

Årsberetning

2010

Årsberetningen for Tandlægeforeningens Patientforsikring

2010

Indhold

Forord	5
Kapitel 1: Tandlægeforeningens Patientforsikring.....	7
1.1. Dækning	7
1.2. Sagsbehandling	7
1.3. Erstatning eller klage	7
1.4. Forsikringsdækning og tandlægens mangelsansvar	8
1.5. Aktivitet.....	8
1.6. Økonomi.....	9
1.7. Flere oplysninger.....	9
Kapitel 2: Statistiske oplysninger	10
Kapitel 3: Problemstillinger belyst ved eksempler på afgørelser i Tandlægeforeningens Patientforsikring.....	18
3.1. Dækningsområdet – KEL § 19	18
3.2. Specialistreglen – KEL § 20.1.1.....	19
3.3. Tålereglen – KEL § 20.1.4.....	21
3.4. Forældelse – KEL § 59.....	22

Forord

Tandlægeforeningens Patientforsikring afgiver årligt en redegørelse til Indenrigs- og Sundhedsministeriet om sin virksomhed.

Årsberetningen henvender sig til alle, der har behov for at få et overordnet overblik over Patientforsikringens virksomhed indenfor tandlægeområdet.

Det er Tandlægeforeningens Patientforsikrings opgave at hjælpe patienterne til at få den erstatning, som de har krav på efter loven. Ca. 65 % af alle patienter, der anmelder en skade får erstatning. Hos nogle af de patienter, der ikke får tilkendt erstatning, opleves der af og til frustrationer, og historier om en skuffet eller vred patient, der ikke fik erstatning, optræder med jævne mellemrum i medierne.

Det kan være vanskeligt at forstå, at en behandling, der ikke endte med det ønskede resultat eller en skade, der er opstået i forbindelse med en behandling, ikke altid medfører en erstatning. Patientforsikringsordningen er imidlertid ikke en forsikring mod sygdom eller manglende effekt af en behandling, ligesom det ikke er alle skader, der dækkes ifølge loven.

Der har i løbet af året været rejst spørgsmål om hensigtsmæssigheden ved, at erstatnings-sager vedrørende tandbehandling behandles i et parallelt system til fx erstatningssager vedrørende lægebehandling. Der er imidlertid fortsat flere forhold, der gør den aktuelle ordning mere fordelagtig, end hvis sagerne vedrørende tandbehandling skulle behandles i den offentlige patientforsikring. For det første får patienterne dækket alle sager ned til 1.000 kr., hvis behandlingen er udført hos en privatpraktiserende tandlæge, hvor der i den offentlige patientforsikring alene dækkes skader, der beløber sig til mindst 10.000 kr. Desuden bliver patienterne ikke berørt af, hvis der i forbindelse med en skade også er et krav om omgørelse eller tilbagebetaling af

det allerede udførte stykke tandarbejde. I forbindelse med behandlingen i Tandlægeforeningens Patientforsikring bliver spørgsmålet om tilbagebetaling af et tidligere betalt honorar alene et spørgsmål mellem forsikringen og den skadevoldende tandlæge. Tilbagebetaling af et tidligere betalt beløb vil som udgangspunkt ikke indgå i erstatningen fra den offentlige patientforsikring.

Der ligger en opgave for Tandlægeforeningens Patientforsikring – evt. i samarbejde med regionerne – i at oplyse om ordningen overfor tandlægerne og patienterne, så forventningsniveauet til dækningsberettigede skader og erstatningerne herfor bliver realistisk i henhold til de muligheder for erstatning, som loven giver.

Det er Tandlægeforeningens Patientforsikrings opgave at sikre en effektiv, relevant og professionel sagsbehandling, hvor såvel patienter som sundhedspersonale oplever optimal service og tryk.

Tandlægeforeningens Patientforsikring har i 2010 arbejdet med en gennemgribende revision af sagsbehandlingen i Codan for bl.a. at sikre, at afgørelserne bliver lettere at forstå for såvel patienterne som tandlægerne.

Antallet af nye sager viser en stigning fra 2009 til 2010 på ca. 22,5 %. Stigningen fra 2008 til 2009 var tilsvarende på 30 %. Årsagen til denne stigning er uvis, men kan evt. skyldes større opmærksomhed på muligheden for at søge erstatning. Tandlægeforeningens Patientforsikring arbejder for at udbrede kendskabet til ordningen, så patienter og tandplejepersonale anmelder alle skader, hvor der muligvis kan udbetales en erstatning. Det er samtidig vigtigt, at det er de rigtige sager, der anmeldes, nemlig de skader der udløser en erstatning efter loven. Hverken patienter eller tandlæger har glæde af, at der anmeldes skader, der ikke er omfattet af loven og som derfor må afvises.

Det økonomiske grundlag for finansiering af Tandlægeforeningens Patientforsikring blev i 2010 aftalt i forbindelse med forhandling af Tandlægeforeningens overenskomst med Regionernes Lønnings- og Takstnævn. Det blev således aftalt, at regionerne fortsat direkte dækker 2/3 af alle erstatninger over 10.000 kr. Den resterende 1/3 af erstatningerne over 10.000 kr. kompenseres via forhøjelse af sygesikringshonorarerne. Erstatningerne mellem 1.000 kr. og 10.000 kr. for skader forvoldt i privat praksis afholdes fortsat af tandlægerne. De administrative udgifter dækkes direkte af tandlægerne, der dog i et vist omfang kompenseres via honorarforhøjelser i 1988, der siden er videreført.

Denne årsberetning vil indeholde nogle eksempler på særlige afgørelser. Afgørelser, der træffes af Tandskadeankenævnet, er tilgængelige på Tandskadeankenævnets hjemmeside (www.tsan.dk). Denne praksissamling kan være nyttig for, at forsikringselskabets sagsbehandlere, kommunernes og regionernes jurister, advokater og domstole kan følge og vurdere Tandlægeforeningens Patientforsikring og Tandskadeankenævnets praksis.

På Tandlægeforeningens Patientforsikrings hjemmeside www.tf-patientskade.dk findes alle nyttige oplysninger om forsikringen.

Hellerup, august 2011

Jahn Legarth

Formand for Tandlægeforeningens
Patientforsikring

Mette Heegaard

Direktør

1 Tandlægeforeningens Patientforsikring

1.1. Dækning

Tandlægeforeningens Patientforsikring oplyser og afgør siden den 1. januar 2007 sager efter Klage- og erstatningsloven inden for sundhedsvæsnet, hvor patienter er kommet til skade i forbindelse med undersøgelse og behandling hos tandlægefaglige sundhedspersoner. For skader opstået før den 1. januar 2007 dækkes skaderne efter Patientforsikringsloven.

For skader sket før den 1. januar 2004 dækker forsikringsordningen kun skader opstået i privat tandlægepraksis efter samme regler som Patientforsikringsloven.

Udover afgørelser om erstatning for skader, er det vigtigt, at den erfaring om patientskader og årsagerne hertil, som Tandlægeforeningens Patientforsikring registrerer, kan anvendes i forebyggende arbejde.

1.2. Sagsbehandling

Sagerne behandles under hensyntagen til et højt niveau af juridisk og odontologisk korrekthed. Derudover er der væsentlige hensyn til patienternes forståelse af afgørelserne og til hurtighed i sagsbehandlingen.

Sagsbehandlingen er omfattet af de forvaltningsretlige regler, og der tilsigtes åbenhed og gennemsækelighed for alle sagens parter.

I alle nye sager fremsendes anmeldelse til Tandlægeforeningens Patientforsikring. Sekretariatet sikrer, at oplysningerne i anmeldelsen er fyldestgørende til, at en sag kan oprettes og beder herefter sagens anden part (skadevoldende tandlæge) om ligeledes at fremsende en anmeldelse. Den samlede sag fremsendes herefter til forsikringsselskabet Codan, der oplyser sagen fuldstændigt, og varetager sagsbehandling i henhold til lovens bestemmelser.

I 2010 varetog følgende medarbejdere sekretariatsbetjeningen i Tandlægeforeningens Patientforsikring:

Dorte Schou
Preben Jespersen

I 2010 varetog følgende medarbejdere sagsbehandlingen i Codan for Tandlægeforeningens Patientforsikring:

Mette Falk
Lensie Noer
Jesper Hedegaard
Nadja Rathjen
Ulla Persson

1.3. Erstatning eller klage

Tandlægeforeningens Patientforsikring vurderer skader ud fra Patientforsikringsloven eller Klage- og erstatningsloven indenfor sundhedsvæsenet og ikke ud fra en culpavurdering. Der er derfor ikke nogen direkte forbindelse mellem kendelser i klagesystemet og erstatningsvurderingen i Tandlægeforeningens Patientforsikring. Kun i tilfælde, hvor mangelfuldt arbejde erstattes af skadesudbedringen, vurderes en eventuel tilbagebetalingsforpligtelse for den skadevoldende tandlæge efter culpapreglen.

Det blev i den oprindelige Patientforsikringslov meget klart fastlagt, at der ingen organisatorisk sammenkædning er mellem patientforsikringen og klagesystemerne. Det blev anset for vigtigt for at sikre patienterne erstatning, at den, der har forvoldt en skade, ikke risikerer, at der rejses en klagesag, selv om man under sagsbehandlingen måtte finde, at der kunne være grundlag herfor. Da Patientforsikringsloven den 1. januar 2004 blev udvidet til at dække den primære sundhedssektor, hvor amterne (nu regionerne) skal dække udgifterne hertil, indførtes en paragraf i loven, hvorefter regionerne, hvis der i gentagne tilfælde er ydet erstatning for skader forvoldt af en privatpraktiserende sundhedsperson, skal foretage en

indberetning til Sundhedsstyrelsen. I hvilket omfang dette foretages er ikke Tandlægeforeningens Patientforsikring bekendt.

Ønsker en patient både erstatning og en vurdering af, om behandlingen giver anledning til kritik, må patienten indgive en anmeldelse både til Tandlægeforeningens Patientforsikring og til klagesystemet.

1.4. Forsikringsdækning og tandlægens mangelsansvar

Det er en forudsætning for forsikringsdækning efter Klage- og erstatningsloven indenfor sundhedsvæsenet, at der foreligger en skade opstået i forbindelse med undersøgelse eller behandling eller mangel på samme.

Patienters krav på omgørelse af mangelfuldt tandlægearbejde, der alene støttes på tandlægens misligholdelse af kontraktmæssige forpligtelser (mangelsansvar), falder udenfor forsikringsdækningen, og patienters krav på tilbagebetaling af vederlag dækkes ikke af forsikringen. Der foreligger nemlig ikke nogen fysisk skade, så længe det mangelfulde tandlægearbejde kan udbedres ved en ny tilsvarende behandling. Er dette tilfældet, foreligger der alene et mellemværende mellem tandlægen og patienten, herunder om patienten har krav på at få tilbagebetalt honoraret og evt. få dækket merudgiften, hvis fx omgørelsen sker hos en anden tandlæge til en højere pris.

I tilfælde af, at forsikringen erstatter fejlbehæftet/mangelfuldt tandlægearbejde i forbindelse med en persons skade, hvor patienten i en klagesag eller ved en domstol ville få tilkendt dækning af omgørelsesudgiften, skal denne del af den samlede skade afholdes af den tandlæge, der har udført det fejlbehæftede/mangelfulde arbejde.

Det kan være, at en fejlagtigt udført bro har medført, at en tand mistes og skal erstattes af en større bro. Tandlægen skal så betale den del af broen, som erstatter den fejlagtige bro, idet patienten har et retskrav på omlavning af fejlagtigt arbejde. Denne udgift er ikke afhængig af, hvad tandlægen har fået i honorar for den mangelfulde behandling, men beløbet skal dække, hvad omgørelsen reelt koster patienten.

Udføres udbedringen af patientskaden hos den tandlæge, der har forårsaget skaden, fratræk-

ker forsikringen honoraret for selve omgørelsen af det mangelfulde arbejde i honoraret for den samlede skadesudbedrende behandling.

I det tilfælde, at den skadesudbedrende behandling udføres af en anden tandlæge end den, der har udført det mangelfulde arbejde, betaler forsikringen for hele behandlingen og opkræver honoraret for den del af omgørelsen, som patienten har krav på, hos den skadevoldende tandlæge.

1.5. Aktivitet

Tandlægeforeningens Patientforsikring er en del af Tandlægeforeningens Praksisforsikring, der ledes af Praksisforsikringens Fællesudvalg. Udvalget bestående af 3 repræsentanter fra Tandlægeforeningen og 3 repræsentanter fra Codan. Formanden for udvalget udpeges af Tandlægeforeningen. Endvidere kan hver af parterne lade sig repræsentere med en jurist.

I 2010 bestod Praksisforsikringens Fællesudvalg af følgende personer:

Fra Tandlægeforeningen:

Tandlæge Jahn Legarth (formand)

Tandlæge Jørn Frandsen

Tandlæge Marianne Clemensen

Fra Codan:

Carsten Grønmann Larsen, Key account manager

Claus Heuck, afdelingschef

Lone Jeanet Kjær, senior underwriter

Praksisforsikringsudvalget har bl.a. til opgave:

- at føre tilsyn med, at aftalen forløber i overensstemmelse med parternes intentioner,
- at sørge for årlig regnskabsaflæggelse for ordningen, og
- at informere de af aftalen omfattede tandlæger.

Praksisforsikringens Fællesudvalg fastsætter selv sin forretningsorden, der godkendes af parterne.

Formanden for Praksisforsikringens Fællesudvalg kan ikke være medlem af Tandskadeankenævnet.

Praksisforsikringens Fællesudvalg har afholdt 2 møder i 2010.

1.6. Økonomi

Det tilstræbes at holde omkostningerne så lavt, som det er forsvarligt og praktisk muligt. Praksisforsikringen og Tandskadeankenævnet har et samlet administrationsbudget på ca. 7,2 mio. kr. Dette beløb vil stige, især henset til den vækst, der ses i antallet af anmeldte sager.

Til dækning af sags- og skadesbehandlingsudgifter for sager anmeldt vedrørende behandling på tandlægeskolerne og i kommunalt regi blev der i 2010 opkrævet et gebyr på kr. 7.500,- pr. sag, fastsat ud fra et estimat over de forventede omkostninger til behandling af de indkomne sager i 1. instans. For Tandskadeankenævnets virksomhed blev der fastsat et gebyr på kr. 3.000,- pr. sag anmeldt til forsikringen.

1.7. Flere oplysninger

Tandlægeforeningens Patientforsikrings hjemmeside (www.tf-patientskade.dk) indeholder en lang række oplysninger om den faktiske sagsbehandling og frister mv.

2 Statistiske oplysninger

Tandlægeforeningens Patientforsikring foretager løbende ændringer af dataregistreringerne. Der vil således forekomme justeringer og opdateringer af de registrerede sager i takt med, at der foretages sagsbehandlingsmæssige handlinger. Sager, der genoptages eller ændres af Tandskadeankenævnet, vil bl.a. medføre, at data for tidligere år ændres i forhold til oplysninger i tidligere årsberetninger. Opgørelser anført i årsberetninger forud for denne, vil således kunne afvige fra det datagrundlag, der ligger til grund for årsberetning 2010.

Figur 1. Anmeldte sagers fordeling på tandplejeområder

	2008	2009	2010
Privatpraksis, Region Sjælland	143	188	373
Privatpraksis, Region Nordjylland	93	137	148
Privatpraksis, Region Midtjylland	227	249	267
Privatpraksis, Region Hovedstaden	445	600	711
Privatpraksis, Region Syddanmark	222	237	254
Privatpraksis, Færøerne/Grønland	0	0	3
Privatpraksis i alt	1130	1411	1756
Kommunal tandpleje	14	14	24
Regionstandpleje	1	4	3
Tandlægeskoler	8	8	18
I alt antal anmeldte sager	1153	1437	1801

Figur 1 viser antal anmeldte sager i året fordelt på de enkelte tandplejeområder. Størst stigning ses for de privatpraktiserende tandlæger i Regionen Sjælland, samt hos kommunerne og tandlægeskolerne.

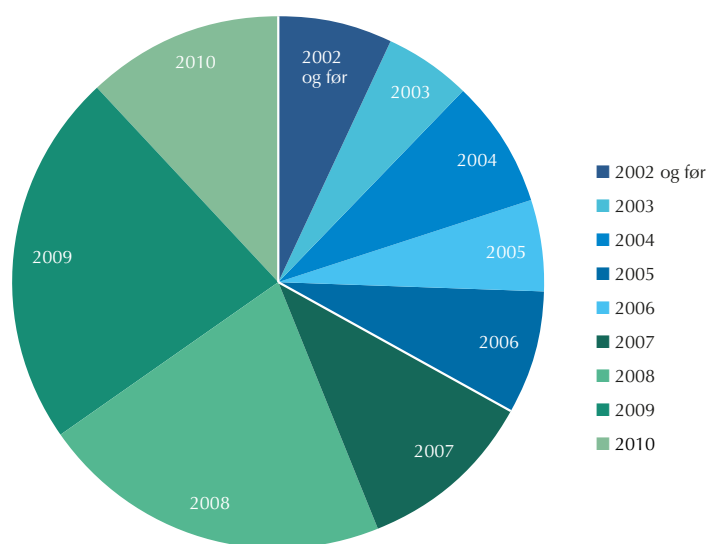
For Region Sjælland er der tale om en fordobling af anmeldte sager, mens de øvrige regioner stort set ligger på samme niveau som i 2009. For Region Hovedstaden har stigningen siden 2008 været på knap 50 %. Den kommunale tandpleje og Tandlægeskolerne har næsten haft en fordobling i antal anmeldte sager, men der er for begge dog tale om et meget lille antal anmeldelser, hvorfor ændringen %-mæssig er voldsom.

Figur 2. Skadeår for afgjorte sager

Skadeår	Afgørelsesår		
	2008	2009	2010
2002 og før	126	124	137
2003	65	107	100
2004	69	104	150
2005	85	99	101
2006	154	141	148
2007	255	244	207
2008	262	354	406
2009		175	433
2010			227
I alt	1016	1348	1909

Figur 2 viser fordelingen af antal afgjorte sager ud fra skadeåret. Tallene i første række vedrører både sager afgjort i 2002 og i årene forud herfor. I tidligere opgørelser har det fejlagtigt alene været afgørelser fra 2002. Ca. 230 af de sager, der hvert år de sidste 3 år er blevet afgjort, har hidrørt fra ordningen før 2004, hvor tandlægerne blev omfattet af loven.

Figur 2a.



Figur 2a er en grafisk visning af 2010-kolonnen i figur 2. Figuren tydeliggør, at de fleste (ca. 2/3) af skaderne konstateres indenfor 4 år efter behandlingen, mens den resterende del først anmeldes længere end 4 år efter behandlingen er sket.

Figur 3. Sagsbehandlingstid

	2008	2009	2010
1 måned	1,7	1,7	1,1
2 måneder	15,8	7,8	12,9
3 måneder	43,3	32,0	30,9
4 måneder	62,7	61,5	51,5
5 måneder	73,7	74,2	67,9
6 måneder	78,0	81,1	79,2
9 måneder	88,2	89,5	89,5
12 måneder	92,9	92,8	94,1
18 måneder	98,5	97,5	97,6
24 måneder	99,8	99,0	99,0
36 måneder	100,0	99,6	99,6
Mere end 36 måneder		100,0	100,0

Figur 3 viser sagsbehandlingstid i måneder i akkumulerede %-tal fra sagen modtages i sekretariatet for Tandlægeforeningens Patientforsikring og til den anerkendes eller afvises. Tidligere år har sagsbehandlingstiden været opgjort fra sagen blev modtaget hos Codan Forsikring og til den anerkendes eller afvises.

Til trods for stigningen i antallet af såvel anmeldte som afgjorte sager i 2010 (se fig. 1 og fig. 2) er sagsbehandlingstiden ikke steget væsentligt. Knap 80 % af alle sagerne er således fortsat afgjort indenfor 6 måneder og 90 % indenfor 9 måneder.

Opgørelse af erstatninger er ikke med i den opgjorte sagsbehandlingstid, da dette i en stor del af sagerne ikke er et udtryk for sagsbehandlernes prioriteringer eller sagsbyrde.

Erstatningsopgørelserne er for en stor del afhængig af forhold hos skadelidte, herunder afventning af at tilstanden bliver stationær eller på afslutning af behandlingen.

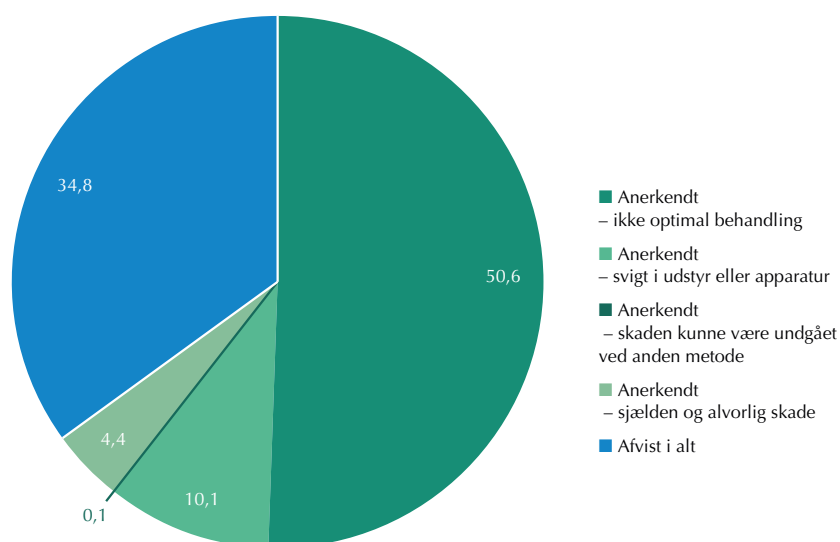
Figur 4. Typer af afgørelser 2008 – 2010

	2008		2009		2010	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ikke optimal behandling/diagnose	527	48,3	773	52,7	1003	50,6
Svigt i udstyr eller apparatur	110	10,1	141	9,6	201	10,1
Skaden kunne være undgået ved anden metode	3	0,3	1	0,1	2	0,1
Sjælden og alvorlig skade	111	10,2	131	8,9	87	4,4
Anerkendelser i alt	751	68,8	1046	71,3	1293	65,2
Afvist	338	31,0	414	28,2	675	34,1
Forældelse	3	0,3	8	0,5	14	0,7
Afvist i alt	341	31,2	422	28,7	689	34,8
Samlet antal afgørelser	1092	100,0	1468	100,0	1982	100,0

Af figur 4 fremgår det, at 2/3 af alle sager, der anmeldes, bliver anerkendt. Den overvejende anerkendelsesårsag er begrundet i ikke optimal diagnose eller behandling.

Anerkendelsesprocenten er faldet noget i forhold til 2009, hvor den var historisk høj. Faldet i antal sager, der anerkendes, skyldes hovedsageligt et fald i antal sager anerkendt efter tålereglen (sjælden og alvorlig skade).

Figur 4a.



Figur 4a er en grafisk illustration af fordelingen mellem afvisninger og anerkendelserne foretaget i 2010 ud fra 2010-kolonnen i figur 4.

Figur 5. Erstatningsudbetalingernes fordeling mellem regionerne, kommunal tandpleje og tandlægeskolerne

	Antal sager		
	2008	2009	2010
Region Hovedstaden	83	176	194
Region Sjælland	33	55	55
Region Midtjylland	53	97	80
Region Nordjylland	28	62	39
Region Syddanmark	65	112	81
Regionerne i alt	262	502	449
Kommunal tandpleje i alt	3	2	1
Tandlægeskolerne i alt	1	6	6

Figur 5 viser antallet af sager, hvor den samlede erstatningsudbetaling ved udgangen af året er på mere end kr. 10.000. Sager, hvor der endnu ikke er udbetalt mindst kr. 10.000 medgår ikke i denne opgørelse. Først fra det år, hvor erstatningen overstiger kr. 10.000 indgår sagerne i ovennævnte opgørelse.

Figur 5a.

	Erstatningsudbetalinger kr.		
	2008	2009	2010
Region Hovedstaden	2.889.879	3.616.649	5.557.239
Region Sjælland	1.327.341	897.589	1.908.677
Region Midtjylland	2.878.016	2.168.735	2.669.390
Region Nordjylland	1.423.475	1.302.795	1.298.291
Region Syddanmark	2.462.002	2.226.009	3.330.737
Regionerne i alt	10.980.713	10.211.777	14.764.334
Kommunal tandpleje i alt	352.764	157.463	37.600
Tandlægeskolerne i alt	34.950	262.469	213.905

Eksempel: I en sag udbetales der kr. 7.000 i år 1, kr. 5.000 i år 2 og kr. 500 i år 3. Det første år vil sagen ikke blive medregnet i antal sager og de kr. 7.000 er ikke en del af de samlede udbetalinger til region/kommune/tandlægeskole for dette år. For det andet år vil sagen blive medregnet under antal sager og i erstatningsudbetalingen vil der blive medregnet et beløb på i alt kr. 12.000 (udbetalingerne i både det første og det andet år overstiger tilsammen kr. 10.000). I det tredje år vil sagen atter blive medregnet i sagsantallet og dette år vil der blive medregnet et beløb på kr. 500 i erstatningsudbetalingerne.

Figur 5a viser erstatningsudbetalingerne på det antal sager, hvor udbetalingen samlet set overstiger kr. 10.000 i løbet af året.

Figur 6. Antal afsluttede sager

Fordeling af afsluttede sager	2008	2009	2010
Uden erstatningsudbetaling	715	522	697
Erstatningsudbetaling mellem 1.000 og 10.000 kr.	146	254	346
Erstatningsudbetaling over 10.000 kr.	201	429	465
I alt antal afsluttede sager	1062	1205	1508

Figur 6 viser, hvor mange sager, der er helt afsluttet pr. 31.12.

Næsten halvdelen af sagerne afsluttes uden udbetaling. Årsagen hertil skyldes, at sager, der anerkendes, også skal have beregnet erstatning. Forinden der kan foretages erstatningsopgørelse, må der ofte afventes fremsendelse af dokumentation, og derfor har anerkendelsessager en samlet længere sagsbehandlingstid, inden sagen kan afsluttes.

Stigningen i skader, hvor der er udbetalt over kr. 10.000 er ikke steget procentvis lige så meget som de øvrige grupper, men udgør til gengæld ca. 90 % af de samlede erstatningsudbetalinger på de sager, der er afsluttet i løbet af året.

Figur 7. Antal igangværende sager pr. 31.12

Antal forventede sager	2008	2009	2010
Uden udbetaling	284	52	280
Med udbetaling mellem 1.000 og 10.000 kr.	665	453	1124
Med udbetaling over 10.000 kr.	1004	1646	1064
I alt antal sager under behandling	1953	2151	2468

Figur 7 viser det samlede antal sager, der endnu ikke er afsluttet pr. 31.12.

Herudover viser figuren, hvordan erstatningsudgifterne ud fra reservefastsættelserne forventes at fordele sig i de enkelte udbetalingsgrupper, når sagerne endeligt afsluttes. Alle sager får ved oprettelsen fastsat en forventet reserve, og denne reserve vil løbende blive reguleret i forbindelse med sagsbehandlingen.

Figur 8. Erstatningsudgifter pr. år

År	Hensættelser primo	Hensættelser ultimo	Erstatningsudbetalinger
2007	27.778.923	27.050.394	16.094.964
2008	27.050.394	30.519.845	15.576.728
2009	30.109.344	32.039.929	19.060.957
2010	32.039.929	31.396.559	23.761.409

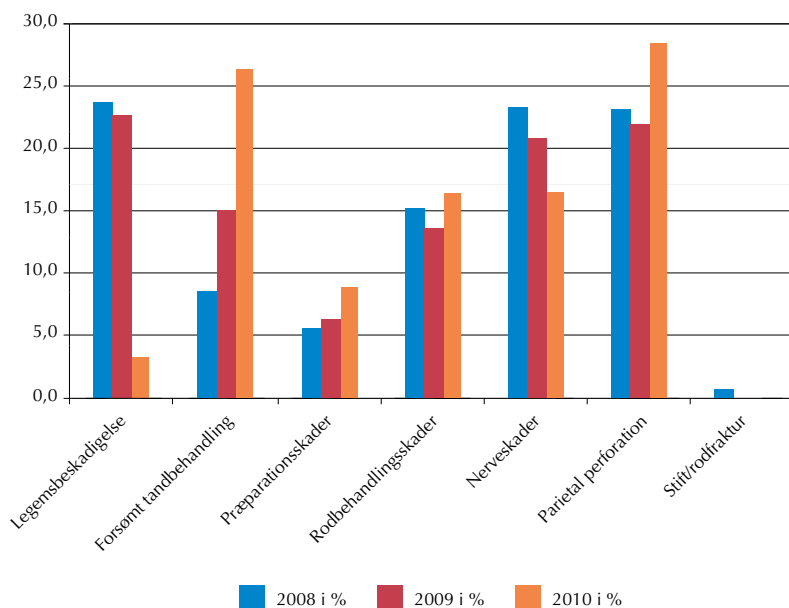
Figur 8 viser de erstatningsberettigede udbetalinger, der er foretaget i alle sager i løbet af året.

Der skal gøres opmærksom på, at nogle sager vil være afsluttet i løbet af året, mens en række sager stadig vil være åbne pr. 31.12.

Stigningen i udbetalingerne på ca. 25 % fra 2009 til 2010 hænger ganske godt sammen med både stigningen i antallet af anmeldte sager og med antallet af afsluttede sager, som begge også udgør ca. 25 %.

Hensættelserne ultimo viser, hvilket beløb det kan forventes, at der yderligere skal udbetales i de sager, der stadig er under sagsbehandling pr. 31.12.

Forskel i hensættelserne ultimo 2008 og primo 2009 skyldes, at der fra 2009 ikke længere medregnes udbetalte erstatningsbeløb i erhvervsansvarssager.

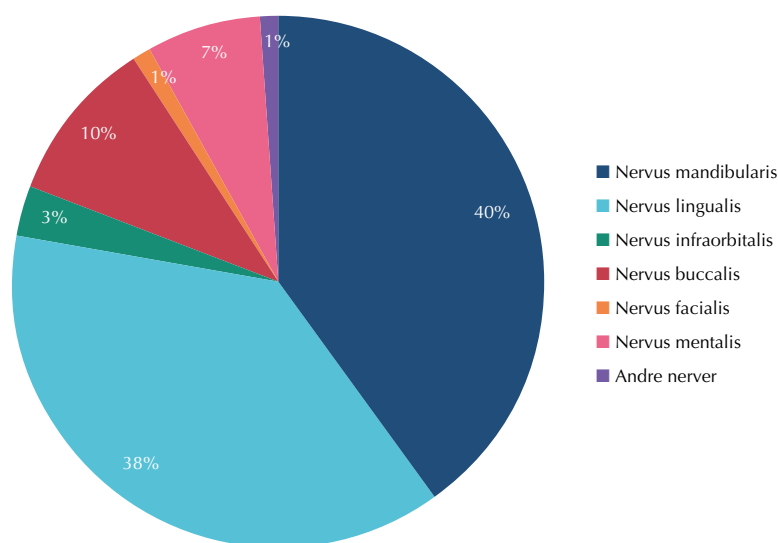
Figur 9. Fordeling af anerkendte skader

Figur 9 viser den forholdsmæssige fordeling af de anerkendte skader på 7 forskellige skadetyper.

Faldet i legemsbeskadigelse, og stigningen i forsømt behandling, skyldes registrerings- og udtrækningsmæssige fejl de tidligere år, som det ikke har været muligt at korrigere for tilbage i tiden.

Forsømt behandling og parietal perforation er begge årsag til hver 4. anerkendte skade, og udgør tilsammen halvdelen af de anerkendte skader.

Figur 10. Fordeling af nerveskader



Figur 10 viser fordelingen af nerveskader indenfor de forskellige nerver. Som de tidligere år er skader på nervus alveolaris inferior og nervus lingualis langt den overvejende del med sammenlagt 78 % af alle nerveskaderne.

3 Problemstillinger belyst ved eksempler på afgørelser i Tandlægeforeningens Patientforsikring

3.1. Dækningsområdet – KEL § 19

“Der ydes erstatning til patienter, som her i landet påføres skade i forbindelse med undersøgelse, behandling el.lign.”

1. Afvisning på grund af manglende dokumentation

Tanden 6- blev rodbehandlet og restaureret med en stiftforankret krone for mere end 10 år siden. Der foreligger ikke journal og røntgen fra tidspunktet for behandling. Dermed kan det ikke fastslås, hvornår tanden er behandlet, eventuelle komplikationer i forbindelse med behandlingen samt hvilken information, der er givet til skadelidte.

En røntgenoptagelse fra 1997 viser tanden 6- restaureret med en stiftforankret krone. Rodstiften er placeret tæt på rodens yderflade (muligvis med en gennembrydning), men der ses ikke tegn på betændelse. På røntgen fra 2009 fremstår tanden 6- moden til udtrækning grundet betændelse. Der indgives anmeldelse til forsikringen, idet der ved stiftudboringen i tanden 6- med overvejende sandsynlighed er sket en gennembrydning af roden (parietal perforation).

Det er afgørende for en anerkendelse af skaden, at skadetidspunktet og behandlingen kan belyses ved røntgen, journal eller faktura fra skadelidte. Det har ikke været muligt at fremskaffe journal og røntgen. Tandlægen, der angives som skadevolder, har ikke journaloplysninger, der kan belyse hændelsesforløbet.

Der er ikke grundlag for en lempet bevisbyrde, idet opbevaringspligten for skadelidtes journal ikke er misligholdt af tandlægen.

Sagen afvises med den begrundelse, at skadelidte ikke har kunnet bevise, at betingelserne i KEL § 19 er opfyldt.

(Sag nr. 1016 133 806)

2. Forsømt anmeldelse af aplasier dækkes ikke af Tandlægeforeningens Patientforsikring, men af Praksisforsikringens Erhvervsansvarsforsikring

Patienten har en medfødt lidelse, der indebærer manglende dannelse af tænderne 5-, -5 og 1-, -1. Tand 5- erstattes af en transplanteret tand. Tand 5- har manglet siden 1997.

Nu mistes mælkætænderne 1-, -1 og der er behov for erstatning af fortænderne i underkæben med implantat eller bro.

Sagen afvises, da der ikke er sket en skade som følge af behandling eller undersøgelse, men den nu nødvendige behandling skyldes følgerne af en medfødt lidelse.

Patienten henvises til Praksisforsikringens erhvervsansvarsforsikring, da tandlægen muligvis har forsømt muligheden for at søge om økonomisk støtte til behandlingen. I perioden 2002 frem til september 2005 kunne der rettidigt være ansøgt om økonomisk hjælp til behandling af lidelsen.

(Sag nr. 1016 170 968)

3. Ingen skade, men udskudt behandling og mulig omgørelse på samme grundlag som oprindeligt

I efteråret 2008 skulle en ny bro fremstilles i højre side af underkæben efter, at en tidligere bro var knækket. Forskelligt forberedende arbejde blev udført herefter.

I marts 2009 blev en 7 leddet MK bro cementeret på støttetænderne (bropiller) 7,4,3,2,1-.

Et røntgenbillede 19. februar 2009 viser den bageste bropille 7- med en mørk aftegning på den bageste rodspids tydende på rodspidsbetændelse. Der er i forbindelse med en røntgenundersøgelse

i anden anledning konstateret en rodspidsbetændelse på tanden 7-, som er bærende tand i en brokonstruktion. Betændelsen ses på et røntgenbillede fra før brofremstillingen, og er således med overvejende sandsynlighed blevet overset af tandlægen.

Tanden 7- bliver derfor behandlet for rodspidsbetændelse i 2010.

Betændelsen i tanden 7- er behandlet på helt samme præmisser, som hvis behandlingen var blevet udført i februar 2009.

Der er derfor ikke i forsikringsmæssig forstand sket en skade i denne forbindelse. Hvad brobehandlingen angår er der heller ikke sket en forringelse af tandstatus, idet den nuværende bro med overvejende sandsynlighed fortsat vil være ufortrødent velfungerende, også efter, at 7- er blevet rodbehandlet.

Skulle broen dog senere svigte, kan behandlingen omgøres ved en fornyet brobehandling på samme præmisser som før.

Omgørelse af en behandling er ikke omfattet af forsikringens betingelser, og der kan derfor ikke ydes erstatning til en sådan.
(Sag nr. 1016 246 654)

3.2 Specialistreglen – KEL § 20, stk. 1, nr. 1.

”Hvis det må antages, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne omstændigheder ville have handlet anderledes ved undersøgelse, behandling eller lignende, hvorved skaden ville være undgået.”

1. Anerkendelse af føleforstyrrelser og afvisning af erstatning til implantat

Tanden -7 fjernes og der installeres et implantat svarende til den udtrukne tand.

14 dage efter fjernes implantatet grundet føleforstyrrelser i venstre side af kæben.

Forud for behandlingen var der ikke optaget en medicinsk anamnese (=sygehistorie), sværhedsgraden af operationen var ikke klassificeret. Der

4. Rodfraktur ikke forårsaget af knækket rodfil

21. november 2010 mistes tanden 6- på grund af fraktur af den bagudvendende (distale) rodkomponent.

Der skete ved rodbehandlingen den 17. marts 2010 en afbrækning af et rodkanalinstrument i den fremadvendende rod. Denne skade er blevet udbedret ved kirurgisk rodbehandling den 12. april 2010, hvor instrumentet blev fjernet efter anmodning fra skadelidtes læge, idet skadelidte er allergisk overfor nikkel.

Årsagen til den opståede rodfraktur, og dermed tabet af tanden, skal ikke søges i tandlægens behandling eller i det afbrækkede rodkanalinstrument, men kan forklares i det forhold, at tanden uundgåeligt var svækket grundet rodbehandling som følge af den oprindelige grundlidelse caries (hul i tanden). Rodbehandlede tænder er sprøde og har en betydelig risiko for fraktur. Udboringen i tanden, der var nødvendig for at gennemføre rodbehandling, svækkede tanden yderligere og øgede risikoen for fraktur, selv om der blev udført en optimal genopbygning og restaurering.

Der er derfor ikke sket en erstatningsberettiget skade.

(Sag nr. 1016 133 806)

var ikke optaget oversigtsrøntgen til fastlæggelse af underkæbens hovednerve, og ved indsættelse af implantatet er der ikke opnået stabilitet, ligesom implantatet ikke blev placeret i komfortzonen (god afstand til nabotænder og anatomiske nabostrukturer).

For så vidt angår nerveskaden, blev sagen anerkendt efter specialistreglen, og der kan erstattes helbredelsesudgifter (medicin el. lign.), tabt arbejdsfortjeneste som følge af uarbejdsdygtighed samt svie og smerte. Endvidere ydes en méngodtgørelse.

Der ydes derimod ikke erstatning til omgørelse af implantatbehandlingen. Hvorvidt behandling med implantat -7 har levet op til forventningerne er en sag mellem tandlæge og patient.

Et eventuelt krav om tilbagebetaling for den udførte behandling må fremføres overfor tandlægen, der har udført behandlingen. Ved uenighed kan der indgives klage til Regionstandlægenævnet eller indledes civilt søgsmål mod tandlægen. Det bemærkes, at der ved klage til Regionstandlægenævnet gælder en klagefrist på 2 år fra det tidspunkt, hvor skadelidte kendte eller burde kende skaden og 5 år fra det tidspunkt, hvor de påklagede behandlinger blev udført.

(Sag nr. 1016 134 449)

2. Ar efter forbrænding forvoldt af varmt borehoved under operation

Efter operativ fjernelse af en visdomstand den 18. januar 2010 opstod en voldsom hævelse af underlæbens højre side fra mundvig til midtlinjen, et brandsår i højre mundvig samt følenedsættelse i området.

Den 3. juni 2010 er der et ar tilbage på underlæbens inderside. Ifølge journalen er øvrige gener forsvundet.

I forbindelse med operationen skete en uønsket og uventet opvarmning af håndstykket (boremaskinen), muligvis i maskinens yderste del (boret), hvilket påførte skadelidte et brandsår i højre mundvig med efterfølgende sår dannelse og tilsyneladende forbigående føleforstyrrelser i sårområdet. Der er et vedblivende ar på læbens inderside, som generer patienten.

En sådan påvirkning er mulig at undgå ved særlig omhyggelig og atraumatisk operationsteknik. Sammenfattende kan det konkluderes, at behandlingen ikke har været bedst mulig under de givne forhold, og skaden er dermed omfattet af specialisterglens.

På baggrund af 8 fremsendte fotos betaler forsikringen en skadesudbedrende behandling hos en plastikkirurg.

(Sag nr. 1016 197 758)

3. Tab af to tænder som følge af implantatbehandling. Dækning af mangelsansvar

Der er i 2 omgange foretaget implantatoperation samt knogleopbygning med åbent sinusløft (operation i kæbehulen). Efter første implantatopera-

tion løsnede implantaterne sig, og man antog, at tanden +4 kunne være en medvirkende årsag. Denne blev derfor først rodbehandlet og senere fjernet.

Ved anden implantatoperation blev implantatet regio +4 isat tæt på tanden +3, således, at denne også mistes.

Behandlingen lever ikke op til standarden for en erfaren specialist. Der ydes erstatning til knogleopbygning samt fornyet implantatbehandling over 5 operationer.

I denne sag udgør omgørelsesudgiften for det tidligere udførte mangelfulde arbejde 33.000 kr., som tandlægen skal betale til forsikringen.

(Sag nr. 1016 135 434)

4. Tab af tænder ved implantatbehandling og mangelsansvar

Skadelidte mistede tænderne 1-1 ved et traume i 1996.

Der blev indsat to implantater som på røntgen ses med en tæt relation til tænderne 2-2 og en lille afstand indbyrdes. Der foreligger røntgen dateret den 26. august 1996, som viser tænderne 2-2 med knoglestøtte på tændernes fremadvendende rodflader (mesialt).

I perioden 1996 og frem til februar 2010 følges implantatbehandlingen klinisk og med røntgen og der er i hele perioden tab af tandbærende knogle omkring implantaterne og på nabotændernes mesiale flader.

Der behandles gentagne gange med laser og forsøg på knogleopbygning med kunstig knogle (Bio-Oss).

Den 2. februar 2010 fjernes implantaterne og knogletabet på tænderne 2-2 når nu til tændernes rodspids, hvorfor tænderne mistes. Der er foreslået en behandling med en implantatbåret bro fra regio 2- til -2.

Behandlingen regio 1-1 har ikke været bedst mulig, idet korrekt placerede implantater regio 1-1, eller valget af en anden behandlingsmetode ville have betydet, at tænderne 2-2 ikke ville have tabt al knoglestøtte.

Fjernelse af implantaterne regio 1-1 og efterfølgende opbygning af knogle regio 1-1, samt indsættelse af to nye implantatbårne kroner, er omgørelse af den oprindelige behandling, og da behandlingen fra start ikke var i overensstemmelse med god faglig standard, skal skadevoldende tandlæge betale honoraret for den del af omgørelse som omfatter implantatbehandlingen regio 1-1 til forsikringen.

Forsikringen kunne herefter holde patienten skadesløs ved at betale den skadesudbedrende behandling med knogleopbygning og en implantatbaseret bro regio 2,1-1,2. (Sags nr. 1016 219 336)

5. Tab af tand på grund af skævboring til rodstift

Tanden +6 knækkede på langs, således at tandens inderste del (palatinale rod) måtte fjernes, og tanden bestod derefter af halvdelen af kronen og to tilbageværende rødder (buccale radices). På røntgen ses tegn på betændelse omkring tandens fremadvendende rod (mesialt). Det blev journaliseret, at der var opklaring omkring rodkomplekset som tegn på betændelse. I forbindelse med udboringen til rodstift skete der en skævboring således, at tandroden blev gennembrudt. Gennembrydningen blev erkendt

og kunne ses på røntgen. Tandens +6 var derefter så ringe, at den blev trukket ud, og der blev stillet en behandling med implantat i udsigt.

Der er sket en skade, idet tandens +6 mistes som følge af gennembrydningen, og behandlingen med skævboringen i tandens +6 har ikke været bedst mulig under de givne omstændigheder. Der kan derfor ydes erstatning i henhold til gældende regler.

Det er dog således, at tandens +6 forud for behandlingen var en svækket tand. Der var tegn på betændelse omkring den mesiale rod, hvorfor bedst mulig behandling ville have været revision af rodbehandlingen, opbygning med stiftopbygning for at sikre tanden mod fraktur, samt, efter opdeling af betændelsestilstanden, afsluttende rekonstruktion med en krone.

Forsikringen betaler i øvrigt udgifterne til den skadesudbedrende behandling med en implantatbåret krone.

Der foretages fradrag for sparede udgifter til denne behandling med rodbehandling samt stiftopbygning og krone, som skadelidte selv skulle have ofret for at bevare tandens +6 på lang sigt. (Sag nr. 1016 231 760)

3.3 Tålereglen – KEL § 20, stk. 1 nr. 4

”Hvis der som følge af undersøgelse, herunder diagnostiske indgreb, eller behandling, indtræder skade i form af infektioner eller andre komplikationer, der er mere omfattende, end hvad patienten med rimelighed må tåle. Der skal herved tages hensyn til dels skadens alvor, dels patientens sygdom og helbredstilstand i øvrigt samt til skadens sjældenhed og mulighederne i øvrigt for at tage risikoen for dens indtræden i betragtning”.

1. Aspiration af instrument

I forbindelse med indsættelsen af implantater blev en skruetrækker tabt i skadelidtes luftveje. Der opstod efterfølgende gentagne lungebetændelser og en forværring af skadelidtes allerede bestående sygdom KOL (Kronisk Obstruktiv Lungesygdom).

I marts 2010 blev der foretaget en røntgenundersøgelse af skadelidtes lunger, og den tabte skruetrækker blev lokaliseret til den ene lunge. Skruetrækkeren blev fjernet ved en kikkertoperation på Århus Sygehus.

Efter dette tidspunkt har skadelidte ikke haft flere lungebetændelser.

Skadelidte søger om erstatning for generne i forbindelse med de mange lungeinfektioner.

Tabet af skruetrækkeren, de påførte lungeinfektioner og forværring af KOL er et uønsket og sjældent uheld. Efter fjernelsen af skruetrækkeren er lungebetændelserne forsvundet uden varige men.

Sagen anerkendes efter KEL § 20.1.4. idet, der er tale om en alvorlig og sjældent forekommende komplikation til indsættelse af implantater. Der ydes erstatning for forlængelse af sygeforløbet samt godtgørelse for svie- og smerte for perioderne med lungebetændelse.
(Sag. nr. 1016 249 434)

2. Neuropatisk smerte delvist som følge af den udførte tandbehandling

Skadelidte skulle efter et uheld, hvorunder tanden 1+ blev skadet, have tanden 1+ rodbehandlet i 2005. På grund af betændelse og tab af tandbærende knogle blev tanden 1+ trukket ud. Efter opheling i 4 måneder uden symptomer blev der indsat et implantat i regio 1+.

Skadelidte havde efterfølgende kraftige smerter og trods fuldstændig knogleindheling blev implantatet fjernet i marts 2007.

Der blev fremstillet en 3-leddet bro, men smerterne forsvandt ikke.

Skadelidte er blevet undersøgt, dels på Odense universitetshospitals kirurgiske afdeling, dels på neurologisk afdeling.

Der blev konstateret en neuropatisk smerte efter en perifer nerveskade i regio 1+, og det er overvejende sandsynligt, at der i forbindelse med implantatoperationen er sket en sjælden nervepåvirkning, som har ført til den smertegivende tilstand.

Det blev ligeledes konstateret, at medicinsk behandling antageligt ville kunne hjælpe.

Implantatet er ifølge journalmaterialet og beskrivelsen af det postoperative forløb korrekt installeret.

Der er intet i journal- eller røntgenmateriale, som godtgør, at der er begået tandlægelige fejl, og behandlingen har med overvejende sandsynlighed være bedst mulig under de givne omstændigheder.

Der blev henvist til Odense Universitetshospitals neurologiske afdeling, hvor skadelidte tidligere var blevet undersøgt, og neurologisk undersøgelse og knoglescintigrafi blev udført.

På baggrund af undersøgelserne konkluderes det, at skadelidte forud for tandbehandlingen havde haft en bindevævstumor i højre side af overkæben med en nær relation til Trigemini-nerven, hvis nerver blandt andet går ud i det behandlede område.

Der var desuden en støttevævstumor i hjerne-stammen.

Endvidere ses lokalt tegn på knoglebetændelse i regio 1+.

På baggrund af skadelidtes sygdomsforløb er det overvejende sandsynligt, at smerterne er af kronisk karakter, og at årsagen dels skal søges i den forudbestående nære relation mellem bindevævstumoreren og nervus trigeminus (hvor en afklemning af blodforsyningen til denne kan medføre en neuralgi) og dels i et lokalt traume i forbindelse med den udførte tandbehandling.

Da de opståede gener både er sjældent forekommende og relativt alvorlige, må skaden anses for at ligge ud over, hvad man med rimelighed må tåle i forbindelse med tandbehandlingen.

Skadelidte blev tilkendt en mén godtgørelse på 5%. Godtgørelse for svie og smerte blev vurderet for de perioder, der er foretaget implantatbehandling; skønsmæssigt fastsat til 30 dage. Desuden blev skadelidtes medicinudgifter delvist erstattet.

Skadelidte ankede sagen til Tandskadeankenævnet, og sagen blev her afgjort således, at nævnet var enig med Codan i vurderingen af skadens årsag og dens omfang. Det tiltrådtes således, at méngraden blev fastsat til 5%.

Nævnet fandt, at der var grundlag for at tilkende godtgørelse for svie og smerte i videre omfang end sket i Codans afgørelse, da forløbet havde været langvarigt og med betydelige smerter i et år. Nævnet fastsatte svie og smerte skønsmæssigt til i alt 30.000 kr. samt erstatning til medicinudgifter i den etårige periode.

(Sag nr. 1016 008 344 – anke 1603/10)

3.4 Forældelse – KEL § 59

"Erstatningskrav efter kapitel 3 skal være anmeldt til Patientforsikringen senest 5 år efter, at den erstatningsberettigede har fået eller burde have fået kendskab til skaden. Efter 1/1 2011 er forældelsesfristen 3 år.

Forældelse af erstatningskrav indtræder dog senest 10 år efter den dag, hvor skaden er forårsaget."

1. For sent indgivet anmeldelse

Den 27. juli 2000 gennemføres en kirurgisk rodbehandling af tanden -6. Efter indgrebet opstår der føleforstyrrelser svarende til læbe/tandnerven.

Ved en konsultation den 9. august 2000 bekræftes føleforstyrrelserne.

Der indgives anmeldelse til forsikringen i 2010.

Anmeldelsesfristen er overskredet under henvisning til, at skadelidte fik kendskab til skaden kort tid efter skadestidspunktet og senest den 9. august 2000. I henhold til forældelsesloven skulle anmeldelse til forsikringen være indgivet senest 5 år efter, at skadelidte fik kendskab til skaden.

Der er ikke fremført oplysninger, der kan dokumentere efterfølgende usikkerhed omkring omfanget af de skadelige følger. Der er således ikke grundlag for en udskydelse af anmeldelsesfristen.

Ukendskab til forsikringen medfører ikke suspension af anmeldelsesfristen.

(Sag nr. 1016 158 387)

2. Skadevoldende behandling udført for mere end 10 år siden

I 1997 skulle tanden -5 forberedes til en stiftopbygning som led i behandling med en krone. I forbindelse med udboringen til stift skete der en skævborring således, at tandens rod blev gennembrudt. Der opstod ingen symptomer herved.

Tilstanden forblev uopdaget, indtil tanden -5 i juni 2010 dannede en fistel (betændelsesudførselsgang) og den 29. juni 2010 blev trukket ud i forbindelse med fremstilling af en ny bro på tænderne -3,4 til -7.

På røntgen den 9. juni 2010 dokumenteres skævborringen, som befinder sig i rodens øverste del. Der er fremstillet en ny bro.

Sagen blev afvist under hensyntagen til, at der var gået mere end 10 år, fra der var sket en skævborring med perforation af roden, og til der opstod en fistel, hvorefter tanden blev trukket ud. (Sag nr. 1016 233 673)

