

Årsberetning

2011

Årsberetningen for Tandlægeforeningens Patientforsikring

2011

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: Eksempler på afgørelser i Tandlægeforeningens Patientforsikring	18
3.1. Dækningsområdet	18
3.2. Specialistreglen	19
3.3. Apparaturreglen	20
3.4. Tålereglen	21
3.5. Forsinket diagnosticering.....	22
3.6. Forældelse	23

Forord

Tandlægeforeningens Patientforsikring afgiver årligt en redegørelse til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 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 Patientforsikringsopgave at hjælpe patienterne til at få den erstatning, som de har krav på efter loven. Ca. 63 % 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. 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 rejses jævnligt spørgsmål om hensigtsmæssigheden ved, at erstatningssager 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 kan alle sager behandles, når erstatningen overstiger 1.000 kr., hvis behandlingen er udført hos en privatpraktiserende tandlæge, hvor skader i den offentlige patientforsikring alene dækkes, hvis erstatningen 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. Samtidig er det en vigtig opgave – i samarbejde med Codan Forsikring – kontinuerligt at arbejde på, at afgørelserne formuleres og begrundes, således at både tandlægerne og patienterne forstår baggrunden for disse.

Det er Tandlægeforeningens Patientforsikringsopgave at sikre en effektiv, relevant og professionel sagsbehandling, hvor såvel patienter som sundhedspersonale oplever optimal service og tryghed. Tandlægeforeningens Patientforsikring har i 2011 i fortsat samarbejde med Codan Forsikring evalueret procedurer og rutiner og gennemgået principielle afgørelser med henblik på optimering af sagsbehandlingen og den skriftlige kommunikation.

Antallet af nye sager i 2011 er faldet en del (13,5 %) i forhold til 2010, hvor der i 2010 var en stigning på ca. 22,5 % i forhold til 2009.

Tandlægeforeningens Patientforsikring arbejder for at udbrede kendskabet til ordningen, så patienter og tandplejepersonale anmelder alle

skader, hvor der muligvis kan blive tale om en erstatning. Det er 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 sager, 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 honorarerne i henhold til Tandlægeoverenskomsten.

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.

For Tandlægeskolerne og skader sket indenfor den kommunale tandpleje, er det alene skader der overstiger 10.000 kr., der kan erstattes.

Denne årsberetning vil indeholde nogle eksempler på afgørelser, der er truffet i 2011 indenfor de forskellige bestemmelser i loven.

Tandskadeankenævnets afgørelser er tilgængelige på Tandskadeankenævnets hjemmeside www.tsan.dk. Denne samling af sager og afgørelser kan være nyttig for, at forsikringsselskabets sagsbehandlere, kommunernes og regionernes jurister, advokater og domstole kan følge og vurdere Tandlægeforeningens Patientforsikrings og Tandskadeankenævnets praksis.

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

Hellerup, juli 2012

Jørn Lund Jepsen

Formand for
Tandlægeforeningens Patientforsikring

Mette Heegaard

Direktør

1 Tandlægeforeningens Patientforsikring

1.1. Dækning

Tandlægeforeningens Patientforsikring oplyser og afgør sager efter Klage- og erstatningsloven inden for sundhedsvæsenet, 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 gennemskuelse 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 om ligeledes at fremsende en anmeldelse, hvis den ikke allerede er indsendt sammen med den modtagne anmeldelse. Den samlede sag fremsendes herefter til forsikringsselskabet Codan, der oplyser sagen fuldstændigt og varetager sagsbehandling i henhold til lovens bestemmelser.

I 2011 varetog følgende medarbejdere sekretariatsbetjeningen i Tandlægeforeningens Patientforsikring:

Dorte Schou
Preben Jespersen

I 2011 varetog følgende medarbejdere sagsbehandlingen i Codan Forsikring for Tandlægeforeningens Patientforsikring:

Mette Falk
Lensie Noer
Jesper Hedegaard
Nadja Rathjen
Pia Phillipsen

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 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 culpereglen.

Det blev i den oprindelige Patientforsikringslov meget klart fastlagt, at der ingen organisatorisk sammenkædning er mellem patientforsikringen og klagesystemerne. For at sikre patienterne erstatning blev det anset for vigtigt, 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 for en patient-skade 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-kade, 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 fx 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 vil have et krav 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 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. Fællesudvalget består 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 2011 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

Praksisforsikringens Fællesudvalg 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 2011.

1.6. Økonomi

Det tilstræbes at holde omkostningerne så lavt, som det er forsvarligt og praktisk muligt. Praksisforsikringen, der også varetager arbejds-skadeforsikring, retshjælpsforsikring, erhvervs-ansvarsforsikring samt en patientsikringsordning for de tandlæger, der er medlem af Tandlægeforeningen og Tandskadeankenævnet, havde i 2011 et samlet administrationsbudget på ca. 9,3 mio. kr.

Til dækning af sags- og skadesbehandlingsudgifter for sager anmeldt vedrørende behandling på tandlægeskolerne og i kommunalt regi blev der i 2011 opkrævet et gebyr på 7.500 kr. 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 3.000 kr. 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 2011.

Figur 1. Anmeldte sagers fordeling på tandplejeområder

	2009	2010	2011
Privatpraksis, region Sjælland	188	373	216
Privatpraksis, region Nordjylland	137	148	175
Privatpraksis, region Midtjylland	249	267	283
Privatpraksis, region Hovedstaden	600	711	594
Privatpraksis, region Syddanmark	237	254	254
Privatpraksis, region Færøerne/Grønland	0	3	0
Privatpraksis i alt	1411	1756	1522
Kommunal tandpleje	14	24	21
Regionstandpleje	4	3	1
Tandlægeskoler	8	18	13
I alt antal sager	1437	1801	1557

Figur 1 viser antal anmeldte sager i året fordelt på de enkelte tandplejeområder.

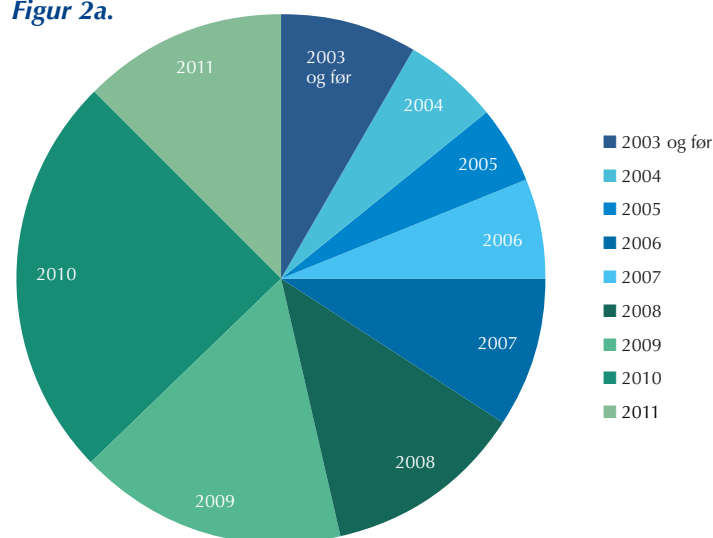
Der ses et generelt fald i anmeldte sager i forhold til 2010, hvor der blev anmeldt et historisk højt antal sager; mest markant ses færre anmeldte sager på behandlinger foretaget hos privatpraktiserende tandlæger. Regionstandplejen og tandlægeskolerne har dog procentmæssig et større fald end de privatpraktiserende tandlæger, men der er her tale om et meget lille antal anmeldelser, hvorfor ændringen ikke har den store betydning.

Figur 2. Skadeår for afgjorte sager

Skadeår	Afgørelsesår		
	2009	2010	2011
2003 og før	231	237	168
2004	104	150	110
2005	99	101	91
2006	141	148	120
2007	244	207	177
2008	354	406	238
2009	175	433	319
2010		227	483
2011			242
I alt	1348	1909	1949

Figur 2 viser fordelingen af antal afgjorte sager ud fra skadeåret. Det fremgår af figuren, at 37 % af de afgjorte sager – 725 sager – vedrørte skader sket i år 2011 eller året før. Heraf er 1/3 afgørelser, hvor skaden er sket samme år, som den er anmeldt og afgjort i. Ca. 25 % af afgørelserne vedrører skader sket året forinden, hvilket er i samme niveau som de tidligere år. Derimod udgør antallet af skader sket før 1.1.2004, hvor loven trådte i kraft for tandlægerne, en fortsat faldende andel af årets afgørelser.

Figur 2a.



Figur 2a er en grafisk visning af 2011-kolonnen i figur 2. Figuren tydeliggør, at de fleste (ca. 2/3) af skaderne konstateres og anmeldes indenfor 4 år efter behandlingen, mens den resterende del først anmeldes senere end 4 år efter, behandlingen er sket.

Figur 3. Sagsbehandlingstid

	2009	2010	2011
Op til 1 måned	1,7	1,1	0,7
Op til 2 måneder	7,8	12,9	6,3
Op til 3 måneder	32,0	30,9	32,4
Op til 4 måneder	61,5	51,5	60,5
Op til 5 måneder	74,2	67,9	75,6
Op til 6 måneder	81,1	79,2	82,3
Op til 9 måneder	89,5	89,5	90,9
Op til 12 måneder	92,8	94,1	94,1
Mere end 12 måneder	97,5	97,6	97,4
Mere end 18 måneder	99,0	99,0	98,6
Mere end 24 måneder	99,6	99,6	99,2
Mere end 36 måneder	100	100	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. Fra og med 2010 regnes sagsbehandlingstiden fra den dag en anmeldelse modtages i sekretariatet, hvor modtagelsen hos Codan Forsikring tidligere har været udgangspunktet.

Til trods for stigningen i antallet af afgjorte sager i 2011 (se fig. 2) er sagsbehandlingstiden ikke steget væsentligt. Lidt over 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 hovedparten af sagerne ikke er et udtryk for sagsbehandlernes prioriteringer eller sagsbyrde. Erstatningsopgørelserne er for en stor del afhængig af forhold hos skadelidte, herunder afventning på at tilstanden ikke kan bedres yderligere eller på afslutning af behandlingen.

Den gennemsnitlige sagsbehandlingstid, der oplyses til 8 – 12 uger, kan ikke umiddelbart aflæses af figuren, da denne først løber fra det tidspunkt, hvor sagen er helt oplyst. Størstedelen af sagerne kan ikke umiddelbart afgøres, når de modtages, men skal have indhentet yderligere materiale.

Figur 4. Typer af afgørelser 2009 – 2011

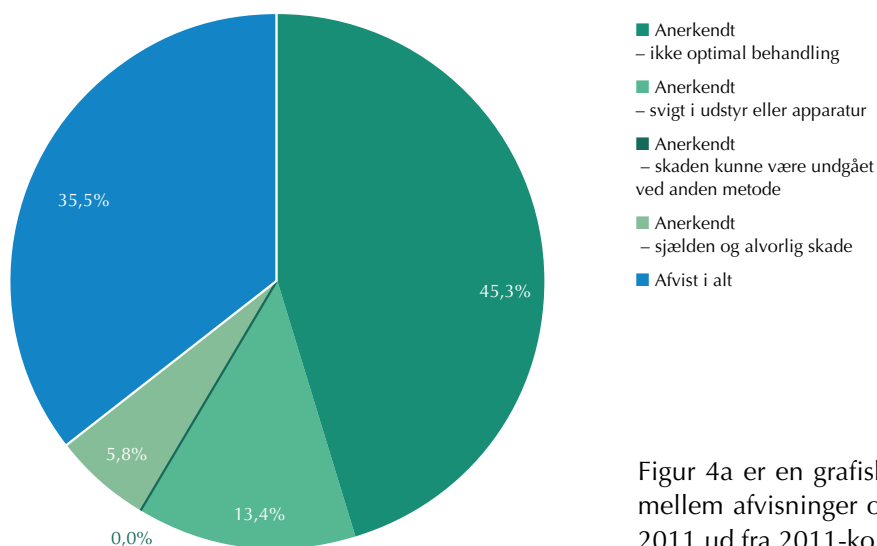
	2009		2010		2011	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Ikke optimal behandling / diagnose	773	52,7	1003	50,6	882	45,3
Svigt i udstyr eller apparatur	141	9,6	201	10,1	262	13,4
Skaden kunne være undgået ved anden metode	1	0,1	2	0,1	0	0,0
Sjælden og alvorlig skade	131	8,9	87	4,4	114	5,8
Ulykke	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Anerkendelser i alt	1046	71,3	1293	65,2	1258	64,5
Afvist	414	28,2	675	34,1	670	34,4
Forældelse	8	0,5	14	0,7	21	1,1
Afvist i alt	422	28,7	689	34,8	691	35,5
Samlet antal afgørelser	1468	100,0	1982	100,0	1949	100,0

Af figur 4 fremgår det, at knap 2/3 af alle sager, der anmeldes, bliver anerkendt. Den overvejende anerkendelsesårsag er begrundet i, at diagnose eller behandling ikke har været i overensstemmelse med bedste specialiststandard.

Anerkendelsesprocenten er faldet lidt i forhold til året før. Faldet i antal sager, der anerkendes, skyldes hovedsageligt et fald i antal sager anerkendt efter specialistreglen.

De knap 36 % af sager, der afvises, skyldes flere forskellige forhold, bl.a. sager, der alene vedrører omgørelse af udført tandbehandling, sager, der ikke erstatningsmæssigt beløber sig til min. 1.000 kr. for privatansatte tandlæger og 10.000 kr. for øvrige tandlæger og sager, hvor der ikke er sket en skade i lovens forstand.

Figur 4a.



Figur 4a er en grafisk illustration af fordelingen mellem afvisninger og anerkendelser foretaget i 2011 ud fra 2011-kolonnen i figur 4.

Figur 5. Sager med udbetalinger over 10.000 kr.

	Antal sager		
	2009	2010	2011
Region Hovedstaden	176	194	220
Region Sjælland	55	55	77
Region Midtjylland	97	80	96
Region Nordjylland	62	39	46
Region Syddanmark	112	81	93
Regionerne i alt	502	449	532
Kommunal tandpleje	2	1	1
Tandlægeskolerne	6	6	7
I alt	510	456	540

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

Figur 5 viser fordelingen af de sager, hvor den samlede udbetaling af erstatninger ved udgangen af året oversteg 10.000 kr.

Sager, hvor der endnu ikke er udbetalt mindst 10.000 kr., medgår ikke i denne opgørelse.

Først fra det år, hvor erstatningen overstiger 10.000 kr., indgår sagerne i ovennævnte opgørelse. Se eksempel.

Figur 5a.

	Myndighedernes betalte erstatninger		
	2009	2010	2011
Region Hovedstaden	3.616.649	5.557.239	4.321.644
Region Sjælland	897.589	1.908.677	1.771.687
Region Midtjylland	2.168.735	2.669.390	1.914.000
Region Nordjylland	1.302.795	1.298.291	1.003.547
Region Syddanmark	2.226.009	3.330.737	2.015.933
Regionerne i alt	10.221.777	14.764.334	11.026.811
Kommunal tandpleje	157.463	37.600	169.198
Tandlægeskolerne	262.469	213.905	418.264
I alt	10.641.709	15.015.839	11.614.273

Figur 5a viser de opkrævede erstatningers fordeling mellem regionerne, kommunal tandpleje og tandlægeskolerne i sager, hvor det samlede erstatningsbeløb overstiger 10.000 kr.

Figur 6. Antal afsluttede sager

Fordeling af afsluttede sager	2009	2010	2011
Uden erstatningsudbetaling	522	697	896
Erstatningsudbetaling mellem 1.000 og 10.000 kr.	254	346	470
Erstatningsudbetaling over 10.000 kr.	429	465	660
I alt antal afsluttede sager	1205	1508	2026

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

Antallet af afsluttede sager er steget med mere end 30 % i forhold til 2010. Der er i 2011 blevet sat fokus på at få afsluttet ældre sager, som tidligere er blevet anerkendt, men endnu ikke afsluttet.

Figur 6a. Antal afsluttede sager i 2011 i kommunal tandpleje og på tandlægeskolerne

Fordeling af afsluttede sager	Kommunal tandpleje	Tandlægeskolerne
Uden erstatningsudbetaling	26	8
Erstatningsudbetaling over 10.000 kr.	2	9
I alt antal afsluttede sager	28	17

Figur 6a viser, hvor mange sager ud af alle årets afsluttede sager, der er helt afsluttet pr. 31.12 i henholdsvis kommunal tandpleje og på tandlægeskolerne.

Af fig. 1 fremgår det, at der generelt ikke anmeldes mange sager vedr. kommunal tandpleje eller tandlægeskolerne. For kommunerne er det kun ganske få sager, der anerkendes. Langt de fleste sager afsluttes uden erstatning til patienten. Fra Tandlægeskolerne afsluttes næsten halvdelen af sagerne uden udbetaling.

Figur 7. Antal igangværende sager pr. 31.12

Antal forventede sager	2009	2010	2011
Uden erstatningsudbetaling	52	280	468
Erstatningsudbetaling mellem 1.000 og 10.000 kr.	453	1124	642
Erstatningsudbetaling over 10.000 kr.	1646	1064	1278
I alt antal sager under behandling	2151	2468	2388

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

Herudover viser figuren, hvordan det forventes (i henhold til afsatte hensættelser), at erstatningsudgifterne fordeler sig i de enkelte udbetalingsgrupper, når sagerne endeligt afsluttes.

Figur 7a. Antal igangværende sager i 2011 i kommunal tandpleje og på tandlægeskolerne pr. 31.12

Antal forventede sager	Kommunal tandpleje	Tandlægeskolerne
Uden erstatningsudbetaling	16	4
Erstatningsudbetaling over 10.000 kr.	20	18
I alt antal afsluttede sager	36	22

Figur 7a viser, hvor mange sager ud fra figur 7's total, der endnu ikke er afsluttet pr. 31.12 i henholdsvis kommunal tandpleje og på tandlægeskolerne.

I kommunal tandpleje og på tandlægeskolerne skal erstatningsudbetalingen være på minimum 10.000 kr.

Figur 8. Erstatningsudbetalinger alle sager pr. år

År	Hensættelser primo	Hensættelser ultimo	Erstatningsudbetalinger
2009	30.109.344	32.039.929	19.060.957
2010	32.039.929	31.396.559	23.761.409
2011	31.396.559	31.505.994	22.033.324

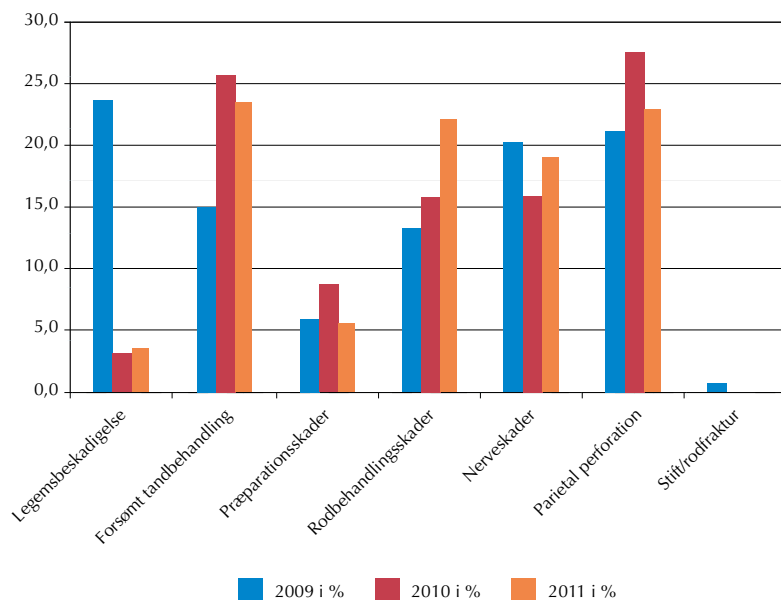
Figur 8a. Erstatningsudbetalinger – fordeling i 2011

	Hensættelser primo	Hensættelser ultimo	Erstatningsudbetalinger
Privatpraksis	30.716.481	30.718.563	21.485.338
Kommunal tandpleje	383.434	432.797	126.198
Tandlægeskoler	276.635	354.634	418.264
Øvrige	20.009	0	5.066
I alt	31.396.559	31.505.994	22.033.324

Figur 8 og 8a viser summen af alle de erstatninger, der er udbetalt i løbet af 2011. Nogle sager vil pr. 31.12.2011 være afsluttet i løbet af året mens andre stadig vil være åbne.

Stigningen i de samlede udbetalinger til patienterne er fra 2010 til 2011 på næsten 2,6 mio. kr., hvilket dog ikke umiddelbart fremgår af ovennævnte, da tallene for 2009 og 2010 fejlagtigt har indeholdt nogle administrative omkostninger, som tallet for 2011 er rensset for. Tallet for 2011 indeholder alene erstatninger til patienterne.

Hensættelserne ultimo viser, hvilket beløb det kan forventes, at der yderligere skal udbetales i de sager, der stadig er under sagsbehandling pr. 31.12.2011.

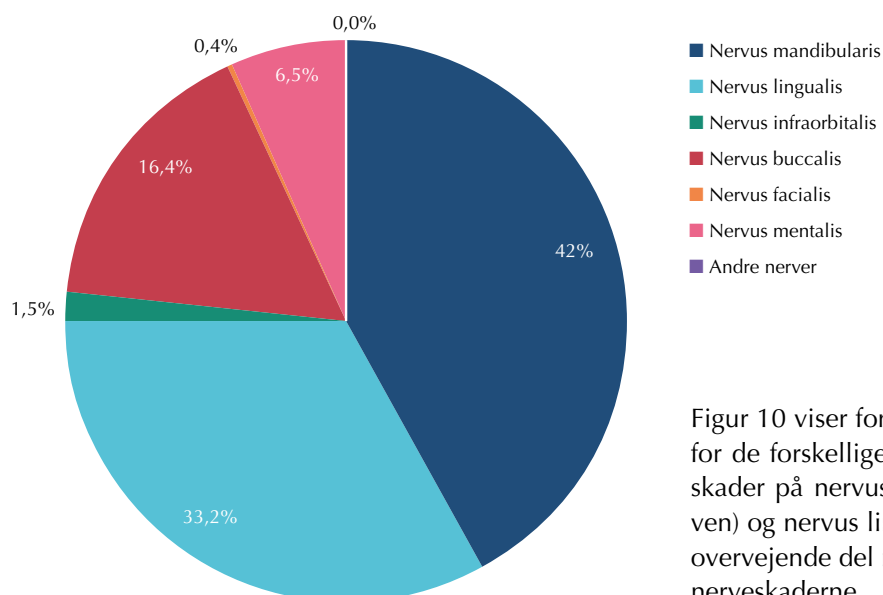
Figur 9. Fordeling af anerkendte skader


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

Faldet i legemsbeskadigelse og stigningen i forsømt behandling fra 2009 til 2010, skyldes registrerings- og udtrækningsmæssige fejl de tidlige

re år, som det ikke har været muligt at korrigere for tilbage i tiden.

Der ses en nogenlunde ligelig fordeling af årsagerne til patientskaderne fordelt mellem forsømt behandling, rodbehandlingskader, nerveskader og parietale perforationer.

Figur 10. Fordeling af nerveskader


Figur 10 viser fordelingen af nerveskader indenfor de forskellige nerver. Som de tidligere år er skader på nervus mandibularis (underkæbenerven) og nervus lingualis (tungenerven) langt den overvejende del med sammenlagt 75,2 % af alle nerveskaderne.

3 Problemstillinger belyst ved eksempler på afgørelser i Tandlægeforeningens Patientforsikring

3.1. Dækningsområdet – KEL § 19 og § 20 stk. 1

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

1. Afvisning pga. manglende godtgørelse af behandling i Danmark

En nu 63-årig kvinde søgte erstatning for en knækket brokonstruktion. Patienten har en større brokonstruktion fra tænderne 8,7+ via tænderne 3,2+ til tænderne +2,3.

Af journalmateriale og røntgenoptagelser fra 1999 fremgår det, at brokonstruktionen endnu ikke er fremstillet på dette tidspunkt. I perioden 1999 til 2002 er der i tandlægens journaler intet noteret om udført behandling vedrørende tænderne i overkæben. Patienten var i denne periode til konsultation og behandling i alt 16 gange hos tandlægen. På røntgenbillede dateret den 10. december 2002 ses brokonstruktion fremstillet.

Der er forsøgt indhentet oplysninger om behandling hos anden tandlæge, herunder er patienten anmodet om at oplyse, hvilken tandlæge, der har udført brobehandlingen. Der er endvidere indhentet oplysninger hos sygesikringen og sygeforsikringen ”Danmark”, dog uden at dette har afklaret, hvem der har udført behandlingen.

Da der ikke fandtes dokumentation for, at behandlingen med brokonstruktion i overkæben var udført af en autoriseret tandlæge her i landet, blev sagen afvist.
(sag nr. 1016 180 708)

2. Ikke sket erstatningsudløsende skade

En 47-årig kvinde fik i oktober 2009 foretaget rodbehandling af tanden -6 efter, der var konstateret fraktur med flere brudlinjer i tanden samt betændelse i tandens nerve.

I forbindelse med lokalisering af rodkanalerne skete der en perforation af roden, svarende til røddernes forgreningsområde. Perforationen blev afdækket og forsejlet med plast. Patienten henvises herefter til en specialist.

Af journalen fra marts 2011 fremgår det, at der svarende til forgreningsområdet ses afdækning med plast. Tandens blev denne dag rodbehandlet i 4 kanaler. Forsejlingen blev ikke bearbejdet, men blev efterladt intakt.

Sagen blev afvist, da der ikke fandtes at være indtrådt en skade som følge af perforationen af roden. Perforationen blev forsejlet med plast og derved er komplikationens følger udbedret. Tandens er efterfølgende rodfyldt som planlagt og med en behandling svarende til den behandling, som skulle være udfyldt under alle omstændigheder. Skulle der senere opstå betændelse svarende til perforationen, vil sagen kunne genoptages.

(sag nr. 1016 319 588)

3. Ikke sket skade som følge af behandling

En pige født i 1990 flyttede i 2006 til en ny kommune. Efter flere forgæves indkaldelser undersøges pigens tænder første gang i marts 2007. Ved denne undersøgelse diagnosticeres flere cariesangreb i fortandsregionen i overkæben, som samtidig blev behandlet. Patienten blev informeret om, at carieslæsionerne var dybe med deraf følgende risiko for rodbehandling.

Efterfølgende udeblev patienten fra flere indkaldelser.

I februar 2008 blev der foretaget cariesbehandling af -4 og i april 2008 cariesbehandling af +1 og -7.

Det kommunale tandplejetilbud ophørte for pigen i maj 2008. I forbindelse med overførsel til privat tandlæge, blev patienten af den kommunale tandpleje opfordret til at opsøge privat tandlæge for vedligehold af tandsæt.

Patienten har i anmeldelse fra 2011 søgt om erstatning for udgifterne til rodbehandling og evt. kroner.

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. Skævboring i forbindelse med kronebehandling

En 34-årig mand skulle have foretaget kronebehandling af tanden 4+, der tidligere var rodbehandlet.

5. september 2006 blev tanden genopbygget med en rodstift og en opbygning. Den 27. september 2006 blev porcelænskronen påsat.

I forbindelse med stiftudboringen den 5. september skete der en skævboring, hvilket medførte gennembrydning af roden.

Efterfølgende opstod der betændelse omkring tanden, der senere måtte fjernes og erstattes af et implantat og krone.

Sagen blev anerkendt, idet bedst mulig behandling havde indebåret, at der i forbindelse med stiftudboringen ikke var sket en gennembrydning af rodens overflade, men derimod at rodstiften i tanden var dimensioneret og placeret i rodens komfortzone. Dette ville have sikret optimal vedhæftningsevne uden negative konsekvenser for tanden. Der kunne derfor tilkendes behandlingsudgifter til udtagning af tanden og erstatning af denne med implantat og krone. Den oprindeligt udførte behandling blev anset for at være

Sagen blev afvist, idet der ikke fandtes at være sket en forringelse af patientens tandstatus som følge af den udførte behandling. Patientens behandlingsbehov i form af rodbehandling og muligvis kroner på fortænderne i overkæben skyldes grundlidelsen caries og det forhold, at patienten trods indkaldelser og instruktion herom ikke lod sine tænder behandle optimalt, og efterfølgende ikke har fortsat med regelmæssig tandpleje. (sag nr. 1016 309 298)

mangelfuld og skulle tilbagebetales. (sag 1016 344 243)

2. Kraftig blødning efter tandudtrækning

En 78-årig mand henvendte sig til tandlægen i september 2010 på grund af tandpine og hævelse ved kindtænderne i begge sider af overkæben.

Tænderne 8,7,6,5,4+4,5,6 fandtes meget løse, der var meget tandsten og meget blødende tandkød. Det besluttes at trække tænderne i overkæben ud samme dag. Det fremgår, at patienten var i behandling med blodfortyndende medicin. Tænderne blev trukket ud og parodontosebehandling i underkæben blev indledt.

Dagen efter meldte patientens ægtefælle afbud til yderligere behandling, da patienten var blevet indlagt aftenen før på grund af kraftig blødning efter tandudtrækningerne. Det fremgår af journalmateriale i sagen, at patienten ved indlæggelsen havde store koagler i munden svarende til de udtrukne tænder og der blev observeret diskret siveblødning. Behandlingen med blodfortyndende medicin blev seponeret, hvorefter blødningen stoppede spontant. Efter 2 dages indlæggelse blev patienten udskrevet i velbefindende.

Skaden i form af kraftig blødning blev anerkendt, idet behandling i overensstemmelse med bedste specialiststandard havde tilsagt, at særlig omhu med henblik på sikring af hæmostase (standsning af blødning) var blevet iagttaget, inden patienten havde forladt tandklinikken. Hæmostase kunne angiveligt være opnået ved suturering eventuelt suppleret med indlæg af hæmostasefremmende

midler. Det findes overvejende sandsynligt, at efterblødningen kunne være undgået, hvis der var blevet anvendt suturering og hæmostasefremmende midler.

(sag nr. 1016 264 476)

3. Afbrækning af nabotand

En nu 49-årig kvinde skulle i juli 2011 have fjernet tanden -7.

I forbindelse med fjernelsen måtte tanden deles. Rødderne blev fjernet og i forbindelse hermed, skete der en påvirkning af nabotanden -6, således at tandens bagudvendte kant knækkede af. Tandens -6 skal efterfølgende repareres med plastisk fyldning.

Afbrækning af et stykke af tanden -6 blev aner-

kendt, idet bedst mulig behandling ville have indebåret, at tanden -7 var fjernet uden påvirkning af andre tænder.

I forbindelse med heling af såret efter fjernelse af -7 indtrådte der efterfølgende afstødning af et knoglestykke (sekvester). Fjernelse af sekvester blev foretaget på et sygehus.

Dannelsen af sekvester skyldes manglende blodforsyning til knoglen i området. Komplikationen er en hædelig følge, der ikke opfylder lovens krav til sjældenhed og alvor i forhold til det foretagne indgreb. Denne komplikation kunne derfor ikke anerkendes.

(sag nr. 1016 386 046)

3.3 Apparatretreglen – KEL § 20 stk. 1 nr. 2

... ”hvis skaden skyldes fejl eller svigt i teknisk apparatur, redskaber eller andet udstyr, der anvendes ved eller i forbindelse med undersøgelse, behandling el.lign.”

1. Knækket fil i forbindelse med rodbehandling

En nu 45-årig mand fik i april 2005 foretaget rodbehandling af tanden 6+.

I forbindelse med rodbehandlingen skete der afbrækning af et rodinstrument i en af tandens bageste rodkanaler. Afbrækningen blev dokumenteret på et røntgenbillede samme dag. Der var ikke symptomer fra tanden efterfølgende.

I 2009 blev tanden kronebehandlet.

I marts 2011 opstod der betændelse ved den del af roden, hvor rodinstrumentet var afbrækket i 2005. Røntgen viste en mørk aftegnning af betændelse ved den skadede bageste rodspids. Der skal herefter foretages kirurgisk rodbehandling af den skadede rodspids.

Udvikling af betændelse med efterfølgende behov for kirurgisk rodbehandling anerkendes, idet afbrækning af rodinstrumentet i 2005 med over-

vejende sandsynlighed har medført udvikling af betændelsestilstanden svarende til den skadede rod i 2011.

(sag nr. 1016 381 100)

2. Afbrækning af kanyle i forbindelse med bedøvelse

En nu 62-årig mand fik i forbindelse med almindelig tandbehandling lagt en bedøvelse i venstre side af underkæben.

I forbindelse hermed knækkede injektionsnålen og patienten blev samme dag henvist til sygehus. På sygehuset blev nålen fjernet ved et operativt indgreb samme dag. 1½ måned senere fremgår det af journalen, at patienten har føleforstyrrelser i venstre side af kinden.

Skaden i form af et operativt indgreb med efterfølgende opstået føleforstyrrelser anerkendes, idet det anses for overvejende sandsynligt, at føleforstyrrelserne er opstået som følge af den knækkede kanylespids. Patienten henvises til nerveundersøgelse med henblik på fastsættelse af et varigt mén.

(sag nr. 1016 335 509)

3.4. 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. Påvirket almentilstand efter tandudtrækning

En nu 66-årig mand uden fast tilknytning til klinikken henvendte sig i marts 2011 til tandlægen pga. smerter i venstre side af overkæben. Røntgen af venstre side af overkæben beskrives med intet abnormt. Behandling af -5 venstre side af underkæben, hvor røntgen tidligere havde vist caries, diskuteres.

Pga. smerter foretages fornyet undersøgelse 1½ måned senere. Det er ved undersøgelsen svært for patienten at definere smerternes udgangspunkt. -5 beskrives som totalt nedcarieret og røntgen viser rodspidsbetændelse. Tand -5 fjernes derfor under lokalbedøvelse. Tand fjernes i sin helhed let ved hjælp af tandfjernelsesinstrument. Der foretages rensning af alveolen, almindeligt sårtoilette og kompres.

Senere samme dag kontaktes tandlægen med oplysninger om smerter og utilpashed. Samme aften kontaktes vagtlæge, der ordinerer stærkere smertestillende medicin. Den følgende morgen blev patienten indlagt akut via egen læge pga. byld efter tandudtrækning. Ved undersøgelse på sygehuset 2 dage efter tandudtrækningen beskrives hævelse langs kæbens underside ved kæbevinklen. Hævelsen er meget øm for berøring. Inde i munden findes sår efter tandudtrækning af -5. Der ses pæn heling og en smule uøm hævelse i sulcus (overgangen mellem kæbe og kind). Røntgen beskrives med alveole efter tandudtrækning af -5, hvor der sandsynligvis har været opklaring. Der fandtes ikke indikation for indlæggelse. Der blev ordineret antibioticum som kombinationskur. Patienten udskrives med besked om at henvende sig igen, hvis der ikke sker bedring.

Dagen efter indlægges patienten akut via skadestuen. Almentilstanden var ved indlæggelsen svækket og med synkebesvær. Patienten virkede stærkt medtaget. Hævelsen ses nu meget øm, og der var betændelsessekret inde i munden. Der blev beskrevet kraftige smerter strækkende sig ned ad halsen, synkebesvær og trykken for brystet. Almentilstanden beskrives som dårlig med åndedrætsbesvær. Scanning viste tegn på nekrotiserende fascitis. Patienten blev samme aften overført til intensivafdelingen. Herefter var patienten igennem et langvarigt behandlingsforløb med operation på halsen, tracheostomi, dræn i brystkassen og venstre lunge, sondemadning m.v.

2 måneder senere overføres patienten til genoptræning. Efter endnu en måned udskrives patienten til eget hjem, men er fortsat i behandling. Det beskrives, at patienten fortsat har tracheostomi, at der er spise- og synkebesvær og manglende evne til normal tale.

Det findes overvejende sandsynligt, at sygdomsforløbet er en følge af fjernelsen af -5. På den baggrund anerkendes skaden bestående i en livstruende tilstand med langvarigt sygeleje og omfattende efterkomplikationer. Begrundet i patientens tilstand og oplysninger forud for fjernelsen af -5, findes der ikke at have været specifik begrundelse for, at der skulle have været givet profylaktisk antibioticum i forbindelse med en simpel tandudtrækning. Imidlertid ses det voldsomme og langvarige sygeforløb at være både sjældent forekommende og relativt alvorligt i relation til en simpel tandudtrækning. (sag nr. 1016 378 565)

2. Føleforstyrrelser efter fjernelse af visdomstænd

En nu 26-årig kvinde fik i august 2008 fjernet sin visdomstænd i venstre side, -8, ved et operativt indgreb.

Patienten havde forud for fjernelsen gentagne gange haft gener fra området omkring tanden. Patienten blev forud for indgrebet oplyst om risiko for beskadigelse af nerver ved operationen, idet tanden på røntgen fandtes lejret lodret med uafsluttet roddannelse og tæt relation til underkæbens følenerve.

I forbindelse med lokalbedøvelse og operativ fjernelse af tanden skete der en påvirkning af kindens følelser. Der har siden operationen været en ændret føleevne svarende til nervens udbredelsesområde.

Skaden i form af påvirkning af kindens følelser anerkendes, idet der er tale om en alvorlig og

sjældent forekommende skade i forbindelse med fjernelse af tanden -8. Operationen blev foretaget på korrekt indikation og blev udført bedst muligt under de givne betingelser. (sag nr. 101 634 4055)

3.5 Forsinket diagnosticering – KEL § 21 stk. 1

“Skade som følge af, at der ikke er blevet stillet en rigtig diagnose af patientens sygdom, erstattes kun i de i § 20, stk. 1, nr. 1 og 2, nævnte tilfælde.”

1. Manglende diagnostik og behandling af caries og parodontose

En nu 64-årig kvinde havde i en lang årrække konsulteret samme tandlæge.

Det fremgår, at der med jævnlige intervaller er foretaget kliniske undersøgelser. Der er i perioden 1984 til 2009 ikke taget Bitewings (oversigtsrøntgen) eller andre kontrolrøntgenbilleder. Der er heller ikke foretaget parodontal behandling eller dybdemåling af tandkødsломmer med systematiske intervaller. Journalføringen har været meget sparsom ført for så vidt angår den parodontale situation, og der er heller ikke journaliseret, hvorvidt patientens mundhygiejne var tilfredsstillende eller ej.

På røntgen fra ny tandlæge medio 2009 ses der mindre tab af tandbærende knogle i både under- og overkæben. Alle tænder kan bevares. Der diagnosticeres tab af tandbærende knogle og behov for udvidet parodontal behandling med grundig tandrodsrensning.

Vedr. tanden 5+ findes cariesangrebet så omfattende, at tanden skal rodbehandles, opbygges og krones. Denne skade anerkendes, idet den manglende diagnostik af caries på et tidligere tidspunkt har medført, at behandlingen nu bliver mere omfattende end, hvis behandling var iværksat tidligere.

Vedr. tænderne 8,7,6,4+. +2,6,7 samt 8-, -5,6,7,8 kan der imidlertid ikke anerkendes en skade, da ingen af disse tænder har behov for rodbehandling og behandlingen af disse således kan foretages på samme præmisser nu som, hvis den var gennemført tidligere. Der er for disse tænder således alene tale om en udskudt behandling.

For så vidt angår den manglende parodontosebehandling har dette medført, at patienten har udviklet et større fæstetab omkring tænderne end, hvis behandling var iværksat tidligere. Dette medfører en skade i form af behov for udvidet parodontosebehandling og omhyggelig rensning af rodfladerne på alle tænder. Denne behandling skulle være iværksat tidligere, og der vil derfor blive foretaget fradrag for sparede udgifter til en sådan behandling. Den fortsatte opfølgning og kontrol svarer til den behandling, som patienten skulle have gennemgået, selvom sygdommen var konstateret tidligere. Skaden i denne sammenhæng består således i det omfang tændernes prognose er forværret, og der nu kræves større behandling, end der var nødvendigt under alle omstændigheder som følge af grundlidelsen. (sag nr. 1016 283 182)

2. Tab af tand grundet manglende diagnosticering af caries

En nu 49-årig mand havde gennem flere år med regelmæssige intervaller fået foretaget undersøgelse og tandrensning.

Ved tandeftersyn i juni 2008 blev der foretaget røntgenbillede af kindtænderne. På røntgenbilledet (fra dette eftersyn) ses en mørk skygge distalt i tandhalsen under kronen på tanden -6, som

tegn på, at der er caries. Der foretages imidlertid ikke noget på baggrund af dette røntgenbillede. Herefter var patienten til tandeftersyn hvert ½ år de følgende år.

Efter tandlægeskift blev der i maj 2011 konstateret behandlingskrævende caries i -6 distalt. På røntgenbillede fra denne undersøgelse ses en meget stor mørk skygge under kronen i den distale halvdel af tanden.

I juni 2011 renbores tanden og det konstateres, at tanden -6 mistes på grund af cariesdestruktionens omfang. Det planlægges at fjerne tanden og erstatte denne med en implantatbåret krone.

Skaden i form af tab af tanden -6 anerkendes. Såfremt caries var blevet diagnosticeret og behandlet i 2008 ville tanden sandsynligvis kunne være bevaret og alene behandlet med en ny krone. (sag nr. 1016 362 413)

3.6 Forældelse – KEL § 59

”Erstatningskrav efter kapitel 3 skal være anmeldt til Patientforsikringen senest 3 år efter, at den erstatningsberettigede har fået eller burde have fået kendskab til skaden.

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

1. Krav afvist, da forældelse er indtrådt

Patienten anfører i sin anmeldelse, at hun i perioden 1995 til 2006 fik en mangelfuldt behandling af sin parodontose, hvilket nu har medført tab af 5 tænder i overkæben. Det anføres tillige, at følgerne af den mangelfulde behandling blev konstateret i juni 2006.

Der blev fremstillet en delprotese, som blev indsat ved tandudtrækning i juni 2006.

Sagen blev afvist, da forældelsesfristen på 3 år fra tidspunktet om kendskab til skaden er sprunget. Det må lægges til grund, at forældelsesfristen løber fra juni 2006, hvor patienten fik foretaget tandudtrækning og delprotese. Sagen blev først anmeldt i juni 2011.

(sag nr. 1016 363 715)

