

Årsberetning

2007

Årsberetningen for Tandlægeforeningens Patientskedeforsikring

2007

Indhold

Forord	5
Kapitel 1: Patientskedeforsikringen	6
1.1. Dækning	6
1.2. Sagsbehandling	6
1.3. Erstatning eller klage.....	6
1.3.1. Patientklagenævnet.....	6
1.3.2. Det overenskomstmæssige Klagesystem	6
1.3.3. Patientforsikringen.....	6
1.4. Forsikringsdækning og tandlægens mangelsansvar.....	7
1.5. Aktivitet	7
1.6. Økonomi	8
Kapitel 2: Sagsbehandling	9
2.1. Talmæssige/statistiske oplysninger.....	9
Kapitel 3: Problemstillinger belyst ved eksempler på afgørelser i Patientskedeforsikringen	15
3.1. Dækningsområdet i patientforsikringslovens (PFL) § 1/ Klage- og erstatningslovens (KEL) § 20.....	15
3.2. Specialistreglen – PFL § 2.1.1 / KEL § 20.1.1	16
3.3. Forsinket diagnosticering – PFL § 3.1 / KEL § 2.1.1	18

Forord

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

Nærværende årsberetning er imidlertid blevet forsinket grundet forhandlinger med Sundhedsministeriet og regionerne omkring aftalens forlængelse og det økonomiske grundlag.

Årsberetningen henvender sig primært til offentlige myndigheder, der har behov for et få et overordnet overblik over Patientskedeforsikringens virksomhed.

I relation til tandlægepatienter og tandlægelige sundhedsgrupper træffer forsikringen afgørelser efter Patientforsikringsloven (PFL) for skade forårsaget inden 2007 og efter lov om klage- og erstatningsansvar indenfor sundhedsvæsnets (KEL) for sager fra 2007 og frem, når patienter er kommet til skade i forbindelse med undersøgelse og behandling. Det er et vigtigt redskab, at den erfaring om patientskader og årsagerne hertil, som forsikringen registrerer, kan anvendes i det forebyggende arbejde.

Denne årsberetning vil i modsætning til tidligere kun omfatte nogle få men særligt udvalgte erstatningsafgørelser, idet de 1. instans afgørelser, der ankes til Tandskadeankenævnet, fremover vil være tilgængelige på Tandskadeankenævnets hjemmeside www.tsan.dk

Patientskedeforsikringens administrative praksis og lovgrundlag, vil være at finde på Patientskedeforsikringens hjemmeside www.tf-patientskade.dk

Antallet af anmeldte sager viser igen i år en let stigning på ca. 7,5 %, hvilket ikke nødvendigvis betyder, at der er sket flere skader. Der har imidlertid generelt været en større opmærksomhed om og øget kendskab til erstatningsmulig-

hederne. Hertil kommer, at Patientforsikringen i 2004 blev udvidet til at omfatte andre dele af sundhedssektoren end tandlægerne.

Aftalerne med regionerne, kommunerne og tandlægeskolerne, der skulle genforhandles primo 2007 efter implementering af strukturreformen, blev udskudt til primo 2008. Der har i foråret 2009 været forhandlingsmøder, men formelt er der endnu ikke indgået aftaler med Tandlægeforeningens Patientskedeforsikring om fortsat varetagelse af afgørelser efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsnets.

Tandlægeforeningens Patientskedeforsikring blev i 2006 stævnet af en lægemiddelimportør for at have påført importøren et markedsføringstab. Årsagen til stævningen var, at der i en årsberetning og i en artikel i Tandlægebladet var blevet manet til forsigtighed med at anvende bedøvelsesmidler med et specifikt aktivstof til mandibularblokada, idet man havde mistanke om en overrepræsentation af permanente nerveskader ved brugen af midlet. Samtidig henviste man til internationale artikler, der havde påpeget en eventuel risiko for samme tendens. Sagen verserer stadig for retten, og der forventes en afgørelse i 2009. Indtil videre udbetaler forsikringen erstatning til patienter med denne type skader, uagtet den usikkerhed om årsagssammenhæng, der er.

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

Hellerup, september 2009

Jahn Legarth

Formand for Tandlægeforeningens Patientskedeforsikring

Mette Heegaard

Direktør

1 Patientskedeforsikringen

1.1. Dækning

Siden 1. januar 2004 har hele den primære tandsundhedssektor, dvs. amter (nu regioner) og kommuner samt staten, været omfattet af Tandlægeforeningens Patientskedeforsikring. PFL dækker skader opstået her i landet i forbindelse med undersøgelse, behandling og lignende i henhold til PFL, der siden 1. januar 2007 er indeholdt i KEL.

Før 2004 var patienter i privat tandlægepraksis dækket af en patientskedeforsikring under Tandlægeforeningens Praksisforsikring, som blev etableret pr. 1. januar 1990.

1.2. Sagsbehandling

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

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

Sekretariatet modtager anmeldelser og foretager den indledende oplysning af sagen, som derefter sendes til forsikringsselskabet Codan, der foretager selve sagsbehandlingen af sagen.

1.3. Erstatning eller klage

Tandlæger er omfattet af:

- Patientklagenævnet.
- Det overenskomstmæssige klagesystem.
- Patientskedeforsikringen.

1.3.1. Patientklagenævnet

- tager stilling til, om tandlægen har overtrådt tandlæge-loven eller evt. straffeloven. Patientklagenævnet kan ikke tilkende erstatning eller dækning af omgørelsesomkostninger.

1.3.2. Det overenskomstmæssige klagesystem

- behandler klager, der vedrører rent faglige forhold ud fra en culpavurdering og kan overfor en tandlæge beslutte, at tandlægen skal tilbagebetale et af nævnet fastlagt beløb. Klagesystemet kan ikke tilkende erstatning til en patient, men der er en lang tradition for, at det i kendelserne tilkendes gives, om der er et ansvarsgrundlag, når dette spørgsmål i øvrigt er relevant.

Optræder der under sagsbehandlingen mistanke om alvorlig overtrædelse af tandlæge-loven eller straffeloven, skal sagen fremsendes til Sundhedsstyrelsen (og herfra til Patientklagenævnet).

1.3.3. Patientskedeforsikringen

- vurderer skader ud fra PFL - nu KEL og ikke ud fra en culpavurdering, og der er derfor ikke nogen direkte forbindelse mellem kendelser i klagesystemet og erstatningsvurderingen i Patientskedeforsikringen. Kun hvor mangelfuldt arbejde erstattes af skadesudbedringen, vurderes der efter culpapreglen.

PFL / KEL regulerer alene behandlingsskader, der beløbsmæssigt overstiger kr. 10.000,-. Imidlertid dækkes tandskader sket hos privatpraktiserende tandlæger ned til kr. 1.000,-.

Det blev i den oprindelige lov om patientforsikring meget klart fastlagt, at der ingen organisatorisk sammenkædning er mellem Patientskedeforsikringen og klagesystemerne. For at sikre patienterne erstatning, anses det for vigtigt, at den, der har forvoldt en skade, ikke risikerer, at der rejses en klagesag, også selv om man under sagsbehandlingen måtte finde, at der kunne være grundlag herfor.

Da PFL den 1. januar 2004 blev udvidet til at dække den primære sundhedssektor, hvor amterne, nu regionerne, skal dække udgifterne, indførtes § 9 stk. 3 i loven, der tilsiger, at hvis

der i gentagne tilfælde har været ydet erstatning for skader forvoldt af en privatpraktiserende sundhedsperson, skal der ske en indberetning til Sundhedsstyrelsen.

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

1.4. Forsikringsdækning og tandlægens mangelsansvar

Det er en forudsætning for forsikringsdækning, at der foreligger en skade opstået i forbindelse med undersøgelse eller behandling m.m. (patientskade), eller at tandlægen efter almindelige erstatningsregler har pådraget sig ansvar for en personskade eller tingskade (erhvervsansvar).

Patients krav på omgørelse af mangelfuldt tandlægearbejde, der alene støttes på tandlægens misligholdelse af kontraktmæssige forpligtelser (mangelsansvar), falder udenfor forsikringsdækningen, og patients krav på tilbagebetaling af vederlag/dækning af omgørelsesomkostninger 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 f.eks. omgørelsen sker hos en anden tandlæge til en højere pris.

I tilfælde af, at der er udført fejlbehæftet/mangelfuldt tandlægearbejde i forbindelse med diagnostik- og/eller behandlingsskade, er den del af den samlede skadesudbedrende behandling, som erstatter det mangelfulde arbejde, ikke forsikringsdækket.

Det fremgår af forsikringsbetingelserne, at udgiften til denne del af den samlede skade skal afholdes af den tandlæge, der har udført det fejlbehæftede/mangelfulde arbejde.

Eksempelvis kan en fejlagtigt udført bro have medført, at en tand mistes, og at den oprindelige bro skal erstattes af en større bro. Tandlægen skal

i så fald 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, fratrækker 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 behandlingen, der svarer til omgørelsen, som patienten har krav på hos den skadevoldende tandlæge.

Enkelte tandlægers usikkerhed over forsikringens kompetence til at pålægge dækning af mangelsansvar, jf. forsikringsbetingelserne i Tandlægeforeningens Praksisforsikring – Patientskadeskedeforsikring § 2, afsnit 4, og forsikringsmæssige behandling heraf har været årsag til, at der blev nedsat et udvalg (LOKE-udvalget), der skulle redegøre for relationen mellem forsikringen og klagesystemet og undersøge om sagsbehandlingen sikrer tandlægens retsbeskyttelse.

Tandlægenes erhvervsansvarsforsikring dækker også almindeligt erhvervsansvar for person- og tingskade forvoldt under udøvelse af selvstændig tandlægepraksis, såfremt der ikke foreligger en dækningsberettiget skade under Patientskedeforsikringen. Det er kun aktuelt i relation til patientskader, der ligger under 10.000 kr. grænsen, dog 1.000 kr. for privatpraktiserende tandlæger samt ulykker, der ikke dækkes efter Patientskedeforsikringen.

1.5. Aktivitet

Patientskedeforsikringen og erhvervsansvarsforsikringen samt forsikringer for retshjælp og arbejdsskader administreres af Tandlægeforeningens Praksisforsikringsudvalg, der er et paritetisk udvalg mellem Tandlægeforeningen og Codan. Praksisforsikringsudvalget består af indtil 3 repræ-

sentanter fra hver side. Endvidere kan hver af parterne lade sig repræsentere med en jurist.

Praksisforsikringsudvalget har til opgave:

- at føre tilsyn med, at aftalen forløber i overensstemmelse med parternes intentioner,
- at tage stilling til tvivlsspørgsmål vedrørende forsikringsdækningens omfang for øvrige dækninger end Patientskedeforsikringen, idet Praksisforsikringsudvalgets afgørelser heraf er bindende for Tandlægeforeningen og Codan,
- at foreslå forbedringer og justeringer af Praksisforsikringen,
- at sørge for årlig regnskabsaflægning for hele ordningen, og
- at informere de af aftalen omfattede tandlæger.

Praksisforsikringsudvalget fastsætter selv sin forretningsorden, der godkendes af parterne.

Formanden for Praksisforsikringsudvalget vurderer løbende Codans afgørelser vedrørende patientskadedækningen, samt Tandlægeforeningens mulighed for eventuelt at anke en afgørelse til Tandskadeankenævnet.

Formanden for Praksisforsikringsudvalget kan ikke være medlem af Tandskadeankenævnet. Formanden udpeges af Tandlægeforeningen.

Praksisforsikringsudvalget har afholdt 2 møder i 2007. Udover den generelle ledelse og udvikling af ordningen, afgør udvalget konkrete sager om erhvervsretshjælp til ordningens medlemmer. Tandlægeforeningens medlemmer af udvalget afholder interne møder som forberedelse til udvalgsmøderne samt for planlægning af aktiviteter i forsikringen.

Praksisudvalgets sammensætning pr. 1. januar 2007:

Formand:

Jahn Legarth, tandlæge

Medlemmer:

Jørn Frandsen, tandlæge

Marianne Clemensen, tandlæge

Fra forsikringselskabet Codan:

Nicolai Tofft, afdelingschef

Pernille Kornath Møller, afdelingschef

Lone Kjær, underwriter

1.6. Økonomi

Det tilstræbes at holde omkostningerne så lave, som det er forsvarligt. Praksisforsikringsudvalget har et samlet administrationsbudget på 2,8 mio. kr. Dette beløb vil stige, især henset til den vækst, der ses i sagsmængden.

Til dækning af sags- og skadesbehandlingsudgifter blev der i 2007 opkrævet et gebyr på kr. 7.300,- pr. sag, fastsat ud fra et estimat over de forventede omkostninger til behandling af de indkomne sager i 1. instans.

Flere oplysninger

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

2 Sagsbehandling

2.1 Talmæssige – og statistiske oplysninger

Figur 1 viser fordelingen af erstatninger på skader anmeldt i årene 2004-2007.

Ca. 65 % af anmeldelserne giver anledning til erstatning efter PFL/KEL. 29 % af anmeldelserne var ikke erstatningsberettiget, og de resterende

ca. 6 % er skader, der er dækket af erhvervsansvarsforsikringen og omhandler væsentligst tingskader.

	2004	2004 i %	2005	2005 i %	2006	2006 i %	2007	2007 i %
§2/20, stk.1, nr. 1 (specialistmålestokken)	371	50,9	319	47,9	297	44,1	538	50,2
§2/20, stk. 1, nr. 2 (apparatursvigt)	33	4,5	38	5,7	37	5,5	73	6,8
§2/20, stk. 1, nr. 3 (alternativ metode/teknik)	1	0,1	1	0,2	3	0,4	6	0,6
§ 2/20, stk. 1, nr. 4 (rimelighedsreglen)	45	6,2	49	7,4	74	11,0	82	7,7
Ulykke	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0
Ansvar <1.000	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Omfatttet, men < 1000 kr.	2	0,3	4	0,6	2	0,3	2	0,2
I alt omfattet af Patientskedeforsikringen	452	62,0	412	61,9	414	61,4	701	65,5
Afgørelser uden for lovens dækningsområde	-	-	-	-	-	-	-	
Omgørelse af eget arbejde	4	0,5	1	0,2	1	0,1	16	1,5
Ikke dækket	215	29,5	181	27,2	205	30,4	276	25,8
Forældelse		0,0	5	0,8	9	1,3	9	0,8
Diverse		0,0	3	0,5	6	0,9	6	0,6
Ikke omfattet af Patientskedeforsikringsloven	219	30,0	190	28,5	221	32,8	307	28,7
Tingskade	58	8,0	64	9,6	39	5,8	63	5,9
Samlet antal afgørelser	729	100,0	666	100,0	674	100,0	1071	100,0

Figur 1. Anerkendelses- og afvisningsbegrundelser 2004-2007.

Antal pr. år	Ny sager				Afsluttede sager			
	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007
Privatpraksis	794	957	943	1021	619	253	633	705
Kommunal tandpleje	2	13	16	15	2	3	7	4
Amts/regions - tandpleje	0	1	3	0	0	0	0	2
Tandlægeskoler	1	2	4	2	1	0	1	2
I alt	797	973	966	1038	622	256	641	713

Figur 2. Sagerne fordelt på de dækkede tandplejeområder, ekskl. tingskader.

År	Hensættelser primo	Hensættelser ultimo	Udbetalte erstatninger	Udgifter i alt
2004	21.799.973	24.422.166	9.111.237	11.733.430
2005	24.422.166	29.647.745	14.334.996	19.560.584
2006	29.647.754	27.778.923	13.276.063	11.407.232
2007	27.778.923	27.050.394	16.094.964	15.366.438

Figur 3. Erstatningsudgifter pr. år iflg. Codans regnskab. I opgørelsen af erstatningsudgifter er medtaget udgifterne til konsulenter.

Anmeldelsesår/ Skadeår	2004	2005	2006	2007
2001	40	30	24	32
2002	80	56	46	42
2003	168	112	108	97
2004		214	120	95
2005			235	158
2006				252

Figur 4. Antal afgjorte sager, der vedrører tidligere skadeår.

Figuren viser, at mange af de anmeldte skader er sket flere år tilbage. F.eks. var 32 af de i 2007 anmeldte skader, sket i 2001.

Måneder	2004	2005	2006	2007
<1	17,2	2,0	4,5	4,5
<2	61,3	36,3	34,0	34,1
<3	79,2	68,3	73,4	73,6
<4	84,2	77,7	84,0	84,3
<5	87,4	81,0	87,8	88,1
<6	89,6	83,3	90,2	90,5
<9	93,8	89,0	95,1	95,4
<12	95,4	92,3	96,9	97,2
<18	96,6	97,3	98,5	98,8
<24	97,4	98,3	99,2	99,5
<36	98,0	99,0	99,4	99,7
<48	98,4	100,0	99,7	100,0
>47	100,0		100,0	

Figur 5. Sagsbehandlingstid i måneder – ekskl. tingskader.
Sagsbehandlingstid i måneder i akkumuleret %-tal fra startdato til afgørelsesdato, ekskl. tingskader for sager afgjort i året.

Erstatningsudbetaling	2005	2006	2007
Under 1.000	-104.188	81.305	41.220
1.000 til 10.000	956.234	736.991	1.303.326
over 10.000	11.709.043	11.176.891	12.422.059
I alt	12.561.089	11.995.187	13.766.605

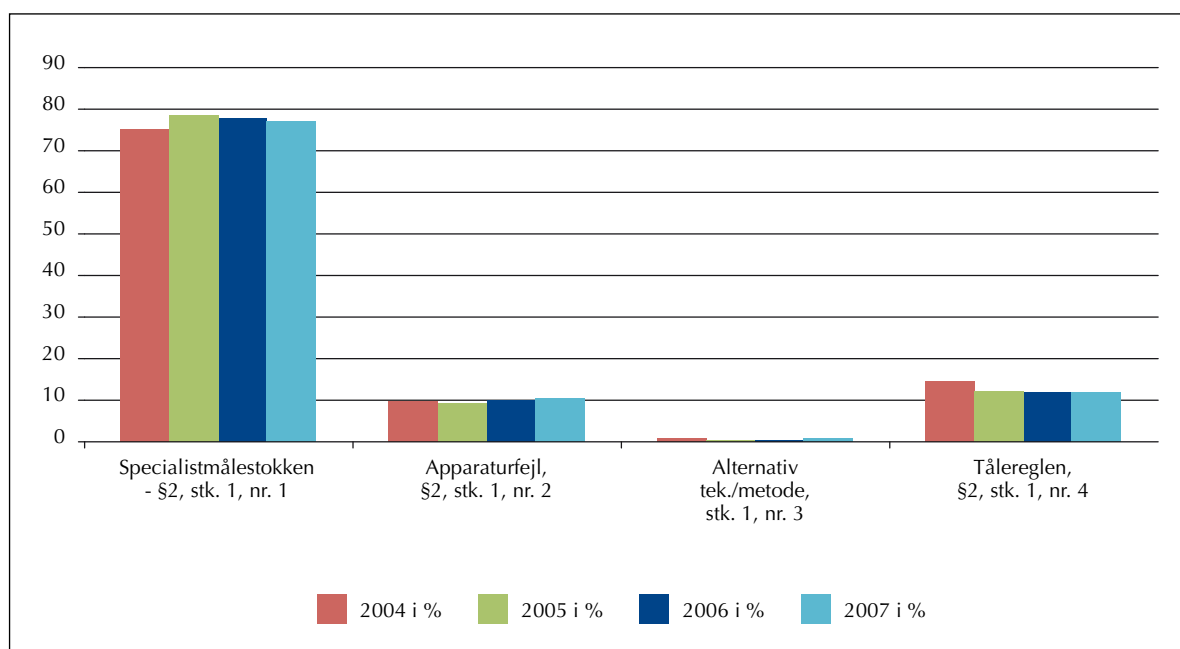
Figur 6. Erstatningsudbetalinger til patienterne.

Afsluttede sager	2005	2006	2007	I gang ej afsluttede
Uden udbetaling	338	347	524	
Udb. under 1.000	47	102	57	122
Udb. under 10.000	179	231	139	594
Udb. over 10.000	244	255	239	860
I alt	808	935	959	1576

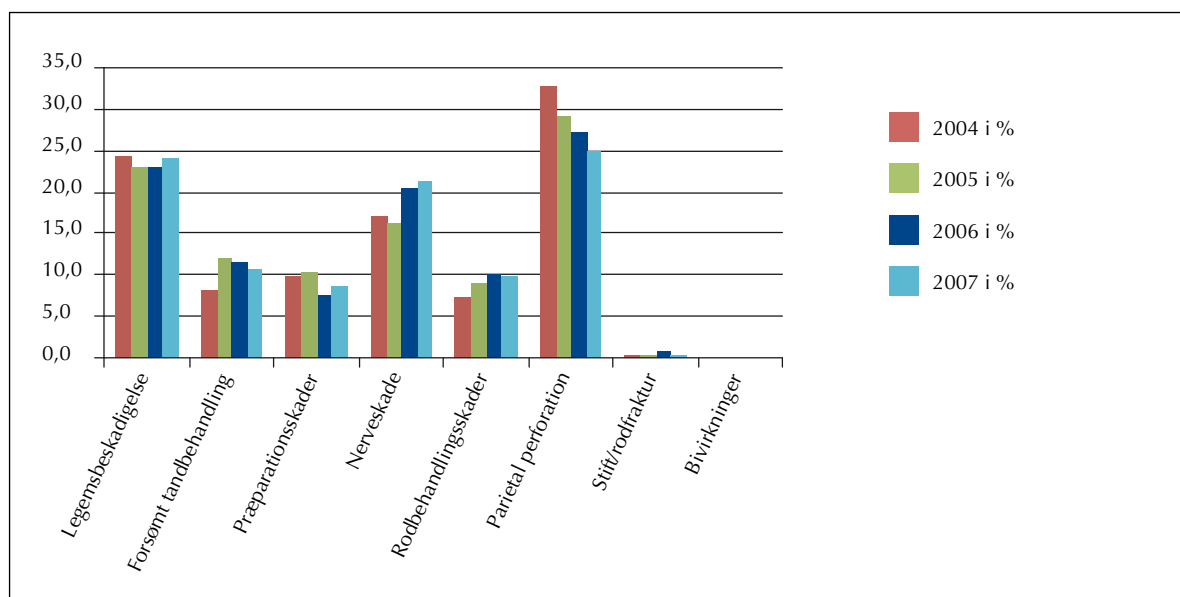
Figur 7. Antal afsluttede sager i de enkelte år samt hvor mange der stadig er under sagsbehandling.

Region	Antal sager	Skadeudgifter
Hovedstaden	81	4.857.415
Sjælland	33	2.582.966
Midtjylland	67	2.837.022
Nordjylland	20	1.586.548
Syddanmark	63	2.648.322
I alt	264	14.512.273

Figur 8. Antallet af sager med udbetalinger i 2007 fordelt på de enkelte regioner. Skadeudgifterne viser den forventede samlede erstatningsudbetaling.



Figur 9. Fordeling i % af erstatningsberettigede skader efter § 2, stk. 1.



Figur 10. Procentuel fordeling af skadetyper.

Skadekoder	2004	2005	2006	2007
N. mandibularis	39	32	69	79
N. lingualis	37	35	43	54
N. infraorbitalis	0	0	19	1
N. buccalis	7	7	1	17
N. facialis	0	0	0	1
N. mentalis	4	4	6	14
Andre nerver	1	2	0	3
I alt	88	80	138	169

Figur 11. Fordeling af nerveskader.

3 Problemstillinger belyst ved eksempler på afgørelser i Patientskedeforsikringen

3.1 Dækningsområdet i PFL § 1, efter den 1. januar 2007 KEL § 20

Der ydes erstatning efter reglerne i denne lov til patienter eller efterladte til patienter, som her i landet påføres skade i forbindelse med undersøgelse, behandling eller lignende.

Lægemiddelskade – ikke omfattet

I forbindelse med almindelig tandbehandling blev bedøvelsesmidlet lattergas (dinitrogenoxid) anvendt.

Navnet "lattergas" hentyder til den virkning, gasen har på de mennesker, som inhalerer den. Medikamentet bruges som bedøvelsesmiddel. Ved indånding forårsager dinitrogenoxid den før omtalte ufølsomhed overfor smerte og kan desuden medføre eufori og svimmelhed.

Under behandlingen med dinitrogenoxid fik en patient et euforisk anfald, afbrød tandbehandlingen og løb fra klinikken.

Det er oplyst i anmeldelsen, at skadelidte i forbindelse med episoden skadede højre hånd, og at der senere opstod behov for psykologbistand.

Kort tid efter episoden var patienten fuldt orienteret i tid og data, idet virkningen af lattergas hurtigt ophører. Tandbehandling kunne afsluttes.

På baggrund af hændelsesforløbet oversendes den videre skadesbehandling til Patientforsikringen som en lægemiddelskade.

Anerkendelse af en skade efter lægemiddelerstatningsloven er ikke udtryk for, at brugen af lattergas ikke har været berettiget, men alene for, at patienten muligvis er blevet ramt af en bivirkning, som går ud over, hvad patienten med rimelighed må tåle.

For patienten er det i øvrigt uden betydning, om erstatningen ydes efter den ene eller den anden lov.

(Skadenummer: 1015 864 778)

Udtagning af knækkede implantater – alene omgørelse

Patienten fik erstattet tanden 6+ med implantat og krone. Behandlingen mislykkedes grundet brud på implantatet. Fiksturen (implantatet) måtte fjernes og et nyt installeres.

Landstandlægenævnet pålagde tandlægen tilbagebetaling af oppebåret honorar og henviste i afgørelsen til, at udgiften, der var forbundet med udtagning af det knækkede implantat, var en erstatningsberettiget skade.

Erstatning til udtagning af implantatet blev imidlertid afvist, idet udtagning i forbindelse med knækkede implantater, betragtes som en del af omgørelsesudgiften. På den baggrund var der ikke sket en erstatningsberettiget skade.

(Skadenummer:1015 635 569)

Tab af knogle omkring implantat – ikke en skade

Der indgives anmeldelse med påstand om, at et implantat svarende til tanden +1 er blevet negativt påvirket ved den efterfølgende påsætning af krone på implantatet.

Imidlertid sandsynliggør røntgenoptagelser, at implantatet allerede inden påsætning af krone havde mistet bærende knogle.

Patienten havde hos en kirurg fået indsat et implantat svarende til tanden +1. Det er ført til journalen, at knoglen var noget tynd.

Ved en røntgenoptagelse i forlængelse af behandlingen, ses implantatet placeret tilfredsstillende. Herefter afsluttedes patienten hos kirurgen.

Ved en senere undersøgelse hos egen tandlæge optages røntgen.

Det ses på røntgenbilledet, at der er manglende indvækst af knogle på implantatet, svarende til 2/3 af implantatlængden på tandens mesiale (fremadvendende) flade.

Med en høj grad af sandsynlighed havde implantatet allerede på dette tidspunkt tabt knogle/ikke opnået fuld knoglehelning. Allerede på dette tidspunkt var der behov for en genopbygning af knogle omkring implantatet.

Efterfølgende monteres krone på implantatet, og i den forbindelse presses cement ned ad implantatet. Denne behandling giver anledning til betændelse, og der foretages en ny operation, hvor cement omkring implantatet fjernes, vævet oprensnes og knogle genopbygges. Det bemærkes, at cementen på røntgenbilledet dateret den 28. marts 2007 netop er presset ned.

Efter reoperationen opnås fuld knogledække omkring implantatet, og kronen kan genpåsættes.

Sammenfattende er der gennemført en behandling med implantat, hvor der trods en god, faglig indsats ikke er opnået knogledække omkring hele implantatet. Det betyder, at den behandling, der senere måtte udføres med fornyet kirurgi, skulle være udført under alle omstændigheder, og dermed er der ikke sket en skade i PLF's forstand. Der er tale om en behandling, der ikke er lykkedes og som efterfølgende måtte udbedres/omgøres.

(Skadenummer: 1015 840 907)

3.2. PFL § 2 stk. 1 nr. 1, efter 1. januar 2004 og KEL § 20, stk. 1, nr. 1 – specialistreglen

- *"hvis det må antages, at en erfaren specialist på det pågældende område under de i øvrigt givne forhold ville have handlet anderledes ved undersøgelse, behandling eller lignende, hvorved skaden ville være undgået."*

Nerveskade efter fjernelse af visdomstand

En patient får fjernet en visdomstand i underkæben ved operation. Herved opstår der skade på nervus alveolaris inferior.

Der er ikke angivet indikation for fjernelse af tanden ud over, at tanden er delvist frembrudt. Der er ikke journalnotater, der angiver symptomer fra tanden forud for fjernelsen. Indikationen for indgrebet har derfor været relativ.

Præoperativt røntgenbillede viser tanden i fuld udstrækning. Billedet viser en mørk struktur, der passerer roden ca. midtrods, og roden viser indkærvning svarende hertil. Det er overvejende sandsynligt, at der er tale om tæt relation mellem tandrod og canalis mandibulae, og det medfører skærpelse af indikationskravet.

Patienten gøres ved bedøvelsen opmærksom på, at der kan blive tale om kortvarige følegener efter operationen på grund af den tætte relation mellem tand og nervekanal.

På den udtagne rod beskrives tunnel gennem roden, ret højt beliggende, og patienten orienteres efter operationen om, at der kan vær tale om varig skade på nerven med føleforstyrrelser til følge.

Skaden anerkendes, idet der før indgrebet er konstateret risiko for nerveskade, og der ikke ved vurdering af nødvendigheden af fjernelse tanden er taget hensyn til dette.
(Skadenr. 1015 811 267)

Tab af højre mandibel (underkæbe) som følge af mangelfuld diagnostik og behandling

Generelt:

En velkendt komplikation til strålebehandling er efterfølgende problemer i mundhulen, herunder mundtørhed, voldsom udvikling af caries (huller i tænderne) og øget risiko for tab af tænder. På den baggrund har patienter efter strålebehandling ofte behov for tandlægelig specialviden og etablering af særlige forholdsregler ved almindelig tandbehandling, i særdeleshed ved kirurgiske indgreb i mundhulen og det strålebehandlede område.

Patienter, der er strålebehandlet, har en betydelig risiko for udvikling af henfald af kæbebenet (osteoradionekrose).

Det er velkendt, at denne komplikation kan opstå spontant flere år efter strålebehandlingen, men

komplikationen kan også opstå i relation til kirurgiske indgreb i mundhulen og til tandkirurgi.

Man bør derfor være tilbageholdende med kirurgiske indgreb på strålebehandlede kæber. Det gælder især i underkæbens kindtandsregion og især ved manglende kendskab til strålefeltets afgrænsning. Kirurgisk behandling af strålebelastede kæber bør kun foretages på absolut indikation og i hospitalsregi, hvor evt. manglende heling kan forebygges eller behandles.

Skadesforløb:

Skadelidte afsluttede i februar 2000 en strålebehandling rettet mod en halscyste med ondartede celleforandringer og spredning heraf til lymfeknuder.

I april 2005 gennemføres en behandling med udtrækning af resttænder i overkæben og samtidig installeres 4 implantater. Implantaterne sammen med 1 forudbestående implantat i midtlinien, installeres således: 1 implantat i højre side af overkæben og 3 stk. implantater i venstre side af overkæben. Dette er ikke i overensstemmelse med optimal fordeling. Herudover bemærkes det, at den kirurgiske behandling blev udført uden forebyggende og efterfølgende antibiotika behandling.

I helingsfasen opstod komplikationer ved indheling af implantat i højre side af overkæben. Der blev ikke opnået fuld sammenvoksning mellem dette implantat og kæbebenet (osseointegration).

Senere påsættes en 10-leddet bro fra 5+ til +5 båret af 5 stk. implantater i overkæben.

Efterfølgende henvender skadelidte sig til tandlægen med hævelse og smerter fra højre side af overkæben, og der ordineres antibiotika (penicillin).

Senere gennemføres en behandling i underkæben med udtrækning af tænderne 7-,5-,4-,2-,1-,1-,2-,4 og -5.

Herefter foretages et nyt kirurgisk indgreb med installation af 4 implantater i underkæben. I forlængelse af behandlingen optages et oversigtsrøntgen. På røntgenbilledet ses tydeligt et mørkt

område i højre side af kæben, der er et udtryk for en sygelig forandring, f.eks. en osteoradionekrotisk læsion (henfald af kæbebenet) eller en malign (cancer) forandring.

De radiologiske forandringer blev ikke diagnosticeret i journalen.

Efter en kort helingsperiode foretages udtrækning af tænderne 3- og -3 og der indsættes en fast fuldkæbebro i underkæben.

Herefter rejser skadelidte på en længere ferie i udlandet (Italien) og under opholdet opstår komplikationer i form af smerter og føleforstyrrelser i højre side af underkæben. Der udføres scanning og røntgen. Røntgen (udateret men optaget i perioden juli 2006 til oktober 2006) viser en omfattende læsion i højre side af underkæben. Læsionen er uden mindste tvivl udtryk for en sygelig forandring og en videreudvikling af den læsion, der burde være diagnosticeret ved røntgenoptagelsen i januar 2006.

På den baggrund blev der gennemført en behandling med bortskæring af en stor del af højre underkæbe (mandibel). Det fjernede stykke omfatter de anatomisk benævnte områder kondyl, ramus og angulus.

Tabet af underkæbeskelettet i højre side har medført alvorlige tyggefunktionelle problemer, føleforstyrrelser mv.

Konklusion:

Behandlingen med udtrækninger, installation af implantater og fremstilling af broer har ikke været bedst mulig under de givne omstændigheder.

Der savnes et sikkert diagnostisk grundlag og indikation for særligt udtrækning af tænderne i underkæben. I forbindelse med udtrækningerne er der ikke indført diagnoser, og en alternativ tandbevarende behandling er ikke overvejet.

Endvidere er der i forbindelse med de kirurgiske indgreb ikke truffet de nødvendige betændelsesforebyggende forholdsregler, der ellers anbefales ved behandling af strålebehandlede områder. Sluttelig er den sygelige forandring, der ses på

røntgenoptagelsen dateret den 5. december 2005, ikke diagnosticeret, og den forsømmelige diagnostik har medført, at adækvat behandling ikke er blevet indledt rettidigt.

Sammenfattende kunne komplikationen med bortskæring af højre underkæbe med overvejende sandsynlighed være undgået ved optimal diagnostik og behandling af skadelidtes tandsæt, og på den baggrund anerkendes skaden som erstatningsberettiget.

Skadelidte blev tilkendt en mén godtgørelse, idet der er påført et varigt mén på 30 %.
(Skadenummer: 1015 768 549)

3.3. PFL § 3 stk. 1, efter den 1. januar 2007

KEL § 21, stk. 1 – forsinket diagnostisering

Skade som følge af, at der ikke er blevet stillet en rigtig diagnose af patientens sygdom, erstattes kun i de i § 2, stk. 1, nr. 1 og 2, nævnte tilfælde.

Manglende diagnostik og behandling af parodontose

Patienten konsulterede samme tandlæge gennem en årrække. Ved skift til ny tandlæge konstateres udbredt parodontose.

Der er fremlagt journal, startende i 1994. Der er bite wings (Røntgenoptagelser til undersøgelse af begyndende caries og parodontose) fra 19/1 1994, men kontrasten er dårlig, hvorfor knoglen ikke ses tydeligt. Der synes imidlertid at være tegn på horisontalt fæstetab som tegn på begyndende parodontose. Specialoptagelse af tanden 7+ viser tydeligt fæstetab på denne tand. Ingen af billederne beskrives, men 26/1 1994 noteres, at der forklares om parodontose og instrueres i at anvende tandstikkere.

7+ trækkes ud den 24/3 1994 uden angivelse af indikation.

8/7 1997 tages atter bite wings. Billederne beskrives ikke, men viser tydelige tegn på fremadskridende parodontose.

Bite wings 29/10 1999 viser tydeligt forværret fæstetab i venstre side af overkæben, medens der er ringe udvikling i underkæben.

Billederne tillader ikke vurdering af fæstet i højre side af overkæben.

Bite wings 18/4 2001 viser forværring af tilstanden, og bite wings 30/9 2004 viser generel escalering af tandkødslidelsen, der tilsyneladende er skiftet til hurtigt udviklende fase.

I tidsrummet fra 1994 til 2001 blev der ikke iværksat foranstaltninger til imødegåelse af udvikling af parodontose.

I maj 1998 noteres, at 1+1 er løse af første grad, og at der er tandkødslommer på 5mm. Fundet medfører, at der tales om anvendelse af tandstikkere og bedre tandbørstning.

Dette gøres igen i november 2000 og i maj 2001 noteres, at der generelt er tandkødslommer på 5 mm.

I oktober 2001 foretages for første gang systematisk registrering af tandkødslommerne, der måles til 3-8 mm, i langt de fleste tilfælde over 5 mm.

Registreringen udløser for første gang egentlig behandling af tandkødslidelsen, idet der foretages udvidet tandrensning.

Den udførte diagnostik og behandling for parodontose har ikke været bedst mulig, hvorfor patienten findes berettiget til dækning af de merudgifter, der nu er til parodontosebehandling, ligesom tab af tænder som følge af den manglende behandling er omfattet.

(Skadenr. 1015 748 296)

Utilstrækkelig diagnostik og behandling af parodontose

Patienten har siden 1978 og i 28 år konsulteret samme tandlæge regelmæssigt for undersøgelse og behandling.

I 1995 noteres: svær gingivitis og i 1998 pocher og gingivitis.

I 1999 og 2001 gives ydelsen udvidet tandrensning og i 2003 almindelig parodontalbehandling.

I juni 2004 ydes dyb tandrensning på tænderne +3 og -4,5 og -6, og i marts 2006 noteres tandpine ved +7 og 10 mm poche. Dette er første journalnotat vedrørende pochemål.

Der er ikke foretaget systematisk kontrol af tandkødets tilstand på trods af, at der har været erkendt tandkødsproblemer, ligesom der ikke er lagt nogen form for behandlingsplan til imødegåelse af udviklingen af paradentose.

Derfor er patientens nuværende behandlingsbehov med overvejende sandsynlighed større, end hvis behandling var iværksat tidligt.

Derfor kan forsikringen betale for den nu nødvendige paradentosebehandling, ligesom der kan betales for erstatning af tab af tænder, der mistes som følge af paradentose, og som med overvejende sandsynlighed kunne være bevaret ved tidlig indsats.

Da første tegn på paradentose med sikkerhed kan tidsfæstes til 1998, skal der fradrages sparede udgifter fra dette tidspunkt.

Fradraget beregnes skønsmæssigt ud fra graden af paradentose og formodet hastighed på sygdomsudviklingen. Fradraget udgør sædvanligvis 500,- kr. pr. år, hvor sygdomsudviklingen har været langsom og 1000,- kr. pr. år, hvor der har været hurtig sygdomsudvikling.
(Skadenr. 1015 702 092)

Nerveskade og unødvendig progression af grundsygdommen grundet mangelfuld opfølgende diagnostik og behandling

Skadelidte fik i 1992 foretaget en kirurgisk rodbehandling af tanden -6 hos en specialist.

I forbindelse med behandlingen, blev der konstateret en tendens til betændelse (udvidet coronarum) omkring visdomstanden -8. Det blev i forlængelse af behandlingen af tanden -6 anbefalet tandlægen og skadelidte (af specialisten) at overveje, hvorvidt visdomstanden -8 skulle fjernes og/eller derefter gennemføre en opfølgende røntgendiagnostik heraf.

Imidlertid blev der i årene herefter hverken anbefalet eller foretaget opfølgende røntgenun-

dersøgelser og/eller kliniske undersøgelser med henblik på nærmere udredning af forholdene omkring visdomstanden -8.

Først i 2005 blev der konstateret en større cyste (betændelses hulrum) med årsag i visdomstenden. På det tidspunkt var cysten så stor, at behandling heraf krævede hospitalisering, og risikoen for skade på læbe/tandnerven var betydelig.

I forbindelse med efterfølgende behandling på Glostrup Amtssygehus af cysten i venstre underkæbe opstod en nerveskade, men betingelserne for erstatning efter PFL i forbindelse med hospitalbehandlingen var ikke opfyldt.

Der burde imidlertid i årene efter 1992 af skadelidtes egen tandlæge være foretaget yderligere undersøgelser og oversigtsrøntgen. Herved findes det overvejende sandsynligt at visdomstanden -8 kunne være fjernet langt tidligere uden at cysten var opstået eller havde et sådan omfang, at hospitalisering var nødvendigt og uden at der dermed var opstået den senere uundgåelige nerveskade.

På den baggrund har forsømmelig diagnostik og behandling i årene 1992 og frem til 2005 medført nerveskaden.

(Skadenummer: 1015 735 420)

