

PATIENTSKADELAGEN
en kommentar m. m.

Carl Espersson
Ulf Hellbacher

PATIENTSKADELAGEN

en kommentar m. m.

Carl Espersson och Ulf Hellbacher

Patientskadelagen — en kommentar m. m.
Carl Espersson och Ulf Hellbacher
© Författarna och Patientförsäkringsföreningen
Producerad av Vulkan
Tryckt i Riga 2016
ISBN: 978-91-639-0815-6

INNEHÅLL

FÖRORD	1
BAKGRUND OCH HISTORIK	5
Tillkomsten av en frivillig patientförsäkring	5
Patientskadelagen	9
Vad har patientförsäkringen inneburit?	13
PATIENTSKADELAGEN MED KOMMENTAR	15
<i>Inledande bestämmelser</i> (1-5 §§)	15
Begreppet patient	15
Efterlevande till patienter	22
Frivillig försöksperson eller donator (2 §)	24
Hälso och sjukvård i Sverige (3 §)	25
Inskränkning av rätten till ersättning (4 §)	27
Begreppet hälso och sjukvård (5 §)	28
Begreppet vårdgivare (5 §)	34
<i>Rätten till patientskadeersättning</i> (6 §)	36
Skadebegreppet	38
Bevisregler	42
Begreppet erfaren specialist	50

Skadetyper och ersättningsprövning	54
1 Behandlingsskada	54
Orsakssamband	56
Medicinskt motiverad behandling – Vedertagen metod	58
Annat utförande av den valda behandlingstekniken	65
Annat tillgängligt förfarande	72
Särskilt om förlossningsskador	84
Inledning	84
Patientbegreppet	85
Kan det förhållandet att ett barn föds med liv vara en personskada?	87
Gången vid bedömningen av förlossningsskador	87
2 Materialskada	93
3 Diagnosskada	96
4 Infektionsskada	107
Överförd smitta	107
Skälighetsbedömning	111
Infektionen får skäligen tålas utan rätt till ersättning	111
Infektionen ska skäligen inte behöva tålas utan rätt till ersättning	114
Prövning av infektioner enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen	119
5 Olycksfallsskada	120
Olycksfall som har samband med vårdåtgärd	121
6 Medicineringsskada	126

Läkemedelsförsäkringen	128
Gränsdragningsproblematiken mellan patient- och läkemedelsförsäkringen	129
<i>Undantag från rätten till patientskadeersättning (7 §) . . .</i>	130
Skadeståndsrättslig prövning vid sidan av patientskadelagen	134
Betydelsen av information till patienten och dennes samtycke	134
Hälso- och sjukvårdslagstiftningen.	134
Patientskadelagen	137
Ersättning enligt skadeståndsrättsliga regler	138
Omfattningen av läkarens informationsskyldighet	139
Hypotetisk bedömning av samtycke	141
Information som ett led i behandlingen.	147
Särskilda åtaganden	150
Donatorer och frivilliga försökspersoner.	150
Patienter som smittats med hepatit C-virus i samband med blod- transfusion och där preskription inträtt	150
Kvinnor som strålskadats vid behandling av bröstcancer	151
Utvidgat åtagande vid vissa nervskador.	152
Patientskadenämnden kan inte pröva ersättning enligt de särskil- da åtagandena	152
<i>Hur patientskadeersättningen bestäms (8-11 §§).</i>	154
Allmänt	154
Följdsador	158
Ersättning för kostnader.	160

Konkurrerande skadeorsaker	160
Nödvändiga och skäliga kostnader	161
Kostnader för förfluten tid.	165
Framtida kostnader	165
Den som står den skadelidande särskilt nära	166
Ombudskostnader	166
Ersättning för inkomstförlust	168
Inkomstförlust för förfluten tid	169
Framtida inkomstförlust	169
Ersättning för framtida inkomstförlust till barn och ungdomar.	171
Konkurrerande skadeorsaker	172
Ersättning för sveda och värk	176
Försenad diagnos av bröstcancer	176
Psykiska besvär	177
Akut sjuktid	177
Ersättningsbestämmande	178
Vakenhetsupplevelse under operation, så kallad "awareness" . . .	182
Graviditet som trots abort leder till förlossning	182
Abort vid ofullständig sterilisering.	183
Reducerad ersättning för sveda och värk	183
Dubbel ersättning för sveda och värk	185
Bortfall av ersättningsrätten.	186
Ersättning för lyte eller annat stadigvarande men	187
Lyte.	187

Annat stadigvarande men	189
Bortfall av ersättningsrätten	194
Ersättning till efterlevande vid dödsfall	196
Begravningskostnader och andra kostnader till följd av dödsfallet	197
Förlust av underhåll	197
Omställningsersättning	200
Ersättning vid nära anhörigs dödsfall	200
Ersättning till närstående för psykiska besvär till följd av nära anhörigs svåra skada	203
Tidigarelagt dödsfall	203
Omprövning av skadestånd	205
Allmänt	205
Avtal eller dom som förutsättning	205
Rekvisitet väsentligt ändrade förhållanden	206
Preskription av rätten till omprövning	209
Jämkning på grund av medvållande	210
När övergår ersättningen till den skadelidandes arvingar? . . .	211
Självrisk (9 §)	212
De maximala ersättningsbeloppen (10 §)	214
Kvotdelning av ersättning (11 §)	215
<i>Försäkringsskyldighet m.m (12-14 §§).</i>	216
<i>Patientförsäkringsförening (15 §)</i>	220
<i>Patientförsäkringsavgift (16 §)</i>	222
<i>Patientskadenämnd (17 § och 17 a §)</i>	223

Vanliga frågeställningar i Patientskadenämnden	228
<i>Skadestånd</i> (18-19 §§)	229
<i>Återkrav</i> (20-22 §§)	232
<i>Preskription</i> (23-26 §§)	237
Allmänt	237
Bestämmelserna om preskription före den 1 januari 2015 . .	239
Den treåriga preskriptionstiden	240
Den tioåriga preskriptionstiden	248
Preskription vid omprövning enligt skadeståndslagen	251
Bestämmelserna om preskription från och med den 1 januari 2015	253

VART KAN MAN VÄNDA SIG OM EN BEHAND- LINGSKOMPLIKATION INTRÄFFAT?	259
Patientförsäkringen	259
Handläggningen hos ett försäkringsbolag	260
Handläggningen i Patientskadenämnden	262
Domstolsprövning	263
Läkemedelsförsäkringen	264
Patientnämnderna	264
Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	265
Socialstyrelsen	266
Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN)	266

PATIENTFÖRSÄKRINGEN I ÖVRIGA NORDISKA LÄNDER	267
I Framväxten av de nordiska patientförsäkringarna	267
II De nordiska patientskadelagarna i huvuddrag	269
III Jämförelse mellan de nordiska patientskadelagarna i centrala frågor	272
Inledande bestämmelser	272
Patientbegreppet	272
Geografisk omfattning	274
Hälso- och sjukvård samt vårdgivare	275
Rätten till patientskadeersättning	280
Skadebegreppet	280
Beviskrav	283
Handlingsnormen erfaren specialist	291
De skilda skadetyperna	293
Undvikbar skada	293
Materialskada	302
Diagnosskada	306
Infektionsskada	307
Olycksfallsskada	312
Medicineringsskada	318
Några särskilda frågor i anslutning till 6 § SPL	321
Katastrofskador	321
Resurser	324

Undantag från rätten till patientskadeersättning	326
--	-----

IV Det administrativa och processuella systemet enligt de nordiska patientskadelagarna

Försäkringsskyldighet m.m.	328
Krav på och utbetalning av patientskadeersättning	330
Ersättningsbestämmelser	332
Patientskadenämnd.	335
Preskription	338
Domstolsprövning	340

INTERNATIONELL UTBLICK

Patientförsäkring i andra länder	343
Sverige – ett föregångsland	344
Nordiskt samarbete	345
Aktiviteter utanför Norden	345
USA	346
JAPAN	348
THAILAND	348
TAIWAN	350

SYNPUNKTER PÅ PATIENTSKADELAGEN OCH DESS TILLÄMPNING

Vad har lagregleringen inneburit när det gäller genomförande av angelägna ändringar av bestämmelserna om patientskadeersättning?	355
--	-----

Patientbegreppet och begreppet hälso- och sjukvård (1§, 2§ och 5§)	356
Patientskadelagens geografiska omfattning (3 §)	358
Patientskador (6 § första stycket)	360
Personskaдебegreppet	360
Sambandsbedömningar.	361
Bevisbördan vid bristfällig journalföring.	362
Inte motiverad eller inte vedertagen behandling	362
Rekommendationer eller nationella vårdprogram i förhållande till individuellt anpassad behandling	363
Resursbrist	364
Behandlingsskador (6 § första stycket 1 – undvikbarhets- kriteriet)	365
Materialskador (6 § första stycket 2)	367
Diagnosskador (6 § första stycket 3).	367
Infektionsskador (6 § första stycket 4 och 6 § tredje stycket) . . .	368
Olycksfallsskador (6 § första stycket 5)	370
Medicineringskador (6 § första stycket 6 och 7 § 2).	371
Preskription (23 – 26 §§)	371
Informerat samtycke	372
Införandet av en bestämmelse om s.k. katastrofskador	373
Ersättningsfrågor	374
Ersättning för merskada	374
Ersättning för korrigerande operationer av vanprydande utseendemä- siga förändringar inom den offentliga sjukvården	375
Ersättning för ombudskostnader	375

Ersättning till närstående för psykiska besvär till följd av nära anhörigs svåra skada	378
Ersättning för psykisk skada till närstående när ett foster alternativt ett barn har avlidit på grund av en patientskada	378
Försäkringsbeloppet	379
Obligatorisk prövning i Patientskadenämnden före domstolsförfarande	380
Information om patientförsäkringen	381
Avslutande synpunkter	382
 BILAGOR	 385
<i>De nordiska patientskadelagarna</i>	385
Sverige	385
Danmark	392
Finland	403
Island	426
Norge	434
 LITTERATURFÖRTECKNING	 447
 RÄTTSFALL	 453
 SAKREGISTER	 461

FÖRKORTNINGAR

a.a.	anfört arbete
a.bet.	anfört betänkande
Ds	Departementspromemoria
FPL	Den finska patientskadelagen
H	Høyesterettsdom
HD	Högsta domstolen
HSAN	Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd
IVO	Inspektionen för vård och omsorg
KEL	Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet
LY	Yttranden av Läkemedelsskadenämnden
Löf	Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag
NJA	Nytt Juridiskt Arkiv Avd. 1
NPL	Den norska Pasientskadeloven
Ot.prp	Odelstingets proposisjon
prop.	proposition
PRS	Patientskadenämndens referatsamling
Rp	Den finska Regeringens proposition till Riksdagen
Rt.	Norsk Retstidende
SLF	Svenska Läkemedelsförsäkringen AB
SOU	Statens offentliga utredningar
SPL	Den svenska patientskadelagen
U	Ugeskrift for Retsvæsen

FÖRORD

Den 1 januari 1997 trädde patientskadelagen (1996:799) i kraft. Lagen bygger i huvudsak på den frivilliga patientförsäkring som tillkom år 1975. Sverige var det första landet i världen som införde en särskild försäkring som syftade till att ersätta patienter för skador som uppkommit i samband med hälso- och sjukvård samt tandvård. Den svenska patientförsäkringen väckte och väcker fortfarande stort intresse i många länder och liknande ersättningslösningar har införts i Danmark, Finland, Norge och på Island.

Tillkomsten av patientförsäkringen innebar att man separerade ersättningsfrågan från ansvarsfrågan. Rätten till ersättning blev då oberoende av om fel eller försummelse förekommit från vårdens sida och patienter som skadats i vården kunde få ersättning utan att behöva väcka talan vid domstol. En begäran om ersättning kunde i stället riktas direkt till den försäkringsgivare som tillhandahållit den patientförsäkring som vårdgivare är skyldiga att ha. Detta innebar att patienterna inte behövde löpa den ekonomiska risk som en talan vid domstol innebär och handläggningstiden till dess ärendet avgjorts blev normalt avsevärt kortare än vad som skulle ha gällt vid ett domstolsförfarande. Genom patientförsäkringen har uppskattningsvis mellan 6 000 och 7 000 personer per år fått patientskadeersättning mot ett hundratal per år innan tillkomsten av försäkringen.

Patientförsäkring meddelas av ett antal försäkringsgivare vilka tillsammans ingår i Patientförsäkringsföreningen. Samtliga landsting och regioner har tecknat patientförsäkring hos det gemensamt ägda försäkringsbolaget Löf (Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag), som således försäkrar alla patienter som vårdas inom landstings- och regionfinansierad vård, dvs. huvuddelen av alla patienter som blir föremål för hälso- och sjukvård i Sverige. Bedömningen av om det föreligger rätt till ersättning sker enligt de objektiva kriterier som anges i lagen. Huvudprincipen är att om det i efterhand genom en s.k. facitbedömning kan konstateras att en skada hade kunnat undvikas,

antingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande, så kan rätt till ersättning föreligga.

Principiella eller tvistiga ärenden kan hänskjutas till Patientskadenämnden för bedömning. Nämnden har till främsta uppgift att vara praxisskapande. Referat av principiellt intressanta ärenden publiceras fortlöpande genom nämndens försorg (i det följande hänvisas till dessa referat genom beteckningen "PRS", följt av årtal och referatnummer). Patientskadenämnden är en rådgivande nämnd men de beslut nämnden fattar följs i princip alltid av försäkringsbolaget.

Tanken med denna bok är att den ska tjäna som en praktisk handbok för alla som i olika sammanhang sysslar med patientskador, såsom skadereglerare och jurister, men även vara till nytta för exempelvis läkare, patientnämnder och patienter. Boken är således inte endast en ren lagkommentar utan innehåller även en redovisning av ett stort antal ärenden som bedömts av Patientskadenämnden. En del av dessa ärenden återfinns i nämndens referatsamling (PRS) men många ärenden är opublicerade.

Utöver detta innehåller boken bland annat ett avsnitt om framväxten av patientförsäkringen samt en beskrivning av den praktiska hanteringen av ett ärende från det att anmälan kommer in till försäkringsbolaget till dess att ärendet är slutligt bedömt. Vidare finns ett avsnitt med en redogörelse för de övriga nordiska ländernas patientskadelagar och en jämförelse av huvud dragen i dessa. En vidare internationell utblick görs i ett annat avsnitt som behandlar vad som för närvarande gäller på patientskadeområdet i ett antal länder där den svenska lösningen tjänat som förebild.

I ett avslutande avsnitt lämnas synpunkter på tillämpningen av patientskadelagen i dag och vad som skulle kunna förändras för att i än högre grad tillgodose patienternas intressen.

I de skilda avsnitten förekommer inte endast hänvisningar till andra avsnitt utan i vissa fall även en upprepning av vad som har sagts tidigare för att underlätta läsningen av endast ett separat avsnitt. De uppgifter som lämnas av skilda slag, som exempelvis det antal ärenden som avgörs i Patientskadenämnden eller de ersättningsbelopp som betalas i olika sammanhang, liksom andra faktauppgifter avser de förhållanden som föreligger år 2015 om inte

annat anges. I det avsnitt som behandlar de nordiska patientskadelagarna har beträffande kommentaren till de danska och norska bestämmelserna i första hand hänvisats till de utförliga lagkommentarer som finns. I dessa återfinns sedan hänvisning till propositioner och andra förarbeten.

Ett antal personer har på ett värdefullt sätt bidragit vid arbetet med denna bok och till alla dem vill vi framföra vårt varma tack. Särskilt ska omnämnas professor emeritus Henry Johansson och docenten, överläkaren Rolf Jansson som svarat för den medicinska granskningen, skadeståndsjuristen Ola Schönning som granskat delar av manuskriptet och särskilt de delar som rör ersättningsfrågor, kanslichefen Agneta Karlbom samt försäkringsjuristerna Petra Sjöberg Öjemark och Patrik Schirman, samtliga knutna till Patient-skadenämnden, vilka bidragit med insiktsfulla synpunkter, f.d. verkställande direktören vid det försäkringsbolag som i dag betecknas Löf Kaj Essinger, som bidragit med sina erfarenheter, och slutligen ordföranden i den finska Patientskadenämnden Juhani Kaivola, chefkonsulenten Jette Willer m.fl. i den danska Patientankenævnet och seniorrådgiver/advokat Hege Solem Markussen Mangset i den norska Pasientskadenemnda, vilka granskat och lämnat värdefulla bidrag till avsnittet om de nordiska patientskadelagarna.

Stockholm och Uppsala i december 2015

Carl Espersson

Ulf Hellbacher

BAKGRUND OCH HISTORIK

Tillkomsten av en frivillig patientförsäkring

Under 1960-talet ägde en intensiv diskussion rum bland politiker, vårdgivare, sjukvårdspersonal, patientorganisationer och försäkringsgivare om att så kallade behandlingsskador inom hälso- och sjukvården borde kunna ersättas i betydligt större utsträckning än vad gällande skadeståndsrätt medgav. Vid denna tidpunkt dömde domstolarna i genomsnitt ut skadestånd i endast ett tiotal fall per år när det gällde personskador i samband med hälso- och sjukvård. Till dessa ska läggas de fall där ersättning kunde lämnas direkt från en vårdgivares ansvarsförsäkring samt den ex gratia-ersättning, dvs. ersättning som betalas utan att det föreligger juridisk skyldighet att göra detta, som ibland kunde betalas ut av vårdgivarna i speciellt ömmande fall. Fram till år 1975 fick sammanlagt cirka 100 patienter per år någon form av ersättning för uppkomna behandlingskomplikationer inom vården.

Det förelåg i praktiken endast en mycket begränsad möjlighet för en patient att få ersättning för skador som uppkommit vid behandling inom hälso- och sjukvården. Detta berodde på att en förutsättning för ersättning var att patienten kunde visa dels att skadan var en direkt följd av behandlingen och dels att skadan uppkommit på grund av fel eller försummelse från vårdpersonalens sida. För det mesta var detta förenat med stora svårigheter och kunde, med hänsyn till att förhållandena inom sjukvården ofta är komplicerade och svåra att utreda, sällan ske utan biträde av personer med särskild sakkunskap. Den domstolsprocess som i regel var nödvändig blev därför oftast kostsam och långdragen.

Diskussionen om möjligheterna att hitta en bättre lösning när det gällde rätten till ersättning för behandlingsskador skedde vid en tidpunkt då utvecklingen inom sjukvården gick mycket snabbt. Detta innebar att ett betydligt större antal sjukdomar än tidigare kunde behandlas och botas genom nya avancerade behandlingsmetoder. Fler patienter kunde således dra nytta

av sjukvården. I och med att fler ingrepp utfördes drabbades också fler patienter av skador, sannolikt inte i relation till antalet utförda ingrepp, men väl rent antalsmässigt. Antalet komplikationer i samband med den medicinska vården ökade. Detta berodde bland annat på att man fick tillgång till mer avancerade diagnostiska hjälpmedel, att större och mera omfattande kirurgiska ingrepp gjordes samt att man utförde ett ökat antal operationer på patienter i högriskgrupper.

Under 1960-talet väcktes i riksdagen ett antal motioner i vilka man menade att en utvidgad rätt till ersättning för behandlingsskador borde införas. Motionerna avstyrktes emellertid eftersom det ansågs alltför tekniskt komplicerat att i lagtext precisera vilka skador i samband med hälso- och sjukvård som borde ersättas. Det kan i detta sammanhang nämnas att det vid den aktuella tidpunkten inte någonstans i världen fanns någon särreglering av ersättningsrätten vid behandlingsskador. Man kunde således inte få del av någon erfarenhet från annat håll.

Tillkomsten av skadeståndslagen år 1972 innebar inte någon egentlig förbättring av möjligheterna för patienter att få ersättning för behandlingsskador. I samband med arbetet med skadeståndslagen diskuterades visserligen en särreglering av det skadeståndsrättsliga ansvaret vid behandlingsskador. Bland annat väcktes frågan om inte ett strikt ansvar, dvs. ansvar oberoende av fel eller försummelse, borde införas. Det ansågs dock inte att skadefrekvensen var så hög eller att skadorna var av en sådan speciell karaktär att en särreglering var motiverad.

Landstingsförbundets styrelse var dock positiv till ett utvidgat ersättningsansvar för landstingen och beslöt därför i februari 1971 att låta utreda denna möjlighet. Detta skedde i samverkan med försäkringsbolagen Folksam, Länsförsäkringar, Skandia och Trygg-Hansa samt följdes av representanter för social- och justitiedepartementen.

Arbetet utgick från den grundläggande principen att om det i efterhand kunde klarläggas att en skada hade orsakats genom en åtgärd som haft ett medicinskt syfte så var denna skada ersättningsbar om det, från en renodlad medicinsk utgångspunkt och med kännedom om alla vid bedömningen föreliggande och kända fakta om patientens konstitution, hade varit möjligt

att undvika skadan (så kallad facitbedömning). När det gällde vissa avgränsade och klart definierade områden – t.ex. skador orsakade genom infektion – ansågs dock med hänsyn till svårigheterna att utreda skadans orsak ett utvidgat ersättningsansvar med avseende på den grundläggande principen nödvändigt.

Man ansåg således att en av huvudprinciperna i ett system med ett utvidgat ersättningsansvar jämfört med skadeståndsrätten borde vara att så kallade undvikbara skador skulle ersättas. Däremot borde inte komplikationer eller inte önskvärda behandlingsresultat ersättas om dessa såväl generellt sett som i det enskilda fallet utgjort en inte undvikbar följd av grundsjukdomen eller den nödvändiga behandlingen av denna. Vidare ansågs att komplikationens svårhetsgrad eller sällsynthet inte skulle vara utslagsgivande när det gällde rätten till ersättning. Man menade även att patientens faktiska ersättningsbehov bättre skulle kunna tillgodoses i ett system av detta slag (objektivt ersättningssystem) än i ett skadeståndsrättsligt system.

Arbetet resulterade i en frivillig patientförsäkring som tillkom den 1 januari 1975 genom ett avtal mellan å ena sidan de offentliga sjukvårdshuvudmännen (landstingen och de kommuner som stod utanför landstingen) och å andra sidan ett konsortium av de försäkringsbolag som varit med i utredningen. Konsortiet tecknade även avtal med privatpraktiserande läkare och tandläkare, samtliga kommuner (bland annat beträffande skolhälsovården), företagshälsovården och privata sjukhus. Efter några år hade cirka 95 procent av alla vårdgivare tecknat en frivillig patientförsäkring. De 5 procent som inte tecknat någon sådan försäkring stod emellertid för mindre än en procent av alla vårdtillfällen. Detta berodde på att det ofta rörde sig om pensionerade läkare med liten mottagning. Den frivilliga patientförsäkringen täckte således efter några år cirka 99 procent av alla vårdtillfällen i Sverige.

Försäkringen innebar att man inte längre behövde väcka talan vid domstol för att få ersättning för skador som uppkommit inom vården. I stället kunde man vända sig direkt till försäkringsgivaren och begära ersättning utan att behöva påstå eller bevisa att fel eller försummelse förelegat. Enligt avtalet mellan sjukvårdshuvudmännen och konsortiet skulle ett framställt anspråk även bedömas på skadeståndsrättslig grund om patienten begärde detta. Pa-

tienterna behövde således inte vända sig till domstol för att få sin sak prövad även enligt skadeståndsrättsliga regler.

Twistiga ärenden kunde i första hand prövas av en nämnd, Patientskadenämnden, som skulle lämna rådgivande yttranden beträffande tolkningen och tillämpningen av ersättningsbestämmelserna. Om det även sedan nämnden yttrat sig förelåg tvist mellan försäkringsgivaren och den skadelidande kunde tvisten avgöras genom skiljemannaförfarande.

Genom införandet av patientförsäkringen fick man, som nämnts, ett objektivt ersättningssystem. Det sägs ofta att det är fråga om en så kallad ”no fault”-lösning, dvs. ersättning för en skada betalas utan att man ska behöva slå fast att ett fel föreligger. Detta stämmer dock inte. Man kan säga att patientförsäkringen är ett mellanting mellan skadeståndsrättens regler om fel eller försummelse och det strikta ersättningsansvaret, som innebär att man måste betala ersättning för en skada oavsett om vållande föreligger eller inte. Internationellt brukar man tala om en ”no-blame”-lösning där en av huvudprinciperna är att en uppkommen skada ska ersättas om den teoretiskt sett kunnat undvikas genom ett annat mindre riskfyllt förfarande.

I och med införandet av patientförsäkringen separerade man ansvarsfrågan från ersättningsfrågan. Det finns således inte någon koppling mellan de myndigheter som ska tillse att den svenska hälso- och sjukvården fungerar på ett tillfredsställande sätt såsom Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) och Hälso- och Sjukvårdens Ansvarsnämnd (HSAN) och de försäkringsbolag som reglerar patientskador. Det ankommer på myndigheterna att övervaka att den hälso- och sjukvård som bedrivs sker i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet medan de försäkringsbolag som reglerar skador som uppkommit inom vården endast ska bedöma om ersättning kan lämnas för dessa skador enligt de bestämmelser som gäller.

Genom patientförsäkringens tillkomst kan man säga att förutsättningarna för ett gott förhållande mellan patienter och vårdpersonal har förbättrats avsevärt. Patienter som anser att en skada uppkommit behöver ju inte söka efter fel eller försummelse i samband med behandlingen som en förutsättning för att kunna få ersättning. De kan då lättare ha förståelse för att skador kan uppkomma inom sjukvården utan att läkare eller annan vårdpersonal

har visat oaktsamhet eller gjort något misstag. De som arbetar inom vården behöver å sin sida inte känna att deras handlande ska nagelfaras för att man måste slå fast att någon varit försumlig eller gjort något fel varje gång frågan om ersättning för en vårdskada uppkommer. Detta bidrar till att man, när en skada inträffat, kan känna sig fri att verka för att en patient ska få ersättning utan att behöva tänka på om någon är ansvarig för skadan eller inte. I detta sammanhang ska dock poängteras att man från vårdpersonalens sida inte bör uttala sig i frågan om en skada kan ersättas eller inte. Denna bedömning kan göras först sedan omständigheterna kring skadan har utretts av det aktuella försäkringsbolaget. Det finns många omständigheter som kan ha betydelse för den slutliga bedömningen och ett uttalande från vårdpersonal om att rätt till ersättning föreligger kan väcka förhoppningar som inte kommer att infrias.

Den frivilliga patientförsäkringen var en pragmatisk lösning som kunde skräddarsys efter de behov och önskemål som uppkom efterhand. Detta hade betydelse särskilt i det inledande skedet, innan man närmare kunde överblicka konsekvenserna av en viss lösning. Med den frivilliga försäkringen kunde man lättare än med en lagreglering göra justeringar allteftersom erfarenheterna växte. Det frivilliga systemet var således betydligt mer flexibelt. Detta var av stor betydelse på ett område som det medicinska där förändringar många gånger sker på ett snabbt och genomgripande sätt. Under årens lopp ändrades också de frivilliga ersättningsbestämmelserna på ett smidigt och följsamt sätt ett antal gånger allteftersom kunskapen om hur olika behandlingskomplikationer borde bedömas och ersättas ökade.

Patientskadelagen

År 1992 beslöt regeringen att en översyn av försäkringssystemet beträffande ersättning vid behandlingsskador skulle göras. Syftet var att precisera vårdgivarnas ersättningsansvar och deras skyldighet att teckna försäkring för sådana behandlingsskador som orsakats inom den svenska hälso- och sjukvården. I motiveringen till det uppdrag som en särskild utredare fick framhölls att det rådande frivilliga försäkringssystemet inte innebar något krav på att alla vårdgivare i Sverige skulle teckna en patientförsäkring och att det där-

med fanns risk för att patienter inte i alla vårdssituationer hade ett enhetligt ekonomiskt skydd om de skulle skadas i samband med behandling. Vidare framhölls att utvecklingen inom hälso- och sjukvården – med bl.a. ett ökat antal vårdgivare – inte skulle komma att förbättra situationen om det rådande försäkringssystemet bibehölls. Slutligen fastslogs att det var angeläget att patienter här i landet, oberoende av vilken vårdgivare de anlitar, kunde garanteras att samma regler gällde för dem om de råkade ut för en behandlingsskada.

Det konstaterades även att utvecklingen inom hälso- och sjukvården, med bland annat allt fler vårdgivare, ökade risken för att vissa vårdgivare medvetet eller omedvetet skulle avstå från försäkringsskydd. Vidare att det hos de försäkrade vårdgivarna inte fanns något intresse av att införa ett frivilligt system som även garanterade patienter som skadats hos en oförsäkrad vårdgivare rätt till ersättning.

Till detta kom att det försäkringskonsortium som hade haft hand om patientförsäkringen sedan dess tillkomst, hade upphört år 1994 på grund av konkurrensbegränsningsförbudet i 1993 års konkurrenslag. Ändringarna i konkurrenslagen hade sin grund i Sveriges förestående inträde i EU och i att "konsortietanken" stred mot EG-rätten. Genom avvecklingen av konsortiet försvann en av grundbultarna i det frivilliga systemet. Detta innebar att den förutsättning för en samlad uppföljning och utveckling av ersättningsbestämmelserna som förelegat genom ett nära samarbete mellan konsortiet och den offentliga hälso- och sjukvården inte längre förelåg. Man hade också, sedan lagstiftning på patientskadeområdet införts i Finland år 1987 och i Danmark år 1992, kunnat konstatera att även en lagreglering fungerade väl.

Översynen resulterade i att den frivilliga patientförsäkringen den 1 januari 1997 ersattes av patientskadelagen (1996:799). Lagen, som i stor utsträckning bygger på villkoren i den frivilliga försäkringen, föreskriver en skyldighet för alla vårdgivare i Sverige, såväl offentligt finansierade som privata, att teckna en patientförsäkring. Ersättning lämnas av försäkringsgivaren. För att tillgodose patienternas intressen i sådana fall då en vårdgivare inte har fullgjort sin skyldighet att teckna en patientförsäkring åläggs alla försäkringsgivare som meddelar patientförsäkring ett solidariskt ansvar för ersättningen för skador som inträffar hos vårdgivare som saknar patientförsäkring. Dessa

försäkringsgivare är skyldiga att ingå i en patientförsäkringsförening som ska handlägga ersättningsfrågor som rör vårdgivare som inte tecknat försäkring, Patientförsäkringsföreningen. Medlemmarna i Patientförsäkringsföreningen ska också upprätthålla och bekosta en patientskadenämnd som på begäran av patient eller annan skadelidande, vårdgivare, försäkringsgivare eller domstol ska avge yttrande i ersättningsärenden.

Den som vill ha ersättning enligt patientskadelagen kan, förutom att vända sig till försäkringsgivaren, väcka talan vid allmän domstol. Prövningen sker då med tillämpning av bestämmelserna i patientskadelagen. Liksom tidigare har en skadelidande dessutom möjlighet att vid domstol yrka ersättning på skadeståndsrättslig grund i stället för att begära ersättning enligt patientskadelagen. Att vända sig till domstol är dock, som tidigare konstaterats, en betydligt svårare och kostsammare väg för att få ersättning.

Patientskadeersättning kan lämnas för personskador, såväl fysiska som psykiska, vilka drabbat patient i samband med hälso- och sjukvård i Sverige om det är övervägande sannolikt att det är fråga om en skada av något av följande slag:

- Undvikbar skada som orsakats av undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd.
- Skada som orsakats av fel hos eller felaktig hantering av medicintekniska produkter eller sjukvårdsutrustning.
- Skada som uppkommit på grund av felaktig diagnostisering.
- Infektion som orsakats av att smittämne överförts i samband med vårdåtgärd, och som inte skäligen måste tålas.
- Skada på grund av olycksfall som inträffat i samband med vården.
- Skada som orsakats av att läkemedel har förordnats eller utlämnats i strid med föreskrifter eller anvisningar.

Patientskadebegreppet i lagen bygger i stort sett på samma begrepp som fanns inom den frivilliga patientförsäkringen. Det finns emellertid utöver detta några principiellt viktiga skillnader mellan den frivilliga patientförsäkringen och patientskadelagen.

För det första har skadebegreppet utvidgats till att gälla inte bara fysiska ska-

dor och med dessa sammanhängande psykiska skador utan även rent psykiska skador.

För det andra har i lagen införts ett så kallat facitresonemang även beträffande metodval, dvs. en bedömning i efterhand av om en skada hade kunnat undvikas om man i stället för den valda behandlingsmetoden hade använt en annan metod, t.ex. medicinering i stället för kirurgi. Enligt den frivilliga försäkringen gällde en sådan facitbedömning endast själva utförandet av den valda metoden.

Kritik framfördes från flera håll när det gällde förslaget att införa ett facitresonemang även på valet av behandlingsmetod. Man ansåg att det normalt inte förelåg något problem att skilja mellan metod och teknik samt att det skulle innebära stora utredningstekniska problem med tanke på de avsevärda tillämpningssvårigheter som skulle föreligga med stort utrymme för tolkningstvister. Det kunde, ansåg man, uppkomma svåra gränsdragningsfrågor vid valet mellan olika metoder, i synnerhet när metoder inom olika specialistområden skulle vägas mot varandra. Som exempel nämndes att vid behandlingen av en hjärntumör valet kunde stå mellan att operera, strålbehandla eller medicinera. Att när vederbörande specialist inom sitt respektive område förespråkade "sin" metod kunna avgöra vilken metod som var den mindre riskfyllda kunde då givetvis vara mycket svårt.

Regeringen menade emellertid att det var angeläget att de problem som ansågs föreligga, nämligen att det saknades exakta kriterier för en uppdelning mellan metod och teknik samt mellan undersökning och behandling, undanröjdes eftersom denna oklarhet inte borde gå ut över patienterna i form av mistad rätt till ersättning. Därför infördes facitbedömningen på metodval i patientskadelagen. I propositionen uttalades dock att det fanns skäl att följa utvecklingen i praxis på denna punkt.

För det tredje har i patientskadelagen införts en skälighetsbedömning när det gäller infektionsskador, vilket innebär att rätten till ersättning är utesluten om omständigheterna är sådana att infektionen skäligen måste tålas.

Patientskadeersättningen bestäms enligt ersättningsreglerna i skadeståndslagen med den avvikelser att patienten ska betala en självrisk samt att det finns tak för ersättningens storlek. I övrigt är rätten till patientskadeersättning fri-

stående från skadeståndsrätten. Det innebär, som framgått tidigare, bl.a. att patienten inte behöver bevisa att skadan är orsakad genom att hälso- och sjukvårdspersonal gjort sig skyldiga till fel eller försummelse för att ersättning ska kunna lämnas. Patienten måste dock bevisa att det är övervägande sannolikt att det föreligger en skada av ett slag som angetts i uppräkningslistan ovan och att denna skada har ett direkt samband med vården.

Vad har patientförsäkringen inneburit?

Genom införandet av patientförsäkringen har man på ett genomgripande sätt förbättrat möjligheterna för patienter som skadats inom sjukvården att få ersättning. Innan försäkringen trädde i kraft år 1975 fick endast cirka 100 patienter per år någon form av ersättning. I dag uppskattas att mellan 6 000–7 000 patienter får patientskadeersättning varje år.

Förfarandet för att få ersättning för en skada som uppkommit i samband med hälso- och sjukvård har förenklats avsevärt jämfört med vad som gällde tidigare. En patient som vill begära ersättning för en vårdskada behöver endast fylla i en anmälningssblankett med kortfattade uppgifter om skadan och lämna in sin anmälan till det aktuella försäkringsbolaget. Det är sedan försäkringsbolaget som ansvarar för att en utredning görs i ärendet. Bolaget ska begära in journaler och annan relevant medicinsk dokumentation samt, vanligen efter samråd med en eller flera medicinska rådgivare, göra en bedömning av om ersättning kan lämnas eller inte.

Den ekonomiska risk som tidigare förelåg när skadeståndstalan väcktes vid domstol behöver en patient inte längre ta. Förfarandet hos försäkringsbolaget liksom i Patientskadenämnden är kostnadsfritt. Det innebär att patienten inte behöver göra några ekonomiska överväganden när ersättning ska begäras. Endast om patienten ändå väljer att väcka talan vid domstol i enlighet med vad som angetts ovan föreligger ett ekonomiskt risktagande.

Av de mellan 16 000 och 17 000 ärenden som numera anmäls varje år är det bara omkring ett tjugotal fall per år som går vidare till domstol. Att domstolarna prövar så få patientskadeärenden beror sannolikt bl.a. på att Patientskadenämnden under de 40 år nämnden funnits har skapat en enhetlig

och fast praxis som strikt följs av försäkringsbolagen och som huvudsakligen uppfattas som korrekt av patienterna. Nämnden har egna medicinskt sakkunniga och nämndens jurister har som regel lång erfarenhet av arbete med komplicerade medicinska frågor. Patientskadenämnden prövar i dag upp mot 1 600 ärenden per år.

Systemet med patientförsäkring innebär vidare en ökad förutsebarhet samtidigt som det är mera rättvist än ett skadeståndsrättsligt system som bygger på vållande. Det administrativa handläggningsförfarandet är dessutom avsevärt billigare och betydligt snabbare än ett domstolsförfarande, vilket kan ta år, medan handläggningen hos ett försäkringsbolag i allmänhet tar betydligt kortare tid. I de flesta fallen får patienten inom ett antal månader besked om den anmälda skadan anses ersättningsbar eller inte.

Avslutningsvis kan konstateras att det av flera undersökningar från olika länder framgår att patienter som drabbats av en behandlingskomplikation framfört tre saker som de anser viktiga i sammanhanget, nämligen

- att någon ber om ursäkt för det inträffade,
- att ekonomisk compensation lämnas för skadan,
- att en likartad händelse inte ska ske igen.

Patientförsäkringen kan till viss del sägas uppfylla patienternas önskemål på dessa punkter. De patienter som varje år får patientskadeersättning upplever som regel detta som en form av upprättelse och de blir ekonomiskt kompenserade. När det gäller att likartade händelser inte ska ske igen kan konstateras att alla anmälningar som görs till Löf (14 410 anmälningar under 2014), vilket är huvuddelen av alla patientskadeärenden som handläggs, ligger till grund för ett omfattande förebyggande arbete som försäkringsbolaget utför i syfte att nå en ökad patientsäkerhet inom svensk sjukvård (se Löf:s hemsida, www.lof.se).

PATIENTSKADELAGEN MED KOMMEN- TAR

Inledande bestämmelser

1 § Denna lag innehåller bestämmelser om rätt till patientskadeersättning och om skyldighet för vårdgivare att ha en försäkring som täcker sådan ersättning (patientförsäkring).

I 1 § konstateras att lagen reglerar rätten till patientskadeersättning och skyldigheten för vårdgivare att ha en patientförsäkring som täcker ersättningen.

I 6 § och 7 § anges sedan de förutsättningar under vilka rätt till patientskadeersättning föreligger och vilka typer av skador som ger rätt till sådan ersättning.

Begreppet vårdgivare definieras närmare i 5 § och i 12 § finns närmare föreskrifter om skyldigheten för vårdgivare att teckna och upprätthålla en patientförsäkring för sin verksamhet.

En förutsättning för att ersättning ska lämnas är att en person har skadats i egenskap av patient. Lagen innebär emellertid inte att det endast är patienten själv som har rätt till ersättning. Sådan rätt kan även föreligga för efterlevande till en patient.

BEGREPPET PATIENT

Begreppet *patient* definieras inte i patientskadelagen. Av förarbetena till la-

gen framgår dock att med patient avses alla som etablerat en kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal angående sitt eget hälsotillstånd. Det spelar inte någon roll om kontakten etablerats på den enskildes initiativ eller om det skett på annat sätt. När någon ges vård eller behandling eller genomgår en undersökning ska han eller hon, oavsett anledningen till åtgärden, betraktas som patient (prop. 1995/96:187 s. 76).

Det är inte ovanligt att kontakter gällande hälsotillstånd tas av någon annan än den som själv har sjukdomssymtom. Det kan vara en vårdnadshavare som söker vård för sitt barns räkning, någon som påträffar en akut sjuk person på allmän plats eller någon som kontaktar vården för hjälp med omhändertagandet av en allvarligt sjuk vuxen anhörig. I allmänhet får då den som vårdkontakten avser anses vara patient (jfr Dnr 917/2012 – PRS 2013:06).

Även utländska patienter som får vård i Sverige, t.ex. turister, omfattas av den patientförsäkring som vårdgivaren enligt patientskadelagen är skyldig att ha. Ersättningsbara skador som drabbar utländska patienter, vilka inte är stadigvarande bosatta i Sverige, blir många gånger betydligt dyrare för försäkringsgivaren än de skador som drabbar patienter vilka stadigvarande bor i landet. Anledningen är att de utländska patienterna får vård på samma villkor och kompenseras på samma sätt som de svenska patienterna men inte omfattas av de förmånliga svenska samordningsförmånerna. Det innebär i praktiken att det försäkringsbolag som ska betala ut ersättning för en patientskada inte, som annars, kan göra avdrag för vissa ersättningar som kan fås från annat håll och som ska samordnas med patientskadeersättningen, t.ex. sjuklön. Försäkringsbolagen har haft ett antal skador av detta slag där kostnaden blivit betydligt högre än normalt på grund av att det rört sig om utländska patienter.

Patientbegreppet verkar inte orsaka några större bedömningsproblem för försäkringsbolagen. I Patientskadenämnden har endast prövats något ensaka fall varje år angående vem som är att betrakta som patient.

Från Patientskadenämndens praxis kan, utöver det nyss angivna fallet, lämnas följande exempel där fråga varit om det rört sig om en patient eller inte. Några av fallen kan hänföras till den tidigare frivilliga patientförsäkringen

men de har samma dignitet som de fall som prövats när patientskadelagen varit tillämplig.

Foster

Under graviditeten och förlossningen är ett foster att anse som en del av den gravida kvinnan och det är då i första hand kvinnan som är att anse som patient. Endast om ett foster blivit föremål för behandling eller drabbats på grund av utebliven behandling och senare föds med liv har fostret ansetts vara patient (Dnr 221/1992). Om en patientskada har uppkommit i ett sådant fall är det således barnet som i egenskap av patient har rätt till ersättning.

Mot bakgrund av att modern och fostret, så länge fostret inte har framfötts med liv, är att anse som *en* patient ska skador av psykisk natur som en moder drabbats av på grund av skador och följdskador på fostret bedömas som personskador på modern och inte som s.k. tredjemansskada (se Dnr 659/2001 – PRS 2003:07).

Ett fall som belyser detta gällde ett foster som avled i livmodern på grund av att gällande rutiner inte följts vid förlossningen. Skadan på fostret, som således inte föddes med liv, betraktades som en skada på modern. Hon fick missfallsersättning för förlusten av fostret. Däremot ansågs varken modern eller andra anhöriga, som begärt ersättning för psykiskt lidande på grund av fostrets död, ha rätt till sådan schablonersättning för psykiskt lidande som kan betalas till nära anhöriga enligt 5 kap. 2 § första stycket 3 skadeståndslagen.

Patientskadenämnden gjorde följande bedömning:

”Enligt 8 § patientskadelagen (1996:799) bestäms patientskadeersättning enligt bland annat 5 kap. 1–5 § skadeståndslagen. I 5 kap. 2 § första stycket 3 sistnämnda lag anges att om en personskada lett till döden skall ersättning betalas för ’personskada som till följd av dödsfallet åsamkats någon som stod den avlidne särskilt nära’. Nämnden har i tidigare ärenden slagit fast att ett foster som blir föremål för behandling eller utebliven behandling är att betrakta som patient och omfattas av patientskadelagen endast under förutsättning att fostret senare föds med liv. Så skedde tragiskt nog inte i detta fall. Om ett foster skadas

och därefter inte föds med liv, anses skadan enligt praxis vara en skada på modern. Patientskadeersättning för ideell skada kan då lämnas till henne vilket också har skett i detta fall. För förlust av foster utgår enligt fast praxis ersättning med ett belopp motsvarande vad som lämnas vid missfall. Varken modern, fadern eller syskonen har däremot någon rätt till ersättning enligt 5 kap. 2 § första stycket 3 skadeståndslagen.”

(Dnr 251/2009 – PRS 2009:11)

Ersättning vid patientskada på fostret kan som framgått ovan, beroende på omständigheterna, lämnas till

- modern,
- det foster som framfötts med liv,
- både modern och det foster som framfötts med liv.

Emellanåt uppkommer frågan om anhöriga eller följeslagare kan anses vara patienter.

Följeslagare till patient

En mor som drabbats av matförgiftning när hon bodde på patienthotell i samband med att hennes barn utreddes på sjukhus på grund av en ärftlig sjukdom har inte ansetts vara patient.

(Dnr 753/2000 – PRS 2001:01)

Anhöriga

Inte heller har anhöriga till ett barn som fått en infektion på ett sjukhus, och därför blivit berättigat till ersättning, ansetts vara patienter när de smittats av barnet, oavsett om detta skett på sjukhuset eller i hemmet sedan barnet skrivits ut.

(Dnr 175–177/1990)

En dotter som inte informerats om att fadern testats positiv för anlag till en allvarlig ärftlig sjukdom (familjär amyloidos) ansågs inte vara patient i försäkringens mening, eftersom hon inte etablerat kontakt med

hälso- och sjukvårdspersonal angående sitt eget hälsotillstånd under den aktuella perioden.

(Dnr 909/2012)

En omdiskuterad fråga är i vilken mån en person som på eget initiativ vill genomgå en operation för att förändra sitt utseende, t.ex. ta bort rynkor i ansiktet, är att anse som patient i lagens mening och ska omfattas av patientförsäkringen. Med den definition som enligt vad som framgår ovan getts patientbegreppet har även en sådan person ansetts vara patient i lagens mening under förutsättning att behandlingen kan betraktas som hälso- och sjukvård samt ges av personal som omfattas av begreppet hälso- och sjukvårdspersonal.

Fallet nedan är ett exempel på detta.

Person som genomgår kosmetisk behandling

Ärendet gällde en kvinna som vid privat klinik fått injektioner med Dermalive (gel innehållande hyaluronsyra) i syfte att släta ut rynkor och fylla ut huden runt läpparna. Patientskadenämnden konstaterade att hälso- och sjukvårdsbegreppet i 5 § patientskadelagen har samma innebörd som detta begrepp har i 1 § hälso- och sjukvårdslagen. Vidare att injektionsbehandlingen med Dermalive gavs av en legitimerad sjuksköterska som före behandlingen gjort en medicinsk genomgång av kvinnans hälsotillstånd och dokumenterat detta i journal. Verksamheten ansågs därför utgöra hälso- och sjukvård och kvinnan ansågs vara patient.

(Dnr 481/2005 – PRS 2005:11)

Det kan således konstateras att de avgörande omständigheterna för att kvinnan skulle betraktas som patient var att en legitimerad sjuksköterska utfört behandlingen och dessförinnan gjort en medicinsk genomgång av kvinnans hälsotillstånd samt dokumenterat detta.

I vad mån hälso- och sjukvårdsbegreppet har samma innebörd i 5 § patientskadelagen och 1 § hälso- och sjukvårdslagen kan kanske diskuteras. Enligt den grundläggande definitionen i 1 § hälso- och sjukvårdslagen avses

åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Av förarbetena framgår att tolkningen av begreppet i princip bör begränsas till att omfatta sådana vårdbehov som bedöms kräva insatser av medicinskt utbildad personal (prop. 1981/82:97 s. 44).

Ytterligare en förutsättning för att det ska vara fråga om hälso- och sjukvård i patientskadelagens mening är att det ska vara fråga om verksamhet som utövas av personal som omfattas av 1 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Se vidare angående dessa frågor under 5 §.

Vid estetiska behandlingar *kan* det föreligga ett vårdbehov men detta är givetvis inte alltid fallet. Behandlingar av detta slag utförs både av medicinskt utbildad personal och personer som inte har en sådan utbildning. När det gäller patientskadelagen talas dock i 5 § även om ”annan liknande medicinsk verksamhet”, vilket vidgar tillämpningsområdet även om lagstiftaren i första hand har tänkt på rättspsykiatriska undersökningar och medicinsk forskning på människor (prop. 1995/96:187 s. 77 f). Se ytterligare under 5 §.

Patientskadeutredningen, som år 2002 fick i uppdrag att göra en översyn av bl.a. patientskadelagen, konstaterade i betänkandet *Patientskadelagen och läkemedelsförsäkringen – en översyn* (SOU 2004:12), utan att närmare utveckla detta, att estetisk kirurgi omfattades av begreppet hälso- och sjukvård.

I detta sammanhang kan nämnas att en särskild utredare år 2014 fick i uppdrag att lämna förslag som syftar till att stärka skyddet för den enskilde vid behandlingar och ingrepp som kräver medicinsk kunskap och erfarenhet eller kan innebära betydande hälsorisker men som inte är hälso- och sjukvård. Utredningen, som antog namnet *Skönhetsutredningen*, har överlämnat betänkandet *Kroppsbehandlingar – Åtgärder för ett stärkt konsumentskydd* (SOU 2015:100). Enligt utredningen är det fråga om konsumenttjänster som omfattas av de konsumentskyddande reglerna men inte om hälso- och sjukvård. Utredningen gör således en annan bedömning än den Patientskadenämnden gjort.

Av 1 kap. 1 § i den *lag om kroppsbehandlingar* som föreslagits framgår att lagen gäller kroppsbehandlingar som syftar till att förändra utseendet men enbart sådana behandlingar som kan innebära betydande hälsorisker. Detta är fallet när kroppsbehandlingen kan överföra smitta, ge svåra skador,

leda till svåra sjukdomar eller ge bestående men (1 kap. 2 §). I 1 kap. 3 § första stycket föreskrivs att kroppsbehandlingar som innefattar *kirurgiska ingrepp* endast får utföras av legitimerad läkare eller legitimerad tandläkare inom sina respektive kompetensområden. Enligt 1 kap. 3 § andra stycket får kroppsbehandlingar som innefattar injektioner endast utföras av legitimerad läkare, legitimerad tandläkare, legitimerad sjuksköterska eller legitimerad tandhygienist inom sina respektive kompetensområden. Av 2 kap. framgår att den verksamhet som avses i lagen ska ha tillstånd och vidare anges de förutsättningar som ska finnas för detta. I 3 kap. finns regler om den skyldighet näringsidkaren har i olika hänseenden, bl.a. skyldigheten att informera konsumenten om behandlingen. 4 kap. innehåller bestämmelser om informationshantering medan 5 kap. reglerar frågor om klagomål. I 6–8 kap. regleras frågor om tillsyn, samverkan och överklagande medan 9 kap. slutligen innehåller straffbestämmelser m.m.

En annan intressant fråga som behandlas i följande fall är i vad mån både kvinnan och mannen kan anses som patienter vid infertilitetsbehandling.

Vid IVF-behandling kan både mannen och kvinnan vara att anse som patienter i patientskadelagens mening

En kvinna och en man genomgick IVF-behandling (infertilitetsbehandling) på grund av ofrivillig barnlöshet. Under pågående behandling överhettades befruktade ägg i en inkubator och blev förstörda. Försäkringsbolaget godkände denna skadehändelse som en ersättningsbar patientskada och ansåg att kvinnan var patient samt att hon hade rätt till ersättning för sveda och värk, styrkt inkomstförlust samt merkostnader till följd av den godkända patientskadan.

Tvist uppkom bland annat beträffande frågan om även mannen hade rätt till ersättning. Enligt försäkringsbolaget var mannen att betrakta som tredje man, dvs. en person som inte är direkt drabbad av en skada, och därmed inte ersättningsberättigad.

Patientskadenämnden hade således att ta ställning till den principiella frågan om mannen, vid sidan av kvinnan, i samband med IVF-behandling var patient i patientskadelagens mening.

Patientskadenämnden inhämtade beträffande denna fråga ett utlåtande

de från professorn i civilrätt vid Uppsala universitet Håkan Andersson. Hans bedömning var att både kvinnan och mannen i ett fall som detta borde betraktas som patienter och utvecklade detta enligt bl.a. följande: "Då ett par söker behandling för sitt gemensamma fysiologiska problem med att tillsammans kunna få barn bör den medicinska behandlingen av paret – och deras par-projekt att få barn – inom juridiken mötas av den rättsliga värderingen att båda parterna i det behandlade paret anses som patienter. Den psykiska personskada som uppkommer genom att behandlingen – och dess par-projekt (som också är ett barnprojekt) – förstörs, bör därför kompenseras för båda de drabbade genom såväl ekonomisk som ideell ersättning (varvid den senare ersättningsposten får inrymmas i de schablonverk för sveda och värk som utvecklats i praxis)."

Patientskadenämnden, som delade Håkan Anderssons bedömning beträffande patientbegreppet i ett fall som detta, konstaterade att både kvinnan och mannen gemensamt etablerat kontakt med hälso- och sjukvården på grund av barnlösheten. Med avseende på IVF-behandlingen var de bägge att betrakta som patienter då behandlingen syftade till att avhjälpa deras barnlöshet som par. Det innebar att den skada som kan ha uppkommit för mannen inte var en tredjemansskada utan en patientskada.

Vidare konstaterade nämnden att skadehändelsen för både kvinnan och mannen inneburit ett psykiskt lidande på grund av att deras gemensamma möjlighet att få barn omintetgjorts. De ansågs därför berättigade till ersättning för den skada som drabbat dem till följd av den felaktiga hanteringen av de befruktade äggen under IVF-behandlingen. Enligt nämnden fanns det inte skäl att göra någon skillnad mellan den skada som kvinnan respektive mannen drabbats av. Skadehändelsen presumerades beträffande båda ha medfört ett psykiskt lidande under viss tid med behov av bearbetning av det inträffade. För det fall skadehändelsen medfört inkomstförlust för kvinnan eller mannen ansågs rätt till ersättning föreligga i den mån sådan förlust kunde styrkas.

(Dnr 928/2009 – PRS 2012:05)

EFTERLEVANDE TILL PATIENTER

Lagen innebär som nämnts inte bara att patienter utan även efterlevande till patienter kan ha rätt till ersättning. Om en patient således avlider som en följd av en ersättningsbar patientskada kan ersättning till nära anhöriga lämnas för eventuell förlust av underhåll och för egna personsador, främst

för psykiska besvär, i anledning av dödsfallet. Dödsboet har i sådant fall även rätt till ersättning för begravningskostnader.

Om patienten avlider innan de ersättningskrav som patienten framställt slutreglerats övergår patientens rätt till patientskadeersättning på dödsboet. Ersättning för ideell skada lämnas då på samma sätt som gäller beträffande ersättning för kostnader och inkomstförlust, dvs. för den skada som patienten faktiskt kom att drabbas av före dödsfallet.

Om en patient avlider till följd av annan orsak än patientskadan innan framställda ersättningskrav slutreglerats övergår patientens rätt till patientskadeersättning även i ett sådant fall på dödsboet.

Om patienten däremot avlider innan ersättningskrav framställts övergår enligt 6 kap. 3 § skadeståndslagen inte patientens rätt till ersättning för ideell skada på dödsboet, till skillnad från rätten till ersättning för ekonomisk skada.

2 § Med patient jämställs i denna lag den som frivilligt deltar som försöksperson i medicinsk forskning eller som donerar organ eller annat biologiskt material för transplantation eller annat medicinskt ändamål.

Enligt lagen jämställs med patient den som frivilligt deltar som försöksperson i medicinsk forskning eller som donerar organ eller annat biologiskt material för transplantation eller annat medicinskt ändamål. Friska försökspersoner och friska personer som donerar organ eller annat biologiskt material jämställs således med patienter, även om de inte etablerat kontakt med vården angående sitt eget hälsotillstånd. Eftersom även dessa personer kan drabbas av skador har det ansetts lika angeläget att ersätta sådana skador som skador vilka drabbar patienter i vanlig mening.

Om forskningsprojektet avser klinisk prövning av ett läkemedel gäller i första hand läkemedelsförsäkringen.

När det gäller *donatorer* har Löf beslutat att ersättning ska lämnas enligt ett särskilt åtagande till dem som drabbats av en inte undvikbar skada/komplikation om det samtidigt inte är fråga om en nödvändig och naturlig följd av behandlingen, t.ex. ett normalt operationsärr. Dessutom ska självriskavdrag enligt 9 § patientskadelagen inte göras.

Frivilliga försökspersoner omfattas däremot inte av det särskilda åtagandet utom beträffande självriskavdraget som inte behöver göras.

Twister som rör Löf:s utvidgade åtagande beträffande donatorer samt, beträffande självriskavdraget, frivilliga försökspersoner kan inte prövas av Patientskadenämnden (se vidare Löf:s hemsida, www.lof.se, och avsnittet *Särskilda åtaganden*).

Den ojämeförligt största gruppen som är föremål för bedömning enligt 2 § patientskadelagen är blodgivarna.

3 § Lagen gäller endast skador som har uppkommit i samband med hälso- och sjukvård i Sverige.

Patientskadelagen avser patientskador som uppkommit i samband med hälso- och sjukvård i Sverige, dvs. vård som står under svensk tillsyn eller med andra ord den vård som sker inom landets gränser. Lagen gäller således inte vård utomlands även om patienten remitterats till en anläggning för vård. Inte heller omfattas vård vid anläggningar utomlands vilka drivs av svenska sammanslutningar med svensk hälso- och sjukvårdspersonal. Patienter som ska vårdas utomlands måste därför försäkras genom ett frivilligt åtagande från vårdgivarens sida.

Den tidigare nämnda *Patientskadeutredningen* föreslog bland annat att patientskadelagens tillämpningsområde skulle utvidgas till att omfatta även vård som ges utomlands efter anvisning av ett landsting eller en landstingsfri kommun och för vilken landstinget eller den landstingsfria kommunen åtagit sig kostnadsansvar. Någon ändring av lagens tillämpningsområde har dock ännu inte kommit till stånd.

Löf har emellertid för all landstings- och regionsjukvård, dvs. för mer än 90 procent av den svenska hälso- och sjukvården, utvidgat försäkringsåtagandet när det gäller utlandsvård. Löf har enligt ett särskilt åtagande tagit ansvaret för att lämna ersättning för kroppsskada (således inte för rent psykisk skada utan samband med fysisk skada) som orsakats patient i direkt samband med hälso- och sjukvård som utförts vid vårdinstitution utanför Sveriges gränser. En förutsättning är dock att försäkringstagaren remitterat patienten dit och svarar för vårdkostnaderna. (Närmare information finns på Löf:s hemsida, www.lof.se.) Tvister som rör det utvidgade åtagandet kan som tidigare nämnts inte prövas av Patientskadenämnden (se vidare avsnittet *Särskilda åtaganden*).

Av de få ärenden som Patientskadenämnden prövat enligt denna paragraf kan följande två fall nämnas.

Smitta i Thailand

På grund av patientens grundsjukdom i form av diabetes i kombination med smitta av multiresistenta bakterier, som patienten ådragit sig i Thailand, gjordes en underbensamputation i Sverige. Patienten ansågs inte berättigad till patientskadeersättning då smittan inte uppkommit i samband med hälso- och sjukvård i Sverige.

(Dnr 224/2011)

Skada vid flygresor till rehabiliteringsklinik i Spanien

En patient som hade beviljats en av landstinget bekostad rehabiliteringsperiod på kliniken Vintersol på Teneriffa råkade ut för en olyckshändelse på en spansk flygplats i samband med flygresan till rehabiliteringskliniken. Då olyckshändelsen inte uppkommit i Sverige ansågs någon rätt till ersättning inte föreligga.

(Dnr 838/2007 – PRS 2008:04)

4 § Rätten till patientskadeersättning får inskränkas endast på grund av omständighet som har inträffat efter skadehändelsen och som enligt försäkringsavtalslagen (2005:104) kan medföra begränsning av försäkringsgivarens skyldighet att utge försäkringsbelopp.

Lagens ersättningsbestämmelser är tvingande till patientens förmån. En tillåten inskränkning, som kan begränsa rätten till patientskadeersättning, anges emellertid i 4 §. Som exempel anges i förarbetena att den skadade inte gjort vad han kunnat för att begränsa skadan (prop. 1995/96:187 s. 77).

Såvitt känt har det inte förekommit att försäkringsbolagen begränsat patientskadeersättningen med hänvisning till denna paragraf.

En begränsning av annat slag, som ändå kan nämnas här, är att rätten till ersättning kan inskränkas även genom reglerna om preskription (se 23 §).

5 § I denna lag avses med

- ***hälso- och sjukvård:*** sådan verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), tandvårdslagen (1985:125) eller lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar, annan liknande medicinsk verksamhet samt verksamhet inom detaljhandeln med läkemedel, allt under förutsättning att det är fråga om verksamhet som utövas av personal som omfattas av 1 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659),
- ***vårdgivare:*** statlig myndighet, landsting eller kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig verksamhet) samt enskild som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare).

BEGREPPET HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Med hälso- och sjukvård avses enligt patientskadelagen sådan verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), dvs. åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvård hör även ambulanstransporter och liknande sjuktransporter. Vidare innefattas tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125).

I patientskadelagen anges utöver detta *annan liknande medicinsk verksamhet*. Därmed avses enligt förarbetena t.ex. vad som brukar benämnas levandeundersökningar i medicinskt syfte, rättspsykiatriska undersökningar och medicinsk forskning på människor. Slutligen omfattas även verksamhet inom detaljhandeln med läkemedel.

I begreppet hälso- och sjukvård ingår förebyggande vård, vaccinering, blodgivning, medicinsk rehabilitering och annan motsvarande verksamhet som t.ex. insemination, åtgärder i samband med abort och sterilisering samt vissa åtgärder mot smittsamma sjukdomar. I begreppet innefattas endast vård

med medicinskt innehåll som riktar sig direkt till enskilda personer och således inte åtgärder som riktar sig till större grupper i samhället och som inte är direkt medicinska, t.ex. generella hälsokampanjer eller liknande. En förutsättning för att det ska vara fråga om hälso- och sjukvård i patientskadelagens mening är att verksamheten bedrivs med anlitande av personal som omfattas av patientsäkerhetslagen (2010:659). Begreppet hälso- och sjukvårdspersonal definieras närmare i en uppräkningslista i 1 kap. 4 § patientsäkerhetslagen. Här kan nämnas den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården men även annan personal *som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter*. Vidare avses *den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare* (se fallen Dnr 479/1999 – PRS 2000:6 och Dnr 201/2012 – PRS 2012:07 nedan). Detta innebär att exempelvis en icke legitimerad kiropraktor eller en privatpraktiserande fotvårdsspecialist som ger behandling utan att det är fråga om en legitimerad yrkesutövare inte omfattas av patientskadlagen.

Begreppet hälso- och sjukvård enligt patientskadlagen har även ansetts innefatta åtgärder som inte är direkt medicinskt motiverade, t.ex. vissa skönhetsoperationer, så kallad estetisk kirurgi, under förutsättning att behandlingen utförs av personal som omfattas av patientsäkerhetslagen (jfr SOU 2004:12 s. 114).

Med verksamhet inom detaljhandel med läkemedel avses apotekspersonalens utlämnande av läkemedel till patienter. Patientskadeersättning kan exempelvis lämnas för de skadliga följderna av att ett annat läkemedel än det som angetts på receptet lämnats ut till patienten eller att doseringen av det aktuella läkemedlet inte överensstämmer med vad som stod på receptet (se 6 § första stycket 6 patientskadlagen). Patientskadeersättning kan således bli aktuell vid felaktig läkemedelshandling på apotek. Skador som däremot uppkommer på grund av ett läkemedels egenskaper – läkemedelsbiverkningar – omfattas inte av patientskadlagen (se 7 § 2 patientskadlagen). Dessa skador ska i stället i första hand prövas enligt läkemedelsförsäkringens ersättningsbestämmelser.

I följande fall har frågan om vad som är hälso- och sjukvård behandlats i Patientskadenämnden.

Hantering av journaluppgifter

Hanteringen av journaluppgifter ansågs falla in under begreppet hälso- och sjukvård. I det aktuella fallet hade emellertid det felaktiga utlämnandet av journaluppgifter inte orsakat någon skada av psykisk eller fysisk art.

(Dnr 590/2004 – PRS 2005:06)

Remiss och läkarintyg

Underlåtenhet att skriva remiss har ansetts vara en sådan åtgärd som omfattas av lagen.

(Dnr 76/1999)

Likaså har läkarintyg i körkortsärendet ansetts vara hälso- och sjukvård.

(Dnr 348/2000 – PRS 2000:04)

Underlåtenhet att lämna besked om undersökningsresultat

Underlåtenhet att lämna besked om resultatet av en medicinsk undersökning har ansetts vara omfattat av begreppet hälso- och sjukvård.

(Dnr 455/2001 – PRS 2002:01)

Preoperativ tvättning

Preoperativ tvättning inför en operation har ansetts vara en mycket viktig del av och i princip en förutsättning för behandlingen. Den legionellainfektion en patient drabbats av efter en knäplastikoperation sedan hon blivit tillsagd att duscha och tvätta sig med desinficerande

medel har därför ansetts ha uppkommit i samband med hälso- och sjukvård.

(Dnr 24/1999 – PRS 1999:08)

Vätsketillförsel

Vätsketillförseln och kontrollen av patientens vätskeintag under vistelse på korttidsboende är åtgärder som är att anse som hälso- och sjukvård i patientskadelagens mening. Brister i denna hantering omfattas därför av lagens bestämmelser.

(Dnr 640/2007 – PRS 2008:03)

Kosmetisk behandling vid privatlinik

Fallet (Dnr 481/2005 – PRS 2005:11) har behandlats ovan under avsnittet *Begreppet patient*.

Pigmentimplantering av eyeliner och ögonbryn

Pigmentimplantering av ögonbryn och eyeliner har inte ansetts vara hälso- och sjukvård i patientskadelagens mening. Den terapeut som hade utfört behandlingen var heller inte att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal. Den anmälda skadan omfattades således inte av patientskadelagen.

(Dnr 289/2002 – PRS 2002:13)

Delegation från hälso- och sjukvårdspersonal

Den behandling en patient fått av en diplomerad massör på delegation av en legitimerad sjukgymnast har ansetts ha skett av hälso- och sjukvårdspersonal.

(Dnr 479/1999 – PRS 2000:06)

Arbetet vid en ortopedteknisk enhet bedrevs under ledning av en ortopedteknisk chef som var legitimerad ortopedingenjör och därmed till-

hörde en sådan personalkategori som avses i 5 § patientskadelagen. Han biträdde i arbetet av en ortopedskotekniker och en ortopedtekniker. Den ortopedskotekniker eller ortopedtekniker som i ärendet provat ut och lämnat ut behandlingsskorna tillhörde, mot bakgrund av dessa omständigheter, enligt Patientskadenämnden personal av det slag som avses i 1 kap. 4 § 3 patientsäkerhetslagen och därmed även sådan hälso- och sjukvårdspersonal som avses i 5 § patientskadelagen.

(Dnr 201/2012 – PRS 2012:07)

Polishämtning

När polis biträder sjukvårdspersonal för att hämta en patient för tvångsomhändertagande med stöd av vårdintyg, har detta ansetts vara att bedöma som en vårdåtgärd som omfattas av patientskadelagen. Om en skada uppkommer i samband med hämtningen kan det således vara fråga om en patientskada.

I ett ärende åtföljdes den behandlande läkaren av två poliser när patienten hämtades i sitt hem och tvångsintyg hade utfärdats. Kopplingen till sjukvården var alltså stark.

(Dnr 568/2010)

Om kopplingen till hälso- och sjukvård är svagare och det inte lika tydligt är fråga om att biträda sjukvårdspersonal, är det tveksamt om patientskadelagen är tillämplig. När polispersonal agerar mera självständigt torde lagen, även om det är fråga om att omhänderta en sjuk person, inte anses tillämplig.

Transport

När det gäller transporter har hemtransport från sjukhus som ordinerats och beställts av sjukvårdspersonal bedömts ha samband med hälso- och sjukvård. Vårdåtgärden har alltså ansetts omfattad av patientskadelagen.

I det aktuella fallet hade det skett en olycka i samband med den taxi-transport det var fråga om och patienten hade skadats. Patientskadenämnden konstaterade med anledning av detta även att det varit fråga

om en sådan sjuktransport som anges i 6 § första stycket 5 patientskadelagen och där ersättning kan komma i fråga vid olycksfall.

(Dnr 159/2001 – PRS 2001:3)

Medpatient

Skada som en förvirrad medpatient orsakat en annan patient har bedömts inte ha uppkommit i samband med vård eller behandling av sjukvårdspersonal.

Patientskadenämnden konstaterade i det aktuella ärendet att patientskadelagen endast gäller skador som uppkommit i samband med hälso- och sjukvård samt att med hälso- och sjukvård avses åtgärder av sjukvårdspersonal för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Eftersom skadan inte uppkommit i samband med hälso- och sjukvård utan orsakats av en medpatient omfattades den enligt nämndens mening inte av patientskadelagen.

Nämnden, som enligt nämndens arbetsordning även kan pröva frågan om rätt till ersättning på skadeståndsrättslig grund, fann att ingenting heller tydde på att skadan vållats genom fel eller försummelse från vårdpersonalens sida, som exempelvis bristande övervakning. Det förelåg därmed inte någon rätt till patientskadeersättning eller till ersättning på skadeståndsrättslig grund.

(Dnr 424/2001 – PRS 2001:10)

En typ av skada som inte är ovanlig, och där det kan vara svårt att avgöra om skadan uppkommit på grund av en vårdåtgärd eller inte, är förlossningsskador. När förlossning sker på sjukhus och skada på barnet uppkommer som en följd av *det naturliga förlossningsförloppet* och inte på grund av någon underlåtenhet eller några åtgärder från sjukvårdspersonalens sida föreligger inte rätt till ersättning. För rätt till ersättning krävs normalt att en direkt vårdåtgärd i samband med förlossningen orsakat skadan, t.ex. användande av sugklocka.

Följande referatfall belyser denna problematik.

Det naturliga förlossningsförloppet

En kvinna drabbades i samband med en förlossning av bristningar i slidan och ändtarmsöppningen med smärta, blodförlust och psykiskt lidande som följd. Patientskadenämnden konstaterade att det inte förelegat indikation för att utföra kejsarsnitt och att den medicinska handläggningen av förlossningen och de bedömningar som gjorts före, under och efter förlossningen stått i överensstämmelse med vedertagna behandlingsprinciper. Nämnden fann vidare att förlossningsförloppet i sig inte var en vårdåtgärd men att användning av sugklocka i slutskedet av förlossningen var en vårdåtgärd. Enligt nämnden var det emellertid inte övervägande sannolikt att förfarandet med användning av sugklocka hade orsakat de uppkomna bristningarna samt de följdverkningar som dessa skador i sin tur lett till i form av smärta, blodförlust och psykiskt lidande. De uppkomna skadorna var i stället en direkt följd av det komplicerade men naturliga förlossningsförloppet vid framfödandet av ett stort barn. Enligt nämndens uppfattning var de skador patienten anmält således inte orsakade av någon vårdåtgärd.

(Dnr 531/2001 – PRS 2002:10)

BEGREPPET VÅRDGIVARE

Vårdgivare i patientskadelagens mening är såväl offentliga som privata vårdgivare som driver och ansvarar för hälso- och sjukvårdsverksamhet i vilken vårduppgifterna fullgörs av hälso- och sjukvårdspersonal. Bland de offentliga vårdgivarna finns de så kallade sjukvårdshuvudmännen, dvs. landstingen och regionerna. Exempel på en statlig vårdgivare är kriminalvårdsstyrelsen, som har ansvaret för hälso- och sjukvården inom kriminalvården. Den kommunala hälso- och sjukvården omfattar bl.a. vården för äldreboenden och skolhälsovården.

Utöver de offentliga vårdgivarna omfattar lagens begrepp den som utövar hälso- och sjukvård inom den privata sektorn, såväl enskilda företagare som juridiska personer. En enskild person som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet som egen företagare är att anse som vårdgivare under förutsättning

att denne är legitimerad eller jämställd med den som är legitimerad. En legitimerad läkare eller tandläkare som har egen privatpraktik är att anse som vårdgivare. Om en yrkesutövare som inte omfattas av patientsäkerhetslagen, t.ex. en fotvårdsspecialist, en icke legitimerad kiropraktor, en undersköterska eller ett vårdbiträde, bedriver egen verksamhet så är denne inte att betrakta som vårdgivare i patientskadelagens mening.

Landsting, regioner och kommuner kan sluta avtal med enskild om att på entreprenad utföra uppgifter som åligger dem inom hälso- och sjukvården. Ett sådant entreprenadavtal kan exempelvis avse landstingets driftansvar för en vårdcentral. Ett entreprenadavtal innebär dock inte att entreprenören tar över landstingets vårdansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen (prop. 1995/1996:187 s. 79). Landstinget är därför jämte entreprenören att betrakta som vårdgivare för verksamheten vid vårdcentralen och i sådant fall är entreprenören inte skyldig att teckna försäkring för denna verksamhet utan detta ankommer på landstinget (se 12 §). Om entreprenören även bedriver egen hälso- och sjukvårdsverksamhet är denne däremot givetvis skyldig att teckna patientförsäkring för denna verksamhet.

En närmare beskrivning av begreppen hälso- och sjukvård och vårdgivare samt hänvisningar till förarbeten finns i propositionen 1995/96:187 s. 77-79.

Vad som ska bedömas vara hälso- och sjukvård eller vem som ska anses vara vårdgivare verkar inte ha orsakat några större bedömningsproblem för försäkringsbolagen, eftersom endast något enstaka fall som rör dessa frågor prövats av Patientskadenämnden varje år.

Rätten till patientskadeersättning

6 § Patientskadeersättning lämnas för personskada på patient om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av

- 1. undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd under förutsättning att skadan kunnat undvikas antingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt,**
- 2. fel hos medicinteknisk produkt eller sjukvårdsutrustning använd vid undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd eller felaktig hantering därav,**
- 3. felaktig diagnostisering,**
- 4. överföring av smittämne som lett till infektion i samband med undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd,**
- 5. olycksfall i samband med undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd eller under sjuktransport eller i samband med brand eller annan skada på vårdlokaler eller utrustning, eller**
- 6. förordnande eller utlämnande av läkemedel i strid med föreskrifter eller anvisningar.**

Vid prövning av rätt till ersättning enligt första stycket 1 och 3 skall den handlingsnorm tillämpas som gäller för en

erfaren specialist eller annan erfaren yrkesutövare inom området.

Rätt till ersättning enligt första stycket 4 är utesluten i de fall omständigheterna är sådana att infektionen skäliggen måste tålas. Hänsyn skall därvid tas till arten och svårhetsgraden av den sjukdom eller skada som åtgärden avsett, patientens hälsotillstånd i övrigt samt möjligheten att förutse infektionen.

Paragrafen innehåller de centrala bestämmelser som reglerar rätten till patientskadeersättning. För att en skada på en patient ska kunna ersättas krävs att ett antal förutsättningar är uppfyllda. En förutsättning är som nämnts tidigare att skadan uppkommit vid *hälso- och sjukvård i Sverige*. Generellt gäller vidare att det ska vara fråga om en *personskada* som har uppkommit *som en direkt följd* av en skadehandling. Det ska således föreligga ett orsakssamband mellan skadan och vården. Den som begär patientskadeersättning har *bevisbördan* för att ett sådant samband föreligger. Det beviskrav som ställs är dock lägre än vad som normalt gäller inom skadeståndsrätten. Beviskravet är uppfyllt om det är *övervägande sannolikt* att ett orsakssamband finns. Skaderegleringen går till så att det är försäkringsgivaren som objektivt utreder en skadeanmälan. Först om försäkringsgivaren bedömer att det inte finns något samband mellan skadan och den aktuella åtgärden är det patienten som måste bevisa att det finns ett orsakssamband.

Om de förutsättningar som angetts ovan är uppfyllda fortsätter prövningen enligt den eller de punkter under 6 § första stycket 1–6 som kan vara att tillämpa. När det gäller behandlingsskador enligt punkt 1 tar man först ställning till om behandlingen varit *medicinskt motiverad* och om en *vedertagen metod* har använts. Är detta fallet fortsätter bedömningen med frågan *om skadan hade kunnat undvikas*. Vid den prövning som då görs utgår man, liksom vid prövning enligt punkt 3, från den erfarna specialistens eller annan erfaren yrkesutövares kunskap på området.

Nedan kommer först skadebegreppet och bevisreglerna samt begreppet erfaren specialist att behandlas. Därefter görs en närmare genomgång av de olika punkterna i 6 § första stycket.

SKADEBEGREPPET

Patientskadeersättning kan lämnas för *personskada*. Patientskadelagen saknar liksom skadeståndslagen en definition av begreppet personskada. Detta begrepp har dock i patientskadelagen samma betydelse som inom skadeståndsrätten. Den närmare innebörden får därför bestämmas med ledning av de uttalanden som gjorts i förarbetena till skadeståndslagen och i rättspraxis.

Med personskada avses både fysiska och psykiska skador.

Exempel på *fysisk skada* är sår, blödningar, förstörda vävnader och frakturer. Med fysisk skada avses förutom rent kroppsliga defekter även fysisk smärta.

Som exempel på *psykisk skada* kan nämnas depressionstillstånd, chock och posttraumatiska neuroser. För att psykisk skada ska anses som en personskada krävs att det föreligger *en medicinskt påvisbar effekt*. Det är inte tillräckligt med sådana allmänna känslouttryck som är en normal följd av en skadegörande handling såsom vrede, rädsla, oro och sorg (se SOU 1995:33 s. 61 samt Dnr 455/2001 – PRS 2002:01). En medicinskt påvisbar effekt kan t.ex. vara att patienten blir sjukskriven eller genomgår terapi till följd av de psykiska besvären.

En närmare beskrivning av personskadebegreppet och hänvisningar till förarbeten och rättspraxis finns i betänkandet *Ersättning för ideell skada vid personskada*, SOU 1995:33 s. 61.

En nyhet i patientskadelagen jämfört med den tidigare frivilliga patientförsäkringen är, som tidigare framgått, att inte bara fysiska skador eller psykiska skador som har samband med fysiska skador utan även *rent psy-*

kiska skador, som inte har samband med någon fysisk skada, kan ersättas. Vid remissbehandlingen framfördes från flera håll kritik mot att även rent psykiska skador skulle kunna ersättas. Kritiken gick främst ut på att psykiska skador är svårutredda och att skaderegleringen därför kunde bli både omfattande och kostnadskrävande. Man menade också att möjligheten att få ersättning även för rent psykiska skador i många fall kunde medföra förhoppningar om ersättning som inte skulle komma att infrias på grund av svårigheterna att avgöra vad som är ersättningsbart. Även beträffande denna typ av skador måste ju patienterna, som närmare framgår nedan, visa att det finns ett orsakssamband mellan behandling och skada samt att skadan exempelvis hade kunnat undvikas.

Trots den omfattande kritiken ansågs att det från rättvisesynpunkt var oacceptabelt att inte låta ett lagreglerat ersättningssystem omfatta även rent psykiska skador och att detta rättviseskäl vägde tyngre än de omständigheter som talade mot att sådana skador skulle ersättas. Patientskadelagen kom därför att omfatta även rent psykiska skador.

Inte så sällan anser patienter att de blivit utsatta för en *kränkande behandling* och vill ha upprättelse för den uppgivna kränkningen. Det grundläggande kravet för ersättning enligt 6 § patientskadelagen är emellertid att det föreligger en *personskada* på patient, där skadan kan vara av fysisk eller psykisk art. Kränkning definieras inte som en personskada – vare sig i patientskadelagen eller i skadeståndslagen – utan tas i 2 kap. 3 § skadeståndslagen upp som en separat skadetyper som endast kan komma i fråga vid allvarlig kränkning som orsakats genom brottslig gärning (Dnr 073/2004).

Frågan om vilket bemötande en patient har fått av personal inom hälso- och sjukvården har således inte någon självständig betydelse för rätten till ersättning enligt patientskadelagen. Vid bedömningen av frågan om rätt till ersättning föreligger är det endast själva behandlingen och de anmälda komplikationerna som ska utredas och bedömas utifrån objektiva kriterier. Ersättning för kränkning av den personliga integriteten kan således inte lämnas enligt patientskadelagen.

Bedömningen av personskadebegreppet föranleder inte något större problem i praktiken. Av de ärenden som behandlas i Patientskadenämnden varje år rör drygt 2 procent frågan om en personskada överhuvudtaget uppkommit eller inte.

Som exempel kan nedanstående fall nämnas.

Genetisk skada

Att ett foster framföds med liv med en genetisk skada, i detta fall Downs syndrom, kan inte betraktas som en personskada för vare sig modern eller barnet.

(Dnr 194 /1994 – PRS 1995:02)

Det händer att patienter är missnöjda med behandlingsresultatet och menar att de drabbats av en skada. *Ett tillfredsställande behandlingsresultat* kan dock inte alltid uppnås trots att behandlingen skett på ett riktigt sätt. Det förhållandet att ett förväntat eller önskat behandlingsresultat inte erhålls efter en riktigt utförd behandling grundar således inte i sig rätt till ersättning.

Exempel på detta är följande fall.

Ofullständig smärtlindring

En kvinna som genomgick en operation där man tog bort livmodern, äggstockarna och äggledarna fick postoperativt ett svårt smärttillstånd. Trots att patientens smärtor successivt utreddes och tolkades enligt vedertagna medicinska principer samt att själva smärtbehandlingen utfördes på ett helt riktigt sätt enligt gällande behandlingsnormer fick patienten inte den förväntade eller önskade smärtlindringen. Någon skada i patientskadelagens mening ansågs inte föreligga. Sjukvården kan således inte ge någon *garanti* för ett visst behandlingsresultat, t.ex. full smärtlindring, även om behandlingen varit helt riktig.

(Dnr 94/2005)

Ej önskvärt resultat av kosmetisk operation

Patienten, som hade genomgått en operation på grund av överflödigt hud i övre ögonlocken, var inte nöjd med operationsresultatet.

Patientskadenämnden uttalade inledningsvis att det vid operationer av detta slag inte går att på förhand eller vid utförandet av operationen exakt beräkna det utseendemässiga resultatet. Vidare att operationer av detta slag måste utföras med försiktighet så att inte för mycket hud avlägsnas, då detta kan medföra allvarliga bekymmer. Nämnden konstaterade att det även efter en operation utförd på sedvanligt sätt, i förhållande till det önskade resultatet, kan bli vissa avvikelser som kan medföra att en kompletterande operation måste göras. Detta får enligt nämnden sägas ingå i denna typ av operation och kan inte betraktas som en skada i den mening som avses i patientskadelagen. Nämnden ansåg att de anmälda utseendemässiga avvikelserna var just sådana avvikelser och att det således inte förelåg någon personskada.

(Dnr 81/2001 – PRS 2001:13)

När det gäller *psykiska skador* avser cirka 2 procent av alla anmälningar till försäkringsbolagen rent psykiska skador.

Beträffande frågan om en personskada av rent psykisk natur har uppkommit kan nämnas följande fall.

Psykisk skada på moder vars foster avlidit i livmodern

Under själva graviditeten anses fostret, som framgått tidigare, vara en del av den gravida kvinnan och det är kvinnan som då tillsammans med fostret är en patient. Först om fostret föds med liv är det att anse som en självständig patient. Detta synsätt innebar enligt Patientskadenämnden att skada av psykisk natur som en moder drabbats av på grund av skador på fostret och fostrets död till följd av felaktig handläggning vid förlossningen var att bedöma som en personskada på modern och inte som en tredjemansskada, dvs. en skada på någon som inte är direkt drabbad av en skadehändelse, vilket försäkringsbolaget hade hävdad.

(Dnr 659/2001 – PRS 2003:07)

Psykisk skada till följd av felaktig journaluppgift beträffande cancersjukdomens svårhetsgrad

I ett utlåtande över ett prov taget vid rektoskopi, dvs. ändtarmsundersökning, angavs felaktigt att patientens ändtarmscancer var av allvarligare art än vad som i verkligheten var fallet. Enligt det felaktiga utlåtandet hade cancer vuxit igenom tarmväggen (Dukes B) men eftergranskning visade att tumören var begränsad till tarmens ytlager (Dukes A). Det felaktiga utlåtandet redovisades i patientens journal.

Patientskadenämnden konstaterade att även om det felaktiga utlåtandet inte lett till felaktig vård eller behandling så hade den missvisande informationen orsakat patienten en försämring av det tvångsneurotiska syndrom som patienten sedan tidigare led av. För denna personskada ansågs hon vara berättigad till patientskadeersättning.

(Dnr 495/2009 – PRS 2009:10)

I detta sammanhang kan nämnas att även *följdskador* till en patientskada kan vara ersättningsbara.

Följande fall är ett exempel på detta.

Följdskador av en ersättningsbar patientskada

Patientskadenämnden konstaterade att när en ersättningsbar patientskada har bedömts föreligga så är patienten berättigad till ersättning för samtliga skador som uppkommit som en följd av den godtagna skadan. Enligt nämnden ska därför någon prövning av om sådana följdskador skulle vara primärt ersättningsgilla enligt patientskadelagen således inte göras, och det även om följdskadan är en läkemedelsskada.

(Dnr 753/2009 – PRS 2010:09)

BEVISREGLER

Som ovan konstaterats krävs det för att en skada ska betraktas som ersättningsgill till att börja med att det finns ett orsakssamband mellan vården och skadan. Med andra ord, om åtgärden inte hade vidtagits skulle skadan

inte heller ha uppkommit. Detta innebär att direkta följder av *grundskadan*, dvs. av sjukdom eller skada som förelåg vid vårdtillfället eller som utvecklats oberoende av vården, inte omfattas av rätten till ersättning.

När en anmälan om patientskada har kommit in till försäkringsgivaren är det, som framgått tidigare, denne som objektivt ska utreda skadeanmälan. Först om försäkringsgivaren bedömer att det inte finns något orsakssamband mellan den anmälda skadan och vården är det patienten som måste bevisa att det finns ett sådant samband (prop. 1995/96:187 s. 31 och SOU 1994:75 s. 104; jfr Dnr 404/2004 – PRS 2004:11).

Beträffande det krav som ställs på bevisningen för att ett orsakssamband föreligger kan konstateras att det inte sällan förekommer att såväl patienter som ombud eller läkare menar att en skada ska ersättas därför att det finns faktorer som pekar på att det mycket väl kan föreligga ett möjligt samband mellan en skada och den aktuella vårdåtgärden. En förutsättning för att en skada ska kunna ersättas enligt patientskadelagen är dock att det är *övervägande sannolikt* att skadan har orsakats genom en behandlingsåtgärd. Det förhållandet att ett samband är *möjligt* eller *inte kan uteslutas* mellan en behandlingsåtgärd och en skada medför inte att kravet på övervägande sannolikhet kan anses uppfyllt (Dnr 44/2008 och 756/2001).

Patienten har alltså *bevisbördan* när det gäller orsakssambandet. Beviskravet är dock sänkt i förhållande till vad som vanligtvis gäller inom skadeståndsrätten genom att det är tillräckligt att det är *övervägande sannolikt* att det föreligger ett orsakssamband. Patienten har således uppfyllt beviskravet om han eller hon kan göra övervägande sannolikt att anmälda besvär orsakats av en behandlingsåtgärd eller en utebliven sådan. För att en patientskada ska anses föreligga i patientskadelagens mening räcker det alltså inte att patientens skada *kan ha orsakats* av en behandlingsåtgärd, utan denna orsak ska vara mer sannolik än någon annan tänkbar förklaring till skadan (Dnr 44/2008 och 756/2001).

Om det föreligger bevisning om att en viss typ av skada generellt sett kan orsakas av viss behandling, får detta förhållande betydelse vid den bevisvärdering som ska göras i det enskilda fallet. I sådant fall accepteras orsakssamband i det enskilda fallet om det inte av utredningen framgår att det finns

någon annan orsak, som med minst lika stor sannolikhet kan ha orsakat skadan.

På samma sätt kan *ett tidsmässigt samband* få stor betydelse. Uppkommer patientens besvär i relativt nära samband med en behandlingsåtgärd, talar detta förhållande starkt för att orsakssamband föreligger i de fall då det rör sig om en välkänd komplikation till behandlingen och det inte finns någon annan minst lika sannolik skadeorsak.

Statistiska och tidsmässiga samband har en större betydelse vid sambandsbedömningarna inom patientförsäkringen än vid den bevisprövning som normalt sker inom skadeståndsrätten.

Av de ärenden som varje år prövas i Patientskadenämnden är det en stor del, närmare bestämt cirka 20 procent, där frågan gäller om det finns ett orsakssamband mellan den anmälda skadan och en vårdåtgärd. Att antalet överprövningsärenden som berör denna fråga är så pass stort beror sannolikt på att patienterna mycket ofta som patientskada anmäler direkta följder av den grundsjukdom eller den grundskada som förelegat redan innan vårdtillfället och som utvecklats oberoende av vården. Ändringsfrekvensen i Patientskadenämnden när det gäller frågor om orsakssamband ligger på cirka 3 procent.

Frågan om det är övervägande sannolikt att en skada har uppkommit genom en vårdåtgärd är inte sällan svårbedömbär.

Följande fall från Patientskadenämnden kan nämnas.

Skada på grund av utebliven behandling?

En pojke som led av Wilms tumör (en elakartad njurtumör som främst drabbar barn) fick inte, som skulle ha skett, sin sjukdom uppgraderad från stadium I till stadium II. Av denna anledning erhöll han inte den ökade cytostatikamedicinering som skulle ha getts om rätt gradering skett. Av den medicinska utredningen framgick att det inte gick att uttala sig om huruvida en tidigare ökad cytostatikamedicinering skulle ha påverkat händelseförloppet. Vid detta förhållande ansåg nämnden att det inte var övervägande sannolikt att den uteblivna behandlingen hade medfört att skada uppkommit.

(Dnr 330/2001 – PRS 2002:03)

Infektion som direkt följd av en behandlingsåtgärd?

Ärendet gällde en vid behandlingstillfället treårig flicka som drabbats av brännskador på bålen, höger hand och ben. Brännskadorna omfattade cirka 7–8 procent av kroppsytan. Tre dagar efter påbörjad behandling av skadorna konstaterades att sårerna var infekterade. Modern anmälde att skadorna förvärrats av att handläggningssättet inte varit sterilt.

Patientskadenämnden konstaterade att det för rätt till ersättning krävs att personskada med övervägande sannolikhet orsakats av överföring av smittämne som lett till infektion i samband med undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd. Nämnden konstaterade också att det för att en patientskada ska anses föreligga i patientskadelagens mening inte är tillräckligt att patientens skada kan ha orsakats genom överföring av smittämne vid en behandlingsåtgärd, utan att denna orsak ska vara mer sannolik än någon annan tänkbar förklaring till skadan. Enligt utredningen i ärendet gick det inte att med övervägande sannolikhet avgöra om infektionen tillförts i direkt anslutning till en behandlingsåtgärd eller om det rörde sig om en s.k. sekundärinfektion. Det kan t.ex. röra sig om en infektion som inte orsakas direkt av någon behandlingsåtgärd utan är en följd av grundsjukdomen. Nämnden konstaterade emellertid att risken för infektion varit särskilt betydande med hänsyn till brännskadorna som orsakat en påtagligt nedsatt vävnadsvitalitet i de aktuella områdena. Enligt nämndens mening kunde därför den anmälda infektionen inte med övervägande sannolikhet anses ha uppkommit som en direkt följd av någon behandlingsåtgärd, utan den fick med övervägande sannolikhet anses utgöra en sekundärinfektion i ett område med nedsatt vävnadsvitalitet på grund av brännskadorna. En sådan komplikation kunde man enligt nämnden inte förebygga eller förhindra genom ett alternativt utförande av behandlingen. Rätt till patientskadeersättning ansågs därför inte föreligga.

(Dnr 489/2001)

Att *tidssamband* tillagts särskild betydelse visar följande fall.

Övervägande sannolikhet för att nervbesvär i arm uppkommit vid undersökning under narkos?

I ett fall där nervbesvär från armen debuterade i samband med att patienten genomgick en gynekologisk undersökning under narkos

gick det inte att exakt klarlägga hur skadan uppkommit. Då emellertid skador av liknande art kan uppkomma genom tryck på överarmens insida och då ett tidsmässigt samband förelåg, ansågs det övervägande sannolikt att skadan uppkommit vid vårdåtgärden.

(Dnr 40/1978)

Oklara buksmärtor efter skada på urinblåsa

En kvinna fick sin livmoder bortopererad. I samband med ingreppet uppkom en ersättningsbar patientskada på urinblåsan. Skadan upptäcktes följande dag och patienten opererades med suturering av defekten i urinblåsan. Ersättning lämnades under cirka fem månader och skadan på urinblåsan ansågs därefter utläkt utan några kvarstående besvär. I efterförloppet till den ursprungliga operationen uppkom även oklara bestående buksmärtor. Trots omfattande utredningar kunde man inte finna någon säker förklaring till patientens bukbesvär. Försäkringsbolaget ansåg därför att buksmärtorna inte med övervägande sannolikhet orsakats av skadan på urinblåsan.

Patientskadenämnden konstaterade att det förelåg ett klart tidssamband mellan uppkomsten av den ersättningsbara patientskadan, i form av skada på urinblåsan, och utvecklingen av patientens kvarstående besvär från buken. Eftersom det enligt nämndens mening dessutom inte fanns någon annan alternativ förklaring till patientens kvarstående besvär fick dessa anses vara en följd av den ersättningsbara patientskadan och patienten var därmed berättigad till patientskadeersättning för dessa besvär.

(Dnr 584/2011)

En fråga som lär bli allt vanligare och där man får följa den fortsatta medicinska utvecklingen är i vad mån *trombolysbehandling*, dvs. propplösande läkemedelsbehandling, kunnat förhindra eller minska skadorna efter en stroke. Avsikten med trombolysbehandling är att åstadkomma en upplösning av blodproppen för att återupprätta ett arteriellt blodflöde och därmed begränsa skadans utveckling. Om det inte finns några kontraindikationer ska behandlingen, för att ett lyckat resultat ska uppnås, påbörjas så snart som möjligt efter symptomdebut och inom 4,5 timmar. I de nationella riktlinjerna liksom i internationella riktlinjer rekommenderas f.n. trombolysbehand-

ling av ischemisk stroke inom denna tid. Det är viktigt att behandlingen startar så snart som möjligt. Ju längre tid som går efter debut av symptom desto sämre blir utfallet.

Om trombolysbehandling av ischemisk stroke påbörjas inom 4,5 timmar efter symtomdebut uppnås, enligt de senaste studierna, hos 1/3 av de behandlade patienterna en symtomlindring även om alla inte blir återställda. Siffrorna är dock osäkra och har successivt reviderats. De visar emellertid att även om trombolysbehandlingen påbörjas inom rätt tidsintervall så är det *generellt sett* inte övervägande sannolikt att behandlingen kan förhindra följderna av patientens stroke i det enskilda fallet.

Patientskadenämnden har prövat några fall som gällde anmälan om utebliven eller försenad trombolysbehandling vid hjärninfarkt (ischemisk stroke).

I de aktuella fallen uttalade nämnden följande: "Läkemedel för så kallad trombolysbehandling registrerades i Sverige under början av år 2003 för behandling av akut ischemisk stroke. Enligt nämndens bedömning går det inte att för en enskild patient på ett tillförlitligt sätt ange en sannolikhet för förbättring vid intravenös trombolysbehandling vid ischemisk stroke jämfört med konservativ strokebehandling, eftersom många faktorer spelar in. Det föreligger statistisk evidens för att trombolysbehandling har kapacitet att reducera graden av neurologiska bortfallssymtom. Under de mest optimala förutsättningarna uppnås hos cirka 25 procent av behandlade patienter en symtomlindring. Behandlingen innebär emellertid även mycket allvarliga blödningsrisker med fara för förvärrade hjärnskador med dödlig utgång."

Mot bakgrund av detta ansåg nämnden att följderna av patientens stroke inte med övervägande sannolikhet hade kunnat förhindras med trombolysbehandling. Rätt till patientskadeersättning ansågs därför inte föreligga.

(Dnr 840/2012, 879/2012 och 1166/2013)

Frågan om trombolysbehandling har även behandlats i domstol vid åtminstone ett tillfälle.

I målet var frågan om trombolysbehandling skulle ha getts till en patient för att undvika eller minska skador efter en hjärninfarkt. Löf, som var part i målet, framhöll i likhet med vad Patientskadenämnden gjort i ett yttrande, att behandling med trombolys inom tre timmar från insjuknande i hjärninfarkt fungerar i ett fall av fyra till fem, dvs. att sannolikheten för att behandling med trombolys förhindrar funktionsnedsättning uppgår till 20–25 procent. Vidare konstaterade Löf att patientens funktionsnedsättning visserligen kunnat undvikas genom trombolysbehandling inom tre timmar men att sannolikheten för att så verkligen *skulle ha blivit fallet* var förhållandevis låg.

Tingsrätten, som menade att trombolysbehandling inte varit tillgänglig inom den begränsade tid (tre timmar) som möjliggjort sådan behandling, ogillade patientens talan. Hovrätten å sin sida hävdade att patienten inte förmått göra övervägande sannolikt att behandling inom tre timmar från hjärninfarkten skulle ha förändrat skadebilden till det bättre. Patientens talan ogillades därför även av hovrätten. Högsta domstolen, dit patienten klagade, meddelade inte prövningstillstånd. Hovrättens dom kom därför att stå fast (Göta hovrätt T 3505-12).

En ny analys av data från randomiserade studier har visat att chansen att bli helt återställd efter trombolysbehandling är påtagligt bättre för patienter med en mindre omfattande stroke enligt strokeskalan NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) vid insjuknandet än för patienter med en mer omfattande stroke. Vid en mindre omfattande stroke vid insjuknandet, NIHSS ≤ 10 , torde sannolikheten att bli förbättrad ligga över 50 procent förutsatt att inga kontraindikationer förlegat mot behandlingen och att behandlingen startats tidigt. Ju tidigare behandlingen påbörjats desto större chans för en förbättring.

Den nya analysen indikerar att man vid skaderegleringen inte längre kan säga att trombolysbehandling generellt sett inte med övervägande sannolikhet kan förhindra följderna av patientens stroke i det enskilda fallet, utan man måste fortsättningsvis göra en mer individuell prövning i varje enskilt ärende för att klarlägga exakt hur omfattande patientens stroke var och inom

vilken tidsrymd behandlingen sattes in samt om några kontraindikationer förelegat.

Journalhandling som bevisning

Frågan om hur man ska se på *bevisvärdet av journalhandlingar* uppkommer inte sällan vid prövningen av ärenden. Hos försäkringsbolagen och i Patientskadenämnden är det i allt väsentligt den skriftliga dokumentationen som ligger till grund för prövningen. Utgångspunkten är att journalhandlingar och annat skriftligt material som har samband med behandlingen av en patient är riktiga och att alla uppgifter av vikt har noterats. Om inte vårdgivaren funnit skäl till rättelse av journalen eller Inspektionen för vård och omsorg (IVO) fattat beslut om journalförstöring utgår man således från att journalföringen är korrekt. Det sätt på vilket vårdinrättningarna för journaler faller alltså utanför den prövning som försäkringsbolagen och Patientskadenämnden gör. Detsamma gäller äktheten beträffande övrig medicinsk dokumentation, exempelvis röntgenbilder.

I följande fall har Patientskadenämnden uttalat sig om bevisvärdet av journalhandlingar.

Patienten anmälde fördröjd diagnos av lårbensfraktur och gjorde gällande att han vid det aktuella vårdtillfället hade sökt läkare på grund av lårbensfrakturen. I journalanteckning från besöket hade läkaren antecknat att patienten sökt för ljumskbräck och läkaren hade även konstaterat att patienten haft ett ljumskbräck som sedan gått tillbaka. Någon uppgift om att patienten sökt läkare med anledning av en lårbensfraktur fanns inte.

Patientskadenämnden utgick vid sin bedömning från att journalföringen, som i detta fall var utförlig, skett på vedertaget sätt och att väsentliga sjukdomssymtom noterats. Vid de motstridiga uppgifter som förelåg från patientens respektive läkarens sida ansåg nämnden, mot bakgrund av vad som antecknats i journalen, att det inte var med övervägande sannolikhet visat att det vid det aktuella tillfället hade funnits symtom som tydde på den skada, en lårbensfraktur, patienten anmält.

(Dnr 309/2001 – PRS 2001:14)

Det ska i detta sammanhang understrykas att det, särskilt som handläggningen av ersättningsärenden enligt patientskadelagen sker på grundval av skriftliga handlingar, är viktigt att journalanteckningarna är utförliga. Enligt 3 kap. 6 § patientdatalagen (2008:355) ska en patientjournal, om uppgifterna föreligger, alltid innehålla bl.a. väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården, uppgift om ställd diagnos och anledningen till mera betydande åtgärder och väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder. Utförliga och tydliga journalanteckningar innebär att onödiga tvistefrågor, där patient och läkare har olika uppfattningar, många gånger kan undvikas.

BEGREPPET ERFAREN SPECIALIST

En grundläggande fråga är vilken handlingsnorm som ska vara bestämmande vid bedömningen av om en skada varit undvikbar eller inte. Av lagen framgår att man vid bedömningen av behandlingsskador, liksom av diagnosskador, ska tillämpa den handlingsnorm som gäller för en *erfaren specialist eller annan erfaren yrkesutövare inom området*. Bedömningen sker alltså objektivt efter denna måttstock. Den behandlande läkarens faktiska kompetens och erfarenhet läggs således inte till grund för bedömningen. Detta innebär att specialistmåttstocken gäller även om det vid behandlingen inte fanns tillgång till en erfaren specialist (prop. 1995/96:187 s. 82).

I det enskilda fallet kan det ibland vara svårt att avgöra hur begreppet erfaren specialist liksom annan erfaren yrkesutövare inom området ska tolkas. Lagens förarbeten (prop. 1995/96:187 s. 81) hänvisar endast till de specialistområden som anges i förordningen (1984:545) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m.

En i praktiken vanlig fråga är om den bedömning som gjorts av en erfaren allmänläkare, som ju är specialist enligt förordningen, ska vara normgivande eller om bedömningen ska göras med utgångspunkt från den erfarna specialisten på det aktuella området.

Följande fall är exempel på detta.

Erfaren specialist

En patient sökte allmänläkare på grund av en hudförändring. Allmänläkaren bedömde hudförändringen som ett pigmentnaevus i vilket det uppkommit ett sår och avlägsnade förändringen. Enligt ett utlåtande från en medicinsk expert på hudsjukdomar var detta inte fel eftersom allmänläkaren inte kunde utesluta att det var fråga om ett malignt melanom. Samtidigt konstaterades att en hudläkare troligen hade ställt rätt diagnos, seborrhoisk keratos, och antingen inte vidtagit någon åtgärd alls eller avlägsnat förändringen genom ett enklare ingrepp.

Nämnden konstaterade att såväl hudläkaren som allmänläkaren omfattades av specialistbegreppet samt att tolkningen i ett fall som detta borde ske på samma sätt som tidigare enligt den frivilliga försäkringen. Det innebar att nämnden ansåg att det var den erfarna allmänläkarens handlingsnorm som skulle ligga till grund för bedömningen. Ersättning lämnades därför inte för att ingreppet blev mer omfattande än det behövt bli.

(Dnr 151/2000 – PRS 2000:12)

Vid bedömningen av om en allmänläkare exempelvis borde ha remitterat en diskbråckspatient till en ortopedisk klinik för vidare behandling utgår man därför från hur en erfaren allmänläkare, och inte en erfaren ortoped, skulle ha tolkat symtomen och vilka åtgärder denne skulle ha vidtagit. Det är således det slag av specialist som utför behandling eller annan vårdåtgärd som är avgörande för vad som ska innefattas i begreppet *erfaren specialist*.

Specialistbegreppet, som det tillämpas i dag, måste anses ha fått en rimlig tolkning. Detta får inte minst ses mot bakgrund av att vården väsentligen är uppbyggd så att patienten i första hand är hänvisad till primärvården, allmänläkaren. I denna organisation förutsätts att den erfarna allmänläkaren kan bedöma när en patient bör remitteras vidare, dvs. när remiss till en specialist inom det aktuella området ska utfärdas.

Inom ett specialistområde som t.ex. ortopedi finns, på samma sätt som vid flera andra specialistområden, de som specialiserat sig ytterligare. En orto-

ped kan således ha specialiserat sig på exempelvis axlar. Fallet nedan är ett exempel på detta.

Fråga uppkom i ett ärende vilken handlingsnorm som skulle gälla vid behandlingen av en axelskada där patienten hade sökt vård vid en ortopedklinik. Skulle man utgå från hur en erfaren ortoped skulle ha tolkat aktuella symtom eller hur en "superspecialist" på just axelskador skulle ha handlat?

Som framgår av nedanstående fall är det den handlingsnorm som gäller för en erfaren ortoped som ska tillämpas.

"Superspecialist"

En patient sökte en ortopedisk klinik för en högersidig axelskada. Det förelåg vid undersökningen ingen fraktur eller luxation, men ruptur på den så kallade rotatorcuffen (senplatta i skulderleden) kunde inte helt uteslutas varför patienten fick en återbesökstid för kontroll efter sju dagar. Vid kontrollbesöket bedömdes patienten ha restsymtom efter en stötskada på axeln med mycket liten misstanke om rotatorcuffskada, eftersom det t.ex. inte förelåg någon ömhet över cuffen. Man ansåg därför att man inte skulle utreda vidare om en rotatorcuffskada förelåg. Patienten fick information om rehabiliterande träning och uppmanades att höra av sig om besvären drog ut på tiden mer än två månader. Först efter cirka fyra och en halv månad uppsökte patienten sjukhus med kvarstående besvär i form av viss svaghet samt smärtor i vissa lägen. Vid MRT-undersökning, dvs. en undersökningsmetod som tillåter goda detaljstudier av eventuella förändringar i kroppens organ, påvisades en total ruptur av subscapularissenan (en del av senplattan i rotatorcuffen). Den efterföljande operationen försvärades av att kroniska muskelfiberförändringar hade uppstått, vilket sannolikt gav ett sämre operationsresultat än det som kunde förväntats om operationen utförts tidigare.

Patienten ansåg att läkarna vid de två första undersökningstillfällena inte dragit rätt slutsats av iakttagbara symtom. En erfaren specialist på just axelskador borde enligt patienten ha dragit helt andra och korrekta slutsatser.

Patientskadenämnden bedömde att patienten vid de två första undersökningstillfällena hade undersökts på ett riktigt sätt i enlighet med vedertagna behandlingsprinciper och att symtomen då tolkats korrekt. Därefter fastslog nämnden att man vid bedömningen av om faktiskt

iakttagbara sjukdomstecken i samband med diagnostik tolkats i överensstämmelse med allmänt vedertagen medicinsk praxis ska tillämpa den handlingsnorm som gäller för en erfaren specialist inom området. Mot denna bakgrund ansåg nämnden att man, eftersom patienten uppsökt en ortopedklinik, enligt gällande praxis skulle utgå från hur en erfaren ortoped skulle ha tolkat de aktuella symtomen och vilka åtgärder denne skulle ha vidtagit. Däremot kunde man inte enligt nämnden utgå från hur en synnerligen erfaren specialist på just axelskador skulle ha handlat. Nämnden konstaterade slutligen att en erfaren ortoped skulle ha handlat på samma sätt som läkarna hade gjort i detta fall och att någon felaktig diagnostisering i patientskadelagens mening inte förelåg.

(Dnr 158/2008 – PRS 2008:11)

Skadetyper och ersättningsprövning

Patientskadelagen innehåller en relativt detaljerad uppräkningslista av förutsättningarna för ersättning vid olika typer av skador. Detta har förmodligen tillkommit för att underlätta skaderegleringen. Samtidigt har det inneburit att överskådligheten har försämrats. Bestämmelsernas utformning har i vissa fall även inneburit problem när det gäller tillämpningen i praxis. Nedan behandlas de sex olika huvudtyper av skador som kan ersättas (6 § första stycket 1–6) och exempel på bedömningar som i praxis skett beträffande sådana skador.

Grundförutsättningen för samtliga skadetyper är att det är fråga om en personskada på en patient samt att det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av sådana åtgärder eller förhållanden som anges under respektive punkt. Naturliga följder av vården, t.ex. operationsärr, berättigar således inte till ersättning.

1 BEHANDLINGSSKADA

(6 § första stycket 1)

Den absolut största gruppen ärenden som prövas av Patientskadenämnden varje år är behandlingsskador enligt 6 § första stycket 1, närmare bestämt cirka 24 procent av alla ärenden. Ändringsfrekvensen ligger något under 6 procent i denna grupp.

Behandlingsskada är således den vanligaste typen av skada där ersättning kan lämnas om det vid en bedömning i efterhand, s.k. facitbedömning, kan konstateras att skadan hade kunnat undvikas. Det saknar betydelse för rätten till ersättning om den uppkomna skadan varit sällsynt eller hur svår den varit. Den avgörande frågan är om det varit möjligt att undvika skadan.

Enligt lagtexten utgår ersättning om skadan är orsakad av ”undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd under förutsättning att skadan kunnat undvikas antingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i

efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt”.

Med *förfarande* avses enligt förarbetena behandlingsteknik eller behandlingsmetod (prop. 1995/96:187 s. 32 ff). Således inte ett förfarande i språkligt mera vidsträckt betydelse.

Det föreligger således ett antal skilda förutsättningar för att ersättning ska kunna komma i fråga.

Prövningen av om en ersättningsbar behandlingsskada föreligger sker i olika steg enligt följande schema.

1. Har den anmälda skadan uppkommit vid *hälso- och sjukvård i Sverige*?
2. Föreligger en *personskada*?
3. Finns ett *orsakssamband* mellan vården och skadan?
4. Var behandlingen *medicinskt motiverad*?
5. Användes en *vedertagen metod*?
6. Hade vid en facitbedömning skadan kunnat undvikas genom *ett annat utförande av den valda behandlingstekniken* samtidigt som vårdbehovet tillgodosetts på ett mindre riskfyllt sätt?
7. Hade vid en facitbedömning skadan kunnat undvikas genom val av *en annan tillgänglig behandlingsmetod* samtidigt som vårdbehovet tillgodosetts på ett mindre riskfyllt sätt?

Vad som innefattas i begreppet *hälso- och sjukvård i Sverige* (1) har framgått tidigare under 5 §. Likaså har frågan om vad som avses med *personskada* behandlats under 6 §. När det konstaterats att förutsättningarna är uppfyllda enligt dessa punkter går prövningen vidare till frågan om det finns ett orsakssamband mellan vårdåtgärden och skadan (3).

Orsakssamband

Skador som uppkommer eller utvecklas utan att det föreligger något samband med vården undantas från rätten till patientskadeersättning. Direkta följder av exempelvis den grundsjukdom som förelåg vid vårdtillfället eller skada som på annat sätt utvecklats oberoende av vården omfattas därför inte av rätten till ersättning. Det är relativt vanligt att patienter anmäler att man inte uppnått det förväntade eller önskade behandlingsresultatet. Om ett tillfredsställande resultat inte uppnås trots att behandlingen skett på ett helt riktigt sätt i enlighet med vedertagna behandlingsprinciper, grundar detta förhållande således inte rätt till ersättning.

Nedan lämnas några exempel från praxis på frågan om en skada uppkommit oberoende av den vårdåtgärd som företagits.

Tillförd skada vid behandling av strålbensfraktur?

Ett klassiskt fall i detta sammanhang är när en patient i samband med ett olycksfall ådrar sig en strålbensfraktur (radiusfraktur) och trots en helt riktig behandling enligt en vedertagen operationsmetod får kvarstående besvär i form av t.ex. svaghet i handleden, viss inskränkt rörelseförmåga och värk. Dessa besvär beror således inte på någon tillförd skada vid behandlingen eller på att behandlingen utförts på ett felaktigt sätt utan har sin grund i att frakturen, trots en helt riktigt utförd behandling, inte läkt på ett tillfredsställande sätt. Någon rätt till ersättning föreligger således inte i ett fall som detta (Dnr 426/1999).

Pseudartros

En äldre kvinna ådrog sig vid en halkolycka bland annat en vänstersidig underbensfraktur. Trots en helt korrekt utförd operation ville frakturen inte läka, varför patienten efter cirka 9 månader blev omopererad.

Patientskadenämnden konstaterade att en pseudartros, dvs. en falsk led, kan uppkomma i en fraktur trots en helt riktig behandling. Den uteblivna läkningen hade med övervägande sannolikhet orsakats av biologiska faktorer inklusive bristande lokal blodförsörjning i frakturområdet. Rätt till ersättning ansågs därför inte föreligga.

(Dnr 512/2011)

Benlängdsskillnad efter insättande av höftprotes

Ett annat vanligt fall föreligger vid insättande av höftledsprotes. Själva operationsmetoden innebär alltid en risk för en *benlängdsskillnad* även om ingreppet skett på ett riktigt sätt och enligt en vedertagen operationsmetod.

Vid operationen ersätts patientens naturliga höftled med en mekanisk protes, vars längd och inpassning kan påverka benets faktiska mätbara reella längd. En *röntgenologisk, dvs. faktiskt mätbar, reell benlängdsskillnad* som överstiger 1,5 cm får räknas som en undvikbar skada i patientskadelagens mening med rätt till patientskadeersättning.

Ingreppet innebär samtidigt en förändring av höftmuskulaturens funktion och omgivande vävnaders reaktion. En sådan funktionell förändring i mjukdelarna kan leda till en upplevd benlängdsskillnad. En eventuell *funktionell/klinisk benlängdsskillnad* anses i princip alltid ligga i ingreppets natur – den är inte undvikbar genom ett annat mindre riskfyllt förfarande – och är som regel inte någon ersättningsbar patientskada.

Den relevanta bedömningen, i den mening som avses i patientskadelagen, är således den röntgenologiska som avspeglar reell skillnad, medan klinisk bedömning avspeglar funktionell, dvs. upplevd, skillnad.

Ärrbräck efter magsåroperation har inte ersatts eftersom bräcket ansetts ha uppkommit som en följd av dåliga läkningsbetingelser.

(Dnr 277/1990)

I samband med *naprapatbehandling av axelbesvär* förvärrades i ett fall patientens besvär. Degenerativa förändringar i ledkapseln förelåg sannolikt innan den aktuella behandlingen. Det var emellertid först vid denna behandling som en bristning uppkom vilken orsakade ledkapselförändringar/ledkapselskada. Vid den efterföljande operationen fann man en omfattande ruptur av supra- och infrapinatussenornas fäste. Denna ruptur skulle i och för sig ha kunnat uppkomma oberoende av naprapatbehandlingen, men när detta i sådant fall skulle ha skett kunde inte bedömas. Det hade kunnat dröja flera år innan bristningen skett spontant. Vid detta förhållande och då det var naprapatbehandlingen som utlöste skadan förelåg rätt till patientskadeersättning.

(Dnr 869/2003 – PRS 2004:07)

Medicinskt motiverad behandling – Vedertagen metod

Om ett orsakssamband föreligger mellan vården och skadan går prövningen vidare till frågan om behandlingen varit *medicinskt motiverad* (4) och om en *vedertagen metod* (5) har använts.

I de försäkringsvillkor som tidigare gällde angavs uttryckligen att det skulle vara fråga om skada på grund av en medicinskt motiverad åtgärd som kunnat undvikas. Vid regleringen av skadefallen gjordes därför uttryckligen en bedömning av om åtgärden varit medicinskt motiverad och i förekommande fall om en vedertagen metod hade använts. Om åtgärden inte varit medicinskt motiverad eller en vedertagen metod inte använts lämnades ersättning utan ytterligare prövning.

I patientskadelagen sägs inte uttryckligen att åtgärden ska vara medicinskt motiverad. Detta kan dock inte uppfattas så att avsikten är att prövningen ska ske på något annat sätt än tidigare. Vid bedömningen av skador som kunnat undvikas eller skador på grund av felaktig diagnostisering ska man, som tidigare nämnts, utgå från den handlingsnorm som gäller för en erfaren specialist. I detta måste den självklara förutsättningen att vårdåtgärden ska ha varit medicinskt motiverad innefattas liksom att en vedertagen metod har använts. Prövningen sker på grundval av vad som varit eller borde ha varit känt om patientens vårdbehov och hälsotillstånd i övrigt *vid behandlingstillfället*. Om detta leder till att behandlingen inte var medicinskt motiverad eller att en vedertagen metod inte använts lämnas ersättning för skadan.

I nedanstående fall har Patientskadenämnden prövat frågan om ett ingrepp varit medicinskt motiverat eller om en vedertagen metod har använts.

Ej medicinskt motiverat ingrepp

Som exempel på ett ingrepp som inte ansetts medicinskt motiverat kan nämnas ett fall där patienten opererades för en mindre, godartad svulst i handledsregionen. Tumören hade inte vuxit och gav endast obetydliga besvär. Vid operationen skadades nerver som infiltrerat tumören. Nervskadorna orsakade patienten svåra besvär. Ingreppet ansågs av

Patientskadenämnden inte medicinskt motiverat, eftersom fördelarna med detta inte stod i rimlig proportion till risken för komplikationer i form av just nervskador. Ersättning lämnades därför även om skadan i sig inte hade kunnat undvikas vid den valda behandlingsmetoden.

(Dnr 47/1976)

Kontraströntgenundersökning utförd enbart för forskningsändamål

Ett annat exempel på ett ingrepp som inte ansetts medicinskt motiverat gällde en man som efter en hjärtoperation genomgick en kontrast-röntgenundersökning. Vid insprutningen av kontrastvätskan uppkom en blodpropp som medförde blindhet på ett öga. Undersökningen ansågs inte medicinskt motiverad från patientens synpunkt, eftersom den inte varit påkallad med tanke på patientens grundsjukdom utan hade utförts enbart för forskningsändamål. Ersättning lämnades därför även om komplikationen vid denna form av undersökning inte hade kunnat undvikas genom ett annorlunda utförande.

(Dnr 24/1977)

Vad som är vetenskap och beprövad erfarenhet ska bedömas med utgångspunkt från förhållandena i Sverige

När frågan uppkommer om en behandling utförts i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet är det *förhållandena i Sverige* som gäller. En viss behandling som är godkänd utomlands behöver inte vara det i Sverige. En patient har således inte rätt att kräva en behandling som inte är i överensstämmelse med vad som i Sverige får anses vara vetenskap och beprövad erfarenhet, även om behandlingen tillämpas utomlands.

Om en patient i de fall då alternativa metoder finns har förklarat att han eller hon inte accepterar användningen av en alternativ metod så har det ansetts att denna metod inte varit tillgänglig. Detta gäller även om metoden hade inneburit att skada kunnat undvikas.

(Dnr 827/2003 – PRS 2006:05)

Betydelsen av nationellt vårdprogram

I ett ärende år 2000 som gällde behandling av bröstcancer uppstod frågan om behandlingen skett i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet då man enligt patienten inte följt vårdprogrammet för bröstcancer.

Patientskadenämnden konstaterade att det vid den aktuella tidpunkten år 2000 inte fanns någon nationell samstämmighet vid behandling av bröstcancer. Det nationella vårdprogrammet för bröstcancer angav således inga absoluta regler utan endast rekommendationer som inte måste följas. Den behandling som gavs följde de riktlinjer som gällde vid berörda vårdinrättningar. Vården ansågs därför inte strida mot vetenskap och beprövad erfarenhet.

(Dnr 431/2008 – PRS 2008:14)

Onödigt ingrepp?

Ett annat fall gällde en patient på vilken gjordes ett kirurgiskt öppnande av bukhålan för att undersöka om det fanns en cancertumör i buken. Vid ingreppet kunde någon sådan tumör inte påvisas.

Patienten ansåg att operationen varit onödig och att den bland annat orsakat henne ett förlängt fysiskt och psykiskt lidande.

Patientskadenämnden konstaterade att det vid misstanke om cancersjukdom alltid finns en liten risk att man trots omfattande utredningar vid den slutliga analysen, dvs. i detta fall vid buköppningen, inte kan finna någon cancer. Detta är en kalkylerad risk. Nämnden konstaterade vidare att patienten, med anledning av buksmärtor, diarré och viktnedgång, hade genomgått en mycket omfattande utredning på misstanke om en carcinoid tumör. Med hänsyn till att det förelåg klara undersökningsfynd som talade för denna diagnos var det nödvändigt att göra en buköppning för att närmare undersöka förhållandena, eftersom sådan cancer obehandlad alltid har en dödlig utgång. Enligt nämnden hade det varit felaktigt, dvs. inte i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, att inte slutföra utredningen med en buköppning. Handläggningen hade alltså följt gällande medicinska undersökningsprinciper, varför någon patientskadeersättning inte kunde lämnas.

(Dnr 777/2010 – PRS 2010:15)

Även följande fall kan vara av intresse.

En patient fick behandling med kraftigt verkande kortisonpreparat på grund av Crohns sjukdom i tarmen. Han anmälde att han på grund av medicineringen drabbats av grav osteoporos (benskörhet).

Patientskadenämnden konstaterade att kortisonbehandlingen hade varit nödvändig med hänsyn till patientens mycket svåra tarmsjukdom. Behandlingen hade utförts på ett riktigt sätt enligt vedertagna behandlingsprinciper. Däremot borde enligt rådande riktlinjer förebyggande behandling mot benskörhet ha satts in eftersom det rörde sig om en långvarig kortisonbehandling, dvs. längre än omkring tre månader. Detta särskilt som dosen var hög. Vidare förelåg enligt nämnden ytterligare riskfaktorer som inaktivitet, viktnedgång och inflammatorisk tarmsjukdom. Nämnden konstaterade vidare att det dessutom enligt de riktlinjer som fanns inte var tillräckligt att behandla med enbart kalk och D-vitamin när det gällde en så ung patient som i detta fall. För unga patienter gällde enligt nationella rekommendationer att dessa skulle behandlas även med bisfosfonat (medel mot bennedbrytning). Enligt nämndens bedömning hade den uteblivna förebyggande behandlingen inte varit i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Nämnden gick därefter in på frågan vilken betydelse den uteblivna förebyggande behandlingen hade haft. Därvid konstaterades att patienten även vid en helt korrekt förebyggande behandling sannolikt hade drabbats av benskörhet och kotkompressioner. Enligt nämndens bedömning hade dock komplikationerna inte blivit så allvarliga som de nu blev. Eftersom det inte var möjligt att säga exakt hur mycket större skadorna hade blivit ansåg nämnden att en skälighetsbedömning måste göras. Vid en rimlig uppskattning kunde enligt nämnden hälften av följderna av benskörheten och kotkompressionerna hänföras till den uteblivna förebyggande behandlingen.

(Dnr 372/2012 – PRS 2012:16)

I vissa fall kan frågan om behandlingen varit i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet vara problematisk. Med anledning av att risken för antibiotikaresistenta bakterier har ökat kraftigt och att detta utgör ett allvarligt hot mot folkhälsan försöker samhället genom nationella rekommendationer minska onödig antibiotikabehandling. Frågan har då uppkommit

om nationella rekommendationer, som utgår från evidensbaserad kunskap i befolkningsperspektiv, ska ta över vad som står i hälso- och sjukvårdslagen om god vård till enskilda patienter. Att alltför slaviskt följa nationella rekommendationer kan innebära att enskilda individer undanhålls antibiotika som livräddande behandling. Den primära uppgiften för läkaren måste vara att i första hand hjälpa den enskilda patienten och ge denne den individuella behandling som krävs. Avvägningen kan dock givetvis vara svår att göra.

I nedanstående fall, där antibiotikabehandling inte sattes in, dog ett nio månader gammalt barn i en infektion orsakad av antibiotikakänsliga streptokocker.

Ärendet som varit uppe för prövning i Patientskadenämnden (Dnr 88/2012) har kommenterats i Läkartidningen (nummer 47 år 2012).

Föräldrarna anmälde som patientskada att barnet avlidit till följd av fördröjd diagnos och behandling av en streptokockinfektion som utvecklades till sepsis (blodförgiftning). Barnet hade en sedan tidigare känd kongenital binjurebarkshyperplasi, dvs. förstoring av binjuren orsakad av en medfödd enzymdefekt. Den leder till bristande förmåga att bilda det livsviktiga hormonet kortisol. Av detta skäl stod barnet på kontinuerlig tablettbehandling med hormonpreparaten Hydrokortison och Florinef.

Barnet insjuknade den 13 april 2009 med feber, snuva och rosslig hosta. Den 18 april sökte föräldrarna vård hos familjeläkare, som fann barnet snuvigt med rodnade svalgslemhinnor. Snabbsänkan, CRP, var 8, dvs. normal och barnet fick recept på hostmedicin och febernedsättande Alvedon.

Nästa dag sökte man vård vid barn- och ungdomskliniken, då barnet hade fått stigande feber (40,1 grader) och hosta. Fadern hade just fått penicillin på grund av halsfluss och föräldrarna ville därför att även barnet skulle få penicillin. Vid undersökning fann man "ilsket rodnade tonsiller, utan beläggning". Snabbtest för streptokockinfektion (Strep A) var positivt, CRP < 8. Barnet fick Ipren och blev piggare. Läkaren erbjöd inläggning, men föräldrarna ville ta med sig barnet hem. I journalen antecknades: "Avvaktar i nuläget med antibiotikabehandling".

Strax efter klockan 04.00 den 20 april kom barnet in i ambulans med cirkulations- och andningsstillestånd. Föräldrarna hade fortsatt att ge

Alvedon och Ipren var 6:e timme fram till 03.30, då barnet blev tystare och lugnade sig för att strax efteråt bli livlöst. Återupplivningsförsök var förgäves. Svalgodling visade betahemolytiska streptokocker grupp A, som är känsliga för alla vanliga antibiotika. Streptokockerna tillhörde samma stam som de som påvisats hos två andra familjemedlemmar.

En lex Maria-anmälan gjordes. Socialstyrelsens vetenskapliga råd i infektionssjukdomar ansåg att ”handläggningen i det aktuella fallet kan motiveras och försvaras mot bakgrund av tillgängliga nationella rekommendationer”, men att ”fall som detta bör komma till policy-skapande organisationers kännedom och i den fortlöpande revisionen av nationella rekommendationer vägas mot nackdelarna av antibiotikaföreskrivning ... Särskilt bör övervägas att ändra vaga formuleringar av typen ’erbjudande’ till ’rekommendation’ om antibiotikabehandling åtminstone till vissa patientgrupper.”

Socialstyrelsen anslöt sig till rådets bedömning och informerade Strama (Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens) och Läkemedelsverket.

Två läkare anmäldes nu av föräldrarna till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN, 2009/1875:B6). HSAN slog fast att läkarna på jourcentralen gjort en rimlig bedömning av patienten när man misstänkt viros, men att det hade varit önskvärt med snabbtest för streptokocker med tanke på faderns sjukdom (läkaren hade ordinerat fadern penicillin mot halsfluss). Läkaren på barn- och ungdomskliniken hade bland annat konsulterat en erfaren kollega. Bedömningen viros var troligen felaktig, men HSAN fann den ändå rimlig utifrån befintliga fynd och iakttagelser. HSAN:s utredning gav inte grund för disciplinpåföljd, varför anmälan lämnades utan åtgärd.

Föräldrarna överklagade HSAN:s beslut till förvaltningsrätten, som fann att läkarna varit oaktsamma vid undersökningen av barnet och därmed äventyrat patientsäkerheten. Felen ansågs inte ringa eller ursäktliga, och läkarna fick varsin erinran. Rättens ordförande var dock oenig och ansåg att överklagandet skulle avslås eftersom handläggningen ”kan motiveras och försvaras mot bakgrund av gällande nationella rekommendationer”.

En av läkarna, barnläkaren, överklagade förvaltningsrättens dom till kammarrätten. Av utredningen framgick enligt kammarrättens bedömning att läkarens handläggning den 19 april 2009 av barnets sjukdomsfall varit noggrann. Inför sitt beslut att avstå från antibiotikabehandling hade han tagit bland annat prover och konsulterat en mer erfaren kollega. Vidare hade barnet observerats på barnakuten under fem timmar och hade förbättrats av Iprenbehandling. Dessutom hade

läkaren erbjudit inläggning av barnet men föräldrarna hade avböjt. Läkaren hade då gett föräldrarna adekvata råd inför hemresan. Mot denna bakgrund samt att Socialstyrelsen hade framhållit att läkarens handläggning kunde motiveras och försvaras mot bakgrund av nationella rekommendationer fann kammarrätten det klarlagt att läkaren inte hade begått ett konkret fel eller misstag i sin handläggning vid barnets besök på barnakuten den 19 april 2009. Läkaren skulle därför inte åläggas disciplinpåföljd. Förvaltningsrättens avgörande upphävdes av den anledningen i den del det avsåg barnläkaren.

Föräldrarna gick sedan vidare till försäkringsbolaget som fann att dödsboet inte kunde få ersättning genom patientförsäkringen. Den anlitade barnmedicinska experten ansåg dock att om barnet hade fått antibiotika på jourläkarmottagningen den 18 april är det till övervägande del sannolikt att barnet inte drabbats av septisk chock och avlidit till följd av streptokockinfektionen. Men ”de symtom som barnet uppvisade var ospecifika tecken på övre luftvägsinfektion och även om snabbtest för streptokocker var positivt talade ett normalt CRP-värde för att det inte rörde sig om en bakteriell infektion som orsak till symtombilden”.

Föräldrarna begärde därefter att ärendet skulle prövas i Patientskadenämnden och påtalade att de nästintill krävt att barnet skulle få antibiotika och att de nu fått veta att om så skett hade barnet klarat sig. Patientskadenämnden tillfrågade en allmänmedicinsk expert om barnet kunde haft nedsatt immunförsvar. Expertens framhöll emellertid att barnet var väl substituerat för sin binjurebarkhyperplasi och kunde förväntas ha väsentligen normalt immunförsvar.

Nämnden ville även veta om man borde ha reagerat på att denna ”viro” pågått 6–7 dagar, att fadern fått penicillin mot halsfluss och att snabbtest för streptokocker varit positivt. På detta svarade experten: ”Ju längre tid patienter har feber desto mer ökar sannolikheten för en primär eller sekundär bakteriell infektion. Bärarskapet av streptokocker i halsen hos friska eller snuviga barn är välbelagt och ofarligt. Bärarskap efter 5–6 dagar med tämligen hög feber hos ett 9 månaders spädbarn är inte särskilt vanligt och att detta skulle vara ofarligt är nog inte belagt. Vid så pass långdragen feber och med halsfluss hos pappan vore det rimligt att testa för streptokocker i halsen och behandla dessa om de påvisas”. Expertens utlåtande får tolkas som att en sedvanlig bakterieodling borde ha gjorts efter några dagar eftersom en snabbtest är otillfredsställande. Vid positivt svar hade antibiotikabehandling mot streptokockinfektionen varit indicerat.

Efter detta utlåtande ändrade sig försäkringsbolaget och fann att rätt till patientskadeersättning förelåg i anledning av barnets dödsfall till följd av fördröjd diagnos och behandling av streptokockinfektion/sepsis.

Detta komplicerade fall visar att det med olika utgångspunkter är möjligt att komma till olika slutsatser vid tillämpning av begreppet ”vetenskap och beprövad erfarenhet”. Frågan om behandling av streptokockinfektion i halsen är ännu omdebatterad, vilket framgår av flera inlägg i Läkartidningen under år 2015. Vissa läkare har anammat de nationella riktlinjerna och avstår från penicillinbehandling i okomplicerade fall, väl medvetna om att en mer allvarlig sjukdomsbild kan uppstå i enstaka fall. Andra läkare hävdar att ett sådant passivt agerande kan vara riskfyllt och därför inte är tillämpligt vid fall med typisk streptokockinfektion och positivt streptokock A-test. Som skäl anges att dessa bakterier nästan alltid är känsliga för penicillin och att behandling därför inte bidrar till den resistensutveckling som de nationella riktlinjerna avser att förebygga.

Annat utförande av den valda behandlingstekniken

Nästa steg i prövningen blir om *skadan hade kunnat undvikas genom ett annat utförande av den valda behandlingstekniken* (6).

Prövningen sker på grundval av den kunskap som *vid skaderegleringstillfället* finns om patientens konstitution *vid behandlingstillfället*. Detta gäller såväl grundsjukdomen som eventuella avvikelser, anomalier, och oavsett om förhållandena varit kända eller ens möjliga att känna till när behandlingen ägde rum. Risker för den faktiskt inträffade skadan ska vägas in tillsammans med alla andra riskfaktorer. Vid denna prövning tas däremot inte hänsyn till ny medicinsk eller annan vetenskaplig kunskap som tillkommit efter behandlingen (jfr. prop. 1995/96:187 s. 33). Även vid denna prövning är utgångspunkten den erfarne specialistens kunskap på området.

Detta facitresonemang innebär en prövning av om skadan hypotetiskt, sedan kännedom om behandlingsresultatet erhållits, hade kunnat undvikas om den valda behandlingstekniken hade utförts på ett annorlunda sätt men lika effektivt vad avser behandlingen av grundsjukdomen och utförandet dessutom varit mindre riskfyllt. Om resultatet av prövningen blir att skadan hade kunnat undvikas genom ett sådant annorlunda utförande av den valda metoden lämnas ersättning.

Även om man finner att anmälda besvär med övervägande sannolikhet orsakats av en behandlingsåtgärd går det relativt ofta inte att klarlägga själva uppkomstmekanismen till besvären. I sådana fall går det heller inte att säga hur dessa besvär hade kunnat undvikas genom ett annat förfarande och därmed är besvären inte ersättningsbara enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen.

Följande fall är exempel på detta.

Okänd uppkomstmekanism till skadan

Ärendet gällde en 37-årig kvinna som anmälde att hon drabbats av kvarvarande smärttillstånd samt känselbortfall i höger fot efter dubbelzijdig stortåoperation (operation av hallux valgus) i september 2000.

Patientskadenämnden fann att det fanns ett klart tidssamband mellan anmälda besvär i form av smärta och känselnedsättning i höger fot och operationen i september 2000. Detta tidssamband talade enligt nämnden mycket starkt för att även ett orsakssamband förelåg mellan besvären och ingreppet. Hade med andra ord operationen inte utförts så hade heller inte besvären uppkommit. Emellertid var själva uppkomstmekanismen till de aktuella besvären okänd. Eftersom skadeorsaken således var oklar hade besvären enligt nämndens mening inte kunnat undvikas, dvs. förebyggas eller förhindras, genom ett annat utförande av den valda operationsmetoden eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Ersättningsbar patientskada ansågs därför inte föreligga.

(Dnr 496/2006)

Undvikbarhetsfallen är ofta förekommande och det kan därför ha sitt intresse att se hur bedömningen gjorts vid olika typer av ingrepp. När det gäller typfall av detta slag kan konstateras att ärenden där det ansetts att en skada

inte kunnat undvikas förekommer betydligt oftare än fall då skadan bedömts vara undvikbar.

Blödning vid njurbiopsi

I samband med njurbiopsi har nålen träffat en blodartär och en större blödning, som medfört att njuren måst opereras bort, har uppkommit. Vid facitbedömningen ansågs att det hade varit möjligt att undvika blodkärlet och därmed även njurskadan. Rätt till ersättning förelåg därför.

(Dnr 49/1977)

Skada på stämbandsnerv vid sköldkörteloperation

Vid sköldkörteloperationer kan skada på stämbandsnerv uppkomma. Nervskadan anses då oftast ersättningsbar.

Om stämbandsskadan däremot uppkommer vid en omoperation eller vid cancerkirurgi betraktas den regelmässigt som icke undvikbar. Vid omoperation kan operationsförhållandena vara svåra på grund av den ärrvävnad som uppkommit efter tidigare ingrepp. Det kan då vara omöjligt att identifiera nervbanorna till stämbanden. Vid cancerkirurgi, där en tumör ligger runt stämbandsnerven, kan det inte undvikas att nerven skadas vid borttagande av tumören (Dnr 114/1987).

Mjältrift vid bukingrepp

Mjältrift, dvs. en spricka eller reva i mjälten, kan uppkomma vid vissa bukingrepp. I syfte att förhindra mjältskada brukar man placera dukar mellan bukväggen och mjälten. Även om operatören vidtagit alla tänkbara försiktighetsåtgärder kan på grund av de vävnadsstråk som går mot mjältekapseln från omgivningen en rift uppstå på mjälten. Vid sådant förhållande har ansetts att komplikationen inte kunnat undvikas genom ett annorlunda utförande av ingreppet (Dnr 180/1988).

Strålningsreaktioner

Vid strålbehandling av tumörer kan patienten drabbas av allvarliga strålningsreaktioner trots att behandlingen utförts på ett riktigt sätt

med gängse stråldos. Sådana strålningsreaktioner har inte ansetts möjliga att undvika genom ett annorlunda utförande av behandlingen (Dnr 123/1989).

Skador på små nervgrenar vid ljumskbråcksoperation

I ett ärende har smärta och sveda i ett 10 cm brett område över buken efter en ljumskbråcksoperation sannolikt berott på att små nervgrenar skadats under ingreppet.

Patientskadenämnden konstaterade att dessa nervgrenar under en operation är praktiskt taget omöjliga att identifiera samt att det förhållandet att små nervgrenar, vars exakta läge man inte kan förutse och som i princip inte heller syns vid en operation, kan skadas är en komplikation som inte kan undvikas.

(Dnr 360/2001 – PRS 2001:12)

Identifierbar nervgren

Är det däremot fråga om en identifierbar nervgren som skadats är skadan i princip ersättningsbar. En sådan skada ska normalt sett kunna undvikas om det inte förelegat försvärande operationsförhållanden, exempelvis omoperation i det aktuella området eller cancerkirurgi (Dnr 725/2003).

Stickskada vid blodprovstagning

En stickskada på nervus medianus i höger arm, som uppkom i samband med blodprovstagning, har ansetts möjlig att undvika genom ett annat utförande av provtagningen.

(Dnr 205/2000)

Tromboflebit (venväggsinflammation tillsammans med en blodpropp) i samband med droppbehandling

I samband med droppbehandling vid förlösning fick patienten en venflon, dvs. en plastkateter, insatt i ett kärl på handryggen. I efterförloppet uppkom en resistens som med övervägande sannolikhet var en tromboflebit.

Patientskadenämnden konstaterade att detta är en relativt ofta förekommande komplikation till intravenös infusionsbehandling och en sådan komplikation som inte kan undvikas, dvs. förebyggas eller förhindras, genom ett annat förfarande. Ersättningsbar skada ansågs därför inte föreligga.

(Dnr 855/2007)

Komplext regionalt smärtsyndrom (CRPS- syndrom)

En kvinna ådrog sig en komplicerad högersidig fotledsfraktur när hon ramlade. Frakturen behandlades på ett riktigt sätt enligt vedertagna behandlingsprinciper och man erhöll ett närmast exakt anatomiskt läge av fotleden. En påvisbar skada av någon s.k. nervstam fanns inte utan de postoperativa smärtbesvär som sedan uppstod var helt och hållet en följd av ett komplext regionalt smärtsyndrom.

Patientskadenämnden fann att orsaken till detta smärtsyndrom, där sympatiska nervsystemet är engagerat, var oklar men att i samband med olika trauman (exempelvis själva olycksfallet eller operationen) olika inflammatoriska ämnen kan frigöras, liksom substanser som ger störningar i de nervreglerande funktionerna. Detta var enligt nämnden inte undvikbart och det neurogena smärttillstånd som patienten drabbades av var därför en icke undvikbar skada, dvs. en skada som inte kunnat förebyggas eller förhindras genom ett annat förfarande. Ersättningsbar skada ansågs därför inte föreligga.

(Dnr 585/2007)

Huvudvärk efter lumbalpunktion

Besvärlig huvudvärk efter lumbalpunktion är en sådan komplikation som inte kan undvikas genom ett annorlunda förfarande. Ersättningsbar skada föreligger därför inte vid denna skadetyp (Dnr 167/2008).

Även efter ryggbedövningar (spinal- och epiduralbedövningar) kan huvudvärk uppträda som en icke undvikbar komplikation. Som regel är huvudvärken snabbt övergående.

Sammanväxningar

I ett ärende konstaterades att sammanväxningar är en sådan komplikation som kan uppkomma efter all kirurgisk behandling och som således inte kan förebyggas eller förhindras genom ett annat förfarande i det enskilda ärendet. Rätt till patientskadeersättning ansågs således inte föreligga.

(Dnr 391/2010)

Keloidbildning

En flicka fick efter ett operativt ingrepp på vänster överarm ett misspdydande ärr på grund av keloidbildning (förtjockad ärrbildning).

Patientskadenämnden konstaterade att en keloidbildning är en godartad nybildning av bindväv i ärr som framför allt är belägna på skuldror, överarm och bröstorg och som kan uppkomma efter olika typer av hudskador, operationssår, brännskador eller vaccinationer. Orsaken till en keloidbildning, som är vanligast hos yngre människor, är okänd. Nämnden fann att den keloid som hade uppkommit i operationsärrret var en sådan komplikation som kan uppkomma trots en helt riktig behandling och som inte kunnat undvikas, dvs. förebyggas eller förhindras, genom ett annorlunda förfarande. Ersättningsbar skada förelåg således inte.

(Dnr 23/ 2010)

Ärr efter sårläkning

Hur sår läker varierar från individ till individ och man kan inte undvika att ärrn emellanåt inte blir kosmetiskt tilltalande för patienten trots en korrekt utförd behandling (Dnr 855/2007).

Bukspottkörtelinflammation efter ERCP-undersökning

En patient genomgick med anledning av tidigare sjukdomsbild och misstanke om stenbildning i den gemensamma gallgången ett s.k. ERCP-ingrepp, ett ingrepp där man går ned med ett instrument via mun, matstrupe, magsäck och tolvfingertarm till den gemensamma gallgången för att undersöka om det finns gallstenar. Om man påträffar gallstenar så avlägsnas dessa.

Patientskadenämnden konstaterade att nästan alla som går igenom denna typ av ingrepp får en viss påverkan på bukspottkörteln utan att detta leder till större besvär men att det ibland utvecklas en inflammation i bukspottkörteln. Nämnden fastslog att denna komplikation i det enskilda fallet inte går att undvika genom ett annorlunda utförande av ingreppet.

(Dnr 220/1998)

Skada på tandbrygga vid intubationsnarkos

Vid införandet av ett rör, en tub eller kanyl i luftstrupen för att få fri luftväg, i detta fall i samband med intubationsnarkos och undersökning av struphuvudet med instrument (laryngoskopi), fick patienten en skada på en tandbrygga i underkäken.

Patientskadenämnden konstaterade att det är viktigt att inplaceringen av lufttuben sker korrekt och utan onödigt dröjsmål i syfte att tillförsäkra patienten adekvat syretillförsel samt att det vid intubering föreligger en liten men känd risk för skador på tänder. Nämnden konstaterade att om en skada inträffar vid normala förhållanden så ersätts denna. Vidare konstaterades att för det fall att intubationsförfarandet försvåras på grund av individuella anatomiska avvikelser eller andra riskillstånd så ökar risken för tandskador. I sådana fall anses enligt nämnden i regel att tandskador inte kan undvikas genom ett annorlunda utförande av intuberingen. Eftersom det i det aktuella ärendet inte ansågs ha framkommit att det förelegat några förhållanden som ökade risken för tandskador eller något som i övrigt tydde på att ingreppet som sådant varit besvärligt bedömdes att en ersättningsbar skada förelåg.

(Dnr 36/1998)

Vad som i denna punkt avses med kravet på att vårdbehovet skulle ha tillgodosetts på ett mindre riskfyllt sätt är svårbedömt. Om man vid en facitbedömning kommer fram till att en skada hade kunnat undvikas med ett annat utförande av behandlingstekniken så följer av detta normalt att detta utförande även varit mindre riskfyllt än det utförande som gav skadan. Att man inte kan tillämpa ett facitresonemang beträffande behandlingstekniken och ge ersättning där en uppkommen skada kunnat undvikas med ett annat

utförande men en annan allvarligare skada i stället kunnat uppkomma torde vara självklart utan att detta uttryckligen sägs.

Annat tillgängligt förfarande

Om skadan inte kunnat undvikas genom ett annat utförande av den valda behandlingstekniken går man vidare till nästa steg och prövar om skadan kunnat undvikas genom val av ”*ett annat tillgängligt förfarande som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt*” (7).

Först kan nämnas ett par fall där fråga varit om det överhuvudtaget förelegat en alternativ metod.

Följande fall behandlar frågan om vad som avses med *ett annat förfarande*.

Är icke-behandling en alternativ metod i patientskadelagens mening?

En patient kom till sjukhus med ospecifika bröstsmärtor. Eftersom han tidigare hade haft en misstänkt propp i lungan (lungemboli) samt en djup ventrombos efter en artroskopi, sattes på grund av misstanke om lungemboli en venflon (infartskanyl) in på höger handrygg för eventuellt dropp, provtagning m.m. Efter en ”negativ” (normal) lungscintigrafi, dvs. en metod att kartlägga hur radioaktiva spårämnen fördelar sig i lungan, togs nålen bort och patienten fick lämna sjukhuset. Patienten fick dock som reaktion på venflon en, vid det valda förfarandet, oundviklig komplikation i form av en inflammation i en venvägg (tromboflebit), med åtföljande blodpropp. Fråga uppkom om skadan hade kunnat undvikas genom ett annat tillgängligt förfarande och om ett förfaringsätt som innebar att man i stället hade låtit bli att sätta in venflon var att anse som ”ett annat tillgängligt förfarande” i lagens mening.

Patientskadenämnden konstaterade att med uttrycket ”annat förfarande” enligt förarbetena avsågs en behandlingsmetod men inte varje annan åtgärd. Frågan var då om alternativet att man låtit bli att sätta in venflon var att bedöma som en behandlingsmetod. Först fastslog nämnden att även icke-behandling eller s.k. konservativ behandling kunde vara en behandlingsmetod. Enligt nämndens mening fordrades dock att det, för att det skulle vara fråga om en sådan metod, rörde sig

om en inom läkarvetenskapen accepterad metod som utgjorde ett klart behandlingsalternativ. Det skulle således vara fråga om en vårdåtgärd som vid behandlingstillfället är i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och som tillgodoser patientens vårdbehov på ett tillfredsställande sätt. Att låta bli att sätta in venflon kunde, under de omständigheter som förelegat, enligt nämnden inte bedömas som någon alternativ behandlingsmetod.

(Dnr 21/1998 – PRS 1998:01)

Även icke-behandling eller s.k. konservativ behandling kan således vara ett förfarande i lagens mening men det måste då vara fråga om en inom läkarvetenskapen accepterad metod som utgör ett ur medicinsk synpunkt realistiskt behandlingsalternativ.

Vid diskbräck kan frågan ofta uppkomma om man ska välja konservativ behandling eller operera.

I ett fall som behandlats i Patientskadenämnden uppkom just denna fråga.

Konservativ behandling eller operation vid diskbräck?

Patienten hade ett stort högersidigt diskbräck på nivå L:III och L:IV. Han behandlades till en början konservativt med smärtlindring. Patienten ansåg att diskbräcket borde ha opererats direkt när de första symtomen på droppfot uppkom sommaren 2001. En diskbräcksoperation utfördes först i början av november samma år. Någon nämnvärd förbättring avseende droppfoten kunde inte utläsas av journalerna. Den förbättring patienten själv angav kunde inte heller med säkerhet tillskrivas operationen.

Enligt nämndens mening förelåg ingen absolut operationsindikation när det gällde de besvär som patienten sökte för i juli 2001. Såväl konservativ behandling som operativ behandling ansågs vara realistiska behandlingsalternativ. Nämnden konstaterade att det fanns olika uppfattningar om vilken behandling som var att föredra och som gav bäst slutresultat men att det inte förelåg något vetenskapligt stöd för att den ena behandlingen generellt sett skulle vara bättre än den andra. Det var enligt nämndens mening därför inte rätt att hävda att patientens symtom sommaren 2001 tolkats på ett sätt som avvek från vedertagen

praxis och att behandlingen därför fått en felaktig inriktning. Ersättningsbar patientskada ansågs därför inte föreligga.

(Dnr 115/2004 – PRS 2004:09)

Förutom att det ska föreligga en alternativ metod krävs att denna metod

- a) är tillgänglig vid behandlingstillfället,
- b) tillgodoser patientens vårdbehov,
- c) ger en totalt sett lägre risknivå.

Kravet på att den alternativa metoden ska vara *tillgänglig* (a) innebär inte nödvändigtvis att den ska finnas att tillgå på den berörda vårdenheten. Metoden kan exempelvis även vara tillgänglig på en annan vårdenhet dit patienten kan remitteras. De resurser som behövs måste dock stå till buds för vårdgivaren. I annat fall anses behandlingen inte tillgänglig. Möjligheten att undvika skador ska således inte värderas utifrån en optimal vårdstandard (se prop. 1995/96:187 s. 82).

Om således en svårt skadad person kommer in på ett mindre sjukhus och en akut operation omgående måste ske kan en i och för sig lämpligare alternativ metod som endast tillämpas på ett universitetssjukhus inte anses tillgänglig.

En speciell situation då en alternativ metod inte ansetts tillgänglig är följande fall ett exempel på.

Inte tillgänglig metod

Skada inträffade i samband med ett kosmetiskt ingrepp. Vid facitbedömningen ansågs att skadan hade kunnat undvikas genom en alternativ metod och även att det alternativa förfarandet i och för sig hade tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Patienten hade dock inte accepterat den alternativa behandlingsmetoden, varför det inte varit möjligt att använda denna. Eftersom den alternativa metoden således inte varit tillgänglig ansågs rätt till ersättning inte föreligga.

(Dnr 174/1999 – PRS 1999:01)

Resursbrist som skäl för ersättning kan åberopas endast om det i det enskilda fallet varit möjligt att använda befintliga resurser på ett annat sätt eller utnyttja ytterligare resurser (prop. 1995/96:187 s. 82).

I fallet nedan ansågs att bristande resurser inte kunde åberopas.

Övervakning av dropp på prematurt barn

En pojke föddes mycket prematurt i vecka 26. På grund av en tarmskada var man tvungen att tillföra näringslösningar genom dropp på fotryggen. Vid ett tillfälle då pojken vårdades på neonatalavdelning gick droppet subkutant, dvs. under huden, på grund av att blodkärlet gick sönder. Ett öppet sår uppkom på foten, som infekterades med bakterier varefter blodförgiftning och hjärtsvikt tillstötte.

Fråga uppkom om det förelegat bristande resurser. Patientskadenämnden ansåg att bristande resurser inte kunde åberopas som skäl för att tillräckligt täta kontroller av droppet inte hade skett. Med hänsyn till omständigheterna borde man enligt nämndens mening ha gjort en omprioritering så att tätare kontroller varit möjliga. Om så hade skett skulle enligt nämnden den skada som uppkommit genom att näringslösningen gått subkutant i allt väsentligt ha kunnat förhindras. Nämnden ansåg därför att ersättning borde lämnas för skadan.

(Dnr 259/1990)

Övervakning efter operation

Patienten prostataopererades. Dagen efter operationen drog patienten ut dränageröret i ett anfall av förvirring. Detta kan ha orsakat skada. Patientskadenämnden ansåg att patientens agerande inte – med de resurser sjukvården hade – hade kunnat förhindras.

(Dnr 39/1982)

Ett exempel på ett fall där man bort omdisponera sina resurser eller remittera patienten för att tillgodose dennes vårdbehov är följande.

Misslyckat borttagande av visdomstand

En kvinna genomgick ett misslyckat försök att ta bort en visdomstand. Först en vecka senare kunde tanden opereras bort på en oralkirurgisk klinik. Skaderegleringsbolaget ansåg att det förhållandet, att patienten drabbats av ett extra lidande till följd av den långa väntetiden på operation, inte kunde berättiga till patientskadeersättning.

Patientskadenämnden ansåg emellertid att det inte var förenligt med god sjukvård att avvakta med operation så länge med tanke på att patienten, vilket framkommit, hade stark ångest och smärtor. Med hänsyn till patientens besvär och den tidsåtgång som kan beräknas för en operation av aktuellt slag borde man, vilket det enligt nämnden måste ha funnits möjlighet till, ha omdisponerat befintliga resurser på sjukhuset eller på annat näbart sjukhus och ordnat med operation akut. Nämnden ansåg därför att patienten orsakats en ersättningsbar skada genom det onödiga lidande som hon drabbats av på grund av den långa väntetiden.

(Dnr 644/2001 – PRS 2002:04)

Kravet att den alternativa metoden ska *tillgodose patientens vårdbehov* (b) kan beläggas genom följande ärenden.

Patientens vårdbehov tillgodosett?

Ärendet gällde en medelålders man som hade ett cholesteatom (epitel-svulst) i vänster öra. Patienten anmälde att han efter en stigbygeloperation drabbats av bestående tinnitus, dövhet på vänster öra och yrsel.

Patientskadenämnden fann att komplikationerna inte hade kunnat undvikas genom ett annorlunda utförande av operationen. Nämnden hade då att ta ställning till om skadan kunnat undvikas genom val av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. I detta fall uppkom frågan om användning av hörapparat hade varit ett sådant alternativt förfarande som avses i pa-

tientskadelagen. Om man hade avstått från operationen och patienten i stället hade fått en hörapparat hade skadan undvikits. Enligt nämndens bedömning gav emellertid inte en lyckad hörapparatanvändning ett lika bra behandlingsresultat som en lyckad operation. Användning av hörapparat hade därför inte tillgodosett patientens vårdbehov i samma utsträckning som en operation. Mot denna bakgrund fann nämnden att någon ersättningsbar patientskada inte förelåg.

(Dnr 549/ 2008 – PRS 2008:17)

Ett annat ärende gällde en kvinna som utreddes med provtagning av en körtel på grund av misstänkt tumör i svalget. Ingreppet utfördes i intubationsnarkos. I samband med injektion av muskelförlamande medel fick patienten en muskelkramp som gjorde det svårt att ventilerat och intubera. Vid försök att åstadkomma fri luftväg använde man visst våld, varvid en stifttand lossnade. Muskelförlamningen hävdades och ingreppet kunde sedan utföras komplikationsfritt i enbart masknarkos.

Patientskadenämnden ansåg till att börja med att tandskadan inte kunnat undvikas genom ett annat utförande av det valda förfarandet på grund av de svårigheter som förelåg vid intuberingen.

När det sedan gällde frågan om det funnits en alternativ metod som hade tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt konstaterade nämnden först att tandskadan inte skulle ha uppkommit om ingreppet direkt utförts i masknarkos. Frågan var då om masknarkos, vid denna typ av ingrepp, tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Enligt nämndens bedömning var detta inte fallet. Nämnden konstaterade att vid operationer i svalget så är intubering en säkrare metod. Ingreppet kan utföras mer kontrollerat och ventilationen är säkerställd om blödning inträffar. Masknarkos måste därför enligt nämnden ses som ett andrahandsalternativ som väljs först när intubation av någon anledning inte går att utföra. Att initialt välja att utföra ingreppet i svalget med masknarkos i stället för intubationsnarkos var enligt nämndens bedömning inte medicinskt korrekt och var således inte, vid valet av metod, ett behandlingsalternativ som från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Rätt till patient-skadeersättning ansågs således inte föreligga.

(Dnr 317/2001 – PRS 2002:02)

I ett annat ärende som också gällde en intubationsskada blev utgången en annan.

Det gällde en kvinna som led av en hjärtsjukdom och därför måste opereras. Vid ingreppet intuberades patienten. I det preoperativa underlaget dokumenterades att intuberingssvårigheter kunde föreligga på grund av att patienten hade en liten mun. Enligt anestesijournalen var patienten svårintuberad på grund av insynssvårigheter/ liten mun och viss stelhet i halsryggen. I samband med intuberingen uppkom tandskador i form av att en brokonstruktion i överkäken lossnade samt tand 45 i underkäken frakturerade.

Patientskadenämnden gjorde följande bedömning: ”Eftersom patienten hade en liten mun och viss stelhet i halsryggen förelåg intuberingssvårigheter på grund av begränsat utrymme och svåråtkomlighet. I samband med intuberingen uppmärksammades lös tandsubstans i patientens mun. Det är därför enligt nämndens mening övervägande sannolikt att laryngoskopet mekaniskt skadat bron och övriga tänder i samband med intubationen. Skadorna – frakturen på tand 45 och den lossnade brokonstruktionen – har mot bakgrund av de svårigheter som förelåg vid intubationen inte gått att undvika genom ett annat utförande av intubationen.”

Vid den fortsatta bedömningen menade nämnden att skadan hade kunnat undvikas om intuberingen i stället utförts med fiberskop. Nämnden konstaterade att denna metod generellt sett är mindre riskfylld och att metoden var tillgänglig vid operationen som utfördes på thoraxkirurgisk klinik. Eftersom patientens vårdbehov således hade tillgodosetts på ett mindre riskfyllt sätt om fiberskop hade använts ansåg nämnden att det förelåg en ersättningsbar skada.

(Dnr 471/2007 – PRS 2007:11)

Förutsättningen att den alternativa metoden, förutom att tillgodose patientens vårdbehov (b), ska ge *en totalt sett lägre risknivå* (c) innebär att det inte är tillräckligt att det genom en annan metod skulle ha gått att undvika skadan. Det krävs dessutom att metoden generellt sett skulle ha inneburit mindre risk för skada.

Nedan lämnas några exempel på bedömningar där det gäller att den alternativa metoden ska ha en totalt sett lägre risknivå.

Titthålskirurgi ansågs inte generellt vara en mindre riskfylld operation vid den aktuella underlivsoperationen

En 44-årig kvinna genomgick i september 2000 ett öppet kirurgiskt ingrepp för att avlägsna livmodern, äggstockar och äggledare. Ingreppet utfördes med s.k. Pfannenstielsnitt. I efterförloppet uppkom neuralgiska smärtor i operationsområdet. Vid en diagnostisk laparoskopi, dvs. ett så kallat titthålsingrepp, i maj 2002 fann man ärrvävnad som löstes upp och togs bort. Patienten ansåg att om man från början, i september 2000, hade utfört operationen med laparoskopisk teknik i stället för att utföra ett öppet kirurgiskt ingrepp så hade nervbesvären kunnat undvikas helt.

Patientskadenämnden ansåg att neuralgin med övervägande sannolikhet uppkommit i samband med operationen i september 2000, men att nervbesvären inte kunnat undvikas genom ett annat utförande av den valda operationsmetoden.

Frågan var då om skadan kunnat undvikas genom ett annat tillgängligt förfarande, dvs. med en alternativ behandlingsmetod, i detta fall titthålskirurgi. Enligt nämndens mening kunde inte titthålskirurgi anses vara en generellt sett mindre riskfylld operationsmetod vid en underlivsoperation av det slag som utförts. Smärtor på grund av nervpåverkan är inte heller ovanligare efter titthålskirurgi än efter ett öppet ingrepp. Nämnden ansåg därför att det inte förelåg någon rätt till patientskadeersättning.

(Dnr 741/2005 – PRS 2006:02)

Sensibilitetspåverkan vid smärtblockad

Patienten hade svår smärta till höger i ansiktet, en s.k. trigeminusneuralgi. Farmakologisk terapi visade sig vara resultatlös och därför utförde man en blockad med glycerol för att bryta de nervimpulser som passerar nervknutan. Behandlingen orsakade en sensibilitetspåverkan i nervens utbredningsområde vilken i sin tur så småningom orsakade en allvarlig synnedbättring på grund av sår på hornhinnan.

Patientskadenämnden bedömde att den uppkomna skadan inte hade gått att undvika genom ett annat utförande av den valda behandlingen.

Nämnden konstaterade därefter att det fanns tre alternativa metoder tillgängliga. Förutom den farmakologiska behandling som prövats: behandling riktad mot nervknutan, antingen i form av glycerolblockad på det sätt som skett eller genom s.k. termokoagulation, och mikrokirurgi. Nämnden ansåg att varken termokoagulation eller mikrokirurgi skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Rätt till patientskadeersättning ansågs därför inte föreligga.

(Dnr 157/1998 – PRS 1998:08)

Embolisering av kärlmissbildning i hjärnan

Patienten hade en kärlmissbildning i hjärnan. Utredningen visade blödning från missbildningen. Denna åtgärdades genom embolisering, dvs. tilltäppning, som utfördes utan komplikationer. Senare uppkom dock en stor blödning i hjärnan inom området för missbildningen. Denna ledde till omfattande hjärnskador och totalförflamning.

Patientskadenämnden konstaterade att det varit nödvändigt att åtgärda blödningen från kärlmissbildningen och att detta skett med en vedertagen metod. Inget tydde på att något felaktigt förfarande använts under operationen. Den i efterförloppet uppkomna blödningen var en oundviklig komplikation till operationen. Enligt nämndens mening uppfyllde inte de alternativa behandlingsmetoder som diskuterats – strålkirurgisk behandling eller öppen kirurgi – kravet på att vårdbehovet skulle tillgodoses på ett mindre riskfyllt sätt. Rätt till ersättning förelåg därför inte.

(Dnr 379/1998 – PRS 1999:02)

ERCP-undersökning eller röntgenkontrastundersökning

Patientskadenämnden konstaterade att den bukspottkörtelinflammation patienten fått efter ERCP-undersökning inte gått att undvika genom ett annat utförande av det valda förfarandet. Däremot ansåg nämnden, mot bakgrund särskilt av att tre tidigare försök med ERCP-undersökning gjorts utan att man lyckats kartlägga de djupa gallgångarna, att indikationen för undersökningen var svag och att man hade kunnat tillgodose patientens vårdbehov på ett mindre riskfyllt sätt om man avstått från ERCP-undersökningen och i stället undersökt patienten med enbart en röntgenkontrastundersökning av

gallvägarna. I sådant fall hade inflammationen kunnat undvikas. Rätt till patientskadeersättning ansågs föreligga.

(Dnr 30/2000 – PRS 2000:05)

Nervskada vid spinalbedövning

Patienten erhöill spinalbedövning vid ett planerat kejsarsnitt. Som skada anmälde patienten att hon på grund av bedövningen fått kvarstående smärtor i höft, ben och ländrygg.

Patientskadenämnden konstaterade inledningsvis att man vid anläggandet av bedövningen sannolikt med nålspetsen träffat en nerv, vilket orsakat besvären, samt att skadan inte kunnat undvikas eftersom man inte visste exakt hur nerverna löpte i utrymmet där nålen fördes in. Den anmälda skadan ansågs inte ha varit möjlig att undvika genom ett annat utförande av det valda förfarandet.

Frågan var då om man kunnat använda en annan smärtlindringsmetod som tillgodosett vårdbehovet och även uppfyllt kraven på att detta skulle ha skett på ett mindre riskfyllt sätt. Den metod som kom i fråga, att genomföra kejsarsnittet under narkos, ansågs inte uppfylla detta krav, särskilt med hänsyn till narkosens påverkan på barnet. Ersättningsbar patientskada ansågs därför inte föreligga.

(Dnr 53/2001)

I ett annat fall har Patientskadenämnden uttalat att fullnarkos generellt sett medför större risk för skada än s.k. centrala blockader (spinal- och epiduralbedövning).

Fullnarkos mindre riskfylld anestesimetod?

I det aktuella fallet uppkom nervrotsskada efter spinalanestesi vid en prostataoperation. Nämnden konstaterade att bedövning i form av spinalanestesi var den metod som borde tillämpas vid denna typ av operation samt att generell anestesi visserligen innebar att risken för nervrotsskador var liten men kunde medföra andra komplikationer

som hjärtinfarkt och lungkomplikation. Valet av generell anestesi hade således enligt nämnden medfört en större risk för skada.

(Dnr 156/2002)

Känselbortfall efter mandibularisbedövning

Vid behandling av tand 44 fick patienten ett känselbortfall på grund av en nervskada i samband med ledningsanestesi (mandibularisbedövning). Skadan ansågs oundviklig vid det valda förfarandet.

Patientskadenämnden ansåg emellertid att det vid behandling av tand 44 (till skillnad från exempelvis tand 46) fanns en alternativ bedövningsmetod i form av infiltrationsbedövning. Hade man valt denna bedövningsform hade man kunnat undvika den uppkomna nervskadan. Infiltrationsbedövning, som var en tillgänglig bedövningsmetod, hade såväl tillgodosett patientens behov av bedövning som varit en mindre riskfylld metod. Ersättningsbar patientskada ansågs därför föreligga.

(Dnr 323/1999 – PRS 1999:04)

Annan metod hade tillgodosett patientens vårdbehov vid bröstcancer på ett mindre riskfyllt sätt

En kvinna opererades för vänstersidig bröstcancer. Hon bedömdes initialt ha en bröstcancer av den typ som kan sprida sig till armhålan, varför både tumören i bröstet och lymfkörtlarna i armhålan avlägsnades. Vid mikroskopisk undersökning visade det sig dock att det var fråga om cancer in situ, dvs. en välvgränsad tumör utan spridning till lymfkörtlarna. I efterförloppet drabbades patienten av lymfödem med svullnad och värk i vänster arm.

Patientskadenämnden konstaterade att palpationsfyndet varit diskret och att mammografin varit normal. Man hade därför primärt kunnat nöja sig med ett bröstingrepp (sektorresektion) och inväntat ett definitivt PAD-svar för att få tumörens karaktär verifierad. Med ett sådant tillvägagångssätt hade den uppkomna skadan enligt nämndens mening kunnat undvikas. Det förelåg därför en ersättningsbar skada.

(Dnr 1047/2002 – PRS 2003:09)

Läckage av vätska från blodkärl till angränsande vävnader (extravasering) vid cytostatikabehandling

Ärendet gällde en man med prostatacancer som bland annat hade anmält hudrodnad samt nervskada med känselbortfall i vänster underarm och i fyra fingrar på vänster hand efter cytostatikabehandling. Vid sjätte kuren hade man mycket svårt att hitta ett lämpligt kärl och man satte nålen ganska långt ut på vänster arm. När man hade gett en del av cytostatikadosen lossnade nålen, varför man fick sticka om för att ge resterande mängd. Cirka en vecka senare fick patienten ett 3 x 5 centimeter stort rodnat område med känselbortfall några centimeter ovanför vänster handled. Man bedömde att det rörde sig om extravasering (utflöde av cellgift i vävnaden kring kärlet) eller möjligen en tromboflebit (samtidig inflammation och propp i en ytlig ven), och rekommenderade behandling med antitrombotisk salva. Efter en månad bedömdes besvären som en extravasering. Efter ytterligare cirka en månad noterades att patienten hade fortsatt känselnedsättning med pigmentförändring över området i vänster underarm samt domningskänsla och klar känselnedsättning i alla fingrar utom tummen i vänster hand. Besvären hade därefter kvarstått.

Patientskadenämnden, som först prövade om den anmälda skadan kunnat undvikas genom ett annat utförande av det valda förfarandet, fann att det inte alltid går att undvika extravasering av cytostatika genom ett annat utförande av förfarandet när en perifer vennål används.

Nämnden hade då att ta ställning till om skadan kunnat undvikas genom val av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Vid denna prövning gjorde nämnden följande bedömning: ”I detta fall uppkommer frågan om extravaseringen hade kunnat undvikas genom ett annat förfarande. Detta skulle kunna ske antingen genom att använda en venport (nålens spets läggs i ett centralt venkärl), eller en så kallad picclinekateter (en lång kateter som läggs via armvenen till stora hålvenen och i princip omöjliggör att cytostatika sprutas i mjukdelarna på handryggen) via arm men med centralt läge. Enligt nämndens mening borde man i detta fall, där det rörde sig om planerade upprepade cytostatikabehandlingar, ha skapat en säker infusionsväg antingen med hjälp av en central venport eller en picclinekateter. På detta sätt skulle enligt nämndens mening den uppkomna extravaseringen och dess följdskador i form av hudbesvär och nervskada ha kunnat undvikas och patientens vårdbehov hade även tillgodosetts på ett mindre riskfyllt sätt. Det föreligger därför rätt till

patientskadeersättning för följderna av den uppkomna extravaseringen.”

(Dnr 684/2011 – PRS 2011:11)

Särskilt om förlossningsskador

Inledning

År 2014 föddes cirka 115 000 barn i Sverige. Allvarligare komplikationer i samband med graviditet och förlossning är förhållandevis få. Det inträffar dock att skador uppkommer på modern och/eller barnet. Detta kan bero på förhållanden för vilka vården inte kan lastas. Skador inträffar dock även på grund av brister eller fel i samband med vård och behandling under graviditeten eller i samband med förlossningen. Vanliga skador är för moderns del bristningar i slutmuskeln och för barnets del plexusskador, dvs. dragning i armen skadar nerverna till armen och handen, eller hjärnskador på grund av syrebrist (asfyxi).

Varje år inträffar i Sverige cirka 30 förlossningsskador på barn i form av svåra hjärnskador på grund av syrebrist trots att förlossningsvården är en av världens bästa. Vissa av dessa skador beror på förhållanden som inte har samband med själva vården medan andra orsakats av brister från vårdens sida under graviditeten eller vid förlossningen. Drygt en tredjedel av dessa hjärnskador ersätts från patientförsäkringen (se Sophie Berglunds doktorsavhandling år 2010 om förlossningsskador, *Severe Asphyxia due to Substandard Care During Labour*).

Ersättningen för förlossningsskador utgör, trots det ringa antalet skador, en stor del av den totala ersättning som årligen betalas ut från patientförsäkringen. Cirka 20 procent av den totala ersättningen avser hjärnskador på barn.

Även om således antalet svåra förlossningsskador inte utgör någon stor andel av det totala antalet skador som anmäls har dessa skador stor betydelse, framför allt känslomässigt för den patient eller familj som drabbats men också ekonomiskt. En s.k. barnskada, där barnet blivit allvarligt skadat, har stora ekonomiska konsekvenser. Ersättningen för en större barnskada kan uppgå till 8 900 000 kr, dvs. det maximala försäkringsbeloppet år 2015.

Vid bedömningen av skador på barnet eller modern uppkommer några speciella frågeställningar. En fråga är vem som ska anses som patient. Det finns också skäl att närmare beskriva det sätt på vilket förlossningsärenden bedöms och då särskilt med avseende på frågan om man under graviditeten eller förlossningen borde ha valt kejsarsnitt i stället för vaginal förlossning.

Patientbegreppet

En gravid kvinna anses som patient när hon har kontakt med mödravården eller annan sjukvårdsinrättning samt när hon undersöks, övervakas eller behandlas i samband med förlossningen. Detta gäller också exempelvis när kvinnan i slutskedet av graviditeten per telefon vänder sig till sjukhuset för att få råd om när det är dags att åka in till sjukhuset. Personskador på kvinnan vilka orsakats i samband med vård och behandling kan således, om skadan uppkommit p.g.a. feldiagnostik eller gått att undvika, ersättas enligt bestämmelserna i patientskadelagen.

Fostret anses under graviditeten vara en del av den gravida kvinnan. Modern och barnet är då i första hand att betrakta som *en* patient (se Dnr 659/2001 – PRS 2003:07).

Embryo, dvs. det befruktade ägget innan det i andra graviditetsmånaden övergår till foster, som förstörts på grund av att det blivit infekterat och därför inte gått att implantera har, i konsekvens med synsättet beträffande foster i övrigt, inte heller ansetts vara patient. I stället har modern, som behandlats för infertilitet, ansetts vara patient (se Dnr 764/1998 – PRS 2000:21).

Om fostret föds med liv anses dock det ofödda barnet vara ett eget rättssubjekt. Har fostret i sådant fall blivit föremål för egen medicinsk behandling under graviditeten eller i samband med förlossningen är fostret patient. Om en skada uppkommit vid den medicinska behandlingen eller på grund av utebliven medicinsk behandling har barnet således rätt till ersättning för skadan.

I ett ärende av detta slag som behandlats i Patientskadenämnden var frågan om rätt till ersättning för skada på ett barn som inte var planerat.

Modern hade efter hormonstimulerande behandling fått fem foster. Avsikten var att tre av dessa foster skulle tas bort. Resultatet av ingreppet blev dock att i stället tre foster föddes med liv. Ett av dessa foster hade vissa missbildningar.

Patientskadenämnden konstaterade att behandlingen hade fått en felaktig inriktning på grund av att faktiskt föreliggande symtom inte observerats eller att de iakttagelser som gjorts i samband med behandlingen värderats på ett sätt som avvek från vedertagen praxis. Därför ansågs en behandlingsskada föreligga. Nämnden konstaterade vidare att det förhållandet att en behandling enligt de ursprungliga planerna skulle ha inneburit att barnet aldrig fötts inte ledde till någon annan bedömning. Barnet ansågs ha rätt till ersättning för den missbildning som utgjorde en direkt följd av en för barnet skadegörande behandling.

(Dnr 478/1994 – PRS 1995:04)

Om fostret inte föds med liv är bedömningen en annan. Fostret är då fortfarande en del av modern och det är hon som anses som patient. Har fostret skadats genom medicinsk åtgärd kan ideell ersättning lämnas till modern. Förlust av foster ersätts enligt fast praxis med ett belopp motsvarande det som lämnas vid missfall, 75 000 kronor år 2015.

När fostret inte föds med liv har det ansetts att varken modern eller andra närstående har rätt ersättning enligt 5 kap 2 § första stycket 3 skadeståndslagen (se Dnr 251/2009 – PRS 2009:11), dvs. ersättning vid nära anhörigs dödsfall. Om ett foster, som orsakats en skada på grund av åtgärd från vårdens sida, föds med liv men på grund av skadan senare avlider, kan dock rätt till sådan ersättning föreligga inte endast för modern utan även för fadern eller andra närstående.

I övrigt har *mannen* normalt inte rätt till patientskadeersättning. I vissa speciella situationer kan dock sådan rätt föreligga. Ett exempel på detta är följande fall som behandlats i Patientskadenämnden.

Frågan var om mannen, vid sidan av kvinnan, kunde anses vara patient och om han hade rätt till ersättning för psykisk skada. Paret hade på grund av barnlöshet gemensamt tagit kontakt med vården för att få barn genom IVF-behandling. Genom behandlingen blev äggen befruktade men skadades

på grund av hanteringen inom vården och blev obrukbara. Både mannen och kvinnan ansågs vara patienter. Ersättning för psykiskt lidande lämnades därför till såväl kvinnan som mannen (se Dnr 928/2009 – PRS 2012:05).

Kan det förhållandet att ett barn föds med liv vara en personskada?

Denna frågeställning kan komma upp i fall då ett barn som inte är planerat föds på grund av en misslyckad abort eller en misslyckad sterilisering. Frågeställningen kan även bli aktuell när exempelvis ett genetiskt skadat barn föds sedan fosterdiagnostik borde ha rekommenderats eller tolkats felaktigt och där abort kunnat övervägas, om kunskapen om barnets skada funnits vid tidpunkt då abort varit möjlig.

Svaret är att det förhållandet att ett barn föds med liv aldrig kan betraktas som en personskada för vare sig modern eller barnet, och det oavsett om barnet är fullt friskt eller exempelvis har en genetisk skada som Downs syndrom (se Dnr 194/1994 – PRS 1995:02, Dnr 242/1994 – PRS 1995:03). Har barnet fötts med en skada på grund av en misslyckad abort kan däremot ersättning lämnas.

Ersättning kan dock lämnas för de psykiska och fysiska besvär som på grund av den oplanerade graviditeten drabbar modern under graviditeten och förlossningen (se Dnr 242/1994 – PRS 1995:03).

Om exempelvis fosterdiagnostik tolkats felaktigt och ett missbildat barn fötts där abort kunnat övervägas, kan modern få ersättning för det fall det visas att hon genom detta drabbats av en psykisk skada.

Gången vid bedömningen av förlossningsskador

Vid en vaginal förlossning kan det, som ovan nämnts, uppkomma skador på barnet i form av t.ex. en hjärnskada på grund av syrebrist eller en plexus-skada medan modern exempelvis kan drabbas av bristningar i slutmuskeln. Det kan emellanåt vara svårt att avgöra om en skada uppkommit på grund av en vårdåtgärd eller inte. När förlossning sker på sjukhus och skada på

modern eller barnet uppkommer som en följd av det naturliga förlossningsförloppet och inte på grund av någon underlåtenhet eller några åtgärder från sjukvårdspersonalens sida föreligger inte rätt till ersättning. Normalt krävs för att rätt till patientskadeersättning ska föreligga att en direkt vårdåtgärd i samband med förlossning, exempelvis användande av sugklocka, orsakat skadan (se t.ex. Dnr 531/2001 – PRS 2002:10).

Om en skada uppkommit tar man först, med tillämpning av 6 § *första stycket 1 patientskadelagen*, ställning till om skadan hade kunnat undvikas vid *den valda metoden*, dvs. normalt sett vaginal förlossning. Hade man med andra ord kunnat handlägga den vaginala förlossningen på något annat sätt som inneburit att skadan kunnat undvikas. Om detta är fallet föreligger rätt till patientskadeersättning.

Om skadan inte kunnat undvikas vid den vaginala förlossningen är nästa fråga om skadan kunnat undvikas vid användande av en *alternativ metod*. Det gäller i första hand användande av kejsarsnitt.

Förlossning genom kejsarsnitt, som sker i cirka 17 procent av alla förlossningar i Sverige, är alltid förenad med risker för både moder och barn. Många uppfattar dock kejsarsnitt som en relativt ofarlig metod som inte medför några onödiga risker. Detta är emellertid inte fallet. Skador kan inträffa på såväl moder som barn. Data talar för att vid kejsarsnitt är risken för dödsfall på modern dubbelt så stor som vid vaginal förlossning. Samma förhållanden gäller för barnet, som oftare hamnar i intensivvård efter kejsarsnitt än efter vanlig förlossning. Detta medför att barnadödligheten är större, uppskattningsvis minst dubbelt den vid vaginal förlossning. Samtidigt måste framhållas att mortalitetssiffrorna för såväl modern som barnet är extremt låga i vårt land, mödradödligheten vid vaginal förlossning beräknas till 4–6 per 100 000 förlossningar och barnadödligheten till 3–4 per 1 000 förlossningar. Förutom en ökad risk för död av modern vid kejsarsnitt är infektionsrisken ökad och behovet av antibiotika ganska hög. Postoperativa infektioner tillsammans med blödningar och blodpropp (lungemboli) är vanliga orsaker till dödlig utgång hos modern vid kejsarsnitt.

Enligt den praxis som gäller för Patientskadenämnden anses kejsarsnitt generellt sett inte vara en mindre riskfylld metod än vaginal förlossning. Kej-

sarsnitt har i stället i normalfallet ansetts vara en metod med större risk för skada på såväl mor som barn än normal vaginal förlossning (se bl.a. Dnr 123/2000 – PRS 2000:01, Dnr 212/2003 – PRS 2003:13, Dnr 427/2003 – PRS 2004:02, Dnr 420/2001 – PRS 2004:08 och Dnr 508/2005 – PRS 2008:01). Klart är dock att många av de skador som kan uppkomma vid en vaginal förlossning i och för sig skulle ha kunnat undvikas vid förlossning med kejsarsnitt. Kejsarsnitt är således *inte generellt sett* en sådan mindre riskfylld alternativ metod som skulle kunna ge rätt till ersättning när skador som uppkommit vid en vaginal förlossning hade kunnat undvikas med kejsarsnitt.

Särskilda omständigheter kan dock göra att kejsarsnitt i vissa fall innebär en totalt sett lägre risknivå än vad som gäller vid vaginal förlossning. Som exempel kan nämnas tydliga tecken på bäckenträngsel hos modern. Vid bäckenmått som ligger i gränsområdet kommer faktorer av särskild betydelse in i bedömningen, såsom fostrets beräknade storlek, dess läge och moderns ålder. En klar indikation för kejsarsnitt är om barnet kommer att födas i sätesbjudning. En förväntat hög födelsevikt kan i sig utgöra skäl för kejsarsnitt då risken för skulderdystoci (barnet kan inte framföras spontant på grund av att barnets axelparti kläms in bakom blygdbenet) vid vaginal förlossning är stor med de risker den medför för barnet (asfyxi, plexusskador). Andra faktorer kan vara komplicerande sjukdomar hos modern. På grund av sådana eller andra medicinska omständigheter kan det redan *innan förlossningen* stå klart att kejsarsnitt är en mindre riskfylld metod för modern och barnet än vaginal förlossning.

Även *under förlossning* som inletts med avsikten att denna ska ske vaginalt kan uppstå sådana komplikationer att det i ett visst skede är mindre riskfyllt att i stället göra ett kejsarsnitt.

I båda dessa situationer har kejsarsnitt således, från att ha varit en mera riskfylld metod än vaginal förlossning, på grund av de särskilda omständigheter som föreligger i det enskilda fallet blivit en mindre riskfylld metod än vaginal förlossning. Skador som uppkommit vid vaginal förlossning kan då bli ersättningsbara i de fall då skadorna hade kunnat undvikas om man i stället utfört ett kejsarsnitt.

Bedömningen av om det föreligger sådana särskilda omständigheter att kejsarsnitt blivit en metod som kan anses mindre riskfylld än vaginal förlossning sker genom att en diagnos ställs beträffande de förhållanden som föreligger. Diagnosbedömning sker med tillämpning av 6 § första stycket 3 patientskadelagen. Vid bedömningen av om det föreligger en diagnosskada eller inte är det endast den kunskap som en erfaren specialist besitter vid *diagnostidpunkten* som är relevant. Hänsyn ska således inte tas till kunskaper som tillkommit efter diagnostillfället, t.ex. genom senare undersökningss resultat. En diagnos behöver således inte ha varit felaktig i lagens mening mot bakgrund av de omständigheter som varit möjliga att lägga till grund för bedömningen vid diagnostillfället men kan ändå senare visa sig ha varit oriktig. I ett förlossningsförlopp är det viktigt att fortlöpande ompröva den initiala bedömningen och vara uppmärksam på om det inträffat nya händelser som innebär att den ursprungliga diagnostiken kan ifrågasättas. Barnet kan exempelvis visa sig vara avsevärt mycket större än man kunnat förutse och i kombination med en viss misstanke om en inkongruens mellan barnets storlek och bäckenets mått borde ett kejsarsnitt med denna kunskap ha valts i stället för vaginal förlossning.

Diagnosbedömningen avseende frågan om det vid någon tidpunkt föreligger sådana omständigheter att kejsarsnitt borde väljas ska göras under såväl graviditeten som hela förlossningsskedet. När en *förlossning påbörjats vaginalt* ska man således under hela förlossningsskedet fortlöpande bedöma om det finns skäl att övergå till kejsarsnitt. Det kan initialt ha varit helt rätt att välja vaginal förlossning medan det senare, då svårigheter uppkommer under förlossningen, i stället är det korrekta att, med den kunskap man då har, konvertera till kejsarsnitt. Har en korrekt bedömning gjorts, såväl innan förlossningen som under hela förlossningsförloppet, föreligger inte rätt till ersättning för diagnosskada. Rätt till ersättning för sådan skada föreligger däremot om bedömningen någon gång under graviditeten eller förlossningsskedet varit felaktig med de förutsättningar som förelegat vid bedömnings-tillfället.

Om diagnosen under såväl graviditet som förlossningsskede varit riktig på det sätt som avses i 6 § första stycket 3 patientskadelagen får man gå vidare och fortsätta prövningen enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen. Hade skadan, med det facitresonemang som då får tillämpas, kunnat undvikas

genom val av *ett annat tillgängligt förfarande* – i detta fall kejsarsnitt – som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt? Prövningen sker nu på grundval av den kunskap som *vid skaderegleringstillfället* finns om patientens konstitution vid behandlingstillfället och övriga omständigheter. Detta gäller således oavsett om förhållandena varit kända eller inte när behandlingen ägde rum. Hade exempelvis konvertering till kejsarsnitt inneburit att skadan kunnat undvikas och kejsarsnitt även totalt sett varit mindre riskfyllt än den vaginala förlossningen så kan rätt till ersättning föreligga.

I Patientskadenämnden har bedömts ett antal fall angående frågan om rätt till ersättning när skada kunnat undvikas genom kejsarsnitt (se bl.a. Dnr 123/2000 – PRS 2000:01, Dnr 212/2003 – PRS 2003:13, Dnr 427/2003 – PRS 2004:02, Dnr 420/2001 – PRS 2004:08 och Dnr 508/2005 – PRS 2008:01).

I exempelvis fallet PRS 2008:01, som gällde ett barn som vid vaginal förlossning med användande av sugklocka fått en skulderdystoci och andra skador, har Patientskadenämnden inledningsvis konstaterat att det varit riktigt att inleda med en vaginal förlossning samt påbörja förfarande med sugklocka. Efter det första klocksläppet borde man dock, vilket inte skedde, ha övergått till kejsarsnitt som vid den aktuella tidpunkten mycket väl utgjort ett alternativ till sugklockeförlossning. Nämnden konstaterade vidare att man efter den genomgångna förlossningen visste att det rört sig om ett relativt stort barn samt att man kunde dra slutsatsen att det även förelegat en relativ bäckenträngsel. Dessutom konstaterades att det förhållandet att modern var förstföderska som snart skulle fylla 44 år också innebar en riskförhöjning för komplikationer vid en fortsatt instrumentell förlossning och den värvsvaghet som förelåg. Nämnden uttalade också att man såg allvarligt på riskerna för de skador en fortsatt instrumentell förlossning i den uppkomna situationen utgjort för barnet. Sammanfattningsvis fann nämnden vid den sammanvägda riskbedömningen att val av kejsarsnitt i stället för fortsatt sugklockeförlossning efter det första klocksläppet hade varit en tillgänglig och totalt sett mindre riskfylld metod. De skador som uppkommit hade enligt nämnden undvikits om man efter det första klocksläppet hade konverterat till kejsarsnitt. Det ansågs därför föreligga rätt till patientskadeersättning enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen.

Nämnden tillämpar således i dessa fall 6 § första stycket 1 patientskadelagen med en facitbedömning som utgår ifrån samtliga omständigheter som föreligger vid behandlingstillfället. Detta gäller vare sig dessa omständigheter då borde ha varit kända med en korrekt diagnos eller man först senare fått kunskap om de särskilda omständigheter som föranleder att kejsarsnitt totalt sett är en mindre riskfylld metod än vaginal förlossning.

2 MATERIALSKADA

(6 § första stycket 2)

Patientskadeersättning kan lämnas om en skada orsakats av fel hos eller felaktig hantering av en medicinteknisk produkt eller sjukvårdsutrustning, som använts vid undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd.

I det medicintekniska produktbegreppet ingår apparater, instrument, redskap och andra hjälpmedel som används inom hälso- och sjukvården. I begreppen apparater och instrument innefattas både enklare föremål som knivar, peanger, sprutor och kanyler samt komplicerade apparater som exempelvis dialysmaskiner och respiratorer. Produktbegreppet omfattar även implantat. Med implantat avses material som ansluts till, infogas i eller ersätter biologisk vävnad, t.ex. hjärtstimulatorer, spiraler, konstgjorda leder och blodkärl samt käkbensförankrade broar. Även sterila engångsartiklar och andra förbrukningsartiklar innefattas i det medicintekniska produktbegreppet (se prop. 1995/96:187 s. 82 samt lagen (1993:584) om medicintekniska produkter).

I ett ärende konstaterade Patientskadenämnden att även kryckor ryms under begreppet medicinteknisk produkt (se Dnr 14/2000 – PRS 2000:11).

Som sjukvårdsutrustning räknas även sådana inventarier som sängar, lampor och stolar. Med *fel* menas i detta sammanhang att en produkt inte fungerar enligt exempelvis en produktspecifikation eller en bruksanvisning. *Felaktig hantering* föreligger exempelvis om vårdpersonalen vid användning av en apparat inte följt gällande bruksanvisning för apparaten.

Utvecklingen inom vården har medfört att allt fler behandlingar sker i hemmet, inte bara av sjukvårdspersonal utan även av patienten själv efter det att patienten fått instruktioner från sjukvården. Behandlingens karaktär varierar men emellanåt rör det sig om avancerade terapiformer. T.ex. sköts dialysbehandling, både pås- och bloddialys, inte sällan av patienten själv i hemmet. I sådana situationer kan en ersättningsbar materialskada uppkomma. Det förutsätts då att den behandling patienten själv utfört har skett efter samråd

med sjukvårdspersonal samt att behandlingen skett med medicinsk apparatur som tillhandahållits av vårdgivaren. Om patienten hanterat apparaten felaktigt eller inte ska bland annat bedömas med hänsyn till de anvisningar om apparatens användning som utbildad sjukvårdspersonalen gett patienten.

För närvarande finns det såvitt känt inte några anmälda ärenden enligt den aktuella bestämmelsen där det varit fråga om egenvård i hemmet. I framtiden har man dock anledning att räkna med att även sådana fall kommer att inträffa. När det gäller exempelvis handhavandet av sjukvårdsutrustning i hemmet kan gränsdragningsproblem säkerligen uppkomma beträffande vilka instruktioner som lämnats från vårdens sida och patientens ansvar för själva handhavandet.

Om patientskadeersättning har betalats för en skada som omfattas av produktansvarslagen (1992:18) har försäkringsgivaren återkravs rätt mot den som är skadeståndsskyldig enligt denna lag (se 20 §).

Det är sällsynt att materialskador anmäls. Patientskadenämnden har under åren endast prövat ett fåtal sådana skadefall. Nedan följer ett par av dessa.

Skada på grund av fel hos sjukvårdsutrustning

En 30-årig man insjuknade med en hjärnblödning från, vad som senare visade sig, en stor arteriovenös missbildning (patologisk förbindelse mellan artär- och vensidan). Han behandlades med ventrikeldränage (urtappning av vätska från hjärnans hålrum) och hämtade sig väl utan några bestående neurologiska bortfallssymtom. Eftersom det fanns risk för förnyad blödning planerades behandling av missbildningen. Öppen operation hade varit förenat med stora tekniska svårigheter och inneburet risk för bestående skador. Kärmissbildningen var även alltför stor för att kunna behandlas med stereotaktisk strålkirurgi. Man valde därför selektiv embolisering för att i första hand reducera missbildningens storlek så att den senare skulle kunna bli tillgänglig för strålkirurgi eller eventuell öppen kirurgi. Sammanlagt gjordes tre emboliseringsförsök. Då patienten vaknade ur narkosen efter den tredje behandlingen hade han en högersidig förlamning samt svårigheter att tala.

Patientskadenämnden ansåg att komplikationen med förlamning i höger sida och talsvårigheterna med övervägande sannolikhet berodde på

att det under kateteriseringen uppkommit en tilltäppning av kärl, som försörjer capsula interna (hjärndel där viktiga nervbanor passerar). De små blodpropparna, som täppt till kärlen, hade med övervägande sannolikhet orsakats på grund av de tekniska problem som uppkom vid behandlingen med anledning av att den mikrokateter och den mikroledare som användes inte passade tillsammans.

Nämnden fastslog att bestämmelsen i 6 § första stycket 2 patientskadelagen syftar till att ge patienter ett skydd mot skador som orsakas av att medicintekniska produkter och sjukvårdsutrustning inte är så säkra eller hanteras på ett så säkert sätt som man kan ha anledning att förvänta sig inom hälso- och sjukvården. Med hänvisning till produktansvarslagens begrepp säkerhetsbrist och till att detta begrepp innefattade bl.a. instruktionsfel konstaterades att instruktionsfel ansågs föreligga när felaktiga, ofullständiga eller uteblivna anvisningar gör att en produkt blir farlig.

Nämnden slog sedan fast att med *fel* i patientskadelagen avses även instruktionsfel. I detta fall framgick det inte av den dokumentation som bifogats katetern, trots att det skulle ha varit känt, att katetern inte fungerade väl tillsammans med den ledare som användes vid behandlingen. Den bristfälliga instruktionen för katetern ledde till att den tillsammans med ledaren hanterades felaktigt och medförde att skada uppkommit. Patienten var därför berättigad till patientskadeersättning för den uppkomna skadan.

(Dnr 6/1999 – PRS 1999:09)

Brott på höftledsprotes inte orsakat av materialfel

En man fick en höftledsprotes på vänster sida utbytt i april 2000. Nästan tio år senare drabbades han av en infektion i vänster höftled som hade utvecklats av kroppsegna bakterier. I samband med behandlingen av infektionen konstaterades att det förelåg ett brott på höftledsprotesen, varför en ny protes sattes in. Patienten anmälde bland annat det uppkomna protesbrottet som en skada.

Patientskadenämnden fann att brottet på protesen inte berodde på något materialfel utan på att protesen lossnat från omgivande vävnad till följd av förändringar i denna, eventuellt beroende på infektionen. Enligt nämnden hade detta inneburit att det då hade uppstått en sådan belastning på protesen att denna brustit. Rätt till patientskadeersättning ansågs därför inte föreligga.

(Dnr 1068/2011 – PRS 2012:03)

3 DIAGNOSSKADA

(6 § första stycket 3)

Felaktiga diagnoser kan också ge rätt till patientskadeersättning. Här är det, till skillnad från övriga patientskador, fråga om att ersätta vissa av grundsjukdomens effekter och inte någon av sjukvården tillförd skada i egentlig mening. Den felaktiga diagnosen kan ju innebära att grundsjukdomen får fortsätta att utvecklas.

En diagnosskada föreligger när faktiskt iakttagbara sjukdomstecken i samband med diagnostik förbisets eller tolkats på ett sätt som avviker från den behandlingsnorm som gäller för en erfaren specialist inom området och behandlingsresultatet på grund av detta uteblivit, försenats eller försämrats.

Det är viktigt att understryka att man vid tillämpningen av denna bestämmelse inte använder något facitresonemang. Enligt förarbetena (prop. 1995/96:187 s. 41f) skulle en sådan ordning föra för långt. Som skäl anfördes bland annat att det är mycket vanskligt att ställa diagnos och att facitresonemanget på detta område skulle leda till ett alldeles obegränsat ersättningsansvar för "oupptäckta" sjukdomar. Sjukvården kan inte ge någon garanti för att man från början alltid ställer rätt diagnos (SOU 1994:75 s. 110). Det är således endast den kunskap som den erfarna specialisten besitter vid *diagnostidpunkten* som är relevant (prop. 1995/96:187 s. 83). Hänsyn ska således inte tas till kunskaper som tillkommit efter diagnostillfället, t.ex. genom senare undersökningsresultat eller medicinsk eller annan vetenskaplig kunskap. Om en vid diagnostillfället ställd diagnos är riktig mot bakgrund av de kunskaper som då fanns, föreligger alltså ingen ersättningsbar skada, även om en efterkunskap skulle visa att diagnosen var felaktig.

Följande fall belyser hur svårt det många gånger är att redan från början ställa rätt diagnos.

Felaktigt besked om cancer

En kvinna anmälde ökat och förlängt lidande med ångestattacker och depression på grund av felaktigt besked om cancerdiagnos med metastaser på lungor och lever.

Den 12 oktober 2008 hade patienten lagts in på medicinklinik på grund av långvarig feber. Levern palperades och befanns vara fyra cm förstorad varför remiss för ultraljud av lever och galla utfärdades. Oregelbundna förändringar i levern föranledde den 15 oktober datortomografi av bröstorg och buk där levern uppfattades vara genomslagen av metastaser. I lungorna såg man på båda sidor spridda förändringar som i första hand tolkades som metastaser. Patienten informerades om de gjorda fynden och vid samtal med patienten framkom det att hon känt sig påtagligt orkeslös det senaste året. Under tiden den 12 oktober–14 november 2008 gjordes en omfattande utredning. Den 14 november förelåg fortfarande inte något definitivt svar men patienten skulle kontaktas så snart sådant förelåg. Svar på mikroskopiska prover den 19 november visade inte någon klar bild men man kunde inte se något som tydde på malignitet, dvs. elakartad sjukdom. Patienten informerades samma dag om att man inte funnit några hållpunkter för ett elakartat tillstånd.

Patienten anförde i sitt överklagande att hon fått fel diagnos på medicinkliniken den 16 oktober 2008. Läkaren hade sagt att patienten hade metastaser på levern och lungorna. Hon hade frågat vad det innebar och fått till svar att hon hade cancer i kroppen och att hon skulle behandlas med cellgifter. Patienten accepterade beskedet att hon hade cancer med metastaser och tänkte att hon snart skulle dö.

Försäkringsbolaget avböjde patientens ersättningsanspråk med följande motivering:

”I 6 § första stycket 3 och 6 § andra stycket patientskadelagen regleras rätten till ersättning för så kallad diagnoskada. Med diagnoskada förstås en skada som har orsakats av att faktiskt iakttagbara sjukdomstecken förbisets eller tolkats felaktigt i samband med ställandet av diagnos. Vid fördröjd diagnos/behandling är det den eventuella merskadan som uppkommit som ska ersättas. Skadan består normalt i att en annars förväntad förbättring uteblivit och kan beskrivas som en merskada i förhållande till det förlopp som borde ha blivit följd om patienten

tens sjukdom primärt diagnostiserats och behandling insatts på denna grund.

Datortomografi av bröstkorgen visade multipla, upp till fem mm stora metastasmissänkta förändringar spridda i bägge lungfälten samt fynd som vid måttlig obstruktiv lungsjukdom. I flertalet av leverns segment förelåg utbredda, delvis konfluerande (blekröda) lågattenuerande (diffus utsuddad gräns) metastasmissänkta förändringar, de största upp till drygt fyra cm stora. De beskrivna fynden var radiologiskt mycket väl förenliga med metastaser och andra diagnoser var betydligt mer långsökta.”

Sammanfattningsvis bedömde försäkringsbolaget att den tolkning som gjorts efter undersökningarna av bröstkorgen och buken hade varit adekvat. Av utredningen framgick att patienten informerats om att den mest sannolika orsaken till de förändringar som fanns i lungorna och levern faktiskt var dottersvulster från en ännu inte diagnostiserad cancertumör. Hon fick också information om att man skulle kontakta onkologkliniken. Den information som lämnats till patienten utifrån röntgenfynden var korrekt och gav inte stöd för att det hade förekommit sådana brister i denna information att skadeståndsskyldigheten uppkommit och att rätt till ersättning på skadeståndsrättslig grund förelåg.

Patientskadenämnden ansåg att patientens besvär successivt hade utretts och tolkats enligt vedertagna medicinska principer. Faktiskt iakttagbara sjukdomstecken i samband med diagnostik hade tolkats på ett sätt som överensstämde med den bedömningsnorm som gällde för en erfaren specialist inom området. Nämnden ansåg därför i likhet med försäkringsbolaget att någon ersättningsbar skada på grund av felaktig diagnostisering enligt 6 § första stycket 3 patientskadelagen inte förelåg.

Med anledning av patientens uppgifter om att hon felaktigt fått besked om att hon hade metastaser på lungor och lever och att detta betydde att hon hade cancer, framhöll nämnden att *patientskadelagen* inte innehåller någon bestämmelse om ersättning vid eventuella brister eller felaktigheter i den information som lämnas en patient om den sjukdom hon har.

Försäkringsbolaget hade vid sidan av åtagandet att utge ersättning enligt patientskadelagen också åtagit sig att, om förutsättningar för skadeståndsskyldighet förelåg, betala skadestånd. Nämnden prövade därför även om den information som lämnats kunde betecknas som vårdslös och om ersättning kunde betalas enligt *allmänna skadeståndsrättsliga regler*.

Vid en sådan prövning konstaterade nämnden att en eftergranskning av röntgenbilderna från datortomografin av bröstorg och buk den 15 oktober 2008 visade metastasmissänkta förändringar spridda i bägge lungfälten samt att det i flertalet av leverns segment förelåg utbredda metastasmissänkta förändringar, de största upp till drygt fyra cm stora. Någon uppenbar primärtumör kunde däremot inte påvisas. Fynden var förenliga med metastaser. Enligt nämndens bedömning pekade de gjorda fynden på en synnerligen hög sannolikhet för att patienten hade en generellt spridd cancersjukdom. Det var därför av största vikt att patienten fick ta del av de gjorda fynden.

Nämnden fortsatte med konstaterande att när informationen gavs till patienten den 16 oktober 2008 så var diagnosen emellertid inte definitivt fastslagen, även om cancermiss tanken var ytterst stark. Exakt vilken information som lämnades patienten gick inte att i efterhand klarlägga, men patientens uppgifter om att hon fick information om att hon helt klart hade en cancersjukdom fick visst stöd i journalanteckningarna från den 16 oktober där behandlande läkare bland annat skrivit att datortomografin av bröstorg och buk visade att "levern är genomsett av metastaser". I daganteckning följande dag talades inte om *missänkta* levermetastaser utan om levermetastaser. Med tanke på att alla undersökningsfynd starkt talade för att patienten verkligen hade en generell cancersjukdom var det nämndens samlade bedömning att patienten sannolikt fått besked om att hon definitivt också hade en cancersjukdom. Detta var som konstaterats ett felaktigt besked. Med hänsyn till de omständigheter som förelåg, där undersökningsfynden synnerligen starkt talade för att det var fråga om cancer, kunde emellertid den givna informationen inte anses så felaktig att den kunde läggas läkaren eller vårdgivaren till last som vårdslös. Rätt till ersättning enligt skadeståndsrättsliga regler förelåg därför heller inte.

(Dnr 66/2011 – PRS 2011:07)

Bland vanligt förekommande ersättningsbara diagnosskador finner man förbisedda frakturer, luxationer samt sen- och nervskador. Frakturer kan ofta ha missats p.g.a. underlåtenhet att utföra röntgenundersökning eller funktionstest. Andra sjukdomstillstånd som ofta förekommer när det gäller diagnosskador är tumörsjukdomar och blodproppsbildningar.

Diagnosskador är den fjärde största gruppen ärenden som Patientskadenämnden har att pröva. Antalet ärenden som gäller diagnosskador har procentuellt ökat genom åren. I 19 procent av alla nämndsärenden gäller frågan

om felaktig diagnos föreligger. Ändringsfrekvensen i denna grupp ligger runt 11 procent.

För att få ersättning i ett fall av felaktig diagnostisering räcker det inte att diagnosen varit felaktig. Den ska också ha orsakat en *merskada*. För att ersättning ska kunna lämnas för en diagnosförsening krävs att en skada har uppkommit på grund av den försenade diagnosen. Skadan består normalt i att en annars förväntad förbättring uteblivit och kan beskrivas som en *merskada* i förhållande till det förlopp som borde ha blivit följd om patientens sjukdom primärt diagnostiserats och behandling insatts. Det är förhållandevis vanligt att någon merskada inte uppkommit trots en viss försening med att ställa rätt diagnos. Utvecklingen av grundsjukdomen skulle då ha blivit densamma även om den rätta diagnosen ställts från början.

Som exempel på fall där en felaktig diagnos föreligger i den mening som avses i patientskadelagen men där fördröjningen med att ställa rätt diagnos inte orsakat någon merskada, dvs. en skada som annars inte skulle ha uppkommit, kan följande fall nämnas.

Ärendet gällde en kvinna där man tre dagar tidigare än vad som skedde borde ha diagnostiserat en djup ventrombos i vänster ben samt lungemboli.

Patientskadenämnden ansåg att denna försening inte hade påverkat själva behandlingen, sjukdomsförloppet eller sjukdomsprognosen. Några bestående men på grund av tre dagars försening med att ställa rätt diagnos hade således inte uppkommit.

(Dnr 273/2012)

Andra fall där någon merskada inte uppkommit är följande.

En 37-årig man slog i vänster axel vid en cykelolycka. Röntgen initialt av vänster nyckelben visade ingen synlig skelettskada utan besvären bedömdes som en luxation av acromioclavicularleden (nyckelbenets fäste vid skulderbladet) vilket behandlades konservativt. På grund av

fortsatta besvär uppsökte patienten vid flera tillfällen sjukvården. Förnyad röntgenundersökning visade att patienten hade en luxation med fraktur av yttre nyckelbensändan. Patienten opererades därför med borttagande av den yttre frakturerade benbiten och ligamentplastik som fixerade nyckelbenet till skulderbladet. Operationen gjordes 14 månader efter cykelolyckan.

Patientskadenämnden konstaterade inledningsvis att någon kritik inte kunde riktas mot den medicinska handläggningen av patientens besvär. Någon säker skelettskada kunde initialt inte påvisas, utan röntgenundersökningen visade enbart en luxation av acromioclavicularleden. När det gäller behandlingen av denna skada är den närmast uteslutande konservativ, eftersom resultaten efter kirurgisk och konservativ terapi i stort sett är likvärdiga. Först om, som i detta fall, patienten får kvarvarande besvär rekommenderas operation med borttagande av yttre nyckelbensändan. Nämnden konstaterade vidare att även om den initiala röntgenundersökningen hade påvisat en fraktur av yttre delen av nyckelbenet så hade behandlingen med övervägande sannolikhet blivit densamma. Nämnden ansåg därför att det inte förelåg någon ersättningsbar patientskada.

(Dnr 386/2007)

I samband med en skidolycka blev patientens vänstra knä röntgat. Enligt röntgensvaret förelåg ingen fraktur eller felställning. På grund av kvarstående smärtproblematik genomgick patienten en magnetkameraundersökning fyra dagar senare och man fann då två frakturer utan dislokation i vänster knä. Enligt nämndens mening har fyra dagars försenad diagnos av frakturerna inte haft någon betydelse eftersom efterföljande undersökningar visar att frakturerna läkt helt utan felställning.

(Dnr 847/2006)

Exempel på en inte ersättningsbar diagnosskada är även följande.

Diskbråck

Patienten hade under viss tid behandlats för ryggsmärtor. Konventionell undersökning med bl.a. röntgen visade inte något diskbråck. Efter

ytterligare någon tid gjordes myelografi som visade diskbråck vilket föranledde operation. Besvären hade därefter i stort sett avklingat.

Patientskadenämnden ansåg att adekvata undersökningar gjorts och att någon ersättning för de besvär som orsakats av att operationen inte utförts tidigare inte var berättigad.

(Dnr 61 och 69/1988)

Följande fall är exempel på ersättningsbara diagnosskador.

Försenad diagnos av bröstcancer

Som nämnts ovan anmäls relativt ofta en försenad diagnostisering av tumörsjukdom, vanligen rör det sig om bröstcancer. Även om man kan konstatera att rätt diagnos borde ha kunnat ställas tidigare än vad som skedde behöver detta förhållande inte alltid innebära att en fysisk skada uppkommit som en följd av diagnosförseningen. En tidigare korrekt diagnos hade exempelvis inte inneburit någon annorlunda terapi när det gäller kirurgi, radioterapi, kemoterapi och endokrin terapi än vad som blev fallet i det enskilda ärendet.

Om den försenade diagnosen inte heller inneburit något för den framtida prognosen föreligger ingen egentlig kroppsskada på grund av fördröjningen med att ställa rätt diagnos. För det psykiska lidande som patienten ändå måste förutsättas ha drabbats av med oro och ångslan för att risken för återfall och död i sjukdomen kan ha ökat betalas ett belopp på f.n. 40 000 kronor (jfr Dnr 587/2002 – PRS 2003:01 och Dnr 86/2013 – PRS 2013:01).

Försenad diagnos av båtbensfraktur

En man ådrog sig våren 2007 vid en olyckshändelse ett brott på vänster båtben (scaphoideumfraktur). Patienten anmälde ett förlängt lidande samt komplikation i form av utebliven läkning (pseudoartros) på grund av försenad diagnos.

Dagen efter olyckshändelsen uppsökte han ortopedakuten på ett större sjukhus. Patienten uppgav då att han successivt fått mera ont framför allt över nedre delen av armbågsbenet. Vid undersökning konstaterades normal motorik och sensibilitet. Vid vridning av handleden angav pa-

tienten smärta, dock inte mycket smärta vid uppåt- och nedåtböjning av handleden. Patienten var trycköm, främst över nedre delen av armbågsbenet. Röntgenundersökning av vänster handled och hand visade ingen fraktur eller felställning. Läkaren ställde diagnosen: "Kontusion hand, handled vä". Cirka fyra månader senare visade ny röntgenundersökning att det förelåg en pseudoartros efter midjefraktur i scaphoideum. Patienten opererades den 3 oktober 2007 med tillrättaläggande av frakturen. Man utförde stiftfixation samt bentransplantation från vänster höftbenskam. Röntgenundersökning i januari 2008 visade att frakturspalten i princip var utfylld och frakturen betraktades som läkt.

Patientskadenämnden gjorde följande bedömning: "Det är mycket vanligt att scaphoideumfrakturer orsakas av slag mot handflatan och det är väl känt att dessa frakturer oftast inte ses vid akut röntgenundersökning. Vid kvarstående besvär ska därför en ny undersökning (med röntgen, scintigrafi eller MR) göras efter en till två veckor. Patienten har anfört att man vid eftergranskning av röntgenbilder från den 7 mars 2007 kunde se en frakturlinje och att en erfaren röntgenläkare borde ha kunnat upptäcka frakturen redan i samband med den första undersökningen. Nämnden vill dock påpeka att linjen som syns är en fin kontrastlinje som fortsätter utanför scaphoideum och nämnden instämmer därför i tillfrågad röntgenläkares bedömning att någon fraktur inte kunde ses på de primära röntgenbilderna. Däremot delar nämnden inte försäkringsbolagets bedömning att symptomen tolkats i överensstämmelse med vedertagen medicinsk praxis. Möjligen var undersökningen inte tillräckligt noggrann, men framför allt skulle patienten ha uppmanats att vid kvarstående besvär återkomma om ca 10 dagar för ytterligare utredning och då hade frakturen med övervägande sannolikhet upptäckts. Det föreligger därmed en ersättningsbar diagnosfördröjning."

(Dnr 850/2009 – PRS 2010:02)

Försenad diagnos av hypofystumör

En pojke, född år 1992, visade onormal tillväxt vid en ordinarie skolhälsoundersökning i årskurs 8. Han var då 187 cm lång. Undersökningen i årskurs 9 omfattade även mätning av tillväxt, som ytterligare accelererat och var onormal – patienten var då 198 cm lång. Skolsköterskan (A) hade inte vid något av tillfällena kommenterat tillväxten i journalen eller vidtagit några åtgärder. Patienten började i gymnasiet och vid hälsoundersökningen i årskurs 1 genomfördes ingen tillväxtundersökning. Skolsköterskan (B) hade inte noterat något om långvuxenheten i journalen. Slutligen sökte pojkens familj läkare med

anledning av patientens tillväxt. Man fann då en hypofystumör och patienten blev opererad. Han var då 208 cm lång.

Patienten anmälde som patientskada att han på grund av fördröjd diagnos och behandling av hypofystumör drabbats av grov kroppsbyggnad, grova ansiktsdrag samt ont i rygg, höfter och knän. Han anmälde även psykosociala svårigheter orsakade av att den kraftiga växten i ungdomsåren gjort honom utseendemässigt avvikande i förhållande till jämnåriga. Enligt patienten hade det varit möjligt att få tumören under kontroll tidigare om skolhälsovården eller primärvården reagerat under hans tidigare tonår. Detta hade då lett till att den bestående skadan blivit mindre omfattande. Nu kunde han varken köpa skor eller kläder i butik. Han fick heller inte plats i mindre bilar och hans längd ställde i största allmänhet till bekymmer.

Patientskadenämnden gjorde följande bedömning: ”Med diagnosskada enligt 6 § första stycket 3 patientskadelagen förstås skada eller annan komplikation som med övervägande sannolikhet uppkommit eller inte kunnat förhindras till följd av att faktiskt iakttagbara sjukdomssymtom i samband med diagnostik förbisetts eller tolkats på ett sätt som avviker från den behandlingsnorm som gäller för en erfaren specialist eller annan erfaren yrkesutövare inom det aktuella området, i detta fall en erfaren skolsjuksköterska, och behandlingsresultatet på grund av detta uteblivit, försenats eller försämrats. Skadan består normalt i att en annars förväntad förbättring uteblivit och kan beskrivas som en merskada i förhållande till det förlopp som borde ha blivit följden om patientens sjukdom diagnostiserats primärt och behandling satts in.

I beslut den 6 december 2010 i anledning av en Lex Maria-anmälan avseende utebliven diagnos av patientens hypofystumör skriver Socialstyrelsen: ’Socialstyrelsen konstaterar att patienten följt normal tillväxtkurva, med hänsyn taget till föräldrarnas längder, före 9 års ålder. Från 10 års ålder accelererade längdtillväxten, vilket kan ha varit en normal s.k. pubertetsspurts – då pubertetsstadier inte har dokumenterats är detta inte möjligt att bedöma. Mellan 12 och 14 års ålder växte han 27 cm och hade då uppnått en längd som inte var normal, med tanke på tidigare tillväxtkurva och föräldrarnas längd. Vid nästa mättillfälle i åk 8 var han 187 cm lång och uppvisade en patologisk tillväxtacceleration. Vid mätningen i åk 9 uppvisade han en längd på 198 cm, som klart borde ha lett till ytterligare diagnostiska åtgärder. Socialstyrelsen bedömer således att skolhälsovården har brutit i att identifiera onormal tillväxt, trots att den uppmättes.’

Nämnden delar Socialstyrelsens bedömning och finner att en erfaren skolsjuksköterska åtminstone i januari 2007 borde ha remitterat patienten vidare för utredning om orsaken till den patologiska tillväxtac-

celerationen. Nu blev patienten i stället undersökt och diagnostiserad först i juni 2009, således 2 år och 5 månader senare. Den merskada som uppkommit på grund av denna försening av diagnostiseringen och behandlingen av patientens hypofystumör är ersättningsbar enligt patientskadelagen. Det ankommer på Skadejuridik i Norden AB att utreda vilken merskada som uppkommit och lämna patientskadeersättning för denna.

Av tillgängliga handlingar framkommer att konsekvenserna av diagnosförseningen sannolikt kommer att bli mycket omfattande med bland annat muskel- och ledbesvär från rygg, höfter och knän samt psykosociala svårigheter. På lång sikt föreligger även risk för hjärt- och leversjukdomar. Utredning av merskadan bör ske av specialistsakkun-
nig.”

(Dnr 927/2011 – PRS 2012:06)

Försenad diagnos av hjärnblödning

Ärendet gällde en 50-årig kvinna som sökte akut hjälp för huvudvärk. Patienten anmälde lidande och kvarstående besvär på grund av fördröjd/felaktig diagnos och behandling av hjärnblödning (subarachnoidalblödning) då hon sökte akut den 13 maj 2006 på medicinkliniken på ett universitetssjukhus. I samband med att hon hostat till hade hon fått ont i nacken och besvären spred sig sedan upp mot huvudet och tinningarna. Hon hade kräpts ett par gånger och mådde illa. De smärtstillande tabletter hon tagit hade inte haft någon större effekt. Det framkom att patienten den aktuella dagen under cirka 30 minuter tvättat mattor för hand utomhus.

Vid undersökning var pupillreflex utan anmärkning, ingen nystagmus (ofrivilliga ögonrörelser), motorik i ansiktet var utan anmärkning och finger-pek gick bra så länge patienten medverkade. Grov kraft i armarna var normal. Grasset var normal (sträck upp armarna, blunda och håll kvar). Patienten fick Voltaren (antiinflammatoriskt) 75 mg intramuskulärt och smärtlindrades på detta. Besvären bedömdes vara muskulärt orsakade. Den 17 maj samma år uppsökte patienten neurologkliniken på samma universitetssjukhus. Man bedömde där att det sannolikt var muskuloskeletal besvär. Patienten fick smärtstillande tabletter och skulle kortvarigt prova muskelavslappnande medel.

Patientskadenämnden gjorde följande bedömning: ”I detta fall har en tidigare i princip frisk kvinna insjuknat i akut svår huvudvärk, illamående och kräkningar. Man borde därför åtminstone när patienten den

17 maj 2006 åter sökte sjukhusvård för sina besvär ha misstänkt att en subaraknoidalblödning uppkommit och undersökt hennes hjärna med datortomografi. En sådan undersökning hade påvisat blödningen. Nu gjordes denna undersökning först den 22 maj 2006. Enligt nämndens bedömning har denna diagnosfördröjning på fem dagar påverkat det följande sjukdomsförloppet. Patienten har därför rätt till patientskadeersättning.”

(Dnr 768/2009 – PRS 2010:08)

Försenad diagnos av blodpropp i höger arm

En kvinna sökte den 21 mars 2003 akut för besvär från höger axel. Hon var lite missfärgad över hela höger arm. Ingen påtaglig svullnad förelåg men patienten var något konsistensökad i överarmen och även trycköm. Trombosdiagnostik beställdes. Nästa dag utfördes ultraljud av höger arm som inte visade någon förekomst av trombos. Patienten var något förbättrad i sin arm. Hon hade ingen tryckömhetsmenet det förelåg en lätt missfärgning över underarmen. Patienten fick råd att vara aktiv med armen och om symtomen inte skulle gå i regress ta ny kontakt. Först efter flera återbesök upptäcktes efter nästan två veckor en djup blodpropp i höger arm. Patienten lades in på sjukhus för heparininfusion och Waranbehandling (blodförtunnande behandling).

Patientskadenämnden gjorde följande bedömning: ”Enligt nämndens mening förelåg en typisk trombosbild redan den 21 mars 2003. När ultraljundsundersökningen följande dag inte påvisade någon trombos borde utredningen ha kompletterats med en datortomografiundersökning med hänsyn till att ultraljundsundersökning inte är en helt tillförlitlig undersökningsmetod. En datortomografiutredning hade påvisat trombosbildningen. Enligt nämndens bedömning har diagnosfördröjningen med övervägande sannolikt påverkat det följande sjukdomsförloppet. Patienten har därför rätt till patientskadeersättning.”

(Dnr 244/2005)

4 INFEKTIONSSKADA

(6 § första stycket 4 och 6 § tredje stycket)

Bestämmelsen i den frivilliga patientförsäkringen om vilka infektioner som kunde ersättas var otydlig och ersättning lämnades ibland enligt skaderegleringspraxis i strid mot bestämmelsens ordalydelse. Vid arbetet med patientskadelagen diskuterades därför olika lösningar. Man stannade till slut för en allmän skadebestämmelse som ger utrymme för en skälighetsavvägning i det enskilda fallet.

Vid infektionsskador sker prövningen av rätten till patientskadeersättning i två led.

En första förutsättning för att en ersättningsbar infektionsskada ska föreligga är att ett smittämne överförs i samband med undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd.

Om det är klart att ett smittämne överförs i samband med vårdåtgärden i fråga ska avgöras om infektionen skäligen måste tålas. I så fall är rätten till ersättning utesluten.

Även om en relativt stor del av anmälningarna till försäkringsbolagen rör infektionsskador är det endast cirka 4 procent av ärendena i Patientskadenämnden som gäller ersättningsfrågor i samband med infektioner. Det beror sannolikt på att den praxis som nämnden utvecklade de första åren efter patientskadelagens ikraftträdande, när det gäller skälighetsbedömningen vid infektionsskador, snabbt anammades av försäkringsbolagen och till stor del accepterades av patienterna.

Överförd smitta

Patientskadeersättning kan således lämnas om det föreligger övervägande sannolikhet för att en skada har orsakats av att *smittämne som lett till infektion har överförts till en patient* i samband med undersökning, vård, be-

handling eller liknande åtgärd. Skador som är orsakade av smittämne som finns hos patienten innan behandlingen är således inte ersättningsbara. Som exempel kan nämnas bakterier i magtarmkanalen eller munhålan. Det kan dock emellanåt vara svårt att avgöra om en infektion är en följd av exempelvis bakterier som funnits på patientens egen hud eller om bakterierna på annat sätt kommit utifrån. Denna problematik kan belysas av följande fall.

En flicka drabbades vid fyra veckors ålder av GBS-meningit (hjärnhinneinflammation orsakad av B-streptokocker) och allmän blodförgiftning. Det uppkomna tillståndet orsakade flickan en svår hjärnskada till följd av vilken hon senare avled. Modern ansåg att flickan blivit smittad vid förlossningstillfället.

Patientskadenämnden gjorde följande bedömning: ”En första förutsättning för att patientskadeersättning ska kunna lämnas för en uppkommen infektion är att det föreligger övervägande sannolikhet för att infektionen har orsakats av att smittämne överförts till patienten i samband med undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd. För att ett smittämne ska anses ha överförts i samband med en vårdåtgärd är det alltså inte tillräckligt att infektionen kan ha orsakats på detta vis, utan denna orsak ska vara mer sannolik än någon annan tänkbar förklaring till infektionen. I detta ärende har man inte med säkerhet kunnat fastställa uppkomstmekanismen till den hjärnhinneinflammation som så tragiskt drabbade patienten och som orsakade hennes död. Det som emellertid talar emot en vid vård eller behandling överförd smitta är att patienten först cirka en månad efter förlossningen insjuknade i en hjärnhinneinflammation. Om infektionen hade tillförts i samband med sjukhusvistelsen i april 2004 hade den normalt sett visat sig i nära anslutning till förlossningen. Nämnden delar därför PSR:s bedömning att hjärnhinneinflammationen inte med övervägande sannolikhet orsakats av B-streptokocker som överförts vid förlossningen eller vid någon annan vårdåtgärd i samband med flickans sjukhusvistelse i april 2004.”

(Dnr 972/2007– PRS 2008:07)

I ett likartat fall konstaterade nämnden att omkring 20 procent av alla gravida kvinnor är bärare av grupp B-streptokocker och att detta i sällsynta fall kan leda till svåra infektioner hos barnet. Nämnden fann att den aktuella infektionen med övervägande sannolikhet orsakats av

kroppsegna bakterier och att den hjärnskada barnet drabbats av inte var ersättningsbar.

(Dnr 897/2011)

Exempel på andra fall då en infektion ansetts orsakad av patientens egna bakterier och således inte varit överförd är följande.

Infektion efter tandbehandling

En medelålders man drabbades av en hjärnabscess i samband med tandläkarbehandling.

Patientskadenämnden konstaterade att om en infektion uppkommer efter ingrepp i en sådan del av kroppen som från bakteriologisk synpunkt får betraktas som "oren", t.ex. en infektion som uppkommer i samband med behandling i munhålan där det föreligger en naturlig och riklig förekomst av bakterier, kan det inte anses övervägande sannolikt att smittan överförts i samband med behandlingsåtgärden. För att en infektion ska anses vara överförd i samband med vårdåtgärd i ett s.k. orent område krävs enligt nämnden att det kan påvisas att infektionen inte orsakats av kroppsegna bakterier. I detta fall hade infektionen orsakats av streptococcus milleri-bakterier som normalt finns i munhålan. Nämnden konstaterade att det i samband med själva tandbehandlingen uppkom en ökad risk för att patientens egna munhålebakterier skulle komma in i blodbanan och att detta i ytterst sällsynta fall kunde leda till utveckling av en varhård i hjärnan. Infektionen hade enligt nämnden i detta fall således orsakats av patientens egna bakterier. Patientskadeersättning kunde därför inte lämnas.

(Dnr 51/2002 – PRS 2002:09)

Infektion efter ingrepp via ändtarmen

Infektion uppkom i samband med ingrepp via ändtarmen. Infektionen hade orsakats av kolibakterier som normalt finns i tarmen. Det var således patientens egna bakterier som orsakat infektionen, varför någon patientskadeersättning inte ansågs kunna lämnas.

(Dnr 741/2001)

Infektion efter galloperation

En man opererades med borttagande av gallblåsan på grund av kronisk gallblåseinflammation. I efterförloppet drabbades han av allmän blodförgiftning som krävde vård på intensivvårdsavdelning.

Patientskadenämnden fann att den sannolika infektionskällan var själva gallblåsan som före operationen varit inflammerad. Infektionen hade dessutom uppkommit efter ingrepp i ett område som från bakteriologisk synpunkt fick anses orent, eftersom gallblåsan har en direkt förbindelse till mag- och tarmkanalen, vilket är ett bakterierikt område. Nämnden ansåg att det inte var fråga om ett utifrån överfört smittämne som lett till infektionen samt att infektionen inte kunnat undvikas genom ett annat utförande av operationen som varit mindre riskfyllt. Ersättningsbar patientskada förelåg således inte.

(Dnr 76/2011)

Navelinfektion hos nyfött barn

Någon dag före utskrivningen av ett nyfött barn konstaterades att naveln infekterats med bl.a. stafylococcus aureus. Infektionen läkte ut efter cirka en månad. Det ansågs inte sannolikt att infektionen tillförts genom någon hälso- och sjukvårdande åtgärd utan i stället sannolikt uppkommit genom bakterier från huden. Ingen ersättning lämnades därför.

(Dnr 18/1988)

Öppen fraktur

En man ådrog sig en öppen högersidig hälbensfraktur. Efter operation av frakturen drabbades han av en infektion. Odling visade koagulasnegativa stafylokocker.

Patientskadenämnden gjorde följande bedömning. "Patienten drabbades i januari 2010 av en öppen svårartad högersidig hälbensfraktur. När han den 8 januari kom in till sjukhus hade han således en öppen fraktur. Det är därför inte övervägande sannolikt att den anmälda infektionen orsakats av smittämne som överförts i samband med någon sjukvårdande åtgärd, utan smittoöverföringen får anses ha skett före det att patienten sökte sjukvårdande behandling. Skada som är orsakad av smittämne som finns hos patienten innan behandlingen är påbör-

jad är inte ersättningsbar enligt 6 § första stycket 4 patientskadelagen. Nämnden konstaterar vidare att patienten var rökare och led av diabetes. Dessa förhållanden har försämrat läkningsprocessen”.

(Dnr 737/2012)

Skälighetsbedömning

När en infektion beror på att smittämne överförs är rätten till ersättning ändå utesluten i de fall då omständigheterna är sådana att infektionen *skäli- gen måste tålas*. Hänsyn ska vid denna bedömning tas till arten och svårhetsgraden av grundsjukdomen, patientens hälsotillstånd i övrigt samt möjligheten att förutse infektionen.

Skälighetsbedömningen förutsätter att man gör en samlad bedömning, vilket kan leda till att, även om infektionen i ett visst fall kunnat förutses, ersättning kan lämnas om missförhållandet mellan grundsjukdomen och infektionen är särskilt stor (prop. 1995/96:187 s. 83 f). Även infektionens svårhetsgrad har således betydelse vid skälighetsbedömningen. Ju allvarigare grundsjukdomen är desto större komplikationer får patienten tåla utan rätt till ersättning. Likaså minskar möjligheten att få ersättning ju högre risk för infektion som föreligger. Om risken för skada däremot varit ringa eller svår att förutse kan förutsättningarna för ersättning vara uppfyllda. Skälighetsbedömningen, som inte sällan är svår, förutsätter som tidigare angivits att man gör en samlad bedömning av de olika prövningskriterierna.

Infektionen får skäli- gen tålas utan rätt till ersättning

En infektion som ansetts ha uppkommit på grund av att smittämne överförs får vanligtvis ändå tålas utan rätt till ersättning när följande omständigheter föreligger. Infektionen har varit ringa och orsakat besvär under en kortare tid. Grundsjukdomen är avsevärt allvarigare än infektionen. Infektionen har inte påverkat behandlingsresultatet eller behandlingstiden. Infektionen är en förväntad komplikation som man måste kalkylera med.

Exempel på behandlingar som har förhöjd infektionsrisk är vissa kateterbe-

handlingar, transplantationer och behandlingar som försämrar immunförsvaret. Infektioner som inträffar vid sådana behandlingar får därför ofta tålas. En annan typ av fall där förutsättningarna är sådana att skadan kan få godtas är då infektionen uppkommer i samband med en operation i ett område med nedsatt blodcirkulation (prop. 1995/96:187 s.84).

Nedan ges exempel på fall då en infektion ansetts skäligen få tålas utan rätt till ersättning.

Infektion efter ögonoperation

En patient som hade såväl grumling av ögonlinsen (grå starr) och förhöjt tryck i ena ögat (grön starr) opererades för att man skulle försöka rädda synen på ögat. Efter operationen uppkom en inflammation i ögats inre struktur, vilket medförde glaskroppskirurgi. Infektionen förorsakade en förlängd läknings- och behandlingstid men läkte sedan ut utan att ha påverkat operationsresultatet. Patientens synskärpa förbättrades i förhållande till vad som varit fallet före operationen.

Patientskadenämnden konstaterade att ögonsjukdomen varit betydligt allvarligare än infektionen samt att operationen varit nödvändig för att rädda synen på ögat, eftersom patienten annars sannolikt hade blivit blind på detta öga. Vidare konstaterade nämnden att infektionen varit av relativt lindrig art, att den orsakat besvär under en kortare period, att den läkt ut samt att den inte påverkat utgången av operationen. Även om infektionsrisken varit ringa och infektionen svår att förutse fick den skäligen tålas utan rätt till ersättning.

(Dnr 63/1998 – PRS 1998:03)

I ett likartat fall där infektionen ledde till bl.a. blindhet lämnades däremot ersättning (se Dnr 99/1998 – PRS 1998:05).

Infektion efter knäoperation

En äldre man genomgick på grund av smärtor en protesoperation i vänster knä. Undersökning före operationen hade påvisat en uttalad artros. I samband med operationen uppkom en infektion som läkte ut

efter cirka tre månader. Även för tid därefter fick patienten antibiotika-behandling och operationen av patientens andra knä fick skjutas upp. Infektionen orsakade emellertid inte några kvarstående besvär. Främst med beaktande av den allvarliga grundsjukdomen – knäartros – och att infektionen, trots att den inte kunnat förutses, inte äventyrat protesfunktionen, ansåg Patientskadenämnden att infektionen skäligen måste tålas utan rätt till patientskadeersättning.

(Dnr 7/1999 – PRS 1999:06)

Infektion efter operation av fotledsfraktur

Ärendet gällde en medelålders man som ådrog sig en högersidig fotledsfraktur. Tre veckor efter operationen uppmärksammades en stafylokockinfektion. Antibiotika sattes in. Patienten var sjukskriven i sammanlagt fyra månader och infektionen läkte ut utan några kvarstående men. Skaderegleringsbolaget ansåg att samband förelåg mellan fotledsoperationen och den anmälda infektionen. Rätt till ersättning föreligger då om inte omständigheterna är sådana att infektionen skäligen måste tålas.

Patientskadenämnden ansåg att den ursprungliga högersidiga fotledsfrakturen var av betydligt allvarligare art än infektionen. Fotledsfrakturen var enligt nämnden relativt omfattande då det förelåg ett spiralformat brott inom nedre delen av vadbenet, en isärsprängning av fotledsgaffeln, dvs. förbindelsen mellan vadbenet och skenbenet, och felställning av fotleden. En operation var därför nödvändig för att behandla frakturen och de stödjävnader som samtidigt skadats. Infektionen hade enligt nämnden varit av relativt lindrig art. Den var ytlig och hade således inte engagerat leden, påverkat frakturläkningen eller inverkat menligt på ledbrosket och hade därmed inte orsakat några kvarstående besvär. Nämnden ansåg vidare att den akuta sjukdomstiden inte heller med övervägande sannolikhet förlängts av infektionen. Enligt den skälighetsbedömning som ska göras borde patienten enligt nämndens mening därför tåla infektionen utan rätt till ersättning. Ersättningsbar patientskada förelåg således inte.

(Dnr 83/1998 – PRS 1998:04)

Infektionen ska skäligen inte behöva tålas utan rätt till ersättning

Som exempel på omständigheter som talar för rätt till ersättning kan nämnas följande. Infektionen har varit allvarligare än grundsjukdomen eller står inte i rimligt förhållande till förutsättningarna för behandlingen. Infektionen har förorsakat ett livshotande tillstånd, långvarig behandling eller bestående men. Risken för infektion har varit ringa och infektionen har varit svår att förutse. Det förväntade operationsresultatet har försämrats eller uteblivit på grund av infektionen.

Svårigheten att göra en rimlig avvägning mellan när en infektion får tålas och när den inte bör få tålas framgår särskilt i fall som rör patienter med allvarliga hjärtsjukdomar, vilket nedanstående fall belyser.

Infektion efter kranskärlsoperation

En patient, som genomgått en kranskärlsoperation på grund av instabil angina pectoris (kärlkramp) efter flera hjärtinfarkter, fick efter operationen en infektion i lungmellanrummet (mediastinum), vilket ledde till operation med utrymning av infekterad vätska i lung- och hjärtsäck. Patienten vårdades sedan i respirator med dränage. Efter utskrivning återkom patienten på grund av fistelbildning och ny sårinfektion. Såret måste öppnas och en delhudstransplantation utföras. Efter utskrivning fick patienten fortsätta med antibiotikabehandling samt gå på regelbundna sårkontroller.

Patientskadenämnden konstaterade att kranskärlssjukdomen var av allvarlig art samt att patienten löpt risk att utveckla en ny infarkt med dödlig utgång, varför kranskärlsoperationen var medicinskt motiverad. Det konstaterades också att det fanns en ökad komplikationsrisk på grund av att patienten led av diabetes. Det framkom dock att patienten före operationen haft god kondition och varit vid god vigör, att patientens diabetes varit en åldersdiabetes som endast kostbehandlats samt att operationen inte varit akut utan planerad. Även om det funnits en risk för en ny hjärtinfarkt hade det enligt nämnden varit möjligt att patienten utan operation hade kunnat fortsätta att leva ett normalt liv. Vidare konstaterade nämnden att den djupa infektion som uppkom inte hade kunnat förutses samt att infektionen varit av ytterst allvarlig art och försatt patienten i ett livshotande tillstånd där akut operation med osäker utgång varit nödvändig. Det direkta akuta sjukdomsförloppet i anledning av infektionen var också långdraget med

intensivvårdsbehandling och flera omoperationer. Slutligen konstaterade nämnden att sjukdomsförloppet även efter sjukhusvistelsen varit långdraget samt att det förelåg risk för att infektionen skulle kunna ge bestående besvär. Patientskadenämnden ansåg därför att infektionen inte stod i rimligt förhållande till grundsjukdomen, även om denna måste betecknas som mycket svår, varför ersättning borde utgå.

(Dnr 81/1999 – PRS 1999:07)

I ett likartat fall fick infektionen inte riktigt lika svåra konsekvenser. Patienten blev efter den akuta infektionstiden helt återställd och arbetsför. Infektionen medförde således inte några bestående men. Vid en samlad bedömning av omständigheterna i detta ärende fann nämnden till skillnad från det förra fallet att patienten skäligen fick tåla infektionen utan rätt till ersättning.

(Dnr 293/2001 – PRS 2001:15)

Infektion efter inoperation av totalprotes i höger höft

Patienten, en 76-årig man, hade haft mångåriga smärtor i höger höft på grund av artros. Med anledning av en röntgenverifierad grav höftförslitning beslutades att man skulle operera in en totalprotes i höger höft. Operationen utfördes rutinmässigt utan anmärkning och patienten fick sedvanlig antibiotikaproylax. Postoperativt utvecklades en infektion som antibiotikabehandlades och man lade spoldränage vid två tillfällen. Man fattade beslut om att protesen skulle tas bort men man kunde undvika detta vid en operation ungefär en och en halv månad efter det ursprungliga ingreppet. Vid omoperationen fick patienten ett nytt spoldränage och man återsydde muskelstrukturerna. Infektionen läkte därefter ut. Den ansågs ha berott på smittämne som överförts vid den första operationen.

Patientskadenämnden konstaterade att rätt till ersättning då föreligger om inte omständigheterna är sådana att infektionen skäligen måste tålas. I detta fall hade infektionsrisken enligt nämnden varit ringa och infektionen varit svår att förutse. Vad gäller följderna av infektionen konstaterades att patienten vårdats inneliggande i cirka en och en halv månad och att infektionen därefter krävt daglig infusionsbehandling av antibiotika fram till tre månader efter utskrivningen från sjukhuset. Patienten drabbades enligt journalen också av en djup ventrombos, vilken bedömdes ha samband med infektionen. Patientskadenäm-

dens bedömning var att infektionen därutöver sannolikt haft en viss inverkan på det slutliga resultatet efter höftoperationen. Mot bakgrund av dessa faktorer måste infektionens följder enligt nämnden anses vara av relativt allvarlig art. Patientskadenämnden ansåg – vid den skälighetsbedömning som ska göras – att det förhållande att infektionen varit svår att förutse, sammantaget med svårhetsgraden av infektionen i förhållande till grundskadan, borde medföra att patienten inte skäligen skulle behöva tåla infektionen utan rätt till ersättning. Enligt nämnden förelåg därför en ersättningsbar patientskada.

(Dnr 292/ 2000 – PRS 2000:17)

Infektion efter diskbräcksoperation

Patienten, en 42-årig kvinna, inkom akut till ortopedklinik på grund av högersidig ischias och CT-verifierat diskbräck LV-LVI på höger sida. Besvären hade debuterat en och en halv månad tidigare och smärtorna hade inte gett med sig med smärtstillande medel. När patienten kom in till ortopedkliniken hade hon fått svårt att kissa. Eftersom smärtorna var påtagliga fann man att operationsindikation förelåg och operation utfördes dagen därpå. Knappt en månad senare fick patienten ökade smärtor i ländryggen med stickningar längs vänster klinka och på vänstra vadens baksida. MR utfördes och man fann en mjukdelssvullnad och ödem. Infektion kunde inte uteslutas, varför antibiotika insattes under misstanke om diskit. Patienten sjukhusvårdades därefter ett flertal gånger på grund av morfinkrävande smärtor. Hon långtidsbehandlades med antibiotika i cirka 8 månader. Kort tid efter avslutad medicinerings sökte hon åter sjukhusvård med tilltagande smärtor, diffust obehag och allmän sjukdomskänsla och inlades för smärtlindring och vidare utredning. Efter kontakt med infektionsläkare remitterades hon för MR-undersökning och återinsattes på antibiotika. Då diskiten medfört svårbemästrade smärtor remitterades patienten till universitetssjukhus för ställningstagande till fusion av kotorna i det drabbade området.

Patientskadenämnden konstaterade att infektionen berott på smittämne som överförts vid diskbräcksoperationen samt att rätt till ersättning då föreligger om inte omständigheterna är sådana att infektionen skäligen måste tålas. I detta fall hade infektionsrisken enligt nämnden varit ringa och infektionen varit svår att förutse. Nämnden konstaterade också att patientens infektion varit mycket långdragen samt att det av en journalanteckning 13 månader efter operationen framgick att infektionen vid denna tidpunkt ännu inte var säkert utläkt. Vidare att infektionen även krävt långvarig antibiotikabehandling. Patienten

hade enligt nämnden genom infektionen under lång tid förorsakats ett betydande lidande med svårbemästrade smärtor, som tidvis varit morfinkrävande. Nämnden menade också att infektionen i och med att den gett ett restillstånd äventyrat operationsresultatet. Slutligen konstaterade nämnden att det av utredningen i ärendet även framgick att en fusion av kotorna i det drabbade området diskuterats. Vid en samlad bedömning ansåg Patientskadenämnden att följderna av infektionen varit av allvarligare art än grundsjukdomen. Nämnden konstaterade också att risken för infektion varit ringa och att infektionen varit svår att förutse. Infektionen ansågs därför inte ha stått i rimlig relation till grundsjukdomen, varför patienten inte borde tåla infektionen utan rätt till ersättning. Rätt till patientskadeersättning förelåg alltså.

(Dnr 305/2000 – PRS 2000:19)

Infektion efter knäoperation

En kvinna opererades med en vänstersidig knäledsplastik den 6 juni 2000 på grund av knäartros, dvs. ledförslitning. På grund av reumatisk artrit stod hon på behandling med kortison och Metotrexate (medel som sätter ned immunförsvaret). I samband med operationen drabbades patienten av en infektion. Hon vårdades inlagd på sjukhus i 13 dagar med intravenös antibiotika varefter symtomen gick tillbaka. Under hösten lades såret om i hemmet och i december var såret läkt och antibiotikabehandlingen kunde avslutas.

Patienten återkom i februari 2010 då hon ansåg att hon hade fått bestående besvär som en följd av infektionen. Röntgen kunde inte påvisa proteslossning. Försäkringsbolaget gjorde bedömningen att patientens kvarstående besvär inte hade samband med infektionen och stod fast vid sin bedömning att infektionen skäligen måste tålas.

Patientskadenämnden konstaterade vid den skälighetsbedömning som ska göras när infektionen med övervägande sannolikhet överförts vid operationen i juni 2000 att operationsindikationen inte varit tvingande och att knäoperationen var ett planerat rutiningrepp, även om behandlingen avsåg en relativt besvärlig grundsjukdom. Ingreppet utfördes dessutom i ett område som från bakteriologisk synpunkt får anses rent. Även om viss risk för en postoperativ infektion förelåg med tanke på behandlingen med kortison och Metotrexate, fick infektionen därför i detta fall anses som inte förutsebar.

Den akuta sjukdomstiden med antibiotikabehandling på grund av infektionen var cirka sex månader, varav nästan två veckors sjukhusvis-

telse. Infektionen hade även med övervägande sannolikhet bidragit till att operationsärren blivit missprydande. Patienten kunde inte gå längre sträckor utan värk. Hennes kvarstående besvär från vänster knä var således värk samt dålig funktion och rörelse mellan 5–90 grader med tendens till ytterligare försämring.

När det gällde patientens kvarstående besvär ansåg nämnden att infektionen bidragit till den dåliga knäfunktionen. Om infektionen inte hade inträffat hade således patientens vänstersidiga knäfunktion varit bättre. Merinvaliditeten på grund av infektionen är skillnaden mellan det normala behandlingsresultatet och det slutresultat som föreligger, dvs. mellan nuvarande invaliditetsgrad och den invaliditetsgrad som normalt skulle föreligga efter en komplikationsfri operation.

Vid en samlad bedömning av de omständigheter som angetts ovan fann nämnden att den tillförda infektionen, som inte var förutsebar, orsakat så omfattande och svårartade besvär att den inte kunde anses stå i rimlig relation till knäoperationen. Enligt den skälighetsbedömning som ska göras borde patienten därför inte tåla infektionen utan rätt till ersättning. Ersättningsbar patientskada förelåg således.

(Dnr 19/2012 – PRS 2012:09)

Infektion efter utredning av kärlsjukdom

Ärendet gällde en 62-årig man med återkommande TIA-attacker (övergående blodtomhetstillstånd i hjärnan) och åderförkalkning i hjärnkärlen. Patienten anmälde att han drabbats av en bakteriell infektion efter det att man satte en ”infart” i armen den 6 maj 2006 på neurologkliniken. Infektionen medförde att hans högra fotled blev förstörd genom att han drabbades av septisk artrit. Ledpunktion den 11 maj 2006 visade riklig växt av staphylococcus aureus. Patienten utvecklade även njursvikt som bedömdes sekundär till den allmänna blodförgiftningen i kombination med kontraströntgen, ACE-hämmare (blodtryckssänkande) och NSAID-preparat (smärtstillande). Vid utskrivningen från sjukhus den 29 maj 2006 var patienten förbättrad i foten och njursvikten var på tillbakagång. Hösten 2009 genomgick patienten en steloperation av höger fotled.

Patientskadenämnden fann att det var övervägande sannolikt att smittämne hade överförts i samband med vård och behandling, mest sannolikt via infartskatetern i höger arm i samband med kontraströntgenundersökningen. Nämnden konstaterade vidare att patientens grundbesvär – återkommande TIA-attacker och generell arterioskleros – i sig

var allvarliga och kunde leda till slaganfall med förlamning. Samtidigt noterade nämnden att patientens grundsjukdom inte hade varit av den art och omfattning att den föranlett någon endovaskulär åtgärd utan patienten hade blivit besvärsfri med farmakologisk behandling. Den tillförda infektionen, med allmän blodförgiftning, övergående njursvik och septisk artrit med steloperation som följd, hade däremot varit mycket svårartad, livshotande och sällsynt. Sjukdomsförloppet hade varit långdraget, krävt långvarig antibiotikabehandling och lett till kvarstående besvär. Vid en samlad bedömning fann nämnden att den tillförda infektionen inte stod i rimlig proportion till grundsjukdomen. Enligt den skälighetsbedömning som ska göras borde patienten därför inte tåla infektionen utan rätt till ersättning. Rätt till patientskadeersättning förelåg således.

(Dnr 671/2010 – PRS 2010:17)

Prövning av infektioner enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen

Om ersättning inte kan lämnas enligt 6 § första stycket 4 patientskadelagen (inte vid vårdåtgärd överfört smittämne) eller 6 § tredje stycket patientskadelagen (vid vårdåtgärd överfört smittämne, men infektionen får skäligen tålas utan rätt till ersättning) ska ärendet även prövas enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen. Vid denna prövning ska bedömas om infektionen orsakats av behandlingen och om så är fallet blir frågan om infektionen kunnat undvikas genom ett annat förfarande. Om infektionen orsakats av behandlingen och hade kunnat undvikas genom ett annat förfarande kan patientskadeersättning lämnas enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen.

5 OLYCKSFALLSSKADA

(6 § första stycket 5)

Patientskadeersättning lämnas om en skada har orsakats av olycksfall i samband med undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd eller vid sjuktransport eller i samband med brand eller annan skada på vårdlokaler eller utrustning.

Enligt kommentaren till den frivilliga patientförsäkringen definierades en olycksfallsskada på samma sätt som i vanliga olycksfallsförsäkringar, dvs. som en kroppsskada som en person ofrivilligt drabbas av genom en plötslig yttre händelse (SOU 1994:75 s. 44 och s. 114). Patientskadelagen ger ersättning inte endast för fysiska skador utan även för psykiska skador. Även sådana skador kan således ge rätt till ersättning om de orsakats av olycksfall i samband med någon vårdåtgärd.

En huvudprincip är att olycksfallsskyddet är inriktat på sådana olycksfall som har samband med och är typiska för vårdverksamheten. Ersättningsrätten är därför begränsad till de för vården speciella riskerna. Från rätten till ersättning undantas de normala olycksfallsrisker som kan föreligga oberoende av vårdsituationen. En patient som normalt klarar sig själv får inte ersättning för ett olycksfall som inträffar vid den vardagliga vistelsen på sjukhuset om patienten t.ex. snubblar på väg till dagrummet eller toaletten. Sådana olycksfall kan inte anses vårdbetingade. Däremot kan ersättning lämnas för ett olycksfall som inträffar i samband med behandling, exempelvis om en patient i anslutning till en undersökning faller från en säng eller om patienten under gångträning tillsammans med personal faller omkull. Ersättning kan också komma i fråga om en patient, där det föreläggat en förhöjd olycksfallsrisk, inte har övervakats på det sätt som vårdsituationen kräver, exempelvis befinner sig i ett omtöcknat tillstånd efter en operation.

En stor del av skadeanmälningarna till försäkringsbolagen gäller olycksfallsskador. Det är däremot tämligen ovanligt att patienterna beträffande denna skadetyp begär en överprövning i Patientskadenämnden. Det sker bara i cirka 1 procent av nämndsfallen. Ändringsfrekvensen i nämnden för dessa

skador ligger på cirka 21 procent. Den förhållandevis höga ändringsfrekvensen beror sannolikt på att nämnden oftare än försäkringsbolagen anser att olycksfallsskadorna orsakats av att patienten försatts i en situation som ger en förhöjd olycksfallsrisk.

Olycksfall som har samband med vårdåtgärd

Vissa avgränsningssvårigheter kan uppkomma när det gäller att bedöma om ett olycksfall har samband med en vårdåtgärd eller inte. I ett ärende (Dnr 118/1986) ansåg Patientskadenämnden att följande huvudlinjer borde tjäna till ledning vid bedömning av om ett olycksfall uppkommit i samband med undersökning.

Om det är fråga om en ineliggande patient som själv inte kan ta sig till undersökningsrummet, får patienten anses vara under behandling från det att patienten läggs på en bårvagn eller sätts i en rullstol för att transporteras till undersökningsrummet, alternativt påbörjar sin vandring tillsammans med vårdpersonal som levande stöd. Patienten får sedan anses vara under behandling till dess att patienten kommit tillbaka till vårdavdelningen på samma sätt.

I de fall där patienten själv kan ta sig till undersökningsrummet ska patienten anses vara under behandling från det att patienten kommer till undersökningsrummet och där börjar klä av sig till dess att patienten klätt på sig igen. Detta bör även gälla för patienter under ambulansvård.

Om patienten själv kan ta sig till undersökningen eller om det rör sig om en patient under ambulansvård och undersökningen inte kräver att patienten klär av sig, t.ex. vid undersökning av ögon eller öron, får patienten anses vara under behandling först från och med det att patienten sätter sig i undersökningsstolen eller lägger sig på undersökningsbritten till dess att patienten har rest sig upp efter avslutad undersökning.

I ärendet var det fråga om en äldre patient som låg på ett undersökningsbord i avvaktan på att få hjälp med påklädningen efter genomgången EKG-undersökning. När hon försökte resa sig och gå ner från bordet halkade hon och

skadade sig. Patienten ansågs fortfarande vara under behandling då olycksfallet inträffade och ersättning lämnades.

I ett annat ärende låg patienten kvar på en bårvagn i avvaktan på att röntgenbilderna skulle framkallas efter en röntgenundersökning. Om någon bild inte blev bra skulle omedelbart nya bilder kunna tas. Under tiden patienten låg på bårvagnen ville hon besöka toaletten, men ramlade ner från bårvagnen och ådrog sig flera frakturer. Då undersökningen således inte var avslutad när olycksfallet inträffade ansågs ersättningsbar olycksfallsskada föreligga.

(Dnr 117/1986)

Olycksfall som inte har samband med vårdåtgärd

Ärendet gällde en 67-årig man som efter remiss från vårdcentral skulle besöka ett sjukhus för en röntgenundersökning. På väg in i sjukhusbyggnaden genom en s.k. karusellentré träffades han i ryggen av dörren och föll omkull, varvid han skadade sig. I sin anmälan uppgav patienten att han efter en stroke gick långsamt och att han inte hann in. Utredningen i ärendet gav inte något stöd för att entrédörren inte skulle ha fungerat som den skulle.

Patientskadenämnden konstaterade att en förutsättning för ersättning var att olycksfallet hade samband med vården. Olycksfall som inträffar under en sjukhusvistelse eller i samband med besök på vårdcentral eller liknande och som patienten skulle kunnat råka ut för på vilken annan plats som helst, t.ex. om patienten snubblar i en trappa och skadar sig, omfattas således inte av rätten till patientskadeersättning. Nämnden ansåg därför att olycksfallet inte hade sådant samband med vården som avses i patientskadelagen. Det förelåg således inte någon rätt till patientskadeersättning.

(Dnr 181/2013 – PRS 2013:04)

Även följande fall är exempel på bedömningar vid olycksfallsskador.

Missbrukare som försökt rymma

Patienten vårdades på sjukhus enligt lagen om vård av missbrukare. Vid ett obehagat tillfälle hade patienten försökt lämna sjukhuset genom att binda fast en filt i balkongräcket och därefter klättra ner. Han tappade emellertid greppet och föll, varvid han skadades. Olycksfallet ansågs inte ha orsakats i samband med vårdåtgärd.

(Dnr 8/1990)

Olycksfall vid toalettbesök

Patienten anmälde att han drabbats av näs- och underkäksfrakturer samt tandskador i samband med fallolycka vid toalettbesök på vårdavdelning.

Patientskadenämnden, som inte ansåg att någon ersättningsbar olycksfallsskada förelåg, gjorde följande bedömning: ”I detta ärende var patienten vid den aktuella tidpunkten, enligt utlåtande den 6 april 2011 av chefsjuksköterskan, helt orienterad och kunde gå utan stöd. Patienten skriver själv i brev den 30 november 2011 att det inte var några svårigheter att gå till toaletten. Efter olycksfallet steg han enligt egna uppgifter upp utan svårigheter och gick sedan till sängen och ringde efter hjälp. Enligt nämndens bedömning kunde detta olycksfall lika väl ha inträffat i hemmet. Eftersom patienten heller inte försatts i en situation som ger en förhöjd olycksfallsrisk föreligger inte någon rätt till patientskadeersättning för det anmälda olycksfallet.”

(Dnr 291/2012)

För rätt till patientskadeersättning är det inte nödvändigt att patienten är i direkt kontakt med vårdpersonal utan det räcker att patienten försatts i en situation som ger en *förhöjd olycksfallsrisk* (prop. 1995/96:187 s. 84). Om en patient är i behov av extra övervakning på grund av nedsatt allmäntillstånd till följd av grundsjukdomen eller genomgången operation, men inte får den övervakning som tillståndet kräver och detta förhållande orsakar ett olycksfall, kan ersättning bli aktuell. Vid bedömningen av om patienten försatts i

en situation som innebär en förhöjd olycksfallsrisk kan man emellertid inte utgå från att det alltid ska föreligga en maximal säkerhets- och övervakningsnivå, utan utgångspunkten måste vara att denna nivå ska vara rimlig (Dnr 188/2008).

Patient försatt i en situation som ger förhöjd olycksfallsrisk

En kvinna vårdades på sjukhus för en högersidig lårbensfraktur som hon ådragit sig i hemmet. En kväll klättrade hon över sänggrinden två gånger. Den andra gången föll hon och ådrog sig en vänstersidig lårbensfraktur.

Patientskadenämnden gjorde följande bedömning: ”Redan klockan 20.40 den 12 mars 2005 noterades i journalen att patienten hade klättrat över sänggrindarna och ramlat på golvet. Klockan 22.30 samma kväll noterades att patienten ånyo hade klivit över sänggrindarna och att hon låg på golvet med smärta från vänster ben vid höften. Senare röntgenundersökning kunde påvisa en vänstersidig lårbensfraktur. Nämnden anser att man efter den första olyckshändelsen klockan 20.40 borde ha haft en bättre övervakning av patienten och att man i sådant fall med övervägande sannolikhet hade kunnat förhindra det olycksfall som inträffade nästan två timmar senare och som orsakade en lårbensfraktur. Genom att man efter det första olycksfallet inte satte in en utökad övervakning av patienten försatte man henne i en situation som gav en förhöjd olycksfallsrisk. Olycksfallsskador som uppkommer under sådana omständigheter berättigar till ersättning enligt 6 § första stycket 5 patientskadelagen. Rätt till patientskadeersättning med anledning av den vänstersidiga lårbensfrakturen föreligger således.”

(Dnr 880/2006 – PRS 2007:06)

Med *sjuktransport* avses ambulans- och liknande transporter av patienter till och från sjukhus och andra vårdinrättningar.

Följande ärende är ett exempel på en sådan transport.

Olycksfall i samband med hemtransport med taxi från dagrehabiliteringen

En 81-årig kvinna föll ur taxin och ådrog sig en högersidig fotledsfraktur i samband med en taxitransport till hemmet från dagrehabiliteringen.

Patientskadenämnden ansåg att ersättningsbar skada förelåg och gjorde följande bedömning: ”Den aktuella hemresan från dagrehabiliteringen med taxi hade ordinerats och beställts av vårdpersonal. Enligt nämndens mening är hemresan därför en sådan vårdåtgärd som omfattas av patientskadelagen. Taxiresan får även anses utgöra en sådan sjuktransport som anges i 6 § första stycket 5 patientskadelagen. Den högersidiga fotledsfraktur som uppkom vid olycksfallet i samband med hemresan från sjukhuset i november 1998 berättigar därför patienten till patientskadeersättning.”

(Dnr 159/2001 – PRS 2001:03)

Med den utformning som bestämmelsen om materialskada (6 § första stycket 2) fått när det gäller skador till följd av fel hos eller felaktig hantering av *medicinteknisk produkt eller sjukvårdsutrustning* har skador som orsakats av olycksfall till följd av fel på sådan produkt eller utrustning kommit att sakna självständig betydelse. Dessa skador behöver därför inte räknas in bland olycksfallen (prop. 1995/96:187 s. 45). Olycksfallsskador som orsakats av brister i lokaler eller i utrustning som inte faller in under begreppet medicintekniska produkter eller sjukvårdsutrustning är däremot att anse som ersättningsbara olycksfallsskador.

6 MEDICINERINGSSKADA

(6 § första stycket 6)

Patientskadeersättning lämnas vidare om en skada är en följd av att ett läkemedel har förordnats eller lämnats ut i strid med föreskrifter eller anvisningar. Med *förordna* avses förskrivning eller ordination av läkemedel (prop. 1995/96:187 s. 84f). Vad som avses med läkemedel framgår av läkemedelslagen(1992:859).

Läkemedelsskador som är en följd av att hälso- och sjukvårdspersonal eller apotekspersonal inte hanterat ett läkemedel på ett riktigt sätt kan således ersättas genom patientskadelagen. Ersättning kan lämnas om en skada uppkommit på grund av att sjukvårdspersonal använt ett läkemedel på felaktigt sätt, med felaktig dosering eller vid kontraindikation. Ersättning kan även bli aktuell om apotekspersonal lämnat ut ett annat läkemedel än det som angivits på receptet eller när doseringen av läkemedlet inte överensstämmt med vad som stått på receptet. Likaså kan ersättning komma i fråga när en patient som skött medicineringen själv skadats av ett läkemedel därför att personalen gett patienten felaktiga anvisningar om läkemedlets användning.

Bedömningen av om läkemedelshanteringen varit riktig eller inte ska inte ske utifrån en optimal läkemedelsbehandling, utan utgångspunkten måste vara att nivån på hanteringen ska vara korrekt inom ramen för de föreskrifter och anvisningar som gäller.

I ett ärende fann Patientskadenämnden att medicineringen av en hjärtsjukdom skett inom ramen för de föreskrifter och anvisningar som gällde. Även om patienten under den aktuella perioden hade haft en dosering som vid vissa tillfällen behövt justeras och det vid vissa tillfällen kunde ifrågasättas om inte en snabbare dosjustering kunnat ske, ansåg nämnden att det inte fanns sådana brister i behandlingen att det förelåg rätt till patientskadeersättning enligt 6 § första stycket 6 patientskadelagen.

(Dnr 1000/2010 – PRS 2012:01)

Lite över 3 procent av ärendena i Patientskadenämnden gäller medicineringsskador. I omkring 5 procent av dessa har nämnden gjort en annan bedömning än försäkringsbolaget och funnit att läkemedlet har förordnats eller lämnats ut i strid med föreskrifter eller anvisningar och att detta orsakat en skada.

Följande fall är exempel på bedömningar vid medicineringsskador.

I recept felaktigt angiven dos

På grund av muskel- och ledvärk ordinerades en patient kortisonpreparatet Prednisolon 20 mg/dag. Läkemedelsbehandlingen gav dock ingen effekt. Först efter flera månader upptäcktes att läkaren i receptet felaktigt angivit dosen 4 mg/dag. När patienten sedan fick den korrekta dosen blev han efter en tid besvärsfri från sin muskelreumatism. För det onödiga lidandet under flera månader blev patienten berättigad till patientskadeersättning enligt 6 § första stycket 6 patientskadelagen.

(Dnr 965/2012 – PRS 2012:13)

Felexpediering

Ett apotek lämnade felaktigt ut 100 tabletter Imovane (sömnmedel) i stället för de 10 tabletter som angavs på receptet. Tre dagar senare kom patienten in på en akutmottagning efter att ha tagit en överdos av Imovane.

Patientskadenämnden ansåg att felexpedieringen inte hade haft ett sådant samband med överdoseringen tre dagar senare att adekvat kausalitet kunde anses föreligga. Rätt till patientskadeersättning förelåg därför inte.

(Dnr 2/2003)

Andra skador som orsakats av läkemedlets egenskaper – *läkemedelsbiverkningar* – omfattas inte av patientskadelagen. Dessa skador kan i stället prövas enligt Läkemedelsförsäkringens ersättningsbestämmelser. Det kan i detta sammanhang vara av intresse att nämna något om vad som gäller beträffande

läkemedelsbiverkningar. Nedan följer en kortfattad redogörelse för Läkemedelsförsäkringen och tillämpliga villkor.

Läkemedelsförsäkringen

Som framgår ovan så ska skador som beror på felaktig medicinering ersättas genom patientförsäkringen medan skador som beror på ett läkemedels egenskaper – *läkemedelsbiverkningar* – ska prövas enligt Läkemedelsförsäkringens ersättningsbestämmelser, ”Åtagande att utge ersättning för läkemedelsskada” (Åtagandet).

Normalt sett brukar det inte föreligga några större svårigheter att bedöma vilken försäkring som ska tas i anspråk, men ibland kan gränsdragningsproblemm uppkomma och tveksamhet föreligga till vilken organisation en skadeanmälan ska göras. Av denna anledning kan det därför vara av värde att här ge en kortfattad beskrivning av läkemedelsförsäkringen.

Den svenska Läkemedelsförsäkringen trädde ikraft den 1 juli 1978 genom en frivillig överenskommelse mellan läkemedelsföretagen i Sverige.

Om en skada uppkommer efter en helt korrekt utförd läkemedelsbehandling bör skadeanmälan sändas till Svenska Läkemedelsförsäkringen AB (SLF). Jämfört med produktansvarslagen eller skadeståndslagen ger läkemedelsförsäkringen ett betydligt mer omfattande skydd. Patienter som skadats kan på ett enkelt sätt få kompensation utan att behöva gå via domstol och utan att behöva bevisa att läkemedlet som orsakat skadan varit behäftat med en säkerhetsbrist eller ett fel. Så gott som alla läkemedel som tillhandahålls för den svenska marknaden är försäkrade. Läkemedelsförsäkringen omfattar däremot inte s.k. parallelexport, dvs. läkemedel som exporterats från Sverige för att säljas till slutförbrukare i utlandet.

Med läkemedel förstås sådan för människa avsedd vara på vilken läkemedelslagen (1992:859) är tillämplig. Läkemedelsförsäkringen omfattar dock inte skada orsakad av naturläkemedel, traditionella växtbaserade läkemedel, vissa utvärtes läkemedel eller homeopatiska läkemedel.

Om en skada med övervägande sannolikhet (§ 3 i Åtagandet) orsakats genom användning av ett läkemedel som omfattas av läkemedelsförsäkringen avgörs rätten till ersättning vid en skälighetsbedömning (§ 5). Vid denna bedömning prövas om den uppkomna skadan står i missförhållande till den förväntade nyttan av behandlingen. Man gör således en avvägning mellan å ena sidan de biverkningar som har uppkommit som en följd av läkemedelsbehandlingen och å andra sidan de positiva verkningarna av behandlingen. Hänsyn tas även till om skadan till sin art eller svårhetsgrad är sådan att den inte rimligen kunnat förutses.

Ersättningen från läkemedelsförsäkringen följer liksom patientförsäkringen i huvudsak skadeståndsrättens ersättningsnormer.

Patienter som är missnöjda med SLF:s bedömning kan begära ett utlåtande från Läkemedelsskadenämnden, som ska verka för en enhetlig och rättvis tillämpning av ersättningsbestämmelserna. Nämndens yttrande är rådgivande men följs i princip alltid av SLF. Prövningen i nämnden är kostnadsfri för patienten.

Är patienten missnöjd även med Läkemedelsskadenämndens bedömning kan han eller hon föra ärendet vidare till allmän domstol. Detta har skett endast i ett fåtal fall.

Under de senaste åren har antalet anmälningar till SLF legat mellan 500–1000 per år.

För en utförligare information om läkemedelsförsäkringen hänvisas till www.lff.se.

Gränsdragningsproblematiken mellan patient- och läkemedelsförsäkringen

Patientskadeutredningen fann år 2004 att risken för att patienter som skadats i samband med läkemedelsbehandling skulle hamna hos fel försäkring och göra rättsförlust var liten och att hanteringen inom nuvarande system fungerade bra.

Undantag från rätten till patientskadeersättning

7 § Patientskadeersättning lämnas inte om

1. **skadan är en följd av ett nödvändigt förfarande för diagnostisering eller behandling av en sjukdom eller skada som utan behandling är direkt livshotande eller leder till svår invaliditet, eller**
2. **skadan orsakats av läkemedel i annat fall än som avses i 6 § första stycket 6.**

Det *första undantaget* avser skador som är en följd av s.k. *nödvändigt förfarande*. Bestämmelsen ska för det första tillämpas i de situationer där vårdbehovet är så akut att behandling måste sättas in trots att man inte haft möjlighet att vidta normala förberedelser. Den är för det andra tillämplig i sådana situationer där man medvetet måste ta stora risker för att kunna förebygga en mycket allvarlig utveckling av patientens grundskada eller grundsjukdom.

Undantaget ska tillämpas endast vid sådan sjukdom eller skada som, om behandlingen inte sätts in, är direkt livshotande eller leder till svår invaliditet. Med svår invaliditet avses här en mycket allvarlig, bestående funktionsnedsättning som medför att den skadade inte kan återgå till normal livsföring.

Vid tillämpningen av bestämmelsen ska man göra en bedömning av om förfarandet varit nödvändigt och om det inte funnits någon annan behandlingsmöjlighet. Om det, även med kunskap om skaderisken, inte funnits någon annan möjlighet och om förutsättningarna i övrigt är uppfyllda, är en skada som inträffar inte att betrakta som en ersättningsgill skada (prop. 1995/96:187 s. 85).

Undantaget avser skador som är *en följd av* det nödvändiga förfarandet. Med detta avses att skadan ska ligga ”i farans riktning”. Om det vid exempelvis en akut behandling av en direkt livshotande sjukdom faller ner en operations-

lampa som skadar patienten, så är en sådan skada självklart ersättningsbar eftersom den inte ligger ”i farans riktning”.

Det *andra undantaget* avser *läkemedelsbiverkningar*, dvs. skador som beror på egenskaper hos ett läkemedel, vilka inte omfattas av bestämmelsen i 6 § första stycket 6. Frågan om ersättning i dessa fall prövas, som ovan nämnts, av läkemedelsförsäkringen.

Fråga om tillämpligheten av undantagsbestämmelsen i 7 § 1 patientskadelagen uppkom i följande ärende i Patientskadenämnden (fallet har tidigare refererats under avsnittet *Infektionsskada*).

En patient fick efter en kranskärlsoperation på grund av instabil angina pectoris efter flera hjärtinfarkter en ytterst allvarlig infektion i lungmellanrummet (mediastinum). Infektionen ansågs inte stå i rimligt förhållande till grundsjukdomen, även om denna måste betecknas som mycket svår, varför ersättningsbar patientskada enligt 6 § första stycket 4 och tredje stycket patientskadelagen förelåg.

Patientskadenämnden uttalade vid bedömningen av om undantagsbestämmelsen borde påverka rätten till ersättning följande: ”I det nu aktuella fallet var vårdbehovet inte så akut att kärloperationen måste utföras utan att man vidtagit normala förberedelser. Operationen kunde således planeras på normalt sätt och patientens allmänna hälsotillstånd var, som ovan beskrivits, med hänsyn till omständigheterna gott. Även om man i ett fall som det nu aktuella måste ta stora risker för att förebygga en mycket allvarlig utveckling av patientens grundsjukdom var risken för en svårartad infektion av det slag som här uppkom i detta fall oförutsebar. Risken för en så allvarlig infektion har således inte vägts in i riskbedömningen inför operationen. Vid en samlad bedömning finner nämnden därför att undantagsbestämmelsen inte bör anses tillämplig i detta ärende. Ersättningsbar patientskada föreligger således.”

(Dnr 81/1999 – PRS 1999:07)

I ett annat fall ansågs däremot undantagsbestämmelsen i 7 § 1 tillämplig, varför någon ersättningsbar patientskada inte förelåg. I det fallet var även undantagsbestämmelsen i 7 § 2 patientskadelagen tillämplig.

Ärendet gällde en 48-årig kvinna med buksmärter som genomgick en skiktröntgenundersökning av buken. Efter det att röntgenundersökningen var slutförd fick patienten andningspåverkan och kraftig andnöd. Tillståndet tolkades som en anafylaktisk chock (akut överkänslighetsreaktion med andningsbesvär och blodtrycksfall) förorsakad av intravenös kontrastinfusion. I avvaktan på att narkospersonal skulle anlända till röntgenkliniken administrerades adrenalin i koncentration 1 mg/ml i den intravenösa infartskanylen. Först injicerades en halv ml utspädd adrenalinlösning utan påtaglig effekt på andningsbesvären varför ytterligare en halv ml utspädd adrenalinlösning gavs. Någon koksaltampull för att späda adrenalinlösningen kunde inte hittas i röntgenklinikens låda för akuta mediciner. Efter andra adrenalininjektionen fick patienten kraftiga bröstsmärter och huvudvärk. Hon erhöll 100 mg Solu-cortef (kortison) via den intravenösa infartskanylen. När narkosläkaren anlant fick patienten allergimedikiner i form av antihistamin. Hon överfördes därefter från röntgenkliniken till intensivvårdsavdelningen. Patientens tillstånd förbättrades sedan snabbt.

Patienten anmälde bland annat att hon efter felbehandlingen med injektionerna med adrenalin i utspädd form drabbades av diverse besvär som orsakade en livshotande situation. Hon skulle ha erhållit utspädd adrenalinlösning i stället för utspädd sådan.

Eftersom den anafylaktiska chocken var en läkemedelsbiverkan orsakad av kontrastläkemedlet Omnipaque (jodhaltigt kontrastmedel), som hade givits i enlighet med föreskrifter och anvisningar, var detta sjukdomstillstånd inte ersättningsbart enligt undantagsbestämmelsen i 7 § 2 patientskadelagen. Patienten fick därför information om att hon kunde göra en anmälan till Läkemedelsförsäkringen angående den anafylaktiska chocken.

När det gäller patientens besvär i form av kraftiga bröstsmärter och huvudvärk efter injektionerna med utspädd adrenalinlösning konstaterade Patientskadenämnden att det av utlåtande från röntgenkliniken framgick att akutvårskan innehöll såväl utspädd som utspädd adrenalinlösning. Vidare konstaterades att läkaren dock inte lyckades finna den utspädda adrenalinlösningen eller koksalt att späda med och att patienten fick adrenalin i utspädd form, vilket medförde att patienten fick kraftiga bröstsmärter och huvudvärk. Liksom skaderegleringsbo-

laget ansåg nämnden att det varit nödvändigt att omgående behandla patientens anafylaktiska chock med adrenalin då tillståndet varit direkt livshotande. Patientens vårdbehov var enligt nämnden så akut att behandlingen med adrenalin måste sättas in trots att läkaren inte lyckats finna adrenalin i rätt koncentration. Nämnden ansåg därför att läkaren agerat korrekt i den nödsituation som faktiskt förelåg. Vid en samlad bedömning fann nämnden att undantagsbestämmelsen i 7 § första stycket 1 patientskadelagen var tillämplig och att någon ersättningsbar patientskada inte förelåg.

(Dnr 798/2009 – PRS 2009:07)

Patientskadenämnden har genom åren bara bedömt några enstaka fall som gäller undantagsbestämmelsen i 7 § 1 patientskadelagen. I endast det ovan refererade fallet har ersättning nekats.

Däremot är det inte så ovanligt att försäkringsbolagen och även nämnden får ärenden där man enligt 7 § 2 hänvisar till läkemedelsförsäkringen. Det kan röra sig om någon procent av Patientskadenämndens ärenden.

Skadeståndsrättslig prövning vid sidan av patientskadelagen

Patientskadenämnden kan även pröva frågor enligt allmänna skadeståndsrättsliga regler. Om det uppkommit en skada på grund av fel eller försummelse så kan ersättning betalas på skadeståndsrättslig grund. Ersättningen bestäms enligt skadeståndslagen på samma sätt som sker enligt patientskadelagen. Några skillnader föreligger dock. Nämligen att något avdrag för självrisk inte görs och att det inte finns något maximibelopp.

Bedömning enligt skadeståndsrättsliga regler kan göras beträffande alla typer av skador. Den övervägande andelen fall där en sådan bedömning kommer i fråga, eftersom patientskadelagen inte är tillämplig, är dock de som rör bristande eller utebliven information till patienten och därmed brister i det samtycke till behandling som en patient ska kunna lämna. Framställningen nedan koncentreras därför till frågor av detta slag.

BETYDELSEN AV INFORMATION TILL PATIENTEN OCH DENNES SAMTYCKE

Hälso- och sjukvårdslagstiftningen

Enligt svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning uppställs vid medicinsk behandling tämligen långtgående krav med avseende på samråd med patienten. I princip krävs att patienten informeras om de åtgärder som planeras och att patienten lämnar sitt samtycke till dessa. Patienten måste då också informeras om de risker som kan vara förknippade med vårdåtgärden. Har sådan information inte getts kan ett samtycke inte anses ha lämnats eftersom ett korrekt samtycke förutsätter att patienten varit medveten om inte endast den planerade behandlingsåtgärden utan även de risker som kan föreligga. Speciellt viktig får frågan om information och korrekt inhämtande av samtycke anses vara vid sådana ingrepp där det inte föreligger någon egentlig medicinsk indikation, exempelvis vid estetiska behandlingar av skilda slag. Det kan t.ex. gälla behandling för att släta ut rynkor i ansiktet eller en bröstförstoring men även synkorrigeringar som inte är medicinskt påkallade.

Fram till år 2015 var *hälso- och sjukvårdslagen* (1982:763) och *patientsäkerhetslagen* (2010:659) de mest betydelsefulla hälso- och sjukvårdslagarna när det gällde patientens självbestämmande. Speciellt tre formuleringar i dessa lagar har betydelse för patientens möjlighet att utöva sin självbestämmanderätt i praktiken:

- vården ska bygga på *respekt för patientens självbestämmande*,
- vården ska, så långt det var möjligt, utformas *i samråd med patienten*,
- patienten ska ges *individuellt anpassad information* om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som fanns.

Den 1 januari 2015 infördes en ny lag, *patientlagen* (2014:821). Syftet med lagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Lagen innebär bland annat att informationsplikten gentemot patienten utvidgas och förtydligas samt att det klargörs att hälso- och sjukvård som huvudregel inte får ges utan patientens samtycke.

Några av de viktigare paragraferna i patientlagen när det gäller patientens självbestämmande är följande.

3 kap. 1 §

Av denna paragraf framgår att patienten ska få information om

1. sitt hälsotillstånd,
2. de metoder som finns för undersökning, vård och behandling,
3. de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning,
4. vid vilken tidpunkt han eller hon kan förvänta sig att få vård,
5. det förväntade vård- och behandlingsförloppet,
6. väsentliga risker för komplikationer och biverkningar,

7. eftervård, och
8. metoder för att förebygga sjukdom eller skada.

3 kap. 2 §

I denna paragraf anges bland annat att patienten även ska få information om möjligheten att välja behandlingsalternativ och om möjligheten att få en ny medicinsk bedömning.

4 kap. 1 §

Här fastslås att patientens självbestämmande och integritet ska respekteras.

4 kap. 2 §

I denna paragraf anges att hälso- och sjukvård som huvudregel inte får ges utan patientens samtycke. Ett samtycke kan endast anses vara giltigt om det föregåtts av information som gör det möjligt för patienten att fatta beslut i den aktuella frågan. I samma paragraf anges även att om en patient avstår från vård eller behandling så ska han eller hon få information om vilka konsekvenser detta kan medföra.

5 kap. 1 §

Av denna paragraf framgår att hälso- och sjukvård så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten.

7 kap. 1 §

Enligt denna paragraf ska patienten, när det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patientens ska få den valda behandlingen, om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

Patientdatalagen (2008:355) är i detta sammanhang också av intresse. Enligt 3 kap. 6 § ska, om uppgifterna föreligger, patientjournalen alltid innehålla uppgift om den information som lämnats till patienten, dennes vårdnadshavare och övriga närstående och om de ställningstaganden som gjorts om

val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning samt uppgift om att en patient nekat att ta emot viss vård eller behandling.

Patientskadelagen

I många av de ärenden där patienten gör en patientskadeanmälan tas, som nämnts, frågan om bristande information upp. Informationsfrågan har inte särskilt behandlats i patientskadelagen och den har inte någon självständig betydelse för rätten till ersättning. I lagens ersättningsbestämmelser nämns således inget om att brister i informationen till patienten eller underlåtenhet att inhämta samtycke från patienten i samband med en medicinsk behandling kan berättiga till ersättning. I stället ska det objektiva medicinska händelseförloppet utredas och ersättning lämnas oberoende av om informationen om de särskilda risker som är förknippade med behandlingen lämnats eller inte.

Enligt förarbetena till patientskadelagen (SOU 1994:75 s. 142 ff och prop. 1995/96:187 s. 50 ff) övervägde man att låta bristande information till patienten och uteblivet samtycke från denne i samband med behandling utgöra en särskild form av ersättningsgill skada, men det ansågs att ersättning i sådana fall inte borde ges inom ramen för den föreslagna patientskadelagen. Patientförsäkringsutredningen (SOU 2004:12) konstaterade att bevisläget ofta var komplicerat i dessa situationer. Inte sällan stod ord mot ord. Detta kunde medföra att skadeutredningen behövde kompletteras med muntliga förhör vilket skaderegleringen inom ramen för en patientskadelag inte passade för. Sådan bevisning hanterades bättre i rättegångsförfarande. Man ansåg dock att utvecklingen skulle följas och därefter fick man överväga om frågan behövde utredas i särskild ordning.

Det ska understrykas att det som nu sagts gäller de fall då den bristande informationen lett till att patienten inte kunnat lämna sitt samtycke till den aktuella vårdåtgärden. Från dessa fall får man skilja bristande information i samband med själva vården. En patient informeras t.ex. inte tillräckligt när det gäller vikten av att efter en vårdåtgärd efter hemkomst ta kontakt med

sjukvården vid en försämring. I detta fall rör det sig om en vårdåtgärd som ska prövas enligt patientskadelagen i första hand.

Ersättning enligt skadeståndsrättsliga regler

Den patient som anser sig ha lidit skada p.g.a. av bristande information som lett till att samtycke till en behandling inte kunnat lämnas kan, som konstaterats, inte få denna fråga prövad enligt patientskadelagen. I stället får talan om ersättning föras enligt allmänna skadeståndsrättsliga regler. Patienten måste i sådant fall emellertid visa att skadan uppkommit genom fel eller försummelse från sjukvårdspersonalens sida.

Patientskadenämnden kan, som tidigare framgått, även yttra sig över skadeståndsrättsliga krav från en patient eller annan skadelidande. Nämnden har i ett flertal ärenden prövat patientens rätt till ersättning på skadeståndsrättslig grund i anledning av anmälan om skada som är en följd av bristande information och uteblivet samtycke i samband med hälso- och sjukvårdande behandling.

I flera ärenden där patienten anmält att bristande information orsakat personskada i samband med en vårdåtgärd har någon sådan skada överhuvudtaget inte kunnat konstateras. I dessa fall har Patientskadenämnden inte funnit skäl att göra någon bedömning av om bristande information föreligger.

Om en patient uppger att viss information inte har lämnats får praxis uppfattas så att vårdgivaren till att börja har en viss bevisbörda när det gäller att nödvändig information lämnats. Det beviskrav som brukar tillämpas är att vårdgivaren ska *göra sannolikt* att tillräcklig information har lämnats.

Även om informationen varit bristfällig behöver det inte alltid betyda att detta förhållande kan läggas sjukvårdspersonalen till last som fel eller försummelse. Om en komplikation är mycket sällsynt behöver en i och för sig bristfällig information om risken för denna komplikation inte utgöra någon försummelse. Den behandlande läkarens informationsskyldighet kan inte anses omfatta alla tänkbara risker och komplikationer som ett ingrepp

kan leda till. Kravet på information måste stå i rimligt förhållande till den planerade behandlingen.

Det är svårt att uttala sig om exakt hur stor risken för en komplikation ska vara för att man ska anse att behandlande läkare ska informera om den. Patientskadenämnden har i några fall ansett att komplikationer som uppkommer i mindre än någon procent av operationerna vid en viss typ av ingrepp får anses vara så pass ovanliga att bristande information om dessa inte kan läggas läkaren eller vårdgivaren till last som vårdslös.

Om en läkare inte kan anses ha fullgjort sin informationsskyldighet blir nästa fråga om försummelsen att informera och inhämta samtycke inneburit att skadeståndsskyldighet uppkommit. Skulle patienten med andra ord ha avstått från behandlingen om information lämnats om att det förelåg risk för skada av det slag som uppkommit? Här måste man med utgångspunkt från de omständigheter som föreligger, bl.a. hur angelägen den aktuella vårdatgårdens varit och konsekvenserna av om den inte företagits, göra en hypotetisk bedömning av patientens ställningstagande. Det är t.ex. rimligt att utgå ifrån att en patient, när det är fråga om en i princip livsnödvändig operation, inte skulle ha avstått från operationen ens med risk för allvarigare skador.

Problematiken är inte ovanlig när det gäller patienter med aggressiva och direkt livshotande cancersjukdomar. Om en sådan patient, mot förmodan, inte blivit informerad om alla vanliga komplikationer vid den nödvändiga strål- och cellgiftsbehandlingen och flera vanliga komplikationer som patienten inte blivit informerad om sedan inträffar under behandlingen får man ändå anta att patienten under alla omständigheter hade genomgått den direkt livsnödvändiga behandlingen även om patienten hade fått fullständig information innan behandlingen om de aktuella komplikationerna. Något orsakssamband mellan den bristfälliga informationen och de uppkomna komplikationerna föreligger då inte.

Omfattningen av läkarens informationsskyldighet

I Patientskadenämnden har bl.a. följande ärenden om läkarens informationsskyldighet och patientens samtycke varit upp till bedömning.

Skyldighet att informera vid sällsynt komplikation?

På grund av svåra bröstsmärtor genomgick en patient en s.k. sympactectomi, dvs. avskärning av nerver på insidan av bröstkorgen på båda sidor. Efter operationen hade patienten svåra problem med smärta, dels av samma typ som tidigare och dels av en nyttillkommen djup smärta bakåt i ryggen. Patienten drabbades på grund av det inträffade av ångest, oro och depression. Patienten påpekade bl.a. att opererande läkare borde ha informerat honom om risken för den komplikation som han drabbades av.

Patientskadenämnden fann, vid tillämpningen av patientskadelagen, att det nyttillkomna smärttillståndet inte hade kunnat undvikas, dvs. förebyggas eller förhindras, genom ett annat förfarande.

Nämnden prövade därefter om det förelegat sådan brist i informationen att ersättning kunde lämnas enligt allmänna skadeståndsrättsliga regler. Vid denna prövning konstaterade nämnden att den behandlande läkarens informationsskyldighet inte kunde omfatta alla tänkbara risker och komplikationer som ingreppet kunde leda till.

Patientskadenämnden ansåg på grund av att det oförklarliga smärttillståndet fick anses mycket ovanligt att den bristande informationen inte kunde läggas läkaren eller vårdgivare till last som vårdslöshet. Därmed förelåg inte heller rätt till ersättning enligt skadeståndsrättsliga regler.

(Dnr 655/2000 – PRS 2000:09)

Ett annat ärende avsåg en patient som led av kronisk inflammation i halsmandlarna. Han genomgick därför en tonsillektomi, dvs. ett borttagande av halsmandlarna.

Patienten anmälde kvarstående besvär i form av smärtor i halsen och nedsatt och brännande känsla på tungan samt tryck vid tungroten. Han kände sig också alltid torr i munnen. Patienten anförde bland annat att behandlande läkare före operationen inte hade informerat om vilka risker som kunde föreligga vid ingreppet när det gäller tunga och nerver.

Patientskadenämnden, som fann att en påverkan på tung- och svalgnerven (nervus glossopharyngeus) inte hade kunnat undvikas genom ett annat förfarande, prövade även om det förelegat sådan brist i informationen att ersättning kunde lämnas enligt allmänna skadeståndsrättsliga regler. Vid denna prövning konstaterade nämnden att en påverkan på tung- och svalgnerven uppkommer i mindre än 1 procent av

operationerna vid denna typ av ingrepp. Eftersom de anmälda besvären således fick anses mycket ovanliga kunde den bristande informationen inte läggas läkaren eller vårdgivare till last som vårdslös. Därmed förelåg inte heller rätt till ersättning enligt skadeståndsrättsliga regler.

(Dnr 214/2012)

Hypotetisk bedömning av samtycke

Följande ärenden har prövats av Patientskadenämnden.

Ersättning på grund av bristande samtycke vid ögonoperation

En yngre man med översynthet önskade slippa sitt glasögonberoende. Han opererades därför med eximerlaser på det ena ögat. Ingreppet utfördes komplikationsfritt. Vid återbesök en månad efter ingreppet noterades sämre syn och s.k. haze (grumling av hornhinnan). Åtta månader senare hade synskärpan ytterligare försämrats. En relativt stor ärrbildning hade uppkommit.

Nämnden fann bl.a. att ärrbildningen inte hade kunnat undvikas genom ett annorlunda utförande av eximerlaserbehandlingen och att ersättning därför inte kunde lämnas från den frivilliga patientförsäkringen.

Nämnden gjorde därefter en skadeståndsrättslig prövning av ärendet. Man konstaterade inledningsvis att det är särskilt viktigt att informera och inhämta samtycke vid ingrepp där det inte föreligger någon egentlig medicinsk indikation som vid behandling som avser ett från sjukvårdens synpunkt friskt organ där patienten vill korrigera en översynthet för att slippa bära glasögon.

Nämnden konstaterade att det av den tillgängliga utredningen i ärendet som gjorts av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) framgick att läkaren inte muntligen informerat patienten om risken för en bestående synnedsättning och att läkaren i sin skriftliga information hade utelämnat väsentliga uppgifter om riskerna för bestående funktionsnedsättning. Patienten hade därför inte haft anledning att tolka den skriftliga informationen på annat sätt än att laserbehandlingen i värsta fall inte kunde förbättra översyntheten och att han även i fortsättningen skulle få bära glasögon. HSAN ansåg därför att läkaren av oaktsamhet inte hade fullgjort sin skyldighet att informera om risken för bestående synnedsättning och han fick en erinran av HSAN.

Patientskadenämnden delade den bedömning som gjorts av HSAN att läkaren av oaksamhet inte fullgjort sin informationsskyldighet. Patienten hade således inte haft möjlighet att lämna ett preciserat samtycke till laserbehandlingen.

Frågan var då om läkarens försummelse att informera och inhämta samtycke haft sådant samband med skadan att skadeståndsskyldighet uppkommit. Vid denna bedömning måste man ta ställning till om synnedsättningen skulle ha kunnat undvikas om adekvat information hade lämnats. Skulle patienten med andra ord ha avstått från laserbehandlingen om han blivit informerad om att det förelåg risk för att en bestående synnedsättning skulle kunnat uppkomma?

Patienten hade uppgett att han inte skulle ha genomgått behandlingen om han fått vetskap om den risk för bestående skada som förelegat. Med hänsyn till att det varit fråga om en behandling som inte varit nödvändig och till att det förelegat en risk för en bestående synnedsättning, fann Patientskadenämnden inte anledning att ifrågasätta denna uppgift. Kausalsamband fick därmed anses föreligga mellan den försumliga underlåtenheten att informera och inhämta samtycke och den uppkomna skadan. Patienten var därför enligt nämnden berättigad till ersättning på skadeståndsrättslig grund för synnedsättningen på vänster öga.

(Dnr 495/1999 – PRS 2000:07)

Ersättning på grund av bristande samtycke vid tarmoperation

Ett annat ärende gällde en 55-årig kvinna som genomgick en operation där man tog bort hemorrojder och samtidigt avlägsnade ytliga hudflikar. Ingreppet genomfördes komplikationsfritt i narkos. Vid en kontrollundersökning efter ca en och en halv månad hade patienten återhämtat sig väl och hade inte smärta eller blödning. Patienten hade dock besvär av anal inkontinens. Nästan 11 månader efter operationen återkom patienten pga. besvär med sekretion och läckage från ändtarmen. Hon upplevde att hon hade försämrats efter operationen. Vid undersökning förelåg försämrad knipförmåga. Vid telefonsamtal med läkare på kirurgkliniken ett år efter operationen uppgav patienten otillräcklig tarmtömning samt läckage, vilket orsakade klåda och irritation i huden. Patienten anmälde att hon hade fått onödigt och förlängt lidande samt förvärrade besvär från ändtarmen till följd av hemorrojdoperationen. Patienten anmälde även att hon inte hade informerats om skaderisker före operationen.

Patientskadenämnden fann i likhet med försäkringsbolaget att de för-

värrade ändtarmsbesvären i samband med hemorrojddoperationen inte hade kunnat undvikas genom ett annorlunda förfarande.

Nämnden prövade även om det förelegat sådan brist i informationen att ersättning kunde lämnas enligt allmänna skadeståndsrättsliga regler. Vid denna prövning konstaterade nämnden att om en skada uppkommit vid behandling och skadan hade samband med sådan bristande information som inneburit att patienten inte kunnat lämna ett preciserat samtycke till behandlingen kunde skadeståndsskyldighet föreligga.

I detta fall hade patienten drabbats av förvärrade ändtarmsbesvär i samband med hemorrojddoperationen. Frågan var då först om patienten hade informerats om att det förelegat risk för en sådan skada. Utredningen i ärendet gav inga belägg för att patienten muntligen eller skriftligen informerats om risken för förvärrade ändtarmsbesvär. Nämnden kunde konstatera att det alltid föreligger en viss mindre risk för ändtarmsbesvär vid operationer av aktuellt slag. I detta fall var risken dessutom större än normalt med tanke på att patienten redan före ingreppet hade vissa besvär. Nämnden ansåg därför att risken för förvärrade besvär var så pass stor att patienten borde ha informerats om den. Behandlande läkare hade därför av oaksamhet inte fullgjort sin skyldighet att informera om denna risk. Detta innebar att patienten inte haft möjlighet att lämna ett preciserat samtycke till behandlingen.

Frågan var då om läkarens försummelse att informera och inhämta samtycke haft sådant samband med skadan att skadeståndsskyldighet uppkommit. Förutsättningen för detta är att patienten skulle ha avstått från operationen om hon blivit informerad om att det förelåg risk för att förvärrade tarmbesvär skulle uppkomma. Patienten hade uppgett att hon inte skulle ha genomgått operationen om hon fått vetskap om den risk för förvärrade ändtarmsbesvär som förelegat vid det kirurgiska ingreppet. Med hänsyn till att det varit fråga om en behandling som inte var direkt nödvändig, med tanke på att patienten enligt egen uppgift levt med ändtarmsbesvären i cirka 30 år, och till att det förelegat en inte försumbar risk för förvärrade ändtarmsbesvär, fann nämnden inte anledning att ifrågasätta denna uppgift. Ett tillräckligt samband fick därmed anses föreligga mellan underlåtenheten att informera och inhämta samtycke och den uppkomna skadan. Patienten ansågs därför berättigad till ersättning på skadeståndsrättslig grund för de förvärrade ändtarmsbesvären.

(Dnr 725/2012 – PRS 2012:17)

Bristfällig information inför förlossning

Ett annat intressant ärende gällde en flicka som föddes i mars 1997. Hon drabbades av en CP-skada i samband med förlossningen. Fråga uppkom om informationen inför förlossningen på en speciell förlossningsenhet varit vilseledande. Den speciella vårdform det var fråga om, Alternative Birth Care (ABC), innebar en sammanhållen vård vad gäller förvård, förlossningsvård, eftervård och efterkontroll. Ett begränsat antal barnmorskor svarade för den enskilda kvinnans vård. Verksamheten på enheten kunde inte jämföras med den traditionella förlossningsvården i fråga om de tekniska förutsättningarna för fosterövervakning och möjligheten att hantera uppkomna komplikationer. Man hade exempelvis inte tillgång till CTG-övervakning (CTG – cardiokografi, dvs. övervakning av fostrets hjärtfrekvens och moderns värkarbete), sugklocka eller värkstimulerande medel. Vid eventuella komplikationer under graviditet eller vid förlossning skulle kvinnan överföras till traditionell vårdform.

Föräldrarna uppgav att de inte fått någon information före förlossningen om att riskerna var större att föda på den aktuella enheten jämfört med en vanlig förlossningsavdelning. I stället var budskapet att det var lika säkert att föda på den aktuella enheten som på en vanlig förlossningsavdelning. De kom till förlossningen med ett friskt barn, buret av en frisk mamma efter en normal graviditet. När dottern föddes var hon livlös. Det faktum att den aktuella enheten ändrat ett antal rutiner på grund av det som hänt familjen tydde på att de rutiner som fanns varit bristfälliga och felaktiga. Dotterns hela skada berodde således enligt föräldrarna på komplikationer under förlossningen.

Försäkringsbolaget avböjde föräldrarnas ersättningsanspråk för hela CP-skadan med följande motivering.

Förlossningen har skötts på ett medicinskt korrekt sätt i enlighet med enhetens riktlinjer och med de resurser som funnits tillgängliga. Att man inte hade tillgång till CTG-övervakning, sugklocka eller värkstimulerande medel ingick i enhetens vårdideologi. Den uppkomna komplikationen under förlossningen kunde inte förutses och den CP-skada som patienten med övervägande sannolikhet drabbades av under förlossningen hade inte kunnat undvikas.

Det förelåg dock en viss begränsad fördröjning med att omhänderta barnet efter förlossningen vilket medförde en förvärrad CP-skada. Hade ett snabbare och effektivare omhändertagande skett efter förlossningen hade CP-skadan kunnat begränsas. Bolaget bedömde att den bristfälliga eftervården utgjorde 50 procent av den totala besvärshandlingen.

Försäkringsbolaget konstaterade vidare att patientskadelagen inte

innehåller några bestämmelser om ersättning vid brister i den information som lämnas en patient före behandlingen om de särskilda behandlingsrisker som kan förekomma. Krav på ersättning för skada till följd av bristande information fick i stället prövas enligt allmänna skadeståndsrättsliga regler. Utredningen gav enligt bolaget inte stöd för att det skulle ha förekommit sådana brister i informationen som kunde grunda skadeståndsskyldighet enligt allmänna skadeståndsrättsliga regler.

Patientskadenämnden gjorde samma bedömning som försäkringsbolaget och ansåg på de skäl bolaget anfört att det inte förelåg någon ersättningsbar patientskada utöver vad bolaget godtagit.

Nämnden övergick därefter till en prövning enligt skadeståndsrättsliga regler. Inledningsvis konstaterades att det av en informationsskrift till föräldrarna från enheten framgick att den speciella vårdform det var fråga om, ABC, hade *samma medicinska riktlinjer som den traditionella mödra- och förlossningsvården* samt att kvinnan skulle överföras till traditionell vårdform vid eventuella komplikationer under graviditet eller vid förlossning.

Även i detta ärende hade nämnden tillgång till ett beslut från HSAN. Av detta framkom att dåvarande verksamhetschefen vid enheten ansåg att det var felaktigt uttryckt i informationsbroschyren att ABC-vården hade samma medicinska riktlinjer som den traditionella förlossningsvården. Enligt honom borde det i stället ha stått att ABC-vården hade sina egna medicinska riktlinjer som, genom överföring till traditionell vårdform, syftade till att göra vården lika säker som den traditionella förlossningen. Denna felaktighet rättades till i en ny upplaga av broschyren.

Enligt Patientskadenämndens bedömning kunde verksamheten på enheten vid det aktuella tillfället inte jämföras med den traditionella förlossningsvården bl.a. i fråga om de tekniska förutsättningarna för fosterövervakning och möjligheten att hantera uppkomna komplikationer. När en verksamhet avviker från en normal vårdstandard var det enligt nämndens mening avgörande att informationen om detta utformades på ett sätt som inte kunde misstolkas. I detta fall var den skriftliga information som lämnades till den blivande modern enligt nämndens uppfattning vilseledande då informationen gav intrycket av att en förlossning på enheten var lika säker som den traditionella förlossningsvården. Nämnden ansåg därför att det förelåg en oaktsamhet från vårdgivarens sida när det gällde att fullgöra informationsskyldigheten, vilket hade lett till att den blivande modern inte haft möjlighet att lämna ett informerat samtycke till att föda på enheten.

Frågan var då om informationsbristen hade haft sådant samband med skadan att skadeståndsskyldighet förelåg. Vid denna bedömning hade man att ta ställning till om den anmälda hjärnskadan inte skulle ha uppkommit om adekvat information hade lämnats. Enligt nämndens bedömning hade den anmälda skadan med övervägande sannolikhet inte uppstått om förlossningen hade skett på en traditionell förlossningsavdelning, framför allt med hänsyn till att CTG-registrering i så fall skett dels vid ankomsten till förlossningsavdelningen s.k. doortest, dels fortlöpande under förlossningen. Det fanns inte heller någon anledning att ifrågasätta att den blivande modern skulle ha avstått från vården på enheten, då vården där uppenbarligen inte var lika säker som den traditionella förlossningsvården och det, vid en komplicerad förlossning, förelåg risk för allvarliga och bestående skador. Ett tillräckligt samband fick därmed anses föreligga mellan vårdgivarens bristfälliga information och den uppkomna skadan. Patienten ansågs därför berättigad till ersättning på skadeståndsrättslig grund för hjärnskadan i dess helhet.

(Dnr 543/2012 – PRS 2013:15)

Orsakssamband mellan bristfällig information och skada

En 44-årig man med aortakläffel genomgick en hjärtoperation med hjärt-lungmaskin. Efter operationen drabbades han av koncentrations-svårigheter, minnesstörningar och oförmåga till mer avancerat intellektuellt arbete. En blodflödesundersökning visade tecken på hjärnskada. Patienten uppgav bl.a. att det före operationen inte var någon som berättat för honom att det skulle finnas risk för hjärnskador under operationen.

Patientskadenämnden konstaterade bl.a. att den anmälda hjärnskadan, som lett till en allvarlig nedsättning av patientens kognitiva förmåga, sannolikt orsakats av partikel- eller luftembolisering i samband med hjärtoperationen med hjärt-lungmaskin. Vidare konstaterades att komplikationen, som är väl känd, inträffar vid 2–4 procent av operationerna av det aktuella slaget. Enligt nämnden hade den inte kunnat undvikas genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Ersättningsbar patientskada ansågs därför inte föreligga.

Med anledning av patientens uppgifter om bristande information framhöll nämnden i likhet med skaderegleringsbolaget att patientska-

delagen inte innehåller någon bestämmelse om ersättning vid eventuella brister i den information som lämnas en patient före behandlingen om de särskilda behandlingsrisker som kan förekomma. Av denna anledning prövade nämnden även om det förelegat sådan brist i informationen att ersättning kunde lämnas enligt allmänna skadeståndsrättsliga regler. Vid denna prövning konstaterade nämnden att det vid alla hjärtoperationer av det aktuella slaget föreligger risk för en komplikation som den som inträffat i detta fall. Risken finns för patienter i alla åldrar, även om risken ökar med stigande ålder. Neurologisk skada förekommer som nämnts vid 2–4 procent av ingreppen. Eftersom risken inte kunde anses obetydlig menade nämnden att det kunde ifrågasättas om patienten inte borde ha informerats om denna före operationen. Nämnden penetrerade dock inte närmare denna fråga eftersom patienten med största sannolikhet ändå hade genomgått operationen även om han hade fått en fullständig information om riskerna med ingreppet. Detta antagande byggde på den omständigheten att det rörde sig om en direkt livsnödvändig operation. Om operationen inte hade utförts hade patienten inom en relativt snar framtid avlidit. Något orsakssamband mellan den eventuellt bristfälliga informationen och patientens hjärnskada förelåg därför inte. Rätt till ersättning enligt skadeståndsrättsliga regler förelåg därför heller inte.

(Dnr 224/2003 – PRS 2003:03)

Som kommentar till ovanstående fall kan även sägas, som tidigare nämnts, att det är svårt att uttala sig om exakt hur stor risken för en komplikation ska vara för att man ska anse att behandlande läkare ska informera om den. Patientskadenämnden har i några fall ansett att komplikationer som uppkommer i mindre än någon eller några procent av operationerna vid en viss typ av ingrepp får anses vara så pass ovanliga att bristande information om dem inte kan läggas läkaren eller vårdgivaren till last som vårdslös.

Information som ett led i behandlingen

Ibland handlar informationsfrågan inte om att patienten inte fått information om de risker som kan vara förknippade med en behandling utan ganska ofta gäller det i stället information som är ett led i själva behandlingen. Informationen får då betraktas som en vårdåtgärd som kan prövas enligt patientskadelagen.

Följande ärende belyser detta förhållande.

Bristande information efter ögonoperation

En patient hade som patientskada anmält att hon den 4 mars 2008 drabbats av ökat tryck i höger öga, smärta, huvudvärk, synnervsskada med kraftig synnedsättning, utveckling av grå starr med behov av om-operationer samt psykiskt lidande efter en operation i höger öga med glaskroppskirurgi och inläggning av silikonolja. Patienten gjorde även gällande att hon inte hade informerats om att hon skulle ta kontakt med ögonkliniken om hon fick huvudvärk efter ingreppet.

Patientskadenämnden delade försäkringsbolagets bedömning att operationen var medicinskt motiverad och att den utförts på ett korrekt sätt. I likhet med försäkringsbolaget ansåg nämnden att skadan och dess följder inte hade kunnat undvikas genom ett annorlunda utförande av operationen. Det fanns inte heller någon annan tillgänglig behandlingsmetod som hade tillgodosett patientens vårdbehov på ett mindre riskfyllt sätt. Nämnden ansåg även, i likhet med försäkringsbolaget, att faktiskt iakttagbara symtom tolkats i överensstämmelse med allmänt vedertagen praxis och att det inte förelåg någon fördröjd diagnos eller behandling.

Patienten hade emellertid, som tidigare nämnts, även anmält att hon inte informerats om att hon skulle ta kontakt med ögonkliniken om hon fick huvudvärk efter ingreppet. Enligt nämndens mening var det av största vikt att en patient, efter att ha genomgått den här typen av operation, alltid informerades om att kontakta ögonläkare akut om svår värk i och kring ögat eller huvudvärk uppstod efter operationen. Att lämna den här viktiga informationen måste således enligt nämndens uppfattning ses som ett led i behandlingen av patientens ögonsjukdom, och denna information var därför i detta fall att betrakta som vård, behandling eller liknande åtgärd.

Av utlåtande utfärdat av en överläkare framkom att generell information efter all nathinnekirurgi var att man borde uppsöka vård vid ökad värk i det opererade ögat. Enligt honom gick det dock inte att i det aktuella ärendet fastställa om patienten fått denna information, då detta mycket sällan anges i journalanteckning. Som nämnts hävdade patienten att hon inte hade informerats om att hon skulle uppsöka vården om hon fick värk. Det är oklart om och, i så fall, vilken information patienten fått efter operationen. Enligt nämndens uppfattning var det dock mycket osannolikt att hon, när hon drabbades av svår värk, inte skulle sökt akut om hon varit medveten om hur viktigt detta var. Detta

tydde på att hon inte fått denna information eller att informationen, om den getts, inte varit tillräckligt tydlig.

När patienten väl sökte ögonkliniken den 7 mars 2008 hade hon en kraftig tryckstegring i höger öga vilket enligt nämnden måste ha orsakat henne svår värk. Om patienten hade fått tillräcklig information efter operationen hade hon sökt redan den 6 mars 2008 och behandling hade då kunnat sättas in tidigare än vad som nu blev fallet. Med övervägande sannolikhet hade enligt nämnden den obehandlade tryckstegringen från den 6 mars till den 7 mars 2008 lett till försämrad syn på patientens högra öga. Denna skada hade således kunnat undvikas om patienten fått nämnda information. Under sådana förhållanden ansåg nämnden att det förelåg rätt till patientskadersättning enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen.

(Dnr 155/2012 – PRS 2012:14)

Särskilda åtaganden

Samtliga särskilda åtaganden som omnämns nedan har lämnats av Löf, som reglerar över 90 procent av alla patientskador. För en utförligare redogörelse av villkoren se Löf:s hemsida, www.lof.se.

DONATORER OCH FRIVILLIGA FÖRSÖKSPERSONER

Som framgick under kommentaren till 2 § patientskadelagen har Löf beslutat att ersättning ska lämnas enligt ett särskilt åtagande till *donator* som drabbats av en inte undvikbar skada/komplikation om det samtidigt inte är fråga om en nödvändig och naturlig följd av behandlingen, t.ex. ett normalt operationsärr. Dessutom ska självriskavdrag inte göras.

Frivilliga försökspersoner omfattas inte av detta särskilda åtagande annat än när det gäller självriskavdraget.

PATIENTER SOM SMITTATS MED HEPATIT C-VIRUS I SAMBAND MED BLODTRANSFUSION OCH DÄR PRESKRIPTION INTRÄTT

I fall där patienter smittats av hepatit C-virus i samband med en blodtransfusion kan det gå lång tid till dess att smittan upptäcks och patienten således får kännedom om att det uppkommit en i och för sig ersättningsbar infektion. I många fall kan då den yttersta gränsen för preskription, dvs. tio år från den tidpunkt då skadan orsakades, ha passerats. Även om patienten anmäler infektionen så fort han eller hon får kännedom om denna kan patientens ersättningskrav således vara preskriberade. Att detta förhållande kan uppkomma beror på att hepatit C-smitta många gånger inte ger några sjukdomssymtom. Infektionen upptäcks därför oftast vid någon form av rutinkontroll som utförs av annan anledning.

För att lösa denna speciella situation på ett för patienterna positivt sätt beslöt

Löf den 30 maj 2002 att de som smittats med hepatit C-virus vid blodtransfusion vid svensk sjukvårdsinrättning före år 1992 och inte haft möjlighet att söka ersättning inom preskriptionstiden ändå skulle kunna få ersättning. Beslutet innebar ett frivilligt åtagande vid sidan av försäkringen att efter ansökan och prövning ge möjlighet till ersättning med stipulerade belopp för sveda och värk och bestående men.

Åtagandet gäller inte patienter som redan fått eller har rätt till ersättning från patientförsäkringen, läkemedelsförsäkringen eller annan försäkring.

Här kan nämnas att efter en lagändring den 1 januari 2015 (24 §) kan en talan om ersättning i undantagsfall väckas senare än vad som gäller enligt de vanliga preskriptionstiderna om det finns *synnerliga skäl*. Bestämmelsen är en ventil som ska tillämpas endast i särskilt ömmande fall av sena skador. I förarbetena till bestämmelsen (se prop. 2012/13:168 s. 30 ff) anges just att det inom sjukvården har förekommit mycket sena skador i form av bland annat hepatit C efter blodtransfusioner. Se vidare avsnittet *Utökad preskriptionstid vid synnerliga skäl m.m.*

KVINNOR SOM STRÅLSKADATS VID BEHANDLING AV BRÖSTCANCER

Normalt anses vissa biverkningar vara inte undvikbara följder av strålbehandling, varför skador efter konventionell strålbehandling vid bröstcancer i regel inte är ersättningsbara enligt patientskadelagens ersättningsbestämmelser.

Strålbehandling med s.k. *hypofraktionering* vid bröstcancer, som användes främst under perioden 1962 till början av 1980-talet, orsakade skador som man i dag anser hade kunnat undvikas. Hypofraktionering innebär färre dagliga behandlingar men mycket höga stråldoser. Denna behandlingsmetod har i efterhand visat sig ge fler strålskador än den konventionella metoden.

Den konventionella metoden innebär att man dagligen under fem veckor eller cirka 25 behandlingar strålbehandlas. Även här kan strålskador uppträda men sådana skador kan inte medföra ersättning, eftersom skadorna inte hade kunnat undvikas genom ett annat utförande av strålbehandlingen.

Löf beslöt år 2006, genom ett åtagande som får betecknas som historiskt, att med anledning av den skillnad som visade sig föreligga mellan den konservativa strålbehandlingen och hypofraktionering betala ersättning enligt ett särskilt åtagande för kroppsskada som uppkommit genom hypofraktionering i samband med behandling av bröstcancer åren 1960 – 1989. Anmälan skulle göras senast den 30 juni 2007.

Ersättning enligt detta särskilda åtagande uppgick till lägst 50 000 kronor och högst drygt 200 000 kronor i form av schablonersättningar beroende på skadans svårhetsgrad.

UTVIDGAT ÅTAGANDE VID VISSA NERVSKADOR

För vissa nervskador som orsakats år 2003 eller senare har Löf gjort ett *utvidgat åtagande* i förhållande till vad som föreskrivs i patientskadelagen. Även skador som inte kunnat undvikas kan ersättas enligt detta åtagande.

Ersättning lämnas för nervskador som med övervägande sannolikhet uppkommit vid

- ledningsanestesi inför tandbehandling,
- läppbiopsi för diagnostisering av Sjögrens syndrom (en reumatologisk sjukdom) eller
- tand- och käkkirurgi.

Åtagandet gäller dock inte vid kirurgi av anomalier i käken eller – vad gäller nervskada orsakad den 1 januari 2007 eller senare – vid förflyttning av nervus alveolaris inferior (en gren av käknerven).

Löf åtar sig att lämna ersättning om nervskadan medfört bestående fysisk funktionsnedsättning.

PATIENTSKADENÄMNDEN KAN INTE PRÖVA ERSÄTTNING ENLIGT DE SÄRSKILDA ÅTAGANDENA

Beslut om ersättning enligt de ovanstående utvidgade åtagandena kan inte

prövas av Patientskadenämnden. Detta gäller oavsett om tvisten avser ersättningens storlek eller något åtagandes tillämplighet. Enligt nämndens arbetsordning ska nämnden avge rådgivande yttrande i ärenden om ersättning enligt patientskadelagen, den frivilliga patientförsäkringen eller ersättning enligt allmänna skadeståndsrättsliga regler. Tvist om ersättning enligt de särskilda åtagandena får, om enighet inte kan nås, prövas av allmän domstol.

Hur patientskadeersättningen bestäms

8 § Patientskadeersättning bestäms enligt 5 kap. 1–5 §§ och 6 kap. 1 och 3 §§ skadeståndslagen (1972:207) med de begränsningar som anges i 9–11 §§ denna lag.

Allmänt

Som framgår av paragrafen bestäms patientskadeersättning enligt bestämmelser i skadeståndslagen. Nedan följer en översiktlig genomgång av vad de aktuella skadeståndsrättsliga reglerna innebär.

Inom skadeståndsrätten skiljer man på ekonomisk och ideell skada. Med *ekonomisk skada* avses ekonomiska förluster av olika slag, t.ex. kostnader och inkomstförlust. *Ideell skada* utgörs däremot av skador av icke-ekonomisk natur, t.ex. fysiskt och psykiskt lidande i samband med personskador.

I 5 kap. 1 § finns dels en uppräknning av de poster som den skadelidande kan få ersättning för, dels en definition av de ekonomiska invaliditetsbegrepp som ersättningen för inkomstförlust vilar på. Paragrafen kompletteras med bestämmelserna i 3 § om samordning med andra förmåner som utgår samtidigt, t.ex. ersättning enligt socialförsäkringsbalken, i 4 § om ersättningens form och i 5 § om omprövning av ersättningen.

De poster som räknas upp i 5 kap. 1 § avser dels ekonomisk skada och dels ideell skada. Posterna för *ekonomisk skada* avser sjukvårdskostnader och andra kostnader för den skadelidande, compensation till den som står den skadelidande särskilt nära samt inkomstförlust. Posterna för *ideell skada* avser fysiskt och psykiskt lidande av övergående natur (sveda och värk) eller av bestående art (lyte eller annat stadigvarande men) samt särskilda olägenheter till följd av skadan.

Ersättning betalas för *personskada*. Begreppet definieras inte i skadeståndslagen. Allmänt kan sägas att det innefattar såväl fysiska som psykiska skador. Tolkningen av personskadebegreppet bygger på förarbeten och praxis (se

bl.a. SOU 1973:51 s. 36 f., prop. 1975:12 s. 20, SOU 1995:33 s. 61 och prop. 2000/01:68 s. 17 f.). I övrigt hänvisas till avsnittet *Skadebegreppet*.

Lagreglerna om skadestånd är kortfattade och praxisbildningen i domstolar och skadeprövande nämnder har en viktig roll i detta sammanhang. Domstolarna torde medvetet ta stor hänsyn till den praxis som nämnderna utvecklar på grund av nämndernas stora sakkunskap. Särskilt kan nämnas de tabeller och schabloner som Trafikskadenämnden fastställer.

Av 5 kap. 1 § första stycket skadeståndslagen framgår att den som tillfogats en personskada kan få skadestånd som omfattar ersättning för

1. sjukvårdskostnader och andra kostnader för den skadelidande, inbegripet skälig kompensation till den som står den skadelidande särskilt nära,
2. inkomstförlust,
3. fysiskt och psykiskt lidande av övergående natur (sveda och värk) eller av bestående art (lyte eller annat stadigvarande men) samt särskilda olägenheter till följd av skadan.

5 kap. 1 § andra stycket anger närmare vilka omständigheter som ska beaktas när man bestämmer ersättningen för inkomstförlust.

Av 5 kap. 1 § tredje stycket framgår att intrång i näringsverksamhet likställs med inkomstförlust samt att värdet av hushållsarbete i hemmet likställs med inkomst.

5 kap. 2 § innehåller bestämmelser om vad som gäller när en personskada har lett till döden. Ersättning kan då lämnas för *dels* begravningskostnader och andra skäliga kostnader till följd av dödsfallet, *dels* förlust av underhåll och *dels* personskada som till följd av dödsfallet drabbat någon som stod den avlidne särskilt nära.

5 kap. 3 § anger att vissa förmåner ska avräknas när ersättning för inkomstförlust eller för förlust av underhåll bestäms.

I 5 kap. 4 § regleras hur framtida inkomstförlust eller förlust av underhåll

ska fastställas. Det kan ske antingen genom livränta eller engångsbelopp eller som en kombination av båda ersättningsformerna.

5 kap. 5 § innehåller bestämmelser om omprövning av sådan ersättning som bestämts enligt 5 kap. 1 eller 2 §. En första förutsättning för omprövning är att det ursprungliga ersättningsbeslutet har avgjorts slutligt genom avtal eller dom. Omprövning kan då ske om de förhållanden som låg till grund för den ursprungliga ersättningen har ändrats väsentligt.

6 kap. 1 § innehåller bestämmelser om jämkning av skadestånd, vilket kan komma i fråga t.ex. om en skadelidande själv medvetet eller genom grov vårdslöshet har medverkat till skadan.

Av *6 kap. 3 §* framgår bl.a. att rätten till ersättning för sveda och värk, lyte eller annat stadigvarande men samt för särskilda olägenheter faller bort om den skadelidande avlider innan krav på sådan ersättning har framställts.

I 9–11 §§ patientskadelagen finns bestämmelser om självrisk samt om begränsningar av de maximala ersättningar som kan betalas. Se närmare under dessa paragrafer.

När en patient drabbats av en personskada, dvs. en fysisk eller psykisk skada, som är ersättningsbar och man ska bestämma skadans omfattning är det många gånger fråga om en *merskada*, dvs. en skada som uppkommit utöver den förväntade följden av exempelvis en operation.

Följande exempel kan närmare åskådliggöra hur ersättningen för merskada bestäms.

En man opereras för ett lårbensbrott. I samband med ingreppet uppkommer en infektion i operationsområdet. Infektionen bedöms vara ersättningsbar. Patienten blir sjukskriven i nio månader och har därefter vissa bestående besvär från det opererade benet. Han kan dock återgå till sitt tidigare heltidsarbete.

De *kostnader* som patienten under alla omständigheter skulle ha orsakats på grund av själva lårbensbrottet ersätts inte genom patientförsäkringen. Dessa kostnader skulle ju patienten ändå ha haft. Tillkommande kostnader som

patienten inte skulle ha drabbats av om infektionen inte inträffat ger däremot rätt till ersättning.

Försäkringsbolagets medicinske rådgivare bedömer att en normal sjukskrivningstid efter en lyckad operation skulle ha varit fem månader. Det innebär att ersättning för *inkomstförlust* inte lämnas under denna tid, eftersom patienten oavsett patientskadan ändå skulle ha varit sjukskriven. Under de resterande fyra månaderna av sjukskrivningstiden lämnas däremot full ersättning för den inkomstförlust som uppkommit, eftersom denna förlust helt och hållet beror på patientskadan, dvs. infektionen.

När det gäller *sveda och värk* har patienten under de första fem månaderna efter operationen haft besvär som är orsakade av såväl den ursprungliga skadan som av infektionen. Delad ersättning lämnas då för denna period. För de följande fyra månaderna lämnas full ersättning för sveda och värk, eftersom sjukskrivningen under denna tid helt beror på patientskadan.

Beträffande *lyte och men* skulle patienten normalt sett fått en viss kvarstående invaliditet på grund av lärbensbrottet. Om försäkringsbolaget med ledning av den medicinska rådgivarens bedömning kommer fram till att det uppkommit ytterligare kvarstående besvär på grund av infektionen och att besvären motsvarar en medicinsk invaliditet på 5 procent, lämnas en ersättning som motsvarar denna invaliditetsgrad. En sådan ersättning omfattar förutom invaliditetsersättningen ersättning för anspänning i den dagliga livsföringen och i arbetet.

I praktiken uppkommer inte sällan svårigheter att bedöma exakt vilken mer-skada som uppkommit. Man får då göra en *skälighetsbedömning*, vilket följande fall som behandlats i Patientskadenämnden ger exempel på.

Skälighetsuppskattning av patientskadans omfattning

En patient med Crohns sjukdom fick, som tidigare redovisats under avsnittet ”Medicinskt motiverad behandling – Vedertagen metod”, behandling med kraftigt verkande kortisonpreparat. Han anmälde att han på grund av medicineringen drabbats av grav osteoporos (benskörhet). Patientskadenämnden konstaterade att kortisonbehandlingen hade varit nödvändig med hänsyn till patientens mycket svåra tarmsjukdom.

Behandlingen hade utförts på ett riktigt sätt enligt vedertagna behandlingsprinciper. Däremot borde enligt rådande riktlinjer förebyggande behandling mot benskörhet ha satts in eftersom det rörde sig om en långvarig kortisonbehandling, dvs. längre än omkring tre månader. Detta särskilt som dosen var hög. Vidare förelåg ytterligare riskfaktorer som inaktivitet, viktnedgång och inflammatorisk tarmsjukdom. Enligt riktlinjerna var det dessutom inte tillräckligt att behandla med enbart kalk och D-vitamin när det gällde en så ung patient som i detta fall. Nationella rekommendationer för unga patienter var att behandla dem även med bisfosfonat. Enligt nämndens bedömning var det inte i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet att underlåta att ge den förebyggande behandlingen.

Frågan var då vilken betydelse den uteblivna förebyggande behandlingen hade haft. Sannolikt hade patienten även vid en helt korrekt sådan behandling drabbats av benskörhet och kotkompressioner. Det var emellertid nämndens bedömning att komplikationerna inte hade blivit så allvarliga som de nu blev. Nämnden menade att det inte var möjligt att säga exakt hur mycket större skadorna hade blivit. Vid den skälighetsbedömning som nämnden därför ansåg att man måste göra fick en rimlig uppskattning vara att hänföra hälften av följderna av benskörheten och kotkompressionerna till den uteblivna förebyggande behandlingen.

(Dnr 372/2012 – PRS 2012:16)

Följdskador

En patientskada kan även ha inneburit att *följdskador* har uppkommit. Om patientskadan är ersättningsbar ersätts även följdskadan.

Ett exempel är när en patient som behandlats med antibiotika på grund av en ersättningsbar patientskada drabbas av en läkemedelsbiverkan. I sådant fall ersätts även läkemedelsskadan trots att läkemedelsbiverkningar annars är undantagna enligt 7 § 2 patientskadelagen.

Ett annat exempel är när en ersättningsbar tarmskada får till följd att patientens egna bakterier orsakar en infektion. Infektionen och dess följder ger då rätt till ersättning trots att det varit fråga om en infektion som orsakats av kroppsegna bakterier.

Slutligen kan nämnas det fallet att en patient genom ett ersättningsbart

olycksfall i samband med vården, vilket leder till ett benbrott, vid operationen av benbrottet får en icke undvikbar nervskada. Ersättning lämnas då även för nervskadan.

Patienten har alltså rätt till ersättning för samtliga skador som uppkommit som en följd av den ursprungligen godtagna skadan oavsett om det är en skada av det slag som kan ersättas enligt patientskadelagen eller inte. Någon prövning av om följdskadorna i sig skulle vara ersättningsbara enligt patientskadelagen görs således inte (jfr Dnr 753/2009 – PRS 2010:09).

ERSÄTTNING FÖR KOSTNADER

Enligt 5 kap. 1 § första stycket 1 skadeståndslagen omfattar skadeståndet till den som har tillfogats personskada ersättning för sjukvårdskostnad och andra kostnader för den skadelidande, inbegripet skälig kompensation till den som står den skadelidande särskilt nära.

Lagtexten anger således uttryckligen att ersättning kan lämnas för sjukvårdskostnader, men paragrafens lydelse får tolkas så att i princip alla merkostnader till följd av en personskada kan ersättas. Skadeståndet under denna post kan avse såväl kostnader för förfluten tid som kostnader i framtiden.

Ersättningsgilla kostnader är i första hand sådana som syftar till att i största möjliga utsträckning neutralisera verkningarna av skadan i den skadelidandes dagliga livsföring eller när det gäller förmågan att utföra förvärvsarbete (prop. 1975:12 s.146).

Principen om full ersättning gäller för kostnader som uppkommit med anledning av personskadan (se SOU 1973:51 s. 38). Det ska dock vara fråga om nödvändiga kostnader. Ersättning lämnas endast för merkostnader, dvs. tillkommande kostnader som den skadelidande inte skulle ha haft om skadan inte hade inträffat. Kostnader som den skadelidande ändå skulle ha drabbats av i sin normala livsföring eller på grund av grundskadan ersätts inte. Den ersättning för merkostnader i anledning av skadan som inte ersätts från annat håll ska ersättas genom skadeståndet.

Till *sjukvårdskostnader* hör utgifter för sjukhusvård, läkare, röntgen, sjukgymnastik, eftervård, medicin m.m. Vidare resekostnader, utgifter för särskild hjälp i hemmet, protes, rullstol, specialskor och liknande samt resor i samband med sjukvård m.m. I stor utsträckning ersätts kostnader av angivna slag från annat håll, bl.a. från socialförsäkringen. Skadeståndet kan endast omfatta det som inte ersätts från annat håll.

Konkurrerande skadeorsaker

Som alltid vid patientskador kan det många gånger vara svårt att konstatera merskadan och att skilja mellan sådana kostnader som patienten ändå skulle

ha haft för grundskadan och de merkostnader som uppkommit på grund av patientskadan. Om exempelvis patienten redan på grund av grundskadan skulle ha kommit upp till den gräns som utlöser högkostnadsskyddet för sjukvård har någon merkostnad för läkarbesök på grund av patientskadan inte uppkommit (Dnr 146/2008).

Problemet när det gäller att konstatera vilka kostnader som orsakats av patientskadan och vilka kostnader som orsakats av grundsjukdomen uppstår som regel när patientskadan exempelvis uppkommit vid behandling av progressierande reumatiska eller neurologiska sjukdomar, dvs. sjukdomar som successivt försämras. Dessa sjukdomar är kanske när patientskadan inträffar i en lindrig fas men kommer att gradvis försämras med tiden. Även om det inte i förväg går att säga exakt när detta sker så kommer försämringen många gånger till slut att leda till en hög medicinsk invaliditet med stora kostnader.

Kan försäkringsbolaget i en sådan situation, när grundsjukdomen kraftigt försämrats, stoppa ersättningen för merkostnader för patientskadan med hänvisning till att patienten på grund av försämringen av grundsjukdomen ändå exempelvis skulle uppnå högkostnadsskyddet för läkarvård och mediciner oavsett patientskadan? Med hänvisning till rättsfallet NJA 2009 s. 104 anses försäkringsbolagen inte ha en sådan rätt. Rättsfallet handlade i och för sig om rätten att stoppa ersättning för inkomstförlust vid konkurrerande skadeorsaker, men anses enligt Trafikskadenämndens cirkulärreferat 7-2010 även tillämpligt på merkostnader. Rättsfallet refereras närmare under avsnittet *Ersättning vid inkomstförlust*.

Nödvändiga och skäliga kostnader

Att endast nödvändiga och skäliga kostnader ersätts innebär bl.a. att den skadelidande normalt får acceptera den standard som erbjuds inom den allmänna sjukvården när vårdbehovet ska tillgodoses.

Normalt lämnas således ersättning för merkostnader endast upp till *normal standard*. Den vård som lämnas inom den offentliga vården anses motsvara normal standard. Om en person drabbats av en personskada och söker

behandling för denna skada hos privat vårdgivare brukar kostnaderna för denna behandling inte berättiga till ersättning.

I ett ärende (Dnr 115/2000) där en kvinna genomgick en gynekologisk operation på ett privatsjukhus, ansåg Patientskadenämnden att operationen i fråga lika väl hade kunnat utföras inom den offentliga sjukvården inom rimlig väntetid. Ersättning för de merkostnader som uppkom på grund av att operationen utfördes i privat regi kunde därför inte lämnas.

Frågan om ersättning för kostnader för *korrigerande ingrepp* i privat regi kommer relativt ofta upp vid estetisk kirurgi. De två följande fallen beskriver Patientskadenämndens praxis när det gäller kostnader av detta slag.

Kostnader för omoperation i privat regi kan ersättas om särskilda omständigheter föreligger

Ärendet gällde en kvinna som av försäkringsbolaget beviljats patientskadeersättning för kvarstående hudförändringar vid mungipor, runt munnen och på kindknotorna efter injektioner med Dermalive (gel innehållande hyaluronsyra) vid behandling mot rynkor. Patienten genomgick en lyckad korrigerande behandling av förändringarna på Akademikliniken, dvs. i privat regi.

Försäkringsbolaget ansåg att man inte kunde lämna ersättning för kostnaderna för den korrigerande behandling som utförts på Akademikliniken, eftersom privatvård inte ryms inom ramen för vad som kan anses vara skäligen och nödvändiga kostnader. Ersättning lämnades i stället för hur de utseendemässiga förändringarna såg ut innan patienten påbörjade den korrigerande behandlingen på Akademikliniken. Med utgångspunkt från de utseendemässiga förändringarnas utseende och placering på kroppen samt patientens ålder vid invaliditetstidpunkten lämnades ersättning med 16 000 kronor.

Twisten gällde sedan ersättningen för de utseendemässiga förändringar patientskadan medfört. Patienten ansåg att det belopp hon fått inte täckte de kostnader hon haft för att behandla skadorna hos en privat vårdgivare.

Patientskadenämnden ansåg att det förelåg rätt till ersättning för behandlingen i privat regi och gjorde följande bedömning: "När det gäller behandlingen på Akademikliniken i Stockholm på grund av patientskadan har bolaget meddelat att det inte betalar för privatvård.

Sådana kostnader ryms enligt bolaget inte inom ramen för skäligen och nödvändiga kostnader.

Frågan har behandlats i slutbetänkandet av Kommittén om ideell skada 'Ersättning för ideell skada vid personskada', SOU 1995:33. Där skriver man bland annat följande: 'Av principen att skadestånd ges endast för nödvändiga kostnader anses sålunda följa att kostnader för sjukvård eller läkarvård utöver den standard som normalt tillhandahålls inom den allmänna sjukvården inte ersätts skadeståndsvägen. Särskilda omständigheter kan dock föranleda att den skadelidande tillerkänns skadestånd för kostnader för dyrare vård, såsom då annan vård inte stått till buds eller då vården har varit påkallad av medicinska eller andra liknande skäl.' (s. 328) Att detta ska anses gälla framgår även av bl.a. Bertil Bengtssons och Erland Strömbäcks kommentar till Skadeståndslagen (4 uppl. s.178).

Enligt utredningen i ärendet har endast privat vård stått till buds för patienten. Från patientens husläkare skickades i februari 2004 en konsultremiss till plastikkirurgiska kliniken på Akademiska Sjukhuset i Uppsala för bedömning och ställningstagande till vidare handläggning. Klinikchefen på plastikkirurgiska kliniken svarade att "Inom den allmänna hälso- och sjukvården görs inga plastikkirurgiska rekonstruktiva åtgärder inom ansiktet såvida det inte rör sig om en korrektion av förändringar som är extremt funktionellt störande. Så verkar inte vara fallet här. Snarare verkar det vara en förväntad komplikation efter så kallad *antirynkåtgärd*. Med detta svar vände sig patienten i stället till Akademikliniken för att få sin patientskada åtgärdad.

Enligt nämndens mening har de utseendemässiga förändringarna varit sådana att en återställande behandling varit påkallad (och det även om förändringarna inte medfört någon funktionsnedsättning) och det framgår också av utlåtande den 12 april 2011 från docent Ola Larsson att den behandling som skett har lett till en väsentlig förbättring. Av utredningen framgår vidare att annan vård än vård i privat regi inte varit tillgänglig. Mot bakgrund härav får kostnaderna för den korrigerande behandlingen på Akademikliniken anses ha varit nödvändiga för att neutralisera de utseendemässiga skadeföljderna av patientskadan. Patienten har därför rätt till ersättning för de korrigerande behandlingar som utförts på Akademikliniken under åren 2004–2008.

Eftersom kostnader för att neutralisera utseendemässiga skadeföljder hänförs till ersättning för ideell skada (se SOU 1973:51 s. 259 och SOU 1995:33 s. 72) ska den ersättning som tidigare lämnats för utseendemässiga förändringar med 16 000 kronor avräknas från den ersätt-

ning som nu kan lämnas för uppkomna kostnader för behandlingen på Akademikliniken.”

(Dnr 795/2009 – PRS 2011:10)

I ett annat ärende, som också gällde hudförändringar efter injektioner med Dermalive vid behandling mot rynkor, gjorde Patientskadenämnden en annan bedömning i fråga om kostnaderna för de korrigerande operationerna i privat regi. I det ärendet hade enligt ett läkarutlåtande från verksamhetschefen vid plastikkirurgiska kliniken på universitetssjukhuset i Linköping behandlingen kunnat utföras där. Nämnden ansåg därför att merkostnaderna i samband med operationerna i privat regi inte kunde ersättas.

(Dnr 207/2009)

Som framgår av de ovan refererade fallen hade de olika landstingen inte samma policy om vilka plastikkirurgiska ingrepp som kunde utföras inom den offentliga sjukvården.

Det är den skadelidande som ska visa att uppgivna kostnader är skadebetingade, dvs. att de uppkommit som en följd av personskadan och att de är en påräknelig följd av skadan. Man brukar tala om *adekvat kausalitet* mellan skadan och de kostnader det är fråga om. Den skadade ska även visa att begärd ersättning är *nödvändig* för att täcka uppkomna kostnader och att det begärda beloppet är *skäligt*. Den skadade har dessutom en plikt att begränsa skadans ekonomiska följder så långt som möjligt.

Följande fall är ett exempel på att nödvändiga merkostnader ska ersättas full ut.

Kan studier utomlands anses som skadebetingade och nödvändiga merkostnader?

En 15-årig pojke drabbades av en dubbelsidig förlamning på grund av försenad diagnostisering och behandling av en tumör nära ryggraden. Skadan, som ansågs berättiga till ersättning, gjorde patienten rullstolsburen och gav en medicinsk invaliditet motsvarande 87 procent. Några år efter skadans uppkomst begav sig den skadade under sina universi-

tetsstudier till Frankrike och USA som utbytesstudent. På grund av sitt svåra handikapp fick han vissa ökade kostnader för boende och resor med cirka 46 000 kronor. Enligt försäkringsbolaget bedömdes de ökade kostnaderna i samband med studier utomlands inte som skadebetingade nödvändiga merkostnader enligt skadeståndsrättslig praxis.

Patientskadenämnden gjorde en annan bedömning än försäkringsbolaget och konstaterade att det i dag är vanligt att universitetsstudenter under sin studietid även studerar utomlands under en period. Vidare konstaterades att patienten gjort detta trots den omfattande skadan och att han med största sannolikhet även skulle ha gjort det som oskadad. Nämnden, som inte fann någon anledning att ifrågasätta skäligheten av uppgivna merkostnader, fann därför att de merkostnader som på grund av skadan uppkommit under utlandsstudierna var ersättningsbara.

(Dnr 714/2012)

Kostnader för förfluten tid

Det är som regel inte några svårigheter att bedöma vilka merkostnader som uppkommit till följd av en personskada när det gäller kostnader för förfluten tid. Försäkringsbolaget lämnar under den akuta sjukdomstiden fortlöpande ersättning för nödvändiga merkostnader som kan styrkas med kvitton eller andra verifikationer.

Framtida kostnader

Bedömningen av vilken ersättning som kan lämnas för framtida kostnader kan däremot bli svårare. Vid utredningen om detta kan den ersättning som lämnats för förfluten tid ge en viktig vägledning. På grund av den osäkerhet som oftast finns om den framtida utvecklingen får ersättningen för framtida kostnader till stor del uppskattas mera skönsmässigt. Detta kan göras med stöd av 35 kap. 5 § rättegångsbalken om full bevisning om skadan inte alls eller endast med svårighet kan föras. Först när patientens medicinska tillstånd blivit stationärt, dvs. när man inte längre kan förvänta sig någon nämnvärd försämring eller förbättring av tillståndet, beräknas vilken ersättning som kan lämnas för framtida kostnader. Som regel lämnas ersättningen i form av ett engångsbelopp. Ersättningen bestäms genom att man först gör

en individuell uppskattning av den skadades årliga merkostnader på grund av skadan och fastställer ett årsbelopp. Därefter multipliceras detta årsbelopp med den livsvariga kapitaliseringsfaktorn med utgångspunkt från den skadades ålder vid tidpunkten för kapitaliseringen (se www.trafikskadenamnden.se, kapitaliseringstabeller) och görs om till ett engångsbelopp. Detta belopp är skattefritt. Om det föreligger mycket höga årliga merkostnader på grund av skadan kan ersättning för framtida kostnader i stället lämnas i form av livränta.

Andra kostnader som kan ersättas vid sidan av sjukvårdskostnader kan vara utgifter som syftar till att underlätta för den skadelidande att utföra förvärvsarbete, t.ex. kostnader för fördyrade resor till och från arbetet eller för rehabiliteringsåtgärder av olika slag.

Den som står den skadelidande särskilt nära

Med uttrycket *den som står den skadelidande särskilt nära* avses i första hand make eller maka, registrerad partner, sambo, barn och föräldrar. Även syskon som vid tiden för skadan bodde tillsammans med den skadade tillhör denna personkrets. Till dessa särskilt närstående ska compensationen vara skälig. Full ersättning kan således inte alltid påräknas för kostnader i samband med t.ex. sjukbesök eller vård av den skadade. Compensationen till den som står den skadelidande särskilt nära betalas ut till den skadelidande som i sin tur får lämna ersättningen vidare till dem som haft kostnaderna.

Ombudskostnader

En fråga som tämligen ofta uppkommer vid patientskador är om kostnader för att anlita ett juridiskt ombud kan ersättas. När denna fråga prövats av Patientskadenämnden (Dnr 129/2001) har nämnden funnit att ombudskostnader inte utgör sådana nödvändiga kostnader som avses i 5 kap. 1 § första stycket 1 skadeståndslagen och att de därmed inte kan ersättas.

Vid t.ex. trafik- och ansvarsskador har försäkringsbolagen åtagit sig att frivilligt betala den skadades kostnader för ombud vid skaderegleringen. Inom

patientförsäkringen finns inte något sådant åtagande från försäkringsbolagens sida. I ytterst speciella ärenden har emellertid ombudskostnader i undantagsfall ersatts ex gratia även inom patientförsäkringen. Det har då gällt fall där det varit till uppenbar fördel i skaderegleringen, t.ex. i samband med barnskador med komplicerade kostnadsförhållanden eller vid skador där den skadade haft problem med att formulera sina anspråk, exempelvis vid svår psykisk sjukdom eller hjärnskada. I de fall då prövning i Patientskadenämnden var aktuell hade patienten tidigare som regel möjlighet att få ersättning för ombudskostnader genom hemförsäkringens rättsskyddsmoment. Vissa försäkringsbolag har numera emellertid tagit bort denna möjlighet.

ERSÄTTNING FÖR INKOMSTFÖRLUST

Enligt 5 kap. 1 § första stycket 2 skadeståndslagen omfattar skadeståndet till den som har tillfogats personskada ersättning för inkomstförlust.

Ersättning för inkomstförlust motsvarar enligt *andra stycket* skillnaden mellan den inkomst som den skadelidande skulle ha kunnat ha, om skadan inte inträffat, och den inkomst som denne trots skadan har eller borde ha uppnått, eller som den skadelidande kan beräknas komma att uppnå, genom sådant arbete som motsvarar vederbörandes krafter och färdigheter och som rimligen kan begäras med hänsyn till tidigare utbildning och verksamhet, omskolning eller annan liknande åtgärd samt ålder, bosättningsförhållanden och därmed jämförliga omständigheter.

Med inkomstförlust likställs enligt *tredje stycket* intrång i näringsverksamhet. Med inkomst likställs värdet av hushållsarbete i hemmet.

Enligt 5 kap. 3 § avräknas vid bestämmande av ersättning för inkomstförlust eller förlust av underhåll förmån som den skadelidande med anledning av förlusten har rätt till i form av

1. ersättning enligt socialförsäkringsbalken eller någon annan likartad förmån,
2. pension eller annan periodisk ersättning eller sjuklön, om förmånen betalas av en arbetsgivare eller på grund av en försäkring som är en anställningsförmån.

Enligt 5 kap. 4 § fastställs ersättning för framtida inkomstförlust eller förlust av underhåll i form av livränta eller engångsbelopp eller som livränta jämte engångsbelopp. Är ersättningen av väsentlig betydelse för den skadelidandes försörjning, ska den utgå som livränta, om inte särskilda skäl talar mot detta.

Fastställd livränta kan, om skäl föreligger, helt eller delvis utbytas mot engångsbelopp.

Om det med övervägande sannolikhet föreligger ett medicinskt orsakssamband mellan skadan och den skadades arbetsoförmåga kan utredningen om den skadades inkomstförlust påbörjas.

Huvudprincipen vid ersättning för inkomstförlust är att den skadade ska ha lika stor inkomst efter skadan som den han eller hon hade som oskadad. Den skadade ska således försättas i samma ekonomiska situation som om skadan inte hade inträffat. Den ersättning för inkomstförlust som inte ersätts från annat håll ska ersättas genom skadeståndet.

Ersättningen bör i normala fall delas upp i två poster: en som avser förfluten tid i förhållande till tidpunkten för skaderegleringen och en som avser framtiden.

Inkomstförlust för förfluten tid

Att beräkna ersättningen för förfluten tid brukar normalt sett inte orsaka några större besvär. Denna ersättning kan i regel fastställas på grundval av den faktiska förlust som har visat sig vid tidpunkten för skaderegleringen. Ersättningen lämnas löpande under den akuta sjukdomstiden och är skattepliktig.

Ersättning för inkomstförlust på grund av en patientskada som uppkommit vid en operation lämnas som regel först från den tidpunkt då den normala sjukskrivningstiden efter en komplikationsfri operation av aktuellt slag är över.

Om exempelvis en patient vid en operation av ett överarmsbrott, som normalt sett skulle ge en sjukskrivningstid på fem månader, drabbas av en infektion, lämnas ersättning för inkomstförlust först efter det att den normala sjukskrivningstiden på fem månader är över, eftersom patienten under denna period oavsett infektionen skulle ha haft en inkomstförlust på grund av den ursprungliga skadan. Ersättning för inkomstförlust lämnas således för den förlust som tillkommit på grund av den förlängda sjukskrivning som patientskadan orsakat.

Framtida inkomstförlust

Om skadan orsakat en bestående inkomstförlust kan det däremot vara svå-

rare att beräkna ersättningen för denna framtida förlust och beräkningen måste grundas på mer eller mindre säkra antaganden om den skadelidandes möjligheter att utnyttja sin restarbetsförmåga.

Eftersom patientskadeersättning endast ska lämnas för den merskada som patientskadan orsakat är det viktigt att redan från början utreda hur stor del av den framtida arbetsoförmågan som beror på grundskadan respektive patientskadan. Om en patient trots en lyckad behandling inte skulle kunna återgå till sitt tidigare heltidsarbete utan endast till ett halvtidsarbete, kan ersättning således endast lämnas för halva inkomstförlusten om en infektion som gör att patienten blir helt arbetsoförmögen tillförs vid behandlingen.

När den akuta sjukdomstiden är över och förhållandena kan bedömas som i princip oföränderliga kan man bestämma den framtida inkomstförlusten och fastställa en livränta. Detta kan ofta ske först efter det att patienten fått genomgå någon form av rehabilitering eller omskolning. Inte så sällan tar det lång tid att utreda om den skadade har någon restarbetsförmåga och om så är fallet inom vilka arbeten denna kvarvarande arbetsförmåga kan användas. Normalt brukar den framtida inkomstförlusten bestämmas först när den skadade fått hel eller partiell aktivitetsersättning alternativt sjukersättning.

Vid beräkningen av den framtida inkomstförlusten måste man först fastställa det så kallade *inkomstunderlaget*, dvs. den inkomst som den skadade skulle ha haft som oskadad. Att bestämma denna inkomst kan många gånger vara svårt. Det är därför viktigt att utredningen blir så utförlig som möjligt eftersom beräkningen av framtida inkomster som oskadad ligger till grund för ersättningen för inkomstförlust och pensionsförlust.

När man sedan fastställt inkomstunderlaget beräknar man den uppkomna framtida inkomstförlusten genom att använda den så kallade differensmetoden (se ovan 5 kap. 1 § andra stycket skadeståndslagen). Ersättningen blir skillnaden mellan den inkomst som den skadade skulle ha haft som oskadad och den inkomst som den skadade trots skadan faktiskt har.

Det är den skadade som har bevisbördan för att han eller hon skulle ha haft det arbete och den inkomst som påstås om skadan inte hade inträffat. När det gäller frågan om den skadade i sådant fall måste *visa/styrka* dessa omständigheter eller om det räcker med det lägre beviskravet *göra sannolikt* har

Högsta domstolen i NJA 2007 s. 461 tagit ställning till detta. Högsta domstolen ansåg att den skadade, som var arbetslös, borde få ersättning för en inkomstförlust som beräknats utifrån en högre inkomst än den han eller hon hade som arbetslös om det framstår som *sannolikt* att han eller hon skulle ha fått denna högre inkomst om skadan inte hade inträffat.

Patientskadenämnden har i likhet med Trafikskadenämnden tolkat domen så att beviskravet *sannolikt* avser såväl frågan om den skadade skulle ha haft visst arbete som oskadad, som inkomstförlustens storlek. Inom försäkringsbranschen accepterar man såvitt känt i allmänhet denna tolkning men det finns de som menar att beviskravet när det gäller inkomstnivån då sätts för lågt. Eftersom de flesta som drabbas av personsador och därmed får en inkomstförlust är arbetstagare, motsvarar ersättningen för inkomstförlust den arbetsförtjänst som de förlorat. När egna företagare skadas beräknas ersättningen efter andra normer. I 5 kap. 1 § tredje stycket skadeståndslagen har det uttryckligen angivits att intrång i näringsverksamhet ska likställas med inkomstförlust.

Ersättning för framtida inkomstförlust till barn och ungdomar

När det gäller barn kan det ibland vara komplicerat att fastställa den framtida inkomst som barnet skulle ha haft som oskadad. Detta gäller speciellt när skadan är så svår att barnet över huvudtaget aldrig kan arbeta som vuxen. Ju yngre barnet är när denne skadas desto svårare blir bedömningen. Huvudprincipen är att en individuell bedömning ska göras av barnets sannolika yrkesval och inkomstnivå som oskadad, där utgångspunkten är barnets egna förutsättningar och intressen. En sådan bedömning kan emellertid ofta vara i princip omöjlig att göra. Trafikskadenämnden har i sådana fall brukat utgå ifrån att barnet som oskadad skulle ha haft en arbetsinkomst som motsvarar medianlönen för den heltidsarbetande befolkningen på arbetsmarknaden, dvs. den inkluderar både de personer som har gymnasial utbildning och de som har eftergymnasial utbildning. När omständigheterna talar för detta ska lönenivåerna som avser endast gymnasial utbildning respektive endast eftergymnasial utbildning kunna användas. (Tabeller finns på www.svensk-

forsakring.se under rubriken "Vägledningar".) Några vägledande domstolsavgöranden finns inte.

När ett barn i den yngre skolåldern tvingas gå om ett eller flera år i skolan på grund av en personskada, kan enligt praxis ersättning lämnas för förlust av skolar. Ersättningen uppgår år 2015 till ett skattefritt schablonbelopp på 50 000 kronor per *förlorat skolar* och betalas ut till barnets föräldrar som en merkostnadsersättning för att barnet måste gå ett eller flera extra år i skolan.

Om barnet vid skadetillfället deltagit i en yrkesinriktad utbildning och skadan innebär att barnet kommer ut senare i förvärvslivet än det skulle ha gjort som oskadad, kan ersättning för *försenat utträde i förvärvslivet* bli aktuell. Denna ersättning för inkomstförlust är skattepliktig.

Ersättningen för framtida inkomstförlust lämnas praktiskt taget alltid i form av livränta och oftast fram till den skadades 65-årsdag. Livräntan kan under vissa omständigheter omvandlas till ett engångsbelopp. Livräntan värdesätts enligt lag och betalas normalt ut månadsvis i efterskott. Ersättning för inkomstförlust är skattepliktig.

Det livräntebelopp som betalas ut är inte pensionsgrundande. Full ersättning ska därför lämnas för den pensionsförlust som orsakats av personskadan.

Konkurrerande skadeorsaker

Problem med att konstatera vilken inkomstförlust som orsakats av patientskadan och vilken som orsakats av grundsjukdomen uppstår när patientskadan exempelvis orsakats vid behandling av progredierande reumatiska eller neurologiska sjukdomar, dvs. sjukdomar som successivt försämras. Dessa sjukdomar är kanske när patientskadan inträffar i en lindrig fas, men kommer att gradvis försämras med tiden, även om det inte i förväg går att säga exakt när detta ska ske. Denna försämring kommer många gånger till slut att leda till en hög medicinsk invaliditet som i sig leder till hel arbetsoförmåga. Kan försäkringsbolaget i en sådan situation, när grundsjukdomen kraftigt försämrats, stoppa ersättningen för inkomstförlust för patientskadan med hänvisning till att patienten på grund av försämringen av grundsjukdomen

ändå skulle ha blivit helt arbetsoförmögen? Enligt rättsfallet NJA 2009 s. 104 anses försäkringsbolagen inte ha en sådan rätt.

Rättsfallet NJA 2009 s. 104 har tidigare omnämnts under avsnittet *Ersättning vid kostnader, konkurrerande skadeorsaker*. Rättsfallet ändrade den praxis som försäkringsbolagen och personskadenämnderna tidigare hade tillämpat när det gäller försäkringsbolagens ansvar för den skadades arbetsoförmåga. Enligt tidigare skaderegleringspraxis upphörde ansvaret för den skadades arbetsoförmåga om den skadade drabbades av konkurrerande besvär som också medförde arbetsoförmåga. Tidigare praxis utgick från principen att den skadade skulle försättas i samma ekonomiska situation som om skadan inte inträffat.

Nedan ges en närmare beskrivning av rättsfallet.

År 1992 skadades en kvinna allvarligt i en trafikolycka. Trafikskadan orsakade hel arbetsoförmåga varför försäkringsbolaget lämnade ersättning för den uppkomna inkomstförlusten i form av en livränta. Åtta år senare drabbades kvinnan av en hjärtsjukdom. Denna sjukdom orsakade i sig också hel arbetsoförmåga. Försäkringsbolaget slutade då att betala ut livräntan för inkomstförlust. Bolaget motiverade sitt ställningstagande med att kvinnan oavsett trafikskadan skulle ha varit helt arbetsoförmögen på grund av de tillkommande hjärtbesvären.

Högsta domstolen gjorde en annan bedömning än försäkringsbolaget och fann att den skadade redan var helt arbetsoförmögen på grund av trafikskadan när hon drabbades av hjärtbesvären. Inkomstförlusten skulle därför beräknas med utgångspunkt från arbetsoförmågan efter trafikskadan och inte med beaktande av senare tillkomna händelser som inte påverkat den redan uppkomna arbetsoförmågan. Full ersättning för inkomstförlust och pensionsförlust skulle därför lämnas av försäkringsbolaget.

Trafikskadenämnden har i ett ärende (cirkulärreferat 4-2010) funnit att rättsfallet NJA 2009 s. 104 var tillämpligt även i det fallet att den skadade hade en sjukdom innan trafikskadan som först efter trafikskadan satte ner arbetsförmågan.

Patientskadenämnden har också avgjort ett liknande ärende.

Ärendet gällde en 34-årig kvinna som led av ett kroniskt smärttillstånd (reflektorisk sympatisk dystrofi, RSD) i höger arm. Hon opererades för detta tillstånd med neurolys, dvs. den drabbade nerven lossades från omgivande vävnad, i höger armbåge den 2 september 1988. Efter ingreppet förvärrades patientens besvär av RSD.

Försäkringsbolaget bedömde att en ersättningsbar skada förelåg avseende försämringen av smärttillståndet eftersom operationen den 2 september 1988 ansågs ha varit kontraindicerad. Tvisten i nämnden gällde bland annat rätten till fortsatt ersättning för hel inkomstförlust.

Patienten menade att det fanns ett adekvat orsakssamband mellan skadan och arbetsoförmågan i sin helhet. Någon grundsjukdom eller några konkurrerande orsaker som påverkade arbetsoförmågan fanns inte. De psykiska besvär som beskrevs i det medicinska underlaget var enligt patienten av övergående natur och förlamningstillståndet i benen som inträffade i slutet av år 1995 klingade av medan besvärerna från armskadan var stationära sedan invaliditetsbedömningen.

Försäkringsbolaget avböjde patientens ersättningsanspråk med följande motivering beträffande frågan om inkomstförlust: "Ersättning för inkomstförlust har betalats till patienten för perioden mellan den 13 november 1989 och den 20 mars 1995. Beräkningen har gjorts utifrån en heltidslön. Från och med den 20 mars 1995 och framåt är hälften av patientens arbetsoförmåga att hänföra till skadan. Den andra halvan betingas av konkurrerande grundsjukdomar i form av RSD/CRPS (Complex Regional Pain Syndrom), följdttillstånd med benpares från och med oktober 1995, psykiska besvär till följd av kraftiga psykosociala påfrestningar samt ländryggsbesvär."

Patientskadenämnden ansåg att det förelåg rätt till fortsatt hel ersättning för inkomstförlust och gjorde följande bedömning i frågan om inkomstförlust: "Nämnden konstaterar att Löf under perioden 13 november 1989–20 mars 1995 har betalat ut ersättning för inkomstförlust till patienten utifrån en heltidslön. För tid därefter har Löf bedömt att hälften av patientens hela arbetsoförmåga beror på skadan och den andra halvan beror på föreliggande grundsjukdomar. Löf har i ett fall som detta bevisbördan – utan bevislättning – för påståendet att skadan inte längre är hela orsaken till den arbetsoförmåga som tidigare godtagits. I enlighet med vad Högsta domstolen uttalat (NJA 2009 s. 104) ska den pares som drabbade patienten efter det att skadan inträffade inte påverka Löf:s skyldighet att betala ersättning för inkomstförlust."

Mot bakgrund av att Löf tidigare har bedömt att patientens kvarstående besvär till följd av skadan motsvarar 40 procent invaliditet och att detta sätter ned hennes arbetsförmåga helt samt att det av underlaget i ärendet inte klart framgår att dessa besvär nu skulle ha avklingat, anser nämnden att Löf inte har styrkt sitt påstående att grundsjukdomen bidragit till arbetsoförmågan. Det föreligger därför rätt till fortsatt hel ersättning för inkomstförlust.”

(Dnr 6/2013 – PRS 2013:03)

Avgörandet i ovanstående fall är helt i linje med Högsta domstolens dom samt med beslut i Trafikskadenämnden och Ansvarsförsäkringens Personskadenämnd.

ERSÄTTNING FÖR SVEDA OCH VÄRK

Enligt 5 kap. 1 § första stycket 3 skadeståndslagen omfattar skadeståndet till den som har tillfogats personskada ersättning för fysiskt och psykiskt lidande av övergående natur (sveda och värk) till följd av skadan.

Ersättning för sveda och värk uppfattas vanligen som ett ”plåster på såret” för det fysiska och/eller psykiska lidande och obehag som skadan förorsakat den skadade under skadans läkningstid, den så kallade akuta sjukdomstiden efter skadan.

Under posten sveda och värk ersätts förutom rent kroppsliga defekter, smärta och andra fysiska obehag även psykiska besvär som ångest, sömn- och koncentrationsstörningar, depressioner, sexuella störningar m.m. som visar sig under den akuta sjukdomsperioden.

Ersättningen tar inte bara sikte på sådant lidande som skadan i sig innebär utan också på lidande som följer med olika slags vård och behandling samt även den oro och ångslan inför framtiden som kan följa med skadan under sjukdomstiden, t.ex. vid försenad cancerdiagnostik eller vid smitta av HIV-virus. Om denna oro lett till psykiska besvär av sådan grad att de är att anse som personskada, kan ersättning lämnas för skadan. Det gäller även om risken senare inte förverkligas. Skulle den befarade skadan också inträffa, får den ersättas särskilt (prop. 2000/01:68 s. 24 och 69).

Försenad diagnos av bröstcancer

Som nämnts vid beskrivningen av diagnosskador anmäls relativt ofta en försenad diagnostisering av cancersjukdom, vanligen rör det sig om bröstcancer. Även om man kan konstatera att rätt diagnos borde ha kunnat ställas tidigare än vad som skedde behöver detta förhållande inte alltid innebära att en fysisk skada uppkommit som en följd av diagnosförseningen. En tidigare korrekt diagnos hade exempelvis inte inneburit någon annorlunda terapi när det gäller kirurgi, radioterapi, kemoterapi och endokrin terapi än vad som verkligen blev fallet i det enskilda ärendet. Om den försenade diagnosen inte heller inneburit något för den framtida prognosen, föreligger ingen egentlig

kroppsskada på grund av fördröjningen med att ställa rätt diagnos. Oavsett detta lämnas, om det inte rör sig om en alltför kort tid, enligt Patientskadennämndens praxis alltid en ideell ersättning med 40 000 kronor för det psykiska lidande som patienten ändå måste antas ha drabbats av med oro och ängslan för att risken för återfall och död i sjukdomen kan ha ökat. (se Dnr 587/2002 – PRS 2003:01 samt Dnr 86/2013 – PRS 2013:01).

Psykiska besvär

För att psykiska besvär ska anses som personskada krävs att det föreligger en medicinskt påvisbar effekt. Det är inte tillräckligt med sådana allmänna känslouttryck som är en normal följd av en skadegörande handling såsom vrede, rädsla och sorg (se SOU 1995:33 s. 61 samt Dnr 455/2001 – PRS 2002:01). En medicinskt påvisbar effekt kan t.ex. vara att patienten blir sjukskriven eller genomgår terapi till följd av de psykiska besvären. Att de psykiska besvären beror på skadehändelsen kan även styrkas med intyg från läkare, psykolog eller kurator.

Akut sjuktid

För att ersättningen för sveda och värk ska kunna beräknas ska en akut sjuktid fastställas i alla skadefall. Tiden är den viktigaste faktorn vid bestämmande av ersättningens storlek. Andra faktorer är bland annat skadans art, lidandets intensitet, behandlingens svårhetsgrad och hur länge man vistats på sjukhus.

Vid beräkningen av den akuta sjuktiden är det viktigt att observera att den i detta sammanhang inte behöver vara densamma som sjukskrivningstiden enligt Försäkringskassans regler, även om så ofta är fallet. Vid bedömningen av den tid under vilken ersättning för sveda och värk kan lämnas får den akuta tiden anses ha upphört när den akuta behandlingen avslutats och skadan läkt ut eller det medicinska tillståndet blivit stationärt, dvs. när man inte längre kan förvänta sig någon nämnvärd försämring eller förbättring av tillståndet.

Även i fall där det inte föreligger någon egentlig akut sjuktid eller läknings-tid, utan där den fysiska skadan omedelbart blivit bestående efter skadehändelsen, kan ersättning för sveda och värk lämnas. I patientskadesammanhang är det vanligt att många nervskador omedelbart blir stationära och där kan man således inte förvänta sig någon försämring eller förbättring av skadetillståndet. Vid dessa nervskador som omgående blir bestående brukar enligt den praxis som utvecklats inom patientförsäkringen ersättning för sveda och värk ändå lämnas under en anpassningstid på några månader (se Dnr 658/2009 – PRS 2009:14). När barn fått svåra ersättningsbara CP-skador i samband med förlossning brukar akuttiden beräknas till 1,5–2 år.

För att bedöma den akuta sjuktidens längd krävs som regel medicinskt underlag i form av sjukskrivningsintyg och/eller patientjournaler. Den skadades egen redogörelse för besvären kan också användas som underlag, speciellt i enklare fall.

För rätt till ersättning för sveda och värk krävs i normalfallet att den skadade blivit sjukskriven. För barn och pensionärer, som i regel inte blir formellt sjukskrivna under den akuta sjukdomstiden, får försäkringsbolagens eller Patientskadenämndens medicinska rådgivare uppskatta den akuta sjuktidens längd. Det är inte vanligt med en akut sjuktid som överstiger två år.

Det finns vissa patientskador där ett stationärt tillstånd aldrig inträffar. Det gäller fall där skadan hela tiden försämras och där en verkningsfull terapi inte finns att tillgå. Oftast gäller det vid försenad diagnostik av cancersjukdomar där man bedömer att behandlingen med strålning och cytostatika inte har någon effekt. I dessa fall, när den terminala fasen av sjukdomen inträder, dvs. när det står klart att patienten kommer att avlida i sin sjukdom inom en snar framtid (högst 2 år), kan ersättning för sveda och värk lämnas förhöjd med 50 procent på grund av det livshotande förhållandet. Någon reducering av ersättningen efter ett år sker då inte.

Ersättningens bestämmande

Ersättningen bestäms utifrån en av Trafikskadenämnden fastställd schabloniserad hjälptabell (se www.trafikskadenamnden.se, tabeller). Beloppen i ta-

bellen uppräknas kontinuerligt med hänsyn till penningvärdesförändringar. Enligt tabellen utges ersättning med ett grundbelopp per månad. Grundbeloppet varierar beroende på vårdform, skadans art och läkningstidens längd. Ersättningens storlek beräknas oftast i förhållande till sjukskrivningsgraden (100 procent, 75 procent, 50 procent eller 25 procent) och sjukskrivningstidens längd. Den skadades ålder, kön och yrke beaktas inte vid bestämmandet av ersättningens storlek. Inte heller inverkar skadans uppkomstmekanism på ersättningens storlek. Det spelar således inte någon roll om skadan uppkommit genom vårdslöshet eller genom en ren olyckshändelse. Det är med andra ord själva skadans följder som ska ersättas och inte sättet den uppkommit på. Ersättningen är skattefri och brukar betalas ut som ett engångsbelopp. Finns risk för att den akuta sjuktiden blir mycket utdragen lämnas regelmässigt förskott. Någon egentlig begränsning av ersättningsnivån för sveda och värk finns inte, men ersättningar över 100 000 kronor är ovanliga.

Högsta domstolen har i rättsfallet NJA 1972 s. 81 sanktionerat att man som utgångspunkt vid beräkningen av ersättningen för sveda och värk använder Trafikskadenämndens hjälptabell. Denna inställning har Högsta domstolen senare bekräftat vid flera tillfällen. Domstolarna är givetvis inte bundna av Trafikskadenämndens hjälptabell men följer den i stor utsträckning. Högsta domstolen har i några speciella fall gjort avsteg från tabellen och dömt ut ett skäligt skadestånd. Även Trafikskadenämnden har i ett fåtal fall där speciella försvårande omständigheter förelegat gett högre ersättning än vad som framgår av tabellen.

Patientsskadenämnden har också i vissa fall frångått att strikt följa de normer som anges i hjälptabellen och gjort en mer fristående bedömning av ersättningen. Ett exempel är följande fall.

En 35-årig kvinna genomgick på grund av bukbesvär en gastrokopisk undersökning den 2 februari 2006. I samband med undersökningen drabbades hon av en perforation av matstrupen. Skadan ansågs ersättningsbar enligt patientsskadelagen. På grund av ett komplicerat efterförlopp tvingades man ta bort en del av matstrupen. Man anlade en esofagusstomi (en öppning på halsen) och Witzelfistel (slang in i magsäcken från bukväggen för nutrition). Patienten hade en del problem med Witzelfisteln och genomgick under hösten 2006 en operation där

man anlade en bit tjocktarm mellan matstrupsresten och magsäcken för att återställa mag-tarmkanalen. Tarmdelen gick dock i nekros, dvs. vävnadsdöd, på grund av dålig kärlförsörjning, vilket ledde till att patienten blev så dålig att hon måste ligga i hjärt- och lungmaskin. Återhämtningen tog lång tid och först under sommaren 2007 gjorde man ett nytt försök att rekonstruera mag- och tarmkanalen så att patienten kunde börja äta igen. Under åren 2009 och 2010 genomgick hon ärrbräcksoperationer.

Försäkringsbolaget lämnade ersättning enligt hjälptabellen för sveda och värk med 83 500 kronor.

Patientskadenämnden ansåg vid en samlad bedömning av ersättningen för sveda och värk – där nämnden tog särskild hänsyn till det långa akuta sjukdomsförloppet (cirka fyra år), som periodvis varit ytterst besvärligt med allvarliga komplikationer, tidvis livshotande, och inneburit flera omfattande omoperationer – att man i stället för att strikt följa de normer som anges i ersättningstabellen borde göra en mer fristående bedömning av ersättningen. Vid en sådan bedömning fann nämnden att en skälig ersättning för sveda och värk kunde uppskattas till 100 000 kronor.

(Dnr 552/2010)

Även om man inom patientförsäkringen som huvudregel följer de normer som anges i Trafikskadenämndens hjälptabell för sveda och värk så görs i inte så få fall en mer fristående bedömning av denna ersättningspost. Trafikskadenämndens tabell är i första hand användbar på skador som uppkommer vid trafikolyckor eller andra olyckshändelser. Skadepanoramats inom patientförsäkringen är många gånger ganska olik det man ser inom trafik- eller ansvarsförsäkring.

För att belysa detta lämnas några ytterligare exempel på när man gjort en mer fristående bedömning av ersättningen för sveda och värk.

Bärare av antibiotikaresistenta bakterier som MRSA (meticillinresistenta gula stafylokokker)

Ärendet gällde en 74-årig man som vårdades på geriatrisk rehabiliteringsklinik under tiden den 24 april till den 4 juni 2008 på grund av utbredd blåsbildande erysipelas (en inflammatorisk hudsjukdom

orsakad av bakterier) i höger ben och fot med sepsis, dvs. allmän blodförgiftning. Den 29 maj 2008 genomgick patienten en screeningundersökning för att upptäcka förekomst av MRSA på grund av att en annan patient i vårdsalen hade varit positiv för MRSA. Vid undersökningen påvisades växt av MRSA i näsa, svalg, sår på höger ljumske och i urinen.

Försäkringsbolaget bedömde att patienten hade rätt till ersättning för MRSA-infektionen. Någon utökad akut läknings- och behandlingstid hade MRSA-bärarskapet inte medfört enligt bolaget. Den medicinska invaliditetsgraden till följd av patientskadan, kronisk bärare av MRSA, bedömdes till 5 procent. Bolaget lämnade också ett förbehåll som innebar rätt för patienten att återkomma med nya ersättningsanspråk om det skulle visa sig att patientskadan i framtiden medförde ytterligare skadeverkningar.

Patienten ansåg att patientskadan även borde medföra rätt till ersättning för sveda och värk. Enligt patienten hade läkningsprocessen blivit längre och besvärligare på grund av infektionen. Behandlingstiden hade förlängts beroende på smittan och han hade inte fått någon möjlighet till rehabilitering.

Försäkringsbolaget motiverade sitt beslut att inte lämna ersättning för sveda och värk med att den odlingsverifierade MRSA-smittan inte hade orsakat sjukdomstillstånd eller medfört någon försämring i patientens grundsjukdom. MRSA-bärarskapet hade inte medfört någon utökad akut läknings- och behandlingstid. Någon ersättning för sveda och värk kunde därför inte lämnas.

Patientsskadenämnden ansåg att det förelåg rätt till ersättning för sveda och värk samt gjorde följande bedömning: "I samband med att man konstaterade MRSA-infektionen i juni 2008 flyttades patienten från den rehabiliteringsklinik där han vistades för sina grundbesvär till isolerad vård på infektionsklinik. Där fick han stanna i över en månad. I och med denna förflyttning upphörde den rehabilitering han tidigare hade fått, vilket rimligen förlängt det akuta sjukdomsförloppet och lett till ett sämre rehabiliteringsresultat. Dessutom måste det förhållandet att patienten var bärare av infektionen ha inneburit oro och ångslan inför framtiden. Det är således enligt nämndens mening uppenbart att det påverkat patienten negativt både fysiskt och psykiskt att under en viss övergående tid anpassa sig till att vara bärare av en MRSA-infektion som sannolikt är kronisk. Den hjälptabell som normalt används vid beräkningen av ersättningen för sveda och värk ger inte någon bra vägledning när det gäller hur en skada av aktuellt slag bör ersättas under det initiala skedet. Vid en samlad skälighetsbedömning anser

nämnden därför att ersättning för sveda och värk för fall som det nu aktuella bör lämnas med 10 000 kr.”

(Dnr 263/2010 – PRS 2010:10)

Vakenhetsupplevelse under operation, så kallad ”awareness”

Undantagsvis händer det att patienter på grund av otillräckligt anestesidjup är vakna under ett ingrepp. När patienten är muskelrelaxerad, till exempel vid bukkirurgi, kan hon eller han inte påkalla operationspersonalens uppmärksamhet. Vid vakenhetsupplevelser kan patienten följa vad som händer i operationsrummet, höra konversationer mellan personalen och i sällsynta fall känna smärta under ingreppet. Om man finner att patienten sannolikt har varit vaken under operationen och att detta hade kunnat undvikas genom ett annat förfarande, kan ersättning för sveda och värk lämnas. Trafikskadenämndens hjälptabell ger inte någon vägledning i ett fall som detta. Här handlar det om ett i många fall stort trauma, oftast under en begränsad period, som kan utvecklas till ett posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Om diagnosen PTSD inte har ställts, vilket i princip förutsätter att patienten har bedömts av psykiater, får man göra en skälighetsbedömning av ersättningen som till stor del får grunda sig på patientens redogörelse av upplevelsen och de följder denna haft för patienten. Om händelsen lett till en psykiatrisk påverkan under en längre tid, eventuellt med PTSD-diagnos och terapismtal som följd, får en akuttid enligt mera konventionell modell fastställas. Vid awareness lämnas schablonersättning med 5 000 kronor–10 000 kronor beroende på smärtinslag.

Graviditet som trots abort leder till förlossning

Misslyckad abort kan leda till att barnet föds. Det kan aldrig betraktas som en skada för ett barn att det föds med liv vare sig det föds helt friskt eller med genetisk skada (Dnr 194/1994 – PRS 1995:02). Har barnet däremot fötts med en skada till följd av den misslyckade aborten kan ersättning lämnas.

De besvär som den fortsatta oönskade graviditeten och förlossningen kan ha

förorsakat kvinnan efter det misslyckade abortingreppet får betraktas som en sådan ersättningsbar skada som omfattas av försäkringen (se Dnr 242/1994 – PRS 1995:03). Ersättningen får i dessa fall beräknas enligt en skälighetsbedömning.

Abort vid ofullständig sterilisering

Vid patientskada som medför abortingrepp, t.ex. efter ofullständig sterilisering, kan ersättning för sveda och värk inte beräknas enligt Trafikskadenämndens hjälptabell. Aborten medför som regel en svår psykisk påfrestning för kvinnan medan själva sjukskrivningstiden kan vara relativt kort. I dessa skador får därför som regel en skälighetsbedömning göras vid beräkningen av ersättningen för sveda och värk.

Reducerad ersättning för sveda och värk

Ett problem som vanligtvis uppkommer vid beräkningen av ersättningen för sveda och värk orsakad av en patientskada är att patientskadan i de allra flesta fall uppkommer vid behandling eller undersökning av en grundsjukdom eller en grundskada. Förutom patientskadan har patienten under akuttiden som regel även besvär från grundskadan, dvs. konkurrerande besvär.

Reducerad ersättning för sveda och värk kan då bli aktuell om patientskadan, t.ex. en infektion eller en operationsskada, uppkommit *i samma kroppsdel* som den behandlade. Som exempel kan nämnas det fallet att en patient genomgår en höftledsoperation. I samband med ingreppet uppkommer en sårinfektion som förlänger det normala akuta sjukdomsförloppet efter operationen. Reducerad ersättning för sveda och värk lämnas då under den akuta tid som normalt föreligger efter en höftledsoperation av aktuellt slag, eftersom patienten under denna tid har besvär både av grundskadan och patientskadan. När den normala akuttiden efter ingreppet är över lämnas sedan full ersättning för sveda och värk under den förlängda akuttid som förorsakats av patientskadan.

Den normala sjukskrivningstiden vid en komplikationsfri höftledsoperation

är mellan 6 och 12 månader beroende på olika faktorer, bland annat operationens art och patientens ålder. Om man i det ovan nämnda fallet uppskattat den normala sjukskrivningstiden till 9 månader, så lämnas således under denna period reducerad ersättning för sveda och värk. Om patienten sedan blir sjukskriven i ytterligare 8 månader presumerar man att denna sjukskrivningstid helt är orsakad av infektionskomplikationen och full ersättning för sveda och värk lämnas under denna förlängda sjukskrivningstid.

Om patientskadan däremot uppkommer *i en annan kroppsdel* än den behandlade lämnas full ersättning för sveda och värk utan reduktion på grund av grundskadan. Om en patient exempelvis genomgår en bukoperation och en ersättningsbar patientskada uppkommer i en arm på grund av uppläggningsen eller en injektion, lämnas full ersättning för sveda och värk under hela akuttiden. Detta gäller även patientskador som uppkommer på grund av fel hos eller felaktig hantering av en medicinteknisk produkt eller sjukvårdsutrustning (materialskada enligt 6 § första stycket 2) eller patientskador som orsakats av olycksfall (olycksfallsskador enligt 6 § första stycket 5) samt skador som uppkommit p.g.a. att läkemedel förordnats eller utlämnats i strid med föreskrifter eller anvisningar (medicineringskada enligt 6 § första stycket 6). Vid dessa skadetyper görs således ingen reduktion av ersättningen för sveda och värk.

Vid *felaktiga diagnoser* är det till skillnad från övriga patientskador fråga om att ersätta vissa av grundskadans effekter och inte någon av sjukvården tillförd skada i egentlig mening. Beräkningen av ersättningen för sveda och värk kan därför i dessa fall bli problematisk. För att ersättning ska kunna lämnas för en diagnosförsening krävs att en skada har uppkommit på grund av den försenade diagnosen. Skadan består normalt i att en annars förväntad förbättring uteblivit och kan beskrivas som en *merskada* i förhållande till det förlopp som borde ha blivit följderna om patientens sjukdom primärt diagnostiserats och behandling insatts på denna grund. Det är förhållandevis vanligt att någon merskada inte uppkommit trots en viss försening med att ställa rätt diagnos. Även om man kan konstatera att rätt diagnos borde ha kunnat ställas tidigare än vad som skedde behöver detta förhållande inte alltid innebära att en skada uppkommit som en följd av diagnosförseningen. En tidigare korrekt diagnos hade exempelvis inte inneburit någon tidigare eller annorlunda terapi i det enskilda ärendet. Om den försenade diagnosen inte

heller, av vad som framgår av utredningen i ärendet, kan anses ha inneburit något för den framtida prognosen föreligger ingen egentlig kroppsskada på grund av fördröjningen med att ställa rätt diagnos.

I de fall då man vid cancersjukdom kan anse att diagnosfördröjningen inneburit att oro och ängslan för risken för återfall och död i grundsjukdomen kan ha ökat kan, som tidigare nämnts, ersättning för detta förhållande lämnas. I dessa fall betalas, om diagnosfördröjningen inte varit endast kortvarig, ett schablonbelopp på 40 000 kronor för det psykiska lidande som patienten genom diagnosfördröjningen drabbats av med ökad oro och ängslan inför framtiden (se Dnr 587/ 2002 – PRS 2003:01 samt Dnr 86/2013 – PRS 2013:01).

Om det kan konstateras att en merskada uppkommit på grund av den felaktiga diagnosen börjar ersättningen för sveda och värk som regel att beräknas först när akuttiden för grundskadan normalt sett skulle ha avslutats om rätt diagnos ställts initialt. Om den felaktiga diagnosen t.ex. inneburit att operation eller annan behandling försenats med exempelvis fyra månader kan full ersättning för sveda och värk lämnas för dessa fyra månader.

Att i vissa skadefall lämna reducerad ersättning för sveda och värk är något som är speciellt för patientförsäkringen. Denna praxis har godkänts av Patientskadenämnden. Frågan har däremot inte särskilt prövats i domstol. Trafikskadenämndens hjälptabell nämner heller inget om reducerad ersättning för sveda och värk.

Dubbel ersättning för sveda och värk

I samband med förlossning kan det hända att modern drabbas av en egen fysisk patientskada, exempelvis en skada på slutmuskeln, samtidigt som fostret framföds levande men senare avlider på grund av en annan patientskada. Modern bör då få ersättning för den egna fysiska skadan (som beräknas enligt hjälptabell) samtidigt som hon kan få ersättning för egen psykisk skada i anledning av barnets dödsfall.

Bortfall av ersättningsrätten

Avslutningsvis kan konstateras att rätten till ersättning för sveda och värk, liksom rätten till annat ideellt skadestånd, enligt 6 kap. 3 § skadeståndslagen faller bort om den skadade avlider innan krav på ersättning framställts.

Om den skadade däremot dör efter det att en skadeanmälan gjorts hos försäkringsbolaget, men innan ersättningen för sveda och värk reglerats, övergår den skadades rätt till ersättning på arvingarna. Skadeanmälan behöver inte innehålla ett preciserat krav på ett bestämt ersättningsbelopp för sveda och värk. Ersättningen ska lämnas för den faktiska skadan, vilket innebär att sveda och värkersättningen ska beräknas med utgångspunkt från den skada som den avlidne faktiskt kom att uppleva under sin livstid, dvs. den skada som hänför sig till tiden före dödsfallet (se prop. 2000/01: 68 s. 76 f).

Om den skadade avlidit efter det att den akuta sjukdomstiden upphört lämnas full ersättning för sveda och värk under hela den akuta sjukdomstiden. I de fall då den skadade däremot avlidit under den akuta sjukdomstiden lämnas ersättning för sveda och värk fram till dödsfallet.

ERSÄTTNING FÖR LYTE ELLER ANNAT STADIGVARANDE MEN

Enligt 5 kap. 1 § första stycket 3 skadeståndslagen omfattar skadeståndet till den som har tillfogats personskada ersättning för fysiskt och psykiskt lidande av bestående art (lyte eller annat stadigvarande men) samt särskilda olägenheter till följd av skadan.

Med ersättning för lyte eller annat stadigvarande men menas ersättning för bestående skadeföljder, dvs. sådana som kvarstår efter den tidpunkt då den skadades tillstånd blivit stationärt. Detta är den tidpunkt då man normalt sett inte längre kan förvänta sig någon nämnvärd försämring eller förbättring av tillståndet och den akuta läkningstiden därmed får anses avslutad. Utmärkande för dessa skadeföljder är att de kan antas komma att påverka den skadade under resten av livet.

Lyte

Med lyte avses utseendemässiga skadeföljder som vanställer den skadade och som direkt kan iakttas av utomstående, t.ex. ärr, förlust av kroppsdelar eller andra vanställande förändringar.

När det gäller bedömningen av vilken ersättning som kan lämnas för ärr eller andra utseendemässiga skadeföljder behövs oretuscherade fotografier som visar förändringarnas utseende och placering. Fotografierna bör vara tagna cirka ett år efter uppkomsten av de utseendemässiga skadeföljderna, eftersom det ofta sker en viss förändring av skadeföljden innan tillståndet har blivit mera stationärt.

Trafikskadenämnden har upprättat en hjälptabell, den så kallade *Ärrtabellen*, när det gäller att fastställa ersättningen för utseendemässiga skadeföljder (se Trafikskadenämndens hemsida www.trafikskadenamnden.se). Utgångspunkten är den plats på kroppen där ärrret eller andra utseendemässiga förändringar finns, t.ex. på bälten, armarna eller benen eller i ansiktet. Därefter bedöms de utseendemässiga skadeföljdernas svårhetsgrad, t.ex. om ett ärr är vanprydande eller fränstötande. Har den skadade drabbats av flera utseende-

mässiga förändringar på grund av skadehändelsen får vid bedömningen av den sammanlagda ersättningen en skälig sammanvägning göras. Man kan således inte bara addera ersättningsbeloppen för de olika utseendemässiga skadeföljderna.

Även *Ärrtabellen* är en hjälptabell. Ersättningen kan således bestämmas till både högre och lägre belopp än de belopp som framgår av tabellen.

Samma beräkning av belopp gäller för kvinnor och män. Den skadelidandes ålder påverkar ersättningens storlek. Ju äldre den skadade är desto lägre blir ersättningen. Ersättningen för utseendemässiga förändringar är som all ideell ersättning skattefri.

När det gäller patientskador kan problem ibland uppkomma vid bedömningen av merskadan. Om det t.ex. vid en operation uppkommer en ersättningsbar infektion i ett operationsärr ska ersättning endast lämnas för de utseendemässiga förändringar som direkt kan hänföras till infektionen. Det normala operationsärr som alltid uppkommer vid ett kirurgiskt ingrepp är däremot en inte undvikbar följd av den motiverade behandlingen av grundskadan och operationsärrat är därmed inte ersättningsbart.

Stomibandage ansågs vara ett sådant lyte som inte skulle vägas in i den medicinska invaliditetsgraden

I ett ärende ansåg Patientskadenämnden att stomibandage, dvs. förband avsett att ta emot uttömningar från en konstgjord tarmöppning, fick anses utgöra ett sådant lyte som inte ska vägas in i den medicinska invaliditetsgraden, utan ska ersättas utöver ersättningen för invaliditet som vid utseendemässiga skadeföljder. Nämnden konstaterade att den utseendemässiga förändringen i sig inte var särskilt uttalad. Bandaget förde emellertid tanken till vad det var avsett att innehålla och dölja. Med hänsyn till detta och till de svårigheter som förelåg att helt dölja bandaget med kläder ansåg nämnden att ersättning, efter åldersreduktion, borde lämnas särskilt för stomi i de fall denna beror på en godkänd patientskada.

(Dnr 576/2010 – PRS 2011:01)

Annat stadigvarande men

Med stadigvarande men avses bestående besvär som en skada har medfört för resten av livet i form av t.ex. kronisk smärta, funktionsinskränkningar i armar och ben eller bestående psykiska besvär. Ersättningen för stadigvarande men anses i allmänhet även omfatta oförmåga eller sämre möjligheter att utföra fritids- och hobbyverksamhet i den mån dessa inskränkningar saknar ekonomisk betydelse.

Ersättning för *anspänning i arbete och daglig livsföring* ersätts också under posten men. Ersättning för *särskilda olägenheter* kan lämnas i mycket speciella fall när den tabellariska ersättningen för men inte räcker till för att ge full ersättning för anspänning, vilket är mycket ovanligt.

Storleken på ersättning för men bestäms främst av den medicinska invaliditetsgradens storlek. *Medicinsk invaliditet* brukar definieras som fysisk och/eller psykisk funktionsnedsättning oberoende av orsak och utan hänsyn till den skadades yrke, fritidsintresse eller andra speciella förhållanden. Det är alltså enbart den medicinska funktionsnedsättningen som orsakats av skadan som ska bedömas. Den medicinska invaliditetsgraden graderas på en skala från 0–99 procent. Även den skadades ålder vid invaliditetstillståndets inträde har betydelse för ersättningens storlek.

Vid bestämmande av ersättningens storlek för stadigvarande men inleder försäkringsbolaget bedömningen genom att, med hjälp av sina medicinska rådgivare, bestämma den medicinska invaliditetsgraden. Denna bedömning görs i första hand utifrån invaliditetsintyg och patientjournaler. De medicinska rådgivarna har till sin hjälp två medicinska tabellverk som utgivits av Svensk Försäkring, ”Medicinsk invaliditet – skador 2013” och ”Medicinsk invaliditet – sjukdomar 2013”. (Se Svensk Försäkrings hemsida www.svenskforsakring.se och klicka Vägledning, Personskador, Medicinska tabellverk.)

Om en patientskada uppkommer vid behandling av en grundskada och detta leder till att det slutgiltiga behandlingsresultatet av grundskadan därmed blir sämre än vad man normalt kunnat förvänta sig, måste man först uppskatta vilken bestående invaliditet som normalt skulle ha förelegat vid en lyckad operation, dvs. grundinvaliditeten. Därefter får man bedöma den totala kvarstående invaliditet som föreligger i det aktuella ärendet. Mellan-

skillnaden blir den merinvaliditet som orsakats av patientskadan. Om den kvarstående invaliditeten efter en lyckad operation av visst slag normalt sett ligger på 10 procent, men på grund av en patientskada i stället ligger på 15 procent, blir den uppkomna merinvaliditeten på grund av patientskadan således 5 procent.

Följande fall som behandlats i Patientskadenämnden klarlägger att invaliditetsgraden för grundinvaliditeten vid en patientskada orsakad av ett operativt ingrepp ska bestämmas utifrån *det medicinskt förväntade operationsresultatet*.

Ärendet gällde en 63-årig man med Dupuytrens kontraktur (krökning av fingrarna på grund av ärrig skrumpling av bindväv i handflatan) i lill- och ringfingret i båda händerna sedan ett tiotal år tillbaka. Efter som patienten var högerhänt skulle man börja med denna hand. Operation utfördes den 17 januari 2001. Efter det att patienten avslutat efterbehandlingen och såret läkt hade dock fingrarna åter böjts ned och han hade då samma besvär som preoperativt. Därför påbörjades en speciell fysikalisk behandling. Patienten förbättrades av denna behandling. Han hade dock fortfarande en ömhet från såret och av intyg utfärdat den 11 september 2002 framgick att patienten fått påtagliga ärrproblem med förnyade kontrakturer som ansågs mer uttalade än före operationen.

Skaderegleringsbolaget ansåg att snittföringen vid operationen inte hade varit helt korrekt och bedömde detta som en ersättningsbar patientskada. Bolaget ansåg att 2 procent av den totala medicinska invaliditeten fick tillskrivas patientskadan och gjorde i denna fråga följande bedömning: "Före operationen hade patienten en kraftig kontraktur motsvarande 10 procent medicinsk invaliditet. Efter operationen noterades ringa eller ingen förbättring. Man kunde före operationen inte räkna med ett fullgott resultat utan man försökte genom ingreppet få en viss ökad sträckförmåga av fingrarna. Detta lyckades man dock inte åstadkomma. Initialt efter operationen blev patienten förbättrad avseende sträckförmågan i fingrarna men sedan han hade avslutat den fysikaliska behandlingen och såret hade läkt böjdes fingrarna åter ned och han fick samma besvär som före operationen. Enligt vår bedömning är den totala medicinska invaliditeten efter operationen 12 procent, varav 2 procent får tillskrivas patientskadan."

Patienten ansåg att den medicinska invaliditetsgraden, såväl den totala som den som var att hänföra till patientskadan, var för låg och borde höjas väsentligt.

Patientskadenämnden ansåg att invaliditetsgraden till följd av patientskadan var 7 procent och gjorde följande bedömning: ”Enligt nämndens uppfattning ska invaliditetsgraden för grundinvaliditet vid patientskada orsakad av ett operativt ingrepp bestämmas utifrån det medicinskt förväntade operationsresultatet. Vid aktuell operation hade man inte att räkna med ett komplett återställande av handens funktion men dock en icke oväsentlig förbättring. Nämnden bedömer att grundinvaliditeten ska fastställas till 5 procent. Nämnden delar bolagets bedömning att den totala medicinska invaliditetsgraden efter operationen utgör 12 procent. Den merinvaliditet som uppkommit till följd av patientskadan är följaktligen 7 procent.”

(Dnr 250/2004 – PRS 2004:10)

Ibland kan det medicinskt förväntade resultatet efter en lyckad behandling vara ytterst svårt att bedöma, varför en skälighetsbedömning får göras av grundinvaliditeten och den merinvaliditet som patientskadan förorsakat.

Följande fall kan belysa detta.

Ärendet gällde en 37-årig man med känd epilepsi som insjuknade i stroke (propp i en artär i bakre skallgropen) den 2 augusti 2007. Diagnosen ställdes först dagen därpå och man försökte då lösa upp proppen, men patienten drabbades av en svår hjärnskada. Försäkringsbolaget bedömde att det förelåg en försenad diagnostisering och behandling av hjärninfarkten som orsakat patienten ett förvärrat förslämningsstillstånd och förvärrade talsvårigheter.

Enighet förelåg om att den totala medicinska invaliditetsgraden kunde bedömas till 97 procent. Däremot förelåg olika uppfattningar om vilken medicinsk invaliditet som skulle ha förelegat efter en korrekt strokebehandling vid insjuknandet i augusti 2007 samt vilken medicinsk invaliditet som kunde hänföras till den försenade diagnostiken och behandlingen av patientens stroke.

Försäkringsbolaget ansåg att den största delen av den uppkomna skadan, närmare bestämt 60 procent medicinsk invaliditet, berodde på grundsjukdomen och 37 procent medicinsk invaliditet var en försämring orsakad av patientskadan.

Patientskadenämnden ansåg att det i ett fall som det nu aktuella var i

princip omöjligt att avgöra hur mycket av den medicinska invaliditeten som kunde hänföras till själva grundskadan alternativt patientskadan. Vid en samlad bedömning ansåg nämnden därför att en rimlig uppskattning var att i stort sett lika mycket berodde på grundskadan som på patientskadan. Efter avrundning blev då den medicinska invaliditetsgraden på grund av patientskadan 50 procent.

(Dnr 134/2011)

För vissa speciella skadetyper har särskilda belopp angetts som skäligen såsom vid exempelvis missfall (75 000 kronor).

Högsta domstolen har i flera avgöranden godtagit de standardiserade normer som försäkringsbranschen använder sig av vid bedömningen av framtida skadeföljder av ideell art (NJA 1982 s. 793 och 1992 s. 642).

Tabellverken är endast hjälptabeller. Enligt bland annat rättsfallet NJA 1972 s. 81 kan avvikelser från tabellerna företas om det i det enskilda fallet föreligger individuella faktorer av betydelse.

Vid beräkningen av invaliditetsgraden vid vissa bilaterala skador, som exempelvis skador i båda benen eller båda armarna, förstärker dubbelsidigheten den sammanlagda invaliditeten, vilket gör att en skälighetsbedömning måste göras av invaliditetsgraden i sådana fall.

Ett exempel på detta är följande ärende.

Dubbelsidiga skador

Ärendet gällde en 64-årig man som den 15 december 1998 opererades för ett bukaortaaneurysm, kroppspulsåderbräck i buken. Det kärlkirurgiska ingreppet lyckades men omedelbart efter ingreppet noterades total styvhet i båda fotlederna och kraftig svullnad av musklerna i underbenen. Patienten hade drabbats av dubbelsidigt kompartment-syndrom, dvs. ett förhöjt lokalt tryck med rubbad blodförsörjning i en grupp av benets muskler. Vid undersökning den 27 augusti 1999 hade patienten omfattande muskel- och nervskador i båda benen med bestående invaliditet och mycket begränsad rörelseförmåga. Han hade dubbelsidiga droppfötter med nedsatt känsel och kraft, ingen uppåsträckning i någon av fotlederna och ingen rörlighet i tårna. Dock hade

han god böjning mot fotsulan i båda fotlederna med god kraft. Han kunde förflytta sig inomhus med hjälp av två käppar och även kortare sträckor utomhus om det var plan mark. I övrigt använde han rullstol. Under hösten 2000 fick patienten ytterligare besvär från båda sina lilltår, som ville kröka sig in under fötterna. Han fick också ömhet och smärta i dessa tår, vilket medförde ytterligare begränsad rörlighet.

Skaderegleringsbolaget accepterade att patienten hade rätt till patientskadeersättning för följderna av det dubbelsidiga kompartmentssyndromet och ansåg att patientskadan hade medfört en medicinsk invaliditet. Patientens kvarstående besvär motsvarade en medicinsk invaliditetsgrad på 19 procent i varje ben. Sammanvägt enligt gällande kumulationstabell blev den totala invaliditeten 34 procent. Bedömningen hade utförts i samråd med läkare inom specialistområdet ortopedi. Patienten ansåg att invaliditetsgraden var för låg.

Patientskadenämnden delade bedömningen att de kvarstående besvären i vart och ett av benen motsvarade en invaliditet på 19 procent. Nämnden konstaterade att det i det medicinska tabellverket anges invaliditetsgrader för vissa bilaterala skador, dock inte för den nu aktuella skadetyper. Om metoden med kumulativ procentuell sammanvägning av invaliditeterna används, erhålls visserligen 34 procent. Emellertid kunde metoden enligt nämndens mening inte användas i ett fall som detta, eftersom förlusten av rörelseförmågan i båda benen snarare förstärkte den sammanlagda invaliditeten. Ersättning för lyte och men borde därför skäligen beräknas efter en invaliditetsgrad på 40 procent.

(Dnr 325/2003 – PRS 2003:14)

Vid multipla skador bestäms normalt den medicinska invaliditeten genom sammanvägningar enligt en särskild kumulationstabell som finns i tabellverket ”Gradering av medicinsk invaliditet – skador 2013”. Vid två eller flera samtidiga invaliditetstillstånd utgår man från invaliditetstalet för den allvarligaste skadan och beräknar tillkommande funktionsförluster på den resterande funktionsförmågan enligt en särskild formel.

När invaliditetsgraden har bestämts utgår man vid bestämmandet av ersättningen för stadigvarande men från den skadades ålder vid invaliditetstillståndets inträde, dvs. från den skadades ålder när det medicinska tillståndet blivit stationärt, vilket som tidigare nämnts är den tidpunkt när man normalt sett inte längre kan förvänta sig någon nämnvärd för-

sämring eller förbättring av tillståndet och den akuta läkningstiden därmed får anses avslutad.

Med kunskap om invaliditetsgradens storlek och den skadades ålder när invaliditetstidpunkten inträffat, kan man gå till de mentabeller som finns på Trafikskadenämndens hemsida, www.trafikskadenamnden.se. För att bestämma menersättningens storlek finns tre olika mentabeller.

- *Tabell 1* används vid bestående men när den skadade har kunnat återgå i arbete till minst 25 procent. Ersättningen omfattar invaliditetsersättning samt ersättning för anspänning i den dagliga livsföringen och i arbetet.
- *Tabell 2* används vid bestående men när den skadade inte har kunnat återgå i arbete. Ersättningen omfattar invaliditetsersättning samt ersättning för anspänning i den dagliga livsföringen.
- *Tabell 3* omfattar endast anspänning i arbete. Tabellen används i de fall då den skadade har kunnat återgå i arbete till minst 25 procent först efter det att ersättning lämnats enligt Tabell 2. När tabellen läses av är utgångspunkten den ålder som den skadade hade när hon eller han återgick i arbete.

Tabellerna revideras fortlöpande med hänsyn till förändringarna av penningvärdet. Den schabloniserade menersättningen betalas normalt ut som ett engångsbelopp och ersättningen är skattefri.

Bortfall av ersättningsrätten

Avslutningsvis kan konstateras att rätten till ersättning för lyte eller annat stadigvarande men samt särskilda olägenheter, liksom rätten till annat ideellt skadestånd, enligt 6 kap. 3 § skadeståndslagen faller bort om den skadade avlider innan krav på ersättning framställs.

Om den skadade däremot dör efter det att en skadeanmälan gjorts hos försäkringsbolaget, men innan ersättningen för lyte eller annat stadigvarande

men reglerats, övergår den skadades rätt till ersättning på arvingarna. Skadeanmälan behöver inte innehålla ett preciserat krav på ett bestämt ersättningsbelopp för lyte eller annat stadigvarande men. Ersättningen ska lämnas för den faktiska skadan, vilket innebär att ersättningen för lyte eller annat stadigvarande men ska beräknas med utgångspunkt från den skada som den avlidne faktiskt kom att uppleva under sin livstid, dvs. den skada som hänförs till tiden före dödsfallet (se prop. 2000/01: 68 s. 76 f).

Om den skadade avlidit under själva den akuta sjukdomstiden ska ingen ersättning lämnas för lyte eller annat stadigvarande men eftersom något invaliditetstillstånd inte kom att inträda före dödsfallet. Har den skadade däremot avlidit efter det att den akuta sjukdomstiden upphört och ett invaliditetstillstånd inträtt ska ersättning lämnas från det att den akuta sjukdomstiden avslutats fram till dödsfallet.

ERSÄTTNING TILL EFTERLEVANDE VID DÖDSFALL

Har en personskada lett till döden, ska enligt 5 kap. 2 § första stycket skadeståndslagen ersättning betalas för

1. begravningskostnad och, i skälig omfattning, annan kostnad till följd av dödsfallet,
2. förlust av underhåll,
3. personskada som till följd av dödsfallet åsamkats någon som stod den avlidne särskilt nära.

Enligt 5 kap. 2 § andra stycket tillkommer ersättning för förlust av underhåll efterlevande som enligt lag hade rätt till underhåll av den avlidne eller som på annat sätt var beroende av denne för sin försörjning. Detta gäller dock endast under förutsättning att underhåll utgick vid tiden för dödsfallet eller om det kan antas att underhåll skulle ha kommit att utgå inom en nära framtid därefter.

Förlusten ersätts i den omfattning som är skälig med hänsyn till den efterlevandes förmåga och möjligheter att genom eget arbete eller annars, på annat sätt än genom förmån som avses i 5 kap. 3 § själv bidra till sin försörjning. Med underhåll likställs värdet av den avlidnes hushållsarbete i hemmet.

Enligt 5 kap. 3 § avräknas vid bestämmande av ersättning för inkomstförlust eller förlust av underhåll förmån som den skadelidande med anledning av förlusten har rätt till i form av

1. ersättning enligt socialförsäkringsbalken eller någon annan likartad förmån,
2. pension eller annan periodisk ersättning eller sjuklön, om förmånen betalas av en arbetsgivare eller på grund av en försäkring som är en anställningsförmån.

Enligt 5 kap. 4 § fastställs ersättning för framtida inkomstförlust eller förlust av underhåll i form av livränta eller engångsbelopp eller som livränta jämte

engångsbelopp. Är ersättningen av väsentlig betydelse för den skadelidandes försörjning, ska den utgå som livränta, om inte särskilda skäl talar mot detta. Fastställd livränta kan, om skäl föreligger, helt eller delvis utbytas mot engångsbelopp.

Begravningskostnader och andra kostnader till följd av dödsfallet

Ersättning lämnas för i princip alla vanliga *begravningskostnader*. Kostnaden åvilar den avlidnes dödsbo men rätten till ersättning tillkommer den som har svarat för kostnaden. Det ska vara fråga om skäligena kostnader. Kostnaden för framtida vård av gravplats, boupptecknings- eller boudredningskostnader hör inte till sådana kostnader som kan ersättas (SOU 1973:51 s. 280 och SOU 1995:33 s. 118).

Andra kostnader till följd av dödsfallet kan vara kostnader för inköp av sorgkläder. Dessa kostnader kan helt eller delvis ersättas om det gäller den närmaste familjekretsen. Med denna krets avses enligt praxis efterlevande make eller maka, registrerad partner, sambo, barn och föräldrar. Om den avlidne är ett barn lämnas ersättning även för inköp av sorgkläder till syskon som tillhör samma hushåll. Den närmaste familjekretsen kan även få ersättning för resekostnader för att ordna praktiska bestyr med anledning av dödsfallet och för att närvara vid begravningen. Enligt skaderegleringspraxis kan även ersättning för inkomstförlust lämnas till den som för dödsboets räkning utfört nödvändiga åtgärder.

I skaderegleringspraxis tillämpas många gånger ett skattefritt schablonbelopp på 45 000 kronor för begravningskostnader (Personskadekommitténs cirkulär 2/2010). Schablonbeloppet inkluderar inte kostnader för sorgkläder, resor och inkomstförlust. Om begravningskostnaderna överstiger schablonbeloppet ska faktiska skäligena kostnader ersättas.

Förlust av underhåll

Ersättning för förlust av underhåll kan enligt 5 kap. 2 § andra stycket betalas till

1. efterlevande som enligt lag hade rätt till underhåll av den avlidne,
2. efterlevande som på annat sätt var beroende av den avlidne för sin försörjning.

Punkt 1 avser den som kan åberopa familjerättslig underhållsplikt. Det kan gälla efterlevande make eller maka, registrerad partner och barn.

Punkt 2 avser efterlevande som inte kan åberopa familjerättslig underhållsplikt men som faktiskt var beroende av underhåll från den avlidne. Till denna kategori räknas i första hand sambor. Dit kan också räknas släktingar t.ex. far- eller morföräldrar som underhåller barnbarn som förlorat sina föräldrar. Vidare kan fosterföräldrar som underhåller fosterbarn räknas hit (SOU 1973:51 s. 283, prop. 1975:12 s. 157 f). Det måste i dessa fall föreligga en varaktig försörjningssituation. Underhållsersättning betalas således inte om den avlidne endast till viss del bidragit till den efterlevandes försörjning och bidraget varit så ringa att den efterlevande inte varit beroende av det för sin försörjning. I praxis anses beroende av underhåll föreligga om den avlidne och den efterlevande hade barn tillsammans eller om ett samboförhållande mellan den avlidne och den efterlevande hade varat i två till tre år eller om fränskilda makar åter flyttat ihop före dödsfallet.

Beträffande båda kategorierna krävs att underhåll betalades vid tiden för dödsfallet eller skulle ha betalats inom en nära framtid.

När det gäller skadeståndets omfattning ersätts förlusten i den omfattning som är skälig med hänsyn till den efterlevandes förmåga och möjligheter att genom eget arbete eller annars, på annat sätt än genom förmån som avses i 5 kap. 3 § skadeståndslagen, själv bidra till sin försörjning. Med underhåll likställs värdet av den avlidnes hushållsarbete i hemmet.

När man bestämmer behovet av underhållsersättning måste man först beräkna *familjeinkomsten vid tiden för dödsfallet*. Denna inkomst består av den avlidnes och den efterlevandes sammanlagda inkomster inklusive inkomst av kapital. Det faktiska underhållsbehovet räknas därefter fram genom att man fastställer hur stor andel av den gemensamma inkomsten den efterlevande kommer att ha för sina behov. Denna konsumtionsandel utgör underhållsbehovet. Från det belopp som motsvarar underhållsbehovet avräknas sedan

samordningsförmåner och andra inkomster som den efterlevande har efter dödsfallet.

Då rättsfall saknas om hur underhållsbehovet bör beräknas har det i skaderegleringspraxis utvecklats vissa schabloner. Här följer några exempel på *schabloner om underhållsbehovet*.

För efterlevande maka eller make med hemmavarande barn beräknas efterlevandes konsumtionsandel till mellan 45 procent och 55 procent av den sammanlagda familjeinkomsten. Det högre procenttalet gäller särskilt vid lägre inkomster. För efterlevande maka eller make utan barn beräknas konsumtionsandelen till mellan 55 procent och 65 procent. Det högre procenttalet gäller särskilt om den efterlevande bor kvar i den tidigare gemensamma bostaden. Motivet är att den efterlevandes kostnader i regel inte minskar med hälften efter dödsfallet. För barn anses underhållsbehovet uppgå till 25 000 kronor per år i de fall den ena föräldern avlidit och barnet vårdas hos den andre föräldern. Om en ensamstående förälder eller båda föräldrarna avlidit beräknas underhållsbehovet för barnet till 50 000 kronor per år (se www.trafikskadenamnden.se).

Den vanligaste formen av underhållsersättning till efterlevande är periodisk underhållslivränta, som är skattepliktig. Vid mindre årligt underhållsbelopp kan engångsbelopp övervägas. Vid underhållsersättning till barn är årligt belopp att föredra.

Underhållsersättning till efterlevande maka eller make, registrerad partner eller sambo lämnas normalt sett till den dag den avlidne skulle ha fyllt 65 år. För tiden därefter minskas som regel underhållsersättningen med 50 procent under den efterlevandes återstående livstid. Om den efterlevande gifter om sig upphör rätten till underhållsersättning. Om den efterlevande blir sambo eller får en sådan högre lön att det inte längre föreligger något behov av underhåll, kan rätten till underhållsersättning omprövas.

Underhållsersättning till barn betalas som regel till dess barnet fyller 18 år. Om barnet då inte är klar med sin grundutbildning kan fortsatt ersättning lämnas, dock längst till dess barnet fyller 21 år.

Omställningsersättning

Omställningsersättning är en ersättning avsedd för en kortare period och kan lämnas när förutsättningarna att lämna ersättning till efterlevande i form av livränta saknas.

Omställningsersättning bör lämnas med ett engångsbelopp när den efterlevande med anledning av dödsfallet under en period drabbats av tillfälligt minskade inkomster eller ökade kostnader, t.ex. vid flyttning, för barnomsorg, vid en kort utbildning eller vid avveckling av rörelse.

En annan situation då det kan vara lämpligt med ett omställningsbidrag är om patientskadan tidigarelagt ett dödsfall hos en svårt sjuk patient.

Ersättning vid nära anhörigs dödsfall

Har en personskada som lett till döden i sin tur orsakat en personskada på någon som stod den avlidne särskilt nära, ska ersättning också lämnas för denna senare personskada. I svensk skadeståndsrätt saknas rätt till ersättning till närstående för sorg och saknad med anledning av att någon dött som en följd av en personskada. Däremot kan ersättning till närstående lämnas för de psykiska besvär som de fått till följd av dödsfallet. Vid dödsfall består personskadan regelmässigt av en psykisk chock eller andra psykiska besvär.

Det är i normalfallet inte nödvändigt att den närstående behöver styrka de psykiska besvären genom läkarintyg eller liknande. Vid skaderegleringen *presumerar* man att den närstående drabbats av psykiska besvär under viss tid till följd dödsfallet (prop. 2000/01:68 s. 71) och ett skattefritt schablonbelopp på 40 000 kronor för sveda och värk betalas då ut till den närstående för dessa besvär. Vanligt är även att smärre kostnader och inkomstförluster kan drabba den närstående på grund av dödsfallet. Dessa kan då också normalt sett ersättas utan någon närmare utredning.

Om den närstående yrkar på ersättning med högre belopp än nämnda schablonbelopp för sveda och värk får däremot sedvanlig utredning om den närståendes skada göras och vanliga bevisregler får tillämpas. Detsamma gäller om de psykiska besvären i undantagsfall leder till personlighetsförändringar

eller på annat sätt blir bestående och leder till medicinsk invaliditet samt till framtida kostnader och inkomstförluster.

De personer som stått den avlidne särskilt nära och således är berättigade till ersättning för egen personskada är i första hand make eller maka, registrerad partner, sambo, barn och föräldrar samt syskon som var sammanbodde med den avlidne vid tidpunkten för dödsfallet (prop. 2000/01:68 s. 72). Även andra personer kan i undantagsfall komma ifråga för ersättning om de haft en nära och speciell relation till den avlidne.

I ett ärende som prövades i Läkemedelsskadenämnden ansågs en syster som inte var sammanboende med den avlidne ha rätt till ersättning för psykiskt lidande. Omständigheterna var följande.

En 56-årig man som led av schizoaffektiv sjukdom togs in på psykiatrisk klinik den 7 februari 2007. Den 13 mars 2007 insattes läkemedlet Seroquel (neuroleptikum). Till följd av läkemedelsbehandlingen drabbades patienten av multiorgansvikt som inte gick att häva utan patienten avled den 20 april 2007. Anhöriga till patienten, bl.a. en syster, begärde ersättning för psykiskt lidande.

Läkemedelsskadenämnden gjorde följande bedömning: ”Patienten, som led av schizoaffektiv psykos, avled den 20 april 2007 på grund av malignt neuroleptiskt syndrom. Försäkringsbolaget har bedömt att dödsfallet var en följd av patientens läkemedelsanvändning samt att en läkemedelsskada föreligger. Patientens syster har med anledning av broderns dödsfall yrkat ersättning för psykiskt lidande. Hon har uppgett bl.a. att hon som enda familjemedlem och närmast boende under de senaste 10 åren har haft daglig kontakt, ibland upp till 10–15 gånger per dygn, med brodern. Vidare att hon hjälpt brodern med tvätt, hygien och allt annat som normalt görs när man är sammanboende.

Vid dödsfall till följd av läkemedelsskada kan ersättning enligt § 8.4 i ersättningsbestämmelserna från år 2007 även lämnas till någon som stod den avlidne särskilt nära enligt 5 kap. 2 § första stycket 3 skadeståndslagen (1972:207). I regeringens proposition 2000/01:68, som legat till grund för bestämmelsen i skadeståndslagen, anförs att berättigade till skadestånd är de som har stått den avlidne särskilt nära, främst make, registrerad partner, sambo, barn och föräldrar, varvid i första hand åsyftas medlemmar i samma etablerade hushållsgemenskap som den avlidne varit medlem i (s. 72). Vidare anges att det emellertid inte kan uteslutas att även andra personer någon gång kan komma ifråga

för ersättning, t.ex. syskon som inte sammanbodde med den avlidne. I propositionen hänvisar regeringen i fråga om ersättningen till bl.a. syskon som vid tidpunkten för dödsfallet inte levde i hushållsgemenskap med den avlidne till högsta domstolens dom NJA 2000 s. 521. Av domen framgår att ersättning i sådana fall bör lämnas endast om syskonen på grund av särskilda omständigheter hade en närmare gemenskap än som normalt föreligger mellan syskon.

Av handlingarna i det nu aktuella ärendet framgår att patienten och hans syster bodde ungefär 100 meter från varandra. På grund av sin allvarliga grundsjukdom, schizoaffektiv sjukdom, var patienten i stort behov av hjälp och omvårdnad. Det finns därför ingen anledning att ifrågasätta systemens uppgifter om att syskonen de senaste 10 åren innan brodern dog hade haft täta dagliga kontakter och att hon tagit hand om brodern på det sätt hon uppgett. Nämnden anser därför att syskonen får anses ha haft en närmare relation än den som normalt föreligger mellan syskon. Mot denna bakgrund får systemen anses ha stått patienten så nära att hon enligt 5 kap. 2 § första stycket 3 skadeståndslagen har rätt till ersättning för personskada i form av psykiskt lidande av övergående art (sveda och värk) till följd av patientens frånfälle.”

(Dnr L99/2008 – LY 2008:09)

Inom patientförsäkringen förekommer ibland en mycket speciell skadesituation när det gäller *foster*. Om det uppkommer en ersättningsbar skada på ett foster som fortfarande befinner sig i livmodern och fostret sedan föds med liv men senare avlider på grund av patientskadan, kan ersättning på vanligt sätt lämnas till dem som stått barnet särskilt nära. Om fostret på grund av patientskadan däremot inte föds med liv betraktas det som en skada på modern. Modern får då ersättning för förlust av foster, medan övriga familjemedlemmar inte får någon ersättning.

Frågan har prövats av Patientskadenämnden i ett ärende som gällde ett foster som avled av en skada på grund av att gällande rutiner inte följts på det aktuella sjukhuset. Ärendet har tidigare behandlats under avsnittet *Begreppet patient*. Fostret avled sedermera i livmodern. Tvisten gällde om rätt till ersättning förelåg för egen personskada för de övriga familjemedlemmarna.

Patientskadenämnden gjorde följande bedömning: ”Enligt 8 § patient-

skadelagen (1996:799) bestäms patientskadeersättning enligt bland annat 5 kap 1–5 §§ skadeståndslagen. I 5 kap 2 § första stycket 3 i sistnämnda lag anges att om en personskada lett till döden skall ersättning betalas för 'personskada som till följd av dödsfaller åsamkats någon som stod den avlidne särskilt nära'. Nämnden har i tidigare ärenden slagit fast att ett foster som blir föremål för behandling eller utebliven behandling är att betrakta som en patient och omfattas av patientskadelagen, endast under förutsättning att fostret senare föds med liv. Så skedde tragiskt nog inte i detta fall. Om ett foster skadas och därefter inte föds med liv, anses skadan enligt praxis vara en skada på modern. Patientskadeersättning för ideell skada kan då lämnas till henne vilket också har skett i detta fall. För förlust av foster utgår enligt fast praxis ersättning med ett belopp motsvarande vad som lämnas vid missfall. Varken modern, fadern eller syskonen har däremot någon rätt till ersättning enligt 5 kap. 2 § första stycket 3 skadeståndslagen.”

(Dnr 251/2009 – PRS 2009:11)

Ersättning till närstående för psykiska besvär till följd av nära anhörigs svåra skada

Enligt förarbetena till skadeståndslagen (prop. 2000/01:68 s. 33 och 72) är bestämmelsen i 5 kap. 2 § första stycket 3 skadeståndslagen inte avsedd att läggas till grund för motsatsslutet att rätt till ersättning inte finns i andra fall än när en nära anhörig har dödats. Enligt gällande rätt torde ersättning i vissa fall kunna lämnas i en del andra situationer, t.ex. när någon har fått en psykisk chock av att bevittna att en nära anhörig skadats allvarligt. Även annars, t.ex. när den anhörige har överlevt efter att ha svävat mellan liv och död, kan rätt till ersättning vara befogad. En generell lagreglering bör enligt förarbetena emellertid inte utformas med sikte på fall av detta slag, utan dessa fall bör även i fortsättningen avgöras i rättstillämpningen med beaktande av samtliga föreliggande omständigheter.

Tidigarelagt dödsfall

Många patienter som vårdas inom sjukvården har en obotlig grundsjukdom som inom en förutsebar framtid kommer att leda till döden. Hur bedöms

ersättningsfrågan om dessa patienter drabbas av en patientskada som leder till att de avlider något tidigare än om de inte hade skadats?

Om det är patientskadan som utlöst dödsfallet lämnas enligt praxis ersättning för begravningskostnader och ersättning till närstående för sveda och värk. Detta oavsett om dödsfallet på grund av patientskadan endast mycket marginellt har tidigarelagt dödsfallet. Däremot lämnas enligt skaderegleringspraxis inte ersättning för förlust av underhåll om patienten inom en nära framtid skulle ha avlidit oberoende av den ersättningsbara patientskadan. I ett sådant fall kan ett omställningsbidrag i stället bli aktuellt.

OMPRÖVNING AV SKADESTÅND

Allmänt

Möjligheten att ompröva ett fastställt skadestånd infördes genom 1975 års skadeståndslag. Omprövningsrätten var dock begränsad till ersättning för inkomstförlust eller förlust av underhåll som utgick i form av livränta eller ett engångsbelopp.

Det fanns således inte någon omprövningsrätt beträffande kostnader eller ideell skada, dvs. ersättning för sveda och värk, och inte heller för lyte eller annat stadigvarande men eller för olägenheter i övrigt. Vid de ändringar i skadeståndslagen som trädde i kraft den 1 januari 2002 kom dock rätten till omprövning att omfatta även ersättning för kostnader och för ideell skada. De nya reglerna tillämpas inte retroaktivt utan vid skador som inträffat före den 1 januari 2002 gäller de gamla bestämmelserna om omprövning.

Rätten till omprövning föreligger endast för den skadelidande. Ändrade förhållanden på den skadeståndsskyldiges sida kan således inte leda till omprövning.

Avtal eller dom som förutsättning

Som framgår av lagtexten är det en förutsättning att den ursprungliga ersättningen har bestämts genom avtal eller dom. Vid ersättning för patientskada är det normalt fråga om ett avtal mellan ett försäkringsbolag och en skadelidande, dvs. ett skaderegleringsbeslut.

I praktiken förekommer inte sällan att en skadelidande inte uttryckligen godkänner den ersättning som försäkringsbolaget har angett i sitt slutliga beslut. Något avtal har då inte träffats. Om emellertid skaderegleringen avslutas genom utbetalning av ersättningen har det ansetts att den skadelidande så småningom, i vart fall efter en längre tid, blir bunden av uppgörelsen genom allmänna regler om passivitet. Att så är fallet får anses avgjort genom *NJA 2001 s. 695 II*.

I rättsfallet ansåg HD att slutreglering av skadeärendet skett då försäkrings-

bolaget betalat ut det belopp som den skadelidande begärt för vissa kostnader och den skadelidande därefter inte haft kontakt med bolaget förrän 13 år senare. När sedan fråga uppkom om ersättning för inkomstförlust efter ca 14 år ansågs att avtal om nollersättning för inkomstförlust hade träffats vid den nämnda skaderegleringen.

Att omprövning har ägt rum en gång hindrar inte att en ny omprövning görs om förutsättningar för detta på nytt föreligger. Även om en begäran om omprövning ogillats en gång kan omprövning begäras på grundval av hela utvecklingen sedan det ursprungliga skadeståndet bestämdes. Av *NJA 1998 s. 807* framgår att bedömningen sker med hänsyn till samtliga ändringar som inträffat sedan ersättningen fastställdes.

Rekvisitet väsentligt ändrade förhållanden

Omprövning kan enligt 5 kap. 5 § skadeståndslagen komma i fråga endast när *väsentligt ändrade förhållanden* har inträtt. Bestämmelsen om omprövningsrätt är tänkt att tillämpas restriktivt. Det innebär att relativt höga krav ska ställas på vad som utgör väsentligt ändrade förhållanden. Redan vid den ursprungliga bedömningen av en skada kan man ha vägt in ett antal tänkbara förändringar. Det kan gälla en normal löneutveckling i den skadelidandes tidigare yrke och måttliga förändringar i den skadelidandes medicinska status. Det är då fråga om förutsedda förändringar som inte medför att omprövning kan komma i fråga.

Vid bedömningen av omprövningsrätten tar man hänsyn till samtliga faktorer som påverkar ersättningens storlek. Man gör således en ny prövning med hänsyn till det aktuella läget i fråga om medicinsk status, arbetsförhållanden och samordningsförmåner. I underlaget måste det finnas en väsentlig, inte förutsedd förändring som motiverar att omprövningen över huvud taget tas upp. Problem kan uppkomma exempelvis för det fall att en medicinsk förändring mycket väl kan *förutses* men omfattningen och den tid då förändringen kan inträda är så osäker att man inte *när avtalet träffas* beaktar den kommande förändringen.

Av förarbetena till ändringarna i skadeståndslagen (prop. 2000/01:68 s. 72)

framgår att man åsyftat främst fall där den skadelidandes hälsotillstånd i betydande grad kommit att avvika från vad man föreställde sig när skadeståndet fastställdes. Skillnaden mellan antagen och faktisk skada bör vara så markant att det framstår som angeläget att en ny prövning kommer till stånd.

I propositionen sägs vidare att väsentlighetskravet knyter an till den försämring som ska ha skett i fråga om de förhållanden som legat till grund för bedömningen i skadestandsfrågan och således inte i första hand till den skillnad i ersättning som kan bli följden av de ändrade förhållandena.

Beträffande tolkningen av rekvisitet *väsentligt ändrade förhållanden* kan följande HD-avgöranden nämnas. Samtliga fall gäller omprövning av ersättning för inkomstförlust.

I *NJA 2004 s. 279* gällde det bl.a. frågan om löneutvecklingen i en skadad kvinnas tidigare arbete var en omständighet som kunde ge rätt till omprövning. Vid slutregleringen av ärendet år 1991 förelåg inte någon inkomstförlust. Kvinnan återgick till sitt heltidsarbete som tandsköterska. Efter några år var besvärerna på grund av skadan, som uppkommit efter en trafikolycka, så svåra att hon fick hel förtidspension. Hon fick även arbetsskadelivränta. Kvinnan sökte år 1997 omprövning eftersom lönen i hennes tidigare yrke hade höjts betydligt mer än hennes samordningsförmåner i form av förtidspension och arbetsskadelivränta. Kvinnan ville ha full ersättning för sin inkomstförlust, dvs. försättas i samma ekonomiska situation som om trafikolyckan inte inträffat.

HD ansåg att löneutvecklingen i hennes tidigare yrke utgjorde en sådan omständighet som gav rätt till omprövning. I målet var utrett att differensen mellan den lön som hon skulle ha haft som oskadad och de förmåner hon faktiskt fick var cirka 12 procent år 1998 med senare ökning.

Avgörandet innebär att en löneutveckling som går utöver beräknelig nivå kan ge rätt till omprövning. HD uttalade även att vid omprövning så ska samtliga faktorer som kan inverka på livräntans storlek beaktas, dvs. i detta fall inte bara löneökningen utan också att samordningsförmånerna inte höjts i takt med löneutvecklingen.

Även i *NJA 2008 s. 1217 I* var det fråga om omprövning av skadeståndslivränta. HD uttalade bl.a. att en skadad ska ha rätt till ompröv-

ning om förhållandena sedan ersättningen bestämdes har förändrats så att samordningsförmånerna jämte i förekommande fall kvarstående inkomst och beviljad livränta understiger 90 procent av den skadades inkomstunderlag. I det aktuella fallet motsvarade samordningsförmånerna 88,4 procent av inkomstunderlaget och väsentlighetskravet ansågs därigenom uppfyllt. HD ansåg även att den kumulativa löneutvecklingen, och således inte löneutvecklingen för varje enskilt år, skulle ligga till grund vid bedömningen av frågan om löneutvecklingen varit normal eller inte.

I *NJA 2008 s. 1217 II* konstaterade HD bl.a. att när de samordningsförmåner som var aktuella för några av de år det var fråga om understeg 90 procent av den skadades inkomstunderlag så förelåg omprövningsrätt för dessa år.

I detta sammanhang kan nämnas även ett fall från Trafikskadenämnden (Trafikskadenämndens cirkulärreferat 2-2011). Nämnden ansåg att det, trots att endast ett av åren uppfyllde förutsättningen att den skadades samordningsförmåner understeg 90 procent av inkomstunderlaget, förelåg rätt till omprövning för alla de aktuella åren efter det år då samordningsförmånerna understeg 90 procent av inkomstunderlaget.

Som nämnts ovan förelåg för skador som inträffat efter år 1974 men före år 2002 inte någon lagstadgad omprövningsrätt beträffande ideell ersättning och kostnader. I vissa fall, särskilt i de fall då man hade anledning att räkna med att det så småningom skulle inträda en allvarlig försämring av den aktuella skadan, förekom dock att försäkringsbolaget lämnade ett förbehåll i slutöverenskommelsen. Enligt ett sådant förbehåll gavs den skadelidande rätten att återkomma med ytterligare krav inom viss tid. Det förelåg då en avtalad omprövningsrätt och det krävdes således inte att väsentligt ändrade förhållanden skulle ha inträtt, såvida förbehållet inte innehållit krav på att förändringen skulle vara väsentlig.

Beträffande skador som inträffat från och med den 1 januari 2002 gäller som konstaterats att omprövningsrätten vid väsentligt ändrade förhållanden omfattar även ideell ersättning och kostnader. Trots detta förekommer det att förbehåll lämnas. I dessa fall föreligger på samma sätt som vid de ovan

nämnda fallen inte något krav på att förhållandena ska ha ändrats väsentligt om detta inte särskilt angetts.

Preskription av rätten till omprövning

Själva rätten att begära omprövning preskriberas inte. Däremot preskriberas den nya fordran som kan anses ha uppkommit vid den tid då väsentligt ändrade förhållanden har inträtt. Vanliga preskriptionsregler gäller då i fråga om den nya fordringen (se vidare kommentaren under 23 §). Efter den 1 januari 2015 gäller att talan vid begäran om omprövning ska väckas inom tre år från den tidpunkt då det förhållande som ligger till grund för omprövningsyrkandet inträdde.

JÄMKNING PÅ GRUND AV MEDVÅLLANDE

Bestämmelsen i 6 kap. 1 § skadeståndslagen ger utrymme för jämkning av skadestånd i vissa fall, bl.a. om den skadelidande medverkat till skadan uppsåtligt eller av grov oaktsamhet.

Frågor om jämkning p.g.a. medvållande har inte förekommit särskilt ofta i Patientskadenämnden men ett fall kan nämnas från nämndens praxis.

Jämkning av ersättning?

Ärendet gällde en kvinna med andningsbesvär till följd av astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). Kvinnan bodde mestadels hemma och hade en egen syrgasutrustning. Sedan ett par år tillbaka hade hon var fjortonde dag varit avlastningspatient vid ett servicehus. Där fanns också syrgasutrustning. Vid en vistelse på servicehuset fattade syrgasutrustningen eld och kvinnan fick omfattande brännskador. Kvinnan var vid tiden för brännskadan en synnerligen aktiv rökare.

Kvinnan anmälde händelsen som en patientskada och ansåg att det rört sig om en ren olyckshändelse.

Försäkringsbolaget beräknade skadan för kosmetisk defekt till 150 000 kronor men jämkade ersättningen till två tredjedelar eller till 50 000 kronor p.g.a. medvållande från kvinnans sida. Några klara grunder för ställningstagandet lämnades dock inte utan bolaget konstaterade endast att kvinnan var väl informerad om riskerna med rökning när syrgasutrustning användes.

Patientskadenämnden konstaterade bl.a. att det av utredningen i ärendet framgick att kvinnan med hjälp av personal rökt på en balkong och sedan fått hjälp med att komma i säng, varefter syrgasen kopplats på. Nämnden fann att det med hänsyn till denna uppgift och vad som i övrigt framkommit inte på den utredning som förelåg i ärendet var visat att kvinnan medverkat till skadan uppsåtligt eller av grov vårdslöshet. Någon jämkning av ersättningen skulle således inte göras.

(Dnr 246/2004 – PRS 2004:14)

NÄR ÖVERGÅR ERSÄTTNINGEN TILL DEN SKADELIDANDES ARVINGAR?

Bestämmelsen i 6 kap. 3 § *skadeståndslagen* tillkom genom 2001 års lagstiftning. Tidigare gällde enligt rättspraxis att rätten till *ideellt skadestånd* inte till någon del gick över på den skadelidandes arvingar om inte skadeståndet hade fastställts före dödsfallet. Nu räcker det att den skadelidande före dödsfallet framställt krav på ersättning. Skadeståndskravet ska ha framställts hos den som är skadeståndsskyldig eller hos någon som företräder denne, t.ex. dennes försäkringsbolag. Det är arvingarna som ska styrka, dvs. bevisa, detta. Något bestämt belopp behöver inte ha angetts.

Beträffande *ekonomiskt skadestånd* gäller att rätten går över på arvingarna även om något krav inte har framställts. Om något skadeståndsbelopp inte har fastställts före dödsfallet kan skadeståndet dock även i detta fall endast avse skada under tiden fram till dödsfallet.

9 § När patientskadeersättning bestäms avräknas ett belopp om en tjugondedel av det prisbasbelopp enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken som gäller när ersättningen bestäms.

Patientskadeersättningen ska enligt 8 § patientskadelagen i princip bestämmas enligt skadeståndsrättsliga regler. En grundtanke inom skadeståndsrätten är att den skadelidande ska ha full ersättning för den skada han drabbats av. Denna paragraf innehåller emellertid en bestämmelse om självrisk som alltid ska räknas av från patientskadeersättningen. Detta är således ett avsteg från gällande skadeståndsrättsliga grundsatser. År 2015 är självrisksbeloppet 2 225 kronor.

Det bör i detta sammanhang framhållas att patientskadelagen inte innehåller en skadeståndsrättslig reglering av vårdgivarens ansvar. Ersättning enligt lagens system utges av försäkringsgivaren och utgår direkt ur försäkringen. Möjligheten för en skadelidande att i stället vända sig mot vårdgivaren med en skadeståndstalan påverkas inte. Det är således inte fråga om att införa en självrisk i ett skadeståndsrättsligt system (prop. 1995/96:187 s. 57).

Det huvudsakliga syftet med en bestämmelse om självrisk är, förutom att minska ersättningskostnaderna, att begränsa utredningskostnaderna. Dessa kan vid småskador uppgå till belopp som inte står i rimlig proportion till de ersättningsbelopp som det kan bli fråga om. För att förhindra betydande kostnader för smärre skador måste systemet vara konstruerat på det sättet att självrisken betalas av den skadelidande, vilket i realiteten blir följderna av att ett avdrag görs från det ersättningsbelopp som betalas ut.

När det gäller självriskens storlek så kan nämnas att man i Danmark och Norge valt en s.k. franchiselösning som medför betydligt större belopp. I Danmark 10 000 DKK och i Norge 5 000 NOK (se vidare under avsnittet *Patientförsäkringen i övriga nordiska länder*).

En franchiselösning innebär att om den totala skadeersättningen understiger ett bestämt belopp, exempelvis 10 000 kronor, lämnas inte någon ersättning

över huvud taget, men om ersättningen överstiger beloppet i vårt exempel på 10 000 kronor lämnas full ersättning från första kronan.

10 § Patientskadeersättning är för varje skadehändelse begränsad till högst 1 000 gånger det prisbasbelopp enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken som gäller när ersättningen bestäms. För varje skadad patient lämnas dock för varje skadehändelse patientskadeersättning med högst 200 gånger detta prisbasbelopp.

De belopp som anges i första stycket innefattar inte ränta eller ersättning för rättegångskostnader.

Ytterligare en inskränkning av principen att den skadelidande ska ha full ersättning för den skada han eller hon drabbats av finns i denna paragraf. Med utgångspunkt från prisbasbeloppet år 2015 blir ersättningsbeloppet detta år för varje skadad person begränsat till 8 900 000 kronor och för varje skadehändelse till 44 500 000 kronor.

Endast i mycket sällsynta fall kommer det maximala ersättningsbeloppet från patientförsäkringen för varje skadad person inte att räcka till. Detta kan bli fallet när exempelvis barn fått svåra hjärnskador i samband med förlossningen.

Såvitt känt har det maximala beloppet för varje skadehändelse alltid räckt till. Det är extremt sällsynt att en skadehändelse omfattar flera personer. Endast om en större katastrof, som exempelvis en stor och våldsam sjukhusbrand, skulle inträffa kan ersättningstaket eventuellt komma att nås.

11 § Om det ansvarighetsbelopp som gäller enligt 10 § första stycket första meningen inte räcker till gottgörelse åt dem som är berättigade till ersättning, nedsätts deras ersättningar med samma kvotdel för var och en.

Kan det efter inträffat skadefall befaras att nedsättning enligt första stycket fordras, kan regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer förordna att ersättning tills vidare skall lämnas endast med viss kvotdel.

Paragrafen innehåller bestämmelser om förfarandet då det totala ansvarighetsbeloppet för en skadehändelse inte räcker till full ersättning åt alla skadelidande. Som framgick av kommentaren till 10 § har ansvarighetsbeloppet för en skadehändelse alltid räckt till.

När det gäller Läkemedelsförsäkringen finns en motsvarande bestämmelse i vilken anges att Läkemedelsskadenämnden kan bestämma vilken kvotdel det kan blir fråga om i en situation av förevarande slag. Denna fråga har aktualiserats när det gäller de skador för narkolepsi efter massvaccineringen med Pandemrix som drabbat framför allt unga människor. I förslaget till lag om statlig ersättning i den mån full ersättning inte kan lämnas enligt Läkemedelsförsäkringen hänvisas till den aktuella bestämmelsen i Läkemedelsförsäkringens ”Åtagande att utge ersättning för läkemedelsskador”. Vid remissbehandlingen av lagförslaget har dock invänts att det i praktiken är svårt eller så gott som omöjligt att i varje enskilt läge på ett acceptabelt sätt kunna bestämma kvotdelar. Motsvarande torde gälla om frågan skulle komma upp inom patientförsäkringen.

Försäkringsskyldighet m.m.

12 § Vårdgivare skall ha en patientförsäkring som täcker ersättning för skador som omfattas av denna lag. Bedrivs verksamheten av privat vårdgivare efter avtal med offentlig vårdgivare, är det den offentlige vårdgivaren som skall ha försäkringen.

Som framgick under kommentaren till 1 § föreligger skyldighet för vårdgivare (begreppet *vårdgivare* definieras närmare under 5 §) att teckna och upprätthålla patientförsäkring för sin verksamhet, så att patient ska vara garanterad ersättning vid patientskada. Denna skyldighet för alla vårdgivare i Sverige att teckna patientförsäkring har fastslagits i 12 §.

I kommentaren till 5 § angavs att landsting och kommun kan sluta avtal med enskild om att på entreprenad utföra uppgifter som åligger dem inom hälso- och sjukvården, t.ex. landstingets driftansvar för en vårdcentral. Enligt 3 § tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, får varje landsting sluta avtal med någon annan om att – med vissa undantag – utföra de uppgifter som åligger landstinget enligt HSL. En liknande möjlighet för kommunerna stadgas i 18 § femte stycket HSL. Entreprenadavtal av detta slag är i dag ganska vanliga.

Ett entreprenadavtal innebär emellertid inte att entreprenören övertar exempelvis landstingets vårdansvar enligt HSL. Landstinget är därför jämte entreprenören att betrakta som vårdgivare för verksamheten vid vårdcentralen och i sådant fall är entreprenören inte skyldig att teckna försäkring för denna verksamhet utan detta ankommer på landstinget. Entreprenadavtalet förändrar således inte uppdragsgivarens ansvar. Detta innebär, förutom skyldighet att teckna patientförsäkring, även skyldighet att kontrollera att entreprenören utför de överlåtna uppgifterna så att de uppfyller de krav som finns på kvalitet och patientsäkerhet. Om entreprenören även bedriver egen hälso- och sjukvårdsverksamhet är denne däremot givetvis skyldig att teckna patientförsäkring för denna verksamhet.

13 § Patientskadeersättningen utges av försäkringsgivaren. Om flera patientförsäkringar täcker samma skada, svarar försäkringsgivarna solidariskt för ersättningen. Försäkringsgivarna skall i sådant fall sinsemellan ta lika del i ersättningsansvaret.

I paragrafen anges att det är försäkringsgivaren som ska lämna patientskadeersättningen. Om flera patientförsäkringar täcker samma skada svarar försäkringsgivarna solidariskt för ersättningsansvaret.

När flera försäkringsgivare svarar för ersättningen kan den skadelidande kräva ut hela ersättningen av vilken som helst av försäkringsgivarna. Den slutliga fördelningen av ersättningsansvaret mellan flera ansvariga försäkringsgivare ska ske efter principen att försäkringsgivarna ska ta lika del i ansvaret.

Enligt försäkringsbolagen är det ytterst ovanligt att flera patientförsäkringar täcker samma skada. Detta förhållande kan sannolikt förklaras av att Lof har en så dominerande ställning på marknaden då bolaget försäkrar över 90 procent av alla vårdtillfällen.

Fall som varit aktuella när det gäller tillämpningen av 13 § är när patienter sökt flera vårdgivare som har olika försäkringsgivare, exempelvis privata vårdinrättningar och landstingsvård, för ett sjukdomssymtom som felaktigt diagnostiserats hos samtliga vårdgivare. Om denna diagnosförseening inneburit att behandlingsresultatet uteblivit, försenats eller försämrats kan samtliga försäkringsgivare bli solidariskt ersättningsansvariga.

Vid tandbehandling är det inte helt ovanligt att patienterna ibland successivt byter tandläkare vid behandling som misslyckats och att de olika tandläkarnas försäkringsgivare därmed kan bli solidariskt ersättningsansvariga.

14 § Saknas patientförsäkring svarar de försäkringsgivare som ingår i patientförsäkringsföreningen enligt 15 § solidariskt för den patientskadeersättning som skulle ha lämnats om en patientförsäkring hade funnits. Föreningen företräder i sådant fall försäkringsgivarna.

Försäkringsgivarnas inbördes ersättningsansvar fördelas efter förhållandet mellan beloppen av de premier för patientförsäkring som för var och en av dem belöper på närmast föregående kalenderår.

I denna paragraf regleras ansvaret för skador som uppkommit hos vårdgivare som saknar patientförsäkring trots den lagstadgade skyldigheten (12 § patientskadelagen) att teckna sådan försäkring. Den viktigaste grundläggande tanken bakom införandet av patientskadelagen var att alla patienter ska ha samma försäkringsskydd oberoende av vilken vårdgivare de valt.

Om en ersättningsbar patientskada inträffar hos en oförsäkrad vårdgivare skulle en patient eller efterlevande till en patient inte få någon ersättning om förhållandet inte var reglerat i patientskadelagen. För att således skydda patienterna mot att gå miste om ersättning på grund av att vårdgivaren saknar patientförsäkring föreskrivs i paragrafens första stycke att alla de försäkringsgivare som meddelar patientförsäkring, och således ingår i Patientförsäkringsföreningen, är solidariskt ansvariga för den patientskadeersättning som skulle ha lämnats om patientförsäkring hade tecknats.

I sådant fall företräder Patientförsäkringsföreningen försäkringsgivarna och föreningen är legal ställföreträdare för dessa. Föreningen blir ensam behörig att företräda de försäkringsgivare som ingår i föreningen. Den som vill göra anspråk på patientskadeersättning på grund av skada hos oförsäkrad vårdgivare kan således inte vända sig mot någon enskild försäkringsgivare utan måste vända sig till föreningen.

Om det blir tvist vid domstol om rätten till patientskadeersättning, ska talan dock riktas mot samtliga försäkringsgivare som är medlemmar i förening-

en. I processen företräds emellertid försäkringsgivarna av föreningen (prop. 1995/96:187 s. 88).

Paragrafens andra stycke innehåller en regel om fördelningen av det solidariska ersättningsansvaret. Denna sker efter förhållandet mellan de inbetalda premiebelopp som belöper på envar försäkringsgivare under närmast föregående kalenderår. Eftersom Lof har en så dominerande ställning som försäkringsgivare inom patientförsäkringsområdet, med över 90 procent av marknaden, har man också det största ersättningsansvaret.

Patientförsäkringsförening

15 § De försäkringsgivare som meddelar patientförsäkring skall ingå i en patientförsäkringsförening.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer fastställer stadgar för föreningen.

Medlemskap i Patientförsäkringsföreningen är obligatoriskt för de företag som säljer patientförsäkring i Sverige.

Föreningens huvuduppgift är att hantera skador som orsakats av oförsäkrade vårdgivare och att betala ut patientskadeersättning. Övriga uppgifter är att:

- återkräva patientskadeersättning från oförsäkrade vårdgivare,
- debitera oförsäkrade vårdgivare en särskild avgift (patientförsäkringsavgift),
- finansiera och administrera Patientskadenämnden samt
- i övrigt verka för medlemmarnas gemensamma intressen, t.ex. informera vårdgivare om försäkringsplikten.

Patientförsäkringsföreningen fullgör också en informationsfunktion gentemot allmänheten. Patienter tar ibland kontakt med föreningen för att få hjälp med att ta reda på var en vårdgivare har sin försäkring. Föreningen gör då en utredning för att få fram uppgift om försäkring och vidarebefordrar skadeanmälan till rätt försäkringsbolag.

Under år 2014 tog Patientförsäkringsföreningen emot 123 skadeanmälningar för försäkringsutredning. Av dessa vidarebefordrades 92 anmälningar till det försäkringsbolag där vårdgivaren hade patientförsäkring. Övriga 31 ärenden reglerades av Patientförsäkringsföreningen då vårdgivaren saknade patientförsäkring. Av dessa gällde 24 ärenden anmäld skada orsakad av tandläkare och 7 ärenden gällde anmäld skada orsakad av annan typ av vårdgivare, i de flesta fall sjukgymnaster.

De flesta tillverkare och leverantörer av läkemedel i Sverige har tecknat den

frivilliga läkemedelsförsäkringen, vilken administreras av LFF Service AB. Genom avtal med LFF Service AB åtar sig Patientförsäkringsföreningen att administrera Läkemedelsskadenämnden, en överprövningsnämnd inom läkemedelsförsäkringen.

Patientförsäkringsföreningens verksamhet är att betrakta som privat verksamhet (prop. 1995/96:187 s. 61). Det innebär bland annat en begränsning i rätten att få ta del av handlingar.

Patientförsäkringsavgift

16 § Patientförsäkringsföreningen har rätt till gottgörelse (patientförsäkringsavgift) av vårdgivare för den tid vårdgivaren saknat försäkring enligt denna lag.

Patientförsäkringsavgift får högst tas ut med ett belopp som för år räknat motsvarar femton procent av det prisbasbelopp enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken som gäller när avgiften bestäms. Om det belopp som motsvarar två gånger den årliga försäkringspremie som gäller för vårdgivare i motsvarande kategori när avgiften bestäms är högre, får avgiften i stället beräknas på grundval av detta belopp.

Förutom möjligheten för Patientförsäkringsföreningen att kräva tillbaka utgiven patientskadeersättning av en oförsäkrad vårdgivare (21 § patientskadelagen) kan en särskild avgift (patientförsäkringsavgift) dessutom tas ut av vårdgivare för den tid denne saknat patientförsäkring.

Patientskadenämnd

17 § De försäkringsgivare som ingår i patientförsäkringsföreningen skall tillsammans upprätthålla och bekosta en patientskadenämnd. I nämnden skall det ingå företrädare för patienternas intressen. Ytterligare föreskrifter om nämndens sammansättning lämnas av regeringen som också skall godkänna nämndens arbetsordning.

Nämnden skall på begäran av patient eller annan skadelidande, vårdgivare, försäkringsgivare eller domstol yttra sig över ersättningsfall.

17 a § En patient eller annan skadelidande som vill inhämta ett yttrande från Patientskadenämnden ska begära det senast ett år från det att han eller hon fick del av försäkringsgivarens slutliga ställningstagande till ersättningsanspråket.

Redan under den frivilliga patientförsäkringens tid fanns en patientskadenämnd med samma uppgifter som den nuvarande.

När *Patientförsäkringsutredningen* år 1994 avlämnade betänkandet *Patient-skadelag* (SOU 1994:75) skrev man följande om Patientskadenämnden (s. 161). "Patientskadenämnden har genom sin snart tjugoåriga verksamhet framgångsrikt verkat för enhetlig praxis. Verksamheten har underlättat skadehanteringen och medverkat till att patienterna på ett snabbt och säkert sätt fått ersättning för sina skador. Enligt utredningens uppfattning har nämndens verksamhet varit så värdefull att det är angeläget att den i någon form kan verka även i framtiden (se även prop. 1995/96:187 s. 64)." I propositionen uttalades även följande. "Det måste betraktas som en fördel för patienten att kunna få sitt anspråk på patientskadeersättning prövat kostnadsfritt

av ett sakkunnigt organ innan saken eventuellt förs vidare till domstol. Det är viktigt att understryka att den skadelidande skall ha rätt att välja om han eller hon vill anlita patientskadenämnden eller gå direkt till domstol med sitt ersättningsanspråk.”

Det är således de försäkringsgivare som ingår i Patientförsäkringsföreningen (hösten 2015 var det 17 bolag) som tillsammans ska upprätthålla och bekosta Patientskadenämnden.

Patientskadenämnden ska lämna *rådgivande yttranden* i ärenden som gäller ersättning enligt patientskadelagen eller enligt de tidigare gällande frivilliga ersättningsbestämmelserna för patientförsäkringen (§ 1 i den av regeringen fastställda arbetsordningen för nämnden). Även om Patientskadenämnden endast avger rekommendationer så följs i princip alltid dessa av försäkringsgivarna. Eftersom nämndens verksamhet således endast är rådgivande och möjlighet till domstolsprövning står öppen lägger Europakonventionens krav på domstolsprövning inte hinder i vägen för en patientskadenämnd (prop. 1995/96:187 s. 65).

I ärenden som gäller ersättning enligt patientskadelagen eller enligt de tidigare gällande frivilliga ersättningsbestämmelserna för patientförsäkringen får nämnden enligt § 1 arbetsordningen också yttra sig över *skadeståndsrättsliga krav* från patient eller annan skadelidande. Detta kan bli aktuellt om en patient exempelvis framfört krav på ersättning för en personskada som uppkommit som en följd av bristande information eller underlåtenhet att inhämta samtycke från patienten i samband med medicinsk behandling. Dessa frågor behandlas inte särskilt i patientskadelagen och de har således inte någon självständig betydelse för rätten till ersättning enligt patientskadelagen. De får därför prövas enligt allmänna skadeståndsrättsliga regler (se avsnittet *Skadeståndsrättslig prövning vid sidan av patientskadelagen*).

Frågor om *dröjsmålsränta* kan däremot inte prövas av Patientskadenämnden när det gäller skador som inträffat från och med år 1997 eftersom några bestämmelser om ränta varken finns i patientskadelagen eller i skadeståndslagen. Tvister mellan försäkringsbolag och den skadelidande angående räntekrav på utbetald ersättning får därför, om enighet inte kan nås, prövas av allmän domstol (jfr Dnr 611/2003 – PRS 2008:08).

Det ingår inte heller i nämndens uppdrag att yttra sig över bedömningar som grundar sig på *utvidgade åtaganden från försäkringsbolagens sida*. Det gäller t.ex. sådan ersättning som Löf lämnat till donatorer som drabbats av vissa inte undvikbara skador eller ersättning som lämnats till patienter vilka drabbats av hepatit C-smitta i samband med blodtransfusion trots att preskriptionstiden gått ut (se avsnittet *Särskilda åtaganden* ärendet Dnr 341/2008).

Slutligen kan i detta sammanhang nämnas att nämnden inte har behörighet att ta upp frågor som gäller klagomål över själva handläggningen hos försäkringsbolagen (se Dnr 617/2004 – PRS 2004:13). Sådana klagomål får i stället riktas direkt till det aktuella försäkringsbolaget eller till Finansinspektionen. Nämnden kan heller inte pröva om det föreligger rätt för ett försäkringsbolag att kräva tillbaka för mycket utbetald ersättning (se Dnr 619/2004 – PRS 2005:01).

Det är vanligt att en skadelidande som anmäler en patientskada förutom själva skadan tar upp frågor om bemötande inom vården. Sådana frågor omfattas inte av patientförsäkringen och behandlas således inte heller av Patientskadenämnden.

Patient eller annan skadelidande (efterlevande till patient), vårdgivare, försäkringsgivare eller domstol kan begära yttrande från nämnden.

I de tidigare frivilliga villkoren fanns en bestämmelse som klart angav inom vilken tid en patient måste begära prövning i Patientskadenämnden. En bestämmelse av sådant slag finns även i Läkemedelsförsäkringens *Åtagande att utge ersättning för läkemedelsskada* beträffande den tid inom vilken en skadelidande måste vända sig till Läkemedelsskadenämnden för att få sitt ärende prövat där.

I patientskadelagen saknades tidigare en bestämmelse av detta slag. Eftersom det inte, vid denna brist i lagen, var rimligt att tiden för att begära yttrande från Patientskadenämnden var obegränsad så tillämpades i stället en frist som motsvarade de tider som gällde vid preskription (23 § patientskadelagen).

I samband med arbetet med ändrade bestämmelser om preskription i bl.a. patientskadelagen väckte Patientskadenämnden frågan om införandet av en bestämmelse om tidsfristen för att begära yttrande från nämnden. Detta medförde att det, utöver nya regler om preskription i patientskadelagen, även har införts en bestämmelse av detta slag. Från den 1 januari 2015 gäller således att den som vill begära yttrande från Patientskadenämnden måste

göra detta *inom ett år* från det han eller hon fick del av försäkringsgivarens slutliga ställningstagande till ersättningsanspråket (17 a § patientskadelagen). Bestämmelsen kan endast tillämpas vid ersättningsanspråk till följd av skador som har orsakats efter ikraftträdandet den 1 januari 2015.

Nämnden ska enligt § 2 i arbetsordningen verka för en enhetlig och rättvis tillämpning av patientskadelagen. Intressanta och principiella yttranden från nämnden publiceras regelbundet i Patientskadenämndens referatsamling (PRS) som finns på Patientskadenämndens hemsida www.patientskadenamnden.se.

Nämndens verksamhet är, liksom under den frivilliga patientförsäkringens tid, att betrakta som *enskild verksamhet* (prop. 1995/96:187 s. 65). Det innebär en begränsning av rätten att få ta del av handlingar. Patienterna får däremot regelmässigt ta del av det material som sänds till Patientskadenämnden och som ligger till grund för nämndens bedömning av ärendet (§ 11 i nämndens arbetsordning).

Nämnden har enligt 1 § förordningen (1996:992) om Patientskadenämnden följande sammansättning:

- En ordförande (domare)
- Tre ledamöter som företräder patienternas intressen
- En medicinskt sakkunnig
- En ledamot med särskild kunskap om hälso- och sjukvårdsfrågor
- En ledamot med särskild kunskap beträffande frågor om personska-dereglering.

Ledamöterna utses av regeringen, utom den sist nämnde ledamoten, som utses av Patientförsäkringsföreningen. Samtliga ledamöter utses på tre år.

För samtliga ledamöter finns flera suppleanter. Detta krävs då nämnden har sammanträde i stort sett varje vecka med uppehåll endast viss tid under sommaren och i samband med jul- och nyårshelgerna. Under år 2014 hade nämnden 42 sammanträden och behandlade 1 449 ärenden.

Det allmänna patientintresset representeras i nämnden av ledamöter som utses av regeringen efter förslag av riksdagspartierna.

Även om det enligt arbetsordningen endast krävs närvaro av *en* medicinskt sakkunnig vid varje sammanträde är som regel minst två medicinskt sakkunniga närvarande vid sammanträdena, en specialist inom någon kirurgisk specialitet och en specialist inom internmedicin. Detta för att täcka så stora medicinska områden som möjligt. När tand- eller ögonskador ska bedömas adjungeras alltid specialister inom dessa områden eftersom frågor som rör dessa specialiteter är svåra att bedöma för dem som inte är sakkunniga inom området. Från och med våren 2014 adjungeras även en sakkunnig inom förlossningsvård när skador inom detta område prövas i nämnden. Förlossningsskador är oftast mycket svåra att bedöma och skadeföljderna kan många gånger bli ytterst allvarliga. Vidare adjungeras även en medicinskt sakkunnig i ärenden som rör psykiska skador.

Det går emellertid av olika skäl, främst logistiska, inte att ha samtliga medicinska specialiteter representerade i nämnden. Nämnden kan dock alltid inhämta yttrande från medicinsk sakkunskap som inte finns i nämnden. Detta sker i cirka 3 procent av de ärenden som gäller medicinska frågor. Nämnden kan även inhämta yttrande från juridisk eller annan sakkunskap.

Personer med särskilda kunskaper om hälso- och sjukvård kan exempelvis vara en landstingsjurist, en läkare eller en landstingspolitiker.

Personer som är särskilt kunniga i frågor om personskadereglering är försäkringsjurister och erfarna skadereglerare.

Förfarandet i nämnden är skriftligt. Enligt § 7 i arbetsordningen får patient eller annan skadelidande höras om nämnden anser att det är till fördel för utredningen. Det är dock mycket sällsynt att patientens begäran om att få närvara vid nämndens sammanträde bifalls. Den skriftliga utredningen är normalt uttömmande och patienten har getts tillfälle att skriftligen framlägga sin sak samt komma med synpunkter på utredningen.

Enligt huvudregeln i 3 § förordningen om Patientskadenämnden krävs för att nämnden ska vara beslutsför att ordföranden och fyra andra ledamöter deltar. Minst två av de fyra ledamöterna ska företräda patienternas intressen.

Av 4 § förordningen framgår att ordföranden ensam kan fatta beslut i *ärenden av enkel beskaffenhet*, dock inte i ärenden av principiell art. Som regel

tillfrågas emellertid alltid en sakkunnig läkare i ärenden som gäller en medicinsk fråga innan ordföranden ensam fattar beslut. På samma sätt rådfrågas alltid en av nämndens försäkringsexperter när det gäller ersättningsfrågor.

Ärenden av enkel beskaffenhet kan vara ärenden av relativt okomplicerad art där nämnden har en fast praxis samt underlaget är fullständigt med utförliga utlåtanden från försäkringsbolagets medicinska rådgivare. Antalet så kallade ordförandebeslut, där ordföranden sålunda ensam fattar beslut, uppgår f.n. till ca 20 procent av samtliga nämndsärenden.

VANLIGA FRÅGESTÄLLNINGAR I PATIENTSKADENÄMNDEN

Med utgångspunkt från tidsperioden åren 1997–2014 är de vanligaste frågeställningarna följande:

1. Föreligger en ersättningsbar behandlingsskada enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen (cirka 24 procent av samtliga ärenden)?
2. Föreligger orsakssamband mellan skadan och någon vårdåtgärd (cirka 20 procent)?
3. Föreligger rätt till ytterligare patientskadeersättning (cirka 20 procent)?
4. Föreligger felaktig diagnostisering (cirka 19 procent)?
5. Föreligger en ersättningsbar infektionsskada (cirka 4 procent)?
6. Föreligger en ersättningsbar medicineringsskada (cirka 3 procent)?

I avsnittet *Vart kan man vända sig om en behandlingskomplikation inträffat?* redogörs närmare för handläggningen i Patientskadenämnden.

Skadestånd

18 § Trots att patientskadeersättning kan lämnas enligt denna lag får den skadelidande i stället kräva skadestånd enligt vad som gäller därom.

Patientskadelagen innebär inte något hinder för patient eller efterlevande till patient att föra talan om ersättning enligt skadeståndslagen i anledning av en skada som inträffat inom hälso- och sjukvården.

Intresset för skadeståndstalan får emellertid anses mycket begränsat på grund av flera faktorer, bland annat följande:

1. Den skadelidande är tvungen att visa att det förekommit fel eller försummelse från vårdpersonalens sida för att ersättning överhuvudtaget ska kunna bli aktuell enligt allmänna skadeståndsrättsliga regler. Detta är för det mesta förenat med stora svårigheter. Rätten till ersättning enligt patientskadelagen bestäms däremot på objektiva grunder och man behöver därför inte ta ställning till om en skada orsakats genom fel eller försummelse. Av de 6 000–7 000 patientskador som ersätts varje år enligt patientskadelagen skulle uppskattningsvis bara något hundratal skador vara ersättningsbara på skadeståndsrättslig grund.
2. Ersättningen enligt patientskadelagen är i huvudsak densamma som den som betalas om allmänna skadeståndsrättsliga regler tillämpas. De begränsningar i rätten till ersättning som finns i patientskadelagen jämfört med ersättning på skadeståndsrättslig grund är följande:
 - En självrisk (2 225 kronor år 2015) ska alltid räknas av från patientskadeersättningen.
 - En beloppsmässig begränsning av patientskadeersättningen på 8 900 000 kronor (år 2015) föreligger för varje skadad person.

- En beloppsmässig begränsning på 44 500 000 kronor (år 2015) föreligger för varje skadehändelse, t.ex. när flera personer omfattas av samma skadehändelse.
3. I de fall då fel eller försummelse från vårdpersonalens sida har orsakat en personskada har Löf och även andra försäkringsbolag i försäkringsavtalet åtagit sig att reglera även skadeståndsansvaret. I sådana fall avräknas ingen självrisk enligt patientskadelagen och några beloppsmässiga begränsningar enligt patientskadelagen åberopas heller inte.

I patientskadelagens bestämmelser nämns, som tidigare angetts, inget om att brister i informationen till patienten eller underlåtenhet att inhämta samtycke från patienten i samband med en medicinsk behandling kan berättiga till ersättning. Om en patient anmäler att bristande information eller samtycke orsakat en personskada utreder emellertid Löf och även andra försäkringsbolag om ersättning kan lämnas enligt allmänna skadeståndrättsliga regler, utan att patienten uttryckligen behöver kräva en sådan prövning. Som angetts i tidigare avsnitt prövar nämnden ersättningsfrågorna även på skadeståndsrättslig grund.

19 § Den som har utgett skadestånd med anledning av skada som avses i denna lag inträder intill det utgivna beloppet i den skadelidandes rätt till patientskadeersättning. Detta gäller dock inte om patientskadeersättningen skulle ha kunnat krävas tillbaka av den skadeståndsskyldige enligt 20 § första stycket.

I denna paragraf föreskrivs att den som har betalt skadestånd med anledning av en skada på patient ska ha rätt att inträda i den skadelidandes rätt till patientskadeersättning. Detta ska emellertid inte gälla om vårdgivaren vållat skadan uppsåtligen eller av grov vårdslöshet.

Återkrav

20 § Har patientskadeersättning lämnats för en skada som vållats uppsåtligen eller genom grov vårdslöshet, inträder försäkringsgivaren intill det utgivna beloppet i den skadelidandes rätt till skadestånd.

Om patientskadeersättning har betalats för en skada som omfattas av produktansvarslagen (1992:18), inträder försäkringsgivaren intill det utgivna beloppet i den skadelidandes rätt till skadestånd enligt den lagen.

Omfattas en skada av trafikförsäkring enligt trafikskadelagen (1975:1410) och har patientskadeersättning lämnats för skadan, inträder försäkringsgivaren intill det utgivna beloppet i den skadelidandes rätt till trafikskadeersättning.

I denna paragrafs första stycke föreskrivs att en försäkringsgivare som lämnat patientskadeersättning för en skada som vållats uppsåtligen eller av grov vårdslöshet ska ha rätt att återkräva ersättningen av vårdgivaren.

Bestämmelsen i andra stycket handlar om försäkringsgivarens rätt till återkrav mot den som är skadeståndsskyldig enligt produktansvarslagen. Ersättningssskyldigheten för skador som beror på säkerhetsbrister, dvs. att produkterna inte är så säkra som skäligen kan förväntas, hos medicintekniska produkter eller annan utrustning inom sjukvården ska slutligen ligga hos den som är ansvarig enligt produktansvarslagen.

Bestämmelsen i tredje stycket reglerar förhållandet beträffande skador som täcks av både patientskadelagen och trafikskadelagen. Principen är den att kostnaderna ska belasta trafikförsäkringen.

Nedanstående fall beskriver väl de frågeställningar som kan uppkomma när både trafik- och patientförsäkring är aktuell i ett och samma ärende.

Förhållandet mellan patient- och trafikförsäkring: fråga om rätt till dubbel ersättning. Även fråga om patientens anspråk på patientskadeersättning ska prövas i sak trots lämnad ersättning från trafikförsäkringen.

Ärendet gällde en ung man, född 1994, som ådrog sig en skada i höger knäled när han körde omkull med moped den 2 juli 2009. Vid behandlingen av knäskadan uppkom långdragna komplikationer i form av bl.a. septisk artrit (akut ledinflammation) och osteomyelit (inflammatorisk benröta). Patienten anmälde trafikskadan till sitt trafikförsäkringsbolag och fick trafikskadeersättning som omfattade både trafikskadan och de i vården tillkomna komplikationerna.

Patienten anmälde även till patientförsäkringsbolaget att han hade drabbats av en patientskada till följd av felaktig och fördröjd diagnos och behandling av en infektion i höger knäled mellan den 6 augusti 2009 och den 1 januari 2010. Skadan innebar onödigt fysiskt och psykiskt lidande, fyra extra operationer och förlängd sjukdoms- och behandlingstid. Den hade också lett till bestående men och extra ärr. Hela ersättningsansvaret kunde inte läggas på trafikförsäkringen, då det enligt patienten var bevisat bortom allt tvivel att den anmälda skadan var orsakad av slarv vid vården efter operationen den 7 juli 2009.

Patientförsäkringsbolaget konstaterade inledningsvis att enligt allmänna skadeståndsrättsliga grundsatser kan ersättning inte erhållas från två håll för samma skada. Av utredningen framkom att skadan hade anmälts till och ersatts av patientens trafikförsäkring för mopeden. Bolaget anförde vidare: "Vid orsakssamband (adekvat kausalitet) mellan trafikolyckan och den anmälda patientskadan är det brukligt att trafikförsäkringen även ersätter den eventuella merskada som vården kan ha tillfört i samband med behandlingen av trafikskadan. Om trafikförsäkringsbolaget inte finner adekvat kausalitet mellan trafikskadan och patientskadan, får trafikförsäkringsbolaget återkomma och har då bevisbördan. Om patienten inte får full kompensation genom trafikförsäkringen föreligger rätt till sakprövning genom patientförsäkringen. Utan att ha prövat ärendet i sak synes full ersättning ha lämnats ur trafikförsäkringen. Under dessa förutsättningar föreligger inte rätt till patientskadeersättning."

Patientskadenämnden ansåg att rätt till dubbel ersättning inte förelåg men att patientens krav på ersättning från patientförsäkringen skulle prövas i sak. Nämnden gjorde inledningsvis en sammanfattning av

ärendet enligt följande: "Trafikförsäkringsbolaget har lämnat ersättning ur trafikförsäkringen för såväl själva knäskadan vid trafikolyckan den 2 juli 2009 som för infektion som uppkom i vården. Trafikskadeersättningen omfattade således tiden från och med trafikolyckan till och med slutförandet av vården. Patienten har framfört, som kravet får förstås, att han utöver trafikskadeersättningen även har rätt till ersättning ur patientförsäkringen för den komplikation som tillstötte i vården vid behandlingen av trafikskadan. Patientförsäkringsbolaget har bedömt att rätt till patientskadeersättning inte föreligger med motiveringen att ersättning enligt allmänna skadeståndsrättsliga grundsatser inte kan fås från två håll för samma skada, att, om patienten inte får full kompensation genom trafikförsäkringen, rätt till sakprövning föreligger genom patientförsäkringen men att full ersättning synes ha lämnats ur trafikförsäkringen."

Nämnden gjorde därefter följande bedömning: "I 20 § tredje stycket patientskadelagen anges att om patientskadeersättning har lämnats för en skada som omfattas av trafikförsäkring enligt trafikskadelagen inträder försäkringsgivaren intill det utgivna beloppet i den skadelidandes rätt till trafikskadeersättning. Detta ska förstås så att principen vid skador som täcks av både patientskadelagen och trafikskadelagen är att kostnaderna för skadan ska belasta trafikförsäkringen (prop. 1995/96 187 s. 91). Enligt nämndens mening innebär det att dubbel ersättning inte kan lämnas i den situationen. Högsta domstolen har i en dom den 1 november 2012 i mål T 950-11 uttalat att en samordning (avräkning) av ersättningar som grundas på skadeståndsrättsliga regler får göras för att den skadelidande inte ska underkompenseras men inte heller överkompenseras. Både patient- och trafikskadeersättningar bestäms enligt skadeståndsrättsliga regler och kan således samordnas utifrån högsta domstolens avgörande.

Nämnden konstaterar att det inte finns någon bestämmelse i patientskadelagen som ger en försäkringsgivare inom patientförsäkringen rätt att utan sakprövning avvisa patientens anspråk på patientskadeersättning med hänvisning till att ersättning redan lämnats från annat håll. Patientförsäkringsbolaget bör därför göra en självständig prövning av ärendet i sak. Som tidigare anförts kan dubbel ersättning dock inte lämnas för en och samma skada i ett fall som detta. Om en ersättningsbar patientskada skulle bedömas föreligga får en avräkning därför göras av den ersättning patienten redan fått från trafikförsäkringen. Denna del bör då enligt 20 § tredje stycket patientskadelagen stanna på trafikförsäkringen. Vid prövningen av ärendet om patientskadeersättning bör relevant utredning från trafikförsäkringen ingå i bedömningsunderlaget."

(Dnr 520/2012 – PRS 2012:12)

21 § Har patientskadeersättning lämnats enligt 14 § första stycket, får ersättningen krävas tillbaka från den vårdgivare som varit skyldig att teckna patientförsäkring. Patientförsäkringsföreningen företräder i sådant fall försäkringsgivarna.

Denna paragraf ger Patientförsäkringsföreningen rätt att kräva tillbaka utgiven patientskadeersättning från oförsäkrad vårdgivare.

22 § En vårdgivare som har krävts på belopp enligt 21 § inträder intill det utgivna beloppet i den rätt som enligt 20 § tillkommer försäkringsgivaren.

Denna paragraf behandlar återkravsrätten för oförsäkrad vårdgivare som har kompenserat Patientförsäkringsföreningen för utgiven patientskadeersättning.

Enligt bestämmelsen har vårdgivaren rätt att i sin tur kräva tillbaka ersättning av någon annan som kan vara betalningsskyldig. Återkravsrätten kan gälla mot den som exempelvis har produktansvar enligt produktansvarslagen eller den som är skyldig att lämna trafikskadeersättning för skadan.

Preskription

23 § Den som vill ha ersättning enligt denna lag måste väcka talan inom tio år från den tidpunkt då skadan orsakades. Om den skadelidande begär omprövning enligt 5 kap. 5 § skadeståndslagen (1972:207), får talan dock väckas inom tre år från tidpunkten när det förhållande som ligger till grund för omprövningsyrkandet inträdde.

Om den som vill ha ersättning har anmält skadan till vårdgivaren eller försäkringsgivaren inom den tid som anges i första stycket, är fristen att väcka talan alltid minst sex månader från det att han eller hon fick del av försäkringsgivarens slutliga ställningstagande till anspråket.

Vid återkrav mellan försäkringsgivare och vid återkrav mot en vårdgivare enligt 21 § är fristen att väcka talan alltid minst ett år från den betalning som grundar återkravet.

I fråga om premiekrav och krav på patientförsäkringsavgift tillämpas preskriptionslagen (1981:130).

Lagtexten ovan gäller från och med den 1 januari 2015. Beträffande skador som inträffat dessförinnan gäller äldre bestämmelser (se nedan). Det innebär att de äldre reglerna om preskription kommer att tillämpas ännu under lång tid. Här kommer att redogöras både för de gamla och de nya preskriptionsbestämmelserna.

ALLMÄNT

En fordran preskriberas när gäldenären, dvs. den som har en skuld på grund av fordringen, inte längre är skyldig att fullgöra den prestation som fordring-

en innebar. För att undvika preskription måste borgenären, dvs. den som har en fordran, framställa krav på betalning i rätt tid och till rätt mottagare.

Enligt de allmänna reglerna i *preskriptionslagen* (1981:130) preskriberas fordringar 10 år efter tillkomsten om inte preskriptionen avbryts dessförinnan (2 §). Enligt 5 § avbryts preskription bl.a. genom att gäldenären får ett skriftligt krav eller en skriftlig påminnelse om fordringen från borgenären eller genom att borgenären väcker talan, dvs. vänder sig till domstol, mot gäldenären.

När det gäller en skadelidande som begär ersättning från ett försäkringsbolag kan alltför stora krav inte ställas på denne. Detta framgår av *NJA 2005 s. 843*. Enligt Högsta domstolen (HD) bör det allmänt sett vara tillräckligt att den skadelidande anger ett huvudsakligt händelseförlopp och klargör att han eller hon har ett anspråk till följd av detta.

Det är den som gör gällande preskription, i försäkringssammanhang försäkringsgivaren, som ska bevisa att preskription föreligger. Däremot är det den skadelidande som måste bevisa att en begäran om ersättning över huvud taget har kommit in till försäkringsgivaren inom de tidsfrister som gäller. Risken för att ett brev eller ett e-mail inte kommer fram ligger alltså på avsändaren. Den skadelidande kan på grund av detta förhållande gardera sig genom att rekommendera brevet eller begära bekräftelse på att skickat e-mail kommit fram.

I flera lagar finns särskilda preskriptionsbestämmelser. När det gäller krav på ersättning som grundar sig på en försäkring gäller enligt försäkringsavtalslagen (2005:104) en treårsregel och en tioårsregel. Detsamma gäller enligt patientskadelagen och trafikskadelagen (1975:1410). Den tioåriga preskriptionstiden räknas enligt 23 § patientskadelagen från den tidpunkt då skadan orsakades och det även om skadan visar sig först senare.

Om en skadelidande inte väcker talan vid domstol – eller när det gäller försäkring i praktiken anmäler sitt anspråk på ersättning till försäkringsgivaren – inom den angivna tiden, är rätten till patientskadeersättning förlorad. En förutsättning för preskription är dock alltid att försäkringsgivaren åberopar preskription.

Under senare år innebar ett antal avgöranden från HD att vissa tidigare oklarheter beträffande preskription av rätten till försäkringsersättning undanröjdes. Behovet av tydligare och mera ändamålsenliga preskriptionsregler på försäkringsområdet kvarstod dock. Regeringen gav därför f.d. justitierådet, professor emeritus Bertil Bengtsson i uppdrag att utreda frågor av detta slag. I december 2010 överlämnade han en promemoria (Ds 2011:10) till regeringen med förslag till nya preskriptionsregler. Det fortsatta arbetet resulterade i propositionen *Preskription och information i försäkringssammanhang* (prop. 2012/13:168) med bl.a. förslag till ändrade preskriptionsregler. Förslaget ledde som framgått till nya preskriptionsbestämmelser från och med den 1 januari 2015.

BESTÄMMELSERNA OM PRESKRIPTION FÖRE DEN 1 JANUARI 2015

23 § patientskadelagen hade fram till den 1 januari 2015 följande lydelse.

23 § Den som vill ha patientskadeersättning enligt denna lag förlorar rätten därtill, om han inte väcker talan inom tre år från det han fick kännedom om att anspråket kunde göras gällande och i varje fall inom tio år från den tidpunkt då skadan orsakades.

Har den som vill ha ersättning anmält skadan hos vårdgivaren eller försäkringsgivaren inom den tid som angetts i första stycket, har han alltid sex månader på sig att väcka talan sedan han fått del av försäkringsgivarens slutliga ställningstagande i ärendet.

Vad som sägs i andra stycket om försäkringsgivaren skall, i fall som avses i 14 § första stycket, gälla patientförsäkringsföreningen.

Enligt 23 § första stycket är preskriptionstiden 3 år från den tidpunkt då den som vill ha ersättning fick kännedom om att anspråket kunde göras gällande och i varje fall 10 år från den tidpunkt då skadan orsakades.

Som framgår närmare nedan kan enligt 23 § andra stycket en förlängning av dessa preskriptionstider ske i vissa fall.

Den treåriga preskriptionstiden

Denna preskriptionstid har som utgångspunkt den tidpunkt då den skadelidande fick kännedom om att anspråket på patientskadeersättning kunde göras gällande. Det s.k. *kännedomskriteriet* (se nedan) vid den treåriga preskriptionstiden är många gånger svårt att tillämpa. När tidpunkten för kännedom om skadan väl är klarlagd så har den skadelidande 3 år på sig att väcka talan vid domstol.

I praktiken väcks dock sällan talan vid domstol. I stället vänder sig, som nämnts, den skadelidande till försäkringsgivaren eller den som företräder försäkringsgivaren med sitt anspråk. Anmälan till försäkringsbolaget måste då ske inom de ovan angivna tidsfristerna.

Regeln om treårspreskription har utformats efter mönster i försäkringsavtalslagen och trafikskadelagen (prop. 1995/96:187 s. 69 f.). I dessa lagar finns även en motsvarande bestämmelse om tioårspreskription. Skillnaden är dock att där räknas tiden från den tidpunkt då skadan objektivt visade sig medan den i patientskadelagen räknas från tidpunkten för den åtgärd, t.ex. en operation, som orsakade skadan.

I betänkandet Patientskadelag (SOU 1994:75) hade föreslagits att preskriptionstiden skulle räknas från det att en skadelidande *fått eller borde fått kännedom* om att fordringen kunde göras gällande. Eftersom detta skulle innebära en skärpning i förhållande till vad som gällde enligt de frivilliga villkoren stannade man vid att utgå från den faktiska kännedomen. Det kan anmärkas att man i Finland, Danmark och Norge har en preskriptionsbestämmelse av det slag som utredningen föreslog.

En grundläggande fråga när det gäller utgångspunkten för den treåriga preskriptionstiden är, som angetts ovan, när en skadelidande har fått kännedom om att anspråket kunde göras gällande, det s.k. *kännedomskriteriet*.

För att det ska anses att en skadelidande haft kännedom om att ett anspråk på patientskadeersättning kunnat göras gällande ska tre grundförutsättningar vara uppfyllda (prop. 1995/96:187 s. 92).

För det första måste den skadelidande ha fått *kännedom om skadan*. Tidpunkten räknas från det att skadan blev märkbar, oavsett om den orsakats vid ett tidigare tillfälle.

För det andra måste den skadelidande ha fått klart för sig att det är fråga om en *skada som är ersättningsgill enligt patientskadlagen*. Situationen kan t.ex. vara sådan att den skadelidande inte omedelbart när skadan visar sig sätter denna i samband med en behandling inom hälso- och sjukvården utan blir medveten om detta först senare. I ett sådant fall börjar preskriptionstiden inte löpa förrän från den senare tidpunkten. Begreppet *ersättningsgill skada* ska inte tolkas så att en skadelidande måste veta att ersättning kommer att betalas för den skada som uppkommit. I vad mån detta är fallet är ju inte klarlagt förrän försäkringsgivaren har fattat beslut i ärendet. Uttrycket ska i stället förstås så att den skadelidande ska ha fått klart för sig att det är en skada som i sig är sådan att den skulle kunna berättiga till ersättning enligt patientskadlagen. Det torde räcka med att en skadelidande sätter sin skada i samband med en vårdssituation.

För det tredje ska den skadelidande veta *mot vem anspråket ska riktas*. Den skadelidande måste således ha vetskap om den försäkringsgivare som meddelat patientförsäkring för den aktuella vårdgivaren.

Frågan om när kännedom av det slag som avses kan anses föreligga har bedömts i *NJA 1997 s. 97*.

Fallet gällde en person som fått en skallskada och ett postcommotionellt syndrom efter ett olycksfall. HD fann att den skadade senast i samband med att han fick del av en neurologisk undersökning, som utförts ungefär ett halvår efter olycksfallet, måste anses ha haft sådan kännedom om sin möjlighet att väcka talan om anspråk på ersättning enligt olycksfallsförsäkringen att preskriptionstiden började löpa.

I *NJA 2000 s. 285* har HD bedömt bl.a. *kännedomskriteriet*.

Fallet gällde en kvinna som råkat ut för en trafikolycka i april 1989. I juni 1997 väckte hon talan mot försäkringsbolaget med krav på trafikskadeersättning för besvär till följd av olyckan. Försäkringsbolaget gjorde gällande att preskription förelåg och bestred ersättningskravet. Kvinnan menade att hon först i oktober 1995 genom besked från en läkare fått klart för sig att det kunde föreligga ett samband mellan trafikolyckan och hennes besvär.

HD tog till att börja med ställning till innebörden av kravet på kännedom i 28 § trafikskadelagen. I paragrafen anges, på motsvarande sätt som enligt 23 § patientskadelagen, att en förutsättning för att den treåriga preskriptionstiden ska börja löpa är att den skadelidande fått kännedom om att fordringen kunde göras gällande. Enligt HD får bestämmelsen anses innebära att den skadelidande i vart fall ska ha haft kännedom om alla de faktiska förhållanden som grundar rätten till ersättning. HD uttalade vidare att kravet på sådan kännedom, bl.a. om orsakssambandet, inte bör luckras upp, särskilt som preskriptionstiden inte bryts genom ett enkelt krav hos försäkringsbolaget när detta bestrider ansvar, utan försäkringshavaren i sådant fall är tvungen att väcka talan vid domstol med risk för att behöva betala sina egna och försäkringsbolagets rättegångskostnader. Preskription bör enligt HD inträda endast med avseende på sådana besvär som den skadade haft förutsättning att lägga till grund för sin talan sedan minst tre år tillbaka.

HD konstaterade att det av journalanteckning i samband med att kvinnan sökte läkare i april 1989 framgick att hon hade kännedom om ett samband mellan trafikolyckan och hennes värk. Hon fick därmed anses ha haft kännedom om att hon hade rätt till *ersättning för sveda och värk*. Enligt HD var därför hennes rätt att kräva sådan ersättning preskriberad.

Vidare konstaterade HD att det av journalanteckningen och röntgenutlåtandet i samband med läkarundersökningen i april 1989 framgick att kvinnan då misstänkte att trafikolyckan kunde ha orsakat henne andra besvär än själva värken. Domstolen fann dock inte visat att hon i anslutning till läkarundersökningen hade kännedom om att olyckan orsakat skador som gav henne rätt till annan ersättning än för sveda och värk. Inte heller ansågs hon ha haft sådan kännedom genom att hon i september 1994 i samband med läkarundersökning nämnt trafikolyckan samt att hon sedan fyra år tillbaka hade besvär från nacke och brösttrygg och därför slutat sitt arbete som städerska. HD ansåg att

det inte kunde anses visat att hon före beskedet från en läkare i oktober 1995 fått kännedom om att *annan fordran än den som gällde sveda och värk* kunde göras gällande mot försäkringsbolaget. Eftersom kvinnan hade väckt talan inom tre år räknat från oktober 1995 var hennes rätt till ersättning för bestående besvär inte preskriberad.

HD:s bedömning visar att det inte räcker med att en skadelidande antar eller misstänker att de besvär som uppkommit har samband med en skadehändelse, t.ex. en operation. För att den treåriga preskriptionstiden ska börja löpa fordras ett stabilt underlag i form av kännedom om alla de faktiska förhållanden som grundar rätt till ersättning. När det gäller besvärens natur och samband med olyckan menade HD att ett säkert underlag ska föreligga, främst medicinskt, för att preskriptionstid ska börja löpa.

Som HD även konstaterat är en förutsättning för att *preskriptionsavbrott* ska anses ha skett att talan väcks vid domstol. Det är således inte tillräckligt att anspråket framställs till försäkringsbolaget. I patientskadelagen finns därför en bestämmelse, 23 § andra stycket, som innebär att en skadelidande alltid har sex månader på sig att väcka talan sedan denne fått del av försäkringsgivarens slutliga ställningstagande i ärendet (se närmare nedan).

Beträffande *akuta besvär* som klart och tydligt visar sig efter en skadehändelse torde det i normalfallet framstå som uppenbart för en skadelidande att sådana besvär har samband med den händelse eller den åtgärd som orsakat besvären. I preskriptionshänseende måste den skadelidande då anses ha fått kännedom om besvären i anslutning till skadehändelsen.

I rättsfallet tog HD även ställning till frågan om hur bedömningen ska göras när det är fråga om *flera anspråk*. Enligt HD ska preskriptionsfrågan bedömas anspråk för anspråk var för sig. Som framgår ovan separerade HD frågan om sveda och värk från frågan om ersättning för andra fordringar som lyte och men/bestående besvär.

Även i *NJA 2001 s. 93* var frågan om vad som skulle avses med kännedom uppe till bedömning.

Fallet gällde en kvinna som körde moped och i juni 1992 blev påkörd och skadad av en bil vars förare försvann och inte kunde identifieras. Omedelbart efter olyckan besökte hon läkare och blev då undersökt och röntgad. Först år 1996 fick hon kännedom om att hon kunde vända sig med anspråk på ersättning mot det försäkringsbolag där hennes moped var försäkrad vid olyckstillfället. Samma år fick hon besked från sin läkare att hon fått bestående skador till följd av trafikolyckan. I ett invaliditetsintyg från juni 1998 konstaterades att besvären var relaterade till trafikolyckan och måste betraktas som bestående. I oktober 1996 gjorde hon en anmälan till försäkringsbolaget som åberopade preskription. I januari 1998 väckte hon talan mot försäkringsbolaget och yrkade ersättning för sveda och värk, lyte och men samt olägenheter i övrigt.

HD konstaterade till en början att det förhållandet att kvinnan inte förstått att hon kunde utnyttja sin trafikförsäkring inte invercade på frågan vid vilken tidpunkt preskriptionstiden började löpa. Domstolen konstaterade vidare att talan hade väckts mer än tre år efter det att skadan inträffade samt att *ersättningen för sveda och värk* i anslutning till skadetillfället därför var preskriberad.

När det gällde *ersättningen för lyte eller men* fastslog HD att utgångspunkten för preskriptionstiden inte bör anses infalla tidigare än när den skadade fått ett objektivet sett någorlunda säkert underlag med avseende på de faktiska förhållanden som läggs till grund för anspråket. Enligt HD kunde det inte anses framgå av utredningen att kvinnan fått kännedom om att hon kunde göra fordringen gällande tidigare än tre år före den dag då hon faktiskt väckte talan. Hennes anspråk på ersättning för lyte och men ansågs därför inte preskriberat. Detsamma gällde anspråket för olägenheter i övrigt.

Patientskadenämnden har i ett ärende enligt den tidigare frivilliga försäkringen (Dnr 593/2000 – PRS 2001:8) haft att bedöma vad som gäller vid *flera anspråk* från en skadelidande, jfr NJA 2000 s. 285 och NJA 2001 s. 93.

Flera skilda ersättningsanspråk

En person hade i samband med frivilligt deltagande i en forskningsstudie år 1993 (muskelbiopsier i lokalbedövning i lår) drabbats av dels mera övergående besvär i form av smärta och svullnad, dels kvarvarande besvär i form av stickningar, kraftigt stramande känsla och stundtals ömhet i benet. Skadeanmälan kom in till försäkringsbolaget år 1999.

Försäkringsbolaget ansåg att anmälan kommit in för sent för att kunna prövas.

Patientskadenämnden gjorde i sin bedömning åtskillnad mellan krav på ersättning för akuta besvär (sveda och värk) och krav på ersättning för bestående men. Patienten ansågs redan i anslutning till provtagningen ha haft kännedom om sambandet mellan biopsin och de akuta besvären. Därigenom bedömdes patienten också ha förstått sin rätt att kräva ersättning för sveda och värk. Kravet på sådan ersättning ansågs därför preskriberat. Däremot ansåg nämnden att patienten inte kunde anses ha haft kännedom om att det kunde röra sig om en mera bestående skada förrän i samband med ett läkarbesök år 1998. Ersättningskravet beträffande annat än sveda och värk i anslutning till biopsin var därför inte preskriberat.

Enligt läkemedelsförsäkringens villkor i dess lydelse före den 1 januari 2015 (§ 12) ska, när det är fråga om preskription, samma typ av bedömning göras beträffande kännedom som utgångspunkt för en treårig preskriptionstid. Därför kan det vara av intresse att även redovisa några fall från Läkemedels-skadenämndens praxis.

Omständigheterna inte sådana att kännedom kunde anses föreligga

En kvinna hade efter p-pillerbehandling drabbats av ventromboser (blodpropp i vensystemet) och till följd av detta även artäremboli samt lungemboli. Försäkringsbolaget gjorde gällande att patientens krav på ersättning var preskriberat.

Beträffande utgångspunkten för den treåriga preskriptionstiden konstaterade nämnden att det i praktiken krävdes att patienten ska ha informerats av vårdgivaren om ett troligt samband. Nämnden konstaterade sedan att det i flera journalanteckningar nämnts ett eventuellt samband mellan p-pillerbehandlingen och de besvär som uppkommit men att det inte framgick av journalhandlingarna att patienten hade informerats om detta. Vidare framgick att en läkare enligt journalanteckning vid vårdtillfället övervägt att anmäla besvären som en biverkan av läkemedlet men att någon sådan anmälan inte gjordes. Slutligen konstaterade nämnden att patienten uppgett att hon själv misstänkt ett samband mellan p-pillerbehandlingen och besvären men att hon vid förfrågan hos vårdgivaren aldrig fått detta bekräftat. Nämnden fann det vid dessa förhållanden inte visat att preskription förelåg.

(LY 2005:05)

Även i ett annat fall där patienten själv misstänkte ett samband mellan läkemedelsbehandlingen och de besvär han drabbades av, har preskription inte ansetts föreligga.

Omständigheterna sammantagna inte sådana att kännedom ansetts föreligga

Omständigheterna var i korthet följande: Patienten, som var läkare, påbörjade behandling med läkemedel mot prostatit. När han fick tilltagande smärta i knän och ben satte han ut läkemedlet, eftersom han misstänkte att det var läkemedlet som orsakat besvären. Patienten kontaktade det läkemedelsföretag som tillverkat läkemedlet för att få vissa uppgifter som kunde ha betydelse för orsakssambandet. Trots upprepade kontakter med läkemedelsföretaget fick han inte de begärda uppgifterna. Enligt patienten ansåg han att han under den tid dessa efterforskningar skedde inte hade anledning att kontakta försäkringsbolaget.

Sedan patienten anmält skadan till försäkringsbolaget återopade bolaget preskription. Försäkringsbolaget menade att patienten i vart fall när han själv satte ut läkemedlet insett sambandet mellan detta och de anmälda besvären och att han därför vid denna tidpunkt haft kännedom om skadan.

Nämnden konstaterade att med läkemedelsskada förstås en skada som med övervägande sannolikhet har orsakats genom användning av läke-

medel och anförde vidare: ”Det innebär att den treåriga preskriptionstiden inte börjar löpa innan det har klarlagts att ett sådant samband är övervägande sannolikt även om detta samband har kunnat misstänkas tidigare. Inte ens om den skadelidande för egen del är övertygad om att hans skada har orsakats genom läkemedelsanvändning börjar preskriptionstiden löpa förrän det finns ett objektivt stöd för ett orsakssamband. En insiktsfull skadelidande, som visserligen själv tror att det finns ett orsakssamband mellan hans skada och användning av läkemedel men samtidigt vet att han inte kan få ersättning från läkemedelsförsäkringen därför att det inte i försäkringens mening föreligger övervägande sannolikhet för ett sådant samband, bör utan risk för preskription kunna dröja med att framställa sitt ersättningsanspråk till dess det har klarlagts att ett samband är övervägande sannolikt.”

Nämnden konstaterade vidare att en första förutsättning för att den treåriga preskriptionstiden ska börja löpa bör vara att den skada som den skadelidande gör gällande är en för fackmannen här i landet känd skada. Vidare att skadan i det enskilda fallet av den praktiskt verksamme läkaren kan konstateras vara en sannolik följd av läkemedelsanvändningen.

Avslutningsvis konstaterade nämnden att patienten, även om han misstänkt ett samband mellan läkemedlet och de besvär som uppkommit, inte från tillverkaren av läkemedlet fått någon bekräftelse på att ett samband föreläggat. Att läkemedlet kunde orsaka en skada av det slag som drabbade patienten var heller inte känt för fackmannen här i landet vid den aktuella tiden. Preskription ansågs därför inte föreligga.

(LY 2006:4)

Slutligen kan från Läkemedelsskadenämndens praxis ytterligare ett fall nämnas.

Utgångspunkten för preskriptionstiden inte klart angiven genom endast en allmän hänvisning till det medicinska underlaget

Patienten hade anmält flera olika skador. Försäkringsbolaget åberopade preskription beträffande samtliga skador och gjorde en allmän hänvisning till det medicinska underlaget i ärendet under ett antal år.

Nämnden konstaterade att utgångspunkten för preskriptionstiden är den tidpunkt då patienten fått kännedom om skadan samt att detta

gäller beträffande varje anmäld skada. Det innebär att preskriptionstiden kan börja vid olika tidpunkter i ett och samma ärende när skilda skador föreligger. Nämnden ansåg att det inte var tillräckligt att, på det sätt som skett, endast allmänt hänvisa till det medicinska underlaget och fann att försäkringsbolaget inte i något fall klart hade kunnat ange från vilken tidpunkt den treåriga preskriptionstiden skulle börja räknas. Preskription ansågs därför inte föreligga.

(LY 2008:7)

Från och med den 1 januari 2015 gäller för läkemedelsförsäkringens del nya bestämmelser om preskription motsvarande dem som införts för patientförsäkringen.

Den tioåriga preskriptionstiden

Utgångspunkten för den tioåriga preskriptionstiden är som tidigare angetts *den tidpunkt då skadan orsakades*.

Patientskadenämnden har i ett ärende bedömt frågan om den tioåriga preskriptionstiden.

Skadetillfället utgångspunkt för preskriptionstiden även om patienten inte uttryckligen underrättats om rätt diagnos

En kvinna hade den 19 september 1994 genomgått en s.k. MRT-hjärnundersökning. Enligt journalanteckningar konstaterades vid undersökningen förändringar som överensstämde med multipel skleros (MS). Patienten underrättades dock om att det rörde sig om immunopati för vilket det vid den aktuella tidpunkten inte fanns några behandlingsmöjligheter. En ny MRT-undersökning gjordes den 22 november 2005 och denna talade för att patienten hade MS.

Patienten anmälde den 10 oktober 2006 som patientskada psykiskt lidande på grund av försenad diagnos och behandling av MS.

Bolaget konstaterade att anmälan kommit in mer än 10 år efter det att MS första gången konstaterats och åberopade preskription enligt 10-årsfristen.

Patientskadenämnden delade bedömningen att preskription förelåg och konstaterade att det förhållandet att patienten år 1994 inte uttryckligen underrättats om diagnosen MS inte förändrade denna bedömning.

(Dnr 781/2008 – PRS 2009:02)

Att utgångspunkten för den tioåriga preskriptionstiden i patientskadlagen är den tidpunkt då skadan orsakades har i vissa fall lett till konsekvenser som kan anses oskäligen. Det gäller fall då en skada visar sig senare än tio år från skadetillfället. I praktiken har sådana sena skador förekommit exempelvis beträffande hepatit-C efter blodtransfusion.

När det gäller hepatit-C skedde smittan under 1960-, 1970- och 1980-talen. För många upptäcktes sjukdomen efter mer än tio år från smittotillfället. Ibland 15–20 år senare. Landstingen beslöt, som angetts i avsnittet *Särskilda åtaganden*, med anledning av detta år 2002 att ordna med ett frivilligt åtagande, en ex gratia-ersättning, dvs. en ersättning som betalas utan att skyldighet att göra detta föreligger. Det gällde patienter som smittats via blodtransfusion vid svensk sjukvårdsinrättning före år 1992. Utgångspunkten för ersättning var att man inte haft möjlighet att anmäla skadan inom preskriptionstiden. Ersättning utgick efter en schabloniserad modell kopplad till sjukdomens utvecklingsfas. Slutligen skulle ersättningen – i schabloniserad form – motsvara vad de som anmält skadan inom preskriptionstiden i genomsnitt fått i ersättning.

Genom detta åtagande fick ca 1 400 patienter, som inte hade rätt till ersättning enligt gällande patientförsäkring, ersättning.

I de preskriptionsbestämmelser som gäller från och med den 1 januari 2015 har problemet beaktats. Det är då möjligt att vid synnerliga skäl väcka talan vid domstol även efter utgången av den normala preskriptionstiden (se 24 §).

I 23 § *andra stycket* patientskadlagen i dess tidigare lydelse finns, som nämnts, en bestämmelse som innebär att om en begäran om ersättning för patientskada har framställts till vårdgivaren eller till försäkringsgivaren inom

den tid som angetts i första stycket så har den skadelidande alltid sex månader på sig att väcka talan sedan den skadelidande fått del av försäkringsgivarens slutliga ställningstagande i ärendet. Bestämmelsen, som ska ses mot bakgrund av att preskriptionsavbrott endast kan ske genom att talan väcks vid domstol, syftar till att hindra rättsförlust för den skadelidande när denne har anmält skadan till försäkringsgivaren men ärendet regleras först sedan treårs- eller tioårsfristen gått ut eller kort tid dessförinnan.

Om således försäkringsbolaget meddelar sitt beslut den sista dagen av treårsperioden så har den skadelidande ytterligare sex månader på sig att väcka talan. Den skadelidande kan givetvis alltid hålla sig till den frist som anges i första stycket om denna löper ut senare än sexmånadersfristen i andra stycket. Det innebär att om patienten exempelvis anses ha fått kännedom om skadan den 1 april 2013 och försäkringsbolaget har meddelat slutligt beslut den 1 april 2014 så dröjer det ändå till den 1 april 2016 innan preskription föreligger enligt den treåriga preskriptionstiden.

Talan kan enligt forumreglerna i 10 kap. rättegångsbalken väckas antingen där den skadegörande handlingen företogs eller där svaranden har sitt hemvist.

Frågan om vad som avses med *försäkringsgivarens slutliga ställningstagande* har behandlats i *NJA 1992 s. 845*. HD konstaterade där att försäkringsbolaget i den avslutande korrespondensen med den skadade hade uttryckt sig på ett så tydligt sätt att försäkringsbolaget ansågs ha tagit slutlig ställning. Därigenom hade preskriptionstiden börjat löpa och det krav som efter sexmånadersfristens utgång framfördes i stämning mot bolaget var därför preskriberat (jfr även *NJA 1992 s. 303*).

Om talan inte väcks inom den angivna tiden så är kravet preskriberat. Detta gäller även om det då inte gått 10 år från skadedagen. Den tioåriga preskriptionstiden utgör den yttersta gränsen för att kunna väcka talan om patientskadeersättning vid domstol. Den som exempelvis fått kännedom om skadan nio år efter det att den orsakades har alltså bara ett år på sig att väcka talan. Dock föreligger rätt till förlängning med sex månader från det att patienten fått ta del av försäkringsgivarens slutliga beslut på samma sätt som vid den treåriga preskriptionstiden.

Enligt 23 § tredje stycket patientskadlagen gäller, i de fall då en skadelidande enligt 14 § första stycket riktar sitt ersättningsanspråk mot medlemmarna i patientförsäkringsföreningen, det som sägs om försäkringsgivare i stället patientförsäkringsföreningen. Sexmånadersfristen får då räknas från den tidpunkt då den skadelidande fått del av Patientförsäkringsföreningens slutliga ställningstagande.

Avslutningsvis kan (som framgår av *NJA 2001 s. 93*) konstateras att det förhållandet att den skadelidande inte förstått att en försäkring kunnat utnyttjas inte inverkar på frågan vid vilken tidpunkt preskriptionstiden börjar löpa.

Preskription vid omprövning enligt skadeståndslagen

Enligt 5 kap. 5 § skadeståndslagen kan en ersättningsfråga som avgjorts slutligt genom avtal eller dom omprövas om väsentligt ändrade förhållanden föreligger. Reglerna om preskription i 23 § patientskadlagen gäller även i omprövningsfallen. Det kan därför bli aktuellt att tillämpa både treårsfristen och tioårsfristen vid omprövning. Preskriptionstiden börjar således räknas vid treårsfristen när den skadelidande fått kännedom om att fordringen kan göras gällande. På motsvarande sätt börjar vid tioårsfristen preskriptionstiden räknas från den tidpunkt då skadan orsakades.

När det gäller tioårsfristen uppkommer frågan om *vilken skadehändelse som ska ligga till grund för bedömningen*. Är det den ursprungliga skadan eller den skadehändelse som kan anses ha inträffat när väsentligt ändrade förhållanden inträtt?

Patientskadenämnden har tagit ställning till detta i följande fall.

Vid omprövning är det tidpunkten för väsentligt ändrade förhållanden som utgör utgångspunkten för preskriptionstiden

En man hade fått en bristfällig behandling efter en benfraktur under år 1984. Ersättningsbar skada ansågs föreligga och mannen fick ersättning för bl.a. inkomstförlust. Försäkringsbolaget meddelade slutligt beslut i juni 1986. År 2010 återkom mannen med krav på ytterligare

ersättning för inkomstförlust på grund av förvärrade besvär i benet från och med februari 2008.

Försäkringsbolaget ansåg att preskription inträtt och menade att kravet skulle ha framställts inom tio år från det att ärendet avslutades.

Patientskadenämnden ansåg dock att patienten hade rätt att få sitt krav på ersättning för inkomstförlust från och med februari 2008 prövat.

Nämnden konstaterade inledningsvis att det inte av bestämmelsen om omprövningsrätt i 5 kap. 5 § skadeståndslagen framgick vad som gäller beträffande preskription av rätten till omprövning. Vidare konstaterades att de diskussioner som förts beträffande denna fråga i den juridiska litteraturen utmynnat i slutsatsen att själva rätten att begära omprövning inte preskriberas men däremot den nya fordran som kan anses uppkomma vid den tid då väsentligt ändrade förhållanden har inträtt samt att vanliga preskriptionsregler ansågs gälla för denna nya fordran.

Därefter tog nämnden ställning till om det var preskriptionslagens bestämmelser eller de bestämmelser som gäller vid patientskadeersättning som skulle reglera frågan om preskription av rätten till omprövning inom patientförsäkringen. Därvid konstaterades att Högsta domstolen i *NJA 2001 s. 695 II* tagit ställning i en liknande fråga när det gällde trafikskadeersättning och då kommit fram till att preskriptionsbestämmelserna i trafikskadelagen och inte preskriptionslagens bestämmelser skulle tillämpas. Med motsvarande synsätt ansåg nämnden att de preskriptionsbestämmelser som gäller för patientskadeersättning skulle tillämpas i det aktuella ärendet.

När det sedan gällde den skadehändelse som skulle ligga till grund för bedömningen konstaterade nämnden först att den ursprungliga skadan i ärendet inträffat under år 1983 samt att enligt då gällande frivilliga bestämmelser krav skulle framställas inom tre år från den tidpunkt då skadan först visade sig, dock inte senare än 10 år från den tidpunkt då den åtgärd som orsakade skadan företogs. En strikt tillämpning av dessa bestämmelser skulle således innebära att preskription förelåg.

Vid den fortsatta bedömningen konstaterade nämnden att Högsta domstolen i *NJA 2001 s. 695 II* beträffande frågan om inkomstförlust ansett att den skada på vilken ersättningsanspråket grundade sig inträffat först när den skadelidande blivit berättigad till halvt sjukbidrag. Med detta synsätt konstaterade nämnden att den skada som vid bedömningen av preskriptionsfrågan skulle beaktas i det aktuella patientskadeärendet inte uppkommit år 1983 utan i februari 2008 när patientens arbetsförmåga hade nedsatts med hälften.

Nämnden konstaterade avslutningsvis att utgångspunkten för preskriptionstiden vid begäran om omprövning på grund av väsentligt ändrade förhållanden således är den skadehändelse som föreligger när väsentligt ändrade förhållanden inträffar. Detta innebär enligt nämnden att preskriptionsbestämmelserna avseende patientskadeersättning i fall av det nu aktuella slaget, oavsett den språkliga utformningen, skulle tolkas så att preskriptionsfristen börjar löpa först när väsentligt ändrade förhållanden har inträtt. Preskription ansågs således inte föreligga i ärendet.

(Dnr 193/2011 – PSR 2011:03)

I de bestämmelser om preskription som gäller från och med den 1 januari 2015 har frågan om preskriptionstiden vid väsentligt ändrade förhållande reglerats. Se närmare nedan.

BESTÄMMELSERNA OM PRESKRIPTION FRÅN OCH MED DEN 1 JANUARI 2015

Preskriptionstiden ska som huvudregel vara tio år. Som nämnts ovan finns vissa undantagsregler för skador som visar sig först efter lång tid. Utgångspunkten för preskriptionstiden har ändrats så att den ska vara möjlig att fastställa objektivt. Vid begäran om omprövning enligt 5 kap. 5 § skadeståndslagen får dock talan väckas inom tre år från den tidpunkt då förhållande som ligger till grund för omprövningsyrkandet inträdde.

Utöver ändrade regler om preskription har i en tilläggsparagraf till 17 § patientskadelagen, 17 a §, tagits in en bestämmelse som reglerar frågan om vilken tid som gäller för begäran om yttrande från Patientskadenämnden.

Den bestämmelse som fanns i de tidigare frivilliga försäkringsvillkoren avseende tidsfristen för att begära att ett yttrande skulle inhämtas från Patientskadenämnden kom aldrig att införas i patientskadelagen. I avsaknad av en sådan bestämmelse har i praktiken använts de tider som gäller för preskription. Bestämmelsen i 17 a § ger en klar regel som är lätt att tillämpa.

Enligt 17 a § ska således en patient eller annan skadelidande som vill inhäm-

ta yttrande från Patientskadenämnden begära detta senast ett år från det att han eller hon fick del av försäkringsgivarens slutliga ställningstagande till ersättningsanspråket. Efter ettårsfristen har den skadelidande ingen rätt att få frågan prövad av Patientskadenämnden.

I propositionen 2012/13:168 s. 55 konstateras att försäkringsgivaren bör ha ett intresse av att dokumentera när fristen för inhämtande av ett yttrande från nämnden börjar löpa och att det därför framstår som naturligt att detta dokumenteras på ett lämpligt sätt, t.ex. genom att besked lämnas skriftligen. Vidare behandlas den situationen att försäkringsgivarens slutliga ställningstagande lämnas lång tid efter det att en skada har orsakats och ärendet därför underställs nämnden i slutet av preskriptionstiden eller efter preskriptionstidens utgång. Det sägs då att det framstår som rimligt att nämnden i en sådan situation upplyser den som begär ersättning om att talan måste väckas inom den tid som följer av 23 § för att undvika risken för preskription.

Enligt den nya lydelsen av 23 § *första stycket* gäller, i enlighet med vad som sagts ovan, att talan ska väckas inom tio år från den tidpunkt då skadan orsakades, dvs. den behandling eller annat förhållande som orsakat den skada som ersättningsanspråket grundas på. Preskriptionsavbrott sker på samma sätt som tidigare genom att talan väcks. Även i fortsättningen gäller således att preskriptionsavbrott inte sker endast genom anmälan om ersättningsanspråket till försäkringsbolaget (s. 28). Med väckande av talan likställs, liksom i andra sammanhang, t.ex. ansökan om betalningsföreläggande (s. 50). Att den skadelidande vänder sig till Patientskadenämnden motsvarar inte att väcka talan (s. 56).

På motsvarande sätt som gäller i dag har enligt 23 § *andra stycket* den som anmält en skada till vårdgivaren eller försäkringsgivaren inom tioårstiden alltid sex månader på sig att väcka talan från det att han eller hon fick del av försäkringsgivarens slutliga ställningstagande.

En ny bestämmelse om vad som gäller vid *omprövning enligt skadeståndslagen* har tagits in i 23 § *första stycket*. Denna bestämmelse utgör ett undantag från huvudregeln om tioårig preskriptionstid. Om den skadelidande begär omprövning enligt 5 kap. 5 § skadeståndslagen får talan väckas inom tre år

från den tidpunkt då det förhållande som ligger till grund för omprövningsyrkandet inträdde.

Omprövning enligt skadeståndslagen förutsätter att det har inträffat en väsentlig förändring. En sådan förändring kan bestå av nya eller förvärrade medicinska besvär eller av att den ekonomiska situationen försämrats. I propositionen konstateras (s. 29) att förslaget med en generell tidsfrist på tio år, som gäller oavsett när den skadelidande fått kännedom om möjligheten att göra gällande anspråket, kan vara mindre lämplig när det gäller en skadelidandes anspråk till följd av att ersättningen omprövas. Vidare konstateras att redan förslaget om en generell förlängning av preskriptionstiden till tio år innebär en klar förbättring samt att treårsfristen för anspråk till följd av omprövning i stort sett motsvarar vad som gäller i dag.

När det gäller utgångspunkten för fristen uttalas att denna börjar löpa när en förändring kan sägas vara bestående eller konstaterad och att fristen vid en väsentlig medicinsk förändring alltså inte inleds redan vid de första symptomen (s. 30).

I författningskommentaren till 31 § första stycket trafikskadelagen, till vilken hänvisats även beträffande patientskador, behandlas ett antal frågor som har samband med omprövning enligt skadeståndslagen (s. 50). Där hänvisas när det gäller innebörden av begreppet *väsentlig förändring* som ger rätt till omprövning till *NJA 2008 s. 1217 I och II*. Vidare uttalas följande: "Om grunden för omprövningsyrkandet är att det skett en medicinsk förändring bör utgångspunkten för preskriptionsfristen normalt vara när den väsentliga förändringen har konstaterats av t.ex. en läkare. Om grunden för omprövningsyrkandet i stället är att det har skett en ändring i inkomstförhållandena är det naturligt att utgå från den tidpunkt när inkomsten försämrades väsentligt eller när det inträdde en väsentlig förbättring av löneförhållandena i yrket, som den skadelidande inte fått dra nytta av. Preskriptionstiden börjar löpa vid den tidpunkt då en förändring kan sägas vara bestående."

Det konstateras även att omprövning kan ske flera gånger om det inträder nya väsentliga förändringar. Beträffande detta uttalas vidare följande: "När tre år gått sedan en väsentlig förändring inträtt kan omprövning aktualiseras endast om det därefter inträder en ny väsentlig förändring. Om en sådan ny

väsentlig förändring inträder ska dock alla relevanta omständigheter beaktas vid fastställandet av den nya ersättningen, oavsett när dessa omständigheter inträffade. Den kumulativa effekten av över tid ändrade förhållanden kan på detta sätt komma under prövning. Att sådana äldre förändringar kan beaktas vid senare omprövningar hindrar inte att fordringar som hänför sig till tiden före den senaste väsentliga förändringen kan vara preskriberade.”

Det kan tilläggas att det, som tidigare nämnts, även beträffande läkemedels-skador införts nya preskriptionsbestämmelser från och med den 1 januari 2015. Enligt § 12 i *Åtagande att utge ersättning för läkemedelsskada* anges således att preskriptionstiden är 10 år från den tidpunkt då den som anmäler en skada har upphört att använda läkemedel som ensamt eller i förening med annat läkemedel orsakat skadan. Vid begäran om omprövning är preskriptionstiden tre år från tidpunkten när det förhållande som ligger till grund för omprövningsyrkandet inträdde. Vid synnerliga skäl kan ett anspråk prövas även efter de angivna tiderna.

När det gäller preskription kan avslutningsvis nämnas att ärenden av detta slag utgör cirka 1 procent av de ärenden Patientskadenämnden handlägger årligen samt att ändringsfrekvensen är cirka 10 procent.

24 § En talan får väckas efter den tid som anges i 23 § första stycket endast om det finns synnerliga skäl. Vid bedömningen ska det särskilt beaktas om den skadelidande har varit förhindrad att framställa anspråket i tid.

25 § Om talan inte väcks enligt 23 eller 24 §, går rätten till ersättning förlorad.

I förhållanden mellan försäkringsgivare får annat avtalas om preskription än vad som följer av denna lag.

26 § Det som sägs om försäkringsgivare i 23 § andra och tredje styckena samt i 25 § andra stycket ska i ett fall som avses i 14 § första stycket gälla Patientförsäkringsföreningen.

I 24 § finns en ny bestämmelse som reglerar vad som gäller i vissa fall när krav på ersättning framställs efter den tid som anges i 23 § första stycket. Om det finns *synnerliga skäl* får talan väckas även efter denna tid. Vid bedömningen ska särskilt beaktas om den skadelidande har varit förhindrad att framställa anspråket i tid.

I propositionen (2012/13:168) redogörs för bakgrunden till bestämmelsen (s. 30 ff). Där konstateras att det är fråga om en ventil som ska tillämpas endast vid särskilt ömmande fall av sena skador. Som exempel nämns det fallet att en person lång tid efter en medicinsk behandling upptäcker att han eller hon har drabbats av en allvarlig skada som har ett klart samband med behandlingen (jfr exempelvis hepatitfallen som omnämnts tidigare).

Bedömningen av om en skadelidande varit förhindrad att framställa ett anspråk i tid tar sikte på vilka möjligheter den skadelidande objektivt sett har haft att framställa ett krav inom de frister som annars gäller. Avseende ska dock fästas inte endast vid om en skadelidande varit förhindrad att väcka talan i tid. Vid bedömningen av om det finns synnerliga skäl ska avseende fästas även vid andra omständigheter. Dessa omständigheter ska också bedömas

från objektiva utgångspunkter. Faktorer som kan vara av betydelse är om det är fråga om en allvarlig skada, om ersättningsbeloppet är av stor betydelse för den skadelidandes försörjning samt om den skadelidande skyndsamt har framställt krav mot försäkringsbolaget så snart detta varit möjligt. Om försäkringsbolaget efter att ha mottagit ett krav avböjer att lämna ersättning bör den skadelidande, enligt vad som anges i propositionen, även vara skyldig att skyndsamt väcka talan om kravet. En allmän okunskap om ersättningsmöjligheten eller oföretagsamhet i fråga om att framställa ett krav bör inte anses utgöra synnerliga skäl. Inte heller bör det anses föreligga synnerliga skäl endast av den anledningen att det varit förenat med vissa svårigheter för den skadelidande att framställa kravet i rätt tid. Slutligen konstateras att den som begär ersättning har bevisbördan för de omständigheter som åberopas till stöd för att synnerliga skäl föreligger (s. 51).

Även i 25 § finns en ny bestämmelse. I denna anges uttryckligen att rätten till ersättning förloras, dvs. preskriberas, om talan inte väcks enligt 23 eller 24 §.

I 26 § anges att Patientförsäkringsföreningen i vissa fall likställs med försäkringsgivaren vid tillämpningen av preskriptionsreglerna.

VART KAN MAN VÄNDA SIG OM EN BEHANDLINGSKOMPLIKATION INTRÄFFAT?

Patientförsäkringen

En patient som har råkat ut för en skada i samband med hälso- och sjukvård eller tandvård och vill få ersättning för denna skada från patientförsäkringen måste göra en skadeanmälan.

Det första patienten då ska göra är att ta reda på hos vilket försäkringsbolag som vårdgivaren tecknat patientförsäkring.

Alla Sveriges landsting och regioner har tecknat patientförsäkring hos Lof som handlägger över 90 procent av alla anmälda skador.

Privatpraktiserande tandläkare eller läkare utan entreprenadavtal med landstinget samt kommunal äldreomsorg, har tecknat patientförsäkring i andra försäkringsbolag.

Om patienten är osäker på till vilket försäkringsbolag han eller hon ska vända sig kan uppgift om detta fås från patientens vårdgivare.

Skulle vårdgivaren sakna patientförsäkring ska patienten anmäla skadan till Patientförsäkringsföreningen (www.pff.se).

I det följande kommer att beskrivas ett ärendes handläggningsslag hos försäkringsbolaget, Patientskadenämnden och i domstol.

HANDLÄGGNINGEN HOS ETT FÖRSÄKRINGSBOLAG

Handläggningsrutinerna hos försäkringsbolagen kan variera men är i stort sett likartade och kan se ut på följande vis.

För att få hjälp med en anmälan till ett försäkringsbolag kan patienten vända sig till kurator vid det sjukhus eller den mottagning som behandlade patienten. Patienten kan också vända sig till Patientnämnden i landstinget för information och hjälp med skadeanmälan.

Skadeanmälningsblankett kan man få bland annat genom kontakt med det aktuella försäkringsbolagets kundtjänst.

För att skadeanmälan ska kunna behandlas så snabbt som möjligt är det viktigt att patienten klart och tydligt anger vilken personskada han eller hon anser har uppkommit, när den har uppkommit (datum) och på vilken vårdinrättning som skadan har inträffat. Övriga vårdinrättningar som patienten varit på bör också anges.

Patienten behöver inte bifoga några journaler utan försäkringsbolaget beställer vid behov dessa från aktuella vårdgivare.

Förutom patienten kan även ombud, det kan vara såväl anhöriga som andra ombud, förälder till barn under 18 år, god man eller förvaltare samt dödsbo göra en skadeanmälan.

Om en personskada anmäls där patienten avlidit behöver bolaget en särskild fullmakt, en så kallad dödsbofullmakt, för den person som företräder dödsboet (samtliga dödsbodelägare ska skriva under fullmakten) och som sköter kontakterna med bolaget. Bolaget behöver också ett "Dödsfallsintyg och släktutredning" som den som företräder dödsboet kan beställa från Skatteverket och bifoga fullmakten.

God man och förvaltare ska skicka med tingsrättens förordnande av uppdraget.

När patientens skadeanmälan kommit in till försäkringsbolaget kontrollerar bolaget att vårdinrättningen, där skadan skedde, har ett försäkringsavtal med

bolaget. Därefter bedömer bolaget vilka kompletterande uppgifter som krävs för att utreda patientens ärende. Om bolaget måste beställa patientjournaler och andra handlingar behöver bolaget patientens skriftliga samtycke och fullmakt. Bolaget behöver ofta ett utlåtande från den vårdenhets där skadan inträffade, patientjournaler, röntgenbilder, operationsberättelse m.m.

När bolaget fått in de kompletterande handlingarna påbörjas själva utredningen av skadan. Under utredningen går bolaget igenom handlingarna. I många fall behövs samråd med en medicinsk rådgivare innan handläggaren kan fatta ett beslut om patientskadeersättning kan lämnas eller inte. Störst antal anmälningar finns inom områdena ortopedi, kirurgi, handkirurgi, tandvård, allmänmedicinsk vård och gynekologi/obstetrik. Bolagets ställningstaganden baseras i första hand på den dokumentation som finns tillgänglig från vårdgivaren.

När handläggaren är klar med sin bedömning och har fattat beslut får patienten skriftligen besked om skadan kan ersättas eller inte. Försäkringsbolagens målsättning är att beslutet normalt ska fattas inom ett antal månader, men förseningar kan uppstå om bolaget inte får det beställda materialet i tid eller får vänta på utlåtande från en medicinsk rådgivare.

Om patientens skada inte kan ersättas kommer grunderna för avslaget att framgå av försäkringsbolagets beslutsbrev. Ungefär 60 procent av de mellan 16 000–17 000 skador som anmäls per år ersätts inte. När man inte får ersättning beror det oftast på att skadan inte kunnat undvikas.

Samtidigt med avslagsbeslutet får patienten information om hur man kan gå vidare om man inte är nöjd med bolagets beslut.

Om skadan kan ersättas lämnar bolaget information om den fortsatta handläggningen. Bedömningen av vilken ersättning som ska lämnas kan ta olika lång tid beroende på skadans omfattning och kringliggande omständigheter. Det kan röra sig om allt från några veckor till flera månader, ibland år. Ersättningen beräknas enligt skadeståndsrättsliga grunder.

Om patienten inte är nöjd med den patientskadeersättning han eller hon fått lämnar bolaget information om hur man kan gå vidare.

HANDLÄGGNINGEN I PATIENTSKADENÄMNDEN

Om en patient är missnöjd med försäkringsbolagets beslut kan han eller hon hos bolaget begära yttrande från Patientskadenämnden. Patienten kan även vända sig direkt till allmän domstol utan att först ha fått ärendet prövat i Patientskadenämnden. En prövning i domstol kan emellertid innebära en kostnad för patienten. Att få sitt ärende prövat av ett sakkunnigt organ som Patientskadenämnden är däremot alltid kostnadsfritt för patienten.

Om patienten väljer att få sitt ärende prövat av Patientskadenämnden sammanfattar försäkringsbolaget ärendet i en promemoria.

Därefter skickas promemorian med bilagor till patienten. Patienten får möjlighet att lämna synpunkter på innehållet och komplettera med nytt material innan ärendet skickas vidare till nämnden.

När skadeakten, dvs. promemorian och alla handlingar som hör till ärendet, kommit in till nämndens kansli får patienten ett bekräftelsebrev med nämndens ärendenummer. Ärendena behandlas i turordning vartefter de kommer in till kansliet.

Ärendet tas, när det inte avgörs genom ordförandebeslut, upp vid ett sammanträde i nämnden. Före sammanträdet tar nämndens ledamöter del av alla handlingar och läser in sig på ärendet. Handlingarna är promemorian med bilagor och eventuella kompletteringar som kommit in.

På sammanträdet föredrar en jurist från nämndens kansli ärendet för nämnden. Därefter diskuterar nämndens ledamöter ärendet och fattar beslut.

Beslutet formuleras i ett yttrande som ordföranden och föredraganden (en av kansliets jurister) skriver under.

Yttrandet skickas sedan till försäkringsbolaget.

Nämndens yttrande är som nämnts rådgivande. Det betyder att försäkringsbolaget inte måste följa det, men så sker så gott som alltid.

Efter det att nämnden yttrat sig fattar försäkringsbolaget beslut i ärendet och skickar därefter bolagets beslut tillsammans med nämndens yttrande till pa-

tienten. Bolaget talar även om hur den skadelidande kan gå vidare i ärendet om han eller hon inte är nöjd med bolagets beslut.

Se vidare Patientskadenämndens hemsida www.patientskadenamnden.se.

DOMSTOLSPRÖVNING

Den som inte är nöjd med bolagets beslut angående rätt till patientskadeersättning kan väcka talan vid allmän domstol (tingsrätt) för att där få sin sak prövad enligt patientskadelagen. Talan ska beträffande skador som inträffat från och med den 1 januari 2015 väckas inom 10 år från den tidpunkt då skadan orsakades. Beträffande skador som inträffat före detta datum gäller, som framgått under avsnittet *Preskription*, att talan ska väckas inom tre år från kännedom och senast inom 10 år från skadedatum. Om den som vill ha ersättning har anmält skadan till vårdgivaren eller försäkringsgivaren inom denna tid är fristen att väcka talan alltid minst sex månader från det att patienten fick del av försäkringsgivarens slutliga ställningstagande.

Vid sådan talan får en skadelidande normalt räkna med att det är nödvändigt att anlita advokat eller annat ombud. Kostnaderna för sådant biträde omfattas inte av patientförsäkringen. Däremot kan den skadelidande enligt sin hemförsäkring ha rätt till ersättning om försäkringen omfattar rättsskydd.

Förfarandet i domstol skiljer sig åt från den prövning som sker hos försäkringsbolaget och i Patientskadenämnden. Som tidigare framgått föreligger en utredningsskyldighet för bolaget och nämnden. Domstol däremot föranstaltar inte om någon utredning. Det är den sak parterna lägger fram, med den utredning de åberopar, som utgör ramen för processen. En annan skillnad är att det hos försäkringsbolaget och i Patientskadenämnden i princip helt och hållet är fråga om en skriftlig handläggning medan vid domstol normalt hålls en muntlig förhandling vid vilken parterna kan åberopa förhör med sig själva, vittnen eller sakkunniga.

Tingsrättens avgörande kan överklagas till högre instans.

Vid sidan av domstolsprövning enligt patientskadelagen har en skadelidande

alltid möjlighet att väcka talan vid domstol på skadeståndsrättslig grund, se 18 § patientskadelagen.

Läkemedelsförsäkringen

Om en personskada är en följd av att ett läkemedel har förordnats eller lämnats ut i strid med föreskrifter eller anvisningar lämnas patientskadeersättning.

Andra skador som orsakats av läkemedlets egenskaper – *läkemedelsbiverkningar* – omfattas inte av patientskadelagen. Dessa skador kan i stället prövas enligt läkemedelsförsäkringens ersättningsbestämmelser.

För ytterligare information se www.lff.se.

Patientnämnderna

I alla landsting/regioner finns en fristående och opartisk Patientnämnd som patienten kan kontakta med frågor eller synpunkter som rör den offentligt finansierade vården. Patientnämnderna tar emot klagomål och synpunkter på till exempel bemötande, diagnoser, medicinering, avgifter, sekretessfrågor och vårdgaranti.

Det övergripande syftet med Patientnämndernas arbete är att stärka patientens ställning i vården, dels i enskilda patientärenden, dels kollektivt genom uppmärksammande av förhållanden i vården som patienter upplever som otillfredsställande. Enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. ska patientnämnderna:

- tillhandahålla eller hjälpa patienter att få den information patienterna behöver för att kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvården,
- främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal,

Vart kan man vända sig om en behandlingskomplikation inträffat?

- hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet samt
- rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter.

Patientnämnderna gör inga medicinska bedömningar och kan inte vidta några disciplinära åtgärder. Nämndernas uppgift är att fungera som förmedlande länk mellan patienterna och vården. Nämnderna gör uttalanden och föreslår förbättringar utifrån de klagomål och synpunkter som framförts. De ska bidra till bättre kvalitet och ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården utöver att hjälpa enskilda personer. Slutligen arbetar nämnderna med återföring, kommunikation och information.

Nämndens politiker och tjänstemän har tystnadsplikt.

Information om Patientnämnderna går att få på Google, sökord: "patient-nämnden".

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

IVO är en tillsynsmyndighet för bland annat hälso- och sjukvården. IVO:s granskning har till syfte att se till att patienter får en vård som är säker och har god kvalitet samt att vården utövas i enlighet med lagar och föreskrifter.

Till IVO kan patienten anmäla en vårdskada eller brister i patientsäkerheten i samband med vård eller behandling inom hälso- och sjukvården eller tandvården. När IVO utreder händelsen tittar man inte bara på hälso- och sjukvårdspersonalens agerande utan analyserar varje del av händelseförloppet. Tidigare fokuserades för mycket på den enskilde yrkesutövarens ansvar för inträffade negativa händelser och för lite på vårdgivarens ansvar för att säkerställa hög patientsäkerhet. Numera har man vid utredningen av en negativ händelse mer än tidigare ett *systemperspektiv* där man tar hänsyn till flera samverkande faktorer som människa, teknik och organisation.

En anmälan kan leda till att IVO riktar kritik mot berörd vårdcentral, sjukhus, tandläkarmottagning, äldreboende eller mot hälso- och sjukvårdspers-

sonal. IVO kan också ställa krav på att vårdgivaren vidtar åtgärder för att liknande händelser inte ska ske igen.

IVO utreder som regel inte händelser som inträffat längre tillbaka än två år.

För ytterligare information se www.ivo.se.

Socialstyrelsen

De uppgifter som Socialstyrelsen tidigare hade som rörde klagomål från patienter har övertagits av IVO. För ytterligare information se www.socialstyrelsen.se.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN)

HSAN är en domstolsliknande myndighet som prövar så kallade behörighetsfrågor som gäller legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Frågor som HSAN prövar är:

- prøvotid,
- återkallelse av legitimation eller annan behörighet att utöva ett yrke inom hälso- och sjukvården,
- indragning eller begränsning av förskrivningsrätt samt
- ny legitimation eller annan behörighet.

Det är bara Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Riksdagens ombudsmän (JO) och Justitiekanslern (JK) som kan göra anmälningar till HSAN. Ansökan om ny legitimation, ny behörighet och prøvotid kan göras av den yrkesutövare som saken gäller.

För ytterligare information se www.hsan.se.

PATIENTFÖRSÄKRINGEN I ÖVRIGA NORDISKA LÄNDER

- I Framväxten av de nordiska patientförsäkringarna**
- II De nordiska patientskadelagarna i huvuddrag**
- III Jämförelse mellan de nordiska patientskadelagarna i centrala frågor**
- IV Det administrativa och processuella systemet enligt de nordiska patientskadelagarna**

I Framväxten av de nordiska patientförsäkringarna

Den frivilliga patientförsäkring som tillkom i Sverige den 1 januari 1975 var i sig epokgörande genom möjligheten för en skadelidande att få ersättning för personskada som uppkommit inom vården, oavsett ansvar enligt vanliga skadeståndsrättsliga regler. Det svenska systemet, som vidare innebar att försäkringen finansierades av vårdgivarna samt en särskild ordning för tvistlösning utan att talan måste väckas vid domstol, väckte ett starkt intresse i övriga nordiska länder.

År 1987 trädde en patientskadelag i kraft i Finland. Lagen överensstämde i stora delar med de svenska ersättningsbestämmelserna. I Norge tillkom år 1988, genom ett avtal mellan staten och fylkeskommunerna, en temporär ordning för patientskadeersättning som gällde fysiska skador vilka uppkommit inom den offentliga vården. De svenska och i viss mån de norska be-

stämmelserna kom sedan att tjäna som förebild för den danska patientskadelagen, *Lov om patientforsikring (patientforsikringsloven)*, som tillkom år 1992.

De frivilliga ersättningsbestämmelserna i Sverige ersattes den 1 januari 1997 av patientskadelagen. I Norge ersattes år 2003 den tidigare ordningen av en patientskadelag, *Lov om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven)*. De danska bestämmelserna om patientskador inarbetades år 2007 i 3 kap. *Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet*.

Varje land utformade, utöver de grundläggande principerna, sina bestämmelser i överensstämmelse med det egna landets rättsordning. Det innebär att de nordiska ländernas lagregler på patientskadeområdet till sin utformning skiljer sig åt i vissa hänseenden även om huvudprinciperna är desamma.

Det kan tilläggas att bland de nordiska länderna så har även Island en patientskadelag (*Act on Patient Insurance, No. 111/2000* i engelsk översättning). Enligt lagen kan patientskadeersättning på ett liknande sätt som i övriga nordiska länder betalas när skada uppkommit i samband med hälso- och sjukvård. Den isländska lagen kommer dock inte att behandlas särskilt. När det fortsättningsvis talas om de nordiska patientskadelagarna avses således endast de danska, finska, norska och svenska lagarna.

I fortsättningen kommer de nordiska patientskadelagarna att anges med förkortningar. Eftersom de norska och svenska patientskadelagarna i respektive land förkortas på samma sätt (PSL) har i stället valts *NPL* för den norska lagen och *SPL* för den svenska lagen. Den finska lagen har förkortats *FPL* medan för den danska lagen använts förkortningen *KEL*. När det gäller den danska lagen upprepas inte att det är fråga om 3 kap. *KEL* utan hänvisning sker endast till respektive paragraf i kapitlet. På motsvarande sätt upprepas inte när det gäller den norska lagen att det är fråga om 1 kap. *NPL*.

II De nordiska patientskadelagarna i huvud- drag

Allmänt kan konstateras att de nordiska patientskadelagarna i stora delar överensstämmer med varandra. Huvudprinciperna är, som ovan sagts, i väsentliga delar desamma. Den som skadas inom vården har rätt till ersättning under vissa förutsättningar. För Sveriges, Danmarks och Finlands del föreligger rätt till ersättning när en skada hade kunnat undvikas. Beträffande samtliga nordiska länder gäller att ersättning kan lämnas vid skada på grund av fel på den medicinska utrustningen, vid olycksfall som är vårdrelaterade och vid skador som orsakats av läkemedel när detta beror på felaktig hantering av läkemedlet. När en ersättningsbar skada konstaterats bestäms ersättningen enligt allmänna skadeståndsrättsliga regler.

Utformningen av lagtexterna skiljer sig åt i sin uppbyggnad, där de svenska och danska lagarna är relativt utförliga medan de finska och norska allmänt är mera knapphändiga. Ser man till den praktiska tillämpningen av lagreglerna när det gäller de centrala frågorna om vilka personer som kan ha rätt till ersättning och grunderna för ersättningsrätten i övrigt så är skillnaderna, med vissa undantag, mindre. Det närmare innehållet i de nordiska patientskadelagarna samt de administrativa och processuella bestämmelserna behandlas mer ingående i senare avsnitt.

Tillämpningsområdet för patientskadelagarna i de nordiska länderna omfattar i samtliga länder såväl offentlig som privat sjukvård och huvudsakligen vård i det egna landet. I Danmark och Norge omfattas även, under vissa förutsättningar, vård som sker utomlands. Definitionen när det gäller den verksamhet som avses, *hälso- och sjukvård*, samt vilka som är *vårdgivare* är i stora drag densamma. Likaså är begreppet *patient* likartat och omfattar inte endast de personer som söker och behandlas för vård utan exempelvis även dem som frivilligt deltar som försökspersoner vid medicinsk forskning eller donerar organ eller blod.

Enligt samtliga lagar gäller att rätt till ersättning föreligger för *personskada*, dvs. såväl fysisk som psykisk skada. Det är vidare patienten som enligt samtliga lagar har bevisbördan för att den skada som anmäls har ett orsakssamband

med en vårdåtgärd. Överensstämmelse föreligger också i stort beträffande den styrka med vilken bevisning måste ske. *Beviskravet* är lägre än vad som normalt gäller inom skadeståndsrätten. Det är tillräckligt att orsakssambandet är övervägande sannolikt, dvs. över 50 procent.

Den standard som utgör utgångspunkt för bedömningen av en vårdåtgärd – erfaren specialist eller annan erfaren yrkesutövare – är väsentligen densamma i den praktiska tillämpningen.

Enligt de svenska, danska och finska patientskadelagarna görs, till skillnad från vad som gäller enligt den norska lagen, en bedömning av om en skada hade kunnat undvikas. För svensk och dansk del gäller att man, när frågan om undvikbarhet ska bedömas, tillämpar ett s.k. *facitresonemang*. Man utgår då från den kunskap som i efterhand finns vid skaderegleringstillfället och inte endast från vad som var känt vid behandlingstillfället. Ett sådant facitresonemang tillämpas inte enligt den finska lagen. Däremot gäller för såväl svensk och dansk som finsk del att man vid bedömningen av om en skada kunnat undvikas inte endast beaktar det förfarande som valts utan även tar ställning till om skadan hade kunnat undvikas genom användande av en annan metod, t.ex. medicinsk behandling i stället för operation.

Den skillnaden föreligger vidare att man, inte i Sverige men i de övriga nordiska länderna, kan lämna ersättning efter en skälighetsbedömning i fall då det uppkommit mycket allvarliga och oväntade skador vid förhållandevis lindriga behandlingsåtgärder. Sådan ersättning för s.k. *katastrofskador* betalas då även om skadan inte är ersättningsbar enligt reglerna i övrigt.

Slutligen kan nämnas att det i Finland är *Patientförsäkringscentralen* som betalar ut ersättningen medan det i Sverige är det aktuella försäkringsbolaget som gör det. I Danmark är det självförsäkrade regioner eller kommuner som betalar ut ersättningen direkt till patienterna ur sin budget när det är fråga om behandling inom den offentliga hälso- och sjukvården. När det gäller *läkemedelsskador* betalas ersättningen av staten. För privata sjukhus, privata kliniker och privatpraktiserande specialistläkare gäller att dessa ska ersätta skador när behandlingen inte betalas av den offentliga hälso- och sjukvården och de är skyldiga att teckna försäkring i försäkringsbolag. I Norge är sjuk-

vården statlig och det finns inte någon försäkring utan ersättningar betalas ut direkt av staten genom *Norsk pasientskadeerstatning*.

De finska, danska, norska och isländska lagtexterna finns liksom den svenska i sin helhet intagna under rubriken *Bilagor*.

III Jämförelse mellan de nordiska patient-skadelagarna i centrala frågor

Utgångspunkten för jämförelsen är bestämmelserna i den svenska patient-skadelagen, SPL. Framställningen följer därför dessa bestämmelser med de rubriker som finns i lagen. Under detta avsnitt kommer innehållet i de nordiska ländernas patientskadelagar och bakgrunden till bestämmelserna att i huvudsak beskrivas mera detaljerat.

Beträffande förarbetena till de svenska och finska bestämmelserna hänvisas i första hand till de propositioner som ligger till grund för patientskadelagarna. När det gäller de danska och norska lagarna hänvisas i stället i första hand till de utförliga lagkommentarer som finns. För dansk del *Erstatning inden for sundhedsvæsenet* (*Erstatning*) och för norsk del *Pasientskaderett*. I dessa kommentarer hänvisas i sin tur till aktuella propositioner och andra förarbeten till de danska och norska patientskadelagarna.

INLEDANDE BESTÄMMELSER

(1–5 § SPL)

Under denna rubrik finns bestämmelser om vilka personer som ska jämföras med patient, om begränsning av ansvarsområdet till skador som uppkommit i samband med hälso- och sjukvård i Sverige samt om vad som avses med hälso- och sjukvård samt vårdgivare.

Motsvarande bestämmelser finns under rubriken *Lagens tillämpningsområde* i 1 § FPL, *Däckningsområde* i KEL § 19 och *Pasientskade* i NPL § 1.

Patientbegreppet

Ingen av de nordiska lagarna har en definition av begreppet *patient*. För svensk del anges i förarbetena att med patient avses alla som etablerar kon-

takt med hälso- och sjukvårdspersonal angående sitt eget hälsotillstånd (prop. 1995/96:187 s. 76).

Som patient räknas inte endast den som är sjuk och behandlas för sin sjukdom utan alla personer som vänder sig till sjukvården för undersökning eller behandling som exempelvis vaccination. Ett foster omfattas av patientbegreppet under förutsättning att det föds med liv.

För att tydliggöra att vissa kategorier av friska personer ska omfattas av patientbegreppet har i *SPL* intagits en särskild bestämmelse där det anges att med patient jämföras den som frivilligt deltar som försöksperson i medicinsk forskning och den som donerar organ eller annat biologiskt material för medicinskt ändamål (2 §). Definitionen avser således också blodgivare även om detta inte särskilt angetts i lagtexten.

I *FPL* finns en motsvarande bestämmelse där även blodgivare anges särskilt (1 § 3 mom.). Av lagens förarbeten framgår att med *patient* avses alla personer som är föremål för medicinska åtgärder (RP 91/1998 rd s.10). Utöver de personer som söker sjukvård på grund av sitt hälsotillstånd samt försökspersoner och donatorer omfattas även personer som blir vaccinerade, genomgår s.k. estetisk kirurgi eller blir steriliserade (RP 91/1998 rd s. 11).

Enligt *KEL* jämföras med patienter personer som deltar i medicinska försök, under förutsättning att detta inte sker som ett led i diagnostik eller behandling av personens sjukdom, samt den som donerar vävnader och annat biologiskt material (§ 19, stk.2). Bestämmelsen omfattar också blodgivare även om detta inte sägs uttryckligen (jfr § 22, stk.3 som innehåller en särreglering när det gäller ersättning till blodgivare).

NPL innehåller inte, till skillnad från övriga nordiska länder, någon bestämmelse som anger vem som är att jämföras med patient. I § 1, som anger förutsättningarna för att en patientskada ska anses föreligga, nämns dock medicinsk försöksverksamhet och donation av organ, blod och liknande. Det finns inte anledning att tro att den norska patientskadelagen i nämnvärd mån skiljer sig från de övriga nordiska ländernas lagar när det gäller vem som ska anses vara patient.

Emellanåt uppkommer tolkningsfrågor beträffande vem som ska anses vara

patient i patientskadelagens mening. Detta gäller t.ex., i vart fall för svensk del s.k. *estetisk behandling*. Ska den som frivilligt genomgår en estetisk behandling, exempelvis behandling för att släta ut rynkor, anses som patient? Är det i sådant fall någon skillnad mellan behandling som utförs av medicinskt auktoriserad personal eller av andra personer som inte hör till denna kategori?

Det är för svenskt vidkommande tveksamt om sådan frivillig behandling generellt kan anses omfattad av begreppet hälso- och sjukvård. Vid tillämpningen av SPL har dock i praxis ansetts att den som låter sig behandlas av medicinskt auktoriserad personal är att betrakta som patient i den mening som avses i *SPL*.

Som framgått ovan gäller enligt *FPL* att den som genomgår estetisk behandling ska betraktas som patient i lagens mening. Detta gäller dock inte när icke medicinskt auktoriserad personal utfört behandlingen.

Enligt *KEL* omfattar patientbegreppet även personer som, utan att vara sjuka, för behandling vänder sig till sådan auktoriserad personal som anges i lagen (*Erstatning* s. 47). Detta torde gälla även estetisk behandling. Däremot omfattas inte behandling av icke auktoriserad personal.

Rent kosmetiska operationer omfattas av *NPL* mot bakgrund av att det inte föreligger krav på att en behandling ska vara nödvändig (*Pasientskaderett* s. 101). Detta torde dock liksom i övriga nordiska länder endast gälla när behandlingen utförts av medicinskt auktoriserad personal.

Sammanfattning

Patientbegreppet torde enligt samtliga nordiska patientskadelagar i allt väsentligt vara detsamma. Detta gäller även den som undergår estetisk behandling när behandlingen utförs av auktoriserad personal.

Geografisk omfattning

Enligt *SPL* gäller lagen endast skador som har uppkommit i samband med

hälso- och sjukvård i Sverige (3 §). Det bör dock nämnas att Löf, som handlägger huvuddelen av ärendena om patientskador i Sverige, har en särskild frivillig behandlingsskadeförsäkring vid utlandsvård.

FPL anger på motsvarande sätt som den svenska lagen att bestämmelserna endast gäller skada vid vård i Finland (1 § *FPL*).

KEL har en något vidare bestämmelse. Enligt den danska lagen omfattas skada vid vård som ges i Danmark (§ 19, stk.1) men även skada på patienter som får kostnadsfri behandling eller kompletterande behandling på sjukhus, kliniker och liknande i utlandet enligt *sundhedsloven* (§ 19, stk.3). Däremot omfattas inte patienter som söker vård i utlandet och själva betalar för denna. *KEL* har den 1 januari 2012 trätt i kraft även för Färöarna (§ 64).

I *NPL* finns en bestämmelse motsvarande regleringen i den danska lagen (§ 19). Där anges att lagen gäller skada som uppkommit i Norge med Svalbard men även skador som det offentliga bekostar helt eller delvis i samband med vård i utlandet enligt vissa närmare angivna bestämmelser.

Sammanfattning

Det föreligger en skillnad mellan å ena sidan Sverige och Finland, där lagen endast omfattar patientskador som uppkommit inom landet, och å andra sidan Danmark och Norge, där även skador vid viss vård i utlandet omfattas.

Hälso- och sjukvård samt vårdgivare

När det gäller patientskadelagens tillämpningsområde finns i 5 § *SPL* närmare angivet vad som avses med begreppen *hälso- och sjukvård* samt *vårdgivare*.

Hälso- och sjukvård är sådan verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen, lagen om omskärelse av pojkar, annan liknande medicinsk verksamhet samt verksamhet inom detaljhandeln med läkemedel. Enligt 1 § hälso- och sjukvårdslagen avses med hälso- och sjukvård åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Dit hör även sjuktransporter, dvs. ambulanstransporter och liknande trans-

porter. En förutsättning för att SPL ska vara tillämplig är dock att verksamheten utövas av personal som omfattas av 1 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659) där bl.a. följande kategorier räknas upp:

- den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården,
- personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter,
- den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare, samt
- apotekspersonal som tillverkar eller expedierar läkemedel eller lämnar råd och upplysningar.

Vårdgivare är enligt lagen:

- statlig myndighet,
- landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig verksamhet) samt
- annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare).

I *FPL* finns inte någon definition av begreppen *hälso- och sjukvård* eller *vårdgivare*. Enligt vad som framgår av lagens förarbeten (RP 91/1998 rd s. 19 ff) torde dock huvudsakligen gälla detsamma som i Sverige. För klarhetens skull har man i 1 § 2 mom. särskilt angett att som hälso- och sjukvård avses även en på recept baserad distribution av medicin.

Inte heller har i *KEL* och *NPL* tagits in en särskild definition av begreppen ifråga. I stället anges genom en uppräkningslista av institutioner inom hälso- och sjukvård samt skilda slag av vårdgivare eller vårdpersonal under vilka omständigheter en patientskada ska anses föreligga (*KEL* § 19 och *NPL* § 1).

I *KEL* anges således under sju punkter i § 19, stk.1 *dels* det man, i fråga om vårdgivare, kan kalla för det geografiska område inom vilket en skada ska ha orsakats *och dels* de kategorier av vårdpersonal det är fråga om.

Skadan ska ha orsakats antingen på ett sjukhus eller på sjukhusets vägnar (punkt 1) eller på universitetens tandläkarskolor (punkt 4).

Punkt 1) omfattar såväl offentliga som privata sjukhus. Med uttrycket *på sjukhusets vägnar* avses situationer då behandlingen inte geografiskt äger rum på ett sjukhus men behandlingen sker enligt sjukhusets anvisningar och på sjukhusets ansvar, t.ex. dialysbehandling i patientens hem (*Erstatning* s. 63).

Begreppet sjukhus (*sygehus*) har i praxis definierats som en institution som är inrättad för sjukbehandling av inlagda patienter och som har bemanning av vårdpersonal under minst fem dygn i veckan.

Punkt 2) avser vård som utförs av vårdpersonal vid *præhospital behandling*. Här avses *dels* den behandling som ges av ambulanspersonal i exempelvis patientens hem eller på en olycksplats innan fortsatt transport med ambulans och behandling i ambulansen, *och dels* sådan behandling som ges på en olycksplats av ambulanspersonal eller läkare men där patienten inte därefter transporteras med ambulans till sjukhuset.

Lagen får tillämpning först när behandlingen påbörjas eller relevant behandling underläts. Skada som uppkommer på grund av att väntetiden på ambulans varit för lång i förhållande till larmet eller på grund av att ambulansen kört till fel sjukhus omfattas således inte. Däremot omfattas skada till följd av behandling under transport mellan två sjukhus. KEL omfattar heller inte skada som har uppkommit till följd av en olycka under transporten, t.ex. att patienten faller av båren, eftersom en sådan skada inte är ett led i någon egentlig behandling. Av KEL § 21, stk.2 framgår att lagen endast omfattar olyckor som inträffat på sjukhusområdet (se vidare *Erstatning* s. 63 f).

Punkt 3) avser auktoriserad vårdpersonal i regional eller kommunal regi. Detta gäller särskilt tandvård, förebyggande barnavård och hemsjukvård.

Punkt 4) avser de tandläkarskolor som finns vid universiteten.

Punkt 5) avser auktoriserad vårdpersonal som är privatpraktiserande. Det kan bl.a. vara läkare, sjuksköterskor, tandläkare eller kiropraktorer. Skada som orsakas av auktoriserad vårdpersonal som är fast anställd vid t.ex. vårdhem, apotek, privata firmor och liknande omfattas inte av KEL.

Punkt 6) innehåller en specialbestämmelse beträffande läkare som, utan att vara privatpraktiserande, utför vaccinationer. Det gäller dock endast kostnadsfria vaccinationer enligt *sundhedsloven § 158*. Bakgrunden till bestämmelsen är att sådana vaccinationer även kan utföras av läkare som inte praktiserar som läkare, t.ex. läkare som är anställda vid en privat vaccinationsbyrå.

Punkt 7) gäller skada som orsakats av jourläkare (*vagtlæger*) som inte är privatpraktiserande.

Utöver dessa sju punkter finns en *punkt 8)* i vilken anges att KEL även täcker skada som orsakats i samband med sådan behandling av ett ärende som *Sundhedsstyrelsen* ansvarar för när det gäller patienter med livshotande sjukdomar. Det gäller bl.a. patienter som orsakats skada till följd av bristande handläggning av ärende beträffande maximal väntetid för behandling av livshotande cancersjukdomar. I sådana fall kan ersättning lämnas enligt lagen (*Erstatning s. 68*).

KEL omfattar således alla sjukhus och all auktoriserad vårdpersonal i Danmark (*Erstatning s. 62*).

Även *NPL* har mera utförliga bestämmelser än dem som finns i de svenska och finska lagarna (§ 1). Lagen omfattar den offentliga hälso- och sjukvården och sedan den 1 januari 2009 även den privata hälso- och sjukvården.

På motsvarande sätt som i den danska lagen, anges i *NPL* under punkterna a) till c) de vårdgivare och den typ av vårdpersonal det ska vara fråga om för att lagen ska äga tillämpning.

Punkt a) anger att en skada ska ha orsakats på en *institusjon under spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten*. Även om det inte, som i KEL, sägs uttryckligen att bestämmelsen omfattar sådan behandling som inte sker rent geografiskt på exempelvis ett sjukhus så omfattas, på samma sätt som enligt den danska lagen, även sådan behandling som sjukhuset ansvarar för, t.ex. telefonrådgivning eller behandling utanför sjukhuset (se vidare om detta och om gränsdragningen beträffande olika institutioner *Pasientskaderett s. 95 ff*).

Punkt b) avser skada som orsakats vid ambulanstransport. Här avses t.ex. brister från ambulanspersonalens sida när det gäller att se till att patienten har luftvägarna fria. Om patienten skadas vid en trafikolycka i samband med

transporten omfattas denna skada inte av NPL utan av den norska trafikskadelagen.

Punkt c) anger till att börja med närmare vilket slag av vårdpersonal som ska ha orsakat en skada för att denna ska omfattas av lagen. Det ska vara fråga om *auktoriserad vårdpersonal*. När skada orsakats av någon av de personer som avses omfattas den av lagen, oavsett om skadan har inträffat på exempelvis ett sjukhus enligt punkt a) eller i en ambulans enligt punkt b). En vanlig konsultation hos en privatpraktiserande läkare omfattas således av lagen. Även behandling som ges av auktoriserad vårdpersonal på fritiden omfattas. En skada som orsakats av en läkare som på fritiden utför behandling på familj eller vänner och bekanta omfattas således av lagen (Ot.prp. 103 (2005-2006) punkt 5.1.3.). Likaså omfattas den situationen att en läkare eller en sjuksköterska lämnar första hjälpen vid en trafikolycka (*Pasientskaderett* s. 99).

Det nu sagda gäller endast när vårdpersonal av angivet slag utför hälsovård (*helsehjelp*). En förutsättning för att lagen ska vara tillämplig är att den vård som ges omfattas av den kompetens som vederbörande har. Om kompetensen överskrids kan detta dock falla in under § 2 a) som avser *svikt* i samband med hälsovård (*Pasientskaderett* s. 98).

Punkten c) gäller även den som hjälper auktoriserad vårdpersonal men det ska vara personal som är utbildad för eller har kompetens att utföra den ifrågavarande uppgiften.

För att en skada som orsakats av någon av de personer som avses ovan ska omfattas av lagen krävs även att det ska vara fråga om en *patientskada*. Av NPL § 1 st. 2 framgår under vilka omständigheter en sådan skada ska anses föreligga. I den uppräkningslista som görs nämns skada som orsakats i samband med vägledning, undersökning, diagnostisering, behandling, expedition av läkemedel från apotek, vård, vaccination, provtagning, analys av prover, röntgen, förebyggande av hälsoskador, medicinsk försöksverksamhet samt donation av organ, blod och vävnader.

Som tidigare nämnts finns inte något krav på att det ska vara fråga om en *nödvändig* behandling. Rent kosmetiska operationer omfattas således av lagen (*Pasientskaderett* s. 101). Det spelar heller inte någon roll om det är

ett administrativt eller medicinskt fel. Såväl fel i journaler eller bristande journalanteckningar som bristande samtycke från patienten och medicinska felbedömningar faller in under lagen (*Pasientskaderett* s. 101).

Felexpediering av läkemedel från apotek har tagits in i lagtexten för tydlighetens skull. Att endast felexpediering nämns utesluter inte att även andra handlingar i samband med apoteksverksamhet som exempelvis rådgivning kan medföra en patientskada (*Pasientskaderett* s. 101).

Sammanfattning

Det kan konstateras att SPL, FPL, KEL och NPL i stora delar överensstämmer vid den praktiska tillämpningen så att hälso- och sjukvård som utförs av auktoriserad personal omfattas av lagen. *NPL* har en uttrycklig bestämmelse (§ 1 st. 2) om förutsättningarna i övrigt för att en patientskada ska anses föreligga. Motsvarande gäller enligt de övriga patientskadelagarna.

När det gäller sjukhusbehandling föreligger den skillnaden mellan *KEL* och de övriga patientskadelagarna att *KEL* endast är tillämplig när vården skett på sjukhus och liknande enligt § 19, stk.1, nr. 1, medan *SPL*, *FPL* och *NPL* inte har samma ”geografiska” begränsning.

RÄTTEN TILL PATIENTSKADEERSÄTTNING

(6 § SPL)

Bestämmelser motsvarande 6 § SPL finns i 2 § FPL, KEL § 20–23 och NPL § 2.

Skadebegreppet

I *SPL* anges inledningsvis att det ska vara fråga om en *personskada*, dvs. en fysisk eller psykisk skada på patient (6 § första stycket). Det är relativt vanligt att patienter anmäler att de har blivit kränkta i samband med vården eller att de inte fått tillräcklig information för att kunna samtycka till en behandling. Skada på grund av *kränkning* omfattas inte av begreppet *personskada* och ger inte heller i övrigt rätt till ersättning enligt SPL.

Inte heller skador till följd av *bristande information och samtycke* omfattas av SPL. Den svenska patientförsäkringen kan dock pröva frågan om bristande samtycke till en behandlingsåtgärd enligt allmänna skadeståndsrättsliga regler. Är det klart att information om mera väsentliga risker försummats så kan den skada som uppkommit ersättas när ett orsakssamband föreligger.

Begreppet *personskada* finns även i FPL (1 § 1 mom.) och avser, liksom i Sverige, såväl fysiska som psykiska skador. Inte heller enligt FPL torde det komma i fråga att lämna ersättning för kränkning. Vad däremot gäller frågan om *information* anges i förarbetena till FPL (RP 91/1998 rd s. 11 och s. 24) att frågan om information ska beaktas när det gäller bedömningen av om en skada kunnat undvikas. Rätt till ersättning kan således föreligga om en patient inte blivit informerad på behörigt sätt om riskerna med vården eller behandlingen. En förutsättning är dock att patienten kan visa att han eller hon hade vägrat att gå med på den åtgärd som utlöst risken om information om denna lämnats i förväg.

KEL och NPL använder inte uttrycket personskada utan talar om skada på patient. Även de danska och norska lagarna omfattar dock såväl fysiska som psykiska skador.

Beträffande skador på grund av *kränkning* eller *brister i information och samtycke* gäller enligt KEL detsamma som i Sverige att sådana skador inte omfattas av lagen (*Erstatning* s. 49). Bristande eller otillräcklig information till patienten ger således inte rätt till ersättning. Det kan dock förekomma att själva frånvaron av samtycke är orsak till en skada, t.ex. vid sterilisering som skett utan samtycke. Vidare är det så att om det uppstår en skada i samband med en behandling till vilken en patient inte har lämnat sitt samtycke, omfattas denna skada av KEL. En skada på grund av behandling ska alltid bedömas enligt KEL, oavsett om samtycke har lämnats eller inte. Ett eventuellt krav på ersättning för *tordgodtgørelse* ska dock framställas enligt vanliga skadeståndsrättsliga regler (*Erstatning* s. 51).

Liksom gäller beträffande övriga nordiska länder torde *kränkning* inte heller omfattas av NPL. Däremot kan *bristande information och samtycke* beaktas. Enligt § 2 st. 1 kan patientskadeersättning lämnas bl.a. när en skada beror på *svikt ved ytelsen av helsehjelp*. I detta begrepp inbegrips även bristande

information och/eller bristande samtycke. Ersättning kan då komma i fråga under förutsättning att det föreligger ett orsakssamband mellan vårdåtgärden och skadan. Den värdering som får göras är om patienten, för det fall informationsplikten hade fullgjorts, skulle ha motsatt sig behandlingen (*Patientskaderett* s. 105 och s. 123).

Beträffande s.k. *katastrofskador* finns en uttrycklig bestämmelse som anger att man ska beakta om tillräcklig information i förväg har lämnats till patienten (§ 2 st. 3).

Sammanfattning

Enligt samtliga nordiska länder lämnas *ersättning för fysiska och psykiska skador* på person när övriga förutsättningar enligt respektive lands patientskadelag är uppfyllda.

Beträffande *bristande information och bristande samtycke* föreligger som framgått den skillnaden att omständigheter av detta slag beaktas vid bedömning enligt FPL och NPL men inte enligt SPL och KEL.

Enligt *FPL* ersätts således en personskada som kunde ha undvikits genom adekvat information som patientskada.

Enligt *KEL* kan själva frånvaron av samtycke tillmätas betydelse.

För norsk del gäller enligt *NPL* att patienten har rätt att få medverka vid vården, liksom vid val av behandling. Patienten ska ha information om reella valmöjligheter och om möjligt om de risker som är förknippade med olika behandlingsalternativ (känd risk) och risken med att inte låta sig behandlas. För att ersättning ska komma i fråga ska det föreligga *orsakssamband* mellan den bristande informationen och den anmälda skadan. Om patienten under alla förhållanden med all sannolikhet skulle ha genomgått behandlingen föreligger inte orsakssamband mellan bristen på information och skadan. I de fall då en annan behandling med övervägande sannolikhet skulle ha inneburit samma skada, föreligger inte heller något orsakssamband. Om patienten med övervägande sannolikhet skulle ha valt att inte låta sig behandlas

får man bedöma om patienten efter behandling har fått en större skada än de besvär patienten har på grund av sin sjukdom eller skada som obehandlad.

Ersättning för *kränkning* betalas inte enligt någon av de nordiska patientskadelagarna.

Beviskrav

Huvudregeln enligt samtliga nordiska lagar är att det är patienten som har bevisbördan för att det har uppkommit en patientskada.

I *SPL* är beviskravet för att en patientskada ska anses ha uppkommit att det ska föreligga *övertvägande sannolikhet* för att skadan är orsakad på något av de sätt, vilka behandlas närmare nedan, som räknas upp i 6 § första stycket. Detta beviskrav är generellt lägre än det beviskrav som normalt föreligger vid skadeståndsrättsliga tvister. På en procentuell skala från 1 till 100 anses att det är tillräckligt med en sannolikhet som överstiger 50 procent.

Enligt 2 § *FPL* krävs att det ska vara *sannolikt* att en skada har orsakats genom någon av de omständigheter som räknas upp i paragrafen. Vad som avses med detta begrepp anges i propositionen (RP 91/1998 rd s. 21) på följande sätt: ”En skada har sannolikt orsakats av behandlingen när kausalsambandet mellan behandlingen och skadan, med beaktande av samtliga tänkbara orsaker till skadan, kan anses mer sannolikt än det att något kausalsamband inte finns, vilket matematiskt uttryckt skulle innebära en säkerhet på mer än 50 procent. Som en tillräcklig bevisning kan man alltså inte anse det att behandlingen är den mest sannolika av ett flertal möjliga enskilda orsaker till skadan, utan behandlingen måste vara den sannolika orsaken till skadan även när man beaktar alla eventuella orsaker som en helhet.” Det som sägs i propositionen torde innebära att man i Finland, även om det inte uttrycks så i lagtexten, på samma sätt som i Sverige i praktiken tillämpar beviskravet *övertvägande sannolikt*.

KEL använder liksom den svenska lagen begreppet *övertvägande sannolikhet* när det gäller orsakssambandet mellan skada på grund av en vårdåtgärd eller liknande (§ 20). Det anses tillräckligt att sannolikheten med någon marginal kommit över gränsen 50 procent (*Erstatning* s. 75).

Bevisregeln i KEL är tillämplig i alla moment när det gäller orsakssambandet. Det är således tillräckligt att patienten gör övervägande sannolikt att skadan beror på behandlingen och inte på grundsjukdomen. Detsamma gäller beträffande frågan om skadan har orsakats på något av de sätt som anges i § 20, stk.1, nr. 1–4. En patient är således berättigad till ersättning om det är övervägande sannolikt att en erfaren specialist skulle ha handlat på ett annat sätt och om det är övervägande sannolikt att skadan då kunde ha undvikits (se vidare *Erstatning* s. 76).

Av förarbetena till den danska lagen framgår att man, när orsakssambandet är oklart, vid bevisvärderingen även kan ta hänsyn till om det kan anses föreligga ett klart fel, *klar fejl*, i samband med behandlingen. Det ska då vara fråga om ett culpöst handlande. I sådana fall kan orsakssamband anses föreligga om det visas att grundsjukdomen inte är en mer sannolik orsak till skadan och det således inte kan uteslutas att behandlingen har orsakat skadan (se *Erstatning* s. 77 ff).

I *Patienterstatningen* och *Ankenævnet for Patienterstatningen*, dvs. motsvarigheten till Patientförsäkringen och Patientskadenämnden i Sverige, görs en bedömning av frågan om det i samband med behandling har begåtts ett klart fel/culpa och om det föreligger en sådan bevisosäkerhet om orsakssambandet mellan felet och skadan att det finns skäl för en jämkning av bevisbördan. Det är dock fråga om en situation som är ganska sällsynt.

I KEL finns även särskilda bevisregler beträffande skada som orsakats *försökspersoner och donatorer* (§ 22, stk.1). Bakgrunden till dessa bestämmelser är att man ansett att personer som frivilligt underkastar sig ett visst ingrepp för att hjälpa andra bör hållas skadeslösa för alla skador som har samband med behandlingen eller ingreppet (*Erstatning* s. 118).

Försökspersoner och donatorer har således rätt till ersättning för skada som uppkommit vid försöket eller uttagandet av vävnad och liknande såvida det inte är övervägande sannolikt att skadan har annan orsak. Försökspersoner som deltar i ett försök som ett led i behandling av den egna sjukdomen omfattas dock inte. Rätt till ersättning föreligger inte vid läkemedelsskador enligt § 21, stk.3.

Beträffande *blodgivare* finns dessutom en utvidgning av det geografiska området på så sätt att lagen även täcker skador som uppkommit i samband med blodgivning i mobila blodbanker, under förutsättning att blodgivningen sker enligt avtal med det sjukhus som ska ta emot blodet. Blodgivare kan således även få ersättning för skada som uppkommit vid olycka som skett i samband med transport till blodgivningen såvida inte blodgivaren medvetet eller av grov oaktsamhet medverkat till skadan. Ersättning betalas dock inte om blodgivaren har rätt till ersättning för skadan enligt annan lag (§ 22, stk.3). I detta sammanhang kan även nämnas att den gräns för ersättning på 10 000 DKK som gäller enligt KEL inte är tillämplig på personer som omfattas av § 22, stk.1. Ersättning kan således lämnas även om den inte överstiger 10 000 DKK (§ 24, stk.3).

I *NPL* saknas en generell bevisregel av det slag som finns i de övriga nordiska länderna. Som huvudregel gäller dock att det krävs *sannsynlighetsovervekt*, vilket torde motsvara kravet *övervägande sannolikt*, dvs. mer än 50 procent (se *Pasientskaderett* s. 124 ff).

Även i den norska lagen finns ett par speciella bevisregler. Det gäller dels s.k. *uopklarte årsaksforhold*, dels *vissa vaccinationer*.

När orsaken till en skada inte kan klarläggas och skadan sannolikt beror på yttre påverkan på en patient under behandling ska det normalt antas att skadan beror på fel eller *svikt* i samband med vården (§ 3 st. 2). I praxis har bestämmelsen bl.a. använts när man funnit att journalföringen varit bristfällig och patienten således saknat den bevismöjlighet som journalen ska ge (*Høyesteretts dom Struma Rt. 1989 s. 674*; se vidare *Pasientskaderett* s. 124 f). Som tidigare nämnts finns särskilt angivet att man ska beakta frågan om en patient har informerats tillräckligt innan behandlingen.

Den andra specialbestämmelsen gäller skador som uppkommit vid *vaccinationer* som skett i enlighet med *lov 5. August 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer* (§ 3 st. 2). Det gäller dels vaccinationer som erbjuds på grundval av nationellt program för vaccinering mot smittsamma sjukdomar, dels vaccinationer som man är skyldig att underkasta sig för att motverka ett allvarligt utbrott av en allmänfarlig smittsam sjukdom. I dessa fall tillämpas en bevisbörderegul med omvänd bevisbörda när det gäller orsakssambandet

mellan vaccinationen och den skada som uppkommit. Rätt till patientskadeersättning föreligger i enlighet med bestämmelsen om vaccination i § 2 st. 1 d) om det föreligger en viss sannolikhet för ett orsakssamband mellan vaccinationen och skadan, såvida inte den som är ansvarig visar att annan orsak till skadan är mera sannolik än vaccinationen. Vid vaccinering i övrigt gäller vanliga bevisbörderegler.

Høyesterett har i en dom från den 12 november 2015 (HR-2015-2265-A) behandlat frågor om särskilt de beviskrav som föreligger när det är fråga om skada uppkommit efter påbjudna eller anbefallda vaccinationer. Målet gällde en pojke som vaccinerats mot mässling m.m. En kort tid efter vaccinationen fick pojken dubbelseende och så småningom även andra symtom. Efter ett antal undersökningar konstaterades att pojken drabbats av MS. *Høyesterett* konstaterade bland annat att beviskravet i dessa fall ska sättas lågt men att det dock ska vara mer än en teoretisk möjlighet för ett orsakssamband med vaccinationen för att ersättningsskyldighet enligt specialbestämmelsen vid vaccinationsskador ska uppkomma. *Høyesterett* konstaterade att vaccinetns egenskaper och de medicinska erfarenheterna skulle beaktas vid bedömningen av orsakssambandet och menade att det också skulle vara praktiskt möjligt att skadan kunnat orsakas av vaccinet. Medicinskt vetenskapliga orsakssamband skulle dock inte vara avgörande. *Høyesterett* konstaterade även att staten kunde befrias från ansvar (omvänd bevisbörda) om man från statens sida kunde påvisa att det mest sannolika var att det inte föreligger ett orsakssamband utan att staten fördenskull konkret behövde påvisa andra orsaker till sjukdomen för att ansvarsbefrielse skulle kunna föreligga. Vid sin bedömning lade *Høyesterett* särskild vikt vid dels att symtom på MS hade visat sig relativt kort tid efter vaccinationen och dels att det var sällsynt att ett så litet barn som det var fråga om fick MS. *Høyesterett* lade även vikt vid att forskning visat att det ifrågavarande vaccinet i mycket sällsynta fall hade orsakat MS hos unga. Sammantaget ansåg *Høyesterett* att angivna omständigheter gav en klar indikation på att det förelåg ett orsakssamband mellan vaccinationen och MS-sjukdomen vilket inte endast var teoretiskt utan också kunde vara en praktisk realitet. Detta innebar enligt *Høyesterett* att staten nu hade bevisbördan för att en annan orsak vara mera sannolik. Staten ansågs inte ha kunnat visa detta och den skadelidande tillerkändes rätt till patientskadeersättning.

Sammanfattning

Som huvudregel gäller i samtliga nordiska länder att det är patienten som har bevisbördan för orsakssambandet mellan skadan och en vårdåtgärd men att det föreligger en bevislättnad som uttrycks med begreppet *övertvägande sannolikt* eller motsvarande, varmed avses en sannolikhetsövertvikt som i vart fall ska uppgå till mer än 50 procent.

Vid sidan av detta finns, som framgått ovan, enligt KEL och NPL speciella bevisregler för vissa situationer.

Praxisfall

År 2012 hölls i Stockholm en Nordisk konferens med deltagare från patientskadenämnderna i de nordiska länderna då man diskuterade bl.a. beviskravet. Som underlag för diskussionen hade man två fall. Nedan redogörs i korthet för dessa fall. Mot bakgrund av de diskussioner som fördes vid konferensen och efter en senare avstämning med företrädare för de nordiska patientskadenämnderna redovisas efter varje fall respektive lands bedömning.

Det första fallet gällde en 2 år gammal pojke som drabbats av njurcancer. Under behandlingsförloppet klassificerades ett PAD-svar fel (stadium I i stället för stadium II). Detta innebar att pojken inte fick den ökade cytostatikabehandling som han skulle ha fått vid rätt klassificering. Pojken fick efter en tid ett recidiv och avled i sjukdomen. Föräldrarna anmälde att sjukdomen inte skulle ha fått detta förlopp om rätt cytostatikabehandling hade getts. Enligt den medicinska utredning som förelåg i ärendet kunde medicinsk expertis inte uttala sig om i vad mån en ökad cytostatikabehandling skulle ha påverkat händelseförloppet.

Följande frågor diskuterades:

- Lämnas ersättning enligt respektive lands patientförsäkring?
- Vem har bevisbördan för orsakssambandet?
- Hur högt är beviskravet?

- Hur långt sträcker sig försäkringsbolagets och nämndens utredningsskyldighet?

Sverige

Fallet hade behandlats i Patientskadenämnden som ansåg att ersättningsbar patientskada inte förelåg. Nämnden konstaterade att det av den utredning som gjorts framgick att det inte gick att uttala sig om huruvida en tidigare medicinering i enlighet med den som ges vid stadium II skulle ha påverkat händelseförloppet. Därför ansåg nämnden att det inte var övervägande sannolikt, dvs. mer än 50 procent sannolikhet, att den uteblivna behandlingen hade medfört att skada uppkommit.

Det konstaterades vidare att det är patienten, i detta fall föräldrarna, som har bevisbördan för orsakssambandet med beviskravet övervägande sannolikt.

Med hänsyn till att utredning hade skett genom medicinsk expertis som inte kunnat ge besked om en tidigare medicinering hade påverkat händelseförloppet så ansågs bolagets och nämndens utredningsskyldighet vara fullgjord.

Danmark

Om felet med övervägande sannolikhet minskade barnets statistiska överlevnadsprognos eller påverkade det fortsatta förloppet eller medförde barnets död kan ersättning lämnas.

Beviskravet är övervägande sannolikhet (mer än 50 procent). Om man medicinskt sett inte kan avgöra om den rätta medicineringen hade gjort någon skillnad är beviskravet övervägande sannolikhet inte uppfyllt och någon ersättning kan inte lämnas. Om det är fråga om ett klart fel (*klar fejl*) och det föreligger tveksamhet beträffande orsakssambandet kan bevisbördan jämkas något.

Det är patientens föräldrar som har bevisbördan för att kravet på orsakssamband är uppfyllt.

Patienterstatningen och *Ankenævnet for Patienterstatningen* har utredningsplikt och ska därför självmant försöka utreda saken så långt det är möjligt.

Här får man göra en självständig värdering av om förloppet med övervägande sannolikhet skulle ha blivit annorlunda om rätt medicinering hade getts.

Finland

Bedömningen i Finland överensstämmer med den i Danmark med den skillnaden att man inte har någon "klart fel-bedömning" beträffande orsakssambandet.

Norge

Rätt till ersättning föreligger om det är övervägande sannolikt (över 50 procent) att bristerna vid bedömningen eller felet (försenad diagnos och fel cytostatikabehandling) förkortat barnets levnadstid eller orsakat att sjukdomen inte kunde botas och till att barnet dog.

Det är i första hand den som kräver ersättning (här barnets föräldrar) som har bevisbördan.

Pasientskadeordningen (Norsk pasientskadeerstatning och Pasientskadenemnda) ansvarar för att saken utreds så bra som möjligt. Detta kan betyda att flera sakkunnigutlåtanden inhämtas om det är svårt att få svar på vad som är det mest sannolika.

Om det är helt omöjligt att svara på frågan om vad som är mest sannolikt har föräldrarna normalt inte rätt till ersättning. Men är det förhållande på vårdgivarens sida som är orsaken till att man inte kan få ett tillräckligt bra svar kan bevisbördan kastas om.

Det andra fallet gällde en patient som anmält att han smittats av hepatit B vid stamcellstransplantation mot leukemi. Det hade inte kunnat fastställas att smitta överförts i samband med vården men det hade heller inte kunnat fastställas på vilket annat sätt patienten blivit smittad. Genomgång av tidigare provtagning hade inte visat att patienten burit på hepatit B sedan tidigare. Trots omfattande smittspårning avseende hepatit B via smittskyddsläkare hade smittkällan inte kunnat fastställas, vare sig inom vården eller utanför denna.

Följande frågor diskuterades:

- Kan en sammanvägd bedömning göras som innebär att patienten ändå kan få ersättning genom patientförsäkringen?
- Vem har bevisbördan?
- Hur högt är beviskravet?
- Kan patientförsäkringen göra en annan bedömning än smittskyddsläkaren?

Sverige

För svensk del konstaterades att det är patienten som har bevisbördan med beviskravet övervägande sannolikt (mer än 50 procent) samt att man vid en samlad bedömning inte vet hur skadan uppkommit. Det innebär att det inte är övervägande sannolikt att skadan uppkommit inom vården. Utan annan utredning kan inte göras en annan bedömning än den smittskyddsläkaren gjort.

Danmark

En samlad bedömning av omständigheterna kan leda till att man anser det mest sannolikt att det är vid behandlingen (transplantationen) som patienten blivit smittad och det kan då föreligga ett orsakssamband. Ersättning kan då lämnas om det kan grundas på § 20 stk.1, nr. 1-4, dvs. bestämmelserna om när rätt till ersättning för patientskada föreligger.

Det är patienten som har bevisbördan för orsakssambandet.

Beviskravet är övervägande sannolikt (mer än 50 procent).

Patienterstatningen och *Anknevnet for Patienterstatningen* kan alltid göra en självständig medicinsk bedömning av orsakssambandet som kan vara en annan än den som gjorts av andra läkare, myndigheter m.fl.

Finland

Det är möjligt att göra en samlad bedömning som innebär att patienten kan få ersättning.

Det är patienten som har bevisbördan.

Beviskravet är att det ska föreligga en sannolikhet som överstiger 50 procent.

Patientskadenämnden kan alltid göra en självständig medicinsk bedömning av orsakssambandet och denna bedömning kan vara en annan än den som gjorts av andra läkare, myndigheter m.fl.

Norge

Patienten har rätt till ersättning om det föreligger sannolikhetsövertikt (mer än 50 procent sannolikhet) för att han har fått sin hepatit B överförd vid stamcellsbehandlingen.

Det är patienten som har bevisbördan.

Pasientskadeordningen, dvs. *Norsk pasientskadeerstatning* och *Pasientskadenemnda*, har ansvaret för att få saken så väl utredd som möjligt. Nämnden kan göra en fri och självständig bevisvärdering, en enhetlig värdering av alla bevis som föreligger i ärendet. Utlåtanden från sakkunniga läkare är rådgivande och nämnden kan komma till ett annat resultat.

Handlingsnormen erfaren specialist

(6 § andra stycket SPL)

Enligt *SPL* ska man vid prövning av rätt till ersättning enligt 6 § första stycket 1 (undvikbara skador) och 6 § första stycket 3 (diagnosskador) tillämpa den handlingsnorm som gäller för en *erfaren specialist* eller annan erfaren yrkesutövare inom området. Själva specialistbegreppet är i detta sammanhang reserverat för läkare och tandläkare. Av den anledningen har tillägget ”annan erfaren yrkesutövare” gjorts. Tillägget innebär att även övrig hälso- och sjukvårdspersonal, t.ex. sjuksköterskor och kiropraktorer, omfattas.

I *FPL* är måttstocken ”en erfaren yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården” (2 § 1 mom. 1 p). Detta torde motsvara den svenska bestämmelsen.

I *KEL* används på samma sätt som i Sverige begreppet ”erfaren specialist inom området” (§ 20, stk.1, nr. 1). Däremot saknas tillägget ”annan erfaren

yrkesutövare”. Begreppet *erfaren specialist* är i Danmark inte reserverat för läkare och tandläkare utan har en vidare innebörd. Den erfarna specialisten representerar en person med generellt sett tillräcklig kompetens inom det aktuella området. Det är inte nödvändigtvis en förutsättning att det rör sig om en läkare med specialistkompetens på området (se Bo von Eyben, *Patientforsikring* s. 108). Det är fråga om en objektiv skicklighetsstandard, baserad på en hypotetisk person, som fullt ut behärskar den medicinska vetenskapen och erfarenheten på det aktuella området – oavsett om den som utför behandlingen är exempelvis specialistläkare, kiropraktor eller sjuksköterska (se § 19, stk.1).

I *NPL* finns inte någon uttrycklig bestämmelse som motsvarar specialistbestämmelserna i de övriga nordiska länderna. Man gör i stället en bedömning beträffande om patienten har fått en behandling som är i överensstämmelse med allmänt vedertagen medicinsk praxis på den aktuella behandlingsnivån. Om utredning och behandling sker vid en läkarmottagning ska bedömningen ske på sätt som motsvarar vad som är allmänt vedertagen medicinsk praxis på en läkarmottagning, inte vad en specialist på ett universitetssjukhus skulle ha gjort. Detta tycks överensstämma med tolkningen i Sverige beträffande ”specialist inom området”.

Sammanfattning

Man torde kunna utgå ifrån att det, även om lagreglerna skiljer sig åt mellan de nordiska länderna, inte föreligger några avgörande skillnader i praktiken när det allmänt gäller kravet på den specialiststandard eller kravet på yrkeserfarenhet hos auktoriserad vårdpersonal som ska utgöra måttstocken vid bedömningen.

En intressant och viktig fråga är om det föreligger någon skillnad beträffande *vilken specialiststandard* som ska tillämpas i det enskilda fallet. Många gånger vänder man sig som patient till ”rätt” specialist när man har en diagnostiserad åkomma. Har man en hudåkomma så vänder man sig till en hudläkare. Men innan diagnosen är ställd kan det var svårt att veta vilken åkomma en patient lider av. Den första kontakten sker då ofta med en allmänläkare. I Sverige har man tolkat begreppet ”specialist inom området” i lagtexten på så

sätt att det är kunskapen hos *den erfarne specialist man vänt sig till*, i detta fall allmänläkaren, som ska bestämma handlingsnormen även om exempelvis en hudåkomma skulle ha bedömts annorlunda och mera korrekt av en specialist på hudsjukdomar. Det är troligen främst när det gäller mera allmänna besvär som frågan kommer upp och då är det ju normalt fråga om att ställa en så riktig diagnos som möjligt.

Beträffande *FPL* får förarbetena till lagen på denna punkt tolkas så att man i det enskilda fallet ska göra en bedömning som är likartad den som gäller för svensk del (se RP 91/1998 rd s. 23).

Enligt *KEL* torde bedömningen av specialiststandarden i praxis ske på ett liknande sätt. Om man vänder sig till en allmänläkare eller behandlas av en jourläkare är kravet inte detsamma som det krav man ställer på specialiststandarden på ett sjukhus. I stället får bedömningen av den behandling som skett göras med utgångspunkt från vetenskap och beprövad erfarenhet inom det aktuella området. Vid bedömningen av om en allmänläkare eller jourläkare har handlat enligt standarden för en erfarne specialist ingår ofta en värdering av om denne på ett korrekt sätt har remitterat patienten vidare för utredning hos specialist eller på sjukhus. Det geografiska begreppet ”sjukhus” har inte någon betydelse vid bedömningen av behandling som skett på vårdcentral där behandlingen utförs av allmänläkare eller jourläkare.

I enlighet med vad som sagts ovan synes bedömningen enligt *NPL* vara likartad den som görs i övriga nordiska länder.

De skilda skadetyperna

Undvikbar skada

(6 § första stycket 1 SPL)

Denna punkt gäller skada som är orsakad av undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd om skadan hade kunnat undvikas. Detta kan ha skett på två sätt:

1. Genom ett annat utförande av det valda förfarandet.

2. Genom val av ett annat tillgängligt förfarande.

En förutsättning beträffande såväl 1) som 2) är dock att förfarandet, vid en bedömning i efterhand s.k. *facitbedömning*, från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Handlingsnormen är, som framgår av 6 § andra stycket, den erfarne specialisten.

Vid en jämförelse beträffande vad som gäller i övriga nordiska länder kan konstateras att även *FPL* och *KEL* talar om *undvikbar skada* medan detta begrepp saknas i *NPL*. I praktiken föreligger dock troligen inte någon större skillnad rent allmänt. När det gäller den handlingsnorm som ska läggas till grund för bedömningen finns det inte anledning att utgå från annat än att det ska vara fråga om en *erfaren specialist* eller motsvarande, oavsett om detta sägs uttryckligen i lagtexten eller inte.

Att mera i detalj jämföra vad man i de nordiska länderna lägger in i begreppet *undvikbar skada* eller motsvarande låter sig inte göra i denna framställning. Här ska endast kort redovisas de huvudsakliga likheter och skillnader som föreligger.

En första fråga är i vad mån man, på det sätt som sker i Sverige, i övriga nordiska länder vid prövningen av om en skada kunnat undvikas gör en bedömning av såväl den valda metoden som en möjlig alternativ metod.

Vidare är frågan om man använder sig av en *facitbedömning*, dvs. en bedömning som utgår från den kunskap man i efterhand har vid tidpunkten för skaderegleringen och inte endast från vad som var känt vid behandlingstillfället. För svensk del görs, när det gäller bedömningen av om en skada hade kunnat undvikas, en *facitbedömning* såväl i fråga om *ett annat utförande av den valda metoden* som i fråga om val av en *alternativ metod*.

Utöver detta är frågan om det i övriga nordiska länder i sådant fall, som gäller enligt SPL, dessutom finns ett krav om att *vårdbehovet ska vara tillgodosett på ett mindre riskfyllt sätt*.

Enligt *FPL* kan rätt till ersättning föreligga om en skada hade kunnat undvikas genom att behandlingen skett *på något annat sätt* (2 § 1 mom. 1 p). Det kan gälla såväl utförandet av den valda behandlingsmetoden som en alternativ metod, t.ex. ett kirurgiskt ingrepp i stället för strålning vid prostata-

tacancer. Man beaktar i detta sammanhang även om patienten fått tillräcklig information samt patientens självbestämmanderätt, exempelvis i det fall då en patient efter en prostataoperation hävdar att han skulle ha valt strålning i stället för radikal kirurgi för att undvika impotens. Att det finns ett krav på att vårdbehovet skulle ha tillgodosetts får anses givet även om detta inte sägs uttryckligen.

Utöver frågan om vilken information patienten fått och patientens självbestämmanderätt, dvs. frågan om samtycke, ska enligt FPL beaktas *vilka resurser som funnits tillgängliga* när det gäller att bedöma om en skada hade kunnat undvikas (RP 91/1998 rd s. 24).

Vid bedömningen tillämpas inte något *facitresonemang*. Bedömningen sker alltid med utgångspunkt från den kunskap man hade vid behandlingstillfället.

Av FPL:s förarbeten framgår att med uttrycket ”på något annat sätt” avses *alternativa metoder*, t.ex. allmän anestesi i stället för lokalbedövning (RP 91/1998 rd s. 24). Vidare framgår att den alternativa metoden inte får vara *mer riskfylld*. Däremot finns inte, som enligt SPL, något krav på att metoden ska vara *mindre riskfylld*.

Det är inte i förarbetena till FPL klart utsagt i vad mån man även vid användande av *den valda metoden* kan göra en bedömning av om en skada kunnat undvikas genom *ett annat förfaringsätt*. Det torde dock ligga i den allmänna bedömningen av om en skada, med hänsyn till samtliga omständigheter, kunnat undvikas.

I *KEL* anges att rätt till ersättning föreligger om det kan antas att en erfaren specialist inom det aktuella området skulle ha handlat på något annat sätt under de i övrigt föreliggande förhållandena och skadan därigenom kunnat undvikas (§ 20, stk.1, nr.1). Bedömningen av om behandlingen skett enligt erfaren specialiststandard sker med utgångspunkt från kunskapen vid behandlingstillfället medan bedömningen av om skadan med övervägande sannolikhet hade kunnat undvikas sker med utgångspunkt från kunskapen vid bedömningstillfället.

Vidare gäller att man vid bedömningen enligt *KEL* § 20, stk.1, nr.3 (lik-

värdig metod) tillämpar ett *facitresonemang* på motsvarande sätt som enligt SPL. En bedömning görs också såväl i fråga om *ett annat förfarande vid den valda metoden* som vid *en alternativ behandlingsmetod*. Det krävs att vårdbehovet skulle ha tillgodosetts lika effektivt som vid den ursprungliga behandlingen. Däremot föreligger inte som i Sverige något krav på att förfarandet ska ha varit *mindre riskfyllt*. I praxis har man dock beaktat bl.a. graden av risk när det varit fråga om två likvärdiga behandlingsmetoder. Bestämmelsen har tolkats så att risken för att den skada som uppkommit ska ha varit väsentligt mindre eller i vart fall mindre vid användandet av en alternativ metod (*Erstatning* s. 96).

I NPL talas, som nämnts, över huvud taget inte om *undvikbar skada*. I stället anges att rätt till ersättning kan föreligga när en skada beror på *svikt* i samband med hälsovård och det även om ingen kan lastas för detta. Ordet *svikt* torde i detta sammanhang kunna översättas med *brist* eller liknande. Klart är att det inte är fråga om *fel*. Däremot ska det vara fråga om något som avviker från god medicinsk standard (*Pasientskaderett* s. 106). Den brist det kan gälla behöver inte vara knuten till någon person, vilket framgår av orden *selv om ingen kan lastes*. NPL saknar även bestämmelser om *alternativt utförande av en vald metod* och *alternativa metoder*. Inte heller finns någon bestämmelse om *facitbedömning*.

I Norge sker bedömningen således med utgångspunkt från den kunskap man hade vid behandlingstillfället, inte enligt en facitbedömning (bedömning efter det att skadan skett/ efter det att risken har materialiserat sig). Först tar man ställning till det behandlingsalternativ som framstår som det minst riskfyllda och bedömer om behandlingseffekten varit tillräckligt bra. Står valet mellan flera likvärdiga behandlingsmetoder är det inte någon *svikt* att välja en av dessa, även om man vid en facitbedömning i efterhand ser att en annan av behandlingsmetoderna i just patientens fall skulle ha kunnat innebära mindre omfattande skador, se *Høyesteretts* bedömning i Rt-2008-218.

Sammanfattning

Det kan konstateras att det föreligger relativt stora skillnader mellan de nord-

iska länderna när det gäller bedömningen. I Norge använder man inte överhuvudtaget begreppet *undvikbar skada* medan detta sker i de övriga nordiska länderna. Vid bedömningen av om en skada kunnat undvikas tillämpar man i Sverige och Danmark men inte i Finland en facitbedömning, såväl vid en vald metod som vid frågan om val av en alternativ metod. I Sverige, Danmark och Finland men inte i Norge beaktar man uttryckligen alternativa metoder. För norsk del görs dock när det gäller alternativa metoder exempelvis en bedömning av om man från början valt en metod som överensstämmer med allmänt vedertagen praxis eller inte (se nedan den norska kommentaren till de två praxisfallen och den dom från *Høyesterett* till vilken hänvisas i fall två). Endast Sverige har kravet att den alternativa metoden ska vara *mindre riskfylld* än den metod som från början valts. Motsvarande krav finns således inte enligt de danska och finska bestämmelserna men den praktiska tillämpningen av den danska lagen tycks motsvara den svenska bestämmelsen.

Beträffande *tillgängliga resurser* torde beträffande samtliga nordiska patient-skadelagar gälla att denna fråga beaktas på ett likartat sätt vid bedömningen av om en skada kunnat undvikas. Däremot föreligger vissa skillnader beträffande betydelsen av informationen till patienten och dennes samtycke enligt vad som framgått ovan.

Praxisfall

I avsnittet om bevisfrågor nämndes den Nordiska konferens som hölls år 2012 då ett antal fall diskuterades. Bland annat togs två fall som gällde *alternativ metod* upp. På samma sätt som i avsnittet om bevisfrågor redovisas nedan inställningen från de nordiska länderna mot bakgrund av diskussionen vid konferensen och senare avstämning med företrädare för de nordiska patientskadenämnderna.

Det första fallet gällde en man som genomgick TURP-behandling (prostata-operation) för förstorad prostata. Behandlingen gjordes i spinalanestesi vilken orsakade en nervrotsskada. Patienten menade att nervrotsskadan hade kunnat undvikas om i stället generell anestesi i narkos hade getts och att ersättning därför skulle betalas genom patientförsäkringen.

Följande frågor diskuterades:

- Lämnas ersättning för nervskada vid spinalanestesi?
- Kan man resonera som patienten, att fullnarkos hade kunnat ges och skadan därmed undvikits så att ersättning skulle betalas genom patientförsäkringen?
- Sker jämförelse mellan risknivåer hos metoderna generellt om en skada kunnat undvikas vid val av alternativt förfarande?

Sverige

Nervskador vid spinalanestesi ersätts normalt inte eftersom man inte kan undvika skada då man inte vet exakt hur nerverna löper där nålen sätts in. Vid fullnarkos är risken för nervrotsskada liten men i stället kan komplikationer som hjärtinfarkt och/eller lungkomplikation uppkomma.

När fallet behandlades i Patientskadenämnden konstaterades att fullnarkos generellt sett innebär större risk för skada än s.k. centrala blockader (spinal- och epiduralbedövning). Jämförelse mellan risknivåer hos olika metoder sker således generellt.

Danmark

Se generellt KEL § 20, stk.1, nr. 3 (likvärdig metod).

Det är svårt att föreställa sig att ersättning kan lämnas för nervskada vid spinalanestesi enligt nr. 3. (jfr U2012.1713H). Enligt förutsättningarna i den angivna domen kunde användandet av en venflon och en central venkateter (port-a-cath) inte anses vara likvärdiga metoder, eftersom venflon var standardbehandlingen. Detsamma bör man förmodligen generellt sett kunna säga om spinalanestesi.

Man kan inte resonera som patienten att det föreligger rätt till ersättning därför att skadan hade kunnat undvikas vid full narkos. Det krävs att det är fråga om likvärdiga metoder, vilket det förmodligen inte är tal om här.

En jämförelse av riskbilden/komplikationsrisken vid metoderna ingår normalt i bedömningen av om metoderna kan anses likvärdiga. Om man kommer fram till att två metoder rent faktiskt är likvärdiga ska man vid skadebedömningen ta ställning till om den skada som faktiskt uppkommit med övervägande sannolikhet hade kunnat undvikas med den alternativa metoden, vilket kräver att risken för den inträffade skadan ska vara mindre än 50 procent vid den alternativa metoden. Enligt den bedömning som *Patienterstatningen* gör ska risken för den skada som konkret inträffat ha varit (väsentligt) mindre vid den alternativa metoden än vid den metod som faktiskt använts. Uppfattningen är att man inte i tillräcklig grad kunnat bevisa att skadan kunnat undvikas vid den alternativa metoden om den konkreta risken för den skada som inträffat var större vid den alternativa metoden. Detta har såvitt man vet inte prövats i patientskadenämnden.

Finland

För finsk del gäller detsamma som i Sverige.

Norge

Val av anestesimetod sker med utgångspunkt från en bedömning av patientens situation *innan* ingreppet.

Full narkos ger högre risk för allvarlig skada och är sällan förstahandsvalet om det finns en tillgänglig alternativ anestesimetod. Om valet av anestesimetod överensstämmer med allmänt vedertagen praxis har patienten inte rätt till ersättning, även om man i efterhand ser att skadan hade kunnat undvikas med en annan metod.

Om det vid behandlingstillfället fanns indikation för att använda spinalanestesi och denna har utförts korrekt har patienten inte rätt till ersättning för en mindre nervskada.

Ersättning kan betalas om det vid tidpunkten för valet och genomförandet av behandlingen inte fanns indikation för att använda spinalanestesi eller om anestesi utförts fel och detta faktiskt är orsaken (mer än 50 procent sannolikhet) till skadan.

Det andra fallet gällde en 84-årig kvinna som led av trigeminusneuralgi med svår ansiktssmärta. Farmakologisk terapi hade varit resultatlös och därför utfördes en glycerinblockad. Efter behandlingen var kvinnan smärtfri men hon fick en sensibilitetspåverkan i nervens utbredningsområde. Detta medförde att hornhinnans sensibilitet försvann och sår bildades på hornhinnan med allvarlig synförsämring som följd. Kvinnan kunde enbart skilja mellan ljus och mörker. Patienten begärde ersättning för skadan. Det fanns vid denna tidpunkt tre olika behandlingsmetoder för trigeminusneuralgi. Farmakologisk behandling, glycerinbehandling/termokoagulation (samma typ av metod) och mikrokirurgi. Farmakologisk behandling hade inte gett resultat och för övriga metoder fanns olika risker av jämförbart slag förknippade med metoderna.

Följande frågor diskuterades:

- Kan ersättning lämnas för nervskadan med synnedsättning?
- Om riskerna med metoderna är lika stora hur påverkar detta rätten till ersättning?

Sverige

Fallet hade prövats av Patientskadenämnden som ansåg att det inte förelåg en ersättningsbar skada. Enligt nämnden hade synförlusten på höger öga sannolikt uppkommit i samband med blockaden mot nervens ganglion (nervknutan) men skadan hade inte gått att undvika genom ett annat utförande av den valda behandlingen.

När det sedan gällde val av en alternativ metod konstaterade nämnden att det fanns tre alternativa metoder samt att av dessa farmakologisk behandling redan hade prövats men inte lett till önskvärt resultat. Därefter konstaterades att det vid termokoagulation fanns risk för samma komplikationer som vid glycerolblockad, vilket innebar att denna metod inte skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Detsamma gällde den tredje alternativa metoden, mikrokirurgi. Rätt till patientskadeersättning ansågs därför inte föreligga.

Danmark

I vad mån man kan lämna ersättning för synnedsättningen beror på om metoderna glycerinblockad och termokoagulation kan anses helt likvärdiga när det gäller den ifrågavarande patienten och om det inte på något sätt finns en medicinsk preferens för den ena eller den andra metoden. I så fall skulle synnedsättningen kunna ersättas om den vid den alternativa metoden inte med övervägande sannolikhet skulle ha inträffat med hänsyn till vad som sagts ovan.

Risken med de olika metoderna, som också beskrivits ovan, påverkar primärt bedömningen av om metoderna över huvud taget kan betraktas som likvärdiga.

Finland

I Finland tillämpas inte något facitresonemang men en skälighetsbedömning kan göras när det gäller frågan om ersättning kan lämnas.

Norge

Patienten har inte rätt till ersättning för synnedsättningen om det fanns indikation för behandlingen och denna har utförts i överensstämmelse med allmänt vedertagen medicinsk praxis.

Vid bedömningen när det gäller val av alternativa behandlingsmetoder ser man först till den minst ingripande behandlingen. Patienten var starkt påverkad av sin trigeminusneuralgi och farmakologisk behandling hade inte haft någon effekt. Om det inte fanns någon kontraindikation mot att använda glycerinblockad på denna patient och den metoden vid behandlingstillfället framstod som ett riktigt val, tycks det ha varit indikation för behandlingen.

Att det finns en annan lika bra behandling har inte någon betydelse för rätten till ersättning när den valda metoden var riktig utifrån situationen vid behandlingstillfället. Se *Høyesteretts* uttalanden i Rt-2008-218, note 51: *"Retten skal ikke etter en faglig vurdering i ettertid, ta stilling til hvilken protokoll som samlet sett ville gitt A den beste behandlingen. Spørsmålet er om den valgte behandlingsmåten var adekvat ..."*

Materialskada

(6 § första stycket 2 SPL)

Enligt *SPL* kan patientskadeersättning lämnas vid skada som orsakats av

1. fel på en medicinteknisk produkt eller sjukvårdsutrustning som använts vid undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd
2. felaktig hantering av produkten eller utrustningen.

Med *medicinteknisk produkt* menas apparater, instrument, redskap och andra hjälpmedel som används inom hälso- och sjukvården men också implantat, dvs. material som ansluts till, infogas i eller ersätter biologisk vävnad. Som exempel kan nämnas hjärtstimulator, spiraler, plaströr i öronen, konstgjorda leder och blodkärl.

I begreppet *felaktig hantering* innefattas exempelvis brister i den instruktion som tillhandahållits för en medicinteknisk apparat, vilket lett till skada såväl när det gäller de instruktioner som lämnats av en tillverkare som exempelvis de instruktioner som man från sjukvårdens sida lämnar till en patient som i samråd med hälso- och sjukvårdspersonal själv ska utföra behandling i hemmet. Även den situationen att vårdpersonal inte följt de anvisningar beträffande användandet av en apparat som lämnats av en tillverkare omfattas (prop. 1995/96:187 s. 40 och 83).

I de övriga nordiska länderna finns motsvarande bestämmelser i 2 § 1 mom. 2 p FPL, KEL § 20, stk.1, nr. 2 och NPL § 2 st. 1 b. Den i lagtexten angivna regleringen motsvarar dock endast punkten 1 i SPL och således inte uttryckligen den svenska bestämmelsen om felaktig hantering av medicinteknisk produkt eller utrustning.

I *FPL* talas om *fel i en sjukvårdsapparat eller ett sjukvårdsinstrument som använts vid undersökning, behandling och vård eller någon annan motsvarande åtgärd*. Här avses alla de apparater och instrument som är avsedda att användas vid behandling, vård och undersökning av en patient. Det är fråga om ett objektivt ansvar. En apparat anses felaktig i alla de situationer i vilka apparaten inte har fungerat på det sätt som avses. Om apparaten däremot har använts på något annat sätt än tillverkaren har avsett och detta ger upp-

hov till skador är ansvaret inte objektivt utan bedömningen utgår ifrån om skadan hade kunnat undvikas om man förfarit på det sätt som en erfaren yrkesutbildad person skulle ha gjort (RP 91/98 rd s.25).

En klar skillnad mot den svenska bestämmelsen är att 2 § 1 mom. 2 p FPL inte omfattar *implantat* som exempelvis hjärtstimulatorer, spiraler, plaströr i öronen, konstgjorda leder eller blodkärl, dvs. sådant som är avsett att användas permanent av patienten. Man skiljer i den finska lagen på instrument och apparater som är avsedda att användas vid behandling eller vård och på produkter som är avsedda att användas permanent av en patient som t.ex. en ledprotes eller en pacemaker. Har skada uppkommit på grund av att ett felaktigt implantat har använts så ersätts denna skada således inte enligt patientskadelagen. Om vårdpersonalen känner till att implantatet är felaktigt och ändå använder detta så tillämpas dock den s.k. specialistregeln. En erfaren yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården skulle ha behandlat patienten på något annat sätt (RP 91/1998 rd s. 25).

I *KEL* används uttrycket *fejl eller svigt i teknisk apparatur*. Det kan gälla konstruktionsfel men också otillräckliga instruktioner från producenten eller bristande underhåll från sjukhusets sida. På samma sätt som i Sverige omfattas skilda slag av apparater, instrument och liknande som används inom hälso- och sjukvården men även implantat. Det gäller då konstgjorda implantat och inte naturliga organ (*Erstatning* s. 91).

I *NPL* anges att det ska vara fråga om *teknisk svikt ved apparat, redskap eller annat utstyr som er bruket ved ytelsen av helsehjelp*. Lagen omfattar personskaador på grund av fabriktionsfel i produkt, ekonomiska följder av reoperationer och sämre slutresultat. Bestämmelsen, som även omfattar implantat, motsvarar det som gäller i Danmark och Sverige. Se närmare *Pasientskaderett* s. 108, note 4.

När det gäller 6 § första stycket 2 SPL, dvs. *felaktig hantering av medikerteknisk produkt eller sjukvårdsutrustning*, kan man, trots att en uttrycklig bestämmelse om detta finns endast i den svenska lagen, anta att en bedömning som utgår ifrån de allmänna bestämmelserna om när en skada kan ersättas (2 § 1 mom. 1 p FPL, *KEL* § 20, stk.1, nr. 1 och *NPL* § 2 st. 1 a) leder till ett likartat resultat.

Sammanfattning

Det kan konstateras att regleringen i de nordiska länderna, med det viktiga undantaget att implantat inte omfattas för finsk del, i stort är densamma när det gäller skada på grund av *fel på medicinteknisk produkt eller sjukvårdsutrustning*. Beträffande skada som orsakats av *felaktig hantering* av den medicintekniska produkten eller utrustningen torde även tillämpningen av de allmänna bestämmelserna i övriga nordiska länder innebära att det inte föreligger någon större skillnad i bedömningen.

Praxisfall

Följande fall diskuterades vid den Nordiska konferensen år 2012. Nedan redovisas resultatet av diskussionerna och en senare avstämning med representanter för de nordiska patientskadenämnderna.

Patienten hade fått en grumlig (oklar) lins inopererad i samband med en starroperation. På grund av detta fabrikationsfel fick patienten genomgå en ny operation med byte av lins, vilket innebar en ny sjukskrivningstid samt fysiskt och psykiskt lidande.

Följande frågor diskuterades:

- Omfattar patientförsäkringen personskador på grund av fabriktionsfel i produkt?
- Vem ska slutligt stå för den kostnad som skadeståndet medför? Finns möjlighet till regress mot tillverkaren?
- Finns det specialbestämmelser beträffande produktansvar i patientförsäkringen i respektive land?

Sverige

SPL omfattar personskador på grund av fabrikationsfel i produkt.

Enligt vad som framgår av prop. 1995/96:187 s. 67 bör ersättningsskyldig-

heten för skador som beror på säkerhetsbrist hos medicintekniska produkter eller annan utrustning inom sjukvården slutligen ligga hos den som är ansvarig enligt produktansvarslagen. Av den anledningen anges i 20 § andra stycket SPL att den försäkringsgivare som har betalat ersättning för en sådan skada har återkravs rätt mot den som är skadeståndsskyldig enligt produktansvarslagen.

Danmark

Det kan föreligga rätt till ersättning för fel beträffande en insatt lins enligt KEL § 20, stk, 1, nr. 2.

I första hand är det regionen som ska utreda frågan om ersättning, dock med möjlighet till regress mot producenten/mellanhanden om det föreligger ersättningsansvar enligt produktansvarslagen.

I patientskaderegleringen finns en bestämmelse om att patienten inte kan kräva ersättning från andra ersättningsansvariga om det föreligger rätt till ersättning enligt patientskadelagen (KEL § 26) samt en bestämmelse om att den ersättningskyldige enligt patientskadelagen (normalt regionen) endast kan framställa regresskrav om skadan har vållats uppsåtligen eller genom grov oaktsamhet (KEL § 27). Enligt specialbestämmelsen i KEL § 28 gäller dessa två bestämmelser inte krav enligt produktansvarslagen. Här kan patienten själv välja vilket regelverk han kan begära ersättning enligt och det föreligger full regressmöjlighet.

Finland

Fel på sjukvårdsapparat eller sjukvårdsinstrument som använts vid undersökning, behandling, vård eller någon annan motsvarande åtgärd kan bero på fabrikationsfel. Även i dessa fall gäller ett objektivt ansvar och patienten kan få ersättning enligt patientskadelagen.

Patientförsäkringscentralen har regressrätt enligt 9 § FPL.

Norge

NPL omfattar personskador på grund av fabrikationsfel på en produkt. Bestämmelsen i § 2 st. 1 b) ger ett rent objektivt ansvar för tekniskt fel (*svikt*) på

en apparat, ett redskap eller annan utrustning. Detta omfattar fabriktionsfel. *Patientskadeordningen*, dvs. *Norsk pasientskadeerstatning* och *Pasientskadenemnda*, utreder de skador som anmäls och betalar ut en eventuell ersättning. Patienten kan också välja att kräva ersättning från producenten enligt *Lov om produktansvar*.

Norsk pasientskadeerstatning kan enligt *ulovfestede* ersättningsbestämmelser kräva regress från den ansvarige skadevållaren som står för produkter och andra varuleveranser till sjukhus m.m. när produkterna inte håller måttet kvalitativt och därmed orsakar att patienter skadas, med rätt till ersättning enligt patientskadelagens regler. Ett bra exempel är höftoperationer med Boneloc-cement som pågick i flera år innan det blev klarlagt att användningen av denna cementtyp regelmässigt innebar en alltför tidig lösning av protesen med reoperationer som följd.

Ett annat exempel är munpenseln Dent-o-sept som i många år användes för munhygien hos äldre och försvagade patienter med muntorrhet. Munpenseln visade sig vara infekterad med bakterien *Pseudomonas aeruginosa* redan hos produktionsföretaget. Denna bakterie ger som regel endast infektioner hos allvarligt sjuka och personer med nedsatt immunförsvar. Med hänsyn till att det just var denna patientgrupp som exponerades för bakterien innebar detta en rad infektioner vid norska sjukhus. *Norsk pasientskadeerstatning* har ingått förlikning om regresskrav med producenterna för både Boneloc och Dent-o-sept.

Diagnosskada

(6 § första stycket 3 SPL)

När det gäller diagnosskador är frågan vanligtvis om en diagnos hade kunnat ställas tidigare än vad som blev fallet. Den diagnos som ställts vid undersökningstillfället kan senare visa sig vara felaktig. Om en erfaren specialist på det aktuella området inte kan förväntas vid undersökningstillfället ha ställt en annan diagnos föreligger inte någon rätt till patientskadeersättning även om diagnosen i efterhand visar sig ha varit felaktig. I annat fall kan ersättning komma i fråga. Det är i detta sammanhang viktigt att betona att det

vid diagnosskador inte används något facitresonemang. Det är således förhållandena vid bedömningstillfället/diagnostillfället som läggs till grund vid bedömningen.

Varken *FPL* eller *NPL* har någon särskild bestämmelse om diagnosskador. I förarbetena till *FPL* nämns att ersättning för försenad diagnos kan lämnas när detta beror på exempelvis felaktig sjukvårdsutrustning (RP 91/1998 rd s. 25). I *NPL* 1 kap. § 1 st. 2 finns diagnostisering med i uppräknningen av de behandlingssituationer där en patientskada kan föreligga.

I *KEL* finns däremot en uttrycklig bestämmelse om diagnosskador (§ 21, stk.1). Där anges att diagnosskador endast ersätts enligt § 20, stk.1, nr. 1 och 2. Liksom i Sverige är utgångspunkten den bedömning en erfaren specialist skulle ha gjort vid bedömningstillfället med den kunskap som då förelåg. Någon facitbedömning är således inte heller aktuell enligt den danska lagen. Hänvisningen till § 20, stk1, nr. 2, som avser fel på medicinteknisk produkt, innebär att ersättning för diagnosskada kan lämnas även när en oriktig diagnos beror på ett sådant fel. Detsamma torde gälla enligt *SPL*. Som framgått ovan gäller detta även för finsk del.

Sammanfattning

SPL och *KEL* gör en bedömning av samma slag med den erfarne specialisten som handlingsnorm och utan tillämpning av facitresonemang. Det finns inte anledning att tro att det finns någon mera väsentlig skillnad vid tillämpningen när det gäller *FPL* och *NPL* även om det saknas en uttrycklig bestämmelse om diagnosskador.

Infektionsskada

(6 § första stycket 4 och 6 § tredje stycket *SPL*)

Infektionsskada kan enligt *SPL* 6 § första stycket 4 föreligga vid överföring av smittämne som lett till infektion i samband med undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd. Rätt till ersättning föreligger dock inte om

omständigheterna är sådana att infektionen skäligen måste tålas (6 § tredje stycket). Vid skälighetsbedömningen ska man ta hänsyn till arten och svårhetsgraden av den sjukdom eller skada som åtgärden avsett, patientens hälsotillstånd i övrigt samt möjligheten att förutse infektionen.

Motsvarande bestämmelse i *FPL* (2 § 1 st. 3) anger inte som *SPL* att infektionen ska vara *överförd* utan endast att den ska ha uppkommit i samband med undersökning, behandling och vård eller någon annan motsvarande åtgärd. När väl sambandet konstaterats får man i stället vid skälighetsbedömningen beakta bl.a. hur stor infektionsrisken varit i det enskilda fallet (RP 91/1998 rd s. 26). I övrigt får, på samma sätt som anges i *SPL*, vägas in arten och svårhetsgraden av den sjukdom eller skada som åtgärden avsett samt patientens hälsotillstånd i övrigt.

I *KEL* finns inte någon särskild bestämmelse om skada på grund av infektion av det slag som finns i Sverige och Finland. Bedömningen av infektionsskador sker i stället enligt de allmänna bestämmelserna om undvikbar skada i § 19. Där anges att en skada är ersättningsbar om den har *påförts* i samband med undersökning, behandling eller liknande. En infektion som inte är av ett slag som förekommer på ett sjukhus eller som i övrigt finns utanför sjukhusmiljön anses vara *medförd* av patienten och därmed inte *påförd* vid behandlingen (*Erstatning* s. 55). I *KEL* § 20, *stk. 1, nr. 4* finns en generell bestämmelse om skälighetsbedömning som avser infektionsskador men även komplikationer av annat slag. Vid infektioner gör man således en skälighetsbedömning av samma slag som den som görs enligt *SPL* och *FPL*.

I *NPL* återfinns bestämmelsen om infektionsskador i § 2 st. 1 c). Där anges att rätt till ersättning föreligger när det är fråga om *smitta eller infektion* som inte i huvudsak beror på patientens tillstånd eller sjukdom. Utgångspunkten är således ett objektivt ansvar för infektioner som uppkommer i samband med behandling på sjukhus eller i sjukhusmiljön. Detta gäller dock inte infektioner som huvudsakligen beror på den sjukdom eller skada som patienten behandlas för, som bl.a. sekundära infektioner, och infektioner som i huvudsak beror på patientens tillstånd. Med detta avses förhållanden hos patienten som ökar risken för infektioner som rökning, fetma, tidigare operationer i samma område, diabetes och andra sjukdomar. I praktiken kan dock gränsdragningen vara svår. Det gäller särskilt frågan om det är den

generella risken för infektion när man behandlas på sjukhus som är orsaken till att en infektion har uppkommit eller om det är den *speciella risken* som är knuten till patienten, dvs. de särskilda omständigheter som gäller beträffande patienten själv och patientens tillstånd. Det är den mest sannolika orsaken till att infektionen eller skadan har uppkommit som blir avgörande. I praxis har ansetts att om de omständigheter som beror på patienten eller på patientens tillstånd innebär att risken för infektion är mer än fördubblad så bedömer den norska Patientskadenämnden att det är förhållanden som beror på patienten själv som orsakat infektionen. En patient som exempelvis har ett nedsatt immunförsvar får således i normalfallet inte någon ersättning om patienten drabbas av en infektion (se vidare *Pasientskaderett* s. 108 ff).

Den norska lagen skiljer, till skillnad från vad som anges i övriga nordiska länders lagtexter, på smitta och infektion. Bakgrunden är att om smitta överförs genom bakterier eller virus så leder detta inte alltid till en infektion. En person kan bli smittad och vara smittbärare utan att utveckla en infektion.

Här kan nämnas att man i Sverige i praxis har lämnat ersättning till den som smittats av exempelvis MRSA-bakterier, och således blivit smittbärare, utan att någon infektion utvecklats (se avsnittet *Infektionsskada*). Motsvarande gäller den som smittats av hepatit C.

NPL saknar en bestämmelse om skälighetsbedömning av det slag som finns i de övriga nordiska länderna.

När det gäller mera bagatellartade infektioner omfattas i och för sig alla slag av infektioner (smitta eller infektion) av infektionsbestämmelsen i NPL men den skada som uppkommit ska ha motsvarat en ersättning på 5 000 NKK (den franchise som finns i Norge), något som sällan är fallet vid bagatellartade infektioner.

En patient får normalt inte ersättning endast som smittbärare, såvida smittan inte orsakar en patientskada och/eller ekonomisk förlust, t.ex. till följd av behov av behandling m.m.

Sammanfattning

Det kan konstateras att det beträffande infektionsskador föreligger vissa skillnader när det gäller regleringen i de nordiska patientskadelagarna.

Den första frågan är hur stor skillnaden är när det gäller bedömningen av vilka infektioner som över huvud taget är av ett sådant slag att de är ersättningsbara. Att en infektion enligt SPL ska vara *överförd* har vållat åtskilliga problem vid tillämpningen av bestämmelsen (se avsnittet *Infektionsskada*). Av den anledningen föreslogs också en förenkling i betänkandet SOU 2004:12 på så sätt att ersättning borde lämnas för infektion som uppkommit *i samband med* undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd under förutsättning att infektionen inte skäligen måste tålas. Utredningens förslag har dock ännu inte lett till lagstiftning. Samma bedömningssvårighet torde föreligga enligt KEL genom begreppet *påförd* och även vid den bedömning som ska göras enligt NPL. Den reglering som finns i FPL, vilken utgår från infektion som uppkommit i samband med behandling m.m. utan att det måste bedömas om infektionen är överförd eller inte, framstår som en betydligt bättre och tydligare lösning än den som finns i de övriga länderna.

Praxisfall

Följande fall diskuterades vid den Nordiska konferensen år 2012. På samma sätt som tidigare redovisas de nordiska ländernas bedömning av fallen nedan.

En medelålders man hade drabbats av en hjärnabscess (varhård i hjärnan) efter en tandbehandling. De bakterier som orsakat abscessen kom från patientens egna munbakterier. Vid tandbehandlingen hade bakterierna letts in i blodbanan och medfört en varhård i hjärnan.

Följande frågor diskuterades:

- Lämnas ersättning för infektioner som orsakats av patientens egna bakterier?
- Räcker det att infektionen har samband med behandlingen?

Sverige

Fallet hade behandlats i Patientskadenämnden som konstaterade att om en infektion uppkommer efter ingrepp i en sådan del av kroppen som från bakteriologisk synpunkt får betraktas som "oren", t.ex. en infektion som uppkommer i samband med behandling i munhålan där det föreligger en naturlig och riklig förekomst av bakterier, så kan det inte anses övervägande sannolikt att smittan överförts i samband med behandlingsåtgärden. Nämnden uttalade vidare att det, för att en infektion ska anses vara överförd i samband med en vårdåtgärd i ett s.k. orent område, krävs att det kan påvisas att infektionen inte har orsakats av kroppsegna bakterier. I det aktuella fallet hade infektionen orsakats av streptococcus milleri-bakterier som normalt finns i munhålan. Nämnden konstaterade att det i samband med själva tandbehandlingen uppkom en ökad risk för att patientens egna munhålebakterier skulle komma in i blodbanan och att detta i ytterst sällsynta fall kunde leda till utveckling av en varhård i hjärnan. Infektionen ansågs därför ha orsakats av patientens egna bakterier och någon ersättning kunde således inte lämnas.

Här kan tilläggas att om infektionsbestämmelsen hade ändrats i enlighet med förslaget i SOU 2004:12, dvs. att det är tillräckligt att konstatera att infektionen haft samband med behandlingen, så torde ersättning ha betalats. Likaså hade ersättning kunnat komma i fråga om det i SPL hade funnits en s.k. katastrofparagraf.

Danmark

Som utgångspunkt gäller att ersättning inte lämnas på grund av infektion som beror på patientens egna bakterier, vilket betyder att det inte finns grund för ersättning även om infektionen har ett visst samband med behandlingen. Det är dock oklart om patientskadenämnden är så stringent när det gäller att avvisa på grund av bristande orsakssamband i dessa situationer. Av och till bedöms infektioner "med egna bakterier" också som komplikationer till behandlingen enligt KEL § 20, stk.1, nr. 4, dvs. den generella bestämmelsen om skälighetsbedömning vid såväl infektioner som andra komplikationer.

Finland

Det kan lämnas ersättning för infektioner som orsakats av patientens egna bakterier.

Det räcker att infektionen har samband med behandlingen.

Norge

Det är inte tillräckligt för rätt till ersättning att infektionen uppstår under behandlingen. Om infektionen beror på patientens egna bakterier och planläggning, genomföring och uppföljning av behandlingen har gjorts i enlighet med allmänt vedertagen medicinsk praxis så har patienten i princip inte rätt till ersättning enligt infektionsbestämmelsen (§ 2 bokstav d). Infektionen beror då väsentligen på patientens egen sjukdom eller tillstånd och skadan kunde inte ha undvikits.

Fallet kan bedömas enligt undantagsbestämmelsen i § 2 tredje stycket. Patienten kan ha rätt till ersättning om följderna av infektionen står i klart missförhållande till det som patienten behandlades för och med beaktande av hur viktig behandlingen var jämfört med hur patientens situation skulle ha varit utan behandling.

Olycksfallsskada

(6 § första stycket 5 SPL)

Förutom vårdssituationer nämns i SPL särskilt olycksfall vid sjuktransport eller i samband med brand eller annan skada på vårdlokaler eller utrustning. Olycksfallet ska ha samband med vården. Ett olycksfall som lika väl hade kunnat inträffa exempelvis i hemmet ger inte rätt till ersättning även om det inträffar på ett sjukhus. Man brukar tala om att omständigheterna ska ha varit vårdrelaterade och sådana att det förelegat en förhöjd olycksfallsrisk, t.ex. på grund av det tillstånd en patient befunnit sig i efter en operation. Har man då brustit i övervakningen av patienten och en olycka inträffar så kan rätt till ersättning föreligga.

Skada i samband med brand eller annan skada på vårdlokaler eller utrustning

kan ersättas enligt denna punkt i den mån skadan inte ersätts enligt punkt 2 (materialsador).

I *FPL* finns en reglering som, liksom tillämpningen i praktiken, i huvudsak överensstämmer med de svenska bestämmelserna (2 § 1 mom. 4 p och 5 p). Ersättning kan således lämnas vid såväl olycksfall i samband med undersökning och liknande samt sjuktransport som vid brand i lokaler eller behandlingsutrustning.

Regleringen i *KEL* av olycksfallsskador skiljer sig från de svenska och finska bestämmelserna.

Bestämmelsen i § 21, stk.2 om olycksfallsskador avser *olyckor som inte sker som ett led i undersökning och behandling*. Där stadgas att i den mån bestämmelsen i § 20, stk.1, nr. 2 (materialsador) inte är tillämplig så kan olycksfall som har samband med sjukhusvård ersättas om omständigheterna är sådana att sjukhuset kan antas vara ansvarigt enligt generella skadeståndsrättsliga regler, dvs. vid culpa.

När det gäller *olycksfall som har samband med en vårdssituation* så prövas enligt *KEL* i första hand om olycksfallet kan ersättas enligt § 19, dvs. om skadan uppkommit i samband med undersökning, behandling eller liknande (jfr *Erstatning* s. 54 och s. 116). I praxis (*Høyesteretts* dom U 2003.1286 H) har exempelvis ansetts att den omständigheten att man lämnat en patient utan tillsyn på en parkeringsplats efter det att patienten varit påverkad efter en blodprovstagning samt svimmat och skadat käke och tänder, stod i strid med ”erfaren specialiststandard”. Skador som uppstått till följd av bristande övervakning av en patient som ett led i undersökning eller behandling ersätts enligt denna bestämmelse. Det är att märka att de olycksfallsskador som faller in under § 19 inte endast är skador som inträffar på sjukhus utan även inom vården i övrigt i enlighet med den uppräknade som finns i paragrafen.

Bestämmelsen i § 21, stk.2. avser *olyckor som inte har samband med en vårdssituation* och där det därför ansetts att det inte finns skäl att tillämpa de regler som i övrigt gäller enligt lagen (*Erstatning* s. 115f). Här omfattas endast skador som inträffat på ett sjukhus eller inom sjukhusområdet, varvid avses såväl offentliga som privata sjukhus (*Erstatning* s. 63). En annan väsentlig skillnad är att skador som kan hänföras till den sistnämnda bestämmelsen

endast ersätts enligt allmänna skadeståndsrättsliga regler, dvs. det krävs att vårdslöshet (culpa) ska föreligga för att ersättning ska komma i fråga (*Erstatning* s. 115). Avsikten med bestämmelsen är att se till att sådana skador som ska bedömas enligt allmänna skadeståndsrättsliga regler, dvs. där det krävs culpa, ändå ska behandlas enligt den ordning som gäller för patientskador, således att patienten ska slippa väcka talan vid domstol.

NPL saknar en särskild bestämmelse om olycksfallsskador. Prövningen av sådana skador sker därför enligt de allmänna reglerna i § 1. Enligt förarbetena till *NPL* kan rätt till ersättning föreligga om en person som vaknat upp efter narkos, och som fortfarande är påverkad av narkosen, faller och bryter benet (*Pasientskaderett* s. 101). Klart är att olycksfall som lika väl kunnat inträffa i hemmet, t.ex. när någon, utan att omständigheter av sådant slag som nyss nämnts föreligger, snavar och bryter benet i en sjukhuskorridor, inte ersätts. Däremot kan ersättning komma i fråga när det gäller patientskador som beror på fel eller försummelse i samband med vården (*Pasientskaderett* s. 101).

Beträffande skador som beror på brand, naturkatastrofer och liknande som drabbar patienter på samma sätt som personal och besökare på ett sjukhus är det sjukhusets ansvarsförsäkring som ska täcka skadorna.

Sammanfattning

Beträffande *olycksfallsskador som har samband med undersökning, behandling eller liknande* torde tillämpningen väsentligen vara densamma i alla de nordiska länderna. Ett olycksfall som likaväl hade kunnat hända i hemmet ersätts inte. Synsättet verkar även vara likartat såtillvida att det ska vara fråga om en förhöjd olycksfallsrisk i behandlingssituationen, där man från vårdens sida brustit på något sätt, exempelvis genom att övervakningen av en patient efter narkos inte varit tillräcklig.

För svensk, finsk och norsk del torde synsättet vara likartat även när det gäller *vårdsituationer i vidare bemärkelse*, t.ex. när en person vistas på ett sjukhus under viss tid efter en operation och då råkar ut för ett olycksfall. Regleringen för dansk del har i dessa fall, som det får tolkas, ett strängare synsätt där det krävs culpa för att ansvar ska föreligga. Exempelvis har det

fallet att en patient efter en större operation fallit ur sängen på grund av att sänggrindarna inte fällts upp bedömts enligt allmänna skadeståndsrättliga regler och culpa ansetts föreligga (se vidare *Erstatning* s. 117). Om praxis i realiteten är strängare enligt de danska bestämmelserna, på det sättet att man i mindre omfattning lämnar ersättning i fall som detta, är mera tveksamt. Se även det svar som lämnats från dansk sida beträffande det praxisfall som redovisas nedan.

När det sedan gäller *olycksfallsskada som har samband med brand eller annan skada på vårdlokaler eller utrustning* skiljer sig reglerna åt. I de svenska och finska patientskadelagarna sägs uttryckligen att sådan olycksfallsskada kan ersättas. Detta gäller oavsett vårdslöshet (culpa) från vårdens sida. Enligt den danska lagen krävs däremot, som framgått ovan, att det föreläggat culpa från sjukhusets sida. För norsk del gäller att det inte föreligger någon rätt till patientskadeersättning utan att det är från sjukhusets ansvarsförsäkring som ersättning kan betalas.

Praxisfall

Vid den Nordiska konferensen år 2012 diskuterades två fall som rörde olycksfallsskador. Nedan redovisas, på samma sätt som tidigare, bedömningen av dessa fall.

Det första fallet gällde en patient som var inlagd på geriatrisk klinik där han kunde klara den vardagliga omvårdnaden såsom att besöka toaletten, gå till matsalen samt klä på sig själv. På väg till toaletten ramlade han och drabbades av en lårbensfraktur.

Följande frågor diskuterades:

- Är detta ett ersättningsbart olycksfall enligt patientförsäkringen?
- Är det någon skillnad om patienten bedömts behöva levande stöd eller annan hjälp av personal vid toalettbesök?

Sverige

Skadan hade likaväl kunnat ske i hemmet och patienten var inte utsatt för någon förhöjd olycksfallsrisk. Ersättning kommer därför inte i fråga.

Om det i stället förelegat behov av hjälp och patienten inte fått sådan föreligger en ersättningsbar skada.

Danmark

Om det föreligger fel eller försummelse (culpa) i samband med tillsyn m.m. av patienter under vistelsen på sjukhuset vid sidan av den egentliga behandlingssituationen kan ersättning betalas. Vid första påseendet framstår den aktuella situationen som ett olycksfall som inte har samband med behandlingen.

Vid bedömningen av om det föreligger culpa kan det göra skillnad om det bedömts att patienten behövde personalens hjälp vid toalettbesök. I sådant fall skulle lårbensbrottet, om förhållandena i övrigt var desamma, ge rätt till ersättning enligt culpa-bestämmelsen om patienten inte hade fått den ifrågasvarande hjälpen.

Finland

Det är inte ett ersättningsbart olycksfall. Samma principer gäller som i Sverige.

Norge

Skada som beror på brister i vården ger rätt till ersättning. Om patienten var i ett sådant tillstånd att han borde ha haft hjälp med att gå till toalett kan bristande hjälp ge rätt till ersättning. En förutsättning är att patienten tillkallar hjälp. Om skadan beror på ett olycksfall, som tycks vara fallet i denna sak, som lika gärna kunde ha skett i patientens hem, har patienten inte rätt till patientskadeersättning.

Det andra fallet gällde en patient som låg på ett undersökningsbord i avvak-

tan på att få hjälp med påklädning efter en EKG-undersökning. När han försökte resa sig och gå ned från undersökningsbordet föll han och skadade sig.

Följande frågor diskuterades:

- Är detta ett ersättningsbart olycksfall enligt patientförsäkringen?
- Är det någon skillnad om undersökningen ansetts vara avslutad eller inte?

Sverige

Fallet hade behandlats i Patientskadenämnden som konstaterade att patienten fick anses fortfarande vara under behandling då olycksfallet inträffade. Ersättningsbar olycksfallsskada ansågs därför föreligga.

Om undersökningen bedömts vara avslutad hade ersättning inte kommit i fråga.

Danmark

Det är av betydelse om undersökningen är avslutad eller inte, eftersom detta kan vara utslagsgivande när det gäller frågan om ärendet ska bedömas enligt bestämmelsen om olycksfall (där det avgörande är om det faktiskt förelegat fel eller försummelse) eller om saken ska bedömas enligt KEL § 20, stk.1, nr. 1 (med tillämpning av den högre specialistmåttstocken). Vilken bestämmelse som ska komma till användning har också betydelse med hänsyn till beviskravet.

Enligt lagens förarbeten beror gränsdragningen i samband med själva behandlingssituationen på om skadeorsaken har en sådan anknytning till själva undersökningen eller behandlingen att det är meningsfullt att använda specialistmåttstocken. Enligt dansk praxis är det inte tal om behandling när undersökningen är helt avslutad och patienten i övrigt inte är påverkad av bedövningsmedel eller annat som påverkar funktionsförmågan. När det gäller fall av förevarande slag bedöms frågan med tillämpning av culparegeln. Om en patient är påverkad av bedövning, blockad eller liknande anses patienten

dock fortfarande vara under behandling och bedömningen ska göras enligt § 19, stk.1 och § 20, stk.1, dvs. inte med tillämpning av culpabedömning.

Finland

Fallet bedöms på samma sätt som i Sverige.

Norge

I vad mån patienten har rätt till ersättning kan bero på vilken information han borde ha fått och vad han fått besked om. Om patientens tillstånd var sådant att han borde vänta på hjälp men inte fick besked om att ligga stilla och vänta så kan det, beroende på omständigheterna, vara möjligt att skadan beror på brister i vården som kan ge rätt till ersättning. Som saken är presenterad så tycks det vara liten sannolikhet för att patienten i detta fall har rätt till ersättning.

Medicineringsskada

(6 § första stycket 6)

Enligt *SPL* föreligger rätt till ersättning för skada orsakad av läkemedel som beror på att förordnande eller utlämnande av läkemedel har skett i strid med föreskrifter eller anvisningar s.k. medicineringsskada. Det är fråga om de situationer då hälso- och sjukvårdspersonal felaktigt förskrivit eller lämnat ut läkemedel. Det kan exempelvis gälla det fallet att en läkare har satt in fel läkemedel eller utfärdat ett felaktigt recept men också att apotekspersonal gjort sig skyldiga till felexpediering.

Skador som uppkommit som *biverkningar av läkemedel* omfattas inte av *SPL* utan behandlas enligt en särskild försäkring, Läkemedelsförsäkringen.

Enligt *FPL* betalas ersättning för personskada om det är sannolikt att denna orsakats av distribution av medicin i strid med lag eller förordning eller föreskrifter som utfärdats med stöd av dessa (2 § 1 mom. 6 p).

Bestämmelsen är utformad så att det är fråga om ersättning för skada till följd av att läkemedel har *tillhandahållits* i strid med ordination. Detta torde

motsvara den svenska bestämmelsen om ersättning för medicineringskada när ett läkemedel har utlämnats i strid med föreskrifter eller anvisningar. Beträffande *felaktig förskrivning* gäller i praktiken att patienten får ersättning om en erfaren läkare skulle ha förskrivit läkemedel på något annat sätt, dvs. korrekt, och skadan då sannolikt skulle ha undvikits.

När det gäller *biverkningar av läkemedel* finns i Finland på samma sätt som i Sverige en särskild läkemedelsförsäkring som omfattar skador på grund av läkemedelsbiverkningar.

I *KEL* finns i § 38–45 bestämmelser om *läkemedelsskador*. Bestämmelserna avser i första hand skador på grund av ett läkemedels egenskaper. Av *KEL* § 42 framgår att det inte är en läkemedelsskada när skadan beror på fel eller försummelse (culpa) i samband med ordination eller utlämnande av läkemedel till en patient. Skador av detta slag kan, exempelvis vid felordination av ett läkemedel, falla in under § 20, stk.1 nr. 1 (se *Erstatning* s. 193).

Att skador som beror på *biverkningar av läkemedel* som använts vid undersökning, behandling och liknande inte ger rätt till patientskadeersättning framgår av § 21, stk.3. Läkemedelsskada föreligger dock endast om läkemedlet har getts på korrekt indikation och med rätt dosering (*Erstatning* s. 193).

Felexpediering från ett apotek omfattas inte, till skillnad från vad som gäller enligt SPL, av *KEL*. I sådant fall får ersättningskravet riktas direkt mot apoteket enligt allmänna skadeståndsrättsliga regler (se *Erstatning* s. 210).

NPL innehåller inte någon särbestämmelse om läkemedelsskador motsvarande de bestämmelser som finns i Sverige och Finland. Skada som beror på läkemedel (antingen läkemedlet som sådant eller felaktig användning av läkemedlet) undantas dock inte från lagen. Huvudregeln (*svikt ved ytelsen av helsehjelp, selv om ingen kan lastes*) gäller också för skador som beror på läkemedel.

Biverkningar av läkemedel bedöms på samma sätt som andra komplikationer till behandling. Patienten kan då i vissa fall också ha rätt till ersättning enligt den undantagsbestämmelse som gäller skada som står i missförhållande till behandlingen (§ 2 tredje stycket). Bestämmelser om ersättning vid skada

på grund av ett läkemedels egenskaper finns även i den norska produktansvarslagen (*Pasientskaderett* s. 268).

I NPL finns en bestämmelse som anger att *expediering av läkemedel* från apotek räknas till sådan verksamhet som omfattas av patientskadelagen (§ 1 st. 2). Det är dock inte enbart felexpediering som kan ge rätt till ersättning. Av lagens förarbeten framgår att även skada på grund av andra handlingar som utförs av apotekspersonal såsom *rådgivning* kan ge rätt till patientskadeersättning enligt de allmänna reglerna i lagen (*Pasientskaderett* s. 101).

I Norge finns även en särskild *läkemedelsförsäkring* men den är mindre känd än patientförsäkringen.

Det är vanligt att en anmälan om skada på grund av läkemedel innehåller både klagomål beträffande t.ex. administrationen av läkemedlet, fel diagnos, fel läkemedel m.m. och liknande samt biverkningar/komplikationer på grund av själva läkemedlet.

När den norska patientskadelagen trädde i kraft den 1 januari 2003 ville lagstiftaren att det skulle vara enklare för patienten att få ersättning även för rena läkemedelsbiverkningar. Det undantag som tidigare funnits för läkemedelsbiverkningar togs då bort.

Patienten kan därför nu själv välja om anmälan ska göras hos Läkemedelsförsäkringen eller hos *Norsk pasientskadeerstatning*. Det ska inte ha någon betydelse för rätten till ersättning vilket regelverk som kommer till användning, patientskadelagen eller 3 kap. produktansvarslagen.

Norsk pasientskadeerstatning utreder och behandlar anmälningar som rör läkemedel även för läkemedelsförsäkringens del.

I Norge finns det inte någon *Läkemedelsskadenämnd*. De allra flesta väljer därför att anmäla läkemedelsskador till patientförsäkringen och få dessa bedömda enligt patientskadelagen med möjlighet att klaga till *Pasientskadenemnda*.

Norsk pasientskadeerstatning har möjlighet att kräva regress från producenten av ett läkemedel.

Sammanfattning

Det föreligger relativt stora skillnader mellan de nordiska patientskadelagarna i fråga om rätt till ersättning för läkemedelsskador. En särskild reglering som avser sådana skador finns i Sverige, Danmark och Finland men inte i Norge. För norskt vidkommande kan dock, om man ser till den praktiska tillämpningen, läkemedelsskador ersättas när det föreligger *svikt*.

Enligt SPL kan till att börja med ersättning lämnas när *förordnande av läkemedel* skett i strid med föreskrifter och anvisningar, exempelvis när en läkare i receptet angivit en felaktig dosering. Detsamma gäller under vissa förhållanden enligt KEL (se *Erstatning* s. 193) och förmodligen även vid tillämpning av bestämmelsen i § 2 st.1 a) (*svikt ved ytelsen av helsehjelp, selv om ingen kan lastes*) i NPL. Däremot finns inte någon motsvarande bestämmelse i FPL.

Beträffande *utlämnande av läkemedel i strid med föreskrifter* torde, på motsvarande sätt som sagts ovan, samma ersättningsrätt som gäller enligt SPL kunna föreligga även enligt KEL och NPL, dock för KEL:s del med undantag för felexpediering från apotek, där kravet får riktas mot apoteket och allmänna skadeståndsrättsliga regler ska tillämpas. Bestämmelsen i 2 § 1 mom. 6 p FPL torde få tolkas så att den i denna del har samma omfattning som det senare ledet i 6 § första stycket 6 SPL och således omfattar även felexpediering från apotek.

Vad slutligen gäller *biverkningar av läkemedel* kan konstateras att skador av detta slag inte omfattas av SPL, FPL eller KEL kap. 3 medan man enligt NPL kan bedöma skador på grund av biverkningar av läkemedel på samma sätt som andra komplikationer i samband med en behandling.

Några särskilda frågor i anslutning till 6 § SPL

Katastrofskador

I SPL saknas en bestämmelse om s.k. *katastrofskador*. I de tidigare frivilliga villkoren som ersattes med den svenska patientskadelagen fanns en bestämmelse som gav möjlighet till ersättning även om villkoren i övrigt inte kunde tillämpas. Bestämmelsen innebar att ersättning ändå kunde lämnas

när förhållandet mellan behandlingsåtgärden och den skada som uppkommit var sådant att skadan inte skäligen borde tålas. Som behandlingsskada ansågs därför även skada som lett till svår invaliditet eller dödsfall och som med övervägande sannolikhet uppkommit som en direkt följd av undersökning eller behandling av en sådan sjukdom eller skada som obehandlad är av övergående art eller i vart fall inte kan leda till allvarigare besvär för patienten. Den utredning vars betänkande kom att ligga till grund för SPL (SOU 1994:75) föreslog att en bestämmelse av detta slag skulle finnas med i lagen. Detta blev dock inte fallet. Ett påpekande vid remissbehandlingen från Juridiska fakultetsnämnden vid Uppsala universitet ledde till att en sådan bestämmelse ansågs onödig, eftersom man enligt fakultetsnämnden skulle komma till samma resultat med facitresonemang på metodvalet (prop. 1995/96:187 s. 34). Detta synsätt, som torde bygga på att s.k. icke-behandling eller konservativ behandling alltid skulle vara ett alternativ i fall av förevarande slag, har dock inte godtagits som generellt tillämplbart vid den praktiska tillämpningen. En förutsättning för att en alternativ metod ska anses tillämplig är ju såväl att vårdbehovet skulle ha tillgodosetts som att metoden varit mindre riskfylld.

År 2002 gjordes en översyn av patientskadelagen vilken resulterade i betänkandet SOU 2004:12. I betänkandet föreslogs bland annat att en katastrofparagraf skulle införas i patientskadelagen. Trots den tid som gått sedan betänkandet avlämnades har lagförslaget ännu inte lett till lagstiftning och en bestämmelse av förevarande slag saknas därför fortfarande i SPL. Detta har i praktiken lett till att patienter som skulle haft rätt till ersättning enligt bestämmelsen i den frivilliga försäkringen, som exempelvis i det tidigare behandlade fallet med en patient som fick en hjärnabscess vid tandbehandling, inte fått någon ersättning. Vidare har det lett till att regeringen i några fall i stället fått ersätta patienter ex gratia. I åtminstone ett fall har ersättningen blivit betydligt lägre än den skulle ha blivit om ersättning i stället hade betalats som en patientskadeersättning.

Alla de övriga nordiska länderna har en bestämmelse om katastrofskador.

I *FPL* finns en reglering av katastrofskador i 2 § st. 1 p 7. Enligt denna ska det, när någon i samband med undersökning, behandling och vård eller någon annan motsvarande åtgärd drabbats av bestående svår sjukdom,

handikapp eller död, göras en skälighetsbedömning. Därvid ska beaktas hur allvarlig skadan är, arten och svårighetsgraden hos den sjukdom eller det handikapp som behandlats och vårdats, patientens hälsotillstånd i övrigt, hur sällsynt skadan är samt hur stor skaderisken är i ett enskilt fall.

Även i *KEL* finns en bestämmelse som kan tillämpas vid katastrofskador (§ 20, stk.1, nr. 4). Bestämmelsen tillämpas ganska ofta, men ersättningsbara oskäligen skador är ganska få. Det rör sig om 18 stycken år 2009, 13 stycken år 2010, 16 stycken år 2011, 14 stycken år 2012, 17 stycken år 2013 och 14 stycken år 2014.

Denna bestämmelse är dock avsevärt mera omfattande än den som finns i FPL. Till skillnad från den finska bestämmelsen omfattar den danska inte endast komplikationer i form av bestående svår sjukdom, handikapp eller död utan alla komplikationer, också mindre allvarliga och övergående. Avgörande för ersättning är om skadan är sällsynt vid den ifrågavarande behandlingsåtgärden (under 2 procent) och om den är allvarlig, sett i förhållande till hur allvarlig grundsjukdomen är obehandlad, så att skadan inte skäligen ska behöva tålas. Den danska bestämmelsen har således mindre karaktär av "katastrofparagraf" än den finska (se vidare *Erstatning* s. 96 ff).

I *NPL* finns bestämmelsen om katastrofskador i § 2 st. 3. Enligt denna kan, även om det inte föreligger rätt till ersättning enligt bestämmelserna i övrigt, en skada ersättas om den är särskilt stor eller oväntad. En förutsättning är dock att skadan inte kan anses vara ett utslag av en risk som patienten måste acceptera. I bestämmelsen anges vidare särskilt att man vid bedömningen ska lägga vikt vid om tillräcklig information har lämnats på förhand (se vidare *Pasientskaderett* s. 116 ff).

Behandlingsskadan ska vara sällsynt och stor samt stå i klart missförhållande till hur allvarlig grundsjukdomen är som obehandlad. Det är en hög tröskel för ersättning enligt denna bestämmelse. Ju viktigare behandlingen är, desto större risk för skada måste patienten acceptera utan rätt till ersättning. Informationsfrågan har liten betydelse i realiteten. Undantagsregeln ger rätt till ersättning i de fall då det skulle vara stötande att inte ge ersättning.

Sammanfattning

Det kan konstateras att det i de nordiska patientskadelagarna, med undantag för den svenska lagen, finns en bestämmelse som reglerar frågan om ersättning för skador som kan betecknas som katastrofskador. Bestämmelsen är tänkt att användas i undantagsfall och utgör en form av säkerhetsventil i de fall då skador som får anses orimliga med hänsyn till övriga omständigheter uppkommer. Den skälighetsbedömning som ska göras kan många gånger vara svår men det är viktigt att möjligheten till ersättning finns även vid skador av detta slag. Det är därför angeläget att en bestämmelse om katastrofskador, som kan tillämpas i speciella fall när bestämmelserna i övrigt inte ger rätt till ersättning, införs även i den svenska patientskadelagen.

Resurser

SPL innehåller inte någon särskild reglering när det gäller betydelsen i det enskilda fallet av vilka resurser som funnits tillgängliga. Enligt den tidigare frivilliga försäkringen kunde resursbrist åberopas som skäl för ersättning endast om det i det enskilda fallet varit möjligt att använda befintliga resurser på ett annat sätt eller att utnyttja ytterligare resurser. Av förarbetena till *SPL* (prop. 1995/96:187 s. 82) framgår att avsikten inte varit att ändra denna praxis. Möjligheten att undvika skador ska således i detta hänseende inte värderas utifrån en optimal vårdstandard. Däremot ska specialistmättstocken användas för att bedöma om en åtgärd varit riktig eller inte, oberoende av om en specialist var tillgänglig eller inte vid det enskilda vårdtillfället eller ens på det enskilda sjukhuset (a.a. s. 82).

FPL innehåller inte heller någon särskild bestämmelse som reglerar vad som ska gälla vid resursbrist. Av förarbetena (RP 91/1998 rd s. 24) framgår dock att resursbrist av det slaget att ett sjukhus saknar viss utrustning eller bemannning inte ger rätt till ersättning. Däremot får man, med utgångspunkt från de överväganden en erfaren specialist skulle ha gjort, bedöma om patienten borde ha sänts till en annan avdelning eller ett annat sjukhus för att undvika en uppkommen skada. I huvudsak torde bedömningen vid resursbrist överensstämma med den som görs i Sverige.

Inte heller *KEL* har någon särskild bestämmelse som anger vad som gäller vid resursbrist. Enligt § 20, stk.1, nr. 1 kan en skada ersättas om det kan antas att en erfaren specialist på det aktuella området "under de omständigheter som föreligger i övrigt" skulle ha handlat annorlunda vid exempelvis en undersökning och skadan då kunnat undvikas. Frågan om resurser innefattas i uttrycket "under de omständigheter som föreligger i övrigt". Det innebär att rätt till ersättning inte föreligger på den grunden att det inte finns optimal utrustning på sjukhuset i fråga. Vid bedömningen av specialiststandarden ingår dock frågan om den erfarna specialisten beroende på tidsfaktorn skulle ha valt att hänvisa patienten till ett annat sjukhus där den nödvändiga utrustningen fanns (*Erstatning* s. 85).

I § 20, stk.1, nr. 3 (alternativt förfarande eller alternativ metod enligt facitbedömning) anges att ersättningsrätt föreligger om en skada kunnat undvikas genom en annan *til rådighed stående* behandlingsmetod eller behandlingsteknik. Till att börja med gäller att detta inte ska förstås så att metoden eller tekniken måste vara tillgänglig på behandlingsstället i fråga utan endast att behandlingsmetoden eller behandlingstekniken används i Danmark (*Erstatning* s. 93). Dock gäller att om det inte funnits tid att flytta över patienten för behandling på ett annat sjukhus där den alternativa metoden kunde användas så har det inte i det konkreta tillfället varit tal om en tillgänglig behandlingsmetod. Det kan tilläggas att detsamma gäller om patienten förklarat sig inte vilja bli behandlad med den alternativa metoden (a.a. s. 93). Det sagda torde gälla även i Sverige.

Enligt *NPL* § 2 st. 2 ska otillräckliga resurser inte medföra ansvar om resursfördelningen har varit försvarlig och verksamheten generellt håller en försvarlig standard. Det är den föreliggande resurssituationen som är avgörande. Om exempelvis det aktuella sjukhuset saknar den mest moderna utrustningen för en behandling på området i fråga och detta beror på en resursprioritering av politiska eller administrativa skäl, så är utgångspunkten att ansvar inte föreligger i enlighet med bestämmelsen (*Pasientskaderett* s. 115). Det finns dock undantag från detta. Det första gäller det fallet att det förelegat informationsbrist. I sådant fall kan en patient ha rätt till ersättning. För det andra så ska det alltid finnas en miniminivå som inte kan understigas oavsett politiska eller administrativa beslut (se vidare *Pasientskaderett* s. 115 f). När det gäller denna miniminivå hänvisar departementet i

propositionen till ”nyare juridisk litteratur” (Ot.prp.nr. 31 s. 91) och uttalar att den minimistandard det är tal om ligger väsentligt under den som är vanlig i norsk hälsovård i dag. Denna bestämmelse har enligt uppgift ännu inte varit aktuell i den norska *Pasientskadenemnda*.

Sammanfattning

Det torde det inte föreligga några större skillnader beträffande bedömningen vid resursbrist i de nordiska länderna.

UNDANTAG FRÅN RÄTTEN TILL PATIENTSKADEERSÄTTNING

(7 § SPL)

SPL anger två undantag från rätten till patientskadeersättning.

Det första gäller skada som är en följd av ett nödvändigt förfarande för diagnostisering eller behandling av en sjukdom eller skada som utan behandling är direkt livshotande eller leder till svår invaliditet (7 § 1). Bestämmelsen är tillämplig i de situationer där vårdbehovet är så akut att behandlingen måste sättas in trots att man inte haft möjlighet att vidta normala förberedelser. Den är också tillämplig i sådana situationer där man medvetet måste ta stora risker för att kunna förebygga en mycket allvarlig utveckling av patientens skada eller sjukdom (prop. 1995/96:187 s. 85).

I *Finland* finns inte någon motsvarande regel. Det är specialistbestämmelsen som tillämpas.

KEL saknar en bestämmelse av detta slag men vid bedömningen av om behandlingen har skett i enlighet med erfaren specialiststandard beaktar man om behandlingssituationen är av detta slag. Om det är fråga om en akut, eventuellt livshotande hälsorisk kan hänsynen till patientens överlevnad eller möjligheten att undvika invaliditet ge anledning till att man inte följer normala förberedelseprocedurer och/eller att man tar stora risker i samband med behandlingen. Det innebär att man då inte kan få ersättning enligt

KEL § 20, stk.1, nr. 1, dvs. enligt den generella bestämmelsen om undvikbar skada, liksom att en eventuell komplikation som uppkommer i samband med behandlingen normalt inte anses tillräckligt allvarlig i förhållande till grundsjukdomen för att ersättning enligt KEL § 20, stk.1, nr. 4, dvs. enligt den generella bestämmelsen om skälighetsbedömning, ska kunna betalas.

I *Norge* gäller att skador som uppkommer vid en nödvändig behandling eller annars vid ett livshotande tillstånd och där behandlingen skett enligt vedertagen medicinsk standard i den aktuella situationen, inte anses bero på försummelse i samband med vården. I sådana fall föreligger således inte någon rätt till ersättning. Vid sådan livsnödvändig behandling föreligger heller inte rätt till ersättning enligt undantagsbestämmelsen angående katastrofskador.

För det andra föreligger inte heller rätt till patientskadeersättning när en skada har orsakats av läkemedel i annat fall än som avses i 6 § st. 1 p 6, dvs. läkemedelsbiverkan som uppkommit trots en helt korrekt behandling (7 § p 2).

Inte heller finns det någon direkt motsvarighet till denna bestämmelse i de övriga nordiska ländernas patientskadelagar. Vad som där gäller framgår dock av det som sagts ovan under avsnittet *Medicineringsskada*.

Sammanfattning

Det är endast i SPL som det finns en särskild undantagsbestämmelse där rätt till ersättning inte föreligger vid s.k. *nödvändigt förfarande*. Som framgår ovan beaktar man dock, i vart fall i Danmark och Norge, de speciella omständigheter som kan föreligga vid det som i Sverige kallas nödvändigt förfarande.

I fråga om *medicineringsskador* gäller de undantag som framgår av det tidigare avsnittet om sådana skador.

IV Det administrativa och processuella systemet enligt de nordiska patientskadelagarna

FÖRSÄKRINGSSKYLDIGHET M.M.

Sverige

Enligt *SPL* ska en vårdgivare ha en patientförsäkring som täcker ersättning för skador som omfattas av lagen (12 §). Det är sedan försäkringsgivaren som betalar patientskadeersättningen (13 §).

De försäkringsgivare som meddelar patientförsäkring ska ingå i en *Patientförsäkringsförening* (15 §). För det fall en vårdgivare inte har fullgjort sin skyldighet att teckna patientförsäkring svarar de försäkringsgivare som ingår i Patientförsäkringsföreningen solidariskt för ersättningen (14 §). De kan sedan ta ut en patientförsäkringsavgift av den vårdgivare som saknat försäkring (16 §).

Föreningen kan även kräva tillbaka ersättningen från den vårdgivare som varit skyldig att teckna patientförsäkring (21 §).

Danmark

Enligt KEL § 30 ska krav på ersättning för patientskador vara täckta av försäkring i ett försäkringsbolag. För offentliga myndigheter som staten, regioner och kommuner är det dock frivilligt att teckna försäkring, jfr KEL § 31.

Från och med den 1 september 2013 gäller nya regler för privat försäkringsplikt. Dessa regler innebär i korthet att privata sjukhus, privata kliniker och privatpraktiserande specialtläkare själva ska teckna en patientförsäkring. Försäkringen ska täcka de patientskador som uppkommer i samband med behandlingar som inte betalas från det offentliga. Regionerna ska även i fortsättningen ansvara för patientskador som inträffar som ett led i behandling vilken betalas av den offentliga sjukvården. Tidigare betalade regionerna alla patientskadeersättningar, också för de skador som orsakats exempelvis i samband med behandling på privatsjukhus, som inte täcktes genom den offentliga sjukvården, t.ex. kosmetiska operationer.

I Danmark finns en bestämmelse som motsvarar 21 § SPL om regress, se KEL § 27 och *Erstatning* s. 135 ff.

Finland

I *FPL* (4 §) finns en motsvarande bestämmelse om försäkringsskyldighet som den i SPL. Det gäller yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvård, företag som idkar hälso- och sjukvårdsverksamhet samt företag som utför sjuktransporter. Den som försummar skyldigheten att ha försäkring får betala en förhöjd, vanligtvis tredubbel, försäkringspremie. Om en skada, som ersätts enligt patientskadelagen, har orsakats, måste vanligtvis en sexdubbel försäkringspremie betalas (4 § mom. 2).

I 5 § finns bestämmelser om försäkringsgivare. Liksom i Sverige ska de försäkringsbolag som tillhandahåller patientförsäkring ingå i en förening, *Patientförsäkringscentralen*. Det är medlemmarna i Patientförsäkringscentralen som ansvarar för en skada i de fall då en vårdgivare saknat patientförsäkring.

Det finns inte, som i Sverige, någon rätt till regress från vårdgivaren.

Norge

I Norge är det *Norsk Pasientskadeerstatning* som ansvarar för de skador för vilka ersättning krävs enligt NPL. I § 7 och 8 anges att såväl de som tillhandahåller offentlig sjukvård, såsom staten, regionala hälsoföretag, fylkeskommuner och kommuner, liksom de som tillhandahåller privat sjukvård är skyldiga att betala en avgift till *Norsk Pasientskadeerstatning* för att täcka ersättningen för patientskador som orsakats inom respektive område.

Enligt § 8 a föreligger även i vissa fall försäkringsplikt för vissa utövare av hälsovård (se närmare *Pasientskaderett* s. 144 ff).

Utöver straff kan den som inte betalat avgift åläggas regressansvar gentemot *Norsk pasientskadeerstatning* (jfr § 4). Skadevällare som inte har betalat bidrag blir då ekonomiskt ansvarig för skada som denne har vållat men inte har bidragit med ekonomisk säkerhet till enligt lag.

Sammanfattning

I alla nordiska länder är rätten till patientskadeersättning garanterad genom att vårdgivarna ska teckna obligatoriska patientförsäkringar eller vara självförsäkrade.

KRAV PÅ OCH UTBETALNING AV PATIENTSKADEERSÄTTNING

Sverige

Den som har krav på patientskadeersättning ska framställa sitt krav till det försäkringsbolag hos vilket vårdgivaren har tecknat försäkring. Det bolag som har hand om huvuddelen av alla skador i Sverige är Löf. Det är som nämnts ovan försäkringsgivaren som ska betala patientskadeersättningen.

Den som inte är nöjd med det beslut försäkringsbolaget fattar kan begära prövning i Patientskadenämnden. I SPL saknades tidigare en bestämmelse som angav inom vilken tid detta skulle ske. I praktiken tillämpades de tider som gäller för preskription (se nedan). Från och med den 1 januari 2015 gäller dock enligt 17 a § SPL att den som vill inhämta ett yttrande från Patientskadenämnden ska begära det senast ett år från det att han eller hon fick del av försäkringsgivarens slutliga ställningstagande till ersättningsanspråket.

Patientskadenämndens yttrande är endast rådgivande. Det slutliga beslutet fattas av respektive försäkringsgivare.

Danmark

Liksom i Sverige och Finland ska de försäkringsbolag som tecknat patientförsäkring ingå i en särskild förening, *Patienterstatningen – behandlings- og lægemiddelsskader (Patienterstatningen)*. I Danmark ingår försäkringsbolag som har tecknat försäkring i enlighet med KEL samt regionsråd och kommuner som är självförsäkrade (§ 32).

Det är, vilket framgår av § 33 stk.1, *Patienterstatningen* som med vissa undantag mottar, utreder, lämnar upplysning om och avgör alla ersättningsärenden om patientskador. När beslut fattats underrättas vederbörande försäkrings-

bolag, staten eller självförsäkrade regioner eller kommuner som därefter ska betala ut den ersättning som bestämts.

Den som inte är nöjd med ett beslut som fattats kan klaga till den danska patientskadenämnden, *Ankenævnet for Patienterstatningen*, inom tre månader från det att den klagande fått del av det avgörande som träffats av *Patienterstatningen*. I särskilda fall kan nämnden ta upp ärenden även om denna tid överskridits (§ 58 b stk.3). Det beslut som *Ankenævnet for Patienterstatningen* fattar är det slutliga administrativa avgörandet.

Finland

Till skillnad från vad som gäller i Sverige ska enligt FPL krav på ersättning framställas hos Patientförsäkringscentralen (10 §) som fattar beslut i ärendet och i förekommande fall betalar patientskadeersättningen. Om ny betydelsefull information som inverkar på ersättningsbedömningen i ett ärende framkommer kan ärendet, efter begäran om rättelse, tas upp till ny behandling.

På samma sätt som i Sverige kan ett rådgivande yttrande begäras av den finska Patientskadenämnden.

Det finns inte någon tidsfrist inom vilken yttrande måste begäras från Patientskadenämnden.

Norge

I Norge är det *Norsk pasientskadeerstatning* som ansvarar för en skada för vilken ersättning kan krävas (NPL 2 kap. § 6) och det är således dit en anmälan om patientskada ska göras (3 kap. § 9). *Norsk pasientskadeerstatning* utreder och behandlar sedan kraven. Det beslut som fattas kan överklagas till *Pasientskadenemnda* inom tre veckor.

På motsvarande sätt som i Danmark fattar *Norsk pasientskadeerstatning* det slutliga administrativa beslutet.

Sammanfattning

I Sverige är det försäkringsbolagen som utreder och fattar beslut i patientskadeärendena samt betalar ut patientskadeersättningen. I Danmark är det (med vissa undantag) liksom i Finland och Norge de centrala organisationerna (*Patientskadeerstatningen*, *Patientförsäkringscentralen* och *Norsk pasientskadeerstatning*) som utreder och fattar beslut i patientskadeärendena. I Finland och Norge betalas även ersättningen ut av dessa organisationer medan i Danmark själva utbetalningen sker genom vederbörande försäkringsbolag, staten eller självförsäkrade regioner eller kommuner.

ERSÄTTNINGSBESTÄMMELSER

Här ska endast kort redogöras för huvuddragen när det gäller hur patientskadeersättningen bestäms.

Sverige

Huvudregeln är enligt 8 § SPL att patientskadeersättning bestäms enligt reglerna i skadeståndslagen (5 kap. 1–5 § och 6 kap 1 och 3 §). Ersättning kan således betalas för fysiskt och psykiskt lidande av övergående natur (sveda och värk) eller av bestående art (lyte eller annat stadigvarande men), inkomstförlust, kostnader samt särskilda olägenheter till följd av skadan. Om en personskada har lett till döden kan ersättning betalas för begravningskostnader och förlust av underhåll. Ersättning kan också komma i fråga för personskada som till följd av dödsfallet har åsamkats någon som stod den avlidne särskilt nära (5 kap. 2 § skadeståndslagen).

I 9 § SPL anges att det, när patientskadeersättning bestäms, ska avräknas 1/20 av prisbasbeloppet, (44 500 kronor år 2015), enligt socialförsäkringsbalken, dvs. 2 225 kronor år 2015.

Enligt 10 § är patientskadeersättningen för varje skadehändelse begränsad till högst 1 000 gånger prisbasbeloppet (44 500 000 kronor år 2015). För varje skadad patient lämnas dock för varje skadehändelse ersättning med högst 200 gånger prisbasbeloppet (8 900 000 kronor år 2015).

Danmark

På motsvarande sätt som i Sverige hänvisas i KEL § 24 till de skadeståndsrättsliga reglerna i *Lov om erstatningsansvar*. Av § 24 stk.2 framgår att ersättning inte betalas om ersättningsbeloppet inte överstiger 10 000 DKK. Detta är dock inte en självrisk. Om ersättningen överstiger 10 000 DKK görs inte något avdrag (*Erstatning* s. 128). Med tillämpning av andra punkten i paragrafen kan dock när det gäller sveda och värk samt inkomstförlust sättas en "karenstid" på högst tre månader under vilken tid patienten själv får stå risken. Denna bestämmelse har dock inte tillämpats i praktiken (*Erstatning* s. 128). Minimigränsen på 10 000 DKK gäller inte ersättning till försökspersoner och donatorer, jfr KEL § 22 stk.1 och 3.

Beträffande maximibelopp är det skillnad på vilken ersättningspost det är fråga om. För *sveda och värk* är maximibeloppet 75 000 DKK (år 2014).

Beträffande *lyte och men* gäller generellt 8 175 DKK för varje invaliditetsgrad. Är invaliditeten 120 procent, vilket kan förekomma, betalas ersättning med 980 500 DKK.

För *förlust av inkomst* under den akuta sjukdomstiden, finns inte något maximibelopp. Ersättning betalas till dess den skadelidande kan börja arbeta igen eller tillerkänns ersättning för förlorad arbetsförmåga. När det gäller sådan ersättning fastställs den utifrån en procentsats med utgångspunkt från den skadelidandes årslön. Det maximala beloppet är 8 584 000 DKK (år 2014).

Kostnader, exempelvis kostnader för medicin, bestäms utifrån den skadelidandes faktiska förlust.

Det finns således i Danmark inte något egentligt maximibelopp för den enskilda skadan. Vid invaliditetsgraden 120 procent, ersättning för sveda och värk och 100 procent arbetsoförmåga är det maximala möjliga beloppet 9,6 miljoner DKK. Till detta kommer ersättning för förlorad arbetsförtjänst under den akuta sjukdomstiden, där beloppet beror på hur länge den skadelidande inte kan arbeta, hur hög den skadelidandes inkomst skulle ha varit och hur lång tid som förflyter innan en ersättning för förlorad arbetsförmåga kan fastställas.

Finland

I 3 § FPL anges hur patientskadeersättning bestäms. Detta sker på motsvarande sätt som i Sverige enligt den finska skadeståndslagen. Paragrafen innehåller även en regel som anger att ersättning inte betalas för en obetydlig skada. Gränsen är för närvarande satt till 200 euro eller ca 1 900 svenska kronor.

I Finland saknas ett tak när det gäller hur stor ersättning som kan betalas ut.

Norge

Även i NPL hänvisas beträffande ersättning för patientskada till allmänna skadeståndsrättsliga regler (§ 4). Av paragrafen framgår att ersättning inte betalas när skadebeloppet understiger 5 000 NKK. Är beloppet större betalas dock hela ersättningen (*Pasientskaderett* s. 131).

Inte heller Norge har något tak för den ersättning som kan betalas ut. Det är patientens individuella förlust som ska ersättas utöver det som kan ersättas från det allmänna. När det gäller utgifter ska det vara fråga om nödvändiga och rimliga kostnader för att kompensera för följderna av den skada som uppkommit. Patienten har skyldighet att begränsa sin förlust och ska försöka reducera utgifter och kostnader samt kräva de ersättningar från det allmänna som han eller hon har rätt till.

Sammanfattning

I samtliga länder beräknas patientskadeersättningen enligt allmänna skadeståndsrättsliga regler.

Alla nordiska länder har en undre gräns för ersättningsbelopp.

När det gäller maximibelopp skiljer sig, som framgått ovan, bestämmelserna åt.

PATIENTSKADENÄMND

Sverige

Enligt 17 § SPL ska de försäkringsgivare som ingår i Patientförsäkringsföreningen upprätthålla och bekosta en Patientskadenämnd. Nämnden består av ordförande, som ska vara eller ha varit domare, och sex andra ledamöter. Av dessa andra ledamöter ska tre företräda patienternas intressen, en vara medicinskt sakkunnig, en vara väl förtrogen med personskadereglering hos försäkringsgivare (försäkringsgivarledamot) och en ha särskild kunskap om verksamhet som rör hälso- och sjukvård. För samtliga ledamöter finns ett antal ersättare.

Nämnden ska enligt arbetsordningen avge rådgivande yttranden i ärenden om ersättning enligt SPL vilka hänskjutits till nämnden av patient eller annan skadelidande, vårdgivare, försäkringsgivare eller domstol. I sådant ärende får nämnden också yttra sig över skadeståndsrättsliga krav från patienten eller annan skadelidande. Enligt arbetsordningen ska nämnden vidare verka för en enhetlig och rättvis tillämpning av patientskadelagens regler om patientskadeersättning. Förfarandet i nämnden är skriftligt. Patient eller annan skadelidande får dock höras om nämnden anser att det är till fördel för utredningen. Det är numera mycket sällsynt att patient eller annan skadelidande hörs i nämnden.

Det framgår också av nämndens arbetsordning att det är försäkringsgivaren som ska svara för att nödvändig utredning föreligger i ett ärende som anmälts till nämnden samt att försäkringsgivaren ska upprätta en promemoria i vilken redovisas parternas ståndpunkter och samtliga fakta som är relevanta för nämndens prövning.

Som konstaterats ovan är Patientskadenämndens yttrande endast rådgivande. Det är således försäkringsgivaren som fattar det slutliga beslutet och som betalar den ersättning som kan komma i fråga. Som regel följer försäkringsgivaren det beslut som nämnden i sitt yttrande kommit fram till.

I ärenden av enkel beskaffenhet kan ordföranden ensam fatta beslut, vilket sker i ca 20 procent av ärendena. Ordförandebeslut fattas dock inte utan att medicinskt sakkunnig och/eller försäkringsexpert tillfrågats i ärendet.

Danmark

Även i Danmark finns, liksom i Sverige, en patientskadenämnd, *Ankenævnet for Patienterstatningen*. Ordföranden ska vara domare och i övrigt finns på motsvarande sätt som i Sverige i nämnden ett antal sakkunniga ledamöter, däribland läkare, en advokat, företrädare för patienternas intressen, samt ersättare.

Det är nämnden som fattar det slutliga administrativa avgörandet. Tidsfristen för att klaga till *Ankenævnet* är tre månader. Tiden kan dock få överskridas när särskilda skäl föreligger (KEL § 58 b).

Nämndens beslut kan inom sex månader från det att den klagande delgivits nämndens beslut överklagas till domstol (§ 58 c).

Liksom i Sverige förekommer *ordförandebeslut* i vilka ordföranden ensam kan fatta beslut i enkla ärenden (§ 58 a).

Finland

Bestämmelserna om Patientskadenämnd finns i 11 och 12 § FPL. Nämndens sammansättning överensstämmer i stort med det som gäller i Sverige.

På liknande sätt som i Sverige ska nämnden på begäran av en ersättningssökande, Patientförsäkringscentralen, den som idkar hälso- och sjukvård eller en försäkringsanstalt ge rekommendation om hur ett ersättningsärende ska avgöras. I 11 a § sägs vidare att Patientförsäkringscentralen ska hänskjuta ett ärende till nämnden innan beslut fattas om grunderna för fastställande av ersättning på grund av bestående arbetsoförmåga eller underhållsbidragsersättning på grund av dödsfall. Slutligen anges i paragrafen att Patientskadenämnden särskilt ska sträva efter en enhetlig praxis vid patientskador.

I den finska lagen finns inte någon särskild bestämmelse om en tidsfrist inom vilken patienten ska hänskjuta ett ärende till Patientskadenämnden. I praxis har nämnden låtit bli att behandla sådana fall där begäran om en rekommendation är ”uppenbart obefogad” mot bakgrund av att patienten redan förlorat sin rätt att väcka talan vid domstol på grund av att den föreskrivna preskriptionstiden på tre år har förflutit. Med andra ord tar nämnden inte

upp ett ärende till behandling om parten inte längre har möjlighet att föra saken till domstol för avgörande.

I 11 b § finns bestämmelser om behandlingen av ersättningsärenden i nämnden. Av paragrafen framgår bl.a. att om en begäran om yttrande är uppenbart obefogad så behöver rekommendation eller utlåtande inte lämnas.

Patientskadenämndens beslut är endast rådgivande men man följer regelmässigt nämndens beslut.

Beträffande *ordförandebeslut* gäller att sådana beslut kan fattas av två personer, ordföranden och en föredragande, eller av tre personer, ordförande, föredragande och en läkare. Årligen fattas 100–120 beslut på detta sätt, dvs. cirka 10 procent av alla beslut. Vanligtvis sker det med endast ordförande och föredragande.

Norge

Bestämmelser om den norska patientskadenämnden, *Pasientskadenemnda*, finns i 4 kap. § 16. De beslut som fattas av *Norsk pasientskadeerstatning* kan överklagas till nämnden inom tre veckor (4 kap. § 15). Nämndens uppbyggnad är i huvudsak densamma som i övriga nordiska länder.

Den som inte är nöjd med nämndens beslut kan klaga till domstol (NPL 4 kap. § 18). Det är endast den som kräver ersättning som kan klaga till domstol. Överklagande ska ske inom sex månader från det att den klagande delgivits nämndens beslut.

Nämnden fattar slutligt beslut i saken. När överklagandefristen löpt ut utan att talan har väckts har beslutet samma verkan som en rättskraftig dom. I cirka 10 procent av de överklagade ärendena går patienten vidare till domstol.

Ordföranden kan inte ensam fatta beslut. Men nämnden kan, och har, delegerat delar av sin beslutanderätt till sitt sekretariat, se 4 kap. § 17 st 4. Fullmakten gäller de angivna typerna av ärenden och det har lämnats föreskrifter för hur fullmakten ska användas. Avgöranden av sekretariatet sker i enklare saker. År 2011 och år 2012 avgjordes t.ex. 21 procent respektive 33 procent av ärendena av sekretariatet efter delegation. År 2013 var det 25 procent och år 2014 blev hela 40 procent av alla avslutade saker avgjorda av sekretariatet.

En betydande del av de överklagade ärendena avgörs alltså nu av sekretariatet. Detta har enligt uppgift varit nödvändigt på grund av en stark ökning av antalet ärenden och lång behandlingstid för nämnden.

Sammanfattning

I samtliga nordiska länder kan patienten begära prövning i en patientskadenämnd när patienten inte är nöjd med den första instansens bedömning.

I Sverige och Finland är nämndens yttrande rådgivande medan det i Danmark och Norge är det slutliga administrativa avgörandet.

I Sverige, Danmark och Finland kan ordföranden ensam fatta beslut. I Norge kan nämnden i vissa ärenden delegera beslutanderätten till nämndens sekretariat. Däremot kan delegation till nämndens ordförande inte ske.

PRESKRIPTION

Sverige

Enligt 23 § SPL i dess lydelse före den 1 januari 2015 förloras rätten till patientskadeersättning om talan inte väcks inom tre år från kännedom om att anspråket kunde göras gällande och i varje fall inom tio år från den tidpunkt då skadan orsakades. Om den som vill ha ersättning anmält skadan hos vårdgivaren eller försäkringsgivaren inom den ovan angivna tiden föreligger dock alltid rätt att väcka talan inom sex månader från försäkringsgivarens slutliga ställningstagande.

Från och med den 1 januari 2015 gäller som huvudregel att den som vill ha patientskadeersättning måste väcka talan inom 10 år från den tidpunkt då skadan orsakades. Har skadan anmälts hos vårdgivaren eller försäkringsgivaren inom angiven tid är fristen alltid minst sex månader från det att han eller hon fick del av försäkringsgivarens slutliga ställningstagande till anspråket.

En talan får i vissa fall väckas senare än vad som följer av 23 § men endast om det finns synnerliga skäl (24 §). Vid bedömningen ska särskilt beaktas

om den skadelidande har varit förhindrad att framställa anspråket i tid. Som exempel på vad som måste anses vara *synnerliga skäl* i detta sammanhang kan nämnas det fallet att en patient fått hepatit C i samband med en blodtransfusion men detta upptäcks först när mer än tio år gått från behandlingstillfället.

Danmark

Preskriptionstiden är tre år från det att den skadelidande fått eller borde ha fått kännedom om skadan, dock senast tio år från den tidpunkt då skadan orsakades (KEL § 59). Kravet ska riktas mot *Patienterstatningen* men anses mottaget i tid även när det inom preskriptionstiden kommit in till *Patientombuddet*.

Enligt en bestämmelse som gäller från och med den 1 juli 2014 (§ 60 b), gäller att om det har träffats ett bindande avtal beträffande ersättningsansvaret eller utbetalning av ersättning, så löper nya tidsfrister enligt ovan från den tidpunkt då avtalet träffades. Dock finns det en yttersta tidsfrist på 30 år från den tidpunkt då skadan orsakades. Den nya bestämmelsen tar sikte på skador som visar sig efter lång tid.

Finland

Av 10 § FPL framgår att yrkande om patientskadeersättning ska framställas hos Patientförsäkringscentralen inom tre år efter det att den ersättningsberättigade fick kännedom om skadan eller borde ha känt till skadan. Vid särskilda skäl kan ersättning begäras även senare. Det ska dock ske inom tio år från den tidpunkt då skadan orsakades. Det kan konstateras att det föreligger vissa skillnader mot de svenska bestämmelserna. Således anges det uttryckligen att även tidpunkten då den ersättningsberättigade *bort känna till* skadan utgör utgångspunkt för preskriptionstiden. Vidare finns i FPL en möjlighet att vid särskilda skäl få preskriptionstiden förlängd så länge inte tioårstiden överskridits.

Norge

I NPL § 5 hänvisas beträffande preskription (*foreldelse*) till *lov 18. Mai 1979 nr. 18 om foreldelse av fordringer (foreldeseloven)*. Vidare anges att preskriptionsavbrott sker genom anmälan enligt § 9. Av denna bestämmelse framgår att anmälan ska ske skriftligen till *Norsk pasientskadeerstatning*. I undantags-

fall kan även en muntlig anmälan godtas. Om en anmälan görs till personal eller institution inom vården ska anmälan vidarebefordras till *Norsk pasient-skadeerstatning*. Preskriptionstiden är enligt § 9 *førelseloven* tre år från den tidpunkt då den skadelidande fått eller bort skaffa sig ”nödvändig kunskap” om skadan samt vem som är ansvarig. Preskription föreligger dock, med vissa undantag, alltid om det gått 20 år från den tidpunkt då skadan inträffade eller annan ansvarsgrund upphört (se närmare *Pasientskaderett* s. 208 ff).

Sammanfattning

I samtliga nordiska länder finns en treårig preskriptionstid. För Sveriges del gäller denna dock numera endast patientskador som inträffat före den 1 januari 2015. För skador som inträffar därefter är preskriptionstiden 10 år från den tidpunkt då skadan orsakades.

Ett av de huvudsakliga skälen till de ändrade preskriptionsreglerna i Sverige var svårigheten att på ett klart och tydligt sätt kunna bestämma när en patient skulle anses ha fått kännedom om en skada. Kravet på kännedom var förhållandevis strängt och det räckte inte att en patient borde ha förstått att en skada som hade samband med vården inträffat.

Den treåriga preskriptionstid som fortfarande gäller i övriga nordiska länder utgår ifrån att en patient fått eller borde ha fått kännedom om patientskadan.

Samtliga nordiska länder har en övre gräns för preskriptionstiden. För Sveriges del har i samband med lagändringen införts en möjlighet att vid synnerliga skäl överskrida denna gräns. Även i övriga nordiska länder finns bestämmelser om en förlängd preskriptionstid i vissa fall.

DOMSTOLSPRÖVNING

Sverige

Enligt 23 § SPL kan talan väckas vid domstol (tingsrätt) inom de tider som anges i paragrafen. Domstolen prövar då frågan om ansvar och ersättning

med utgångspunkt från bestämmelserna i patientskadelagen. Prövningen begränsas till de frågor som parterna tar upp i domstolen. För domstolsprövning är det inte en förutsättning att ett rådgivande yttrande har inhämtats från Patientskadenämnden men detta sker i nästan alla fall. Parterna vid domstolsprövning är normalt den klagande och den försäkringsgivare som meddelat patientförsäkringen. Enligt generella regler om tvistemål kan på parts begäran förhör hållas med parten själv, med eventuella vittnen och med sakkunniga. Domstolens dom kan sedan överklagas till högre instans.

Danmark

Som framgått ovan kan beslut som fattats av *Ankenævnet for Patienterstatningen* överklagas till domstol. Talan kan föras av båda parter, dvs. både av patienten och av regionen/kommunen/försäkringsbolaget i de fall då beslutet innebär att ersättning ska betalas. Domstolen kan stadfästa, upphäva eller ändra beslutet. Talan ska ha anhängiggjorts inom sex månader från det att den klagande delgivits nämndens beslut. *Byrettens* dom kan överklagas till *Landsretten*.

Enligt praxis är det en förutsättning för domstolsprövning av patientskador att saken först har prövats i administrativ ordning i *Patienterstatningen* och *Ankenævnet for Patienterstatningen*.

Finland

Den som är missnöjd med det beslut som fattats kan anhängiggöra talan mot Patientförsäkringscentralen vid tingsrätt. Tingsrättens dom kan sedan som i Sverige överklagas till högre instans.

Det finns inte något krav på att Patientskadenämnden hörs innan en patient väcker talan vid domstol.

Norge

Även i Norge kan de beslut som fattats av den norska *Pasientskadenemnda* överklagas till domstol (§ 18). Talan, som förs mot *Pasientskadenemnda*, måste väckas inom sex månader från det att den skadelidande delgivits

nämndens beslut. Sker inte detta har det beslut *Pasientskadenemnda* fattat samma rättsverkan som en rättskraftig dom.

På motsvarande sätt som i Danmark gäller enligt praxis att en förutsättning för domstolsprövning av patientskador är att saken först har prövats i administrativ ordning i *Norsk pasientskadeerstatning* och *Pasientskadenemnda* (*Pasientskaderett* s. 93).

Sammanfattning

I samtliga nordiska länder gäller att det slutliga beslut som fattats i ett patientskadeärenden inom viss tid kan överklagas till domstol.

En förutsättning för domstolsprövning i Danmark och Norge är till skillnad från Sverige och Finland att patientskadenämnden först prövat ärendet.

INTERNATIONELL UTBLICK

Patientförsäkring i andra länder

Sverige var det första landet i världen som införde en *särskild försäkring* för att ersätta patienter för skador i samband med behandling inom hälso- och sjukvården samt tandvården. Året innan den svenska frivilliga patientförsäkringen trädde ikraft år 1975 hade *Nya Zeeland* valt att bland annat låta ersättning för patientskador ingå i det nationella socialförsäkringsskyddet. Det nya zeeländska ersättningssystemet för patientskador var inledningsvis mycket omfattande, men det visade sig efter ett tag att det blev mycket kostsamt, varför betydande inskränkningar i rätten till ersättning för patientskador med tiden fick införas. Detta gjorde att ersättningssystemet blev betydligt mindre omfattande än det svenska. På senare år har ersättningsreglerna åter ändrats och det har blivit lättare för patienter i Nya Zeeland att få ersättning.

Någon direkt motsvarighet till den typ av patientförsäkringar som finns i de nordiska länderna finns, förutom i Nya Zeeland, såvitt känt inte i något annat land i världen. För att få ersättning för skada som inträffat i samband med hälso- och sjukvård krävs i övriga länder som regel att den skadelidande kan bevisa fel eller försummelse från ansvarig sjukvårdspersonals sida.

I *Frankrike* har man dock sedan år 2002 en lag enligt vilken ersättning för patientskador under vissa förutsättningar kan lämnas från socialförsäkringssystemet på objektiva grunder, dvs. oberoende av fel eller oaktsamhet hos hälso- och sjukvårdspersonalen. Ersättning kan sålunda lämnas för olycksfall som inträffat inom sjukvården samt skador som har uppkommit på grund av behandling eller genom behandling av uppkomna infektioner. Systemet omfattar även privatsjukvården. En förutsättning för att få ersättning är emellertid att skadan medfört en invaliditet som graderas till minst 25 procent. Det krävs således att skadan är svårartad för att ersättning ska lämnas enligt det franska systemet. Detta administreras av ONIAM (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux).

Vissa delstater i *USA* har lämnat ersättning för speciella typer av patientskador genom särskilda ersättningsprogram, t.ex. har Florida och Virginia haft särskilda ersättningslösningar för barn som fått svåra neurologiska skador i samband med förlossning. Ett likartat system infördes i *Japan* år 2009 och i *Taiwan* år 2013.

Även i andra länder kan för vissa speciella skador ersättning lämnas enligt särskilda ersättningssystem, exempelvis för vaccinationsskador.

Sverige – ett föregångsland

Eftersom Sverige inom patientförsäkringsområdet har varit ett föregångsland har representanter från den svenska försäkringen varit engagerade för att bygga upp motsvarande lösningar i andra länder. På grund av att det föreligger ett stort internationellt intresse för hur skador inom sjukvården kan ersättas på ett mer rationellt sätt än enligt allmänna skadeståndsrättsliga regler, har det från svensk sida också bedrivits en stor informationsinsats runt om i världen och under åren har även ett stort antal studiebesök från utlandet gjorts i Sverige. Som en del av detta informationsarbete publicerade år 2007 Ulf Hellbacher, Carl Espersson och Henry Johansson en informationsskrift på engelska om den svenska patientförsäkringen ”*Patient Injury Compensation for Healthcare-Related Injuries*”.

En person som inledningsvis var mycket engagerad i denna informationsinsats var Carl Oldertz som fram till augusti 1989 var direktör i försäkringsbolaget Skandia. Han var bland annat engagerad i att bygga upp likartade lösningar i Norge och Finland och skaffade sig ett stort kontaktnät över hela Västeuropa, USA, Australien, Nya Zeeland och Japan där det pågick intensiva diskussioner om ett bättre ekonomiskt skydd för patienter som skadats inom sjukvården. Han deltog även i många internationella konferenser där han informerade om den svenska lösningen.

Det bör här nämnas att Carl Oldertz var den person som i första hand låg bakom den svenska patientförsäkringen. En av de bärande idéer som han i mitten av 1960-talet framförde för att komma ifrån de segslitna skadestånds-

processer som då förelåg, när det bland annat gällde skador inom sjukvården, var att utveckla en försäkringslösning där man helt sonika avskaffade kravet på att behöva bevisa att det förekommit fel eller försummelse från vårdpersonalens sida för att ersättning skulle kunna lämnas. Förslaget var som att hugga av den gordiska knuten och öppnade möjligheten för den patientförsäkring som sedan skulle komma. För sina insatser hedrades Carl Oldertz bland annat med ett hedersdoktorat vid Uppsala universitet och han blev även utsedd till riddare av Finlands vita ros.

Nordiskt samarbete

Under åren har ett nära och lärorikt samarbete förelegat mellan de nordiska patientförsäkringarna. Från och med början av 2000-talet har årliga samarbetsmöten skett mellan de nordiska patientförsäkringarna. Deltagare vid dessa möten har varit företrädare för Löf, *Patientförsäkringscentralen* (Finland), *Patientforsikringen* (Danmark) samt *Norsk Pasientskadeerstatning*. Vid mötena diskuteras försäkringsjuridiska frågor och hur man bäst och effektivast organiserar skaderegleringsverksamheten.

Även de nordiska patientskadenämnderna har haft ett intimt samarbete. Det första steget för att formalisera detta samarbete togs på svenskt initiativ år 2002 och år 2004 träffades representanter för alla nordiska patientskadenämnder för första gången för en gemensam konferens i Stockholm. Därefter har sådana konferenser hållits vartannat år i någon av de nordiska huvudstäderna. Vid dessa konferenser, som upplevs som mycket värdefulla, diskuteras alla tänkbara frågor av gemensamt intresse rörande såväl praxisfrågor som arbetet i övrigt i nämnderna.

Aktiviteter utanför Norden

Kaj Essinger, tidigare VD för det försäkringsbolag som i dag betecknas Löf, har förutom ett starkt engagemang för ett nordiskt samarbete även varit

starkt involverad i en mer internationell diskussion om hur skador i sjukvården kan förhindras och ersättas. Han har således deltagit i många internationella konferenser som tagit upp dessa frågor och han har även tagit emot flera utländska delegationer som velat studera den svenska modellen. I detta sammanhang kan bland annat nämnas att han i juni 2008 redovisade en rapport med rubriken: "*Medical Liability: Alternative Ways to Court Procedures*", på en konferens i Strasbourg som anordnats av Europarådet angående "*the ever-growing challenge of medical liability: national and European responses*".

Som ledamot av presidiet för HOPE (Standing Committee of the Hospitals of the European Union, dvs. den europeiska sjukhusfederationen, sjukhusägarnas samarbetsorganisation) och president i en av dess kommittéer, som bland annat arbetade med patientsäkerhet, gjorde han en enkät till medlemsländerna om "Insurance and Malpractice" som han sedan sammanställde i en rapport.

USA

Från amerikanskt håll har det alltid funnits ett stort intresse för att finna ett alternativ till det rådande skadeståndssystemet som inte fungerar väl varken när det gäller skador inom sjukvården eller andra områden som exempelvis produktansvar. Inom sjukvården är det ofta ett lotteri. Likartade skadetyper kan ibland leda till skadestånd på tiotals miljoner dollar och andra gånger får patienten inget skadestånd alls. Cirka 70 procent av pengarna i det amerikanska försäkringssystemet för skador inom sjukvården går enligt uppgift till advokater och försäkringsadministrationen. I Sverige ligger denna siffra på under 20 procent. De amerikanska advokaterna tar en viss procent i arvode, ofta mellan 30 och 40 procent, av patientens eventuella skadestånd. Får patienten inte något skadestånd så påverkar detta således advokaternas möjlighet till ersättning. Detta innebär att advokaterna många gånger inte åtar sig mål där man beräknar att det möjliga skadeståndet inte kommer att överstiga 200 000 dollar, dvs. omkring 1 700 000 kronor.

På grund av risken för att bli stämd vid domstol praktiserar amerikanska läkare ofta så kallad *defensive medicine*, dvs. läkaren rekommenderar en diagnostisk undersökning eller en behandling som inte nödvändigtvis är den

bästa lösningen för patienten, utan snarare är en åtgärd för att undvika att läkaren drabbas av skadeståndskrav. Kostnaderna för sjukvården i USA anses ha ökat mycket kraftigt på grund av *defensive medicine*. Risken för att drabbas av skadeståndskrav gör dessutom att läkarna sannolikt inte alltid informerar patienten om att en vårdskada inträffat, vilket kan innebära att patienten förblir okunnig om skadan. Detta medför i sin tur att arbetet med att förebygga en likartad skada i framtiden försvåras.

Kostnaden för det amerikanska skadeståndssystemet när det gäller skador inom sjukvården uppskattades år 2010 till omkring 380 miljarder kronor (Michelle M. Mello mfl. *National Costs of the Medical Liability System, Health Affairs*, 29, no.9 (2010):1569-1577).

Med anledning av bland annat nämnda brister i det amerikanska systemet har ett antal professorer från *Harvard Medical School* och *Harvard School of Public Health* genom åren engagerat sig i frågan att finna en alternativ lösning för att kompensera skador inom sjukvården. Detta har under åren lett till ett samarbete mellan Harvard University och den svenska patientförsäkringen.

Här bör nämnas att under 1980-talet gjordes den klassiska och ofta citerade så kallade Harvardstudien (*Harvard Medical Practice Study*), som bland annat påvisade att patienter skadades i vården i en oacceptabel omfattning och att vårdskador utgjorde den åttonde vanligaste dödsorsaken i USA. Studien visade även att patienter bara i vart sjunde fall där skadan orsakats genom fel eller försummelse framställde ett skadeståndskrav.

Våren 2005 besökte en delegation från Harvard University Nya Zeeland, Danmark och Sverige för att studera patientförsäkringssystemen i dessa länder. Vid ett *Public forum* som hölls i Washington i oktober samma år, där bland annat läkare, advokater, sjukhusadministratörer, försäkringstjänstemän och patientrepresentanter från hela USA deltog, jämfördes de olika systemen. Under mötet lade Harvard University fram ett förslag till ett nytt system för att ersätta patientskador i USA, där det är de olika delstaterna som har lagstiftningsmakten. Förslaget gick i mycket stora drag ut på följande.

För det första skulle ärendena inte längre avgöras i de allmänna domstolarna

utan de skulle i stället prövas i speciella *Health courts*. Dessa domstolar skulle på många sätt likna den svenska patientskadenämnden.

För det andra skulle patienterna inte längre behöva påvisa fel eller försummelse från sjukvårdens sida för att få ersättning för sin skada, utan det skulle räcka med att han eller hon kunde visa att skadan hade kunnat undvikas genom ett annat förfarande.

För det tredje skulle den ideella ersättningen standardiseras på ett sätt som mycket liknar den svenska modellen.

Några större genomgripande förändringar har såvitt känt dock inte skett någonstans i USA de senaste åren.

JAPAN

Flera asiatiska länder har under åren visat ett stort intresse för det svenska patientförsäkringssystemet. Redan några år efter det att den svenska patientförsäkringen hade trätt ikraft år 1975 fick man ett japanskt studiebesök. Med jämna mellanrum har sedan japaner besökt Sverige för att lära sig hur det svenska systemet fungerar. Initialt berodde det japanska intresset mycket på den så kallade SMON-katastrofen som drabbade speciellt Japan under 1960-talet då tusentals japaner fick en nervsjukdom som gav blindhet och förlamningar efter förebyggande användning av läkemedlet Clioquinol (i Sverige marknadsfört under namnet Entero-Vioform) mot magsjuka.

År 2009 infördes i Japan ett system som lämnade ersättning på objektiv grund, dvs. utan att patienten behöver påstå eller bevisa att fel eller försummelse förelegat, för barn som fått svåra neurologiska skador i samband med förlossningen, *The Obstetric Injury Compensation System*. Ersättningssystemet är frivilligt men täcker nästan all (99,7procent) japansk förlossningsvård.

THAILAND

Nästa asiatiska land som visade ett stort intresse för att införa ett särskilt ersättningssystem för skador inom sjukvården var Thailand. Detta bland annat på grund av att media omkring år 2000 mer och mer började rapportera om uppseendeväckande skador inom vården. Flera patienter polisanmälde läka-

re för vållande till kroppsskada och fler skadeståndskrav började också riktas mot vårdgivare eller läkare på grund av vårdskador. Våren 2007 blev Carl Espersson därför inbjuden av HCRP (*Thai-European Health Care Reform Project*, ett gemensamt projekt av EU och det thailändska hälsoministeriet) att under nio dagar besöka Bangkok för att där på plats diskutera ett förslag till en patientskadelag (*Protection of Patient Injury from Health Care Service Act*) med den grupp som arbetat fram lagförslaget. I uppdraget ingick även att i olika sammanhang informera politiker, akademiker, advokater, läkare, patientföreträdare och journalister om fördelarna med en så kallad "no blame"-lösning för att kompensera patienter som skadats inom sjukvården samt att skriva en längre artikel som skulle publiceras på ledarsidan i Bangkok Post.

Enligt lagförslaget ska alla skador som kunnat undvikas genom ett annat förfarande ersättas. Enda undantagen från rätten till ersättning är följderna av grundsjukdomen och mindre skador.

Ett problem med det thailändska lagförslaget är att den ersättning som ska kunna lämnas enligt den föreslagna lagen är betydligt lägre än den ersättning som kan lämnas enligt skadeståndsrättsliga regler i Thailand. Särskilt från läkarhåll föreligger därför en oro för att en patient som skadats i vården först begär ersättning enligt den föreslagna lagen och sedan om patienten får sådan ersättning använder denna ersättning för att finansiera en stämning av läkaren eller sjukhuset vid domstol för att få ut en betydligt större skadeståndsansättning. På så vis skulle man med den föreslagna patientskadelagen inte minska antalet domstolsförfaranden, vilket är en av grundtankarna med en "no blame"-lösning, utan snarare öka dem. En grundförutsättning för att en särskild ersättningsordning för vårdskador ska fungera väl är att ersättningen från detta system i stort sett överensstämmer med den ersättning som kan lämnas enligt allmänna skadeståndsrättsliga regler.

Ett annat problem i Thailand är att det kan vara svårt för patienten att omgående få ta del av de egna patientjournalerna och att dessa kan ha stora brister när det gäller dokumentationen av den givna vården. Vid handläggningen av en anmälan om en vårdskada är de viktigaste handlingarna patientens journaler. Det är ur dessa handlingar man kan bedöma vad som hänt. Därför är det av största vikt att patienten alltid har tillgång till sina egna journaler

och att dessa alltid innehåller väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården, uppgift om ställd diagnos och anledningen till mera betydande åtgärder samt väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder. Utförliga patientjournaler är dessutom en förutsättning för att kunna ge en god sjukvård.

Avslutningsvis kan nämnas att i det thailändska lagförslaget anges uttryckligen att uppgifterna i skadeanmälningarna ska användas i arbetet för att förebygga att likartade skador inträffar i framtiden.

Bland annat på grund av ett relativt stort motstånd från läkarna har lagförslaget ännu inte godtagits av det thailändska parlamentet.

TAIWAN

Det första asiatiska land som inför en heltäckande patientskadelag kan bli Taiwan. År 2008 togs ett principbeslut inom hälsodepartementet att arbeta för införandet av ett ersättningssystem för skador inom sjukvården där ersättningen kunde lämnas på objektiva grunder, dvs. utan att patienten behövde påstå eller bevisa att fel eller försummelse förelegat. Anledningen till detta beslut var att det vid aktuell tidpunkt var mycket svårt för patienterna att vinna en skadeståndsprocess. Detta förhållande berodde bland annat på att det var besvärligt för patienter att utan biträde av medicinsk sakkunskap kunna påvisa att det förekommit fel eller försummelse från vårdpersonalens sida, vilket var en förutsättning för att kunna få ersättning. Dessutom uppfattades domstolarnas avgöranden som oförutsägbara och motsägelsefulla. För att överhuvudtaget kunna driva sitt fall var det även viktigt att patienten kunde få tillgång till sina egna journaler och att dessa var fullständiga. Ofta var det emellertid, precis som i Thailand, krångligt för patienterna att få ta del av de egna journalerna.

Dessa förhållanden ledde till att patienterna i stället polisanmälde ansvarig sjukvårdspersonal och påbörjade ett straffrättsligt förfarande. Vid ett sådant förfarande, som var kostnadsfritt för patienten, behövde patienten inte bevisa att sjukvårdspersonalen hade vållat skadan eller göra någon egen utredning i övrigt utan det ankom på åklagaren att utreda fallet. Om läkaren eller annan sjukvårdspersonal ansågs skyldig till exempelvis vållande till kropps-

skada, kunde patienten sedan begära ett skadestånd för uppkommen skada, vilket skedde i 10–20 fall per år. Oftast dömdes sjukvårdspersonalen till böter, men i några fall per år dömdes de till fängelse. Risken att drabbas av ett sådant straff gjorde att läkarna var ovilliga att informera patienterna om att en vårdskada uppkommit och ökade praktiserandet av *defensive medicine*, med de ökade kostnader för sjukvården som detta innebar. Taiwan har bland de bästa medicinstudenterna i världen, men på grund av risken för att dras in i en brottmålsprocess väljer de hellre att arbeta som exempelvis hudläkare än inom akutvården. Inom högriskområden som exempelvis kirurgi, förlossningsvård eller barnhälsovård börjar man få brist på läkare.

Det första steget för att införa ett ”no blame”-system för ersättning av skador inom sjukvården var att föreslå en lag om ersättning för förlossningsskador, *The Birth Injury Compensation Act*. Nästa steg var att föreslå en lag som omfattade all sjukvård i Taiwan, *The Medical Injury Management Act*. Hösten 2011 skulle båda lagförslagen debatteras i den taiwanesiska riksdagen, *the Legislative Yuan*. För att vidga diskussionen och öka medvetenheten om lagförslagen blev Carl Espersson och den danska medicinprofessorn Lars Dahlgård Hove inbjudna att i november 2011 besöka Taiwan för att där under tio dagar träffa representanter från hälsoministeriet, läkare, jurister, politiker, journalister och patientrepresentanter. I uppdraget ingick även att delta i ett stort internationellt forum i Taipei, där många framstående läkare, jurister och representanter från förvaltningen deltog, och där föreläsa om de nordiska patientförsäkringarna. Forumet fick stor uppmärksamhet i media, bland annat för att det var första gången som läkare och jurister i Taiwan gemensamt diskuterade hur skador inom sjukvården borde ersättas. Föreläsningar hölls också på ett universitetssjukhus i Tainan och på Changhua Christian Hospital.

I januari 2013 trädde *The Birth Injury Compensation Act* ikraft. Lagen lämnar ersättning till mödrar och barn som skadas svårt i samband med förlossningen oavsett om skadan kunnat undvikas eller inte.

The Medical Injury Management Act har däremot ännu inte trätt ikraft. Lagförslaget som således omfattar all sjukvård i Taiwan bygger på de svenska, danska och finska patientskadelagarna. Article 5 i lagförslaget täcker i stort sett samma skador som de som enligt 6 § första stycket 1 i den svenska

patientskadelagen kan ge rätt till ersättning, med ett undantag. Enligt det taiwanesiska lagförslaget ska ersättning även kunna lämnas för så kallade katastrofskador, dvs. ersättning ska kunna lämnas även för skada som exempelvis inte kunnat undvikas genom ett annat förfarande, om skadan inträffar när en patient vid behandling av en bagatellartad åkomma drabbas av svår invaliditet eller avlider. Undantaget från rätten till ersättning är bland annat skador som uppkommer vid kosmetisk kirurgi som inte är medicinskt nödvändig och obetydliga skador. Enligt article 22 i lagförslaget får en patient som erhållit ersättning enligt lagförslaget inte påbörja en skadeståndsprocess eller ett straffrättsligt förfarande beträffande den skada patienten fått ersättning för. En databas för medicinska skador ska enligt article 46 upprättas för att kunna identifiera områden med hög skaderisk. En av de stora eldsjälarna bakom en reformering av det taiwanesiska ersättningssystemet är läkaren Guang-Perng Yeh.

SYNPUNKTER PÅ PATIENTSKADELAGEN OCH DESS TILLÄMPNING

När patientförsäkringen tillkom år 1975 var Sverige det första landet i världen som införde en sådan *särskild försäkring* för att patienter, utan att behöva väcka talan vid domstol, skulle kunna få ersättning för skador som uppkommit i samband med behandling inom hälso- och sjukvården samt tandvården. Försäkringen var till en början frivillig men blev år 1997 genom införandet av patientskadelagen obligatorisk för alla vårdgivare.

Under de 40 år som patientförsäkringen har funnits har bestämmelserna efter hand anpassats med hänsyn till de erfarenheter som gjorts. De frivilliga ersättningsbestämmelserna ändrades således på vissa punkter i olika omgångar. Det förarbete som gjordes inför införandet av patientskadelagen år 1997 (SOU 1994:75 och prop. 1995/96:187) innebar en grundlig genomgång av de frivilliga bestämmelserna och förändringar i förhållande till dessa även om stommen var densamma i lagen. I prop. 1995/96:187 förutskickades att man, när Patientskadelagen tillämpats under ett antal år, skulle göra en översyn av lagen.

En sådan översyn gjordes av Patientskadeutredningen, som år 2004 avgav betänkandet "Patientskadelagen och läkemedelsförsäkringen – en översyn" (SOU 2004:12). I betänkandet föreslogs bl.a. följande:

- Att bestämmelsen om *infektionsskador* skulle ändras så att utgångspunkten skulle vara att en infektion alltid skulle anses ha uppkommit i samband med en vårdåtgärd, oavsett vilket område det varit fråga om och oavsett om bakterierna överförts utifrån eller inte.
- Att en bestämmelse avseende s.k. *katastrofskador* som funnits i de frivilliga ersättningsbestämmelserna åter skulle införas, dvs. att ersättning skulle kunna lämnas även om någon av de övriga förutsättningarna för ersättning inte föreligger, i de fall då en vårdåtgärd lett

till svår invaliditet, annan synnerligen allvarlig komplikation eller dödsfall och skadan inte står i rimligt förhållande till den sjukdom eller skada som har föranlett åtgärden eller till det förväntade resultatet av denna åtgärd.

- Att *lagens tillämpningsområde* skulle utvidgas till att omfatta även vård som ges utomlands efter hänvisning från ett landsting och för vilken landstinget åtagit sig kostnadsansvar.

Trots att de föreslagna ändringarna framstår som mycket välgrundade har de efter mer än tio år ännu inte genomförts. Om de föreslagna ändringarna hade införts i patientskadelagen skulle detta ha inneburit att fler patienter hade kunnat få ersättning. Att den tidigare bestämmelsen om *katastrofskador* inte åter tagits in har exempelvis inneburit att regeringen i ömmande fall i stället fått betala ut ersättning ex gratia. Vid i vart fall ett tillfälle har den ex gratia-ersättning som lämnats dessutom varit avsevärt lägre än vad som hade blivit fallet om ersättning lämnats enligt patientskadelagen.

Även beträffande *infektionsskador* finns det anledning att utgå ifrån att den utformning av infektionsbestämmelsen som föreslagits av Patientskadeutredningen skulle ha lett till att fler patienter fått ersättning än vad som gäller enligt nuvarande reglering.

Mot bakgrund av erfarenheterna av patientförsäkringen under den tid den funnits lämnas i det följande synpunkter på hur försäkringen fungerat i praktiken och i vilka avseenden det kan finnas skäl för ändringar. Med utgångspunkt från de ärenden som behandlats i Patientskadenämnden redovisas även ändringsfrekvensen för olika typer av ärenden. Redan här kan konstateras att den genomsnittliga ändringsfrekvensen beträffande samtliga typer av skador som nämnden prövat under åren 1997–2014 är cirka 9 procent.

När det gäller angelägna förändringar på patientskadeområdet kan konstateras att det finns ett flertal faktorer, exempelvis den snabba utvecklingen inom det medicinska området, som innebär att det måste finnas en möjlighet att vid behov, utan alltför lång tidsutdräkt, genomföra förändringar i den nuvarande regleringen av ersättningen för patientskador. Avsnittet nedan belyser på denna punkt skillnaden mellan vad som gällde så länge försäkringen var frivillig och vad som skett under de år patientskadelagen funnits.

Vad har lagregleringen inneburit när det gäller genomförande av angelägna ändringar av bestämmelserna om patientskadeersättning?

Fördelen med ett frivilligt försäkringssystem var att försäkringsgivare och försäkringstagare hade ett gemensamt ansvar för försäkringen. Man var angelägen om att fortlöpande förbättra ersättningsvillkoren och hade möjlighet att göra detta på ett relativt snabbt och smidigt sätt. När uppgiften att övervaka utvecklingen och företa förändringar uteslutande ligger på lagstiftaren är det betydligt mera komplicerat och tidsödande att få en ändring till stånd.

Under de 22 år (1975–1996) som den frivilliga patientförsäkringen gällde ändrades ersättningsbestämmelserna sju gånger, dvs. nästan vart tredje år. Under åren 1997–2014 då patientskadelagen har tillämpats har lagen, trots att det funnits skäl för det, inte ändrats någon gång bortsett från vissa redaktionella ändringar på grund av förändringar i närliggande lagstiftning. Från och med år 2015 har dock preskriptionsreglerna ändrats i samband med en övergripande översyn av preskriptionsbestämmelserna i försäkringssammanhang (se prop. 2012/13:168 och avsnittet *Preskription*).

Det frivilliga systemet var således betydligt mera flexibelt och följsamt än lagstiftning avseende ändringar och justeringar på patientförsäkringsområdet, där bl.a. den medicinska utvecklingen ofta sker på ett snabbt och genomgripande sätt och på så vis förändrar förutsättningarna för rätten till ersättning.

Det är givet att det när det gäller lagändringar inte finns samma möjligheter att relativt snabbt genomföra sådana. Risken är dock, som fallet är när det gäller patientskador, att man trots att det finns ett genomarbetat betänkande med förslag till viktiga förändringar inte prioriterar detta av olika skäl och att ändringsförslag som finns aldrig blir föremål för någon ytterligare behandling.

Den viktiga frågan om s.k. katastrofskador och behovet av en lagreglering på denna punkt togs upp i en riksdagsmotion redan år 2001. Frågan behandlades sedan, som tidigare nämnts i betänkandet SOU 2004:12. Även i andra frågor som rör patientskadelagen har motioner överlämnats till riksdagen.

Bland annat togs i en motion år 2007 upp frågan om ersättning för ombudskostnader i samband med ett patientskadeärende.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att det, oavsett den tröghet som finns i systemet med att genomföra lagändringar, har funnits möjlighet att sedan lång tid tillbaka genomföra angelägna förbättringar för patienterna när det gäller rätten till ersättning på patientskadeområdet. Om lagstiftaren kunde vara mera lyhörd för de angelägna förändringar som föreslås på patientskadeområdet, såväl efter utredningsarbete som när enskilda frågor förs fram till regeringen, och lägga sig vinn om att snabbare genomföra förändringarna skulle dock nackdelarna jämfört med det frivilliga systemet vara mindre.

Patientbegreppet och begreppet hälso- och sjukvård

(1 §, 2 § och 5 §)

Vem som ska betraktas som patient eller vad som ska anses vara hälso- och sjukvårdande behandling i patientskadelagens mening orsakar som regel inte några besvär i den dagliga ärendehantering. Endast i några enstaka fall per år (någon promille av alla ärenden) prövar Patientskadenämnden dessa frågor och det är mycket sällsynt att problem uppstår vid prövningen.

Beträffande *estetiska behandlingar* kan konstateras att det för närvarande saknas klara regler om vad som gäller när skador inträffar. Sådana behandlingar utförs i dag inte endast av personal med medicinsk utbildning utan även av personer som saknar sådan utbildning. Bör alla typer av estetiska behandlingar omfattas när det gäller att ersätta skador som uppkommer eller ska man dra en gräns mellan mera angelägna och mindre angelägna behandlingar? Patientskadenämnden har, i de fall som prövats, vid sin bedömning haft som utgångspunkt att skador som uppkommit efter estetisk behandling som utförts av medicinskt utbildad personal omfattas av patientskadelagen men inte skador efter behandling av personer som saknar medicinsk utbildning. Begreppet *hälso- och sjukvård* definieras i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla

sjukdomar och skador. Ska definitionen tolkas strikt så är det tveksamt om estetiska behandlingar som inte är motiverade av medicinska skäl faller in under begreppet, även om behandlingen utförts av medicinskt utbildad personal.

När det gäller estetiska behandlingar har *Skönhetsutredningen* föreslagit en *Lag om kroppsbehandlingar* (SOU 2015:100). Utredningen har ansett att de kroppsbehandlingar som omfattas är att se som konsumenttjänster men att det inte är fråga om hälso- och sjukvård (se under avsnittet *Begreppet patient*). I vad mån förslaget kommer att leda till lagstiftning och i sådant fall hur en sådan lag kommer att vara utformad återstår att se.

I detta sammanhang kan nämnas en intressant och aktuell fråga som gäller s.k. PIP-implantat (*Poly Implant Prothèse*), dvs. bröstimplantat tillverkade av silikon, där det franska företag som tillhandahållit implantaten använt sig av industrisilikon. Dessa implantat kan läcka och orsaka vävnadsskador och andra komplikationer. Socialstyrelsen och Läkemedelsverket har därför rekommenderat de kvinnor som satt in sådana implantat att ta bort implantaten. Frågan är i vad mån och på vilket sätt dessa kvinnor ska kunna få ersättning för att låta ta ut implantaten och eventuellt sätta in nya implantat. I många fall har de vårdgivare som opererat in implantaten åtagit sig att kostnadsfritt ta ut dessa. Däremot har det inte varit lika klart att man kostnadsfritt även opererar in nya implantat. I vad mån ersättning kan utbetalas från patientförsäkringen i ärenden av detta slag har ännu inte slutligt bedömts.

En annan intressant fråga gäller s.k. sekundär smitta. *Patientskadeutredningen* (SOU 2014:12) prövade frågan om möjlighet till ersättning för personer som smittats av någon som drabbats av smitta i samband med hälso- och sjukvård. De fall som aktualiserade frågan var i första hand fall där patienten vid blodtransfusion drabbats av hepatit C-smitta eller HIV-virus och därefter överfört sjukdomen till annan. I dessa fall hade således annan än patient drabbats av en skada som indirekt hade sin grund i en vårdåtgärd. Om den smittade patienten inte känner till smittan eller risken för att den kan föras vidare, kan det onekligen föreligga skäl att överväga att utsträcka den personkrets som omfattas av patientskadelagen till närstående till patienten som sekundärsmittats.

Det enda land i Norden där sådan ersättning kan ges är Norge. Detta sker då inom ramen för patientskadeersättningen (§ 2 st. 1 *Pasientskadeloven*). Skälen till detta är huvudsakligen att det enligt allmänna skadeståndsrättsliga principer i Norge finns en rätt till ersättning om det är ett nära orsakssamband mellan den ansvarsgrundande handlingen och den skada som tredje man lidit. Det ska röra sig om en skada som typiskt står i samband med behandlingen.

Patientskadeutredningen fann emellertid att ett lagstadgat åtagande från försäkringsgivarnas sida för skador och sjukdomar som drabbar andra än patienter skulle medföra en utvidgning av lagen med uppenbara gränsdragningsproblem och svårbedömbara ekonomiska konsekvenser. Utredningen fann således en utvidgning av lagen på detta område alltför långtgående med konsekvenser som är svåra att överblicka.

Vi delar utredningens bedömning att svåra gränsdragningsproblem skulle kunna uppkomma, exempelvis vid MRSA-infektioner. De ekonomiska konsekvenserna av en utvidgning är också omöjliga att förutse. Vi anser dock att frågan bör följas noggrant och att man i framtiden får överväga om frågan behöver utredas ytterligare.

Patientskadelagens geografiska omfattning

(3 §)

Som tidigare redogjorts för täcker patientförsäkringen endast skador som uppkommit i samband med hälso- och sjukvård i Sverige.

Patientskadeutredningen föreslog att lagens tillämpningsområde skulle utvidgas till att omfatta också sjukdom eller skada som uppkommit i samband med hälso- och sjukvård utomlands, under förutsättning att ett landsting hänvisat patienten dit och ansvarar för kostnaderna för vården. Detta skulle innebära en kodifiering av vad som redan gäller i praktiken, eftersom landstingen och regionerna har tecknat en särskild frivillig patientförsäkring för skador som uppstår vid sådan vård. Enligt Löf:s åtagande lämnas emellertid endast ersättning för kroppsskada, således inte för rent psykisk skada utan

samband med fysisk skada. Om lagens tillämpningsområde skulle utvidgas måste således även psykiska skador vid utlandsvård omfattas av lagen. Dessa skador skulle emellertid sannolikt bli sällsynta. En lagreglering torde därför inte ge några nämnvärt ökade kostnader.

Den ökade internationaliseringen, särskilt inom den europeiska gemenskapen, kommer sannolikt att medföra att svenska patienter i allt större utsträckning får vård utomlands. Det kan vara ett landsting eller en region som bedriver sådan vård i egen regi, exempelvis i form av rehabilitering, eller som hänvisat en patient till vård vid en speciell vårdinrättning eller hos en viss specialist utomlands och som också bekostar denna vård. Det kan då vara rimligt att patientskadeersättning lämnas i sådana fall. Det kan här nämnas att de danska och norska patientförsäkringssystemen omfattar skador som uppkommer utomlands under förutsättning att vården helt eller delvis betalas av det allmänna.

Vi delar därför Patientskadeutredningens förslag att 3 § patientskadelagen ska utvidgas till att avse även fall där patienter i den offentliga vården hänvisats till vård utomlands under förutsättning att landstinget eller regionen också bekostar vården.

Telemedicin, dvs. att utföra medicinska tjänster på distans, är en verksamhet som sannolikt kommer att utvecklas mycket snabbt. Med hjälp av telemedicin kan de medicinska tjänsterna utföras av läkare som befinner sig i en helt annan del av landet eller i ett annat land än patienterna. Telemedicin kan vara så enkelt som en telefonkonsultation eller så komplext som att involvera en robot. Ett område där det redan finns en omfattande telemedicinsk verksamhet är inom radiologi (röntgen) och den fortgående datautvecklingen gör att flera operationer numera går att utföra på distans. Operatören behöver inte vara fysiskt närvarande i operationssalen. Han eller hon kan befinna sig på annan plats och kan där genom att kontrollera robotar i operationssalen utföra själva operationen. Den 9 september 2001 utförde Dr Marecaux, som befann sig i New York, ett lyckat laparoskopiskt avlägsnande av gallblåsan på en patient som befann sig i Strasbourg. Att operationen vid tidpunkten inte fick den mediauppmärksamhet som den förtjänade berodde säkerligen på att två dagar senare utfördes terrordåd mot bland annat World Trade Centers Twin Towers i New York.

Ett problem som kan uppkomma i samband med internationell telemedicin är vilket lands lag som ska tillämpas. Så länge både läkarna och patienterna befinner sig i Sverige uppstår inga problem om vilken lagstiftning som gäller. Om däremot röntgenbilder tagna på en patient i Sverige granskas av exempelvis en läkare i Australien kan fråga uppkomma om vilken lagstiftning som ska gälla för det fall att den australiska läkaren tolkar röntgenbilderna på ett felaktigt sätt, vilket orsakar en patientskada. Samma problem uppkommer om en läkare som befinner sig i USA utför en operation på en patient i Sverige med hjälp av en robot och patienten drabbas av en operationsskada. I sådana situationer kan en juridisk osäkerhet uppkomma om vem som har ansvaret i olika situationer och vilken nations lagstiftning som ska gälla. Såväl frågor av detta slag som andra tänkbara problem i samband med telemedicin bör inom en inte alltför avlägsen framtid analyseras och ställning bör tas till om det finns behov av eventuella ändringar i patientskadelagen.

Patientskador

(6 § första stycket)

PERSONSKADEBEGREPPET

I cirka 2 procent av alla ärenden prövar Patientskadenämnden om en personskada uppkommit eller inte. Nämnden gör en annan bedömning än försäkringsbolagen i omkring 5 procent av dessa ärenden, vilket indikerar att personskadebegreppet i de allra flesta fall inte ger upphov till några tolkningsproblem.

En nyhet i patientskadelagen jämfört med den tidigare frivilliga patientförsäkringen är att inte bara fysiska skador eller psykiska skador som har samband med fysiska skador utan även *rent psykiska skador*, som inte har samband med någon fysisk skada, kan ersättas. Vid remissbehandlingen framfördes från flera håll kritik mot att även rent psykiska skador skulle kunna ersättas. Kritiken gick främst ut på att psykiska skador är svårutredda och att skaderegleringen därför kunde bli både omfattande och kostnadskrävande. Man menade också att möjligheten att få ersättning även för rent psykiska

skador i många fall kunde medföra förhoppningar om ersättning som inte skulle komma att infrias på grund av svårigheterna att avgöra vad som är ersättningsbart. Även beträffande denna typ av skador måste ju patienterna visa att det finns ett orsakssamband mellan behandling och skada samt att skadan exempelvis hade kunnat undvikas.

Trots den omfattande kritiken ansågs att det från rättvisesynpunkt var oacceptabelt att inte låta ett lagreglerat ersättningssystem omfatta även rent psykiska skador och man menade att även dessa skador skulle ersättas. Patientskadelagen kom därför att omfatta även rent psykiska skador.

Farhågorna att rätt till ersättning för rent psykisk skada skulle innebära dyra och svårutredda ärenden med åtföljande kostnader har emellertid inte be-sannats. Endast cirka 2 procent av alla skadeanmälningar till försäkringsbolagen gäller rent psykiska skador och endast i några enstaka fall per år prövar Patientskadenämnden om en rent psykisk skada är ersättningsbar eller inte. I de få fall som prövats av nämnden är ändringsfrekvensen omkring 14 procent. Någon närmare analys och utvärdering har emellertid inte gjorts beträffande skaderegleringen av rent psykiska skador.

SAMBANDSBEDÖMNINGAR

Den näst största gruppen ärenden som prövas av Patientskadenämnden är sambandsbedömningar, närmare bestämt omkring 20 procent av alla ärenden. Ändringsfrekvensen är cirka 3 procent, vilket indikerar att det föreligger en stor samstämmighet mellan försäkringsbolagen och nämnden när det gäller att bedöma samband mellan skada och vårdåtgärd. I vissa mycket speciella fall kan emellertid den medicinska sambandsbedömningen vara svår, se t.ex. fallet angående Wilms tumör (avsnittet *Bevisregler*). Här kan också nämnas fall då tidssambandet med en skada är starkt men uppkomstmekanismen är okänd.

BEVISBÖRDAN VID BRISTFÄLLIG JOURNALFÖRING

Eftersom handläggningen av ärenden enligt patientskadelagen sker på grundval av skriftliga handlingar är det viktigt att journalanteckningarna är utförliga. Enligt 3 kap. 6 § patientdatalagen (2008:355) ska en patientjournal, om uppgifterna föreligger, alltid innehålla bl.a. uppgift om ställd diagnos och anledningen till mera betydande åtgärder samt väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder.

I inte så få patientskadefall är det uppenbart att en skada uppkommit i samband med en behandlingsåtgärd, men att det på grund av bristfälliga eller obefintliga journalanteckningar i exempelvis en operationsberättelse inte går att avgöra om skadan kunnat undvikas genom ett annat förfarande, eftersom skadans uppkomstmekanism är okänd.

Om man inte känner till hur skadan uppkommit går det följaktligen heller inte att säga om skadan skulle ha kunnat undvikas genom ett annat förfarande. När journalföringen är bristfällig saknar patienten således den bevismöjlighet som journalen normalt ska ge och patientens ersättningskrav måste därför som regel avböjas. Detta kan naturligtvis kännas otillfredsställande. I Norge kan i vissa speciella situationer tillämpas en omvänd bevisbörda när journalföringen varit bristfällig. Det känns dock enligt vår mening tveksamt med en regel av sådant slag men det finns skäl att närmare utreda frågan.

INTE MOTIVERAD ELLER INTE VEDERTAGEN BEHANDLING

I cirka 2 procent av ärendena har Patientskadenämnden tagit ställning till om den medicinska behandlingen varit motiverad eller om en vedertagen behandlingsmetod använts. Ändringsfrekvensen ligger på cirka 9 procent när det gäller frågan om behandlingen varit motiverad och på omkring 21 procent när det gäller frågan om en vedertagen metod använts. När frågan om vedertagen metod har tagits upp som en särskild fråga i Patientskadenämnden kan denna fråga således många gånger vara svår att bedöma även om det inte sker så ofta.

REKOMMENDATIONER ELLER NATIONELLA VÅRDPROGRAM I FÖRHÅLLANDE TILL INDIVIDUELLT ANPASSAD BEHANDLING

I inte så få patientskadeärenden dyker frågan upp om man vid behandlingen av en patient är bunden av ett nationellt vårdprogram eller om man i det enskilda fallet ska se till vad som är bäst för den enskilde patienten, även om det innebär att man inte följer de rekommendationer som lämnats. Denna frågeställning har tagits upp i några fall som refererats tidigare under avsnittet *Medicinskt motiverad behandling – vedertagen metod*. Ett ärende (Dnr 431/2008 – PRS 2008:14) gällde behandling av bröstcancer där det nationella vårdprogrammet inte följts. Patientskadenämnden fann att det nationella vårdprogrammet för bröstcancer inte angav några absoluta regler utan endast rekommendationer som inte måste följas. Den behandling som givits följde de riktlinjer som gällde vid berörda vårdinrättningar och ansågs därför inte ha stridit mot vetenskap och beprövad erfarenhet. Rätt till patientskadeersättning förelåg därför inte.

I ett annat ärende (Dnr 372/2012 – PRS 2012:16) fick en patient med Crohns sjukdom behandling med kraftigt verkande kortisonpreparat, som orsakade patienten grav osteoporos (benskörhet). I det ärendet ansåg Patientskadenämnden att behandlingen, till skillnad från det förra ärendet, inte skett i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, eftersom rådande riktlinjer om förebyggande behandling mot benskörhet inte hade satts in, trots att det rörde sig om en kortisonbehandling som var längre än tre månader. Nämnden konstaterade vidare att det dessutom enligt de riktlinjer som fanns inte var tillräckligt att, som skett, behandla med enbart kalk och D-vitamin när det gällde en så ung patient som i det aktuella fallet. Enligt nationella rekommendationer skulle unga patienter även behandlas med bisfosfonat (medel mot bennedbrytning). Rätt till patientskadeersättning förelåg därför för den merskada som sannolikt uppkommit på grund av den uteblivna förebyggande behandlingen.

I ett ärende (Dnr 88/2012) som mycket utförligt refererats under avsnittet *Medicinskt motiverad behandling – Vedertagen metod* uppkom bland annat frågan om nationella rekommendationer om antibiotikabehandling, som utgick från evidensbaserad kunskap i befolkningsperspektiv, skulle ta över

vad som står i hälso- och sjukvårdslagen om god individuell vård till enskilda patienter. Ärendet visade att om man alltför slaviskt följer nationella rekommendationer om att minska onödig antibiotikabehandling, som tillkommit med anledning av att risken för antibiotikaresistenta bakterier kraftigt har ökat och därmed utgör ett allvarligt hot mot folkhälsan, kan det få till följd att enskilda individer undanhålls antibiotika som livräddande behandling. I det aktuella ärendet, där antibiotikabehandling inte sattes in, dog ett nio månader gammalt barn i en infektion orsakad av antibiotikakänsliga streptokocker.

Sammanfattningsvis måste man i första hand alltid se till den enskilde patientens bästa och inte till de rekommendationer som kan finnas i sammanhanget. Man får komma ihåg att rekommendationer är allmänna och inte alltid passar i det enskilda fallet. Dessa kan enligt vår mening aldrig anses bindande. Däremot är det klart att man ska väga in det som sägs i en rekommendation vid bedömningen av vilken behandlingsåtgärd som bör vidtas. När det inte finns något som talar emot att följa rekommendationen kan det naturligtvis ha betydelse att man inte följt den.

RESURSBRIST

Endast i något enstaka fall per år brukar frågan om resursbrist orsakat en skada komma upp i Patientskadenämnden. I de få fall som prövats av nämnden är dock ändringsfrekvensen omkring 22 procent. Med tanke på att nyhetsmedia relativt ofta skriver om bristande resurser är det glädjande att konstatera att bara någon promille av alla nämndsärenden berör denna fråga. Detta återspeglar emellertid knappast den allmänna debatten där frågan om resursbrist inom sjukvården främst avser bristen på vårdplatser och de skador och olägenheter detta för med sig.

Behandlingsskador

(6 § första stycket 1 – undvikbarhetskriteriet)

Den största gruppen ärenden som prövas av Patientskadenämnden är behandlingsskador. Cirka 24 procent av ärendena tillhör denna grupp, där den genomsnittliga ändringsfrekvensen är cirka 6 procent.

Utländska bedömare av den svenska patientförsäkringen har ofta till en början ställt sig kritiska till undvikbarhetskriteriet och ansett att det inte är någon större skillnad mellan facitresonemanget enligt patientförsäkringen och den skadeståndsrättsliga vållandebedömningen. Efter att utförligt ha satt sig in i bedömningsnormerna för undvikbarhetskriteriet har man dock insett de stora skillnader som faktiskt föreligger mellan det svenska facitresonemanget och den traditionella internationella skadeståndsrättsliga bedömningen. I förslag till ny lagstiftning i USA (*Harvard School of Public Health*), Thailand och Taiwan har man som ett huvudkriterium för rätt till ersättning för skador inom sjukvården föreslagit att skadorna ska ha kunnat undvikas genom ett annat förfarande.

I Sverige var det inledningsvis, när den frivilliga patientförsäkringen trädde ikraft år 1975, naturligtvis svårt att bedöma vilka skador som kunnat undvikas eller inte genom ett annat utförande av den valda behandlingsmetoden (behandlingstekniken) och under försäkringens första år ägnades därför mycket arbete åt att få fram tillämpbara bedömningsnormer.

När det gäller frågan om skadan kunnat undvikas genom ett annat utförande av den valda behandlingstekniken (omkring 85 procent av alla behandlingsskador som prövas av Patientskadenämnden) har efter 40 års tillämpning av bestämmelsen en relativt fast praxis utvecklats och generellt tillämpar försäkringsbolagen samma synsätt som Patientskadenämnden. Ändringsfrekvensen beträffande denna grupp är cirka 4 procent. Med tanke på den snabba utvecklingen inom det medicinska området tas emellertid hela tiden nya behandlingsmetoder fram vilket ibland kan orsaka nya bedömningssvårigheter.

I samband med att patientskadelagen trädde ikraft år 1997 infördes en bestämmelse om att ett s.k. facitresonemang även skulle gälla beträffande själva

metodvalet, dvs. en bedömning i efterhand av om en skada hade kunnat undvikas om i stället för den valda behandlingsmetoden en annan metod hade använts. Kritik framfördes från flera håll mot att införa en sådan bestämmelse. Man ansåg bland annat att det skulle innebära stora utredningstekniska problem med tanke på de avsevärda tillämpningssvårigheter som skulle föreligga med stort utrymme för tolkningstvister. Svåra gränsdragningsfrågor kunde uppkomma vid valet mellan olika metoder. Detta i synnerhet när metoder inom olika specialistområden skulle vägas mot varandra. Vid exempelvis behandlingen av en hjärntumör kan valet stå mellan att operera, strålbehandla eller medicinera. Man frågade sig om försäkringsbolagens medicinska rådgivare hade en så allsidig kompetens att de kunde göra korrekta bedömningar om alternativa metoder. Kunde de känna till alla behandlingsmetoder inom olika specialiteter som kunde vara aktuella för en speciell åkomma och veta hur väl dessa metoder kunde tillgodose vårdbehovet samt hur riskfyllda de var?

Någon mer ingående analys har ännu inte gjorts av ärenden där man prövat om någon annan tillgänglig behandlingsmetod, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt (omkring 15 procent av alla behandlingsskador som prövas av nämnden), hade funnits. Det verkar dock som om facitbedömningen på metodvalet i stort sett fungerat bra, men ändringsfrekvensen är här betydligt större än vid facitbedömningen av behandlingstekniken, nämligen cirka 17 procent. Detta indikerar att det vanligtvis är mer problematiskt att göra facitbedömningen på metodvalet än på den valda behandlingstekniken, där ändringsfrekvensen som tidigare nämnts är cirka 4 procent. Det finns sannolikt en risk för att man ibland alltför snabbt avfärdar frågan om det finns en möjlig alternativ metod. Även om det i och för sig finns en alternativ metod som skulle ha kunnat användas är det dock många gånger svårt att avgöra om den alternativa metoden är mindre riskfylld. De flesta metoder som kan komma i fråga är alltid förknippade med risker av något slag. Det kan dock konstateras att ställningstagandet till alternativa metoder vanligtvis är mycket kortfattat och frågan om alternativ metod kanske skulle kunna behandlas något mera ingående än vad som sker i dag.

Materialsador

(6 § första stycket 2)

Med hänsyn till att mycket avancerade medicintekniska produkter i dag används vid undersökningar, vård och behandlingar är det förvånansvärt få materialsador som prövas i Patientskadenämnden. Det rör sig bara om något enstaka fall per år. Ändringsfrekvensen i de fall som prövats ligger på cirka 14 procent.

Den aktuella bestämmelsen omfattar inte endast fel hos medicintekniska produkter utan även brister vid handhavandet av dessa. Det förekommer i ökad utsträckning att patienter själva i hemmet får hantera tekniska hjälpmedel som tillhandahållits av sjukvården. Patienten har naturligtvis ett eget ansvar i sådana fall men fel kan även uppkomma på grund av t.ex. bristande instruktioner från sjukvårdens sida. Rätt till ersättning för skada kan då föreligga.

Diagnosskador

(6 § första stycket 3)

Den skadegrupp som successivt växt mest procentuellt under åren är diagnosskador. Omkring 19 procent av nämndens ärenden är diagnosskador. Denna utveckling får anses naturlig. När patientförsäkringen trädde ikraft år 1975 anmäldes i första hand klara och tydliga skador som infektioner och olycksfallsskador samt operationsskador som nervskador och organskador. Med åren har patienterna emellertid blivit mer ifrågasättande när det gäller diagnostiken, bland annat på grund av att man numera kan gå in på internet och läsa om vad olika symtom kan bero på.

Ändringsfrekvensen på omkring 11 procent (cirka två procent högre än genomsnittet) kan inte sägas vara anmärkningsvärd på något sätt med tanke på bedömningarnas svårhetsgrad och art. I stället kan man, mot bakgrund

av hur svårt det många gånger är att ställa diagnos, säga att det i huvudsak fungerar väl.

Det besvärligaste när det gäller diagnosskador kan många gånger vara att bedöma själva merskadan. I flertalet fall föreligger numera tämligen klara normer för hur merskadan ska beräknas när det gäller kostnader, inkomstförlust och ideell skada, men ibland kan det vara omöjligt att exakt bedöma vilka följer den felaktiga diagnostiseringen har haft, beroende på att det exempelvis kan vara svårt att särskilja vilka besvär som beror på grundsjukdomen och vilka besvär som beror på patientskadan/diagnosmissen. I sådana fall får man göra en skälighetsbedömning.

Infektionsskador

(6 § första stycket 4 och 6 § tredje stycket)

Omkring 4 procent av alla nämndsärenden är infektionsskador, vilket sannolikt procentuellt är klart lägre än det antal infektionsskador som anmäls till försäkringsbolagen. Med den uppbyggnad försäkringsbolagens statistiksystem har går det inte att få fram någon övergripande statistik beträffande infektionsskador.

Ett skäl till att man redan från början införde särskilda bedömningsnormer för infektionsskador, liknande en komplikationsförsäkring, var den livliga diskussionen som under 1970-talet fördes i media om den så kallade sjukhussjukan. Infektionsskadorna var ett tungt vägande skäl till införandet av den frivilliga patientförsäkringen år 1975.

I fråga om infektionsskador konstaterade Patientskadeutredningen (se SOU 2004:12) att den medicinska vetenskapen utvecklas i snabb takt och att ingreppen blir alltmer avancerade. Utredningen konstaterade också att risken för infektioner många gånger är uppenbar och att det är svårt att avgöra om en infektion orsakats av smittämnen som redan funnits hos patienten eller om bakterien har tillförts utifrån. Mot denna bakgrund ansåg utredningen att det från medicinsk synpunkt inte var motiverat att dra en strikt gräns mellan rena och orena områden och inte heller mellan egna och tillförda

eller överförda bakterier. Bestämmelsen i patientskadelagen om infektionsskador föreslogs därför ändrad så att utgångspunkten, precis som i Finland, skulle vara att en infektion skulle anses ha uppkommit i samband med en vårdåtgärd, oavsett vilket område det varit fråga om och oavsett om bakterierna överförts utifrån eller inte. Därefter ska skälighetsbedömningen göras (se SOU 2004:12 s. 122 ff). Någon ändring av lagen på denna punkt har dock, som tidigare konstaterats, inte kommit till stånd.

I cirka två tredjedelar av de infektionsskador som prövats av nämnden har frågan gällt om infektionen överförts i samband med en vårdåtgärd eller om det varit fråga om kroppsegna bakterier. Ändringsfrekvensen i nämnden har understigit 1 procent. Detta indikerar att denna fråga inte har orsakat några problem vid tillämpningen. Så är dock inte fallet. I den dagliga skadehanteringen har frågan om infektionen varit överförd eller inte ofta varit svårbedömd, eftersom det många gånger inte är möjligt att avgöra om det är överförda eller kroppsegna bakterier som orsakat infektionen. Stafylokokker är en vanligt förekommande hudbakterie men bakterien kan även komma utifrån och således vara överförd. Att ändringsfrekvensen i nämnden är så låg beror sannolikt på att försäkringsbolagen och nämnden tillämpar samma bedömningsnormer men det kan ifrågasättas om den praxis som utvecklats, där exempelvis infektioner orsakade av stafylokokker vanligtvis *inte* betraktas som överförda, är riktig eller beror på ett alltför förenklat synsätt som är till nackdel för patienterna.

Mot bakgrund av de svårigheter som föreligger att på ett korrekt sätt avgöra om en infektion är överförd eller inte samt att det dessutom är svårt att förklara för patienter varför exempelvis kroppsegna hudbakterier inte ska anses överförda, finns det skäl att förenkla reglerna. Den finska lösningen, som utgår från att en infektion alltid ska anses ha uppkommit i samband med behandlingen, oavsett om den är överförd eller inte, är avsevärt mycket enklare och mera "patientvänlig". Vid den efterföljande skälighetsbedömningen får man sedan ta hänsyn till bland annat om infektionen uppkommit i ett så kallat orent område eller om det av andra skäl förelegat hög risk för en infektion. Patientskadeutredningens förslag bör således enligt vår mening genomföras.

När man konstaterat att infektionen överförts genom smittämne i samband med undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd ska en bedömning alltid göras om infektionen skäligen ska tålas utan rätt till ersättning eller inte. I en tredjedel av alla infektionsärenden i nämnden gäller frågan denna skälighetsbedömning. Ändringsfrekvensen ligger på omkring 19 procent, vilket inte kan anses så anmärkningsvärt, eftersom det vid skälighetsbedömningar alltid föreligger ett större godtycke än vid andra bedömningar och då det är få skälighetsbedömningar som provas i nämnden. De fall som nämnden prövar är sannolikt ofta gränsfall.

Om ersättning inte kan lämnas för en infektion enligt 6 § första stycket 4 ska ärendet alltid provas enligt 6 § första stycket 1, dvs. en prövning av om infektionen kunnat undvikas. På samma sätt som vid prövning av frågan om en alternativ behandlingsmetod, kan det när det gäller infektioner ifrågasätts om frågan emellanåt avfärdas alltför lätt. Det är mycket sällsynt att man i den promemoria som tillställs Patientskadenämnden har utvecklat resonemanget kring denna frågeställning. Vanligtvis konstateras utan närmare motivering att infektionen inte kunnat undvikas.

Olycksfallsskador

(6 § första stycket 5)

Det är få olycksfallsärenden som kommer till nämnden. Endast omkring 1 procent av alla ärenden gäller olycksfall, vilket sannolikt procentuellt är betydligt lägre än det antal olycksfall som anmäls till försäkringsbolagen. Av samma anledning som ovan angetts angående infektionsskador har det inte varit möjligt att genom försäkringsbolagens statistiksystem få någon säker uppfattning om vilket antal det rör sig om. Det ringa antal fall som kommer till Patientskadenämnden talar för att olycksfallen inte förorsakar försäkringsbolagen några större besvär och att praxis stabiliserats. Att ändringsfrekvensen ändå ligger på omkring 21 procent i de få fall som nämnden har att pröva beror sannolikt på de ärenden där frågan om ”förhöjd olycksfallsrisk” uppkommer. Där gör nämnden ofta en mer fördelaktig tolkning för patienterna än bolagen.

Medicineringsskador

(6 § första stycket 6 och 7 § 2)

Omkring 3 procent av alla nämndsärenden är medicineringsskador och ändringsfrekvensen är låg (cirka 5 procent). Det innebär att medicineringsskadorna normalt inte medför några problem. Patientskadeutredningen fann att risken för att patienter som skadats i samband med läkemedelsbehandling skulle hamna hos fel försäkring och göra rättsförlust var liten och att hanteringen inom nuvarande system var bra. Vi delar denna uppfattning och anser att gränsdragningsproblematiken mot läkemedelsförsäkringen i dag fungerar på ett fullgott sätt så att skadeanmälningarna som regel slutligt hamnar hos rätt försäkring, dvs. hos patientförsäkringen när läkemedlet har förordnats eller lämnats ut i strid med föreskrifter eller anvisningar och hos läkemedelsförsäkringen när skadorna orsakats av läkemedlets egenskaper, dvs. läkemedelsbiverkningar.

Preskription

(23 – 26 §§)

De ärenden om preskription som kommer till Patientskadenämnden utgör endast ca 1 procent av de ärenden nämnden behandlar. Ändringsfrekvensen är när det gäller den tioåriga preskriptionstiden ca 1 procent medan den är betydligt högre beträffande den treåriga preskriptionstiden, 19 procent.

Att ändringsfrekvensen är så hög när det gäller den treåriga preskriptionstiden beror främst på att denna preskriptionstid är svår att tillämpa. Det gäller särskilt det s.k. *kännedomskriteriet* (se avsnittet *Preskription*). Det är därför tillfredsställande att frågan om kännedom om en skada genom de nya preskriptionsreglerna från och med den 1 januari 2015 inte längre har någon betydelse. De nya reglerna innebär en klar förenkling och de är avsevärt lättare att tillämpa, vilket är till gagn för såväl försäkringsbolag och

skadelidande som för dem som i domstol, nämnder eller på annat håll ska ta ställning till om preskription föreligger. Ytterligare en förbättring i och med de nya preskriptionsreglerna är möjligheten att i vissa fall kunna utsträcka preskriptionstiden, t.ex. när man inte fått vetskap om den skada som uppkommit förrän efter utgången av den vanliga preskriptionstiden (se vidare avsnittet *Utökad preskriptionstid vid synnerliga skäl m.m.*).

Informerat samtycke

Som tidigare nämnts övervägde man enligt förarbetena till patientskadelagen (SOU 1994:75 s. 142 ff och prop. 1995/96 187 s. 50 ff) att låta bristande information till patienten och uteblivet samtycke från denne i samband med behandling utgöra en särskild form av ersättningsgill skada, men det ansågs att ersättning i sådana fall inte borde ges inom ramen för patientskadelagen. Patientförsäkringsutredningen konstaterade att bevisläget ofta kunde vara komplicerat i dessa situationer. Inte sällan stod ord mot ord. Detta kunde medföra att utredningen behövde kompletteras med muntliga förhör vilket skaderegleringen inom ramen för en patientskadelag inte passade för. Sådan bevisning hanterades bättre i rättegångsförfarande. Man ansåg dock att utvecklingen skulle följas och därefter fick man överväga om frågan behövde utredas i särskild ordning.

Vi delar Patientförsäkringsutredningens bedömning att ett rättegångsförfarande med muntlig bevisning är det lämpligaste förfarandet när det gäller att bedöma frågan om informerat samtycke. Förfarandet i Patientskadenämnden är skriftligt. *Patient eller annan skadelidande* får dock höras om nämnden anser att det är till fördel för utredningen (§ 7 i arbetsordningen) men detta sker ytterst sällan. Däremot kan det aldrig komma i fråga att höra vårdgivare eller vårdpersonal.

Det bör emellertid noteras att Patientskadenämnden redan i dag kan pröva frågan om informerat samtycke enligt § 1 i arbetsordningen (nämnden får yttra sig över skadeståndsrättsliga krav från patienten eller annan skadelidande) och gör det också i ett inte så ringa antal fall per år. I omkring 1 procent av ärendena är huvudfrågan om det förelegat brister i informationen till pa-

tienten eller underlåtenhet att inhämta samtycke från patienten i samband med medicinsk behandling. Dessutom uppkommer frågan om informerat samtycke som en delfråga i ganska många fall. Ändringsfrekvensen är cirka 5 procent.

Att försäkringsbolagen och nämnden kan pröva denna fråga är fördelaktigt för patienten på så sätt att det är kostnadsfritt och därmed inte innebär någon ekonomisk risk för patienten. Detta är särskilt betydelsefullt när det gäller denna typ av svårbedömda frågor där det oftast inte är lätt att på förhand förutse utgången av prövningen av om det förelegat bristande information till patienten och uteblivet samtycke från denne i samband med behandling.

Sammanfattningsvis bör man inte för tillfället ändra regelverket utan fortsättningsvis följa utvecklingen.

Införandet av en bestämmelse om s.k. katastrofskador

I avsnittet om patientförsäkringen i övriga nordiska länder har utförligt redogjorts för varför en bestämmelse om katastrofskador bör införas i patientskadelagen. Vi delar således Patientskadeutredningens förslag från år 2004 där man föreslog att en bestämmelse avseende katastrofskador åter skulle införas.

Ersättningsfrågor

Den tredje största ärendegruppen i nämnden består av fall där patientskadeersättningen prövas, vilket sker i cirka 20 procent av alla ärenden. Ändringsfrekvensen i denna grupp är omkring 17 procent, dvs. nästan dubbelt så hög som den genomsnittliga ändringsfrekvensen på cirka 9 procent. Att så är fallet är inte så anmärkningsvärt eftersom det vid prövning av ersättningsfall oftast finns flera olika ersättningsposter som ska prövas, vilket innebär att även om Patientskadenämnden många gånger delar försäkringsbolagets bedömning så kan man ha gjort en mindre ändring i en enskild ersättningspost.

ERSÄTTNING FÖR MERSKADA

En svårighet som uppkommer vid bedömningen av de flesta patientskador är att beräkna *merskadan*, dvs. den skada som uppkommit utöver den förväntade/normala följden av behandlingen. Om en person exempelvis kommer in till sjukhus med en underbensfraktur och en ersättningsbar patientskada uppkommer vid behandlingen av denna fraktur så är det således de följder som inte beror på grundskadan utan på patientskadan som ska ersättas.

Vid diagnosskada består merskadan normalt i att ett förväntat resultat av behandlingen uteblivit och kan beskrivas som en merskada i förhållande till det förlopp som borde ha blivit följden om patientens sjukdom primärt diagnostiserats vid rätt tidpunkt och behandling då hade satts in.

Hur ersättningen för merskada beräknas har utförligt beskrivits i avsnittet om hur patientskadeersättningen bestäms.

Under de 40 år som patientförsäkringen har funnits har för de allra flesta typer av patientskador tagits fram klara bedömningsnormer för hur merskadan ska beräknas. Ibland kan det dock vara svårt att särskilja de besvär som beror på grundsjukdomen från de besvär som beror på patientskadan. I sådana fall får en skälighetsbedömning göras.

Bedömningen av merskada sker i dag utan några större problem i de allra

flesta fall. Försäkringsbolag med få patientskadeärenden kan dock ha problem att bedöma och ersätta merskadan.

ERSÄTTNING FÖR KORRIGERANDE OPERATIONER AV VANPRYDANDE UTSEENDEMÄSSIGA FÖRÄNDRINGAR INOM DEN OFFENTLIGA SJUKVÅRDEN

I ärendet Dnr 795/2009 – PRS 2011:10 (se avsnittet *Ersättning för kostnader*) kunde patienten inte få en korrigerande operation av vanpyrdande utseendemässiga förändringar utförd inom den offentliga sjukvården. Förändringarna hade uppkommit i samband med estetisk behandling i privat regi (injektioner med Dermalive).

I ett likartat ärende (Dnr 207/2009) kunde den offentliga sjukvården utföra den korrigerande operationen.

Bakgrunden till denna skillnad är att landstingen inte har samma policy när det gäller vilka plastikkirurgiska ingrepp som kan utföras inom den offentliga sjukvården. Om en patient har vanpyrdande utseendemässiga förändringar bör dessa enligt vår mening kunna åtgärdas inom den offentliga sjukvården, oavsett hur förändringarna uppkommit. Man bör endast ta ställning till patientens vårdbehov.

ERSÄTTNING FÖR OMBUDSKOSTNADER

Tidigare har i avsnittet *Ersättning för kostnader* redogjorts för att kostnader för juridiskt ombud inte ersätts genom patientförsäkringen. I undantagsfall har dock ombudskostnader ersatts ex gratia. Det har då gällt fall där det varit till uppenbar fördel inom skaderegleringen, exempelvis när det gällt komplicerade kostnadsförhållanden vid grava hjärnskador på barn i samband förlossning. I vad mån ersättning ska betalas ex gratia kan bara bestämmas av det försäkringsbolag som har hand om det enskilda fallet. Patientskade-

nämnden har inte någon möjlighet att ta ställning till frågor om ex gratia-ersättning.

Allmän rättshjälp infördes den 1 juli 1973. Den som behövde ombud vid skaderegleringen i samband med *trafik- och ansvarsskador* hade då rätt att få kostnaderna för ett sådant ombud ersatta från den allmänna rättshjälpen. Den skadade behövde själv svara för endast en mindre del – nämligen den så kallade rättshjälpsavgiften. Försäkringsbolagen svarade för denna begränsade kostnad (rättshjälpsavgiften) vilket innebar att den skadade fick rätt till ett juridiskt ombud utan kostnad för egen del.

I samband med en översyn av den allmänna rättshjälpen år 1988 – då rätten till allmän rättshjälp för ombudskostnader vid reglering av trafik- och ansvarsskador togs bort – åtog sig försäkringsbolagen, efter en överenskommelse med justitiedepartementet, att vid sådana skador betala den skadades kostnader för ombud under skaderegleringen. På senare tid har emellertid flera försäkringsbolag – i strid med den träffade överenskommelsen – ensidigt gjort inskränkningar i den skadades rätt till ersättning för juridiskt ombud vid personskaderegleringen.

När det gäller *patientförsäkringen* kan konstateras att det överhuvudtaget inte finns något åtagande från försäkringsbolagen att betala den skadades ombudskostnader i samband med skaderegleringen. De flesta försäkringsbolag har dock genom rättsskyddsmomentet i hemförsäkringen lämnat ersättning för ombudskostnader vid prövning i Patientskadenämnden. Vissa försäkringsbolag har numera emellertid tagit bort denna möjlighet. Detta innebär i praktiken att en skadelidande av ekonomiska skäl inte längre har samma möjlighet att hävda sin rätt gentemot försäkringsgivaren. Detta är, inte minst från ett rättssäkerhetsperspektiv, knappast tillfredsställande.

När det gäller möjligheten att få allmän rättshjälp i patientskadeärenden är denna möjlighet ytterst begränsad. Det finns ett antal reservationer av såväl ekonomiska som andra skäl som i praktiken ger denna konsekvens.

Som framgår av vad som anförts ovan är möjligheten att från ett försäkringsbolag som tillhandahåller patientförsäkring få ersättning för kostnader för juridiskt ombud under själva skaderegleringen i det närmaste obefintlig och mycket varierande när det gäller prövningen i Patientskadenämnden. Det är

först om man går till domstol som flertalet patienter kan räkna med att få ersättning för sina ombudskostnader genom en rättsskyddsförsäkring. Det kan nämnas att den ersättning som totalt kan komma i fråga från rättsskyddsförsäkringen (villkoren varierar något mellan försäkringsbolagen) uppgår till cirka 200 000 kronor.

Man kan rent allmänt fråga sig varför en person som exempelvis råkat ut för en trafikskada ska ha en helt annan möjlighet att få ersättning för ombudskostnader under skaderegleringen än en patient som skadats inom sjukvården. Detta bland annat med tanke på att det vid skador inom sjukvården ofta föreligger svårigheter att bedöma om skadan är ersättningsbar eller inte. Vid trafikskador är det däremot ytterst ovanligt att problem uppkommer vid bedömningen av huruvida en skada har uppkommit ”till följd av trafik med trafikförsäkringspliktigt motorfordon”. Vid patientskador uppkommer ofta även problem att bedöma och ersätta den merskada som uppkommit genom en behandlingsåtgärd.

Den försämring som således skett när det gäller de skadelidandes möjligheter att hävda sin rätt i patientskadeärenden bör uppmärksammas politiskt och åtgärder kan behöva vidtas för att de skadelidande i vart fall ska ges samma möjligheter som tidigare att få bistånd av ett juridiskt ombud. Redan år 2007 lämnades en motion till riksdagen beträffande behovet av ersättning för ombudskostnader i patientskadeärenden. Ett generellt åtagande från patientförsäkringsbolagen att ersätta ombudskostnader redan under skaderegleringen skulle dock sannolikt bli mycket dyrbart och kraftigt öka premierna för vårdgivarna. De ekonomiska konsekvenserna av ett sådant åtagande bör därför utredas särskilt. Med tanke på kostnaderna skulle man kunna undanta mindre komplicerade fall. När det gäller mycket allvarliga skador, exempelvis svåra barnskador i samband med förlossning, borde dock enligt vår mening alltid finnas möjlighet att få ersättning för ombudskostnader redan under skaderegleringen. Att det finns ett juridiskt ombud kan många gånger underlätta skaderegleringen och därigenom även minska kostnaderna för denna.

ERSÄTTNING TILL NÄRSTÅENDE FÖR PSYKISKA BESVÄR TILL FÖLJD AV NÄRA ANHÖRIGS SVÅRA SKADA

År 2002 togs i 5 kap 2 § skadeståndslagen in en bestämmelse som stadgar att om en personskada lett till döden så ska ersättning betalas för personskada som till följd av dödsfallet åsamkats någon som stod den avlidne särskilt nära. Av förarbetena framgår att bestämmelsen inte ska läsas motsatsvis så att den utesluter rätt till skadestånd för psykiska besvär i särskilda fall till följd av att en nära anhörig har skadats allvarligt, t.ex. när någon har tillfogats lidandet av att bevittna själva skadehändelsen eller när den anhörige har överlevt efter att ha svävat mellan liv och död (prop. 2000/01:68 s. 33, 37 och 72).

I cirka 30 fall per år anmäls att ett barn har fått syrebrist i hjärnan under förlossningen och att detta orsakat ytterst svåra neurologiska skador som gjort barnet helt invalidiserat. Allvarligare skador finns i princip inte och ersättningsbeloppen blir därför mycket höga. I cirka 10–15 av dessa fall har förhållandena varit sådana att patientskadeersättning har kunnat lämnas (se Sophie Berglunds doktorsavhandling år 2010 om förlossningsskador, *Severe Asphyxia due to Substandard Care During Labour*). Vid bland annat skador av detta slag kan det finnas anledning att ifrågasätta om inte förhållandena varit sådana att ersättning till närstående för psykiskt lidande skulle kunna komma i fråga. Såvitt känt har frågan inte rättsligt prövats.

ERSÄTTNING FÖR PSYKISK SKADA TILL NÄRSTÅENDE NÄR ETT FOSTER ALTERNATIVT ETT BARN HAR AVLIDIT PÅ GRUND AV EN PATIENTSKADA

Ett foster som blir föremål för behandling eller utebliven behandling är att betrakta som en patient och omfattas av patientskadelagen endast under förutsättning att fostret senare föds med liv. Om fostret avlider i livmodern anses skadan däremot vara en skada på modern.

Av ett tidigare behandlat referat under avsnitten *Begreppet patient, Särskilt om förlossningsskador* samt *Ersättning till efterlevande vid dödsfall* (Dnr 251/2009

– PRS 2009:11) framgår att om ett foster dör under sådana omständigheter att en patientskada föreligger så får modern ett schablonbelopp på 75 000 kronor (år 2015), vilket motsvarar den ersättning som lämnas vid missfall. Övriga nära anhöriga, som fadern och syskon, får däremot ingen ersättning alls. Om fostret däremot föds med liv men sedan dör, om så bara några timmar efter förlossningen, får såväl modern som fadern samt syskon som tillhör samma hushåll en schablonersättning på 40 000 kronor vardera.

Med hänsyn till de olika beloppen och de personer som är ersättningsberättigade i de olika situationerna kan man rent allmänt fråga sig om det är värre för en moder att förlora ett foster än ett barn och varför en fader inte får ersättning om fostret avlider i livmodern men däremot erhåller patientskadeersättning om barnet dör bara ett kort tag efter förlossningen.

Beloppen har fastställts på olika sätt och under olika omständigheter, men man kan ändå fråga sig om skillnaderna är rimliga och om det inte vore önskvärt att se över dessa ersättningsregler.

FÖRSÄKRINGSBELOPPET

Patientskadelagen anger i dag ett maximalt försäkringsbelopp på 200 prisbasbelopp i ett enskilt ärende, vilket motsvarar 8,9 miljoner kronor i 2015 års nivå. I de fall där de allra svåraste patientskadorna inträffat, exempelvis barn som skadats svårt i samband med förlossning och drabbats av CP-skador, blindhet och mentala störningar, räcker det maximala försäkringsbeloppet enligt uppgift inte alltid till för att lämna full patientskadeersättning för de uppkomna skadorna. Enda möjligheten för dessa patienter att få full ersättning är att framställa krav på ersättning enligt allmänna skadeståndsrättsliga regler, där det inte finns något tak för ersättningen.

I 14 § trafikskadelagen finns också en beloppsmässig begränsning av ersättningsansvaret, men där är det totala beloppet för en skadehändelse (där i och för sig flera personer kan ha skadats) bestämt till 300 miljoner kronor.

En av de remissinstanser som avgett yttrande över betänkandet *Patientskadelag* (SOU 1994:75), Svenska Aktuariereningen, ansåg att ”200 basbelopp

per skadad person kan vara för lågt i fall där barn skadas i samband med födseln”. Föreningen föreslog en höjning av beloppet per skadad person till 300 basbelopp (prop. 1995/96:187 s. 58). År 2015 motsvarar 300 prisbasbelopp 13 350 000 kronor.

Med hänsyn till vad som sagts ovan finns det skäl att överväga en höjning av försäkringsbeloppet i patientskadelagen för ett enskilt ärende.

Obligatorisk prövning i Patientskadenämnden före domstolsförfarande

I både Danmark och Norge krävs en prövning av respektive patientskadenämnd innan ett ersättningsärende får tas upp i domstol. Enligt § 16 i det svenska åtagandet att utge ersättning för läkemedelsskada, dvs. läkemedelsförsäkringen, ska Läkemedelsskadenämnden ha avgivit utlåtande i ärendet innan domstolsförfarande får inledas.

Enligt den svenska patientskadelagen föreligger däremot inte någon skyldighet att inhämta Patientskadenämndens yttrande innan domstolsprövning kan ske. Däremot kan domstolen, om den så önskar, inhämta ett yttrande från nämnden. Anledningen till denna ordning var att man vid patientskadelagens införande endast räknade med att ett fåtal fall skulle gå till domstol utan tidigare prövning i Patientskadenämnden. Det vanliga är också att de skadelidande först utnyttjar det enklare och kostnadsfria alternativet som en prövning i Patientskadenämnden med dess speciella expertis innebär innan man vänder sig till domstol.

Såvitt känt har i endast något enstaka fall en skadelidande vänt sig direkt till domstol utan tidigare nämndsprövning och domstolen sedan inte begärt in nämndens yttrande. I några fall där patienten vänt sig direkt till domstol har domstolen däremot inhämtat yttrande från nämnden. I sådana fall kan nämnden avge yttrande endast med beaktande av de yrkanden och den utredning parterna lagt fram inför domstolen.

Antalet domstolsprocesser utan tidigare prövning i Patientskadenämnden

är således ytterst få. Detta skulle tala för att nämndsprövning innan domstolsförfarande inte skulle behöva vara obligatorisk. Å andra sidan skulle en obligatorisk nämndsprövning före ett domstolsförfarande garantera en så fullständig och objektiv utredning som möjligt eftersom nämnden liksom försäkringsbolaget har en utredningsplikt och således ska utreda alla rimliga möjligheter till patientskadeersättning, även de som patienten inte åberopat. En prövning i Patientskadenämnden, i vilken förutom medicinsk kompetens finns ledamöter som har till uppgift att bevaka patienternas intressen, försämrar således inte patientens möjligheter till ersättning utan innebär tvärtom en garanti för att utredningen blir så allsidig som möjligt samt ytterligare en bedömning av ärendet. Vi föreslår därför att Patientskadenämnden ska ha avgett utlåtande i ett ärende innan domstolsförfarande som grundar sig på patientskadelagen får inledas.

Information om patientförsäkringen

Patientskadeutredningen (SOU 2004:12) föreslog att en informationsplikt skulle tas in i patientskadelagen enligt följande: "Vårdgivare som får kännedom om sjukdom eller skada som kan antas ge rätt till ersättning enligt denna lag skall upplysa patienten om detta och vad han eller hon skall iaktta för att få ett ersättningsanspråk prövat."

En sådan informationsplikt har inte införts i patientskadelagen. Däremot togs en sådan bestämmelse år 2011 in i patientsäkerhetslagen. I 3 kap. 8 § anges bland annat att vårdgivare snarast ska informera en patient som har drabbats av en vårdskada om att det inträffat en händelse som har medfört en vårdskada och om möjligheten att begära ersättning enligt patientskadelagen. Samma bestämmelse finns i 11 kap. 2 § patientlagen som trädde ikraft år 2015.

Informationsplikten avseende möjligheten att få patientskadeersättning enligt patientskadelagen har sedan den infördes i patientsäkerhetslagen fått en kraftig effekt på antalet anmälningar. När det exempelvis gäller Löf så har antalet anmälningar mellan år 2000 och 2010 varit tämligen konstant med en liten ökning på 1–2 procent per år. Efter patientsäkerhetslagens ikraftträ-

dande år 2011 har antalet anmälningar ökat från omkring 10 000 per år till 14 410 år 2014, dvs. med cirka 11 procent per år. Ärendetillströmningen till nämnden har från år 2011 haft en motsvarande ökning på nästan 12 procent per år, från 1 041 ärenden per år till 1 527 år 2014. Någon anledning att nu ta in en regel om informationsplikt i patientskadelagen finns kanske därför inte längre.

Å andra sidan är sannolikt mörkertalet när det gäller uppkomna patientskador fortfarande ganska stort. Detta på grund av att det trots den lagstadgade informationsplikten fortfarande inom sjukvården brister när det gäller såväl kunskapen om patientförsäkringen som skyldigheten att informera om möjligheten till patientskadeersättning. Detta talar för att det trots allt kan finnas skäl att ta in en bestämmelse om informationsplikt även i patientskadelagen.

Det kan slutligen konstateras att samtidigt som försäkringsbolagen haft en kraftig ökning av antalet anmälningar de sista åren så har den procentuella andelen skadelidande som får patientskadeersättning minskat. Detta visar att ökningen av antalet anmälningar till försäkringsbolagen innehåller ett ökat antal avslagsärenden, vilket rimligen borde innebära en ytterligare ökning av ärendena i Patientskadenämnden.

Avslutande synpunkter

Under de 40 år som patientförsäkringen har funnits har utvecklingen inom sjukvården varit mycket snabb och genomgripande. Fortlöpande har mera avancerade behandlingsmetoder utvecklats inom olika områden och denna utveckling kommer att fortsätta även i framtiden. Detta innebär att ett betydligt större antal sjukdomar och skador än tidigare kan behandlas och botas. Nya metoder innebär dock inte enbart att vissa förfaranden kan förenklas. De medför även att behandlingar kan blir mera omfattande och komplicerade. Därför måste man räkna med en ökning av antalet komplikationer, kanske inte i relation till antalet utförda ingrepp, men väl rent antalsmässigt. Denna utveckling inom sjukvården kommer med största sannolikhet att kräva förändringar av de bestämmelser som reglerar rätten till patientskadeersättning.

För att de som lider skada i samband med hälso- och sjukvård, på det sätt som är tänkt, ska kunna ersättas genom patientförsäkringen är det därför viktigt att patientskadelagens bestämmelser på ett relativt snabbt och smidigt sätt kontinuerligt kan anpassas till de erfarenheter, behov och önskemål som efterhand uppkommer. Som tidigare konstaterats finns det naturligtvis en större tröghet när det gäller att göra ändringar i en lag än vad som var fallet med de frivilliga villkoren. Från lagstiftarens sida måste dock finnas en vilja att, när det är fråga om angelägna ändringar med anledning av den utveckling som skett inom vården, inom rimlig tid utreda frågor om ändringar i patientskadelagen. Det är inte acceptabelt att viktiga och angelägna ändringar, som de som föreslagits av Patientskadeutredningen, inte blir föremål för fortsatt lagstiftningsarbete i syfte att ändra och förbättra bestämmelserna i patientskadelagen.

Även om angelägna lagändringar ännu inte har skett kan man konstatera att patientförsäkringen under den tid som den funnits har fungerat mycket väl och inneburit att de som skadats inom vården på ett helt annat sätt än tidigare kunnat få ersättning för patientskador. Att man på objektiva grunder har kunnat lämna ersättning, utan att man måste pröva om fel eller försumelse har förelegat, har gjort att uppskattningsvis mellan 6 000 och 7 000 patienter varje år får patientskadeersättning. Om bedömningen i stället hade gjorts enligt allmänna skadeståndsrättsliga regler skulle uppskattningsvis endast något hundratal patienter ha fått ersättning. Den ersättningsmodell för patientskadeersättning som utarbetades i Sverige för 40 år sedan har således varit framgångsrik och också tjänat som förebild för liknande lösningar i ett antal andra länder.

BILAGOR

De nordiska patientskadelagarna

Sverige

Patientskadelag (1996:799)

Inledande bestämmelser

1 § Denna lag innehåller bestämmelser om rätt till patientskadeersättning och om skyldighet för vårdgivare att ha en försäkring som täcker sådan ersättning (patientförsäkring).

2 § Med patient jämställs i denna lag den som frivilligt deltar som försöksperson i medicinsk forskning eller som donerar organ eller annat biologiskt material för transplantation eller annat medicinskt ändamål.

3 § Lagen gäller endast skador som har uppkommit i samband med hälso- och sjukvård i Sverige.

4 § Rätten till patientskadeersättning får inskränkas endast på grund av omständighet som har inträffat efter skadehändelsen och som enligt försäkringsavtalslagen (2005:104) kan medföra begränsning av försäkringsgivarens skyldighet att utge försäkringsbelopp. *Lag (2005:118).*

5 § I denna lag avses med

hälso- och sjukvård: sådan verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), tandvårdslagen (1985:125) eller lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar, annan liknande medicinsk verksamhet samt verksamhet inom detaljhandeln med läkemedel, allt under förutsättning att det är fråga om verksamhet som utövas av personal som omfattas av 1 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659),

vårdgivare: statlig myndighet, landsting eller kommun i fråga om sådan häl-

so- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig verksamhet) samt enskild som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare). *Lag (2010:668)*.

Rätten till patientskadeersättning

6 § Patientskadeersättning lämnas för personskada på patient om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av

1. undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd under förutsättning att skadan kunnat undvikas antingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt,
2. fel hos medicinteknisk produkt eller sjukvårdsutrustning använd vid undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd eller felaktig hantering därav,
3. felaktig diagnostisering,
4. överföring av smittämne som lett till infektion i samband med undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd,
5. olycksfall i samband med undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd eller under sjuktransport eller i samband med brand eller annan skada på vårdlokaler eller utrustning, eller
6. förordnande eller utlämnande av läkemedel i strid med föreskrifter eller anvisningar.

Vid prövning av rätt till ersättning enligt första stycket 1 och 3 skall den handlingsnorm tillämpas som gäller för en erfaren specialist eller annan erfaren yrkesutövare inom området.

Rätt till ersättning enligt första stycket 4 är utesluten i de fall omständigheterna är sådana att infektionen skäligen måste tålas. Hänsyn skall därvid tas till arten och svårhetsgraden av den sjukdom eller skada som åtgärden avsett, patientens hälsotillstånd i övrigt samt möjligheten att förutse infektionen.

Undantag från rätten till patientskadeersättning

7 § Patientskadeersättning lämnas inte om

1. skadan är en följd av ett nödvändigt förfarande för diagnostisering eller

behandling av en sjukdom eller skada som utan behandling är direkt livshotande eller leder till svår invaliditet, eller

2. skadan orsakats av läkemedel i annat fall än som avses i 6 § första stycket 6.

Hur patientskadeersättningen bestäms

8 § Patientskadeersättning bestäms enligt 5 kap. 1-5 §§ och 6 kap. 1 och 3 §§ skadeståndslagen (1972:207) med de begränsningar som anges i 9-11 §§ denna lag. *Lag (2010:668).*

9 § När patientskadeersättning bestäms avräknas ett belopp om en tjugonndedel av det prisbasbelopp enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken som gäller när ersättningen bestäms. *Lag (2010:1265).*

10 § Patientskadeersättning är för varje skadehändelse begränsad till högst 1 000 gånger det prisbasbelopp enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken som gäller när ersättningen bestäms. För varje skadad patient lämnas dock för varje skadehändelse patientskadeersättning med högst 200 gånger detta prisbasbelopp.

De belopp som anges i första stycket innefattar inte ränta eller ersättning för rättegångskostnader. *Lag (2010:1265).*

11 § Om det ansvarighetsbelopp som gäller enligt 10 § första stycket första meningen inte räcker till gottgörelse åt dem som är berättigade till ersättning, nedsätts deras ersättningar med samma kvotdel för var och en.

Kan det efter inträffat skadefall befaras att nedsättning enligt första stycket fordras, kan regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer förordna att ersättning tills vidare skall lämnas endast med viss kvotdel.

Försäkringsskyldighet m.m.

12 § Vårdgivare skall ha en patientförsäkring som täcker ersättning för skador som omfattas av denna lag. Bedrivs verksamheten av privat vårdgivare efter avtal med offentlig vårdgivare, är det den offentlige vårdgivaren som skall ha försäkringen.

13 § Patientskadeersättningen utges av försäkringsgivaren. Om flera patientförsäkringar täcker samma skada, svarar försäkringsgivarna solidariskt

för ersättningen. Försäkringsgivarna skall i sådant fall sinsemellan ta lika del i ersättningsansvaret.

14 § Saknas patientförsäkring, svarar de försäkringsgivare som ingår i patientförsäkringsföreningen enligt 15 § solidariskt för den patientskadeersättning som skulle ha lämnats, om en patientförsäkring hade funnits. Föreningen företräder i sådant fall försäkringsgivarna.

Försäkringsgivarnas inbördes ersättningsansvar fördelas efter förhållandet mellan beloppen av de premier för patientförsäkring som för var och en av dem belöper på närmast föregående kalenderår.

Patientförsäkringsförening

15 § De försäkringsgivare som meddelar patientförsäkring skall ingå i en patientförsäkringsförening.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer fastställer stadgar för föreningen.

Patientförsäkringsavgift

16 § Patientförsäkringsföreningen har rätt till gottgörelse (patientförsäkringsavgift) av vårdgivare för den tid vårdgivaren saknat försäkring enligt denna lag.

Patientförsäkringsavgift får högst tas ut med ett belopp som för år räknat motsvarar femton procent av det prisbasbelopp enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken som gäller när avgiften bestäms. Om det belopp som motsvarar två gånger den årliga försäkringspremie som gäller för vårdgivare i motsvarande kategori när avgiften bestäms är högre, får avgiften i stället beräknas på grundval av detta belopp. *Lag (2010:1265).*

Patientskadenämnd

17 § De försäkringsgivare som ingår i patientförsäkringsföreningen skall tillsammans upprätthålla och bekosta en patientskadenämnd. I nämnden skall det ingå företrädare för patienternas intressen. Ytterligare föreskrifter om nämndens sammansättning lämnas av regeringen som också skall godkänna nämndens arbetsordning.

Nämnden skall på begäran av patient eller annan skadelidande, vårdgivare, försäkringsgivare eller domstol yttra sig över ersättningsfall.

17 a § En patient eller annan skadelidande som vill inhämta ett yttrande från Patientskadenämnden ska begära det senast ett år från det att han eller hon fick del av försäkringsgivarens slutliga ställningstagande till ersättningsanspråket. *Lag (2013:1091).*

Skadestånd

18 § Trots att patientskadeersättning kan lämnas enligt denna lag får den skadelidande i stället kräva skadestånd enligt vad som gäller därom.

19 § Den som har utgett skadestånd med anledning av skada som avses i denna lag inträder intill det utgivna beloppet i den skadelidandes rätt till patientskadeersättning. Detta gäller dock inte om patientskadeersättningen skulle ha kunnat krävas tillbaka av den skadeståndsskyldige enligt 20 § första stycket.

Återkrav

20 § Har patientskadeersättning lämnats för en skada som vållats uppsåtliga eller genom grov vårdslöshet, inträder försäkringsgivaren intill det utgivna beloppet i den skadelidandes rätt till skadestånd.

Om patientskadeersättning har betalats för en skada som omfattas av produktansvarslagen (1992:18), inträder försäkringsgivaren intill det utgivna beloppet i den skadelidandes rätt till skadestånd enligt den lagen.

Omfattas en skada av trafikförsäkring enligt trafikskadelagen (1975:1410) och har patientskadeersättning lämnats för skadan, inträder försäkringsgivaren intill det utgivna beloppet i den skadelidandes rätt till trafikskadeersättning.

21 § Har patientskadeersättning lämnats enligt 14 § första stycket, får ersättningen krävas tillbaka från den vårdgivare som varit skyldig att teckna patientförsäkring. Patientförsäkringsföreningen företräder i sådant fall försäkringsgivarna.

22 § En vårdgivare som har krävts på belopp enligt 21 § inträder intill det utgivna beloppet i den rätt som enligt 20 § som tillkommer försäkringsgivaren.

Preskription

23 § Den som vill ha ersättning enligt denna lag måste väcka talan inom tio år från den tidpunkt då skadan orsakades. Om den skadelidande begär omprövning enligt 5 kap. 5 § skadeståndslagen (1972:207), får talan dock väckas inom tre år från tidpunkten när det förhållande som ligger till grund för omprövningsyrkandet inträdde.

Om den som vill ha ersättning har anmält skadan till vårdgivaren eller försäkringsgivaren inom den tid som anges i första stycket, är fristen att väcka talan alltid minst sex månader från det att han eller hon fick del av försäkringsgivarens slutliga ställningstagande till anspråket.

Vid återkrav mellan försäkringsgivare och vid återkrav mot en vårdgivare enligt 21 § är fristen att väcka talan alltid minst ett år från den betalning som grundar återkravet.

I fråga om premiekrav och krav på patientförsäkringsavgift tillämpas preskriptionslagen (1981:130). *Lag (2013:1091).*

24 § En talan får väckas efter den tid som anges i 23 § första stycket endast om det finns synnerliga skäl. Vid bedömningen ska det särskilt beaktas om den skadelidande har varit förhindrad att framställa anspråket i tid. *Lag (2013:1091).*

25 § Om talan inte väcks enligt 23 eller 24 §, går rätten till ersättning förlorad.

I förhållanden mellan försäkringsgivare får annat avtalas om preskription än vad som följer av denna lag. *Lag (2013:1091).*

26 § Det som sägs om försäkringsgivare i 23 § andra och tredje styckena samt i 25 § andra stycket ska i ett fall som avses i 14 § första stycket gälla Patientförsäkringsföreningen. *Lag (2013:1091).*

Övergångsbestämmelser

2013:1091

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2015.
2. Äldre bestämmelser gäller för en fordran som beror på en skada, om skadan har orsakats före ikraftträdandet. För en fordran som inte beror på en

skada tillämpas inte de nya bestämmelserna, om avtalet om patientförsäkring har ingåtts före ikraftträdandet och inte förnyats därefter.

3. 17 a § tillämpas endast vid ersättningsanspråk till följd av en skada som har orsakats efter ikraftträdandet.

Danmark

Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (KEL)

Kapitel 3

Patienterstatningen

Dækningsområde

§ 19. Der ydes erstatning efter reglerne i dette kapitel til patienter eller efterladte til patienter, som her i landet påføres skade i forbindelse med undersøgelse, behandling el.lign., som er foretaget

- 1) på et sygehus eller på vegne af dette,
- 2) af sundhedspersoner og andet personale som led i den præhospitale indsats efter sundhedsloven,
- 3) af autoriserede sundhedspersoner ansat i regionstandplejen, ved en odontologisk landsdels- og videnscenterfunktion eller i forbindelse med levering af de kommunale sundhedsydelser efter sundhedslovens kapitel 36-41 eller på vegne af disse,
- 4) på universiteternes tandlægeskoler,
- 5) af privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner,
- 6) af læger, der uden at være privatpraktiserende foretager vaccination i henhold til sundhedslovens § 158,
- 7) af læger, der uden at være privatpraktiserende virker som vagtlæger, eller
- 8) af Sundhedsstyrelsen af sager i henhold til sundhedslovens kapitel 21, regler udstedt i medfør heraf eller regler udstedt i medfør af § 5 d i lov om sygehusvæsenet som opretholdt ved sundhedslovens § 277, stk. 12.

Stk. 2. Med patienter sidestilles personer, der deltager i sundhedsvidenskabelige forsøg, der ikke indgår som led i diagnostik eller behandling af personens sygdom. Det samme gælder for donorer, hvorfra der udtages væv og andet biologisk materiale.

Stk. 3. Dette kapitel gælder tillige for patienter, der modtager vederlagsfri

behandling eller tilskud til behandling på sygehuse, klinikker m.v. i udlandet efter sundhedsloven.

Stk. 4. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om, hvilke områder der er omfattet af stk. 1-3.

Stk. 5. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan henlægge behandlingen af sager efter dette kapitel helt eller delvis til en privat institution. Ministeren for sundhed og forebyggelse indgår i så tilfælde de nødvendige aftaler herom.

Stk. 6. Henlægger ministeren for sundhed og forebyggelse behandling af sager efter dette kapitel til en privat institution, finder forvaltningsloven anvendelse for institutionens virksomhed.

Stk. 7. Henlægger ministeren for sundhed og forebyggelse sine beføjelser efter stk. 5 til en privat institution, kan ministeren fastsætte regler om klageadgangen.

Erstatningsberettigende skader

§ 20. Erstatning ydes, hvis skaden med overvejende sandsynlighed er forvoldt på en af følgende måder:

- 1) 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 el.lign. , hvorved skaden ville være undgået,
- 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.
- 3) hvis skaden ud fra en efterfølgende vurdering kunne være undgået ved hjælp af en anden til rådighed stående behandlingsteknik eller behandlingsmetode, som ud fra et medicinsk synspunkt ville have været lige så effektiv til behandling af patientens sygdom, eller
- 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.

Stk. 2. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte regler om, hvilke skader der efter stk. 1 nærmere er omfattet af loven. Ministeren kan endvidere fastsætte regler om, at visse skader efter stk. 1, nr. 3, er undtaget fra dette kapitel.

§ 21. 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.

Stk. 2. Ved ulykkestilfælde, der ikke omfattes af § 20, stk. 1, nr. 2, ydes erstatning kun, hvis skadelidte er under behandling m.v. på et sygehus og ulykken er indtruffet inden for dettes område under sådanne omstændigheder, at sygehuset måtte antages at have pådraget sig erstatningsansvar herfor efter almindelige erstatningsretlige regler.

Stk. 3. Erstatning efter dette kapitel ydes ikke for skader, der skyldes egenskaber ved de lægemidler, der er anvendt ved undersøgelse, behandling el.lign.

§ 22. Til de af § 19, stk. 2, omfattede forsøgspersoner og donorer ydes erstatning for enhver skade, som kan være forårsaget af forsøget eller af udtagelsen af væv m.v., medmindre det er overvejende sandsynligt, at skaden har anden årsag.

Stk. 2. Reglen i stk. 1 gælder ikke ved skader, der omfattes af § 21, stk. 3.

Stk. 3. Til de af § 19, stk. 2, omfattede bloddonorer ydes erstatning for skader, der påføres de pågældende ved ulykkestilfælde i forbindelse med transport til en aftalt eller rekvireret tapning i blodbank eller ved mobil blodbank, medmindre donoren forsætligt eller ved grov uagtsomhed har medvirket til skaden. Der ydes dog ikke erstatning efter 1. pkt., såfremt bloddonoren er berettiget til erstatning for skaden efter anden lovgivning.

§ 23. Det påhviler enhver autoriseret sundhedsperson, som i sin virksomhed bliver bekendt med skader, som må antages at kunne give ret til erstatning efter dette kapitel, at informere skadelidte herom samt i fornødent omfang at bistå med anmeldelse til Patienterstatningen eller til de private institutioner, hvortil behandlingen af sager efter dette kapitel er henlagt i medfør af § 19, stk. 5.

Erstatningsudmåling m.v.

§ 24. Erstatning og godtgørelse fastsættes efter reglerne i lov om erstatningsansvar.

Stk. 2. Erstatning m.v. efter stk. 1 ydes, såfremt den overstiger 10.000 kr. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte regler om, at erstatning for tabt arbejdsfortjeneste og godtgørelse for smerte og smerte kun ydes, såfremt skaden har medført uarbejdsdygtighed eller sygdom ud over en nærmere fastsat periode, der højst kan udgøre 3 måneder.

Stk. 3. Stk. 2 samt regler fastsat i medfør af stk. 2 finder ikke anvendelse på skader, der omfattes af § 22, stk. 1 eller stk. 3, jf. § 19, stk. 2.

Stk. 4. Erstatning ydes ikke til dækning af regreskrav.

§ 25. Erstatningen til patienten eller dennes efterladte kan nedsættes eller efter omstændighederne helt bortfalde, hvis patienten forsætligt eller ved grov uagtsomhed har medvirket til skaden.

§ 26. I det omfang patienten eller dennes efterladte har fået eller har krav på at få erstatning i henhold til § 24, kan erstatningskrav ikke rejses mod nogen, der måtte have pådraget sig erstatningsansvar for skaden.

§ 27. Hvis den, der efter almindelige erstatningsregler måtte have pådraget sig erstatningsansvar over for patienten eller dennes efterladte, er omfattet af § 19, kan ydelser i henhold til § 24 kun danne grundlag for regreskrav, hvis skaden er forvoldt forsætligt eller ved grov uagtsomhed.

§ 28. I det omfang der er erstatningsansvar efter reglerne i lov om produktansvar, gælder reglerne i §§ 26 og 27 ikke.

Erstatningsordningens organisation**Erstatningspligt**

§ 29. Pligt til at yde erstatning efter dette kapitel har:

- 1) Driftsansvarlige for offentlige sygehuse og den præhospitale indsats efter sundhedsloven.
- 2) Patientens bopælsregion og, hvis patienten ikke har bopæl her i landet, opholdsregionen for skader i forbindelse med behandling, som et sygehus m.v. i udlandet er ansvarligt for efter § 19, stk. 3.

3) Driftsansvarlige for regionstandplejen, odontologisk landsdels- og videnscenterfunktion og de kommunale sundhedsydelse efter sundhedslovens kapitel 36-41.

4) Driftsansvarlige for universiteternes tandlægeskoler.

5) Den region, hvor en privatpraktiserende autoriseret sundhedsperson har sin praksis eller hvor en læge, der uden at være privatpraktiserende virker som vagtlæge, eller hvor en læge, der uden at være privatpraktiserende foretager vaccination i henhold til sundhedslovens § 158, jf. dog stk. 3. 1. pkt. finder dog ikke anvendelse for praktiserende speciallæger, som ikke har speciale i almen medicin.

6) Den region, hvor et privat sygehus, en klinik eller en speciallægepraksis er beliggende, hvis behandling sker som en del af regionernes planlagte behandlingskapacitet, jf. sundhedslovens § 64, stk. 1-3, § 75, stk. 2, § 79, stk. 2, og § 89, stk. 2.

7) Private sygehuse, klinikker og speciallægepraksisser for skader efter behandling, undersøgelse el.lign., som er foretaget efter sundhedslovens § 87, §§ 87 a-d eller §§ 87 e-h eller betalt direkte uden om det offentlige sundhedsvæsen.«

8) Staten, for så vidt angår skader omfattet af § 19, stk. 1, nr. 8.

Stk. 2. Pligt til at yde erstatning efter dette kapitel har endvidere speciallægepraksisser med speciale i almen medicin, som ikke virker efter overenskomst, jf. sundhedslovens § 227, stk. 1, jf. § 60, stk. 1, for skader efter behandling, undersøgelse el.lign., som er betalt direkte uden om det offentlige sundhedsvæsen. Dog har den region, hvor speciallægepraksissen er beliggende, pligt til at yde erstatning for skader efter behandling, undersøgelse el.lign., som er udført efter sundhedslovens øvrige bestemmelser.

Stk. 3. I det omfang behandlingen af sager efter dette kapitel henlægges til en privat institution efter § 19, stk. 5, kan ministeren for sundhed og forebyggelse bestemme, at pligten til at yde erstatning efter dette kapitel påhviler den pågældende institution eller de pågældende privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner, som institutionen repræsenterer.

Stk. 4. Såfremt et regionsråd m.v. efter stk. 1, nr. 5, i gentagne tilfælde har ydet erstatning for skader forvoldt af privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner, private sygehuse m.v., er regionsrådet forpligtet til at indberette dette til Sundhedsstyrelsen med henblik på en vurdering af, hvorvidt der er grundlag for at iværksætte tilsynsmæssige foranstaltninger

i medfør af sundhedsloven og lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v. Sundhedsstyrelsen kan fastsætte regler for, hvornår indberetning til styrelsen skal foretages.

Forsikringspligt

§ 30. Krav om erstatning efter dette kapitel skal være dækket af en forsikring i et forsikringsselskab, jf. dog § 31, stk. 1.

Stk. 2. Forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af dette kapitel, skal underrette Patienterstatningen herom. Forsikringsselskaber omfattet af 1. pkt. skal underrette Sundhedsstyrelsen og Patienterstatningen, hvis forsikringsdækningen bortfalder.

Stk. 3. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter de årlige dækningssummer for de i stk. 1 nævnte forsikringer.

Stk. 4. Dækningssummer fastsat i medfør af stk. 3 reguleres efter reglerne i § 15 i lov om erstatningsansvar.

Stk. 5. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter bestemmelser om forsikringspligtens gennemførelse, herunder minimumsbetingelser for forsikringsselskabernes tegning af forsikringer omfattet af dette kapitel. Ministeren fastsætter herunder bestemmelser om,

1) at den region, hvor den erstatningspligtige, jf. § 29, har bopæl eller hjemsted, udbetaler erstatning i tilfælde, hvor den erstatningspligtige ikke har tegnet forsikring efter stk. 1, idet regionen kan anlægge sag om regres mod den erstatningspligtige,

2) at den region, hvor den erstatningspligtige, jf. § 29, har bopæl eller hjemsted, udbetaler erstatning i tilfælde, hvor den erstatningspligtige ikke har tegnet forsikring efter stk. 2, idet regionen kan anlægge sag om regres mod den erstatningspligtige,

3) at forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af dette kapitel, i fællesskab yder erstatning i tilfælde, hvor den enkelte driftsansvarliges erstatningspligt overstiger forsikringens dækningssum fastsat i medfør af stk. 3,

4) at forsikringsselskaber, der har tegnet forsikringer omfattet af dette kapitel, og selvforsikrende myndigheder i fællesskab yder erstatning efter § 24, hvor det ikke er muligt med rimelig sikkerhed at udpege den erstatningspligtige efter § 29.

Stk. 6. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter bestemmelser om maksimering af den fælles erstatningsforpligtelse efter stk. 5, nr. 3-4.

Stk. 7. Præmier for forsikringerne tillægges udpantningsret og kan inddrives ved indeholdelse i løn m.v. efter reglerne for inddrivelse af personlige skatter i kildeskatteloven.

Stk. 8. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte regler for registrering af og tilsyn med forsikringsdækning efter stk. 1.

§ 31. Staten, regionsråd og kommunalbestyrelser er undtaget fra forsikringspligten efter § 30.

Stk. 2. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan godkende, at regionsråd og kommunalbestyrelser efter aftale overtager forsikringspligten efter § 30, stk. 1, for de private driftsansvarlige, jf. § 29. Overtagelsen kan kun ske for de private driftsansvarlige, som udøver virksomhed inden for regionens eller kommunens område.

Stk. 3. Regionsråd og kommunalbestyrelser kan kræve omkostningerne ved de i stk. 2 nævnte forsikringsordninger dækket hos de private driftsansvarlige, der er omfattet af ordningerne.

Stk. 4. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter de årlige dækningssummer for de i stk. 2 nævnte forsikringer.

Stk. 5. Dækningssummer fastsat i medfør af stk. 4 reguleres efter reglerne i § 15 i lov om erstatningsansvar.

Stk. 6. § 30, stk. 5, nr. 3, samt stk. 6, finder ikke anvendelse, såfremt et regionsråd eller en kommunalbestyrelse efter stk. 2 har overtaget forsikringspligten.

Stk. 7. Der er udpantningsret for de i stk. 3 nævnte omkostninger.

Patientforsikringsforeningen (Patienterstatningen)

§ 32. Forsikringsselskaber, som har tegnet forsikringer omfattet af dette kapitel, og selvforsikrende regionsråd og kommunalbestyrelser opretter i fællesskab en patientforsikringsforening (Patienterstatningen) og vælger en bestyrelse for foreningen. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte regler om, at staten kan blive medlem af bestyrelsen.

Stk. 2. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter vedtægter for foreningens styrelse og virksomhed. Udgifter til foreningens drift samt udgifter, der i øvrigt pålægges foreningen efter dette kapitel, afholdes af

forsikringsselskaberne og selvforsikrende myndigheder efter en fordeling, som fastsættes i vedtægterne.

Stk. 3. Patientforsikringsforeningen (Patienterstatningen) afgiver en årlig redegørelse til ministeren for sundhed og forebyggelse om sin virksomhed.

Sagernes behandling

§ 33. Patienterstatningen modtager, oplyser og afgør alle erstatningssager efter dette kapitel. Foreningen kan efter nærmere bestemmelse i vedtægterne bemyndige de enkelte forsikringsselskaber og selvforsikrende myndigheder til selv at oplyse og afgøre nærmere beskrevne sagstyper.

Stk. 2. De i § 29, stk. 1, nævnte mulige erstatningsansvarlige skal oplyse Patienterstatningen om, efter hvilke regler i sundhedsloven patienten er undersøgt, behandlet el.lign., eller om undersøgelsen, behandlingen el.lign. er betalt uden om det offentlige sundhedsvæsen.

Stk. 3. Patienterstatningen kan lade vidner afhøre ved byretten på det sted, hvor de bor.

Stk. 4. Patienterstatningens afgørelser meddeles vedkommende forsikringsselskab, staten eller selvforsikrende regionsråd eller kommunalbestyrelse, som herefter skal udbetale de fastsatte ydelser inden 1 måned.

§§ 34-36. (Ophævet pr. 1.1.2015)

§ 37. Patienterstatningen kan af kommunalbestyrelser, regionsråd, statslige told- og skattemyndigheder og andre vedkommende, herunder sygehuse, institutioner, behandlende læger og andre sundhedspersoner, Sundhedsstyrelsen, Arbejdsmarkedets Erhvervssikring og forsikringsgiver efter lovens § 30, stk. 1, m.v., samt den skadelidte forlange meddelt enhver oplysning, herunder sygehusjournaler, journaloptegnelser, politirapporter, obduktionsrapporter m.v., som foreningen skønner er af betydning for behandling af sager efter dette kapitel. Oplysningerne kan indhentes i elektronisk form. Patienterstatningen og Patientombuddet kan få terminaladgang til oplysninger i indkomstregisteret.

Stk. 2. Patienterstatningen skal afgive de oplysninger til Ankenævnet for Patienterstatningen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, som er nødvendige for disse myndigheders varetagelse af opgaver efter dette kapitel. (.....)

Kapitel 4 a

Ankenævnet for Patienterstatningen

§ 58 a. Ministeren for sundhed og forebyggelse nedsætter et ankenævn for Patienterstatningen, der består af 1 formand og et af ministeren for sundhed og forebyggelse fastsat antal næstformænd og beskikkede medlemmer.

Stk. 2. Formanden og næstformændene, der udnævnes af ministeren for sundhed og forebyggelse, skal være dommere. Nævnets øvrige medlemmer udpeges af Sundhedsstyrelsen, regionsrådene i forening, KL, Forsikring & Pension, Advokatrådet, Forbrugerrådet Tænk, Danske Handicaporganisationer og Danske Patienter.

Stk. 3. Sundhedsstyrelsen udpeger for de faglige områder, hvor det findes nødvendigt for sagernes behandling, et antal sagkyndige medlemmer, der alle er fagligt uddannede.

Stk. 4. Ved afgørelsen af den enkelte sag skal nævnet sammensættes af

- 1) formanden eller 1 næstformand,
- 2) 2 sagkyndige medlemmer udpeget af Sundhedsstyrelsen efter stk. 3,
- 3) 1 medlem udpeget af regionsrådene i forening,
- 4) 1 medlem udpeget af KL,
- 5) 1 medlem udpeget af Forsikring & Pension,
- 6) 1 medlem udpeget af Advokatrådet,
- 7) 1 medlem udpeget af Forbrugerrådet Tænk,
- 8) 1 medlem udpeget af Danske Handicaporganisationer og
- 9) 1 medlem udpeget af Danske Patienter.

Stk. 5. Formanden eller vedkommende næstformand afgør, inden for hvilket fagligt område eller områder sagkyndige medlemmer efter stk. 4, nr. 2, skal deltage ved afgørelsen af den enkelte sag.

Stk. 6. Nævnet er beslutningsdygtigt, hvis nævnet ved afgørelsen af den enkelte sag består af formanden eller 1 næstformand og mindst 4 medlemmer, heraf mindst 1 medlem efter stk. 4 henholdsvis nr. 2 og 6, 1 medlem efter stk. 4, nr. 3, 4 eller 5, og 1 medlem efter stk. 4, nr. 7, 8 eller 9.

Stk. 7. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan bemyndige nævnets formand eller 1 næstformand til at træffe afgørelse i sager, der ikke skønnes at frembyde tvivl.

Stk. 8. Nævnets medlemmer udpeges for 4 år. Finder udpegningen sted i løbet af en periode, gælder den kun til periodens udløb.

Stk. 9. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter efter forhandling med nævnet dettes forretningsorden.

Stk. 10. Patientombuddet stiller sekretariatsbistand til rådighed for nævnet.

Stk. 11. § 18 finder tilsvarende anvendelse for afholdelsen af udgifter til drift af nævnet.

§ 58 b. De afgørelser, der træffes efter §§ 33 og 55, kan indbringes for Ankenævnet for Patienterstatningen, der træffer den endelige administrative afgørelse. Ankenævnet kan stadfæste, ophæve eller ændre afgørelsen og tillægge en klage opsættende virkning.

Stk. 2. Klage til Ankenævnet for Patienterstatningen skal indgives, inden 3 måneder efter at klageren har fået meddelelse om afgørelsen.

Stk. 3. Ankenævnet for Patienterstatningen kan se bort fra overskridelse af klagefristen, når der er særlig grund hertil.

§ 58 c. Ankenævnet for Patienterstatningens afgørelse kan indbringes for retten, der kan stadfæste, ophæve eller ændre afgørelsen.

Stk. 2. Afgørelsen skal indbringes for retten, inden 6 måneder efter at afgørelsen er meddelt.

Kapitel 5

Forældelses- og straffebestemmelser

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

Stk. 2. Forældelse af erstatningskrav indtræder dog senest 10 år efter den dag, hvor skaden er forårsaget.

§ 60 a. Anmeldelser af erstatningskrav efter kapitel 3 og 4, der sendes til Patientombuddet, anses for indgivet til rette myndighed, jf. §§ 59 og 60, på det tidspunkt, hvor de modtages af Patientombuddet. Anmeldelserne videresendes straks til rette myndighed.

§ 60 b. Træffes der bindende afgørelse om anerkendelse af en skade omfattet af kapitel 3 eller 4 eller om udmåling af erstatning for en sådan skade, løber fra tidspunktet for afgørelsen en forældelsesfrist på 3 år for erstatningskrav som følge af skaden.

Stk. 2. Var den erstatningsberettigede ubekendt med erstatningskravet, regnes forældelsesfristen efter stk. 1 dog først fra den dag, hvor den erstatningsberettigede fik eller burde have fået kendskab til kravet.

Stk. 3. Forældelse indtræder senest 10 år efter den i stk. 1 nævnte afgørelse, dog senest 30 år efter den dag, hvor skaden er forårsaget eller lægemidlet er udleveret til skadelidte.

§ 61. Undlader en sundhedsperson at efterkomme en forpligtelse efter § 12, stk. 2, § 16, stk. 1, § 33, stk. 2, § 37, stk. 1, eller § 58, stk. 1, straffes vedkommende med bøde.

§ 62. Overtrædelse af § 30, stk. 1, straffes med bøde. Der kan pålægges selskaber m.v. (juridiske personer) strafansvar efter reglerne i straffelovens 5. kapitel.

(.....)

§ 64. Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, men kan for Færøerne sættes i kraft ved kongelig anordning med de afvigelser, som de særlige færøske forhold tilsiger.

*Loven er sat i kraft for Færøerne pr. 1. januar 2012, jf. anordning nr. 1248 af 19.december 2011.

Finland

Patientskadelag (25.7. 1986/585)

I enlighet med riksdagens beslut stadgas:

1 § (27.11.1998/879)

Lagens tillämpningsområde

Denna lag gäller ersättningar som ur en patientförsäkring betalas för en personskada som orsakats en patient i samband med hälso- och sjukvård i Finland.

Som hälso- och sjukvård anses även en på recept baserad distribution av medicin.

Som patient anses även den som donerar blod, vävnader eller organ samt en frisk person som undersöks i samband med medicinsk forskning.

2 § (27.11.1998/879)

Förutsättningarna för rätt till ersättning

Ersättning betalas för en personskada, om det är sannolikt att den har orsakats av

1) undersökning, behandling och vård eller någon annan motsvarande åtgärd eller av att en sådan försummats, förutsatt att en erfaren yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården skulle ha undersökt, behandlat och vårdat patienten eller i övrigt vidtagit åtgärder som avser patienten på något annat sätt och därigenom sannolikt skulle ha undvikit skadan,

2) fel i en sjukvårdsapparat eller ett sjukvårdsinstrument som använts vid undersökning, behandling och vård eller någon annan motsvarande åtgärd,

3) infektion som uppkommit i samband med undersökning, behandling och vård eller någon annan motsvarande åtgärd, om inte patienten skall tåla skadan med beaktande av hur förutsebar infektionen är, hur allvarig den skada som uppkommit är, arten av och svårighetsgraden hos den sjukdom eller

det handikapp som behandlats och vårdats samt patientens hälsotillstånd i övrigt,

4) ett olycksfall i samband med undersökning, behandling och vård eller någon annan motsvarande åtgärd eller av ett olycksfall under sjuktransport,

5) brand i en behandlingslokal eller en behandlingsutrustning eller av någon annan motsvarande skada i en behandlingslokal eller i en behandlingsutrustning,

6) distribution av medicin i strid med lag eller förordning eller föreskrifter som utfärdats med stöd av dem,

7) undersökning, behandling och vård eller någon annan motsvarande åtgärd förutsatt att följden är en bestående svår sjukdom eller handikapp eller död och följden kan anses oskäligen med beaktande av hur allvarlig skadan är, arten av och svårighetsgraden hos den sjukdom eller det handikapp som behandlats och vårdats, patientens hälsotillstånd i övrigt, hur sällsynt skadan är samt hur stor skaderisken är i ett enskilt fall.

Ersättning betalas inte för en skada som orsakas av en medicin i andra fall än de som nämns i 1 mom. 6 punkten.

3 § (16.6.2004/511)

Bestämning av ersättning

Ersättning för en patientskada bestäms med tillämpning av 5 kap. 2, 2 a-2 d, 3, 4, 7 och 8 §, 6 kap. 1 § samt 7 kap. 3 § i skadeståndslagen (412/1974). Ersättningen kan dock inte jämkas på basis av att den skadelidande själv bidragit till skadan, om inte den skadelidande har förfarit uppsåtligt eller med grov oaktsamhet. Ersättning betalas inte för en obetydlig skada.

4 §

Försäkringsskyldighet

Utövare av hälso- eller sjukvårdsverksamhet skall ha försäkring för ansvarighet som avses i denna lag.

Den som underlåtit att ta försäkring är skyldig att för tiden för underlåtenheten betala högst tiodubbel försäkringspremie. Försäkringsinspektionen

beslutar hur den försäkringspremie som ligger till grund för den förhöjda premien skall beräknas. (29.1.1999/87)

Försäkringspremie jämte dröjsmålsränta är verkställbar utan dom eller utslag.

5 §

Försäkringsgivare

I denna lag nämnd försäkring kan beviljas av ett försäkringsbolag som enligt lagen om försäkringsbolag (1062/79) har rätt att bedriva sådan försäkringsrörelse i Finland som hör till skadeförsäkringsklass 13. (17.3.1995/363)

Vad 1 mom. stadgar tillämpas på motsvarande sätt på sådant utländskt försäkringsbolag som har en representation i Finland eller som här bedriver fritt tillhandahållande av försäkringstjänster såsom därom särskilt stadgas. (17.3.1995/363)

Samtliga försäkringsbolag som bedriver patientförsäkringsrörelse i Finland ska vara medlemmar i Patientförsäkringscentralen. Centralen svarar för ersättningsverksamheten enligt denna lag och kan bevilja försäkringar för medlemsbolagens räkning. Centralen ansvarar för skada då fall av underlåtenhet att ta försäkring föreligger samt bestämmer och tar ut i 4 § 2 mom. nämnd förhöjd försäkringspremie. Dessutom ska centralen i samband med ett finländskt försäkringsbolags likvidation eller konkurs sköta utbetalningen av ersättningar sedan försäkringsbeståndet jämte mot detta svarande tillgångar har överförts till centralen samt även handha övriga uppgifter som anges i 23 kap. 21 § i försäkringsbolagslagen (521/2008) och i 49 § lagen om utländska försäkringsbolag (398/1995). Gäller likvidationen eller konkursen ett utländskt försäkringsbolag vars hemstat hör till Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, vidtar centralens skyldighet att betala ut ersättningar dock vid den tidpunkt som Finansinspektionen bestämmer. När Patientförsäkringscentralen har betalat ersättning till den skadelidande, övergår dennes rätt till ersättning från administrations- eller konkursboet till centralen upp till det belopp som denna har betalat ut i ersättning. (19.12.2008/903)

Social- och hälsovårdsministeriet fastställer Patientförsäkringscentralens stadgar. Finansinspektionen svarar för tillsynen över de förfaranden som ska

iakttas i Patientförsäkringscentralens ersättnings- och försäkringsverksamhet och över försäkringsmatematiska faktorer. (19.12.2008/903)

L om försäkringsbolag 1062/1979 har upphävts genom L om införande av försäkringsbolagslagen 522/2008, se FörsäkringsbolagsL 521/2008.

5 a § (27.11.1998/879)

Uptagande av försäkring i ett annat försäkringsbolag

Försäkringar enligt denna lag upphör att gälla en månad efter det att försäkringstagaren fått vetskap om att försäkringsbolagets likvidation eller konkurs har inletts och om skyldigheten att inom den utsatta tiden teckna ny försäkring. Har försäkringstagaren inte dessförinnan tecknat försäkring i ett annat försäkringsbolag anses han ha försummat sin försäkringsplikt enligt denna lag. Förvaltningen för det särskilda administrationsboet och för utländska försäkringsbolags del Patientförsäkringscentralen förpliktas att utan dröjsmål skriftligen underrätta försäkringstagarna om ovan nämnda skyldighet att teckna försäkring i ett annat försäkringsbolag.

5 b § (20.12.1996/1085)

Tillskottspremie

Om för en ersättning enligt denna lag till följd av ett försäkringsbolags likvidation eller konkurs antingen delvis eller helt och hållet saknas säkerhet sedan tilläggsavgift enligt 14 kap. 5 § i försäkringsbolagslagen eventuellt har påförts försäkringstagarna, kan försäkringstagare förpliktas att betala tillskottspremie för patientförsäkringen enligt bestämmelserna i denna paragraf. Vad som bestäms i denna paragraf gäller inte en konsument eller en sådan näringsidkare som, med beaktande av arten och omfattningen av näringsverksamheten samt förhållandena i övrigt, i sin egenskap av försäkringsgivarens avtalspart kan jämföras med en konsument. (13.12.2013/988)

Tillskottspremie kan påföras sådan försäkringstagare som med stöd av ägande eller på andra grunder har utövat betydande inflytande på ett försäkringsbolags förvaltning, om bolaget vid bedrivandet av patientförsäkring väsentligen underlåtit att iakttä bestämmelser eller föreskrifter om försäkringsrörelse eller i affärsverksamheten gjort sig skyldigt till brottsligt förfarande som inte kan betraktas som ringa. Den tillskottspremie som påförs enligt detta mo-

ment skall för varje enskild försäkringstagare vara lika stor som den ekonomiska nytta han fått.

Om tillskottspremie enligt 2 mom. inte räcker för att täcka den andel för vilken säkerheter saknas och om premierna för försäkring baserad på denna lag i genomsnitt har varit oskäligt låga i jämförelse med kostnaderna av försäkringarna och detta kan anses ha bidragit väsentligt till att försäkringsbolaget försatts i likvidation eller konkurs, kan utöver premien enligt 2 mom. dessutom en tillskottspremie påföras de andra patientförsäkringstagare i bolaget som fått väsentlig ekonomisk nytta av de alltför låga försäkringspremierna. Tillskottspremien enligt detta moment får dock för varje enskild försäkringstagares del vara högst lika stor som den ekonomiska nytta som han till följd av alltför låga försäkringspremier har fått under de tre år som föregått försäkringsbolagets likvidation eller konkurs.

Beslut om tillskottspremie, dess storlek och redovisningen av den fattas av Patientförsäkringscentralen. Ministeriet meddelar vid behov närmare föreskrifter om tillämpningen av detta moment. På debiterad tillskottspremie som förfallit till betalning och inte erlagts senast på förfallodagen uppbärs dröjsmålsränta enligt räntesats som avses i 4 § 3 mom. räntelagen. Tillskottspremie jämte dröjsmålsränta får sökas ut utan dom eller beslut enligt lagen om indrivning av skatter och avgifter i utsökningsväg (367/1961). (27.11.1998/879)

L om indrivning av skatter och avgifter i utsökningsväg 367/1961 har upphävts genom L om verkställighet av skatter och avgifter 706/2007. RänteL 633/1982 4 § 3 mom. är inte längre i kraft. I enlighet med ikraftträdelsebestämmelsen i L 340/2002 om det någon annanstans i lagstiftningen finns en hänvisning till 4 § 3 mom. räntelagen, skall i stället 4 § 1 mom. räntelagen tillämpas.

5 c § (20.12.1996/1085)

Garantiavgift

Om för en ersättning enligt denna lag till följd av ett försäkringsbolags likvidation eller konkurs antingen delvis eller helt saknas säkerhet sedan försäkringstagare har påförts tillskottspremie, skall de försäkringsbolag som bedriver patientförsäkring gemensamt ansvara för ersättningen eller del av den. Finansieringen av den andel för vilken säkerheter saknas sker genom

att en årlig garantiavgift uppbärs hos de försäkringsbolag som bedriver patientförsäkring under debiteringsåret. Den merkostnad som garantiavgiften orsakar kan försäkringsbolaget inkludera i de patientförsäkringspremier som förfaller till betalning.

Avgiftens storlek fastställs i proportion till försäkringsbolagets premieinkomst av patientförsäkringen eller till en beräknad premieinkomst utgående från de risker som försäkringarna täcker. Avgiften får årligen utgöra högst två procent av ovan avsedd premieinkomst. Ministeriet utfärdar vid behov närmare föreskrifter om tillämpningen av detta moment.

På debiterad avgift och förskott på avgift som förfallit till betalning och inte erlagts senast på förfallodagen uppbärs dröjsmålsränta enligt räntesats som avses i 4 § 3 mom. räntelagen. Avgift och förskott på avgift samt dröjsmålsränta får sökas ut utan dom eller beslut så som stadgas i lagen om indrivning av skatter och avgifter i utskökningsväg.

L om indrivning av skatter och avgifter i utskökningsväg 367/1961 har upphävts genom L om verkställighet av skatter och avgifter 706/2007. RänL 633/1982 4 § 3 mom. är inte längre i kraft. I enlighet med ikraftträdelsebestämmelsen i L 340/2002 om det någon annanstans i lagstiftningen finns en hänvisning till 4 § 3 mom. räntelagen, skall i stället 4 § 1 mom. räntelagen tillämpas.

5 d § (27.11.1998/879)

Patientförsäkringscentralens rätt att få upplysningar

Patientförsäkringscentralen har rätt att av myndigheterna, av den som idkar hälso- och sjukvård, av arbetsgivaren för den skadelidande eller för någon annan som ansöker om ersättning, av en pensions- eller försäkringsanstalt, en pensionsstiftelse samt en arbetslöshetskassa avgiftsfritt och utan hinder av vad som någon annanstans bestäms om tystnadsplikt eller utlämnande av personregisteruppgifter få de upplysningar som behövs för att bestämma ersättningsgrunden och omfattningen av ersättningsskyldigheten. För utlämnande av uppgifter till någon annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än den som gett den behandling eller vård som skadeärendet gäller skall centralen dock betala en ersättning som motsvarar kostnaderna.

Patientförsäkringscentralen har efter det att ett försäkringsbolag försatts i

likvidation eller konkurs rätt att av administrations- eller konkursboet få de upplysningar som centralen behöver för att kunna sköta sina uppgifter enligt denna lag.

6 § (17.3.1995/363)

Anmälan av villkoren för patientförsäkring och av försäkringspremierna

Försäkringsbolaget skall skriftligen tillställa Försäkringsinspektionen de allmänna och särskilda försäkringsvillkor som gäller patientförsäkring för kännedom senast en månad innan de tas i bruk. (29.1.1999/87)

Försäkringsinspektionen kan vid behov kräva att försäkringsbolaget tillställer Försäkringsinspektionen en utredning om de grunder för försäkringspremierna, de formulär och de andra handlingar som bolaget använder i kontakterna med försäkringstagarna. (29.1.1999/87)

Patientförsäkringspremierna skall dock med beaktande av tryggandet av de försäkrades förmåner beräknas så att försäkringspremierna är skäligen i förhållande till kostnaderna för försäkringarna.

Försäkringsinspektionen kan meddela föreskrifter om den riskklassificering som ligger till grund för statistikföringen av försäkringar och skador. (29.1.1999/87)

Försäkringsbolagen skall så som Försäkringsinspektionen bestämmer låta utföra sådana undersökningar och beräkningar som åliggandena enligt denna paragraf förutsätter. (29.1.1999/87)

7 § (27.11.1998/879)

Skyldighet att bevilja försäkring

Patientförsäkringscentralen får inte vägra att bevilja en patientförsäkring, om ett försäkringsbolag som nämns i 5 § 1 mom. vägrar att göra det.

7 a § (17.3.1995/363)

Försäkringstagarens rätt att uppsäga försäkringen

Försäkringstagaren kan under försäkringsperioden säga upp försäkringen att övergå till ett annat försäkringsbolag. Uppsägningen skall göras skriftligt. Till uppsägningsanmälan skall bifogas ett intyg över en ny försäkring.

8 § (29.1.2016/95)**Patientskadeersättningarnas förhållande till andra förmåns- och ersättningssystem**

Rätten att med stöd av denna lag få ersättning för behövliga sjukvårdskostnader och för andra behövliga utgifter som orsakats av en skada, begravningskostnader, för sveda och värk och andra tillfälliga men och bestående men, är oberoende av om den ersättningssökande på någon annan grund har rätt till motsvarande ersättningar eller förmåner på grund av samma skadefall.

Ersättning för inkomstförlust eller förlust av underhåll betalas med stöd av denna lag endast till den del ersättningen överstiger den motsvarande ersättning eller förmån som betalas med stöd av någon annan lag. Patientförsäkringscentralen kan till den ersättningssökande likväl betala ut även den del av ersättningen eller förmånen som ska betalas med stöd av någon annan lag, om den sökandes utkomst i annat fall uppenbarligen skulle äventyras.

Trots vad som föreskrivs i 2 mom. har en skadelidande rätt att få ersättning för inkomstförlust eller förlust av underhåll oberoende av om den ersättningssökande har rätt till motsvarande förmåner med stöd av de lagar som nämns 3 § i lagen om pension för arbetstagare (395/2006).

En ersättning som med stöd av någon annan lag har betalats till ersättningssökanden samt en ersättningspost som ska betalas på grund av ett redan fattat ersättningsbeslut, men som förfaller till betalning i framtiden, kan dras av från den ersättning som ska betalas med stöd av denna lag.

8 § har ändrats genom L 95/2016, som träder i kraft 1.1.2017. Den tidigare formen lyder:

8 § (27.11.1998/879)**Primärt ersättningsansvar**

Rätten att med stöd av denna lag få ersättning för sjukdomskostnader och för andra utgifter som orsakats av en skada, för sveda och värk samt för lyte eller för annat bestående men är oberoende av om den ersättningssökande på någon annan grund har rätt till motsvarande ersättningar eller förmåner på grund av samma skadefall.

Ersättning för minskning i inkomst eller uppehålle samt förlust av nödvändigt underhåll erläggs med stöd av denna lag endast till den del ersättningen överstiger den motsvarande ersättning eller förmån som betalas med stöd av någon annan lag. Patientförsäkringscentralen kan till den ersättningssökande likväl betala ut även den del av ersättningen som skall betalas med stöd av någon annan lag, om sökandens utkomst i annat fall uppenbarligen skulle äventyras.

En ersättning som med stöd av någon annan lag betalats till ersättningssökanden samt en ersättningspost som skall betalas på grund av ett redan fattat ersättningsbeslut, men som förfaller till betalning i framtiden, kan dras av från den ersättning som skall betalas med stöd av denna lag.

9 §

Övergång av rätten till ersättning samt regressrätt

Om ersättningssökanden har rätt till ersättning eller en förmån till följd av samma skadefall med stöd av någon annan lag, övergår denna rätt till Patientförsäkringscentralen till det belopp som centralen betalt i ersättning. Till Patientförsäkringscentralen övergår dock inte den rätt som ersättningssökanden har att erhålla ersättning eller förmån med stöd av lagen om service och stöd på grund av handikapp (380/1987). (27.11.1998/879)

Har den skadelidande rätt till skadestånd av den som orsakat patientskada eller dennes arbetsgivare, övergår nämnda rätt enligt denna lag till den som utgett ersättning, likväl enbart i det fall då skada orsakats uppsåtligen eller av grovt vållande.

Avtal i vilket en försäkringsgivare gentemot en regresskyldig förbehåller sig en mer omfattande rätt än den som stadgas i 2 mom. är utan verkan.

9 a § (29.1.2016/95)

Specifisering av ersättningarna

En försäkringsanstalt som med stöd av trafikförsäkringslagen (279/1959), lagen om olycksfall i arbetet och om yrkessjukdomar (459/2015), lagen om lantbruksföretagares olycksfall i arbetet och yrkessjukdomar (873/2015), lagen om olycksfalls- och pensionsskydd för idrottsutövare (276/2009) eller lagen om olycksfall i militärtjänst (1211/1990) har betalt ersättning för be-

hövliga sjukvårdskostnader och för andra behövliga kostnader, begravningskostnader, inkomstförlust, förlust av underhåll, för sveda och värk och andra tillfälliga men och bestående men, har rätt att återfå den andel av ersättningarna som den skadelidande skulle ha haft rätt till med stöd av denna lag.

En pensionsanstalt som med stöd av de lagar som nämns i 3 § i lagen om pension för arbetstagare har betalat ut en arbetspensionsförmån till en skadelidande har rätt att återfå den del av ersättningen för inkomstförlust eller förlust av underhåll som den skadelidande skulle ha haft rätt till med stöd av denna lag.

En försäkringsanstalt som med stöd av en frivillig försäkring enligt lagen om försäkringsavtal(543/1994) har betalt ersättning för sjukdomskostnader har rätt att återfå den del av ersättningarna som den skadelidande uppenbart klart skulle ha haft rätt till med stöd av denna lag.

9 a § har ändrats genom L 95/2016, som träder i kraft 1.1.2017. Den tidigare formen lyder:

9 a § (27.11.1998/879)

Specificering av ersättningarna

En försäkringsanstalt som med stöd av trafikförsäkringslagen (279/1959), olycksfallsförsäkringslagen (608/1948) eller lagen om olycksfall i militär-tjänst (1211/1990) har betalt ersättning för sjukdomskostnader eller andra kostnader, för minskning i inkomster eller uppehålle, för sveda och värk, lyte eller annat bestående men eller förlust av nödvändigt underhåll har rätt att återfå den andel av ersättningarna som den skadelidande uppenbart klart skulle ha haft rätt till med stöd av denna lag.

En försäkringsanstalt som med stöd av en frivillig försäkring enligt lagen om försäkringsavtal(543/1994) har betalt ersättning för sjukdomskostnader har rätt att återfå den del av ersättningarna som den skadelidande uppenbart klart skulle ha haft rätt till med stöd av denna lag.

TrafikförsäkringsL 279/1959 har upphävts genom TrafikförsäkringsL 460/2016, som gäller fr.o.m. 1.1.2017. Bestämmelserna i 4 kap. som gäller ersättning för sjukvårdskostnader trädde dock i kraft redan den 1 augusti 2016.

10 § (27.11.1998/879)**Framställande av ersättningskrav**

Yrkande på ersättning med stöd av denna lag skall framställas hos Patientförsäkringscentralen inom tre år efter att den ersättningsberättigade fick kännedom om skadan eller borde ha känt till skadan. Av särskilda skäl kan ersättning krävas även senare. Ersättning skall dock krävas senast inom tio år efter den händelse som lett till skadan vid hot om att rätten till ersättning med stöd av denna lag går förlorad.

10 a § (30.6.2000/640)**Ersättningsförhöjning**

Fördröjs utbetalningen av ersättning som avses i denna lag, skall Patientförsäkringscentralen betala den fördröjda ersättningen förhöjd för dröjsmålstiden. Förhöjningen per år följer den räntefot som avses i 4 § 3 mom. räntelagen. Skyldigheten att betala ersättningen förhöjd gäller dock inte prestationer som grundar sig på samordning eller regressrätt mellan försäkrings- eller pensionsanstalter som bedriver lagstadgad försäkringsverksamhet.

En förhöjning enligt 1 mom. skall räknas ut för varje dag av dröjsmålstiden. Den räknas dock inte ut för en tid om tre månader från utgången av den kalendermånad då den skadelidande hos Patientförsäkringscentralen framställt sina krav samt en sådan utredning om ersättningens grund och belopp som skäligen kan krävas av honom eller henne med beaktande även av centralens möjligheter att skaffa utredning. För en ersättningspost som med stöd av ett och samma beslut skall betalas senare räknas dock förhöjningen från förfallodagen.

Beror det av den skadelidande att ersättning inte kunnat utbetalas i rätt tid, är Patientförsäkringscentralen inte skyldig att betala ersättningen förhöjd för längre tid än från den dag då hindret, enligt vad centralen känner till, har upphört. Om betalningen av ersättningen fördröjs till följd av en bestämelse i lag eller på grund av avbrott i den allmänna samfärdseln eller betalningsrörelsen eller av något annat liknande oöverstigligt hinder, är centralen inte skyldig att betala ersättningen förhöjd för den dröjsmålstid som beror på detta hinder.

En ersättningsförhöjning som understiger 4,6 euro betalas inte ut. Beloppet justeras årligen enligt den lönekoeficient som anges i 7 b § i lagen om pension för arbetstagare (395/1961). Det justerade beloppet avrundas till närmaste tio cent. (22.12.2005/1100)

Social- och hälsovårdsministeriet meddelar vid behov anvisningar till Patientförsäkringscentralen om tillämpningen av denna paragraf.

RänteL 4 § 3 mom. är inte längre i kraft. I enlighet med ikraftträdelsebestämmelsen i L340/2002 om det någon annanstans i lagstiftningen finns en hänvisning till 4 § 3 mom. räntelagen, skall i stället 4 § 1 mom. räntelagen tillämpas. L om pension för arbetstagare 395/1961 har upphävts genom L om införande av lagen om pension för arbetstagare 396/2006, se L om pension för arbetstagare 395/2006 96 §.

10 b § (22.12.2006/1371)

Fördelningssystemet

Försäkringsbolag som bedriver försäkring enligt denna lag skall varje kalenderår i proportion till premieinkomsten på det sätt som anges i 2-7 mom. (*fördelningssystemet*) delta i finansieringen av de förhöjningar enligt lagen om bindande av vissa patientskadeersättningar vid lönenivån (255/1987), som Patientförsäkringscentralen betalar ut varje år. Med *premieinkomst* avses i denna paragraf en sådan premieinkomst för en försäkring enligt denna lag som ingår i försäkringsbolagets resultaträkning.

Patientförsäkringscentralen meddelar försäkringsbolagen senast den 31 maj det år som föregår utbetalningsåret för i 1 mom. avsedda förhöjningar (*fördelningsåret*) det relationstal som bestämmer beloppet av de finansieringsandelar (*fördelningsavgifter*) som behövs för finansieringen av fördelningssystemet i proportion till fördelningsårets premieinkomst. Relationstalet skall grunda sig på ett kalkylerat belopp av de förhöjningar enligt 1 mom. (*ersättningar enligt fördelningssystemet*) som centralen beräknas betala under fördelningsåret, samt beloppen av premieinkomsterna. Dessutom skall i relationstalet beaktas det över- eller underskott (*fördelningssaldo*) som bildas av skillnaden mellan fördelningsavgifterna och ersättningarna ur fördelningssystemet de år som föregår fördelningsåret. Närmare bestämmelser om beak-

tandet av fördelningssaldot vid uträkningen av relationstalet utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

Den bolagsspecifika fördelningsavgiften fås genom att multiplicera relationstalet enligt 2 mom. med försäkringsbolagets premieinkomst under fördelningsåret. Det bolagsspecifika fördelningssaldot bestäms utifrån försäkringsbolagens premieinkomst för fördelningsåret i proportion till det fördelningssaldo som influtit för fördelningsåret och de år som föregår detta. Det bolagsspecifika fördelningssaldot utgör försäkringsbolagets skuld till fördelningssystemet, om saldot visar överskott och försäkringsbolagets fordringar hos fördelningssystemet, om saldot visar underskott.

Patientförsäkringscentralen gör senast den 31 maj under fördelningsåret upp en kalkyl över de ersättningar som centralen beräknas betala ur fördelningssystemet under fördelningsåret, samt beloppen av de bolagsspecifika fördelningsavgifterna och fördelningssaldona. Närmare bestämmelser om grunderna för kalkylen utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

Patientförsäkringscentralen fastställer senast den 31 maj det år som följer efter fördelningsåret de ersättningar som centralen skall betala enligt fördelningssystemet under fördelningsåret samt de bolagsspecifika fördelningsavgifterna och fördelningssaldona.

Försäkringsbolaget skall betala den kalkylerade fördelningsavgiften och den slutligt fastställda fördelningsavgiften samt en post som beror på förändringen i det bolagsspecifika fördelningssaldot till Patientförsäkringscentralen, och centralen skall redovisa den kalkylerade ersättningen och den slutligt fastställda ersättningen enligt fördelningssystemet samt den post som beror på förändringen i det bolagsspecifika fördelningssaldot till försäkringsbolagen. Närmare bestämmelser om fördelningsavgiften och redovisningen av den utfärdas genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet.

Till de slutliga betalningar som avses ovan i 6 mom. fogas en ränta som räknats på skillnaden mellan de slutliga betalningarna och förskottsbetalningarna för ett års tid räknat från den 1 juli under fördelningsåret. Som ränta används i 12 § i räntelagen nämnd referensränta som gäller nämnda dag.

11 § (30.6.2000/640)**Patientskadenämnden**

Statsrådet tillsätter patientskadenämnden för tre år i sänder och utser en av medlemmarna till ordförande och två till vice ordförande. Om en medlem eller en ersättare avgår eller avlider under mandattiden, skall social- och hälsovårdsministeriet utse en ny medlem eller ersättare i hans eller hennes ställe för den återstående mandattiden.

Patientskadenämnden består av åtta medlemmar och sexton ersättare.

Nämndens medlemmar skall vara förtrogna med hälso- och sjukvårdsfrågor. Ordföranden och vice ordförandena skall ha avlagt juris kandidatexamen och minst två av dem skall vara förtrogna med skadestandsfrågor. Ordföranden skall dessutom vara förtrogen med domarvärv. Två av medlemmarna skall vara specialistläkare och minst en skall vara annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Vad som bestäms om medlemmarna gäller också ersättarna.

Patientskadenämndens medlemmar och andra personer som sköter nämndens uppgifter handlar under tjänsteansvar.

Närmare bestämmelser om nämndens förvaltning och organiseringen av verksamheten utfärdas genom förordning av statsrådet.

11 a § (30.6.2000/640)**Patientskadenämndens uppgifter**

Patientskadenämnden har till uppgift att på begäran av en ersättnings sökande, Patientförsäkringscentralen, den som idkar hälso- och sjukvård eller en försäkringsanstalt som med stöd av 9 a § yrkar på specificering av ersättningsar ge rekommendationer om hur ett ersättningsärende skall avgöras samt på begäran av en domstol eller en part ge utlåtande i ett ersättningsärende som behandlas vid domstolen.

Innan Patientförsäkringscentralen fattar ett slutligt ersättningsbeslut skall ärendet hänskjutas till patientskadenämnden när det handlar om grunderna för fastställande av ersättning på grund av bestående arbetsoförmåga eller underhållsbidragersättning på grund av dödsfall. Om Patientförsäkrings-

centralen avviker från patientskadenämndens ersättningsrekommendation till nackdel för ersättningstagaren, skall centralen foga rekommendationen till sitt beslut.

Nämnden skall särskilt sträva efter att förenhetliga ersättningspraxis vid patientskador. Nämnden kan vid behov ge försäkringsgivarna allmänna tillämpningsrekommendationer i ersättningsärenden enligt denna lag.

Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården och regionförvaltningsverken är skyldiga att ge patientskadenämnden den handräckning som nämnden behöver för att sköta sina uppgifter.(22.12.2009/1544)

11 b § (30.6.2000/640)

Behandling av ersättningsärenden i nämnden

Om en begäran som avses i 11 a § är uppenbart obefogad, behöver rekommendation eller utlåtande inte lämnas. I det fall att Patientförsäkringscentralen inte har behandlat ett ersättningsärende som avses i begäran, kan patientskadenämnden överföra behandlingen av ärendet till Patientförsäkringscentralen.

När en domstol har träffat ett avgörande i ett ersättningsärende, får patientskadenämnden inte behandla ärendet till den del domstolen redan avgjort det. Om ärendet är anhängigt vid domstol får utlåtande lämnas bara till domstolen på dess eller en parts begäran.

Nämnden får behandla ett ersättningsärende också när det gäller grunden för ersättningen, även då begäran om rekommendation om hur ärendet skall avgöras endast gäller ersättningens storlek.

Nämnden avgör ärendena på föredragning i plenum eller vid en av plenum tillsatt delegations sammanträde. Vid behandlingen av ärenden i nämnden iakttas bestämmelserna i förvaltningslagen(434/2003), språklagen (423/2003) och samiska språklagen (1086/2003). (30.12.2003/1359)

Behandlingen av ärenden i nämnden är avgiftsfri.

11 c § (30.6.2000/640)**Nämndens rättshandlingsförmåga**

Patientskadenämnden kan i sitt namn förvärva rättigheter och ingå förbindelser samt söka, kära och svara vid domstolar och hos andra myndigheter. Nämndens plenum bestämmer vem som har rätt att företräda nämnden och teckna dess namn. Nämnden skall meddela dessa personers namn och hemort till Försäkringsinspektionen, som på begäran utfärdar intyg över vem som har rätt att företräda nämnden och teckna dess namn. Nämndens hemort är Helsingfors.

11 d § (30.6.2000/640)**Tillsyn över nämnden**

Patientskadenämndens verksamhet övervakas av Försäkringsinspektionen.

11 e § (30.6.2000/640)**Finansiering av nämndens verksamhet**

Kostnaderna för patientskadenämndens verksamhet betalas av Patientförsäkringscentralens medel enligt nämndens budget som årligen fastställs av Försäkringsinspektionen.

Bestämmelser om fördelningen om kostnaderna mellan de försäkringsbolag som idkar patientförsäkringsverksamhet utfärdas genom förordning av statsrådet.

12 § (27.11.1998/879)**Patientskadenämndens rätt att få upplysningar**

Patientskadenämnden har rätt att av myndigheterna, av den som idkar hälso- och sjukvård, av arbetsgivaren för den skadelidande eller för någon annan som ansöker om ersättning, av en pensions- eller försäkringsanstalt, en pensionsstiftelse samt en arbetslöshetskassa avgiftsfritt och utan hinder av vad som någon annanstans bestäms om tystnadsplikt eller utlämnande av personregisteruppgifter få de upplysningar som behövs för utredning av ett ärende som nämnden behandlar.

13 § (29.10.1999/991)**Tystnadsplikt**

I fråga om tystnadsplikten för den som är anställd hos Patientförsäkringscentralen eller som centralen anlitar som sakkunnig på grundval av ett uppdrag och i fråga om tystnadsplikten för den som är anställd hos patientskadenumnden eller som nämnden anlitar som sakkunnig på grundval av ett uppdrag, samt i fråga om utlämnande av uppgifter som omfattas av tystnadsplikten och i fråga om brott mot tystnadsplikten gäller i tillämpliga delar bestämmelserna i 18 kap. 6, 6 b och 6 c § lagen om försäkringsbolag.

L om försäkringsbolag 1062/1979 har upphävts genom L om införande av försäkringsbolagslagen 522/2008. Se FörsäkringsbolagsL 521/2008 30 kap.

14 § (13.3.2009/147)

14 § har upphävts genom L 13.3.2009/147.

15 §**Bemyndigande att utfärda förordning**

Närmare stadganden om verkställigheten av denna lag kan utfärdas genom förordning.

16 §**Ikraftträdande**

Denna lag träder i kraft den 1 maj 1987.

Lagen tillämpas på patientskador som uppkommit efter det lagen har trätt i kraft.

Åtgärder som verkställigheten av denna lag förutsätter kan vidtas innan lagen träder i kraft.

Regeringens proposition 54/86, Ekonomiutsk. bet. 5/86, Stora utsk. bet. 73/86

Ikraftträdelsestadganden:**8.1.1993/101:**

Denna lag träder i kraft vid en tidpunkt som bestäms genom förordning.

RP 251/92, EkUB 52/92

9.8.1993/754:

Denna lag träder i kraft vid en tidpunkt varom stadgas genom förordning.

RP 350/92, EkUB 10/93

19.11.1993/973:

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1994.
2. Åtgärder som verkställigheten av lagen förutsätter får vidtas innan den träder i kraft.
3. Den patientskadenämnd som är tillsatt när denna lag träder i kraft samt de sakkunniga som har kallats av social- och hälsovårdsministeriet fortsätter sin verksamhet till utgången av 1996. Angående nämnden gäller härvid i tillämpliga delar vad denna lag stadgar om patientskadenämnden.
4. Denna lag tillämpas på personskador som har uppkommit efter att lagen har trätt i kraft. Ärenden som skall behandlas av den nämnd som är tillsatt vid ikraftträdandet överförs dock till den nämnd som avses i denna lag.
5. Patientskadenämnden har även till uppgift att ge utlåtanden om en patient skall få skadestånd för en personskada som i samband med hälso- och sjukvård har åsamkats honom innan patientskadelagen trädde i kraft eller inte. För de kostnader som patientförsäkringsföreningen åsamkas av dessa utlåtanden betalas till föreningen inom ett år sedan denna lag har trätt i kraft av statens medel en engångsersättning, vars belopp social- och hälsovårdsministeriet fastställer efter att ha hört föreningen.
6. Vad 10 a § stadgar tillämpas inte på ett ärende som har gjorts anhängigt vid patientförsäkringsföreningen innan denna lag har trätt i kraft och i vilket ersättningsanspråk har framställts före ikraftträdandet. Stadgandena

om förhöjd ersättning skall dock tillämpas på en sådan ersättningsrat, vars förfallodag infaller den dag lagen träder i kraft eller senare.

7. Det belopp som stadgas i 10 a § 4 mom. motsvarar det löneindextal som har fastställts för 1993.

RP 147/93, ShUB 21/93

3.3.1995/326:

Denna lag träder i kraft den 1 maj 1995.

Denna lag tillämpas inte på ett ärende som har anhängiggjorts vid patientförsäkringsföreningen och i vilket ersättningsyrkande har framställts innan lagen trätt i kraft. Stadgandena om förhöjning av ersättningen tillämpas dock på sådana ersättningsposter som förfaller till betalning den dag då denna lag träder i kraft eller senare.

RP 292/94, EkUB 58/94

17.3.1995/363:

Denna lag träder i kraft den 1 april 1995.

Åtgärder som verkställigheten av lagen förutsätter får vidtas innan den träder i kraft.

RP 326/94, ShUB 49/94, Rådets direktiv 92/49/EEG; EGT nr L 288, 11.8.1992, s. 1

21.4.1995/598:

Denna lag träder i kraft den 1 september 1995.

RP 94/93, LaUB 22/94, RP 94/93

20.12.1996/1085:

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1997.

Lagen tillämpas på likvidation eller konkurs som inleds efter lagens ikraftträdande.

RP 226/1996, ShUB 38/1996, RSv 234/196

27.11.1998/879:

Denna lag träder i kraft den 1 maj 1999.

Åtgärder som verkställigheten av lagen förutsätter får vidtas innan lagen träder i kraft.

Denna lag tillämpas på skador som uppkommit efter att lagen har trätt i kraft.

När Patientförsäkringscentralen bedömer att en personskada skall ersättas med stöd av 2 § 1 mom. 7 punkten skall centralen innan ärendet avgörs inhämta ett utlåtande hos patientskadenämnden. Nämnden skall behandla begäran om utlåtande i brådskande ordning. Detta förfarande gäller till dess fem år förflutit från lagens ikraftträdande.

RP 91/1998, ShUB 16/1998, RSv 124/1998

30.12.1998/1212:

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1999.

RP 233/1998, EkUB 31/1998, RSv 204/1998

29.1.1999/87:

Denna lag träder i kraft den 1 april 1999. Lagens 5 § 3 och 4 mom. träder dock i kraft den 1 maj 1999.

De tillstånd, föreskrifter, anvisningar och andra beslut som vederbörande ministerium har utfärdat om patientförsäkring och om tillsynen över patientförsäkringsföreningen och vilkas utfärdande när denna lag träder i kraft överförs på Försäkringsinspektionen, fortsätter att gälla tills Försäkringsinspektionen beslutar något annat.

RP 163/1998, EkUB 29/1998, RSv 202/1998

21.5.1999/623:

Denna lag träder i kraft den 1 december 1999.

RP 30/1998, FvUB 31/1998, RSv 303/1998

29.10.1999/991:

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2000.

RP 37/1999, EkUB 6/1999, RSv 30/1999

30.6.2000/640:

Denna lag träder i kraft den 1 augusti 2000.

Åtgärder som verkställigheten av lagen förutsätter får vidtas innan lagen träder i kraft.

RP 54/2000, ShUB 16/2000, RSv 87/2000

30.12.2003/1359:

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2004.

RP 129/2003, ShUB 27/2003, RSv 106/2003

16.6.2004/511:

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2006.

Lagen tillämpas på ersättning av skador som orsakats i samband med hälso- och sjukvård efter lagens ikraftträdande. Hänvisningen till 5 kap. 8 § i skadeståndslagen tillämpas dock också på ersättningar för skador som orsakats i samband med hälso- och sjukvård före lagens ikraftträdande.

RP 167/2003, LaUB 1/2004, RSv 60/2004

30.12.2004/1354:

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2005 och gäller till och med den 31 december 2005.

Denna lag tillämpas också på patientskador som inträffat före lagens ikraftträdande.

RP 249/2004, ShUB 40/2004, RSv 210/2004

22.12.2005/1100:

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2006.

Denna lag tillämpas också på patientskador som har inträffat före lagens ikraftträdande.

RP 178/2005, ShUB 39/2005, RSv 209/2005

22.12.2006/1371:

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2007.

Denna lag tillämpas på förhöjningar som finansieras genom fördelningssystemet år 2007 eller därefter.

Som relationstal enligt 10 b § 2 mom. för fördelningsåret 2007 används vid tillämpningen av denna lag 3,9 procent av försäkringsbolagets premieinkomst inklusive fördelningsavgift för en försäkring enligt denna lag som ingår i resultaträkningen.

Beloppet för i 10 b § 2 och 3 mom. i denna lag avsett fördelningssaldo som inflyter för de år som föregår fördelningsåret 2007 är noll.

RP 238/2006, ShUB 44/2006, RSv 212/2006

19.12.2008/903:

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2009.

RP 66/2008, EkUB 20/2008, RSv 109/2008

13.3.2009/147:

Denna lag träder i kraft den 1 september 2009.

På ärenden som har inletts före lagens ikraftträdande tillämpas de bestämmelser som gällde vid ikraftträdandet.

RP 70/2008, LaUB 16/2008, RSv 5/2009

22.12.2009/1544:

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2010.

Åtgärder som verkställigheten av lagen förutsätter får vidtas innan lagen träder i kraft.

RP 161/2009, FvUB 18/2009, RSv 205/2009

13.12.2013/988:

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2014.

RP 83/2013, EkUB 28/2013, GrUU 24/2013, RSv 146/2013

29.1.2016/95:

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2017.

Denna lag tillämpas på ersättning för skador som orsakats i samband med hälso- och sjukvård efter lagens ikraftträdande.

RP 16/2015, ShUB 5/2015, RSv 37/2015

Island

Act on Patient Insurance, No. 111/2000, as amended by Act No. 176/2000, Act No. 160/2007, Act No. 112/2008, Act No. 162/2010 and Act No. 126/2011.

Patients covered by the Act.

Article 1

Patients, as defined in Article 2 of the Act on Patients' Rights, who suffer physical or mental damage in Iceland in connection with examination or medical treatment in a hospital, health-care centre or other health institution, during medical transport, or in the care of a self-employed health-service worker certified as such by [the Medical Director of Health],¹⁾ are entitled to compensation pursuant to this Act. The same applies to those who lose their principal provider upon the death of such patients.

Patients who urgently require hospitalisation in a foreign hospital or other health institution abroad, *cf.* [Article 23 of Act on Health Insurance],¹⁾ and suffer physical or mental damage as a result of examination or medical treatment in the institution in question are entitled to compensation under this Act, following deduction of any compensation to which they may be entitled in the foreign state.

People participating in medical experiments that are not part of the diagnosis or treatment of the illness of the party concerned shall have the same rights as patients under this Act, unless otherwise specified.

Donors of tissue, organs, blood or other body fluids shall have the same rights as patients under this Act, unless otherwise specified.

1) Act No. 112/2008, Article 61.

Incidents of damage covered by the Act.

Article 2

Compensation shall be paid irrespective of whether anyone may be liable for damages according to rules of tort, provided that the damage suffered can in all probability be traced to any of the following incidents:

1. It may be assumed that damage could have been avoided if the examination or treatment under the circumstances in question had been conducted in the best possible manner and based on existing knowledge and experience in the relevant field.

2. Damage results from a malfunction or defect in instruments, tools or other equipment used during examination or medical treatment.
3. Subsequent evaluation reveals that damage could have been avoided by employing a different available treatment method or technique, which would from a medical point of view have been equally useful in the treatment of the patient.
4. Damage results from treatment or examination, including operations conducted for diagnostic purposes, and the damage is suffered from infections or other side effects which are more extensive than the patient should reasonably be expected to endure without compensation. On the one hand, account shall be taken of the extent of the damage, and on the other hand the illness and general health of the patient. It shall also be taken into consideration whether it is common for damage to result from treatment of the type received by the patient, and whether or to what extent the risk of such damage could have been anticipated.

Article 3

Compensation shall be paid for damage resulting from incorrect diagnosis in instances described in items 1 and 2 of Article 2. However, this does not apply to instances falling under items 3 and 4 of Article 2.

In the event that a patient is injured from causes other than those described in item 2 of Article 2, compensation shall be paid only if the patient was undergoing examination or treatment at the hands of an institution or other party covered by this Act, and if the accident occurred in such a manner that such institution or other party must be regarded as liable for damages pursuant to the general rules of tort.

Compensation under this Act shall not be paid if the damage can be traced to the characteristics of a medical product used in examination or medical treatment.

Article 4

Compensation shall be paid to individuals referred to in paragraphs 3 and 4 of Article 1 if they suffer damage as a possible result of a medical experiment, removal of tissue, etc., unless all the indications are that the damage can be traced to another cause.

The provisions of paragraph 1 do not apply to damage that can be traced to

the characteristics of a medical product used in examination or treatment, *cf.* paragraph 3 of Article 3.

Determination of the amount of compensation.

Article 5

The determination of the amount of compensation under this Act shall be conducted in accordance with the law of tort, *cf.* however paragraph 2 of Article 10.

Compensation pursuant to paragraph 1 shall be paid if the damage suffered is assessed at ISK 50,000 or more. However, the maximum amount of compensation accorded for a single incident of damage shall be ISK 5,000,000. These amounts shall be adjusted as of 1 January each year according to [the consumer price index].¹⁾

The provisions of paragraph 2 do not apply to damage described in paragraph 1 of Article 4, *cf.*

paragraphs 3 and 4 of Article 1.

Compensation shall not be paid pursuant to this Act for the satisfaction of reimbursement claims.

1) Act No. 176/2000, Article 1.

Own fault.

Article 6

Compensation may be reduced or cancelled if a patient is involved in causing the damage, intentionally or as a result of gross negligence.

Law of Tort pursuant to general rules.

Article 7

No claim for damages shall be made on any party subject to liability under the rules of tort, unless the damage in question has not been fully compensated in accordance with Article 5, and then only for the residual amount due.

Reimbursement claims.

Article 8

In the event that a liable party pursuant to Article 9, or an employee or former employee of such party, is liable to pay damages to a patient pursuant to the rules of tort, no reimbursement claims shall be made against the liable

party for payment pursuant to Article 5, unless the damage in question was caused intentionally.

Liable parties.

Article 9

All providers of health service, in institutions and otherwise, are liable for damage by this Act. These are:

- a. health care centres, whether run by the state, municipalities or other parties,
- b. hospitals, whether run by the state, municipalities or other parties,
- c. other health institutions, regardless of the parties responsible for their operation,
- d. self-employed health service workers who have been certified for such work by [the Medical Director of Health],¹⁾ regardless of whether the health care service they provide is paid for in full by the patient or by sickness insurance in accordance with an agreement [based on [the Act on Health Insurance]¹⁾],²⁾
- e. [the Icelandic Health Insurance],¹⁾ in respect of patients who urgently require hospitalisation in a foreign hospital or other health institution abroad, *cf.* paragraph 2 of Article 1, and
- f. parties operating medical transport.

1) Act No. 112/2008, Article 61. 2) Act No. 160/2007, Article 13.

Insurance obligation.

Article 10

Liable parties pursuant to Article 9 shall be insured (patient insurance) with an insurance company holding an operating licence in Iceland, subject, however, to Article 11.

[The Minister]¹⁾ shall issue a regulation²⁾ regarding, e.g., the minimum insurance amount in each insurance year and the implementation of the obligation to carry insurance. The Minister may subject the operating licenses of health institutions not covered by Article 11 and work permits of self-employed health service workers to the condition of full compliance with the insurance obligations pursuant to this Act.

1) Act No. 126/2011, Article 313. 2) Regulation No. 763/2000, *cf.* No. 40/2001.

Own risk.

Article 11

Health-care centres, hospitals and other health institutions owned or partly owned by the State are exempted from the insurance obligation pursuant to Article 10. The same applies to [the Icelandic Health Insurance]¹⁾ and parties operating medical transport for the state. However, such parties may take out insurance pursuant to Article 10.

1) Act No. 112/2008, Article 61.

Insurance company processing of compensation cases.

Article 12

Claims for compensation under this Act in respect of damage suffered by parties other than the parties listed in Article 11 shall be addressed to the insurance company of the liable party.

Employees of insurance companies responsible for the cases of patients or other injured parties shall maintain full confidentiality regarding all personal data which may come to their knowledge in the course of their work or in connection therewith.

Processing of compensation claims in cases where the liable party is exempted from insurance obligation.

Article 13

Claims for compensation under this Act in respect of damage suffered by parties that have exercised their right not to purchase insurance, *cf.* Article 11, shall be addressed to [the Icelandic Health Insurance].¹⁾

1) Act No. 112/2008, Article 61.

Patient insurance of the Icelandic Health Insurance.

Article 14

[The Icelandic Health Insurance, *cf.* the Act on Health Insurance],¹⁾ shall provide patient insurance in respect of parties that have exercised their right not to purchase insurance, *cf.* Article 11.

The Minister shall issue a regulation regarding operation and processing of patient insurance cases within [the Icelandic Health Insurance].¹⁾

1) Act No. 112/2008, Article 61.

Process within the Icelandic Health Insurance.

Article 15

[The Icelandic Health Insurance]¹⁾ shall gather data as necessary and may, e.g., obtain depositions before the District Court where the deponent is resident. The Institute may require health care centres, hospitals, other health institutions, self-employed health service workers certified by [the Medical Director of Health],¹⁾ and parties operating medical transport, to surrender documents of any kind, including clinical records that the Institute regards as relevant to the processing of a case pursuant to this Act.

Following data gathering, [the Icelandic Health Insurance]¹⁾ shall decide on liability and establish the amount of compensation.

Employees of the Institute responsible for the cases of patients or other injured parties shall maintain full confidentiality regarding all personal data which may come to their knowledge in the course of their work or in connection therewith

1) Act No. 112/2008, Article 61.

Article 16

[The Icelandic Health Insurance]¹⁾ shall notify all parties concerned of its conclusion in each case. The Institute's findings may be referred to the Social Security Ruling Committee in accordance with the Social Security Act.

1) Act No. 112/2008, Article 61.

Annual report on patient insurance.

Article 17

[The Icelandic Health Insurance]¹⁾ shall annually prepare a report for [the Minister]²⁾ describing activities in respect of patient insurance and the cases processed by the Institute. The Institute's annual report shall furthermore describe, to the extent possible, the processing by insurance companies of cases of compensation claims based on patient insurance. The annual report shall be accessible to the general public.

1) Act No. 112/2008, Article 61. 2) Act No. 162/2010, Article 71.

Obligation of the Icelandic Health Insurance to provide information.

Article 18

[The Icelandic Health Insurance]¹⁾ is under obligation to inform the general public of the provisions of this Act on Patient Insurance. Such information

shall reveal, inter alia, that in cases involving self- employed health service workers, claims shall be addressed to insurance companies.

1) Act No. 112/2008, Article 61.

Miscellaneous provisions.

Article 19

Claims for compensation pursuant to this Act shall lapse when four years have elapsed from the time that the injured party was informed of or could have been informed of his/her damage.

However, in any case, claims shall lapse when ten years have elapsed from the incident resulting in the damage.

Article 20

Violations of paragraph 1 of Article 10, *cf.* however Article 11, are punishable by fine.

Violations of paragraph 2 of Article 12 and paragraph 3 of Article 15 are punishable by fine or imprisonment.

In the event that a punishable offence is committed in the course of employment with a company, institution, or other non-natural entity, such entity shall be held responsible for payment of the consequent fine.

Article 21

[The Minister]¹⁾ may issue a regulation²⁾ for the further implementation of this Act. Such regulation shall include further definition of what shall constitute medical treatment, *cf.* Article 1, and what shall constitute a medical experiment, *cf.* paragraph 3 of the same Article.

1) Act No. 162/2010, Article 71. 2) Regulation No. 763/2000, *cf.* No. 40/2001.

Article 22

This Act shall enter into force on 1 January 2001, and shall apply to instances of damage occurring subsequent to that date. This Act shall be reviewed within four years of its entry into force.

Amendments to other Acts.

Article 23

...

Article 24

...

[Temporary Provisions....¹⁾]]²⁾

1) Act No. 112/2008, Article 61. 2) Act No. 160/2007, Article 15.

[This translation is published for information only. The original Icelandic text is published in the Law Gazette. In case of a possible discrepancy, the original Icelandic text applies.]

Norge

Lov om erstatning ved pasientskader mv. (pasient-skadeloven).

Jf. tidligere midl. regler av 1 jan 1988 for ordning med pasientskadeerstatning, jf. lovens § 21.

Kapittel 1. Pasientskadeansvar

§ 1. *Pasientskade*

Denne loven gjelder skader som er voldt

- a. i institusjon under spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- b. under ambulansetransport, eller
- c. av helsepersonell som yter helsehjelp i henhold til offentlig autorisasjon eller lisens, personer som opptrer på vegne av disse, personer som har rett til å utøve yrke som helsepersonell midlertidig i Norge uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning eller andre personer som er fastsatt i forskrift.

Slike skader regnes som pasientskader dersom de er voldt under veiledning, undersøkelse, diagnostisering, behandling, ekspedisjon av legemidler fra apotek, pleie, vaksinasjon, prøvetaking, analyse av prøver, røntgen, forebygging av helseskader, medisinsk forsøksvirksomhet samt donasjon av organer, blod og vev.

Kongen kan i forskrift bestemme hva som skal regnes som institusjon under den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

0 Endret ved lover 9 mai 2008 nr. 33 (ikr. 1 nov 2008 iflg. res. 17 okt 2008 nr. 1125), 24 juni 2011 nr. 30 (ikr. 1 apr 2014 iflg. res. 21 mars 2014 nr. 305), 21 mars 2014 nr. 7 (ikr. 1 apr 2014 iflg. res. 21 mars 2014 nr. 306).

§ 2. Erstatning for pasientskade

Pasienten og andre som har lidt tap på grunn av pasientskade, har krav på erstatning når skaden skyldes

- a. svikt ved ytelsen av helsehjelp, selv om ingen kan lastes,
- b. teknisk svikt ved apparat, redskap eller annet utstyr som er brukt ved ytelsen av helsehjelp,
- c. smitte eller infeksjon, når dette ikke i hovedsak skyldes pasientens tilstand eller sykdom,
- d. vaksinasjon, eller
- e. forhold som medfører ansvar for helse- og omsorgstjenesten eller helsepersonell etter alminnelige erstatningsregler.

Det skal tas hensyn til om de krav skadelidte med rimelighet kan stille til virksomheten eller tjenesten på skadetidspunktet, er tilsidesatt. Utilstrekkelige ressurser skal ikke medføre ansvar dersom ressursfordelingen har vært forsvarlig og virksomheten i alminnelighet holder en forsvarlig standard.

Selv om det ikke foreligger grunnlag for erstatningsansvar etter første og annet ledd, kan det unntaksvis ytes erstatning når det har skjedd en pasientskade som er særlig stor eller særlig uventet, og som ikke kan anses som utslag av en risiko som pasienten må akseptere. Det skal legges vekt på om det er gitt tilstrekkelig informasjon på forhånd.

Kongen kan bestemme at erstatningskrav i henhold til konvensjoner som Norge er forpliktet av, skal behandles som krav etter denne loven.

0 Endret ved lov 24 juni 2011 nr. 30 (ikr. 1 jan 2012 iflg. res. 16 des 2011 nr. 1252).

§ 3. Uoppklarte årsaksforhold

Dersom årsaken til en skade på en pasient ikke kan bringes på det rene, og skaden sannsynligvis skyldes ytre påvirkning på en pasient under behandlingen, skal det normalt antas at skaden skyldes feil eller svikt ved ytelsen av helsehjelp.

Ved erstatning som følge av skade etter anbefalte eller påbudte vaksinasjoner etter lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme

sykdommer, gjelder retten til erstatning etter § 2 første ledd bokstav d med mindre den ansvarlige godtgjør at en eller flere andre årsaker er mer sannsynlige.

§ 4. Andre erstatningsregler

For tapsutmåling, skadelidtes medvirkning mv. gjelder lov 13. juni 1969 nr. 26 om skadeserstatning og alminnelige erstatningsrettslige regler. Erstatning (oppreisning) for skade av ikke-økonomisk art etter skadeserstatningsloven § 3-5 og tap under 10.000 kroner erstattes likevel ikke etter loven her.

Skader som faller inn under dekningsområdet til lov 16. juni 1989 nr. 65 om yrkesskadeforsikring § 10 kan ikke kreves erstattet etter loven her.

Loven er ikke til hinder for at erstatningskrav gjøres gjeldende overfor andre enn Norsk Pasientskadeerstatning. Krav som kan fremmes etter loven her, kan likevel ikke fremmes mot staten, regionale helseforetak, helseforetak, fylkeskommuner og kommuner. Regress kan bare kreves mot den som selv har voldt skaden forsettlig eller som har unnlatt å betale tilskudd etter § 8.

0 Endret ved lover 29 juni 2007 nr. 78 (ikr. 1 jan 2009 iflg. res. 31 okt 2008 nr. 1611), 18 des 2015 nr. 121 (ikr. 1 jan 2016).

§ 5. Foreldelse

Krav etter denne loven foreldes etter lov 18. mai 1979 nr. 18 om foreldelse av fordringer. Foreldelsen avbrytes ved at kravet meldes etter § 9. Slik melding avbryter ikke foreldelsesfristen av erstatningskrav mot andre enn Norsk Pasientskadeerstatning.

0 Endret ved lov 29 juni 2007 nr. 78 (ikr. 1 jan 2009 iflg. res. 31 okt 2008 nr. 1611).

Kapittel 2. De ansvarlige

§ 6. *Norsk Pasientskadeerstatning*

Norsk Pasientskadeerstatning er ansvarlig for skade som kan kreves erstattet etter loven her.

Kongen organiserer og fastsetter nærmere forskrifter om Norsk Pasientskadeerstatning.

0 Endret ved lov 29 juni 2007 nr. 78 (ikr. 1 jan 2009 iflg. res. 31 okt 2008 nr. 1611).

§ 6 a. *Egenandel*

Kongen kan i forskrift bestemme at skadevolderen skal betale en egenandel i de tilfeller der det tilkjennes erstatning.

0 Tilføyd ved lov 29 juni 2007 nr. 78 (ikr. 1 jan 2009 iflg. res. 31 okt 2008 nr. 1611).

§ 7. *Plikt til å betale tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning for den offentlige helse- og omsorgstjenesten*

Staten, regionale helseforetak, fylkeskommuner og kommuner yter tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning for å dekke erstatning for pasientskader voldt i den offentlige helse- og omsorgstjenesten, samt bidrag til driften i samsvar med forskrift gitt av Kongen.

Til den offentlige helse- og omsorgstjenesten regnes virksomheten til staten, de regionale helseforetakene, helseforetakene, fylkeskommunene eller kommunene. Det samme gjelder virksomhet som drives på oppdrag av eller med driftstilskudd fra noen av disse. Kongen kan i forskrift presisere hva som skal regnes til den offentlige helse- og omsorgstjenesten, herunder gjøre unntak fra første og annet punktum.

0 Endret ved lover 26 sep 2003 nr. 95 (ikr. 1 jan 2004 iflg. res. 19 des 2003 nr. 1645), 29 juni 2007 nr. 78 (ikr. 1 jan 2009 iflg. res. 31 okt 2008 nr. 1611), 24 juni 2011 nr. 30 (ikr. 1 jan 2012 iflg. res. 16 des 2011 nr. 1252).

§ 8. Plikt for den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten til å melde fra og yte tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning

Den som utenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten yter helsehjelp som nevnt i § 1, skal melde fra og yte tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning for å dekke erstatning for pasientskader voldt utenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten samt bidrag til driften.

Nærmere bestemmelser om melde- og tilskuddsplikten, om registrering av meldingene og om tilskuddsordningen fastsettes av Kongen i forskrift, herunder kan det fastsettes fritak fra plikten etter første ledd.

Den som unnlater å oppfylle plikten til å melde fra eller plikten til å betale tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning, straffes med bøter eller fengsel inntil 3 måneder. Det samme gjelder den som i meldingen gir feil opplysninger slik at det betales for lavt tilskudd. Medvirkning straffes ikke.

0 Endret ved lover 26 sep 2003 nr. 95 (ikr. 1 jan 2004 iflg. res. 19 des 2003 nr. 1645), 29 juni 2007 nr. 78 (ikr. 1 jan 2009 iflg. res. 31 okt 2008 nr. 1611), 24 juni 2011 nr. 30 (ikr. 1 jan 2012 iflg. res. 16 des 2011 nr. 1252), 19 juni 2015 nr. 65 (ikr. 1 okt 2015).

§ 8 a. Forskrift om forsikring av ansvar for pasientskade

Kongen kan i forskrift fastsette at tjenesteytere eller nærmere angitte grupper av tjenesteytere kan eller skal tegne forsikring til dekning av ansvaret etter loven her i stedet for at Norsk Pasientskadeerstatning er ansvarlig.

Forskriften kan ha nærmere bestemmelser om blant annet:

- a. krav til forsikringsgiver og forsikringsvilkår,
- b. godkjenning av forsikringsgivere og forsikringsvilkår,
- c. mulighet for ansvarsbegrensning i forsikringen og dekning og fordeling av tapet dersom forsikringsplikten ikke er overholdt eller forsikringen viser seg utilstrekkelig, herunder at tapet skal dekkes av de godkjente forsikringsgiverne i fellesskap,

- d. plikt for forsikringsgivere til å bidra til dekning av Pasientskadenemndas driftsutgifter,
- e. bortfall av eller reduksjon i tilskuddsplikt etter § 7 og bortfall av melde- og tilskuddsplikt etter § 8,
- f. hvem som skal behandle krav om erstatning,
- g. fremsetting av krav og saksbehandling, herunder om avgjørelse av erstatningskrav og utbetaling av erstatning,
- h. dekning av advokatutgifter,
- i. mulighet for å anmode Pasientskadenemnda om å overta behandlingen av en sak som ikke er ferdigbehandlet når det er gått to år fra kravet ble meldt,
- j. klagerett og domstolsprøving,
- k. hvem som er ansvarlig ved overgang mellom Norsk Pasientskadeerstatnings ansvar og forsikringsdekning og mellom forsikringsgivere, og
- l. regress.

Den som unnlater å oppfylle forsikringsplikt fastsatt i medhold av første ledd, straffes med bøter eller fengsel inntil 3 måneder. Medvirkning straffes ikke.

0 Tilføyd ved lov 29 juni 2007 nr. 78 (ikr. 1 jan 2009 iflg. res. 31 okt 2008 nr. 1611), endret ved lov 19 juni 2015 nr. 65 (ikr. 1 okt 2015).

Kapittel 3. Behandlingen av krav

§ 9. *Fremsetting av krav*

Krav om erstatning for pasientskade meldes skriftlig til Norsk Pasientskadeerstatning. Norsk Pasientskadeerstatning kan i særlige tilfelle tillate at krav om erstatning meldes muntlig. Fremsettes kravet overfor helsepersonell eller helseinstitusjon, skal kravet meldes videre til Norsk Pasientskadeerstatning.

0 Endret ved lover 26 sep 2003 nr. 95 (ikr. 1 jan 2004 iflg. res. 19 des 2003 nr. 1645), 29 juni 2007 nr. 78 (ikr. 1 jan 2009 iflg. res. 31 okt 2008 nr. 1611).

§ 10. *Saksbehandlingen*

Norsk Pasientskadeerstatning utreder saken.

Bestemmelsen gjør ikke unntak fra lovbestemt taushetsplikt.

Norsk Pasientskadeerstatning kan kreve bevisopptak etter domstolloven § 43 annet ledd.

0 Endret ved lover 26 sep 2003 nr. 95 (ikr. 1 jan 2004 iflg. res. 19 des 2003 nr. 1645), 29 juni 2007 nr. 78 (ikr. 1 jan 2009 iflg. res. 31 okt 2008 nr. 1611).

§ 11. *Advokatbistand*

Pasientens utgifter til advokathjelp dekkes dersom den som utreder saken har truffet vedtak om det, eller utgiftene må regnes som tap som følge av skaden. Pasienten kan kreve forhåndsavgjørelse fra den som utreder saken om hvilke advokatutgifter som vil bli dekket.

Kongen kan i forskrift gi regler som innebærer begrensninger i forhold til bestemmelsen i første ledd første punktum, herunder om at offentlige salærsetser skal benyttes.

Advokaten kan ikke kreve eller motta ytterligere vederlag av pasienten for den del av saken der utgiftene dekkes etter paragrafen her.

0 Endret ved lover 26 sep 2003 nr. 95 (ikr. 1 jan 2004 iflg. res. 19 des 2003 nr. 1645), 29 juni 2007 nr. 78 (ikr. 1 jan 2009 iflg. res. 31 okt 2008 nr. 1611) men endringen opphevet igjen ved lov 19 des 2008 nr. 108 (ikr. 1 apr 2009 iflg. res. 27 mars 2009 nr. 356), 19 des 2008 nr. 108 (ikr. 1 apr 2009 iflg. res. 27 mars 2009 nr. 356).

§ 12. *Avgjørelsen av erstatningskravet*

Når Norsk Pasientskadeerstatning har utredet saken, treffer den vedtak om erstatning skal ytes og om erstatningens størrelse. Vedtaket skal begrunnes og underretning gis partene i samsvar med forvaltningslovens regler. Det skal opplyses at vedtaket kan klages inn for Pasientskadenemnda innen tre uker.

0 Endret ved lover 26 sep 2003 nr. 95 (ikr. 1 jan 2004 iflg. res. 19 des 2003 nr. 1645), 29 juni 2007 nr. 78 (ikr. 1 jan 2009 iflg. res. 31 okt 2008 nr. 1611).

§ 13. *Utbetaling av erstatningen*

Erstatning utbetales så snart som mulig etter at saken er avgjort. Delutbetalinger skal skje så snart det er klart at deler av kravet er uomtvistet eller det av andre grunner er ubetenkelig.

Om renteplikt gjelder reglene i lov 17. desember 1976 nr. 100 om renter ved forsinket betaling m.m.

0 Endres ved lov 18 des 2015 nr. 124 (ikr. fra den tid Kongen bestemmer).

§ 14. *Forholdet til forvaltningsloven og offentleglova*

Forvaltningsloven og offentleglova gjelder for virksomheten til Norsk Pasientskadeerstatning. Som enkeltvedtak anses avgjørelse om erstatning skal ytes, avgjørelse om erstatningens størrelse, avgjørelse om delutbetaling samt avgjørelse om advokatbistand etter § 11.

0 Endret ved lov 19 mai 2006 nr. 16 (ikr. 1 jan 2009 iflg. res. 17 okt 2008 nr. 1118).

Kapittel 4. Klage og domstolsprøving

§ 15. *Klage mv.*

Enkeltvedtak som nevnt i § 14 annet punktum kan påklages til Pasientskadenemnda av den som krever erstatning etter loven her. Klagefristen er tre uker.

Når en sak ikke er ferdigbehandlet og to år har gått etter at kravet ble meldt, kan Pasientskadenemnda etter anmodning fra den som krever erstatning, beslutte å overta behandlingen av saken.

Andre enkeltvedtak etter denne loven enn de som er nevnt i første ledd, kan påklages til departementet med mindre Kongen fastsetter et annet klageorgan.

Kongen kan i forskrift gi generelle bestemmelser om Pasientskadenemndas vurdering av anmodning etter annet ledd og om gebyr for klage mv. etter denne bestemmelsen.

0 Endret ved lover 26 sep 2003 nr. 95 (ikr. 1 jan 2004 iflg. res. 19 des 2003 nr. 1645), 29 juni 2007 nr. 78 (ikr. 1 jan 2009 iflg. res. 31 okt 2008 nr. 1611).

§ 16. *Pasientskadenemndas virksomhet og sammensetning m.m.*

Departementet oppnevner leder, nestleder og medlemmer med varamedlemmer til Pasientskadenemnda. Lederen skal ha juridisk embetseksamen eller mastergrad i rettsvitenskap. Funksjonstiden er tre år.

Pasientskadenemnda settes i den enkelte sak som hovedregel med tre medlemmer.

Pasientskadenemndas leder kan bestemme at nemnda i den enkelte sak skal settes med fem medlemmer når sakens vanskelighetsgrad gjør det nødvendig.

Når Pasientskadenemnda settes med tre medlemmer, skal den ledes av et medlem som har juridisk embetseksamen eller mastergrad i rettsvitenskap. Ett medlem skal være brukerrepresentant og ett medlem skal som hovedregel være medisinsk sakkyndig.

Når Pasientskadenemnda settes med fem medlemmer, skal den ledes av et medlem som har juridisk embetseksamen eller master i rettsvitenskap. Ett medlem skal være brukerrepresentant. Nemnda settes i tillegg med tre medlemmer som er medisinsk sakkyndige eller har juridisk embetseksamen eller mastergrad i rettsvitenskap.

Pasientskadenemndas leder avgjør sammensetningen av nemnda i den enkelte saken.

Pasientskadenemndas leder kan bestemme at sekretariatet kan treffe avgjørelser på vegne av nemnda.

Kongen kan gi forskrift om nemndas sammensetning og virksomhet.

Utgiftene til Pasientskadenemndas virksomhet dekkes i samsvar med forskrift gitt av Kongen.

0 Endret ved lover 26 sep 2003 nr. 95 (ikr. 1 jan 2004 iflg. res. 19 des 2003 nr. 1645), 29 juni 2007 nr. 78 (ikr. 1 jan 2009 iflg. res. 31 okt 2008 nr. 1611), 19 des 2008 nr.

108 (ikr. 1 apr 2009 iflg. res. 27 mars 2009 nr. 356), 18 des 2015 nr. 121 (ikr. 1 jan 2016).

§ 17. *Saksbehandlingen i Pasientskadenemnda*

Pasientskadenemnda treffer vedtak med alminnelig flertall. Både flertallets og mindretallets syn skal begrunnes.

Saksbehandlingsreglene for Norsk Pasientskadeerstatning i kapittel 3 gjelder tilsvarende for Pasientskadenemnda. Forvaltningsloven § 11 d om muntlige konferanser med saksbehandleren gjelder tilsvarende.

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten er sekretariat for nemnda og forbereder nemndas saker.

Nemndas avgjørelser settes i verk av Norsk Pasientskadeerstatning på samme måte som Norsk Pasientskadeerstatnings egne avgjørelser.

0 Endret ved lover 26 sep 2003 nr. 95 (ikr. 1 jan 2004 iflg. res. 19 des 2003 nr. 1645), 29 juni 2007 nr. 78 (ikr. 1 jan 2009 iflg. res. 31 okt 2008 nr. 1611), 18 des 2015 nr. 121 (ikr. 1 jan 2016).

§ 18. *Domstolsprøving*

Den som krever erstatning etter loven her, kan bringe saken inn for domstolene når endelig vedtak i Pasientskadenemnda foreligger. Søksmål reises mot Pasientskadenemnda. Andre kan ikke bringe saken inn for domstolene.

Søksmål må reises innen seks måneder fra det tidspunkt underretning om endelig vedtak i Pasientskadenemnda er kommet fram til vedkommende. Når denne fristen er ute uten at søksmål er reist, har vedtaket samme virkning som rettskraftig dom, og kan fullbyrdes etter reglene for dommer.

0 Endret ved lover 26 sep 2003 nr. 95 (ikr. 1 jan 2004 iflg. res. 19 des 2003 nr. 1645), 29 juni 2007 nr. 78 (ikr. 1 jan 2009 iflg. res. 31 okt 2008 nr. 1611) som endret ved lov 19 des 2008 nr. 108 (ikr. 1 apr 2009 iflg. res. 27 mars 2009 nr. 356).

Kapittel 5. Virkeområde, ikrafttredelse og overgangsregler

§ 19. *Lovens virkeområde*

Loven gjelder skade som voldes i riket med Svalbard. Loven gjelder også skade ved helsetjenester som mottas i utlandet i medhold av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b fjerde eller femte ledd eller etter annet oppdrag fra norske myndigheter, og som det offentlige helt eller delvis bekoster, herunder behandlingsreiser. Kongen kan bestemme at loven ikke skal gjelde når det ytes helsehjelp her i riket med særskilt liten norsk tilknytning.

0 Endret ved lover 19 juni 2009 nr. 72 (ikr. 1 jan 2011 iflg. res. 3 des 2010 nr. 1508), 24 juni 2011 nr. 30 (ikr. 1 jan 2012 iflg. res. 16 des 2011 nr. 1252).

§ 20. *Ikrafttredelse*

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer.¹ Loven kan settes i kraft særskilt for den offentlige helsetjenesten og for helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten.

0 Endret ved lov 20 des 2002 nr. 102 (ikr. 1 jan 2003 iflg. res. 20 des 2002 nr. 1624).

1 Ikr. for den offentlige helsetjenesten fra 1 jan 2003 iflg. res. 20 des 2002 nr. 1623. Etter ikrafttreden av endringslov 29 juni 2007 nr. 78 (ikr. 1 jan 2009 iflg. res. 31 okt 2008 nr. 1611) gjelder loven også for helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten.

§ 21. *Overgangsregler*

Loven gjelder for skader som er voldt etter lovens ikrafttredelse for henholdsvis offentlig og privat helsetjeneste. Eldre skader behandles etter loven her, men slik at erstatningskravet avgjøres etter

- a. regler for midlertidig ordning med pasientskadeerstatning for somatiske sykehus/poliklinikker,
- b. regler for midlertidig ordning med pasientskadeerstatning for psykiatriske sykehus/poliklinikker,
- c. regler for midlertidig ordning med pasientskadeerstatning for kommunelegetjenesten/kommunal legevakt,

- d. lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer § 8-2, slik den lød før opphevelsen ved loven her, og
- e. alminnelig erstatningsrett.

0 Endret ved lov 26 sep 2003 nr. 95 (ikr. 1 jan 2004 iflg. res. 19 des 2003 nr. 1645).

§ 22. *Endringer i andre lover*

- - -

LITTERATURFÖRTECKNING

Kristina Sprove Askjaer, Niels Hjortnæs, Peter Jakobsen: Erstatning inden for sundhedsvæsenet, 2008

Bertil Bengtsson och Erland Strömbäck: Skadeståndslagen. En kommentar (5 uppl.), 2014

Sophie Berglund: Severe Asphyxia due to Substandard Care During Labour (Thesis for doctoral degree (Ph.D.)), 2010

Severin Blomstrand, Per-Anders Broqvist, Rose-Marie Lundström: Produktansvarslagen – En kommentar m.m., 2002

Carl Espersson: The Swedish Patient Insurance – a pragmatic solution, 2000

Bo von Eyben: Patientförsikring, 1993

Fredrik Jönsson: Praktisk personskaderätt, 2013

Ulf Hellbacher och Carl Espersson: Patientskadelagen i teori och praktik, Nordisk Försäkringstidsskrift Nr 3/2000, sidorna 185 -199

Ulf Hellbacher, Carl Espersson och Henry Johansson: Patientskadeersättning vid skador inom sjukvården, 2006

Ulf Hellbacher, Carl Espersson and Henry Johansson: Patient Injury Compensation for Healthcare-Related Injuries, 2007

Jan Hellner och Marcus Radetzki: Skadeståndsrätt, (9 uppl.), 2014

Michelle M. Mello mfl. :National Costs Of The Medical Liability System, Health Affairs, 29, no 9 (2010):1569-1577

Carl Oldertz and Eva Tidefelt (editors): Compensation for Personal Injury in Sweden and other Countries, 1988

Patientskadenämndens referatsamling: Avgöranden enligt patientskadelagen 1998 -2009, 2010 - 2015

Randquist (red): Ersättning vid personskada, 2015

Elisabeth Rynning: Samtycke till medicinsk vård och behandling. En rättsvetenskaplig studie, 1994

Rättsfall, Försäkring och Skadestånd: Patientskadenämnden – referatsamling 1988 – 1990

Aslak Syse, Morten Kjelland, Rolf Gunnar Jørstad m.fl.: Pasientskaderett – Pasientskadeloven med kommentar og utvalgte emner, 2011

Vänbok till Carl E Sturkell: Patient- och läkemedelsförsäkringarna vid ett vägskäl, 1996

Kay Wilow och Staffan Wilow: Patientskadelagen – En kommentar, 1997

Yttranden av Läkemedelsskadenämnden 1979 – 1998 (LY)

Yttranden av Läkemedelsskadenämnden 1999 – 2010 (LY)

OFFENTLIGT TRYCK

DEPARTEMENTSPROMEMORIOR (Ds)

Ds 1989:79 – Produktskadelag

Ds 2011:10 – Preskription av rätt till försäkringsersättning m.m.

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR (SOU)

SOU 1973:51 – Skadestånd V – Skadestånd vid personskada.

SOU 1979:78 – Mål och medel för hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdsutredningens betänkande.

SOU 1991:34 – Hiv-smittade – Ersättning för ideell skada. Delbetänkande av Kommittén om ideell skada.

SOU 1994:75 – Patientskadelag. Betänkande av Patientförsäkringsutredningen.

SOU 1995:33 – Ersättning för ideell skada vid personskada. Slutbetänkande av Kommittén om ideell skada.

SOU 2004:12 – Patientskadelagen och läkemedelsförsäkringen – en översyn. Betänkande av Patientskadeutredningen.

SOU 2006:82 – Patientdatalag

SOU 2008:117 – Patientsäkerhet. Vad har gjorts? Vad behöver göras? Betänkande av Patientsäkerhetsutredningen.

SOU 2013:2 – Patientlag – Delbetänkande av Patientmaktsutredningen.

SOU 2015:100 – Kroppsbehandlingar – Åtgärder för ett stärkt konsument-skydd

PROPOSITIONER

Prop. 1975:12 – Skadestånd vid personskada m.m.

Prop. 1981/82:97 – Hälso- och sjukvårdslag m.m.

Prop. 1990/91:197 – Produktskadelag

Prop. 1991/92:107 – Ny läkemedelslag m.m.

Prop. 1995/96:187 – Patientskadelag m.m.

Prop. 2000/01:68 – Ersättning för ideell skada

Prop. 2007/08:126 – Patientdatalag m.m.

Prop. 2009/10:210 – Patientsäkerhet och tillsyn

Prop. 2012/13:168 – Preskription och information i försäkringssammanhang

Prop. 2013/14:106 – Patientlag

PROPOSITIONER I ÖVRIGA NORDISKA LÄNDER

Finland

RP 91/1998 rd

Norge

Ot.prp.nr.31

Ot.prp.nr.103

ELEKTRONISKT MATERIAL - WEBBPLATSER

www.lakemedelsskadenamnden.se

www.lff.se (Läkemedelsförsäkringen)

www.lof.se (Landstingets ömsesidiga försäkringsbolag)

www.patientskadenamnden.se

www.pff.se (Patientförsäkringsföreningen)

www.svenskforsakring.se

www.trafikskadenamnden.se

RÄTTSFALL

Förteckning över referat från Patientskadenämnden

PRS 1995:02 – Dnr 194/1994	genetisk skada	40, 87,
182		
PRS 1995:03 – Dnr 242/1994	genetisk skada/misslyckad abort	87, 183
PRS 1995:04 – Dnr 478/1994	misslyckad abort	86
PRS 1998:01 – Dnr 021/1998	konservativ behandling	73
PRS 1998:03 – Dnr 063/1998	infektion efter ögonoperation	112
PRS 1998:04 – Dnr 083/1998	infektion vid fotledsfraktur	113
PRS 1998:05 – Dnr 099/1998	infektion efter ögonoperation	112
PRS 1998:08 – Dnr 157/1998	smärtblockad/sensibilitetspåverkan	80
PRS 1999:01 – Dnr 174/1999	inte tillgänglig metod	74
PRS 1999:02 – Dnr 379/1998	kärldmissbildning i hjärnan	80
PRS 1999:04 – Dnr 323/1999	mandibularisbedövning	82
PRS 1999:06 – Dnr 007/1999	infektion efter knäoperation	113
PRS 1999:07 – Dnr 081/1999	infektion efter kranskärlsoperation	115, 131
PRS 1999:08 – Dnr 024/1999	preoperativ tvättning	31
PRS 1999:09 – Dnr 006/1999	fel hos sjukvårdsutrustning	95
PRS 2000:01 – Dnr 123/2000	förlossning - kejsarsnitt	89, 91
PRS 2000:04 – Dnr 348/2000	läkarintyg i körkortsåreande	30
PRS 2000:05 – Dnr 030/2000	ERCP-undersökning	81
PRS 2000:06 – Dnr 479/1999	delegation	29, 31
PRS 2000:07 – Dnr 495/1999	bristande information/samtycke	142
PRS 2000:09 – Dnr 655/2000	läkarens informationsskyldighet	140
PRS 2000:11 – Dnr 014/2000	medicinteknisk produkt	93
PRS 2000:12 – Dnr 151/2000	erfaren specialist	51
PRS 2000:17 – Dnr 292/2000	infektion efter höftprotesoperation	116
PRS 2000:19 – Dnr 305/2000	infektion efter diskbråcksoperation	117

PRS 2000:21 – Dnr 764/1998	embryo	85
PRS 2001:01 – Dnr 753/2000	följeslagare till patient	18
PRS 2001:03 – Dnr 159/ 2001	taxitransport	33, 125
PRS 2001:08 – Dnr 593/2000	kännedomskriteriet, flera anspråk	245
PRS 2001:10 – Dnr 424/2001	medpatient	33
PRS 2001:12 – Dnr 360/2001	skador på små nervgrenar	68
PRS 2001:13 – Dnr 081/2001	ej önskat resultat	41
PRS 2001:14 – Dnr 309/2001	journalhandling som bevisning	49
PRS 2001:15 – Dnr 293/2001	infektion efter kranskärlsoperation	115
PRS 2002:01 – Dnr 455/2001 177	hälso- och sjukvård/psyisk skada	30, 38,
PRS 2002:02 – Dnr 317/2001	intubationsskada	77
PRS 2002:03 – Dnr 330/2001	utebliven korrekt behandling	44
PRS 2002:04 – Dnr 644/2001	borttagande av visdomstand	76
PRS 2002:09 – Dnr 051/2002	infektion efter tandbehandling	109
PRS 2002:10 – Dnr 531/2001	det naturliga förlossningsförloppet	34, 88
PRS 2002:13 – Dnr 289/2002	pigmentimplantering	31
PRS 2003:01 – Dnr 587/2002 177,185	försenad diagnos av bröstcancer	102,
PRS 2003:03 – Dnr 224/2003	hypotetiskt samtycke	147
PRS 2003:07 – Dnr 659/2001 85	foster	17, 41,
PRS 2003:09 – Dnr 1047/2002	bröstcanceroperation	82
PRS 2003:13 – Dnr 212/2003	förlossning - kejsarsnitt	89, 91
PRS 2003:14 – Dnr 325/2003	dubbelsidig skada	193
PRS 2004:02 – Dnr 427/2003	förlossning - kejsarsnitt	89, 91
PRS 2004:07 – Dnr 869/2003	naprapatbehandling	57
PRS 2004:08 – Dnr 420/2001	förlossning - kejsarsnitt	89, 91
PRS 2004:09 – Dnr 115/2004	konservativ behandling	74
PRS 2004:10 – Dnr 250/2004	det förväntade operationsresultatet	191
PRS 2004:11 – Dnr 404/2004	bevisbördan	43
PRS 2004:13 – Dnr 617/2004	klagomål över handläggningen	225

PRS 2004:14 – Dnr 246/2004	jämkning på grund av medvållande	210
PRS 2005:01 – Dnr 619/2004	för mycket utbetald ersättning	225
PRS 2005:06 – Dnr 590/2004	hantering av journaluppgifter	30
PRS 2005:11 – Dnr 481/2005	estetisk/kosmetisk behandling	19, 31
PRS 2006:02 – Dnr 741/2005	titthålskirurgi	79
PRS 2006:05 – Dnr 827/2003	inte tillgänglig metod	59
PRS 2007:06 – Dnr 880/2006	förhöjd olycksfallsrisk	124
PRS 2007:11 – Dnr 471/2007	intubationsskada	78
PRS 2008:01 – Dnr 508/2005	förlossning - kejsarsnitt	89, 91
PRS 2008:03 – Dnr 640/2007	vätsketillförsel	31
PRS 2008:04 – Dnr 838/2007	flygresa till rehabiliteringsklinik	26
PRS 2008:07 – Dnr 972/2007	inte överförd smitta	108
PRS 2008:08 – Dnr 611/2003	dröjsmålsränta	224
PRS 2008:11 – Dnr 158/2008	”superspecialist”	53
PRS 2008:14 – Dnr 431/2008	nationellt vårdprogram	60, 363
PRS 2008:17 – Dnr 549/2008	stigbygeloperation	77
PRS 2009:02 – Dnr 781/2008	tioåriga preskriptionstiden	249
PRS 2009:07 – Dnr 798/2009	nödvändigt förfarande	133
PRS 2009:10 – Dnr 495/2009	psykisk skada	42
PRS 2009:11 – Dnr 251/2009	ersättning vid fostrets död	18, 86,
203, 379		
PRS 2009:14 – Dnr 658/2009	ideell ersättning vid nervskada	178
PRS 2010:02 – Dnr 850/2009	försenad diagnos av båtbensfraktur	103
PRS 2010:08 – Dnr 768/2009	försenad diagnos av hjärnblödning	106
PRS 2010:09 – Dnr 753/2009	följskada	42, 159
PRS 2010:10 – Dnr 263/2010	skälighetsbedömning av ersättningen	182
PRS 2010:15 – Dnr 777/2010	fråga om onödigt ingrepp	60
PRS 2010:17 – Dnr 671/2010	infektion efter kärlutredning	119
PRS 2011:01 – Dnr 576/2010	stomibandage	188

PRS 2011:03 – Dnr 193/2011	preskription vid omprövning	253
PRS 2011:07 – Dnr 066/2011	felaktigt besked om cancer	99
PRS 2011:10 – Dnr 795/2009	ersättning omoperation i privat regi nekad omoperation i offentlig regi	164, 375
PRS 2011:11 – Dnr 684/2011	extravasering	84
PRS 2012:01 – Dnr 1000/2010	läkemedelsdosering	126
PRS 2012:03 – Dnr 1068/2011	brott på höftledsprotes	95
PRS 2012:05 – Dnr 928/2009	infertilitetsbehandling	22, 87
PRS 2012:06 – Dnr 927/2011	försenad diagnos av hypofystumör	105
PRS 2012:07 – Dnr 201/2012	delegation	29, 32
PRS 2012:09 – Dnr 019/2012	infektion efter knäoperation	118
PRS 2012:12 – Dnr 520/2012	fråga om dubbel ersättning	234
PRS 2012:13 – Dnr 965/2012	felaktig läkemedelsdos	127
PRS 2012:14 – Dnr 155/2012	information som vårdåtgärd	149
PRS 2012:16 – Dnr 372/2012	rekommendationer/skälighetsbedömning	61, 158, 363
PRS 2012:17 – Dnr 725/2012	bristande information/samtycke	143
PRS 2013:01 – Dnr 086/2013	försenad diagnos av bröstcancer	102, 177, 185
PRS 2013:03 – Dnr 006/2013	konkurrerande skadeorsaker	175
PRS 2013:04 – Dnr 181/2013	olycksfall i karusellentré	122
PRS 2013:06 – Dnr 917/2012	patientbegreppet	16
PRS 2013:15 – Dnr 543/2012	bristfällig information	146

Förteckning över övriga ärenden från Patientskadenämnden

Dnr 047/1976	ej medicinskt motiverat ingrepp	59
Dnr 024/1977	ej medicinskt motiverat ingrepp	59
Dnr 049/1977	blödning vid njurbiopsi	67
Dnr 040/1978	tidsmässigt samband	46
Dnr 039/1982	övervakning efter operation	75

Dnr 117/1986	riktlinjer vid olycksfallsskador	122
Dnr 118/1986	riktlinjer vid olycksfallsskador	121
Dnr 114/1987	skada på stämbandsnerv	67
Dnr 018/1988	navelinfektion hos nyfött barn	110
Dnr 061/1988	diagnostik av diskbråck	102
Dnr 069/1988	diagnostik av diskbråck	102
Dnr 180/1988	mjältrift vid bukingrepp	67
Dnr 123/1989	strålningsreaktioner	68
Dnr 008/1990	olycksfall vid rymning	123
Dnr 175 – 177/1990	anhörig till patient	18
Dnr 259/1990	övervakning av dropp	75
Dnr 277/1990	ärrbråck	57
Dnr 221/1992	foster	17
Dnr 036/1998	skada vid intubationsnarkos	71
Dnr 220/1998	ERCP-undersökning	71
Dnr 076/1999	remiss och läkarintyg	30
Dnr 426/1999	strålbensfraktur	56
Dnr 115/2000	behandling i privat regi	162
Dnr 205/2000	stickskada vid blodprovstagning	68
Dnr 053/2001	nervskada vid spinalbedövning	81
Dnr 129/2001	ombudskostnader	166
Dnr 489/2001	sekundärinfektion	45
Dnr 741/2001	infektion efter ingrepp via ändtarmen	109
Dnr 756/2001	beviskravet	43
Dnr 156/2002	nervskada vid spinalbedövning	82

Dnr 002/2003	felexpediering av läkemedel	127
Dnr 725/2003	identifierbar nervgren	68
Dnr 073/2004	kränkande behandling	39
Dnr 094/2005	ofullständig smärtlindring	40
Dnr 244/2005	försenad diagnos av blodpropp	106
Dnr 496/2006	okänd skadeorsak	66
Dnr 847/2006	ingen merskada	101
Dnr 386/2007	ingen merskada	101
Dnr 585/2007	komplext regionalt smärtsyndrom	69
Dnr 855/2007	tromboflebit (venväggsinflammation) ärr efter sårläggning	69, 70
Dnr 044/2008	beviskravet	43
Dnr 146/2008	merkostnad	161
Dnr 167/2008	huvudvärk efter lumbalpunktion	69
Dnr 188/2008	rimlig övervakningsnivå	124
Dnr 341/2008	ex gratia-ersättning	225
Dnr 207/2009	omoperation i privat regi	164, 375
Dnr 023/2010	keloidbildning	70
Dnr 391/2010	sammanväxningar	70
Dnr 522/2010	skälighetsbedömning av ersättningen	180
Dnr 586/2010	polishämtning	32
Dnr 076/2011	infektion efter galloperation	110
Dnr 134/2011	skälighetsbedömning av skadan	192
Dnr 224/2011	smitta i Thailand	26
Dnr 512/2011	pseudartros (falsk led)	56
Dnr 584/2011	tidsmässigt samband	46
Dnr 897/2011	kroppsegna bakterier	109

Dnr 088/2012	antibiotikabehandling	62, 363
Dnr 214/2012	läkarens informationsskyldighet	141
Dnr 273/2012	ingen merskada	100
Dnr 291/2012	olycksfall vid toalettbesök	123
Dnr 714/2012	nödvändiga merkostnader	165
Dnr 737/2012	infektion efter öppen fraktur	111
Dnr 840/2012	trombolysbehandling	47
Dnr 879/2012	trombolysbehandling	47
Dnr 909/2012	anhörig till patient	19
 Dnr 1166/2013	 trombolysbehandling	 47

Personskadekommitténs cirkulär

2 – 2010	schablonbelopp för begravningskostnader	197
----------	---	-----

Trafikskadenämndens cirkulärreferat

4 – 2010	konkurrerande skadeorsaker	173
7 – 2010	konkurrerande skadeorsaker	161
2 – 2011	rätt till omprövning	208

Yttranden av Läkemedelsskadenämnden (LY)

LY 2005:05 – Dnr L65/2005	kännedomskriteriet	246
LY 2006:04 – Dnr L05/2006	kännedomskriteriet	247
LY 2008:07 – Dnr L57/2008	kännedomskriteriet	248
LY 2008:09 – Dnr L99/2008	nära anhörigs dödsfall	202

Domar från Högsta domstolen

NJA 1972 s. 81	sanktionerad hjälptabell	179, 192
NJA 1982 s. 793	standardiserade normer	192
NJA 1992 s. 303	försäkringsgivarens slutliga ställningstagande	250
NJA 1992 s. 642	standardiserade normer	192
NJA 1992 s. 845	försäkringsgivarens slutliga ställningstagande	250

NJA 1997 s. 97	kännedomskriteriet	241
NJA 1998 s. 807	omprövning	206
NJA 2000 s. 285	kännedomskriteriet, flera anspråk	242, 245
NJA 2000 s. 521	ersättning till syskon	202
NJA 2001 s. 93	kännedomskriteriet, flera anspråk	245, 251
NJA 2001 s. 695 II	fråga om passivitet/omprövning	205, 252
NJA 2004 s. 279	löneutveckling i tidigare arbete vid omprövning	207
NJA 2005 s. 843	preskription	238
NJA 2007 s. 461	beviskrav	171
NJA 2008 s. 1217 I	rätt till omprövning	207, 255
NJA 2008 s. 1217 II	rätt till omprövning	208, 255
NJA 2009 s. 104	inkomstförlust vid konkurrerande skadeorsaker	161, 173,
	174	

Hovrättsdom

Göta hovrätt, T 3505-12	trombolysbehandling	48
-------------------------	---------------------	----

Fall från övriga nordiska länder

Norge

HR Norsk Retstidende – Rt.1989 s.674	bristande journalföring	285
HR Norsk Retstidende – Rt. 2008 s.218	skada som måste accepteras	296, 301
HR Norsk Retstidende – Rt. 2015 s.2265 A	beviskravet vid påbjudna vaccinationer	286

Danmark

Ugeskrift for Retsvæsen – U 2003.1286 H	olycksfall	313
Ugeskrift for Retsvæsen – U 2012.1713 H	nervskada vid spinalanestesi	298

SAKREGISTER

A

Abort 28, 182 f.
Adekvat kausalitet 164, 233
Administrativt handlägningsförfarande 14
Akut sjuktid 177 f.
Allmän rättshjälp 376
Ambulanstransport 28
Anafylaktisk chock 132
Angelägna ändringar i patientskadelagen 353 ff.
Anhörig – se även närstående/efterlevande – 18, 200 ff.
Anmälningssblankett 13, 260
Annan tillgänglig behandlingsmetod 55
Annat stadigvarande men 189 ff.
Annat tillgängligt förfarande (alternativ metod) 72 ff., 365 f.
Annat utförande av den valda behandlingstekniken 55, 65 ff., 365
Anspänning i arbete och daglig livsföring 189
Antibiotikabehandling 62 ff.
Antibiotikaresistenta bakterier 61 f.
Antirynkbehandling 163 f.
Asfyxi (hjärnskada pga. syrebrist) 84 ff.
Avsaknad av patientförsäkring 220

Awareness (vakenhetsupplevelse under operation) 182

B

Begravningskostnader 197
Behandling i hemmet 93 f.
Behandlingsskada 54 ff., 365 f.
Behandlingsteknik 65 ff., 365
Beloppsmässiga begränsningar 214
Bemötande av hälso- och sjukvårdspersonal 39, 225
Benlängdsskillnad 57
Bestämning av patientskadeersättning 154 ff.
Bevisbörda 37, 43, 170, 362
Bevisbördan vid bristfällig journalföring 362
Bevisregler 37, 42 ff., 138, 170 f., 283 ff., 362
Bevisvärdet av journalhandling 49 f.
Biverkningar av läkemedel 29, 127 ff. 131
Blodgivning 24, 28
Blodtransfusion 150 f., 249, 257
Blödning vid njurbiopsi 67
Bortfall av ersättningsrätten 186, 194 f.
Bristande information efter ögonoperation 148 f.

Bristande information eller uteblivet samtycke 134 ff., 282
Bristande journalföring 362
Bristfällig information inför förlossning 144 ff.
Bristning i slutmuskeln 84
Brott på höftledsprotes 95
Bröstcancer, försenad diagnos 176 f.
Bröstcancerbehandling 82, 151 f.
Bukspottkörtelinflammation efter ERCP-undersökning 70 f., 80 f.

C

CRPS-syndrom 69
Culpa 316

D

Danmark 10, 268 ff., 345
Defensive medicine 346 f., 351
Delegation från hälso- och sjukvårdspersonal 29, 31 f.
Den som står den skadelidande särskilt nära 166, 201 f.
Detaljhandel med läkemedel 28
Det medicinskt förväntade operationsresultatet 190
Det naturliga förlossningsförloppet 33 f., 87 f.
Diagnosskada 96 ff., 184 f., 306 f., 367 f.
Differensmetoden 170
Diskbräck 73 f., 101 f.
Domstolsprövning 5, 11, 13, 263 f., 340 ff.
Donator 24, 150
Droppbehandling 68 f., 75

Dröjsmålsränta 224
Dubbel ersättning för sveda och värk 185
Dubbelsidiga skador 192 f.
Dödsbo 23
Dödsbofullmakt 260

E

Efterlevande till patienter 17 f., 22 f.
Egenvård i hemmet 93 f.
Ekonomisk risk 13
Ekonomisk skada 154
Embolisering vid kärlmissbildning i hjärnan 80
Embryo 85
Engångsbelopp 165 f., 172, 179, 199, 205
Enskild verksamhet 226
Entreprenadavtal 35, 216
Epiduralbedövning 69, 81
ERCP-undersökning 70 f., 80 f.
Erfaren specialist 50 ff., 98, 291 ff.
Ersättning enligt skadeståndsrättsliga regler 138 ff.
Ersättning för framtida inkomstförlust till barn och ungdomar 171 f.
Ersättning för inkomstförlust 168 ff.
Ersättning för korrigerande operation 375
Ersättning för kostnader 160 ff.
Ersättning för lyte eller annat stadigvarande men 187 ff.
Ersättning för merskada 374 f.
Ersättning för missfall 17 f.
Ersättning för ombudskostnader 166 f., 375 ff.

- Ersättning för oro och ängslan 102, 177, 185
Ersättning för sveda- och värk 176 ff.
Ersättning till efterlevande vid dödsfall 196 ff.
Ersättning till närstående för psyki-
ska besvär till följd av nära an-
hörigs svåra skada 203, 378
Ersättning vid fostrets död 17 f.,
202 f., 378 f.
Ersättning vid nära anhörigs döds-
fall 200 ff.
Ersättningen övergår till den skade-
lidandes arvingar 211
Ersättningsens bestämmande för
sveda och värk 178 ff.
Ersättningsbestämmelserna i de nor-
diska länderna 332 ff.
Ersättningsfrågor 374 ff.
Essinger, Kaj 345
Estetisk behandling (kosmetisk be-
handling) 19, 29, 41, 134, 162 ff.,
274, 356 f.
Ex gratia-ersättning 5, 167
Extravasering 83 f.
- F**
Facitresonemang (facitbedömning)
7, 12, 55, 65
Falsk led (pseudartros) 56
Fel eller försummelse, se Culpa, 316
Fel på sjukvårdsutrustning 94 f.
Felaktig diagnos 184 f.
Felaktig hantering av medicintek-
nisk produkt eller sjukvårdut-
rustning 93
Felaktigt angiven läkemedelsdos i
recept 127
Felaktigt besked om cancer 97 ff.
Felexpediering av läkemedel 127
Finansinspektionen 225
Finland 10, 267 ff., 345
Flera skilda ersättningsanspråk 245
Forskningsändamål 59
Foster 17 f., 40, 41, 85 f., 202 f.,
378 f.
Framtida inkomstförlust 169 ff.
Framtida kostnader 165 f.
Franchise 212 f., 309, 333, 334
Frankrike 343
Frivillig försöksperson 24, 150
Frivillig patientförsäkring 5 ff.
Frivilligt försäkringssystem 355
Full ersättning 160
Fullnarkos 81 f.
Funktionell benlängdsskillnad 57
Fysisk skada 38
Följdskada 42, 158 f.
Följeslagare till patient 18
För mycket utbetald ersättning 225
Förebyggande behandling 28, 61
Förfarande 55
Förhöjd infektionsrisk 111 f.
Förhöjd olycksfallsrisk 123 f.
Förlorat skolor 172
Förlossningsförloppet, det naturliga
33 f., 87 f.
Förlossningsskador 84 ff.
Förlust av underhåll 197 ff.
Förordnande av läkemedel 126
Försenad diagnos av blodpropp i
arm 106

Försenad diagnos av bröstcancer 102, 176 f.

Försenad diagnos av båtbensfraktur 102 f.

Försenad diagnos av hjärnblödning 105 f.

Försenad diagnos av hypofystumör 103 ff.

Försenat utträde i förvärvslivet 172

Försäkringsbeloppet 379 f.

Försäkringsskyldighet 216, 328 ff.

Försöksperson 24, 150

Förväntat behandlingsresultat 40, 190 ff.

G

Generell anestesi/fullnarkos 81 f.

Genetisk skada 40, 87

Geografisk omfattning 25 f., 274 f., 358 ff.

God man 260

Graviditet som trots abort leder till förlossning 182 f.

Gravid kvinna 17, 85

Grundskada 43

Göra sannolikt 138, 170

H

Handlingsnormen erfaren specialist 291 ff.

Handläggningen av ett patientskadeärende 260 ff.

Handläggningen hos ett försäkringsbolag 260 ff.

Handläggningen i Patientskadenämnden 262 f., 335 ff.

Hantering av journaluppgifter 30

Haze (grumling av hornhinnan) efter laserbehandling 141 f.

Hemförsäkringens rättsskydd 167, 376 f.

Hemtransport från sjukhus 32 f., 125

Hepatit C 150 f., 249, 257

Hjärnhinneinflammation orsakad av B-streptokocker 108 f.

Hjärnskada pga. syrebrist (asfyxi) 84

HSAN (Hälsö- och sjukvårdens Ansvarsnämnd) 8, 266

Huvudvärk efter lumbalpunktion, spinal- och epiduralbedövning 69

Hypofraktionering 151 f.

Hypotetisk bedömning av samtycke 141 ff.

Hälsö- och sjukvård 28 ff., 356 ff.

Hälsö- och sjukvård i Sverige 25 f., 55

Hälsö- och sjukvårdens Ansvarsnämnd (HSAN) 8, 266

Hälsö- och sjukvårdsbegreppet 19 ff., 28 ff., 275 ff., 356 ff.

Hälsö- och sjukvårdslagen 28, 135

Hälsö- och sjukvårdspersonal 29

Höftledsprotos, brott på 95

I

Icke-behandling 72 ff.

Ideell skada 154

Identifierbar nervgren 68

- Individuellt anpassad behandling 60, 363 f.
- Infektion – överförd 107 ff.
- Infektion efter diskbräcksoperation 116 f.
- Infektion efter galloperation 110
- Infektion efter ingrepp via ändtarmen 109
- Infektion efter inoperation av totalprotes i höft 115 f.
- Infektion efter knäoperation 112 f., 117 f.
- Infektion efter kranskärlsoperation 114 f.
- Infektion efter operation av fotledsfraktur 113
- Infektion efter tandbehandling 109
- Infektion efter utredning av kärlsjukdom 118 f.
- Infektion efter ögonoperation 112
- Infektion i navel 110
- Infektion vid öppen fraktur 110 f.
- Infektionsskada 12, 107 ff., 307 ff., 353 f., 368 ff.
- Infertilitetsbehandling (IVF-behandling) 21 f.
- Information – bristande 134 ff.
- Information om patientförsäkringen 381 f.
- Information som ett led i behandlingen 147 ff.
- Informationsplikt om patientförsäkringen 381 f.
- Informerat samtycke 372 f.
- Inhämtande av yttrande från Patientskadenämnden 223 ff.
- Inkomstförlust 168 ff.
- Inkomstförlust för förfluten tid 169
- Inkomstunderlaget 170
- Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) 8, 265 f.
- Inte tillgänglig metod 74
- Intubationsskada 71, 78
- Invaliditetsgrad, se medicinsk invaliditet 189
- Ischemisk stroke 47
- Island 268
- IVF-behandling (infertilitetsbehandling) 21 f.
- IVO (Inspektionen för Vård och Omsorg) 8, 265 f.
- ## J
- Japan 344, 348
- Journalföring (patientdatalagen) 50, 136 f.
- Journalhandling 30, 49 (bevisvärde)
- Jämkning på grund av medvållande 210
- ## K
- Kalkylerad risk 111, 130
- Katastrofskada 321 ff., 353 f., 373
- Kejsarsnitt 88 ff.
- Keloidbildning 70
- Kiropaktor 29
- Klagomål på bemötandet inom sjukvården 225
- Klagomål på handläggningen hos försäkringsbolaget 225
- Klinisk benlängdsskillnad 57

Klinisk prövning av läkemedel 24
 Komplex regionalt smärtsyndrom (CRPS-syndrom) 69
 Konkurrensbegränsningsförbudet 10
 Konkurrerande skadeorsaker 160 f., 172 ff.
 Konservativ behandling 73 f.
 Konsortiet för Patientförsäkring 7, 10
 Kontraströntgenundersökning 59
 Korrigerande operationer 375
 Kosmetisk behandling 19 ff., 29, 41
 - se även Estetisk behandling
 Kostnader, ersättning för 160 ff.
 Kostnader, nödvändiga och skäligena 161 ff.
 Kostnader för förfluten tid 165
 Kostnader för operation i privat regi 162 ff.
 Kostnader för studier utomlands 164 f.
 Kostnadsfritt förfarande 13, 262
 Kroppsegna bakterier 108 ff.
 Kränkande behandling 39
 Kränkning 283
 Kumulationstabell 193
 Kvotdelning av ersättning 215
 Kännedomskriteriet 240 ff.
 Känslbortfall efter mandibularisbedövning 82

L

Livränta 166, 172, 205
 Lumbalpunktion 69
 Lyte 187 f.

Lyte eller annat stadigvarande men 187 ff.
 Läkarens informationsskyldighet 139 ff.
 Läkarintyg 30
 Läkemedel, förordnande av 126
 Läkemedelsbiverkningar 29, 127 ff., 131
 Läkemedelsförsäkringen 128 f., 264
 Läkemedelsskada 29, 318 ff.
 Läkemedelsskadenämnden 129

M

Mandibularisbedövning 82
 Materialskada 93 ff., 302 ff., 367
 Maximal ersättning 214
 Medicineringsskada 126 ff., 318 ff., 371
 Medicinsk invaliditet 189
 Medicinsk rehabilitering 28
 Medicinskt påvisbar effekt 38
 Medicinskt motiverad behandling 55, 58 ff.
 Medicinteknisk produkt 93, 125
 Medpatient 33
 Medvetet risktagande 130
 Medvällande 210
 Merskada 100 ff., 156 ff., 161, 184 f., 190, 374 f.
 Mindre riskfylld behandlingsmetod 78 ff.
 Missfall 17 f., 192
 Missfallsersättning 17 f.
 Misslyckad abort 87, 182 f.
 Misslyckad sterilisering 87, 183

Misslyckat borttagande av visdoms-
tand 76
Mjältrift vid bukingrepp 67
Motiverad behandling 58 ff., 362
MRSA-infektion 180 ff., 358
Multipla skador 193
Muntlig förhandling 263
Möjligt samband 43

N

Naprapatbehandling 57
Nationellt vårdprogram 60, 363 f.
Naturliga förlossningsförloppet 33 f.,
87 f.
Navelinfektion hos nyfött barn 110
Nervbesvär i samband med narkos
45 f.
Nervskada vid spinalbedövning 81
"No-blame" lösning 8
"No-fault" lösning 8
Nollersättning 206
Norge 267 ff., 345
Normal standard 161 ff.
Nya Zeeland 343
Nämndspromemoria 262
Närstående – se även anhörig – 166,
200 ff., 203, 378 f.
Nödvändiga och skäliga kostnader
161 ff.
Nödvändigt förfarande 130 ff.

O

Objektivt ansvar 7, 8
Objektivt ersättningssystem 7, 8
Obligatorisk prövning i Patientskade-
nämnden 380

Offentlig vårdgivare 34
Ofullständig smärtlindring 40
Ofullständig sterilisering 183
Oförsäkrad vårdgivare 218 f.
Okänd uppkomstmekanism 66
Oldertz, Carl 344 f.
Olycksfall i samband med taxitrans-
port 125
Olycksfall i sjukhusentrén 122
Olycksfall vid rymning 123
Olycksfall vid toalettbesök 123
Olycksfallsskada 120 ff., 312 ff., 370
Olägenheter, särskilda 189
Ombudskostnader 166 f., 375 ff.
Omfattningen av läkarens informa-
tionsskyldighet 139 ff.
Omprövning av skadestånd 205 ff.,
251 ff., 253 ff.
Omställningsersättning 200
Omvänd bevisbörda 362
Onödigt ingrepp 60
Operation i privat regi, ersättning
för 162 ff.
Oplanerad graviditet 87
Optimal läkemedelsbehandling 126
Optimal vårdstandard 74
Orsakssamband 42 ff., 55, 56 f.,
121 ff., 361
Orsakssamband mellan bristfällig
information och skada 146 f.
Önskad graviditet 182 f.

P

Passivitet 205 f.
Patient, begrepp 15 ff., 85 ff., 272 ff.,
356 ff.

Patientdatalagen 136 f.
Patientens vårdbehov 76 ff.
Patientförsäkring i andra länder 343 f.
Patientförsäkring saknas 218 f.
Patientförsäkringsavgift 222
Patientförsäkringsföreningen 11, 220 f.
Patientförsäkringsutredningen 137, 223 f., 372
Patientlagen 135 f.
Patientnämnd 264 f.
Patientskadebegreppet 11 f.
Patientskadeersättning 11, 154 ff.
Patientskadelagens geografiska omfattning 25 f., 274 f., 358 ff.
Patientskadenämnden 8, 11, 13 f., 24, 152 f., 223 ff., 262 f., 335 ff., 380 f.
Patientskadeutredningen 20, 353 f., 357 f., 358 f., 368 f., 373, 381 f.
Patientsäkerhetslagen 29, 135
Pensionsförlust 172
Person som genomgår kosmetisk behandling 19
Personskada, 38 ff., 55, 87, 154 f., 280 ff., 360 f.
Pigmentimplantering av eyeliner och ögonbryn 31
P.I.P.-implantat 357
Plexusskada 84
Polishämtning 32
Preoperativ tvättning 30 f.
Preskription 237 ff., 338 ff., 371 f.
Preskription av rätten till omprovning 209, 251 ff., 253 ff.
Preskriptionsavbrott 243
Preskriptionslagen 238 f.

Privat verksamhet 221
Privat vård 34 f.
Produktansvarslagen 94 f., 232
Progredierande grundsjukdomar 161, 172 ff.
Pseudartros (falsk led) 56
Psykisk skada 38 f., 41 f., 177, 360 f.

R

Reducerad ersättning för sveda och värk 183 ff.
Reell benlängdsskillnad 57
Regresskrav (se återkrav) 232 ff.
Remiss 30
Resursbrist 74 ff., 324 ff., 364
Riktlinjer/rekommendationer 60, 61 ff., 363 f.
Riktlinjer vid olycksfallsskador 121 f.
Rimlig övervakningsnivå 124
Rådgivande nämndsytttrande 224
Rätt att inträda i skadelidandes rätt till ersättning 231
Röntgenkontrastundersökning 80 f.
Röntgenologisk benlängdsskillnad 57

S

Samband kan inte uteslutas/är möjligt 43
Sambandsbedömningar 361
Sammanväxningar 70
Samordningsförmån 16
Samtycke – bristande 134 ff.
Sannolikhetsövertikt (se bevisregler) 37, 43 ff.

- Schabloner beträffande underhållsbehovet 199
- Sekundärinfektion 45
- Sekundärsmitta 357 f.
- Sensibilitetspåverkan vid smärtblockad 79 f.
- Sjuktransport 28, 124 f.
- Sjukvårdskostnader 160
- Sjukvårdsutrustning 93, 125
- Självrisk 212 f.
- Skada på foster 17 f., 41, 202 f.
- Skada på grund av fel hos sjukvårdsutrustning 94 f.
- Skada på identifierbar nervgren 68
- Skada på små nervgrenar vid ljumsk-bräcksoperation 68
- Skada på stämbandsnerv vid sköldkörteloperation 67
- Skada på tandbrygga vid intubationsnarkos 71
- Skada på urinblåsan 46
- Skadeanmälan 13, 43, 260
- Skadebegreppet 38 ff., 280 ff.
- Skadestånd 229 f.
- Skadeståndslagen 154 ff., 229
- Skadeståndsrättslig prövning vid sidan av patientskadelagen 134 ff., 224
- Skiljemannaförfarande 8
- Skolår, förlorat 172
- Skriftligt förfarande 227, 263, 372
- Skulderdystoci 89, 91
- Skälighetsbedömning av patientskadans omfattning 61, 157 f., 179 ff., 191 f., 374
- Skälighetsbedömning vid beräkningen av ersättningen för sveda och värk 179 ff.
- Skälighetsbedömning vid infektion 111 ff., 370
- SLF (Svenska Läkemedelsförsäkringen AB) 128
- Slutligt ställningstagande 250
- Smita 107
- Smärtblockad 79 f.
- Smärtlindring, ofullständig 40
- Socialstyrelsen 266
- Solidariskt ersättningsansvar 10, 217, 218 f.
- Specialistbegreppet 50 ff.
- Spinalbedövning 69, 81 f.
- Stationärt tillstånd 165, 177, 193 f.
- Statistiskt samband 43 f., 47
- Statlig vårdgivare 34
- Sterilisering 28, 87, 183
- Stickskada vid blodprovstagning 68
- Stigbygeloperation 76 f.
- Stomibandage 188
- Strikt ansvar 6, 8
- Strålbensfraktur 56
- Strålningsreaktioner 67 f., 151 f.
- Studier utomlands, ersättning för 164
- ”Står den skadelidande särskilt nära” 166
- Sugklocka 91
- ”Superspecialist” 52 f.
- Sveda och värk, begrepp 176
- Sveda och värk, ersättning för 178 ff.
- Svenska Läkemedelsförsäkringen AB (SLF) 128
- Synnerliga skäl 151, 257 f., 372

Systemperspektiv 265

Säkerhetsbrist 95, 232

Särskilda olägenheter 189

Särskilda åtaganden 24, 25, 150 ff.,
225, 249

T

Taiwan 344, 350 ff.

Tandskada vid intubationsnarkos
71, 77 f.

Taxitransport 32 f., 125

Telemedicin 359 f.

Thailand 348 ff.

Tidigarelagt dödsfall 203 f.

Tidsfristen för att begära yttrande
från Patientskadenämnden 225 f.

Tidsmässigt samband med skada 44,
45 f.

Tillfredsställande behandlingsresultat
40 f., 56 f.

Tillgodoseende av patientens vårdbehov
76 ff.

Tillgänglig behandling 74 ff.

Tioåriga preskriptionstiden 248 ff.

Titthållskirurgi 79

Totalt sett lägre risknivå 78 ff.

Trafikförsäkring 232 ff.

Transport i samband med sjukvård
32 f.

Treåriga preskriptionstiden 240 ff.

Tredjemansskada 17, 21 f.

Tromboflebit (venväggsinflammation)
i samband med droppbehandling
68 f.

Trombolysbehandling 46 ff.

U

Undantag från rätten till patientska-
deersättning 130 ff., 326 f.

Underhåll, förlust av 197 ff.

Underlåtenhet att skriva remiss 30

Undvikbar skada 7, 50, 119, 293 ff.,
365 f.

Upplysningsplikt, se Informations-
plikt om patientförsäkringen
381 f.

USA 344, 346 ff.

Utbetalning av patientskadeersätt-
ning 330 ff.

Utebliven behandling 44

Utebliven information 134 ff.

Uteblivet samtycke 134 ff.

Utlandsvård 25 f., 358 ff.

Utländska patienter 16

Utredningsplikt 13, 263

Utvidgat åtagande vid vissa nervska-
dor 152

Utökad preskriptionstid 257 f.

V

Vaccination 28

Vaginal förlossning 87 ff.

Vakenhetsupplevelse (s.k. aware-
ness) under operation 182

Vanliga frågeställningar i Patientska-
denämnden 228

Vedertagen metod 55, 58 ff., 362

Vetenskap och beprövad erfarenhet
8, 59 ff.

Vård utomlands 25 f.

Vårdbehov 76 ff.
Vårdgivare 28, 34 f., 275 ff.
Väsentligt ändrade förhållanden
206 ff., 255 f.
Vätsketillförsel 31

Å

Återkrav 232 ff.

Ä

Ärenden av enkel beskaffenhet 227 f.
Ärr efter sårsläkning 70

Ärrbräck 57
Ärrtabellen 187 f.

Ö

Öppen fraktur, infektion 110 f.
Överförd smitta 107 ff., 368 f.
Överklagande 223 ff., 262 ff.
Övervakning av dropp 75
Övervakning efter operation 75
Övervägande sannolikhet 37, 43 ff

