolene.

Kan man klage over Patientforsikringens afgørelser?

Der kan ankes over Patientforsikringens afgørelse til Patientskadeankenævnet, som er en del af Patientombuddet. Dette skal gøres senest 3 måneder efter, at afgørelsen er modtaget. Hvis man ikke får medhold i Patientskadeankenævnet, kan man gå videre med sagen til domstolene.

Regionen, hospitalet eller den læge/klinik, hvor skaden er sket, kan også anke afgørelsen.

Patientskadeankenævnet kan tiltræde Patientforsikringens afgørelse eller ændre den, så erstatningen forhøjes eller nedsættes. Nævnet kan også ændre den oprindelige afgørelse, så hele erstatningen bortfalder og skal betales tilbage.

Man kan på ethvert tidspunkt i sagsforløbet trække sin anke tilbage, men ankesagen gennemføres alligevel, hvis f.eks. regionen ønsker det.

Hvor kan man få rådgivning?

Ifølge loven har sundhedspersoner pligt til at vejlede patienter om muligheden for at søge erstatning, hvis de bliver opmærksomme på en skade, som muligvis kan udløse erstatning. Der er dog ikke nogen garanti for, at skaden vil blive anerkendt, da sundhedspersonen ikke har til opgave at vurdere, om der er sket en erstatningsberettigende skade.

Du kan få råd og vejledning hos regionernes patientkontorer, også hvis du ønsker at klage til Patientskadeankenævnet (Patientombuddet).

Hvad er forskellen på Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn og Patientforsikringen?

Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, der hører under Patientombuddet, vurderer, om der skal gives kritik af de involverede sundhedspersoner. Nævnet tager bl.a. stilling til behandling, undersøgelse, pleje og kommunikation, men beskæftiger sig ikke med, om der er sket en erstatningsberettigende skade.

Patientforsikringen vurderer, om der er sket en skade, og tager stilling til muligheden for erstatning. Patientforsikringen tager ikke stilling til, om der er sket en fejl, og kommer heller ikke med kritik af de enkelte sundhedspersoner eller behandlingssteder.

Hvordan søger man om erstatning?

På Patientforsikringens hjemmeside www.patientforsikringen.dk kan en skade anmeldes elektronisk, eller et anmeldelsesskema kan downloades.

Man kan få et anmeldelsesskema tilsendt ved at ringe til Patientforsikringen på tlf.nr. 33 12 43 43.

Ved spørgsmål om erstatning kan man kontakte Patientforsikringen. Læs mere på www.patientforsikringen.dk

Spørgsmål vedrørende klagesager kan rettes til Patientombuddet på tlf. 72 28 66 00 eller adressen Finsensvej 15, 2000 Frederiksberg. Læs mere på www.patientombuddet.dk.

Hvis man både ønsker at klage og søge om erstatning, skal man kontakte både Patientombuddet og Patientforsikringen.

Hvor kan jeg få yderligere hjælp?

Du kan få yderligere hjælp vedrørende anmeldelse af skade og behandling heraf ved at kontakte regionernes patientkontorer. Læs mere på www.sygehusvalg.dk.

Patientforsikringen

Nytorv 5, 3. sal

1450 København K

Tlf. 33124343

pf@patientforsikringen.dk

www.patientforsikringen.dk

Kræftens Bekæmpelse

Strandboulevarden 49

2100 København Ø

Tlf. 35257500

info@cancer.dk

www.cancer.dk