

Patientskadeersättning vid skador inom sjukvården

Lagmannen *Ulf Hellbacher*,  
ordförande i Patientskadenämnden

Försäkringsjuristen *Carl Espersson*,  
sekreterare i Patientskadenämnden

Professor emeritus *Henry Johansson*,  
medicinskt sakkunnig i Patientskadenämnden

# *Patientskadeersättning vid skador inom sjukvården*

Patientskadeersättning vid skador inom sjukvården  
Ulf Hellbacher, Carl Espersson och Henry Johansson  
ISBN 91-85333-08-5  
© 2006 författarna och Patientskadenämnden

Produktion: eddy.se ab, Visby 2006  
Tryck: Elanders Gotab, Stockholm 2006

Att mångfaldiga innehållet i denna bok, helt eller delvis, utan medgivande av Patientskadenämnden, är förbjudet enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk. Förbudet gäller varje form av mångfaldigande, såsom tryckning, kopiering, bandinspelning etc.

# Innehåll

## *Inledning*7

### *Allmänt om patientskadelagen och patientskadeersättningen*9

Tillämpningsområdet9

Begreppen patient, hälso- och sjukvård samt vårdgivare9

Ersättningsbara skadetyper12

Begreppet erfaren specialist12

Ersättningens bestämmande13

Patientförsäkring14

Patientskadenämnden14

Skadestånd14

Preskription15

Domstolsprövning15

Statistik15

### *Rätten till patientskadeersättning*17

Skadebegreppet17

Bevisregler17

Skadetyper och ersättningsprövningen19

1. Behandlingsskada20
2. Materialskada30
3. Diagnosskada31
4. Infektionsskada32
5. Olycksfallsskada38
6. Medicineringsskada38

### *Några övriga frågor om rätten till ersättning vid patientskador*41

Betydelsen av information till patienten och dennes samtycke41

Hälso- och sjukvårdslagstiftningen41

Patientskadelagen41

Ersättning enligt skadeståndsrättsliga regler42

## *Avslutning*47

# Inledning

Före år 1975 hade patienter liten möjlighet att få ersättning för skador som uppkommit vid behandling inom hälso- och sjukvård. Patienten var tvungen att visa att det förekommit fel eller försummelse från vårdpersonalens sida för att ersättning skulle utgå. Detta var för det mesta 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 med anledning av detta oftast kostsam och långdragen. Det var därför mycket få patienter som fick ersättning för behandlingsskador.

År 1975 tillkom en frivillig patientförsäkring som innebar att man inte längre behövde väcka talan vid domstol för att ersättning för skador inom vården skulle lämnas. Istället kunde man vända sig direkt mot försäkringsgivaren. Den 1 januari 1997 ersattes den frivilliga patientförsäkringen av *patientskadelagen* (1996:799), som i stor utsträckning bygger på villkoren i den tidigare försäkringen. Ersättning för skador lämnas enligt lagen från den patientförsäkring som vårdgivare är skyldiga att ha.

Patientskadelagen har, vilket är viktigt att framhålla, inte något disciplinärt syfte. Lagen är enbart till för att patienter lättare skall kunna få ersättning för olika typer av skador. Rätten till ersättning bestäms på objektiv grund enligt bestämmelserna i lagen. Ersättningsrätt föreligger bl.a. om en skada hade kunnat undvikas. Såväl i dessa fall som vid övriga fall där ersättning kan lämnas enligt lagen tar man inte ställning till om skadan har orsakats genom fel eller försummelse från vårdpersonalens sida eller inte och någon bedömning av ansvarsfrågan görs således inte.

Den valda lösningen har, förutom att den inneburit att patienter lättare kan få ersättning för skador som uppkommit inom vården, avsevärt förbättrat förutsättningarna för ett gott förhållande mellan patienter och vårdpersonal. Patienter som anser att en skada uppkommit behöver inte söka efter fel eller försummelse vid behandlingen som en förutsättning för att få ersättning. De kan också 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 varje gång frågan om ersättning för patientskador uppkommer känna att deras handlande skall nagelfaras för att man måste utröna om någon varit försumlig eller gjort något fel. Detta bidrar till att man, när en skada inträffat, från vårdpersonalens sida kan känna sig fri att verka för att en patient skall få ersättning utan att behöva tänka på om någon är ansvarig för skadan eller inte. Det är i detta sammanhang emellertid viktigt att poängtera att vårdpersonalen till patienten inte skall uttala sig om skadan kan vara ersättningsbar eller inte. Denna bedömning ankommer på det aktuella försäkringsbolaget att göra.

Patientskadelagen omfattar såväl fysiska som psykiska skador. När det gäller skador som orsakats av läkemedel omfattas dock endast sådana skador som uppkommit på grund av felaktig förskrivning eller felaktigt utlämnande av läkemedlet. Ersättning för läkemedelsskador i övrigt kan i stället lämnas enligt läkemedelsförsäkringen.

# Allmänt om patientskadelagen och patientskadeersättningen

## Tillämpningsområdet

Patientskadelagen avser patientskador som uppkommit i samband med *hälso- och sjukvård i Sverige*. Lagen gäller således inte patienter som vårdas utomlands, även om patienten remitterats till en anläggning för vård, och inte heller vård vid anläggningar utomlands som drivs av svenska sammanslutningar med svensk hälso- och sjukvårdspersonal. Patienter som skall vårdas utomlands måste därför försäkras genom frivilliga åtaganden av vårdgivaren.

## Begreppen patient, hälso- och sjukvård samt vårdgivare

Begreppet *patient* definieras inte i patientskadelagen. Av förarbetena framgår dock att med patient avses alla som etablerat en kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal angående sitt eget hälsotillstånd. Meningen är att den som ges vård eller behandling eller genomgår en undersökning, oavsett anledning till åtgärden, skall betraktas som patient. Enligt lagen jämföras 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.

Följande fall där frågan om patientbegreppet behandlats är, liksom samtliga fall som anges i det följande, fall som prövats i Patientskadenämnden. Vissa av fallen kan hänföras till den tidigare frivilliga patientförsäkringen, men är tillämpliga även vid de nya reglerna enligt patientskadelagen. Efter varje fallbeskrivning anges nämndens diarienummer och om fallet finns refererat i Patientskadenämndens referatsamling (PRS) anges vilket nummer fallet har i samlingen. Fallen i denna artikel är oftast endast beskrivna i korthet. För de fullständiga referaten hänvisas till referatsamlingen som hösten 2004 lades ut på Patientförsäkringsföreningens hemsida ([www.pff.se](http://www.pff.se)).

### Foster

Ett foster som blir föremål för behandling eller utebliven behandling har ansetts vara patient om det senare föds med liv (Dnr 221/1992).

### 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 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).

Med *hälso- och sjukvård* avses enligt lagen sådan verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), d.v.s. 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 skall vara fråga om hälso- och sjukvård i patientskadelagens mening är att verksamheten bedrivs med anlitan av personal som omfattas av lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Detta innebär att exempelvis en icke legitimerad kiropraktor eller en privatpraktiserande fotvårdsspecialist som ger behandling utan att detta sker som biträde till en legitimerad yrkesutövare inte omfattas av patientskadelagen.

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

#### Preoperativ tvättning

Preoperativ tvättning inför en knäplastikoperation har ansetts vara en mycket viktig del av och i princip en förutsättning för behandlingen. Den legionellainfektion en patient drabbats av 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).

#### Remiss och läkarintyg

Underlåtenhet att skriva remiss har också ansetts vara en sådan åtgärd som omfattas av lagen (Dnr 76/1999). Likaså utfärdande av läkarintyg (Dnr 348/2000 – PRS 2000:04).

#### Transport

När det gäller transporter har hemtransport från sjukhus bedömts ha samband med hälso- och sjukvård endast om hemresan med det aktuella transportmedlet har ordinerats av vårdpersonal (Dnr 125/2000 – PRS 2000:03).

#### 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, d.v.s. av en person som omfattas av lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (Dnr 479/1999 – PRS 2000:06).

Däremot har *polismän* inte ansetts som hälso- och sjukvårdspersonal även om det varit fråga om handräckning på begäran av läkare för att transportera en patient med akuta psykiska besvär till sjukhus. I det aktuella fallet ansågs polismännen inte ha biträtt läkaren vid vård, behandling eller undersökning utan endast haft att ombesörja att patienten förts till sjukhus för vård (Dnr 262/2001 – PRS 2001:09).

#### Medpatient

Skada som en förvirrad medpatient orsakat en annan patient har inte bedömts 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. Den anmälda skadan ansågs inte ha uppkommit i samband med hälso- och sjukvård utan orsakats av en medpatient. Den omfattades enligt nämndens mening således inte av patientskadelagen. Nämnden som enligt arbetsordningen även kan pröva frågan om rätt till ersättning på skadeståndsrättslig grund fann att ingenting heller tydde på att skadan vållats genom fel eller försummelse av vårdpersonal, som

exempelvis bristande övervakning. Det förelåg därmed inte någon rätt till patientskadeersättning eller till ersättning på skadeståndsrättslig grund (Dnr 424/2001 – PRS 2001:10).

*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, d.v.s. landstingen och de tre landstingsfria kommunerna Göteborg, Malmö och Gotland. Exempel på en statlig vårdgivare är kriminalvårdsstyrelsen, som har ansvaret för hälso- och sjukvården inom kriminalvården. Utöver de offentliga vårdgivarna omfattar lagens begrepp alla som bedriver hälso- och sjukvård inom den privata sektorn, såväl enskilda företagare som juridiska personer. En privatpraktiserande läkare eller tandläkare är således att anse som vårdgivare.

## Ersättningsbara skadetyper

De skador som ersätts indelas i sex olika huvudtyper

- behandlingsskada
- materialskada
- diagnosskada
- infektionsskada
- olycksfallsskada
- medicineringsskada

*Undantag från ersättningsrätten* föreligger om 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. Vidare undantas som nämnts skada som orsakats av läkemedel utom där orsaken till skadan är felaktigt förskrivning eller felaktigt utlämnande.

## Begreppet erfaren specialist

En grundläggande fråga är vilken handlingsnorm som skall vara bestämmande vid bedömningen av om en skada varit undvikbar eller inte. Av lagen framgår att man vid bedömningen av behandlingsskador, liksom av diagnosskador, skall tillämpa den handlingsnorm som gäller för en *erfaren specialist eller annan erfaren yrkesutövare inom området*. En behandlande läkares faktiska kompetens och erfarenhet saknar således betydelse vid bedömningen. Det innebär att specialistmåtstocken gäller även om det vid behandlingen inte fanns tillgång till en erfaren specialist.

I det enskilda fallet kan det vara svårt att avgöra hur begreppet erfaren specialist liksom annan erfaren yrkesutövare inom området skall tolkas. Lagens förarbeten 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, skall vara normgivande eller om bedömningen skall göras med utgångspunkt från den erfarna specialisten på det aktuella området.

Erfaren specialist

I ett ärende var det fråga om bortoperation av en hudförändring. Den allmänläkare som patienten sökte 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 ortopedisk klinik för vidare behandling utgår man således enligt gällande praxis från hur en erfaren allmänläkare, och inte en erfaren ortoped, skulle ha tolkat symtomen och vilka åtgärder denne skulle ha vidtagit.

## Ersättnings bestämmande

Patientskadeersättningen bestäms enligt skadeståndslagens regler om ersättning för personskada. Ersättning lämnas således dels för *ekonomisk skada*, d.v.s. inkomstförlust och kostnader med anledning av skadan, dels för *ideell skada*, varmed avses ersättning för sveda och värk, lyte och men samt särskilda olägenheter. Vid dödsfall kan ersättning lämnas för begravningskostnader, förlust av underhåll samt för psykiska besvär till följd av nära anhörigs död. Från ersättningen avräknas en självrisk och vidare finns ett tak för ersättnings storlek.

Inte så sällan anser patienter att de blivit utsatta för en *kränkande behandling* och vill ha upprättelse för den uppgivna kränkningen. Ersättning för kränkning av den personliga integriteten kan emellertid inte lämnas enligt patientskadelagen. Sådan ersättning kan i stället lämnas enligt skadeståndslagen (2 kap 3 §) för allvarliga kränkningar som orsakats genom en brottslig gärning (Dnr 073/2004).

## Patientförsäkring

Enligt lagen är både offentliga och privata vårdgivare skyldiga att ha en patientförsäkring som täcker ersättning för patientskada. De försäkringsgivare som meddelar sådan försäkring ingår i en särskild förening, *Patientförsäkringsföreningen*. Tanken är att alla patienter skall ha samma skydd oberoende av vilken vårdgivare som anlitas. Om en vårdgivare saknar försäkring svarar Patientförsäkringsföreningen för patientskadeersättningen. Föreningen kan sedan i sin tur framställa krav mot den vårdgivare som saknat försäkring.

Bland vårdgivarna i Sverige är det landstingen och de tre landstingsfria kommunerna som svarar för huvuddelen av vården. Mot dessa riktas därför de flesta ersättningskraven. De anlitar en gemensam försäkringsgivare, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF), som i sin tur uppdragit åt Personskadereglering AB (PSR) att handlägga ersättningsärendena. PSR skadereglerar över 90 procent av alla anmälningar om patientskada.

## Patientskadenämnden

På begäran av patient eller annan skadelidande, vårdgivare, försäkringsgivare eller domstol kan yttrande inhämtas från Patientskadenämnden, som har att verka för en enhetlig och rättvis tillämpning av patientskadelagen. Nämndens yttranden är rådgivande men följs i princip alltid av försäkringsgivaren. I cirka 10 procent av ärendena gör nämnden en annan bedömning än försäkringsgivaren. Prövningen i nämnden är kostnadsfri för patienten.

## Skadestånd

Trots att patientskadeersättning kan lämnas enligt patientskadelagen får en skadelidande i stället kräva skadestånd enligt tillämpliga skadeståndsregler. Som tidigare nämnts har Patientskadenämnden enligt sin arbetsordning att ta ställning även till om ersättning kan lämnas på skadeståndsrättslig grund. En patient kan dock alltid väcka skadeståndstalan vid domstol.

## Preskription

Rätten att framställa krav på patientskadeersättning preskriberas 3 år efter det att den skadelidande fick kännedom om att anspråket kunde göras gällande och i vart fall 10 år efter skadetillfället.

## Domstolsprövning

En patient har alltid möjlighet att få frågan om ersättning enligt patientskadelagen prövad av domstol. Patienten kan antingen gå direkt till domstol eller, vid missnöje med försäkringsgivarens beslut, inom viss tid väcka talan vid domstol.

## Statistik

I dag anmäls uppskattningsvis något över 10 000 skador eller behandlingskomplikationer varje år. Ersättning utgår i cirka 45 % av fallen. Den totala utbetalda skadekostnaden per år kan för närvarande beräknas till omkring 400 Mkr

Vanliga ersättningsbara skador är nervskador, infektioner och tandskador.

Tabell 1. Fördelning av andelen anmälningar respektive skadekostnad mellan kliniker och vårdinrättningar

Klinik eller vårdinrättning	Anmälningar i procent	Skadekostnad i procent
Ortopedisk kirurgi	21,2 %	24,3 %
Allmän kirurgi	15,1 %	12,9 %
Gynekologi och obstetrik	8,1 %	23,8 %
Distriktsvård	9,4 %	6,6 %
Distrikts- och specialisttandpoliklinik	10,3 %	2,1 %
Övriga	35,9 %	30,3 %

Källa: Statistik för LÖF 1997–2004

Som framgår av Tabell 1 svarar ortopedisk kirurgi, allmän kirurgi och tandvård för de flesta anmälda skadorna. Gynekologi och obstetrik som svarar för cirka 8 % av skadeanmälningarna står för nästan en fjärdedel av skadekostnaderna. Detta förhållande beror på att man inom denna specialitet finner de ersättningsbara förlösningsskadorna på barn. Dessa skador orsakar ofta mycket allvarliga följder och höga ersättningsbelopp. Tandvården som däremot svarar för en relativt stor del av anmälningarna står för endast cirka 2 % av skadekostnaderna, vilket får anses bero på att tandskadorna normalt sett är tämligen lindriga och som regel endast berättigar till förhållandevis låga ersättningsbelopp.

Tabell 2. De fem vanligaste skälen till avslag (beslutsår 1997–2004)

Skäl till avslag	Andel i procent
1. Oundviklig följd	26,3 %
2. Ej samband med behandling mm	17,6 %
3. Ej diagnosskada	17,0 %
4. Ej personskada	5,5 %
5. Gällande försäkring fanns ej vid skadetillfället	4,5 %
Övriga orsaker	29,1 %

Källa: Statistik för LÖF beslutsåren 1997–2004

Som framgår av Tabell 2 är den vanligaste avslagsgrunden att den anmälda skadan inte kunnat undvikas genom ett annat förfarande och den näst vanligaste avslagsgrunden är att det inte föreligger orsakssamband mellan vården och den anmälda skadan. Dessa två avslagsgrunder har från patientförsäkringens början år 1975 alltid varit de två vanligaste skälen till att avslå patienternas ersättningskrav. Under åren har det blivit alltmer vanligt att patienter anmäler en fördröjd diagnostisering av sina besvär. Anmälningar om diagnosskador har således successivt ökat relativt kraftigt. Även om många anmälningar leder till ersättning, avböjs antalsmässigt många fall där man anser att faktiskt iakttagbara sjukdomssymtom tolkats på ett sätt som överensstämmer med allmänt vedertagen medicinsk praxis.

# Rätten till patientskadeersättning

## Skadebegreppet

Ersättning enligt patientskadelagen utgår för *personskador*. Begreppet omfattar både fysiska och psykiska skador. 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 skall anses som personskada krävs att det föreligger en medicinskt påvisbar effekt. Det är inte tillräckligt med sådana allmänna känslouttryckningar som är en normal följd av en skadegörande handling såsom vrede, rädsla, oro och sorg (se 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.

## Bevisregler

För att en skada skall betraktas som ersättningsgill krävs till att börja med att det finns ett orsakssamband mellan skadan och vårdan. Patienten har bevisbördan för att ett sådant orsakssamband föreligger. Beviskravet är uppfyllt om det är *övervägande sannolikt* att det finns ett orsakssamband. Här kan nämnas att skaderegleringen går till så att det är försäkringsgivaren som objektivt skall utreda en skadeanmälan. Först om försäkringsgivaren inte finner något samband mellan skadan och den vidtagna åtgärden är det patienten som måste bevisa att det finns ett orsakssamband.

Frågan om det är övervägande sannolikt att en skada har uppkommit genom en vårdåtgärd är inte sällan svårbedömbart. Följande exempel kan nämnas.

### Har en skada överhuvudtaget uppkommit?

En pojke som led av Wilm's tumör fick inte som skulle ha skett sin sjukdom uppgraderad från stadium I till stadium II och 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 ansågs det inte övervägande sannolikt att den uteblivna behandlingen medfört att skada uppkommit. (Dnr 330/2001 – PRS 2002:03).

### Var infektionen en direkt följd av en behandlingsåtgärd?

Ärendet gällde en vid behandlingstillfället treårig flicka som drabbades av brännskador på bålen, höger hand och ben. Brännskadorna omfattade cirka 7–8 % av kroppsytan. Tre dagar efter påbörjad behandling av skadorna konstaterades att såren var infekterade. Modern anmälde att skadorna förvärrats av icke sterilt handläggningssätt. Patientskadenämnden konstaterade att för rätt till ersättning krävdes 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 skall 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 skall vara *mer sannolik* än någon annan tänkbar förklaring till skadan. Enligt utredningen i ärendet gick det inte att med absolut säkerhet säga om infektionen tillförts i direkt anslutning till en behandlingsåtgärd eller om det rörde

sig om en sekundärinfektion. Nämnden konstaterade att risken för infektion emellertid varit särskilt betydande med hänsyn till brännskadorna som orsakat en påtagligt nedsatt vävnadsvitalitet i aktuella områden. Enligt nämndens mening kunde den anmälda infektionen därför inte med övervägande sannolikhet anses ha uppkommit som en direkt följd av någon behandlingsåtgärd, utan den fick med övervägande sannolikhet anses utgöra en s.k. sekundärinfektion i ett område med nedsatt vävnadsvitalitet på grund av brännskadorna. En dylik komplikation kan man enligt nämnden inte förebygga eller förhindra genom ett alternativt utförande av behandlingen. Rätt till patientskadeersättning förelåg därför inte (Dnr 489/2001).

### Övervägande sannolikhet för att skada uppkommit vid vårdåtgärd

I ett fall där besvär från en nerv under armhålan 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).

En fråga som inte sällan uppkommer är hur man skall se på *bevisvärdet av journalhandlingar*.

### Journalhandling som bevisning

I ett ärende där patienten och den behandlande läkaren hade olika uppfattningar om vilka symtom som förelåg vid ett visst vårdtillfälle utgick Patientskadenämnden 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 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 patienten anmält (Dnr 309/2001 – PRS 2001:14).

Eftersom handläggningen av ersättningsärenden enligt patientskadelagen sker på grundval av skriftliga handlingar är det viktigt att journalanteckningarna är utförliga. Enligt 3 § patientjournalagen (1985:562) skall 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.

## Skadetyper och ersättningsprövningen

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 dessa 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. Direkta följder av grundsjukdomen och skador som i övrigt uppkommit eller utvecklats oberoende av vården berättigar således inte till ersättning.

En typ av skador som inte är ovanliga 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.

## Det naturliga förlossningsförloppet

En kvinna drabbades i samband med en förlossning av bristningar i slidan och ändtarmsöppningen, smärta, blodförlust och psykiskt lidande. 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 istället 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).

### 1. *Behandlingsskada*

Detta är den vanligaste typen av skada där ersättning kan lämnas om det vid en efterhandsbedömning, 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”.

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

1. Har skadan uppkommit inom *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 bedömning i efterhand, s.k. 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 behandlingsmetod* samtidigt som vårdbehovet tillgodosetts på ett mindre riskfyllt sätt?

Om det är fråga om en *i samband med hälso- och sjukvård* (1) uppkommen *personskada* (2) går prövningen vidare till frågan om ett *orsakssamband* föreligger mellan vården och skadan (3).

Skador som uppkommer eller utvecklas utan att det föreligger något samband med vården undantas från rätten till patientskadeersättning. Direkta följder av 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.

### Tillförd skada?

Ett klassiskt fall i detta sammanhang är när en patient i samband med ett icke vårdbetingat 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. Denna icke ovanliga komplikation är en direkt följd av den ursprungliga olycksfallsskadan och har inte kunnat undvikas genom ett annorlunda förfarande (Dnr 426/1999).

Ett annat vanligt fall föreligger vid insättande av höftledsprotos. Även om detta skett på vedertaget sätt kan en *benlängdsskillnad* uppkomma. Själva operationsmetoden innebär alltid en risk för en benlängdsskillnad. Det är inte alltid möjligt att förutse hur mycket benlängden kommer att förändras efter operationen. Ingreppet innebär en förändring av höftmuskulaturens funktion och vävnadernas spänning. En benlängdsskillnad på plus/minus tre centimeter kan inte undvikas genom ett annat utförande av operationen och får således anses ligga inom ett normalt operationsresultat. Rätt till patientskadeersättning föreligger då inte (Dnr 486/1999).

Vid *kosmetiska ingrepp* går det inte att på förhand eller vid utförandet av operationen exakt beräkna det utseendemässiga resultatet. Även efter en operation utförd på sedvanligt sätt kan det, i förhållande till det på förhand önskade resultatet, bli vissa avvikelser som kan medföra att en kompletterande operation måste göras. Detta får sägas ingå i ett normalt operationsresultat och kan inte betraktas som en skada i den mening som avses i patientskadelagen (Dnr 81/2001 – PRS 2001:13).

*Ärrbräck efter magsårsoperation* har inte ersatts eftersom det 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 före den aktuella behandlingen. Det var emellertid först vid denna behandling som en bristning uppkom som orsakade ledkapsel förändringar/ledkapselskada. Vid den efterföljande operationen fann man en omfattande ruptur av supra- och infraspinatussenorernas 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).

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 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 skall vara medicinskt motiverad. Detta kan dock inte uppfattas så att avsikten är att prövningen skall ske på något annat sätt än tidigare. Vid bedömningen av skador som kunnat undvikas eller skador på grund av felaktig diagnostisering skall man som nyss nämnts utgå från den handlingsnorm som gäller för en erfaren specialist. I detta måste den självklara förutsättningen att vårdåtgärden skall 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.

#### Ingreppet ej medicinskt motiverat

Som exempel på ett ingrepp som inte ansetts motiverat kan nämnas en patient som 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).

Ett annat exempel på ett icke motiverat ingrepp gällde en man som efter en hjärtoperation genomgick en kontraströntgenundersökning. Vid insprutningen av kontrastvätskan uppkom en blodpropp som medförde blindhet på ett öga. Undersökningen ansågs inte medicinskt motiverad från patientens synpunkt, eftersom den ej varit påkallad med tanke på hans 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).

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. Även vid denna prövning är utgångspunkten den erfarna 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. Undvikbarhetsfallen är ofta förekommande och det kan ha sitt intresse att se hur bedömningen gjorts vid olika typer av ingrepp.

#### Blödning vid njurbiopsi

Som exempel på fall där skadan ansetts ha kunnat undvikas och ersättning har utgått kan nämnas ett fall där en större blödning uppkommit då nålen vid njurbiopsi träffat en artärgren och njuren därför måst opereras bort. Med facit i hand ansågs det ha varit möjligt att undvika att träffa artärgrener och därmed hade njurskadan inte uppkommit (Dnr 49/1977).

#### Skada på stämbandsnerv vid sköldkörteloperation

Skada på stämbandsnerv kan uppkomma vid sköldkörteloperation och nervskadan är då oftast ersättningsbar. Om stämbandsnervskadan 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 kan uppkomma vid magsäcksoperationer, operation för diafragmabräck samt vissa andra 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 mjältkapseln från omgivningen en rift uppstå på mjälten. Vid sådant förhållande har 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 kunna undvikas genom ett annorlunda utförande av behandlingen (Dnr 123/1989).

#### Skador på små nervgrenar vid ljumskbräcksoperation

Smärta och sveda i ett 10 cm brett område över buken efter en ljumskbräcksoperation har sannolikt berott på att små nervgrenar skadats under ingreppet. Patientskadenämnden konstaterade att dessa grenar 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).

### Stickskada vid blodprovstagning

En stickskada på nervus medianus i höger arm, som uppkom i samband med blodprovstagning, har ansetts kunna undvikas genom ett annat utförande av provtagningen (Dnr 205/2000).

### Bukspottkörtelinflammation en ERCP-undersökning

efter

En patient genomgick med anledning av tidigare sjukdomsbild och misstanke om stenbildning i den gemensamma gallgången ett s.k. ERCP-ingrepp, dvs. man gick ned med ett instrument via mun, matstrupe, magsäck och tolvfingertarm till den gemensamma gallgången för att där undersöka om det fanns gallstenar och om så var fallet avlägsna 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 det valda ingreppet (Dnr 220/1998).

### Skada på tandbrygga vid intubationsnarkos

Vid intubationsnarkos och 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. Inträffar en skada vid normala förhållanden ersätts denna. Om intubationsförfarandet försvåras på grund av individuella anatomiska avvikelser eller andra risktillstånd ökar emellertid risken för tandskador. I sådana fall anses i regel att tandskador inte kunna undvikas genom ett annorlunda utförande av intuberingen. Eftersom det i det aktuella ärendet inte framkommit att det förelegat några förhållanden som ökade risken för tandskador eller något som i övrigt tydde på att ingreppet som sådant varit besvärligt ansågs en ersättningsbar skada föreligga (Dnr 36/1998).

Vad som i denna punkt avses med kravet på att vårdbehovet skulle ha tillgodosetts på ett mindre riskfyllt sätt är oklart. Om man vid en facitbedömning kommer fram till att en skada hade kunnat undvikas med ett annat utförande av behandlingstekniken så följer därav 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.

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).

En första fråga är vad som avses med *förfarande*. Enligt förarbetena avses med detta behandlingsteknik och behandlingsmetod. Således inte ett förfarande i språkligt mera vidsträckt betydelse.

Följande fall behandlar frågan om vad som skall avses med uttrycket *förfarande*.

### Alternativ behandlingsmetod?

En patient kom till sjukhus med ospecifika bröstsmärtor. Eftersom han tidigare hade haft en misstänkt lungemboli samt en djup ventrombos efter en artroskopi sattes på grund av misstanke om lungemboli en venflon in på höger handrygg för eventuellt dropp, provtagning m.m. Efter en ”negativ” (normal) lungscintigrafi togs nålen bort och patienten fick gå hem. Patienten fick dock som reaktion på venflon en vid det valda förfarandet oundviklig komplikation i form av en tromboflebit med åtföljande blodpropp. Fråga uppkom om skadan hade kunnat undvikas genom ett annat tillgängligt förfarande och om det förfaringsättet 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 för att det skulle vara fråga om en sådan metod att det 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, inte bedömas som någon alternativ behandlingsmetod (Dnr 21/1998 – PRS 1998:01).

Även icke-behandling eller 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 diskbråck kan frågan ofta uppkomma om man skall välja konservativ behandling eller operera. I ett fall som behandlades i Patientskadenämnden nyligen uppkom just denna fråga. Patienten hade ett stort högersidigt diskbråck på nivån L:III och L:IV. Han behandlades till en början konservativt med smärtlindring. Patienten ansåg att diskbråcket borde ha opererats direkt när de första symtomen på droppfot uppkom sommaren 2001. En diskbråcksoperation utfördes först i början av november samma år. Någon nämnvärd förbättring avseende den uppkomna 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 symptom sommaren 2001 tolkats på ett sätt som avvek från vedertagen praxis och att behandlingen därför fått en felaktig inriktning. Ersättningsbar patientskada enligt 6 § första stycket 3 förelåg därför inte (Dnr 115/2004 – PRS 2004:09).

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

- a) var tillgänglig vid behandlingstillfället
- b) tillgodosåg patientens vårdbehov
- c) gav en totalt sett lägre risknivå.

Kravet på att den alternativa metoden skall vara *tillgänglig* (a) innebär inte nödvändigtvis att den skall finnas att tillgå på den berörda vårdenheten. Den 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 skall således inte värderas utifrån en optimal vårdstandard.

Om exempelvis en svårt skadad patient kommer in på ett mindre sjukhus och den alternativa metoden enbart finns tillgänglig på ett universitetssjukhus kan metoden i den aktuella situationen ej anses vara tillgänglig om patientens vårdbehov är så akut att remittering till universitetssjukhuset inte är möjlig.

I följande fall uppkom frågan om en metod var tillgänglig eller inte.

#### Tillgänglig metod

Skada inträffade i samband med ett kosmetiskt ingrepp. Vid bedömningen i efterhand ansågs att skadan 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.

#### Övervakning av dropp på prematurt barn

En pojke föddes mycket prematurt i vecka 26. På grund av en tarmskada var man tvungen att tillföra hypertona näringslösningar genom dropp på fotryggen. Vid ett tillfälle då pojken vårdades på

neonatalavdelning gick droppet subcutant på grund av att venen gick sönder. Ett öppet sår uppkom på foten som infekterades med pseudomonas pyocyaneus varefter sepsis och hjärtsvikt tillstötte.

Det förhållandet att bristande resurser återopats, som skäl för att tillräckligt täta kontroller av droppet inte hade kunnat ske godtogs inte av Patientskadenämnden. Med hänsyn till omständigheterna i aktuellt fall hade enligt nämndens mening omprioritering bort ske så att tätare kontroller varit möjliga. Om så hade blivit fallet skulle enligt nämnden den skada som uppkommit genom att näringslösningen gått subcutant i allt väsentligt ha kunnat förhindras. Ersättning borde därför lämnas för skadan (Dnr 259/1990).

#### 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 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 tillförts en skada genom det onödiga lidande som hon drabbats av på grund av den långa väntetiden (Dnr 644/2001 – PRS 2002:04).

#### Övervakning efter operation

Patienten prostataopererades. Dagen efter operationen drog patienten ut dränagerör 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).

Förutsättningen att den alternativa metoden, förutom att tillgodose patientens vårdbehov (b), skall 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 på denna punkt.

#### Sensibilitetspåverkan vid blockad av ganglion gasseri

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 av ganglion Gasseri. Behandlingen orsakade en sensibilitetspåverkan i nervens utbredningsområde vilken i sin tur så småningom orsakade en allvarlig synnedsättning 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 nervens ganglion, antingen i form av glycerolblockad på det sätt som skett eller genom s.k. termokoagulation, samt 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 som utfördes utan komplikationer. Senare uppkom dock en stor blödning i hjärnan inom området för missbildningen. Denna ledde till omfattande hjärnskador och totalförslamning.

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. Ersättning utgick därför inte (Dnr 379/1998 – PRS 1999:02).

#### Bukspottkörtelinflammation efter ERCP-undersökning

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 och rätt till patientskadeersättning ansågs föreligga (Dnr 30/2000 – PRS 2000:05).

#### Nervskada vid spinalbedövning

Patienten erhöll 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 kunnat undvikas genom ett annat utförande av det valda förfarandet.

Frågan var då om man kunnat använda en annan smärtlindringsmetod som tillgodosatt 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). 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 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.

Nämnden 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 tillgodosatt patientens behov av bedövning som varit en mindre riskfylld metod. Ersättningsbar patientskada ansågs därför föreligga (Dnr 323/1999 – PRS 1999:04).

## 2. *Materialskada*

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. Bland apparater och instrument innefattas både enklare föremål som knivar, peanger, sprutor och kanyler och komplicerade apparater som exempelvis dialysmaskiner och respiratorer. Produktbegreppet omfattar även implantat. Därmed 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. I ett ärende konstaterade Patientskadenämnden att även kryckor ryms under begreppet medicinteknisk produkt (Dnr 14/2000 – PRS 2000:11).

Till sjukvårdsutrustningen räknas även sådana inventarier som sängar, lampor och stolar. Med fel menas att en produkt inte fungerar enligt exempelvis en produktspecifikation eller en bruksanvisning. Felaktig hantering föreligger om vårdpersonalen vid användning av t.ex. en apparat inte följt gällande bruksanvisning för apparaten.

Om patientskadeersättning har betalats för en skada som omfattas av produktansvarslagen har försäkringsgivaren återkravs rätt mot den som är skadeståndsskyldig enligt denna lag.

Det är sällsynt att materialskador anmäls. Enligt statistik från LÖF handlar långt under 1 % av alla skadeanmälningar om materialskador. Nämnden har under åren endast prövat ett fåtal sådana skadefall.

### Skada på grund av fel hos sjukvårdsutrustning

Ärendet gällde en 30-årig man som insjuknade med en hjärnblödning från vad som senare visade sig vara en stor arteriovenös missbildning. Han behandlades med ventrikeldränage 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 inneburit 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 talsvårigheter med övervägande sannolikhet berodde på att det under kateteriseringen uppkommit en tilltäppning av kärl, som försörjer capsula interna. De små blodpropparna, som täppt till kärlen, hade med övervägande sannolikhet orsakats av de tekniska problemen, som uppkom vid behandlingen på grund av att mikrokatetern och mikroledaren inte passade tillsammans. Nämnden konstaterade vidare 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. Begreppet fel i bestämmelsen har sin motsvarighet i produktansvarslagens säkerhetsbrist. Med säkerhetsbrist brukar man avse tre felkategorier nämligen konstruktionsfel, fabrikationsfel och instruktionsfel. När det gäller sistnämnda felkategori, instruktionsfel, anses sådant föreligga när felaktiga, ofullständiga eller uteblivna anvisningar gör att en produkt blir farlig. Med ”fel” i patientskadelagen avses således även de s.k. instruktionsfelen. I detta fall framgick det inte av den dokumentation som bifogats katetern, trots att det skall 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).

### 3. *Diagnosskada*

Ersättning kan utgå även vid felaktiga diagnoser. 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. En diagnosskada föreligger när faktiskt iakttagbara sjukdomstecken i samband med diagnostik förbisetts eller tolkats på ett sätt som avviker från den behandlingsnorm som gäller för en erfaren specialist inom området och behandlingsresultatet på grund härav uteblivit, försenats eller försämrats.

Vid tillämpningen av denna bestämmelse används inte något facitresonemang. Det är således den kunskap som den erfarna specialisten besitter vid *diagnostidpunkten* som är relevant. 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.

Bland vanliga 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.

För att ersättning skall 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 följden om patientens sjukdom primärt diagnostiserats och behandling insatts på denna grund.

## Tarmperforation

I samband med operation av livmodercancer orsakades en tarmperforation. Denna hade kunnat diagnostiseras tidigare. Följderna av skadan hade då blivit mindre omfattande. *Merskadan* ansågs ersättningsbar (Dnr 113/1989).

## Diskbråck

Patienten hade under viss tid behandlats för ryggsmärtor. Konventionell undersökning med bl.a. röntgen visade ej något diskbråck. Efter ytterligare någon tid gjordes myelografi som visade diskbråck som föranledde operation. Besvären har 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).

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 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. Om det i ett sådant fall ändå är övervägande sannolikt att diagnosförseningen medfört att en viss tillväxt av tumören skett, lämnas alltid en ideell ersättning med 25.000 kronor för det psykiska lidande som patienten därigenom drabbats av med oro och ångslan för att risken för återfall och död i sjukdomen kan ha ökat (Dnr 587/2002 – PRS 2003:01).

## 4. *Infektionsskada*

Patientskadeersättning kan vidare lämnas om det föreligger övervägande sannolikhet för att en skada har orsakats av att *smittämne som lett till infektion har överförs till en patient* i samband med undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd. Skador som är orsakade av smittämne som finns hos patienten innan behandlingen är således inte ersättningsbara på denna grund. Som exempel kan nämnas bakterier i tarmarna 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.

När en infektion beror på överföring av smittämne är rätten till ersättning ändå utesluten i de fall då omständigheterna är sådana att infektionen *skäligen måste tålas*. Hänsyn skall vid denna bedömning tas till arten och svårhetsgraden av grundsjukdomen, patientens hälsotillstånd i övrigt, möjligheten att förutse infektionen samt infektionens svårhetsgrad. Ju allvarligare 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 således att man gör en samlad bedömning av de olika prövningskriterierna.

Exempel på 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 skall anses vara överförd i

samband med vårdåtgärd i ett s.k. orent område krävs enligt nämnden att det kan påvisas att infektionen ej 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 varhärd i hjärnan. Infektionen hade enligt nämnden i detta fall således orsakats av patientens egna bakterier. Patientskadeersättning kunde därför inte lämnas för uppkommen infektion (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 ansågs inte kunna lämnas (Dnr 741/2001).

#### Infektion efter galloperation

En kvinna opererades akut för en inflammation i gallblåsan. Efter ingreppet drabbades hon av en abscess i buken. Patientskadenämnden ansåg att den uppkomna infektionen med övervägande sannolikhet inte uppkommit genom att smittämne tillförts utifrån vid galloperationen utan infektionskällan ansågs ha varit den gallblåsa som var inflammerad redan före ingreppet. Rätt till patientskadeersättning förelåg inte (Dnr 680/2003).

#### Navelinfektion – 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 ej sannolikt att infektionen tillförts genom någon hälso- och sjukvårdande åtgärd utan i stället sannolikt uppkommit genom bakterier från huden. Ingen ersättning utgick därför (Dnr 18/1988).

#### Öppen sårskada

Patienten som behandlats för en öppen sårskada, har inte ansetts berättigad till ersättning, eftersom infektionen ej ansetts överförd genom hälso- och sjukvårdande åtgärd (Dnr 323/1990).

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 allvarligare 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 kateterbehandlingar, transplantationer och behandling 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.

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

#### Infektion efter starroperation

En patient som hade grå starr och förhöjt tryck i ena ögat 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 (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 antibiotikabehandling och operationen av patientens andra knä fick skjutas upp. Infektionen har emellertid inte gett 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 staphylocockinfektion. Antibiotika sattes in. Patienten var sammanlagt sjukskriven i 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. Den ursprungliga högersidiga fotledsfrakturen var i detta fall enligt Patientskadenämndens mening 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, d.v.s. förbindelsen mellan vadbenet och skenbenet, och felställning av fotleden. En operation var därför nödvändig för att behandla frakturen och de stödjevävnader 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 ledbrösket 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 skall göras borde patienten enligt nämndens mening därför tåla infektionen utan rätt till ersättning. Ersättningsbar patientskada förelåg således inte (Dnr 83/1998 – PRS 1998:04).

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 var svår att förutse. Det förväntade operationsresultatet har försämrats eller uteblivit på grund av infektionen.

Svårigheten att göra en rimliga 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 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 (Dnr 293/2001 – PRS 2001:15) 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.

#### 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 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 beslutade att ta bort proteserna men kunde undvika detta vid en operation ungefär 1½ månad efter det ursprungliga ingreppet. Vid omoperationen fick patienten ett nytt spoldränage och man återsyddde 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 det framgick att patienten vårdats ineliggande 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 hade enligt journalen också en djup ventrombos vilken bedömdes ha samband med infektionen. Patientskadenämndens bedömning var att infektionen därutöver sannolikt haft en viss inverkan på det slutliga resultatet efter höftoperationen. Mot bakgrund av ovan angivna faktorer måste infektionens följder enligt nämnden anses vara av relativt allvarlig art. Patientskadenämnden ansåg – vid den skälighetsbedömning som skall göras – att det förhållandet att infektionen varit svår att förutse, sammantaget med svårhetsgraden av infektionen i förhållande till grundskadan, borde medföra att patienten inte skäligen måste tåla infektionen utan rätt till ersättning. Enligt nämnden förelåg därför en ersättningsbar patientskada (Dnr 292/ 2000 – PRS 2000:17).

#### Infektion i disk efter diskbråcksoperation

Patienten, en 42-årig kvinna, inkom akut till ortopedklinik på grund av högersidig ischias och CT-verifierad diskbråck LV-LVI på höger sida. Besvären hade debuterat 1½ månad tidigare och smärtorna hade inte givit med sig på konservativ behandling med peroral analgetika. 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 medicinering 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 diskitområdet.

Patientskadenämnden konstaterade att infektionen berott på smittämne som överförts vid diskbråcksoperationen 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 diskitområdet har 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 patient-skadeersättning förelåg alltså (Dnr 305/2000 – PRS 2000:19).

## 5. *Olycksfallsskada*

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.

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 vårdssituationen. En patient som normalt klarar sig själv bör inte få 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 bör ersättning lämnas för ett olycksfall som inträffar i samband med behandling, exempelvis om en patient i samband med undersökning faller från en säng eller om patienten under gångträning tillsammans med personal faller omkull.

Det är inte nödvändigt att patienten är i direkt kontakt med vårdpersonal utan det räcker att han försätts i en situation som ger en förhöjd olycksfallsrisk.

Följande fall är exempel på bedömningar vid olycksfallsskador.

### Halkolycksfall

En äldre patient som låg på ett undersökningsbord, i avvaktan på att få hjälp med påklädningen efter genomgången EKG-undersökning, försökte resa sig och gå ner från bordet, halkade och skadade sig. Patienten har då olycksfallet inträffade fortfarande ansetts vara under behandling och ersättning har lämnats (Dnr 118/1980).

### Olycksfall vid toalettbesök

Olycksfall som drabbat patient, som varit intagen på långvårdsklinik, då denne var på väg till toalett har ej ansetts utgöra ett sådant ersättningsbart olycksfall som omfattas av ersättningsbestämmelserna (Dnr 43/1989).

### Missbrukare som försökt rymma

Patienten vårdades på sjukhus enligt lagen om vård av missbrukare. Vid ett obehövt tillfälle har 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).

## 6. *Medicineringsskada*

Patientskadeersättning lämnas vidare om en skada är en följd av att ett läkemedel har förordnats eller lämnats ut i strid med föreskrifter eller anvisningar. Ersättning kan således lämnas om skada uppkommit på grund av att läkemedlet använts på felaktigt sätt, med felaktig dosering eller vid kontraindikation. Andra skador orsakade av läkemedel – läkemedelsbiverkningar – omfattas inte av patientskadelagen. Dessa skador kan istället prövas enligt läkemedelsförsäkringens ersättningsbestämmelser.

### Felexpediering

Ett apotek lämnade felaktigt ut 100 tabletter Imovane (sömnmedel) istället 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 inte att felexpedieringen 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).

# Några övriga frågor om rätten till ersättning vid patientskador

## 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 patientens samtycke till planerade åtgärder och att information skall ges om sådana åtgärder liksom om de risker som kan vara förknippade med dessa. Speciellt viktig får frågan om information och inhämtande av samtycke anses vara vid ingrepp av sådant slag att det inte föreligger någon egentlig medicinsk indikation. Det kan t.ex. gälla vissa kosmetiska operationer.

Den övergripande hälso- och sjukvårdslagstiftningen utgörs först och främst av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) samt lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531). Speciellt tre formuleringar i dessa lagar har betydelse för patientens möjlighet att utöva sin självbestämmanderätt i praktiken. Dels skall vården bygga på *respekt för patientens självbestämmande*, dels skall den så långt det är möjligt utformas i *samråd* med patienten och dels skall patienten ges *individuellt anpassad information* om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns.

Till den övergripande hälso- och sjukvårdslagstiftningen kan också hänföras patientjournalagen (1985:562). En viktig nyhet fr.o.m. den 1 januari 1999 i denna lag är att, om uppgifterna föreligger, patientjournalen alltid skall innehålla ”uppgift om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning”.

### *Patientskadelagen*

I många av de ärenden där patienten gör en patientskadeanmälan tas frågan om bristande information upp. Informationsfrågan har inte särskilt behandlats i patientskadelagen och den har inte någon självständig betydelse för rätten till ersättning. I ersättningsbestämmelserna 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 skall det objektiva medicinska händelseförloppet utredas och ersättning lämnas oberoende av om informationen om de särskilda risker som är förknippade med behandlingen lämnats eller inte.

### *Ersättning enligt skadeståndsrättsliga regler*

Den patient som anser sig ha lidit skada p.g.a. av bristande information eller uteblivet samtycke kan dock som tidigare föra talan om ersättning för skadan enligt allmänna skadeståndsrättsliga regler. Patienten måste i sådant fall emellertid visa att skadan uppkommit genom fel eller försummelse från sjukvårdspersonalens sida.

Patientskadenämnden som skall avge rådgivande yttranden i ärenden om ersättning enligt den frivilliga patientförsäkringen eller enligt patientskadelagen kan i dessa ärenden även yttra sig över

skadeståndsrättsliga krav från patienten eller annan skadelidande. Nämnden har också i ett antal ärenden närmare prövat patientens rätt till ersättning på skadeståndsrättslig grund i anledning av anmälan om skada som är en följd av bristande information eller uteblivet samtycke i samband med hälso- och sjukvårdande behandling.

Om en patient uppger att viss information inte har lämnats får praxis uppfattas så att vårdgivaren har bevisbördan för att erforderlig information lämnats. Exakt vilken grad av bevisbörda som skall åläggas vårdgivaren är oklart då just denna fråga inte har prövats av Högsta domstolen. I flertalet av de fall som avgjorts i tingsrätt eller hovrätt har det krävts att vårdgivaren i vart fall kunnat *göra sannolikt* att informationsskyldigheten gentemot patienten uppfyllts. Det finns emellertid fall där vårdgivaren ålagts ett högre beviskrav genom att det måste *visas* att adekvat information 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.

Om en läkare inte anses ha fullgjort sin informationsskyldighet blir nästa fråga om försummelsen att informera och inhämta samtycke kan anses ha haft ett sådant samband med skadan att skadeståndsskyldighet uppkommit. Skulle patienten med andra ord ha avstått från behandlingen om han blivit informerad om att det förelåg risk för skada av det slag som uppkom? Vid denna avvägning kan man exempelvis finna att den i och för sig svåra skadan inte hade kunnat undvikas genom att läkaren fullgjort sin informationsplikt, eftersom patienten ändå rimligtvis skulle ha gått med på operationen med hänsyn till att det rörde sig om en i princip livsnödvändig operation.

#### Omfattningen av läkarens informationsskyldighet

På grund av svåra bröstsmärtor genomgick en patient en s.k. sympatectomi, dvs. avskärning av en nerv 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 som fann att det nyttillkomna smärttillståndet inte hade kunnat undvikas, dvs. förebyggas eller förhindras, genom ett annat förfarande, prövade även om det förelegat sådan brist i informationen att ersättning kunde lämnas enligt allmänna skadeståndsrättsliga regler. Vid denna prövning ansåg nämnden att den behandlande läkarens informationsskyldighet inte kan omfatta alla tänkbara risker och komplikationer som ingreppet kan leda till. I beslut från Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), vilket fanns tillgängligt vid bedömningstillfället, konstaterade HSAN att man vid information till en patient före ett ingrepp i regel inte diskuterar risken för mycket sällsynta komplikationer såsom den patienten i detta ärende drabbades av. 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).

#### Uteblivet samtycke

Ett ärende gällde en yngre man med översynthet som 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.

Av HSANs utredning i ärendet framgick inte att läkaren muntligen informerat patienten om risken för en bestående synnedsättning och i sin skriftliga information hade läkaren 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. Läkaren ansågs därför av oaksamhet inte ha fullgjort sin skyldighet att informera om risken för bestående synnedsättning och ålades av HSAN en erinran. Patientskadenämnden delade HSANs uppfattning 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 kunna 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 berättigad till ersättning på skadeståndsrättslig grund för synnedsättningen på vänster öga (Dnr 495/1999 – PRS 2000:07).

### Ej orsakssamband mellan eventuellt bristfällig information och skadan

En 44-årig man med aortaklaffel genomgick en hjärtoperation med hjärt-lungmaskin. Efter operationen drabbades han av koncentrationssvårigheter, 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 hjärnsador 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. Komplikationen som är väl känd inträffar vid 2–4 % av operationerna av aktuellt slag och har 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 förelåg därför inte.

Med anledning av patientens uppgifter om bristande information framhöll nämnden i likhet med skaderegleringsbolaget att patientskadelagen 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 aktuellt slag 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 % av ingreppen. Eftersom risken inte kan anses obetydlig kan ifrågasättas om patienten inte borde ha informerats om den före operationen. Nämnden penetrerade dock inte närmare denna fråga eftersom patienten med största sannolikhet ändå hade genomgått aktuell operation 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).

## Avslutning

Patientskadelagen har, liksom de tidigare frivilliga ersättningsbestämmelserna, som framgått avsevärt förbättrat möjligheten för patienter som drabbats av skador vid hälso- och sjukvård att få ersättning. Även om lagen till stora delar bygger på de tidigare frivilliga ersättningsbestämmelserna så innebär lagen att ändringar skett på vissa punkter. De skador som kan ersättas är inte som tidigare endast fysiska skador utan även *psykiska skador*. Vidare har införts ett s.k. *facitresonemang på metodval* vid sidan av den tidigare bestämmelsen om *facitresonemang* på utförandet av den valda metoden. Reglerna om ersättning för *infektionsskador* har också ändrats så att man inte längre gör skillnad på om en infektion överförs till "rena" områden, då ersättning i princip skulle lämnas, eller till "orena" områden då ersättningsrätt saknades. Avgörande är i stället en skälighetsbedömning. Slutligen har i lagen slopats en tidigare bestämmelse om s.k. *katastrofskador* vilken innebar att ersättning kunde lämnas även om exempelvis en skada som inte kunnat undvikas inträffat när en patient vid behandling av en bagatellartad åkomma drabbats av svår invaliditet eller avlidit. Beträffande flera av de angivna punkterna framfördes under lagstiftningsarbetet farhågor för att tillämpningsproblem och ökade utredningskostnader skulle uppkomma samt även för att de nya reglerna i vissa hänseenden skulle kunna innebära en försämring för patienterna. Bland annat av dessa skäl förutskickades redan vid tillkomsten av patientskadelagen att en översyn skulle göras när lagen tillämpats en tid.

År 2002 tillsattes en utredning, "Patientskadeutredningen", som år 2004 avlämnade betänkandet "Patientskadelagen och läkemedelsförsäkringen – en översyn" (SOU 2004:12). När det gäller *psykiska skador* slog utredningen fast att farhågorna för att psykiska skador skulle vara svårutredda och medföra ökade utredningskostnader inte besannats. Samtidigt konstaterades att antalet ärenden hittills varit relativt litet och att några säkra slutsatser ännu inte kunde dras. Någon ändring av lagen föreslogs inte.

Beträffande *facitbedömning på metodval* konstaterades att gränsdragningsproblem förekommer men inte heller på denna punkt föreslog utredningen någon ändring.

I fråga om *infektionsskador* konstaterade utredningen 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 skulle vara att en infektion uppkommit i samband med en vårdåtgärd, oavsett vilket område det varit fråga om och oavsett om bakterierna tillförts utifrån eller inte. När detta konstaterats vara fallet skall skälighetsbedömningen göras.

Avseende *katastrofskador* ansåg utredningen att det fanns skäl att åter införa en sådan bestämmelse. Enligt lagförslaget skall därför ersättning kunna lämnas utan att någon av de övriga förutsättningarna för ersättning föreligger om 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. Slutligen kan nämnas att Patientskadeutredningen föreslagit att lagens tillämpningsområde utvidgas till att omfatta även vård som ges utomlands efter hänvisning av ett landsting och för vilken landstinget har åtagit sig kostnadsansvar. Utredningen har även föreslagit redaktionella

ändringar och förtydliganden i den paragraf som reglerar ersättningsmöjligheten för olika slag av skador.

Patientskadeutredningens betänkande är f.n. föremål för departementsbehandling. De ändringar som föreslås framstår som välgrundade och kommer om de genomförs att innebära förbättrade möjligheter att på ett klart och förutsebart sätt bedöma ersättningsfrågorna vid skador inom vården. Det finns därför anledning att hoppas att det inte kommer att dröja alltför lång tid innan ändringarna kan vara genomförda.