

Juridiska Institutionen
Göteborgs Universitet

Handledare
Universitetslektor och docent
Filip Bladini

PATIENTSKADOR UR ETT ERSÄTTNINGSPERSPEKTIV

- om kompensation för felbehandling inom sjukvården

20-poängsuppsats för tillämpade studier
på jur.kand.-programmet
Vårterminen 2001

Lena Salenlid

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 Inledning	1
2 Syfte	1
3 Metod	2
4 Avgränsning	2
5 Definitioner	2
6 Skadefallet – olika vägar att gå	3
6.1 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd	3
6.2 Skadeståndslagen	4
6.3 Patientförsäkringen	4
7 Hur får patienten information?	5
7.1 Sjukvårdspersonalens roll	5
7.2 Patientombudet	5
7.3 Patientnämnden	6
7.4 Kommentar	7
7.5 Juristen	8
7.5.1 Rättsskydd	8
7.5.2 Rättshjälp	9
7.5.3 Advokat Michael Tuveesson	10
7.5.4 Advokat Ove Lind	12
8 Patienten väljer patientförsäkringsvägen	13
8.1 Anmälningsförfarandet	13
8.2 Personskadereglering AB	14
8.3 Patientskadenämnden	15
8.4 Fall från Patientskadenämnden	18
8.4.1 Skadan orsakad av vård/ behandling?	18
8.4.2 Överförd infektion	19
8.5 Begäran om patientskadeersättning i domstol	20
8.6 Statistik	21
9 Patienten väljer skadeståndsvägen	21
9.1 Förhandling om ersättningen	21
9.1.1 Försäkringsgivarens roll	22
9.1.2 Fallet Jonatan	23
9.2 Domstolsprocess	23
9.2.1 Brist på informerat samtycke	24
9.2.1.1 Regeringsformen	25
9.2.1.2 Hälso- och sjukvårdslagen	25
9.2.1.3 Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område	26
9.2.1.4 Patientjournalagen	26
9.2.1.5 Skadeståndslagen	27
9.2.1.6 Sammanfattning – informerat samtycke	27

9.2.2 Övriga typer av skador lämpliga för skadeståndstalan	27
9.2.3 Fallet Nervtråden	28
9.2.4 Snarkmålet	30
9.2.5 Den uteblivna blodtryckskontrollen	32
10 Sammanfattning och slutsats	32
Förkortningar	36
Källor	37
☞ ③ ③ ③ ③ ③ ☞ ☞ Patientombud, befattningsbeskrivning	
39	
☞ ③ ③ ③ ③ ③ ☞ ☞ Informationsbroschyr från Patientnämnden	
40	
☞ ③ ③ ③ ③ ③ ☞ ☞ Skadeanmälningsblankett patientförsäkringen	41

1. INLEDNING

Sjukvården är en av de mest omfattande allmänfinansierade verksamheterna i Sverige idag. Alla människor kommer någon gång i kontakt med sjukvården under sitt liv, som patient eller som anhörig, för en del blir det många och långa kontakter.

När man studerar behovet av sjukvård i framtiden ser man också snart att stora förändringar förutses. Sveriges befolkning blir allt äldre och vårdbehovet ökar. Allt fler av invånarna i Sverige är första eller andra generationens invandrare, med allt av det för med sig av språksvårigheter, kulturkrockar m m.

Dessutom håller en attitydförändring på att ske. Den allt äldre befolkningen vill ha livskvalitet ända till slutet och accepterar inte att besväras av t ex kärlekskramp, grå starr eller höftsmärtor på gamla dar. De vill ha sin by-pass operation, starroperation eller höftplastik och det inom rimlig tid.¹

De senaste tio åren har en snabb utveckling skett inom hälso- och sjukvården vad gäller synen på patientens ställning och patientens rättigheter. Ett flertal offentliga utredningar och propositioner har också lett till förändrad lagstiftning på området.² Från statsmakterna har poängterats att den många gånger hierarkiska sjukvårdsvärlden står inför nya utmaningar för att tillgodose kraven från dagens och morgondagens patienter på information och delaktighet. Detta är ett värde i sig men empiriska undersökningar har också visat att en patient som behandlas som ett subjekt och inte som ett objekt ger ett bättre vårdresultat både vad gäller medicinska effekter och kostnadseffektivitet.³

Vad händer då när denna moderna och välinformerade patient inte får sina krav tillgodosedda, när något går fel inom sjukvården? Vilka möjligheter finns det för patienten att få kompensation för sin skada? Vilka förväntningar har patienten och hur blir de tillgodosedda inom de system för kompensation som finns?

2. SYFTE

Naturligtvis går det ibland fel i sjukvården. Det vore orimligt att kräva av sjukvården som organisation eller av sjukvårdspersonalen att de skulle vara ofelbara. De begår ibland fel i sin yrkesverksamhet och rena olyckshändelser inträffar.

Mitt syfte med uppsatsen är att försöka klarlägga hur systemet är uppbyggt för att kompensera patienten för den skada han lidit. Skadan kan gälla både ekonomiska faktorer som minskade inkomster och ökade utgifter men också en kränkning av patientens självkänsla. Förväntar sig också patienten något annat än pengar? Får han i så fall det? Är systemen uppbyggda för att tillgodose det?

Utgångspunkten är grundtanken inom skadeståndsrätten att den som utsatts för skada skall bli fullt ut kompenserad för sin förlust, försättas i samma situation som om skadan aldrig hade inträffat. Det innebär att den patient som blivit utsatt för felbehandling försätts i en bättre situation än den patient som skadat sig t ex genom att halka i badkaret. Detta ifrågasätter jag inte. Mitt syfte med uppsatsen är i stället att studera om den patient som blivit utsatt för felbehandling verkligen får den extra förmån som skadeståndet eller patientskadeersättningen

¹ Detta stycke från Publicerat från Socialstyrelsen, Sjukvården i Sverige 1998, Slutsatser och bedömningar, Av medicinalråd Ingvar Karlberg

² Bl a SOU 1997:154 Patienten har rätt, Prop 1997/98:189 Patientens ställning, Prop 1998/99:4 Stärkt patientinflytande

³ Prop 1998/99:4, s 21 ff

innebär, förutom det grundskydd som samhället erbjuder alla som är sjuka och i behov av vård.

Uppsatsen utgår från ett rättssociologiskt synsätt, effekterna av lagstiftningen studeras.

3. METOD

För att åskådliggöra systemets uppbyggnad kommer jag att följa en fiktiv patient på hans väg genom de olika instanserna. En patient har skadats i sjukvården. Det kan vara fråga om flera olika typer av skador och beroende på vilken skada det gäller men också andra omständigheter, t ex hur lång tid det gått sedan skadan inträffat, kan de olika systemen för ekonomisk kompensation vara mer eller mindre bra lämpade.

De två möjligheter som finns för ekonomisk kompensation är skadestånd och/eller patientskadeersättning. Det är dessa två som jag kommer att granska närmare. Tyngdpunkten kommer att ligga på hur de tillämpas i praktiken och för detta ändamål har jag gjort ett flertal intervjuer samt studerat rättsfall och avgöranden från Patientskadenämnden. Inom varje område kommer jag dock först att göra en *kort* beskrivning av lagstiftningen och motiven bakom denna.

4. AVGRÄNSNING

På grund av arbetets relativt begränsade omfattning kan jag inte redovisa den totala ersättningsbilden vid en patientskada. Vad jag *inte* kommer att behandla är därmed många viktiga faktorer, kanske de viktigaste, t ex Socialförsäkring och privata försäkringar i form av livförsäkring, olycksfallsförsäkring, sjukförsäkring m m. Inte heller kommer jag att behandla hur de olika ersättningsformerna samspelar med varandra och hur totalbilden blir för patienten.

Inte mycket har skrivits om hur de olika ersättningssystemen fungerar i praktiken, vilka effekter de får. Reformen på skadeståndsrättens område har till stor del genomförts utan att några systematiska empiriska undersökningar gjorts. En dansk undersökning från 1988 visar dock att ofta fungerar det inte alls som man tror då man studerar lagregler och rättspraxis. För många skadelidande är det Socialförsäkringen som har störst betydelse och en stor del av förlusterna stannar på de skadelidande själva.⁴

Jag har dock för denna uppsatsen valt ut och studerat bara Skadeståndslagen (SkL) och Patientskadelagen (PskL) samt hur de tillämpats i verkligheten.

Uppsatsen handlar bara om personskada.

5. DEFINITIONER

Ordet *vållande* används synonymt med *culpa* och står för en handling begången av oaktsamhet (vårdslöshet) eller med uppsåt.

Med *personskada* avses

1. fysiska skador på den mänskliga kroppen, t ex brutna ben, utslagna tänder, smärta, sjukdomar, dödsfall⁵ samt
2. psykiska skador som ger en medicinskt påvisbar effekt, t ex depressionstillstånd.⁶

⁴ Hellner, Skadeståndsrätt, s 59 f. Den danska undersökningen: Bo von Eyben, Kompensation for personskade II.

⁵ Hellner, Skadeståndsrätt, s 97 och Prop 1995/96:187, Patientskadelag m.m., s 87

Med *försäkringsgivare* menar jag ett försäkringsbolag som erbjuder en patientförsäkring till sina *försäkringstagare*, vilka är offentliga och privata vårdgivare.

Vårdgivare betyder statlig myndighet, landsting eller kommun som meddelar hälso- och sjukvård och tandvård som de har ansvar för men även enskild som bedriver privat hälso- och sjukvård och tandvård

och slutligen

med *patient* menas någon som får vård eller behandling eller genomgår en undersökning samt även frivilliga försökspersoner i medicinsk forskning och organdonatorer.

6. SKADEFALLET – OLIKA VÄGAR ATT GÅ

6.1 Hälso- och sjukvårdens Ansvarsnämnd (HSAN)

Min erfarenhet är att detta är den första instans som en patient kommer att tänka på när han vill gå vidare med en anmälan då han anser sig ha blivit felbehandlad i sjukvården. Eftersom denna väg inte på något sätt kan kompensera patienten ekonomiskt kommer jag inte att vidare behandla den i uppsatsen men då det troligen är så att den spelar viss roll i patientens upprättelseprocess kan jag inte heller helt utelämna den. Min hypotes att patientens behov till viss del handlar om upprättelse och inte bara om pengar stöds också av att så många patienter fortfarande använder sig av denna vägen.

HSAN är en statlig myndighet som tillkom i sin nuvarande utformning 1980 då den bröts ut ur Socialstyrelsen. Verksamheten regleras genom Lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (YVHSL) och Förordning (1996:571) med instruktion för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

HSAN prövar om yrkesutövare inom hälso- och sjukvården gjort sig skyldiga till fel i sin yrkesutövning och kan i så fall ålägga disciplinär påföljd; varning eller erinran. HSAN kan också återkalla legitimation. HSAN prövar bara ärenden som är av betydelse för patientsäkerheten,⁷ alltså inte bemötandefrågor som numera hänvisas till landstingens patientnämnder. Där kan dock ingen påföljd utdelas.

Ärenden kan anmälas till HSAN av den som är eller varit patient eller om patienten inte själv kan göra anmälan, av närstående. Även Socialstyrelsen, JO och JK kan göra anmälan till HSAN.

Antalet anmälningar 1999 var 3064 st och utdelade påföljder 378 samt återkallade legitimationer 29. Anmälningarna har stadigt ökat sedan 1980 då de var ca 700.⁸

Vad händer efter att en yrkesutövare blivit fälld i HSAN? I de flesta fall ingenting. Det är upp till arbetsgivaren att vidta lämpliga åtgärder, oftast vidtar han ingen åtgärd.⁹

⁶ Prop 1995/96:187, s 87

⁷ YVHSL 5:2

⁸ Detta stycke hittills från Internet, www.forensic.lu.se/Forensic/ansvarsnämndenB.htm samt .../Forensic/hsaninfo.htm som tillhandahållits information från HSAN

⁹ Ringblom: Fälld av ansvarsnämnden, s 308 f

6.2 Skadeståndslagen (SkL)

Principen om skadeståndsansvar för skada orsakad av culpa (uppsåt eller oaktsamhet) har tillämpats i svensk rätt sedan mitten av 1800-talet men inte skrivits ner i lagen förrän 1972 då vi fick SkL, med undantag för den bestämmelse i gamla Strafflagen som reglerade skadeståndsskyldighet vid brott.

Men 1972 frikopplades alltså även formellt skadeståndsrätten från straffrätten genom att SkL trädde i kraft.

I sjukvårdssammanhang är det SkL som används då en patient begär skadestånd. På en del andra områden i samhället har i stället strikt ansvar för skadevällaren införts, t ex på miljöområdet. Det innebär en mer gynnsam situation för den skadelidande, som då inte behöver visa vårdslöshet hos skadevällaren. Det har också diskuterats att införa strikt ansvar för patientskador¹⁰ men så har det inte blivit.

Skadeståndsvägen anses vara en svår väg för patienten att gå. Patienten måste kunna bevisa både orsakssamband mellan behandling och skada och oaktsamhet hos vårdgivaren. Ofta rör det sig om komplicerade förhållanden som är svåra för lekmän på området att förstå.

Processen vid domstol kan bli både långdragen och kostsam.¹¹

Ett annat sätt för patienten att få ekonomisk kompensation är då i stället att ansöka om ersättning från patientförsäkringen.

6.3 Patientförsäkringen

I mitten av 1970-talet hände något nyskapande inom skadeståndsrätten i Sverige, de skadeståndsförsäkringarna uppstod, varav patientförsäkringen är en. Andra områden är trafikskador, arbetsskador (TFA) och läkemedelsskador. Villkoren kan variera något mellan de olika områdena men gemensamt för dem alla är att något vållande inte behöver visas av den skadelidande. Detta system för ersättning brukar kallas ”den svenska modellen” och har hittills inte införts i något land utanför Norden.¹²

För patientskadeområdet var försäkringen först helt frivillig för vårdgivarna men 1997 trädde Patientskadelagen (PskL) i kraft. Numera åläggs alla vårdgivare genom PskL att hålla sig med en patientförsäkring¹³ Patientförsäkringar tillhandahålls av ett flertal olika försäkringsbolag, bl a Folksam och Trygg-Hansa. De offentliga vårdgivarna tecknar sin försäkring hos Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF).

I PskL regleras villkoren för ersättningen. I sex noga angivna situationer kan ersättning utbetalas.¹⁴ Två av de situationer som är vanligast förekommande är:

1. Det framgår vid en bedömning i efterhand att skadan med övervägande sannolikhet är orsakad av en åtgärd som kunnat undvikas, antingen genom ett annat utförande av den valda metoden eller genom ett annat val av metod. Vid bedömningen som görs i efterhand skall hänsyn tas till samtliga faktorer som då är kända, även de som inte var kända vid behandlingstillfället.
2. Patienten har i samband med vården fått en infektion som han inte skäligen måste tåla.

Utöver de sex angivna situationerna kan ersättning från Patientförsäkringen inte utbetalas, hur ömmande fallet än må vara.

¹⁰ Prop 1995/96:187, s 13

¹¹ A a, s 12

¹² A a, s 20

¹³ PskL 12§

¹⁴ PskL 6§

7. HUR FÅR PATIENTEN INFORMATION?

7.1 Sjukvårdspersonalens roll

En patient anser sig ha blivit felbehandlad i sjukvården. Vad händer? Vilka förväntningar har patienten och vilken information får han om hur han kan gå vidare?

Förhållandena kan säkert variera mellan olika landsting och jag har här tagit som exempel hur det fungerar i Göteborg och Västra Götalandsregionen.

Sjukhusvården i Göteborg är fortfarande organiserad som ett enda storsjukhus, SU = Sahlgrenska Universitetssjukhuset. SU består av en rad olika enheter, bl a SU/Mölndal (f d Mölndals sjukhus), SU/Östra (f d Östra sjukhuset) och SU/Sahlgrenska (f d Sahlgrenska sjukhuset). Det är dock fråga om bara *ett* sjukhus även om de olika enheterna är lokaliserade på olika ställen.

När en patient är missnöjd med något som han råkat ut för i sjukvården uppmanas han i första hand att ta kontakt med den som är ansvarig för berörd verksamhet. Säkert finns det också många situationer i den dagliga verksamheten där patienten tar upp frågan direkt med den som han anser har felat, t ex berörd sjuksköterska/läkare, och kan reda ut frågan direkt med denne. Om patienten känner att han ändå vill gå vidare eller vill diskutera frågan med någon utomstående uppmanas han via informationsbroschyrer på anslagstavlor osv att ta kontakt med Patientombudet eller Patientnämnden. Vad händer där? Det är det som jag nu skall redovisa.

7.2 Patientombudet

Jag har träffat och intervjuat patientombudet vid SU/Sahlgrenska, Siv Wassberg. (I fortsättningen benämnd Siv W eller PO)

Hon berättar att tjänsterna som patientombud inrättades i samband med organisationsförändringen av Göteborgs sjukhusvård 1997. Det finns ett patientombud på varje enhet, Mölndal, Östra och Sahlgrenska. Det är heltidstjänster förutom i Mölndal som är 75%- tjänst.

Själv har hon arbetat på sin tjänst ca ett år.

Hon är sjuksköterska och har arbetat många år i den medicinska verksamheten, de senaste åren som vårdenhetschef. De verksamheter som hon svarar för är i första hand Sahlgrenska sjukhuset men även en del mindre enheter som Högsbo sjukhus.

Organisationsmässigt är hon direkt underställd chefläkaren för hela SU, Ingemar Wickström och hon, liksom de två andra patientombuden, sitter också med i chefläkargruppen. Hon är ensam i sin funktion på Sahlgrenska men samarbetar mycket med de andra patientombuden. De träffas bl a en eftermiddag/vecka för utbyte av information, fortbildning m m. Hon har också handledning var fjärde vecka av en person från Sjukhuskyrkan på SU/Östra.

Tjänsterna som patientombud har ju inte funnits så länge ännu och Siv W påpekar att det hela tiden pågår en utveckling av arbetsuppgifterna, vad tjänsten skall innehålla. Det finns en kortfattad befattningsbeskrivning, senast reviderad 2000 03 21. Av denna framgår bl a att hennes arbetsuppgifter är att "...ta tillvara patienter och anhörigas synpunkter och fungera som en förbindelselänk mellan patient och vården." "Samverka med chefläkaren i

patientärenden” ”I förekommande fall informera patienten om vilka rättigheter och till vilka instanser patienten kan anmäla sina klagomål.” ”Ge feedback till verksamheter och enheter”¹⁵ Siv W har mycket att göra. Varje vecka har hon i genomsnitt 30 – 35 patientkontakter, mest per telefon, men också personliga besök efter överenskommelse. Detta är då ”riktiga kontakter” som avser ärenden, inte bara allmänna förfrågningar vilket hon också har en hel del av. Sedan går det mycket tid till att jobba med de ärenden hon har på gång. Läs journaler, kontakta berörd verksamhetschef eller berörd sjuksköterska/läkare, arrangera möten mellan patienten och personalen samt medverka i sådana möten, delta i arbetsplatsträffar ute på avdelningarna m m. Ibland måste hon stänga av telefonen för att få någon arbetsro. Hon har då ingen telefonsvarare eller annan möjlighet för patienten att lämna meddelande men har lämnat besked i telefonväxeln när hon återkommer.

Ofta är det långa samtal. Patienterna kan vara arga och besvikna och behöver mycket tid. (När jag första gången ringde till Siv W via telefonväxeln och det var upptaget sa telefonisten: Vill du vänta? Det här kommer att ta tid, bara så att du förbereder dig på det!)

Siv W:s utgångspunkt i mötet med patienten är att hela tiden agera efter patientens önskemål, i samråd med patienten. De flesta ärenden får hon via brev, men även telefon, fax och e-post förekommer. Hon tar då kontakt med patienten för ev kompletterande information och för att höra hur patienten vill gå vidare. Om patienten vill komma upp personligen går det bra men det är inget självändamål i sig.

Det förekommer alla varianter på hur ett ärende kan utveckla sig, beroende på just den patientens behov. Ganska vanligt är, vad jag förstår, att patientens synpunkter återförs till berörd vårdenhet, antingen via brev eller via ett personligt möte, med eller utan patienten själv. Siv W:s uppfattning är att kan man där bemöta patienten på rätt sätt, t ex att i förekommande fall *be om ursäkt*, så nöjer sig många patienter med det, kan släppa hela frågan och gå vidare i livet. Men ärenden kan också, beroende på den ena eller andra orsaken, utveckla sig till årslånga tragedier som aldrig verkar ta slut.

Ansvar för att vidta åtgärder ligger på verksamheten, PO är bara en förmedlande länk. Hon rapporterar regelbundet till kvalitetsansvarig på respektive division angående klagomål från patienterna. Om det förekommit mycket klagomål angående något speciellt kan hon också ta ett personligt möte med just den vårdenheten. Dock får hon sällan veta hur hennes information tas emot och vilka åtgärder den föranleder, vilket hon anser är en brist. Det känns för henne som att jobba ”i tomma intet”, hon får själv inte se att hennes arbete lett till förbättringar.

När PO i ett ärende gör bedömningen att patienten har möjlighet att få ekonomisk ersättning för sin skada informerar hon patienten om Patientförsäkringen. Hon kan förse patienten med de nödvändiga blanketterna men kan inte hjälpa patienten vidare t ex med att fylla i blanketten. Detta är klart utsagt att det inte skall ingå i PO:s arbetsuppgifter.

7.3 Patientnämnden¹⁶

Parallellt med PO, men delvis också med annan funktion, arbetar Patientnämnden. Följande information har jag fått efter en kort telefonintervju med handläggare och kontaktperson vid patientnämndens kansli i Göteborg, Karin Norin-Nilsson, som är jurist.

Det finns en lag som reglerar patientnämndsverksamheten.¹⁷ Den trädde i kraft 1/1-99 men redan tidigare fanns funktionen, då benämnd förtroendenämnd.

¹⁵ Hela befattningsbeskrivningen, se bilaga 1

¹⁶ Se även kopia av informationsbroschyr, bilaga 2

¹⁷ Lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.

I varje kommun och landsting skall det finnas en eller flera patientnämnder. Den består av politiker. Organisationen är i Västsverige knuten till Västra Götalandsregionen som har fyra patientnämnder med var sitt kansli, varav ett i Göteborg. På Göteborgskansliet arbetar fem personer. Den vanligaste kompetensen hos en sådan handläggare är sjuksköterska men det förekommer även socionomer, beteendevetare och jurister.

Varje dag har man öppen telefontid när patienter är välkomna att ta kontakt. De flesta ärenden får man på detta sättet.

Handläggarens uppgift är bl a att "...stödja och hjälpa enskilda patienter och bidra till kvalitetsutvecklingen i hälso- och sjukvården..."¹⁸. Liksom PO arbetar man mycket med återföring till sjukvården under utredningens gång men man kan också hjälpa patienten att gå vidare med sitt ärende till t ex HSAN eller Patientförsäkringen. Här är en skillnad mot PO:s verksamhet genom att man aktivt kan bistå patienten med att formulera skrivelser, fylla i blanketter m m. Dock skriver patienten alltid i eget namn, man agerar inte som ombud från patientnämndens sida. Ibland "lyfter man ett ärende", dvs går upp på en högre nivå i organisationen och kontaktar t ex verksamhetschef. Detta, liksom andra åtgärder, vidtas alltid i samråd med patienten.

Alla utredningsärenden rapporteras, oidentifierade, till den politiska nämnden när de är färdigutredda. Nämnden har då möjlighet att besluta sig för att gå vidare med åtgärder på politisk nivå, t ex organisationsförändringar.

Dessutom rapporterar man regelbundet statistik till Landstingsförbundet och lämnar varje år också en redogörelse över sin verksamhet till Socialstyrelsen.

Karin N påpekar att patientnämnden inte är en tillsynsmyndighet utan deras främsta uppgift är att prata, förmedla och försöka hitta lösningar i varje enskilt fall. Den största skillnaden mot PO:s verksamhet, menar Karin N, är att patientnämnden är en oberoende instans, helt fristående från sjukhusets organisation.

7.4 Kommentarer

Patientombudet och Patientnämnderna arbetar till viss del lika i sin verksamhet att ge sjukvården återföring från patienterna, vad gäller PO till det enskilda sjukhuset och vad gäller patientnämnden även återföring till politikerna. PO är dock knuten direkt till sjukhuset, patientnämnden mer oberoende. Denna verksamhet skall förhoppningsvis bidra till en kvalitetsutveckling av sjukvården och att förbättringar kan göras utan att ett ärende först måste gå till HSAN (enligt en uppgift från PO Siv W har, verkar det som, anmälningarna till HSAN från SU minskat något på senare tid och det kan stödja teorin att konflikterna i stället löses direkt där de uppstår. Det ser hon som positivt). Denna verksamhet är också en viktig del i patientens bearbetningsprocess, att få upprättelse och kunna acceptera vad som hänt. För att återgå till mitt ersättningsperspektiv är det bara patientnämndsverksamheten som erbjuder patienten konkret hjälp med att anmäla sitt ärende till Patientförsäkringen. Det är något som många efterfrågar, enligt min erfarenhet. För oss som välutbildade och relativt unga kan det verka vara en bagatell att fylla i en blankett¹⁹ men för någon som är mindre välutbildad och kanske gammal och sjuk eller invandrare kan det vara ett oöverstigligt hinder. Många har också alltför stor respekt för myndigheter. Dessutom är de ofta i detta läget i en krissituation, arga och ledsna. Den kostnadsfria hjälpen för patienten från Patientnämnden måste vara oerhört viktig.

¹⁸ Lag om patientnämndsverksamhet, 2 §

¹⁹ Se blanketten Skadeanmälan Patientförsäkring, bilaga 3

7.5 Juristen

Det kan finnas situationer när patienten känner att han vill ha någon kunnig person som står helt på hans sida och har som enda målsättning att hjälpa honom till bästa möjliga resultat och då återstår bara juristen. Vilka möjligheter finns det då för patienten att anlita en jurist i ett patientskadeärende?

Naturligtvis kan den som har råd med det anlita vilken jurist han vill och betala kostnaden helt privat. Detta är dock få förunnat, tvärtom är patienten ofta redan före en eventuell process i ekonomisk knipa på grund av förlorade inkomster och fördyrade utgifter. Det är inte ovanligt att rättegångskostnaderna för eget och motpartens ombud kan uppgå till flera hundra tusen kronor.²⁰ Kan patienten få hjälp med dessa kostnader? Vågar han gå till domstol eller måste han avstå av ekonomiska skäl?

Jag skall nu beskriva vilka regler som finns vad gäller rättshjälp och rättsskydd, de två former av ekonomiskt stöd som kan komma ifråga. För båda formerna gäller grundförutsättning att *tvist* måste föreligga mellan parterna, dvs parterna har olika uppfattning om ifall ersättningskyldighet föreligger överhuvudtaget och/eller i så fall i vilken omfattning.

Därefter följer två intervjuer med praktiskt verksamma advokater på patientskadeområdet. Vad är deras erfarenheter av patienternas önskemål och drivkrafter i ett patientskadeärende? Varför väljer en patient överhuvudtaget att gå till domstol och begära skadestånd när han i stället kan lämna in en enkel och kostnadsfri begäran om patientskadeersättning? Vilken information får patienten när han söker råd hos en advokat?

7.5.1 Rättsskydd

Jag börjar med rättsskydd eftersom det är den formen av ekonomiskt stöd som skall användas i första hand.

Hela den nuvarande lagstiftningen är relativt ny. Den nya rättshjälplagen²¹ som även reglerar vissa frågor om rättsskydd trädde i kraft 1/12 1997.

Rättsskydd är en form av ekonomiskt stöd som finns i flertalet hemförsäkringar. Rättsskyddet kan vara olika utformat hos de olika försäkringsbolagen. Som regel utgår en självrisk på ca 20 % av kostnaderna som patienten får betala själv.²²

Nu gäller som alla kanske förstär en hel del begränsningar för när försäkringsersättning kan utgå. För de fall som är aktuella här är det främst taket på ersättningen som blir problematiskt. Som regel utgår inte ersättning för kostnader högre än två eller tre basbelopp.²³ Två basbelopp är enligt § 73 200 kronor. De kostnader man talar om här är bl a kostnader för eget och motpartens ombud, kostnader för nödvändiga utredningar, kostnader för bevisning och expeditionskostnader i domstol. Den sammanlagda summan blir vanligtvis högre (ibland mycket högre) än taket, särskilt om processen drivs i flera instanser. Helt avgörande är dock om patienten vinner eller förlorar målet. Om han vinner behöver han inte betala någon ombudskostnad, om han förlorar får han betala både sitt eget och motpartens ombud.²⁴

²⁰ Se t ex ärendet med den uteblivna blodtryckskontrollen, s 32

²¹ SFS 1996:1619

²² Social Handbok 2000, s 134

²³ Wilow, Patientskadelagen, en kommentar, s 108

²⁴ Rättegångsbalken, 18:1

Som ett exempel på hur det kan fungera i praktiken har jag tagit försäkringsbolaget Folksam och där intervjuat Åsa Fagerström på kontoret i Stockholm. I Folsams hemförsäkring ingår ett rättsskydd. Vissa begränsningar gäller som sagt, därför är det viktigt att försäkringstagaren i varje enskilt fall lämnar in en ansökan så får bolaget utifrån de individuella omständigheterna pröva om rättsskydd kan utgå. Undantag gäller t ex för tvister i samband med äktenskapsskillnad. Något generellt undantag för patientskador finns dock inte. Ersättning lämnas med upp till 100 000 kronor för ombudskostnader, patientens och motpartens sammantaget om patienten skulle förlora målet. Sedan tillkommer självriskan som är 20 %, alltså 25 000 kronor om max ersättning utbetalas. Det juridiska ombudet/ombuden kan alltså få ersättning med max 125 000 kronor från försäkringen. Det anses vara en hög summa men det är mycket olika i olika fall var rättegångskostnaden hamnar. Vårdnadsmål kan kanske sluta på 30 000 kronor medan t ex fastighetsmål brukar vara mycket mer komplicerade och dyrare i ombudskostnader. Patientskademål får nog anses vara komplicerade mål med mycket sakkunnigutredning som måste göras. Den del av rättegångskostnaden som hamnar över taket får patienten betala ur egen ficka.

Rättsskydd utgår vid tvister som *kan* prövas av tingsrätt, hovrätt eller HD. Det är alltså inte ett krav att ärendet f n befinner sig under domstolsprövning och inte heller att ärendet faktiskt någon gång förs till domstol. Att tvist föreligger betyder att parterna har olika uppfattning om landstingets ev ansvar, orsakssamband eller ersättningsnivå till exempel. Följaktligen kan rättsskydd utgå för ombudskostnader redan under förhandlingsstadiet när patienten vänder sig direkt till landstinget med sin begäran om patientskadeersättning eller skadestånd. Ett undantag är dock vid ärendets handläggning hos PSR (se avsnitt 8.2) då rättsskydd inte beviljas men så snart ärendet är färdigbehandlat där och t ex går vidare till Patientskadenämnden kan rättsskydd utgå. Om landstinget i detta skede anlitar juridiskt ombud får de stå för dessa kostnader själva även om patienten skulle förlora. Så länge ärendet inte förts till domstol riskerar patienten alltså inte att få betala även motpartens ombudskostnader.²⁵

Ersättningstaket för ombudskostnader räknas sammantaget för hela processen. Om patienten alltså anlitat ombud redan i Patientskadenämnden och sedan går vidare till domstol så läggs de olika summorna ihop.

7.5.2 Rättshjälp

Rättshjälpslagen²⁶ (RhL) ändrades 1997 vilket medförde en viss debatt om försämringen för de hjälpsökande och det hot mot rättssäkerheten som detta skulle kunna innebära. Ändringen genomfördes främst av statsfinansiella skäl.²⁷

Nu gäller följande regler för rättshjälp i korthet (Jag utgår här från de regler som har betydelse i ett patientskadeärende):

Om patienten har en rättsskyddsförsäkring så skall han använda den i första hand, då kan aldrig rättshjälp utgå. Dessutom nekas rättshjälp om patienten visserligen inte har någon rättsskyddsförsäkring men *borde ha haft det*. Undantag gäller för särskilda skäl – mycket sträng prövning som siktar in sig på arten av ärendet. Det skall tillämpas bara i yttersta undantagsfall och kan gälla sådana situationer där det annars skulle te sig direkt stötande att

²⁵ Hela detta stycke från Wilow, s 108 f, tillsammans med de uppgifter jag fått från Åsa Fagerström

²⁶ SFS 1996:1619

²⁷ Prop 1996/97:9, Ny rättshjälpslag, s 1, s 105

den hjälpsökande inte kan driva sin sak. Exempel på sådana fall är brottsoffer som annars inte får sin skadeståndstalan biträdd eller ersättning i anledning av en patientskada.²⁸

Bedömningen om patienten borde ha haft en försäkring görs utifrån flera olika kriterier. Sammanfattningsvis kan sägas att bedömningen är sträng, det räcker inte att komma med skäl som ”jag hade inte råd”, ”jag har glömt” osv. De grupper som kan ursäktas är de mest svaga och utsatta i samhället, de som t ex inte har något hem att försäkra p g a olika omständigheter, de som nyligen fått ett eget hem (t ex ungdomar som flyttat hemifrån, nyskilda) eller de som lever under mycket små ekonomiska omständigheter och måste prioritera mat och kläder till sig själv och sina barn.²⁹

I ovanstående båda fall, patienten har en rättsskyddsförsäkring eller borde ha haft det, utgår inte rättshjälp överhuvudtaget. Om man lyckas passera detta nålsöga så kan rättshjälp utgå. Villkoren för rättshjälp är då följande:

Staten betalar kostnaden för rättshjälpsbiträde (advokat, biträdande jurist eller annan lämplig person) för som huvudregel högst 100 arbetstimmar. Motpartens ombudskostnader ersätts aldrig genom rättshjälp. Klienten betalar en egenavgift som beräknas efter kostnaden för rättshjälpsbiträdet och klientens ekonomiska förhållanden. Den som har ett ekonomiskt underlag (årsinkomst justerad efter underhållsskyldighet m m) överstigande 260 000 kronor kan överhuvudtaget inte beviljas rättshjälp. Beslut om rättshjälp tas av den domstol som handlägger det aktuella målet eller om ärendet f n inte befinner sig under domstolsprövning, av Rättshjälpsmyndigheten.³⁰

7.5.3 Advokat Michael Tuve

Jag har intervjuat advokat Michael Tuve på advokatfirman Tuve AB i Trelleborg som har erfarenhet från arbete med patientskadeärenden. (bl a var han ombud för patienten i det omtalade rättsfallet ”Nervtråden”³¹ som jag återkommer till i avsnitt 9.2.3)

Det händer att han blir uppsökt av patienter som är mycket bestämda på att de vill stämma landstinget på skadestånd. De kan ha förhört sig om någon advokat som arbetar inom området eller fått rekommendation från Advokatsamfundet. I vissa fall kan de redan ha begärt patientskadeersättning men fått avslag eller beviljats alltför låg ersättning och väljer att i stället för att vänta lång tid på avgörande i Patientskadenämnden gå vidare domstolsvägen. Det finns även andra faktorer som kan vara av betydelse. T ex kan preskriptionstiden ha gått ut (bara tre år för patientskadeersättning mot tio år för skadestånd) eller så kan det faktum att personlig närvaro knappast tillåts i Patientskadenämnden vara avgörande. Vittnesbevisning blir därmed omöjlig att föra i Patientskadenämndens prövning.

Michael T gör då en utredning om det skulle kunna gå att styrka skadestandsgrundande oaktsamhet. Ett teoretiskt exempel skulle kunna vara att en patient fått besked av en annan läkare än den som utfört behandlingen att denna var felaktig, att en annan metod borde ha valts eller att metoden borde ha utförts på ett annat sätt. Han talar med läkare och lägger upp sitt mål. Patienten informeras om de kostnader som kan bli aktuella, både för eget ombud och för motpartens kostnader om han skulle förlora målet samt vad rättsskyddet i hemförsäkringen innebär.

²⁸ Prop 1996/97:9, s 104, s 217

²⁹ A a., s 102 f

³⁰ Hela detta stycke från följande §§ i RhL: 26, 34, 23, 6, 38 och 39 §§

³¹ NJA 1990 s 442

Michael T:s uppfattning är att det är mycket svårt att få en fällande dom i ett patientskadeärende beroende på flera omständigheter. Patienten är i ett uppenbart underläge och har hela etablissemang mot sig. Motparten kan lätt få fram ett antal tunga experter vars uttalanden domstolen värderar högt. Patienten har på sin sida ofta bara en behandlande läkare vars ord inte tycks väga lika tungt. Dessutom är det inte ovanligt att läkare som inkallats som vittnen när de väl befinner sig i domstolen inte är lika tydliga och säkra på sina slutsatser som de varit vid samtalen före rättegången.

Patienten har också att bekymra sig över kostnaderna för processen och om han skulle förlora även motpartens kostnader. Det kan bli belopp som vida överskrider rättsskyddet i hemförsäkringen.

Ytterligare en svårighet för patienten, menar Michael T, är den brist på empati som han ofta känner från domstolens sida. Michael T, som själv har erfarenhet från skadeståndsprocesser i USA, menar att ett jurysystem vore att föredra. Med en juridisk instruktion från domarens sida har "den vanliga människan" bättre förutsättningar att bedöma sådana här mål på ett rättvist sätt än vad domaren har. Han har också denna positiva erfarenheten från familjemål, där nämnd är med och dömer.

Vad gäller att välja mellan patientskadeersättning och skadeståndsprocess är det ju självklart patienten som bestämmer vilken väg han vill gå. En del patienter är mycket bestämda på att de vill gå skadeståndsvägen och är också beredda att ta de kostnader som kan uppstå. Det kan också vara så att det är enda möjligheten, Michael T:s uppfattning är att en del avgöranden från PSR, som fattats under medverkan av deras förtroendeläkare, är mycket tveksamma. Ibland har olika läkare olika uppfattning; som man frågar får man svar...

Många patienter har betydande kostnader p g a den skada de lidit. "Det handlar inte om att få ett stort belopp för sveda och värk och sedan åka till Mallorca och ha det bra." Tvärtom gäller det ofta stora utgifter i form av t ex mediciner och behandlingar som patienten inte kan bekosta själv. Även vanlig offentlig vård är dyr idag (t ex är det inte ovanligt att ett medicininköp på ett vanligt läkarutfärdat recept går på runt tusenlappen), för att inte tala om alternativmediciner och alternativbehandlingar som en del patienter kan behöva tillgripa som en sista utväg. Patienten kan inte vänta långa tider på en rättslig process utan behöver sin medicin nu.

Jag ställer en fråga till Michael T ungefär så här: Ibland kan det verka vara ganska uppenbart att sjukvården gjort fel. Skall det verkligen behövas en massa professorer och medicinska experter som avger utlåtande när det för en lekman framstår som självklart att oaktsamhet föreligger? Som svar berättar han om ett ärende han haft: En japansk kvinna som var mycket liten till växten och späd i kroppen, var gravid med en mycket storvuxen svensk man. Redan under graviditeten stod klart att barnet var stort. Detta kunde konstateras genom ultraljud och även bäckenmätning gjordes på kvinnan som visade att hon var smal över bäckenet. Hon begärde kejsarsnitt. Det fick hon inte. Barnet skadades vid förlossningen p g a att modern var för trång och barnet fick bestående handikapp för hela livet. Michael T företrädde kvinnan och uppvisade bl a ett intyg från en mycket högt uppsatt medicinsk expert från Japan som konstaterade att kejsarsnitt borde ha gjorts. Ändå vittnar svenska läkare att det kan vara svårt att avgöra.... Det är alltid vanskligt att bedöma sådant här i förväg osv. Frågan var inte självklar. Skadestånd utdömdes inte.

I vissa situationer kan emellertid patientförsäkringen vara bra. Det gäller t ex infektionsskada, när patienten blivit smittad av en infektion i samband med ett medicinskt ingrepp. Det går då knappast att visa på culpa. Det skulle i så fall vara att sjukhuset inte städat tillräckligt eller inte haft tillräckligt steril miljö vid operationen eller liknande.

Fö har Michael T uppfattningen att det verkar som om domstolarna inte vill ha dessa ärenden. De tycker det är svårt och kan inte bedöma den medicinska frågeställningen. Ofta blir det inte bara avslag på skadeståndsbegäran utan också bantning i advokatens kostnadsräkning.

Sammanfattningsvis svarar Michael T på min inledande fråga, vilket skall man välja, patientskadeersättning eller skadestånd? – Det beror på. Vilket man väljer beror på en rad olika omständigheter. Fr a patientens egen uppfattning och sedan vad som har hänt i sjukvården och vad som har hänt tidigare i det rättsliga förfarandet.

7.5.4 Advokat Ove Lind

Jag har också intervjuat *advokat Ove Lind* på Advokatfirman Ove Lind i Stockholm. Han har lång erfarenhet från arbete med patientskadeärenden och har bl a företrätt Jonatan som fick rätt mot landstinget i HD angående ersättning för vård i hemmet.³² Dessutom har han suttit skiljedomare i över femtio skiljetvister enligt patientförsäkringsvillkorens regler.

Ove L pekar på två stora skillnader mellan SkL och PskL. Först gäller det culpabedömningen i SkL som inte finns i PskL. Det är mycket viktigt att förstå resonemanget i de två lagarna kring vad som krävs av läkaren vid val av behandlingsmetod. I PskL krävs att man visar på att en annan metod lika bra, men på ett mindre riskfyllt sätt, hade kunnat tillgodose patientens vårdbehov och det är då fråga om en facitbedömning ("...som enligt en bedömning *i efterhand* från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt,...", min kurs)³³. Bedömningen av om en annan metod borde ha valts görs alltså med alla fakta på hand som finns vid utredningstillfället även om de inte var kända eller ens borde ha varit kända vid behandlingstillfället. I SkL däremot krävs att patienten visar att läkaren har valt fel metod p g a att han varit *oaktsam*, han borde ha känt till de omständigheter som föranledde ett annat metodval. Det kan mycket väl tänkas en situation där läkaren verkligen gjort vad han kunnat men det senare framkommer omständigheter som visar att han borde agerat på ett annat sätt. Om han då inte borde känt till dessa omständigheter vid behandlingstillfället kan patienten inte få skadestånd enligt SkL men möjligen patientskadeersättning enligt PskL.

Den andra stora skillnaden är beviskravet på patienten för orsakssambandet, i SkL "klart mera sannolikt"³⁴, i PskL "övervägande sannolikt". Ove L berättar om ett fall han haft. Patienten drev sitt ärende med en annan advokat som ombud i TR och HovR. Patienten förlorade i båda instanserna. Han kom till Ove L som tog upp frågan om patientskadeersättning. Patienten beviljades inte ersättning i behandlingen hos PSR och inte heller i Patientskadenämnden. Ärendet gick till skiljenämndsprövning (gamla systemet, före PskL). Ove L företrädde patienten i skiljenämnden. Hur skulle han lägga upp sin talan för att patienten skulle ha en chans när alla dittills sagt nej? Kunde han få skiljenämnden att säga att flera domstolar tidigare dömt fel?

Han lade i stället upp sin argumentation så att han koncentrerade sig på beviskravet. Vad som prövats i domstolarna var skadestånd enligt SkL. Patienten nådde inte upp till detta beviskravet, "klart mera sannolikt", men däremot till det lägre kravet i PskL, "övervägande sannolikt". Ersättning beviljades i skiljenämndsprövningen.

³² se avsnitt 9.1.2

³³ PskL 6 § 1 p

³⁴ NJA 1991 s 481

Ove L menar att orsakssambandet ofta är problematiskt och det är därför viktigt med lättningen i bevisbörda i PskL. Sedan kan det finnas andra fall där solklart culpa föreligger och det inte alls blir några problem, t ex läkaren skär av fel finger eller amputerar fel fot.

Varför då välja att gå till domstol och begära skadestånd enligt SkL i stället för patientskadeersättning enligt PskL? Ove L anser att den stora nackdelen med PskL är begränsningen av ersättningen till ett maxbelopp (f n drygt sju miljoner kronor, se avsnitt 7.1.8). Speciellt vid stora skador, typ förlossningsskador, är det en stor nackdel.

Även Ove L tar upp en svårighet med att driva skadeståndsärenden vad gäller patientskador, nämligen det han kallar ”den vita rockens nimbus”. ”Läkarskrået är ett verkligt skrå”, alltså läkarna håller varann om ryggen, medvetet eller omedvetet. Han känner igen situationen som Michael T berättat om att läkaren helt plötsligt i domstolen inte alls är lika säker på sina slutsatser som han varit bara några dagar tidigare.

Angående möjligheterna för en patient att anlita juridiskt biträde i ett patientskadeärende anser Ove L att de förändringar som genomfördes i RhL 1997 lett till ett skrämmande resultat. Rättvisa???? - Glöm det. Det gick i stället helt snett.

Nu får man i alla fall arbeta efter de regler som finns och han ser då som sin uppgift i inledningskontakten med klienten att ge honom fullständig, noggrann och sanningsenlig information om hur han bedömer situationen vad gäller kostnader och möjligt utfall av processen. Det är sedan klienten som bestämmer om han vill gå vidare. Vad gäller möjlighet till framgång i domstolsprövning är det emellertid svårt – det händer ofta att domstolen inte dömer som han trott, det kan gälla åt både ena och andra hållet. Några garantier till framgång kan han förstås aldrig ge klienten. Ove Lind har mångårig erfarenhet från denna typen av ärenden och säger att man ibland får vara både psykolog och advokat samtidigt. Det är också en fördel om man kan tänka sig att lägga ner en hel del ideellt arbete, som han själv gjort många gånger för att undvika att ombudskostnaderna rusar i höjden. Hur mycket man än arbetar ideellt finns ju dock alltid risken att patienten förlorar målet och då måste han i alla fall betala motpartens rättegångskostnader.

Hur vågar man? Vad är det som driver patienten?

Ove L upplever att många klienter har en drivkraft som gör att de fortsätter tills de får rätt hellre än att ge upp. Att ge upp kan leda till både depression och självmord. Även om de till slut skulle förlora vet de då att de i alla fall gjort vad de kunnat.

8. PATIENTEN VÄLJER PATIENTFÖRSÄKRINGSVÄGEN

8.1 Anmälningförfarandet

En patient anser sig ha blivit felbehandlad i sjukvården. Han har nu försökt reda ut frågan med berörd vårdpersonal och sedan rådfrågat Patientombudet och Patientnämnden, som vidtagit åtgärder, men patienten är fortfarande inte nöjd. Han kan också ha uppsökt en jurist och fått råd där.

Patienten känner att han vill gå vidare med sitt ärende. Han har ännu inte fått den upprättelse som han behöver. Det kan också vara så att han haft utgifter för sin skada som han vill ha ersättning för.

Patienten väljer i detta fall att göra en anmälan till patientförsäkringen och inte att stämma vårdgivaren på skadestånd inför domstol. Anledningen till detta val är förhoppningsvis att det

är fråga om en typ av skada som bättre lämpar sig för patientförsäkringen än för skadestandsprocess, t ex överförd infektion. I slutet av detta kapitlet kommer jag att beskriva ett sådant ärende från verkligheten.

Patienten har nu bestämt sig för att göra en anmälan till Patientförsäkringen. Hur är gången i ärendet?

Patienten fyller i en blankett med uppgifter om vad som inträffat³⁵ och blanketten skickar han sedan till Personskadereglering AB (PSR) i Stockholm. Vad händer där?

8.2 Personskadereglering AB (PSR)

PSR är ett privat aktiebolag som anlitas för skadereglering av en del av de försäkringsbolag som erbjuder patientförsäkringar. Deras största uppdragsgivare är Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) som meddelar patientförsäkring till de offentliga vårdgivarna, de står för ca 90% av PSR:s verksamhet. PSR ägs till 30 % av LÖF. Det finns totalt tretton försäkringsbolag som meddelar patientförsäkring, bl a även Trygg-Hansa, Skandia och Folksam men de sköter sin skadereglering själva.

Jag har intervjuat utredningschef Lena Mansnérus på PSR och nedan följer något av den information hon bistod mig med.

PSR är beläget i Stockholm och arbetar med patientskadereglering för hela landet. Man har 54 anställda varav 47 som mer eller mindre arbetar med skadereglering.

När man får in en skadeanmälan utses en *personlig handläggare* som sedan står för alla kontakter med just den patienten. Patienten meddelas vem som är hans handläggare. Kontakten sköts via brev eller, mer och mer vanligt, per telefon. Det händer också att man åker ut för personligt besök. Patienten kan förstås när som helst under handläggningstiden ta kontakt med sin handläggare och det förekommer ofta.

Handläggningstiden från anmälan till beslut är för 90% av patienterna kortare tid än sex månader.

Om skaderegleraren redan från början bedömer att ersättningsbeloppet kommer att bli så lågt att det hamnar under *självriskan* (eller karensbeloppet som det numera hellre kallas) meddelar han patienten att utredning inte kommer att göras. Patienten har då möjlighet att lämna in ytterligare uppgifter och sedan blir det kanske en utredning i alla fall. Intressant i sammanhanget är att LÖF, som det största försäkringsbolaget på patientskadeområdet, valt att sänka sitt karensbelopp till 1000 kronor. Detta var en möjlighet som påpekades i propositionen³⁶.

Av ca 8.000 patientskadeärenden årligen går ca 800 vidare till *Patientskadenämnden*. (Detta gäller bara PSR:s verksamhet, sedan tillkommer ärenden från de försäkringsbolag som sköter sin skadereglering själva.) Nästan alla förs till nämnden av patienten, bara några enstaka varje år av försäkringsgivaren.

Anledningen till att patienten tar sitt ärende till Patientskadenämnden kan vara antingen frågan om rätt till ersättning överhuvudtaget eller frågan om beloppets storlek. Av ovanstående 800 ärenden gäller ca 15% frågan om beloppets storlek.

³⁵ Se bilaga 3

³⁶ Prop 1995/96:187, s 62

10% av besluten ändras av Patientskadenämnden, vad gäller frågan om ersättning eller ej ca 8%.

Det har hittills aldrig hänt att försäkringsgivaren inte rättat sig efter Patientskadenämndens yttrande men man kan ha synpunkter. I ett fall som gav patienten rätt till ersättning hade läkaren i nämnden reserverat sig mot majoritetens beslut. PSR ställde då fråga till försäkringsgivaren men försäkringsgivaren valde att i alla fall betala ut ersättning direkt trots att ärendet kunde vara tveksamt.

Den nya möjligheten som öppnade sig att *väcka talan vid domstol* i och med PskL 1997 har inte lett till att något enda fall domstolsprövats, vad Eva M vet. Hon är själv lite förvånad att de juridiska ombuden inte råder sina klienter att ta denna möjligheten att stämma på ersättning enligt PskL utan i stället håller fast vid prövning enligt SkL, där ju vållande måste visas.

PSR är förstås ingen myndighet och därför sker inte heller någon delgivning med patienten enligt de regler om *kommunikation* före beslut som finns i Förvaltningslagen.³⁷ Däremot, om ärendet går vidare till Patientskadenämnden, så får patienten tillgång till de handlingar som PSR själva överlämnar till nämnden.

Det är inte helt ovanligt att patienten har *juridiskt ombud* vid handläggningen hos Patientskadenämnden, något mindre vanligt i "första instans".

Den stora mängden ärenden hos PSR gäller *små skador*. Drygt hälften gäller skador med övergående besvär. Ca 2% gäller dödsfall och ca 3% skador med mer än 30% invaliditet.

Jämkning av ersättningen kan förekomma. Ett exempel kan vara tandskador som uppstår vid sjukvårdsbehandling, t ex operation. Det händer att patientens tänder skadas vid intuberingen då han skall sövas. Om patienten redan före operationen hade dålig tandstatus kan han inte få full patientskadeersättning för den tandläkarbehandling han sedan måste genomgå. Hans tänder blir ju då "som nya". Ersättningen kan till och med jämkas till noll. Enligt Lena M stödjer man sig här på att det delvis brister i orsakssambandet.

Slutligen påpekar Lena M, utan att jag ens behövt fråga om det, att patientskadeersättningen för många patienter blir en symbol för mycket annat, tillkortakommanden hos sjukvården m m. Det blir en del i patientens *upprättelseprocess*. "Det viktigaste är inte pengarna utan att få rätt." Hon förstår och respekterar detta men ser att man här inte alltid kan möta patientens behov. *Systemet är inrättat för ekonomisk kompensation, det är fråga om försäkringsbolag som hanterar pengar i en ekonomisk apparat. Visst kan man ibland se att det är ett ömmande fall men det är ändå inte säkert att det går att få in det under försäkringsvillkoren.*

8.3 Patientskadenämnden

Patienten fick inga pengar vid ärendets behandling hos PSR och därmed inte heller någon upprättelse. Han är inte nöjd utan vill gå vidare.

Han kan då gå vidare till Patientskadenämnden och begära deras yttrande. Även vårdgivaren, försäkringsgivaren och domstolen kan vända sig dit.³⁸

Nämnden är ingen myndighet utan betraktas som "enskild verksamhet". Därav följer att offentlighetsprincipen inte är tillämplig.

³⁷ Förvaltningslag (1986:223) 16, 17 §§

³⁸ PskL 17 §

Det är också att observera att nämndens yttrande bara är rådgivande. Det är fortfarande upp till försäkringsgivaren att fatta det beslut som han finner bäst.³⁹

Patientskadenämnden består av ordförande och sex andra ledamöter. Ordföranden skall ha domarkompetens. Av de övriga ledamöterna skall tre företräda patientintressen, övriga representera olika sakområden (en medicinsk kunnig, en försäkringsgivarrepresentant, en hälso- och sjukvårdskunnig).⁴⁰

Ledamöterna, utom försäkringsgivarrepresentanten, utses av regeringen för tre år i taget men verksamheten bekostas av försäkringsgivarna via den patientförsäkringsförening som de är skyldiga att upprätthålla.⁴¹

För att få en bild av vad som händer med ärendet i Patientskadenämnden samt hur man där uppfattar patienten, hans behov och önskemål, så har jag intervjuat försäkringsjurist Carl Espersson, föredragande och sekreterare i Patientskadenämnden.

Förra året behandlades ca 950 ärenden (jfr uppgift från PSR, de svarar för ca 800 av dessa). Det utgör ca 10 % av totala antalet anmälningar om patientskada. Av dessa 950 ärenden ändras ca 10 % till patientens fördel. Det har varit en ökning på senare år, både i antalet ärenden och i procentsatsen patienter som överklagar, från kanske 5 % för några år sedan till nuvarande 10 %.

Patientskadenämnden behandlar ärenden både enligt det gamla systemet och nya PskL. Fortfarande är det mycket vanligt med ”gamla” ärenden. Det kan ta tid innan ett ärende når Patientskadenämnden.

I 60 – 80 % av fallen är det vårdpersonal som har hjälpt patienten att göra anmälan.

Den vanligaste typen av anmälan rör PskL 6 § 1 p – borde ha valt en annan metod eller utfört den valda metoden på ett annat sätt. Den näst vanligaste gäller infektioner. Tredjeplatsen delas mellan ifrågasatt orsakssamband och skador p g a fördröjd diagnos.

Nämnden består av ordföranden och sex andra ledamöter, som jag nämnt ovan. De tre som företräder patientintressen är ofta riksdagsmän, utsedda av partigrupperna i riksdagen och representerar aktuell majoritetsställning där. Läkarepresentanten f n är professor i allmän kirurgi från Uppsala. Hälso- och sjukvårdsrepresentanten kan vara en tjänsteman eller politiker från landstingsvärlden, t ex en sjukhusdirektör. Könsfördelningen är jämn, kanske med viss kvinnlig övervikt.

De flesta sitter lång tid på sina uppdrag, mycket mer än tre år. Det är vanligt med 10 – 12 år. Det ser man som en fördel då det tar en viss tid innan man kommer in i verksamheten.

När ett ärende kommer in till nämnden är det meningen att det skall vara färdigutrett, något nytt material får inte tillföras. I så fall måste ärendet gå tillbaka till försäkringsgivaren så de får yttra sig över det nya.

Patienten meddelas att ärendet inkommit och vem som kommer att bli föredragande (av sex stycken). Ibland hör patienten av sig om det ena eller andra och det är OK men föredraganden påpekar då att om det är något som han vill ha sagt så skall han säga det till nämnden, det är de som fattar beslutet, i form av ett skriftligt yttrande. Patienten uppmanas komma in med en skrivelse och det är inte ovanligt att han gör, speciellt vanligt i barnskadeärenden. Några nya fakta får dock inte tillföras enligt ovan. Det är också vanligt, ca var tredje fall, att patienten

³⁹ Wilow s 106

⁴⁰ Förordning (1996:992) om Patientskadenämnden

⁴¹ Förordning (1996:992) om Patientskadenämnden 1 § 3 st samt PskL 17 § 1 st

redan skrivit ett yttrande med anledning av de handlingar han fått tillgång till från försäkringsgivaren.

Önskemål om personliga besök avstys.

Sedan läggs ärendet i väntekö och den är ca ett halvår lång.

Patientskadenämnden sammanträder 3 – 4 ggr/månad utom under sommaren.

Inställningen till patientens ev personliga närvaro vid sammanträdena har förändrats under senare år. I det gamla systemet (före PskL) fick alla som ville vara med, det var ca 2 - 3 % av ärendena. Numera är man mer restriktiv. I nämndens arbetsordning, som skall vara godkänd av regeringen,⁴² står att patienten skall få närvara personligen om det är till fördel för utredningen. Det innebär att många får avslag vid önskemål om personlig närvaro. Anledning till detta är att man inte anser att patientens närvaro fyller någon funktion, dessutom tar sådana ärenden längre tid att behandla och skulle innebära ytterligare fördröjningar på väntelistan. Naturligtvis ser man patientens behov av att få prata av sig men det är, återigen, inget som tas om hand i detta systemet. Det är det inte avsett för.

Det händer att patienten har juridiskt ombud men Carl E:s uppfattning är att de ofta inte kan tillföra något som patienten inte kan säga lika bra själv i fråga om beslutet ersättning eller ej. Däremot när det gäller beloppets storlek kan ofta ett juridiskt ombud vara till hjälp.

Efter att nämnden fattat beslut går detta tillsammans med akten tillbaka till försäkringsgivaren. Patienten meddelas inte i detta skede utan det åvilar försäkringsgivaren att meddela patienten, vilket de gör skriftligen tillsammans med ”besvärshänvisning”, dvs patientens möjlighet att gå vidare till allmän domstol.

Carl E känner inte heller till något fall där försäkringsgivaren inte följt nämndens yttrande. Skulle nämnden ge patienten rätt till ersättning och försäkringsgivaren neka detta skulle det praktiskt taget vara ”kört” vid en domstolsprövning.

De ärenden som publiceras årligen i tidskriften Rättsfall – Försäkring och Skadestånd (se nedan) väljs ut av sekreteraren, ordföranden och läkarrepresentanten efter vad de tror kan vara intressant. En viktig funktion här är återföring till försäkringsgivarna för att styra upp deras skadereglering. Denna gången har man t ex valt ut många ärenden som rör infektionsskada (sju av tjugo) eftersom reglerna kring detta förändrades i och med PskL.

En viktig typsituation vad gäller felbehandling inom sjukvården rör frågan om brist på informerat samtycke från patienten angående vidtagna åtgärder.⁴³ Detta är inte en ersättningsgrund enligt PskL utan dessa patienter är hänvisade till SkL och domstolsprocess. Frågan diskuterades i förarbetena till PskL och möjligheten att införa patientskadeersättning även i dessa fall övervägdes. Dock beslutade sig regeringen med viss tvekan från att avstå, åtminstone tills vidare, p g a frågans komplexa natur. Ytterligare utredning skulle behövas. Regeringen skulle följa utvecklingen och sedan överväga om frågan behövde utredas i särskild ordning.⁴⁴

Carl E menar att det troligen är en utveckling på gång där även frågan om informerat samtycke till slut kommer att ingå som ersättningsgrund i PskL. Han kan inte se någon anledning till att just denna fråga skall stå utanför och behandlas särskilt i domstolsförfarande.

⁴² Prop 1995/96:187, s 68

⁴³ Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 2a§ 2 st, YVHSL 2:1

⁴⁴ Prop 1995/96:187, s 53 ff

Avslutningsvis kommer vi in på en diskussion angående jämförelsen mellan ett nämndförfarande och en domstolsprocess. Carl E på Patientskadenämnden menar att nämnder som regel är bättre på rättssäkerhet än vad domstolen är. Detta på grund av att de skall agera som "djävulens advokat" vid ärendehantering. De skall själva granska ärendet ur alla synvinklar, även patientens, och ifrågasätta försäkringsbolagens beslut på alla punkter, de har en utredningsskyldighet. Om de ser något som har missats och som skulle kunna vara till patientens fördel skall de påpeka det. Däremot gäller i en domstol som bekant dispositionsprincipen i civilmål⁴⁵. Det spelar ingen roll hur rätt patienten har, om frågan inte kommer upp framför rättens ögon kommer han ändå att förlora målet. Carl E känner själv till ett sådant mål där patienten förlorade i ett patientskadeärende p g a ombudets oskicklighet

Jag tror att det kan ligga något i detta. Kvar står emellertid ovedersägliga fakta som ingen insyn, ingen kommunikationsskyldighet med patienten under handläggningen hos försäkringsgivaren, ingen opartisk domstol utan en privatfinansierad nämnd, ingen rätt för patienten till personlig närvaro, ingen massmediabevakning eftersom all handläggning är hemlig, ett mycket begränsat antal ärenden som publiceras varje år (20 av 950) m m.

Å andra sidan – systemet hanterar 9500 ärenden årligen. Skulle alla dessa inför domstols prövning – skulle det vara möjligt? Vad skulle det kosta? Och skulle det bli ökad rättssäkerhet? Skulle det bli bättre för patienterna? Skulle patienten få bättre upprättelse och må bättre psykiskt i sitt fortsatta liv? Eller är det något annat patienten behöver?

8.4 Fall från Patientskadenämnden

För att åskådliggöra hur ett ärende kan te sig kommer jag att redogöra för några ärenden som behandlats i Patientskadenämnden under 1999. De är utvalda bland de tjugo senast publicerade i RFS.

8.4.1 Skadan orsakad av vård/behandling?⁴⁶

En 82-årig kvinna togs in på Akademiska sjukhuset i sept-97 för en planerad knäoperation. Kvällen före operationen beordrades hon duscha och tvätta sig noga med Hibiscrub (en slags antibakteriell tvål). Dagarna efter operationen var hon också i tvättrummet för sin dagliga hygien. Hon skrevs ut 16 sept men återkom till sjukhuset den 23 sept p g a andnöd och orkeslöshet. Det konstaterades att hon hade en legionellainfektion (legionärssjuka). Kvinnans liv kunde inte räddas. Hon avled den 28 september 1997.

Kvinnans dödsbo anmälde ärendet till patientförsäkringen.

Utredningen visade att legionellasmittan överförts via sjukhusets vattenledningssystem.

Frågan gällde om den överförts i samband med vård, behandling osv.

PSR avböjde ersättning.

Patientskadenämnden ansåg att ersättningsbar skada förelåg med följande motivering:

Smittan har överförts antingen vid duschningen före operationen eller vid patientens senare besök i tvättrummet för sin dagliga hygien. Med hänsyn till hur smittämnet sprids är det betydligt troligare ("...övervägande sannolikt..."⁴⁷) att smittan överförts vid duschningen än vid de senare besöken i tvättrummet. Preoperativ tvättning ingår i behandlingen vid knäplastik. Därför ansågs skadan vara en ersättningsbar patientskada.

⁴⁵ Rättegångsbalken 17:3

⁴⁶ Patientskadenämnden – Dnr 24/1999, från Rättsfall – Försäkring och Skadestånd 1999 del B, s 249 f

⁴⁷ A a, s 250

Kommentar: En patient som tas in på sjukhus och lever sitt liv där, använder sig av vattnet i kranarna, går på toaletten, äter maten, ser på TV:n m m får tydligen inte ersättning från Patientförsäkringen om en skada skulle inträffa i samband med detta. *Bara* om skadan inträffat vid en händelse som är en direkt vårdåtgärd. PSR nekade ersättning. Om patientens dödsbo inte hade överklagat skulle det beslutet ha stått fast.

För en patient och dennes anhöriga måste det te sig som ganska obegripligt att en dödlig sjukdom som patienten blivit smittad med under sin sjukhusvistelse inte skulle vara en ersättningsbar patientskada men så är alltså fallet *bara* om smittan överförs i samband med "...undersökning, vård och behandling eller liknande åtgärd..."⁴⁸ Om det i stället varit "övervägande sannolikt" att patienten ådragit sig smittan vid sina dagliga besök i tvättrummet *efter* operationen hade ersättning nekats.

Vem tar sig an patienten och förklarar ett negativt beslut när det väl kommer och hjälper patienten att förstå *varför* han inte får ersättning?

Min erfarenhet är att många patienter inte förstår dessa juridiska finesser utan allt de ser är att ersättning nekats av för dem obegripliga skäl. Detta bidrar inte till att underlätta för patienten i hans bearbetnings- och återhämningsprocess.

8.4.2 Överförd infektion⁴⁹

Ärendet gäller prövning enligt PskL 6 § 4 p – infektionsskada. En 77-årig man led av knäartros med smärtor och rörelseinskränkning från båda knäna, mest det vänstra. Han skulle få knäproteser inopererade. Det vänstra knäet opererades 9/9 1997. Efter några dagar började det rinna blodvätska från operationssåret och patienten fick antibiotikabehandling. Så småningom upptäcktes en stafylokockinfektion och patienten fick åter läggas in på sjukhuset under en månads tid för behandling av infektionen med bl a ytterligare ett ingrepp. Såret läkte men han hade fortfarande, mer än ett år efter operationen, antibiotikabehandling. Av allt detta blev han orkeslös och fick besvär med magen. Dessutom fick han ryggproblem då han var tvungen att gå med krycka och operationen av det högra knäet fick skjutas upp. PSR avböjde ersättning.

Patientskadenämnden instämde med PSR med följande motivering: Att infektionen var överförd vid operationen ansågs klarlagt p g a att operationen gjordes i ett sk rent område. Med tanke på patientens allvarliga grundsjukdom – knäartros – ansågs dock att infektionen, som inte äventyrat protesfunktionens delar, var av sådant slag som patienten skäligen måste tåla. Ersättning nekades.

Kommentar: Ersättningsreglerna vid infektionsskador har utformats annorlunda i PskL mot i det gamla systemet. Prövningen vad patienten skäligen måste tåla är ny. Man skall då beakta "...arten och svårighetsgraden av den sjukdom eller skada som åtgärden avsett, patientens hälsotillstånd i övrigt samt möjligheten att förutse infektionen."⁵⁰ Regeringens avsikt var inte att vare sig minska eller öka möjligheten till ersättning, bara bedöma situationen på ett annat sätt.⁵¹ Detta fall visar, enligt min mening, att vad patienten skäligen måste tåla är ganska mycket.

⁴⁸ PskL 6§ 1p

⁴⁹ Patientskadenämnden – Dnr 7/1999, från Rättsfall – Försäkring och Skadestånd 1999 del B, s 244 f

⁵⁰ Prop 1995/96:187, s 44

⁵¹ A a, s 47

8.5 Begäran om patientskadeersättning i domstol

Vi följer nu patienten vidare på hans väg. Han är fortfarande inte nöjd. Han har inte fått sin upprättelse/sin kompensation. Han har gått via patientombudet för att försöka lösa problemet direkt med vårdgivaren och vidare med hjälp av patientnämnden anmält sin skada till patientförsäkringen men där fått avslag. Därefter har han begärt Patientskadenämndens yttrande – även det nekande.

Kan han gå vidare?

Genom PskL öppnade sig en ny möjlighet – att begära patientskadeersättning i domstol.⁵² Enligt tidigare system var det i stället ett skiljenämnds-förfarande som erbjöds. Detta utnyttjades ganska flitigt av patienterna men möjligheten att gå till domstol har, vad jag kunnat få fram, inte utnyttjats en enda gång ännu. Flera av de personer som jag intervjuat⁵³ uttrycker förvåning över detta.

Vad kan skälet vara?

Möjligen är det så att det tar tid för folk ”i branschen” att lära in nya rutiner och/eller att de juridiska ombuden (som regelmässigt måste anlitas i detta skede) är inkörda på SkL och därför fortfarande använder den när ärendet kommer så långt som till domstolsprövning. Det kan också vara så att folk i allmänhet är mer rädda för att gå till domstol än till skiljenämnd.⁵⁴

Jag skulle dock tro att även en annan faktor har betydelse nämligen kostnaden för det juridiska ombudet. Vid skiljenämndsprövning bekostas det juridiska ombudet av patientförsäkringen om patienten ansågs ha haft skälig anledning att få tvisten prövad.⁵⁵ Vid en domstolsprövning måste patienten bekosta sitt ombud själv med det eventuella avdrag han kan få genom rättsskyddsförsäkring eller rättshjälp. Dessutom riskerar han att få betala även motpartens kostnader om han förlorar. Många anser sig inte kunna ta den risken.

En prövning i domstol enligt PskL utgår från reglerna i just den lagen och inte från förutsättningarna i SkL. Det kan innebära både för- och nackdelar. Vårdslöshet behöver inte visas men å andra sidan: preskriptionstiden är kortare, ersättningsbeloppet begränsat, typen av skada måste falla in under de sex typsituationer som anges i PskL m m

Min erfarenhet är att just detta skede av patientens process innebär en kritisk punkt. Vad skall man göra med en patient som kommer med en tjock bunt papper och berättar sitt ärende ända från början genom alla instanserna, oerhört bitter och besviken över att inte ha ”fått rätt”, inte ha fått upprättelse? Han vet också att det finns en möjlighet att gå till domstol och att det inte är ovanligt med ändrad utgång av ärendet vid domstolsprövning⁵⁶ men han vågar inte ta risken av att åka på en ekonomisk smäll av stora mått i ombudskostnader.

Patienter som jag träffat beskriver många sömnlösa nätter och ibland att hela livet blivit förstört. Som advokat Ove Lind säger i min intervju med honom : Att ge upp kan leda till

⁵² Nämns inte uttryckligen i lagen men står helt klart i propositionen och framgår indirekt av PskL 23§ ”...om han inte väcker talan inom tre år...”

⁵³ Lena Mansnerus på PSR, chefsjurist Mikael Björin på PSR

⁵⁴ Skäl som anförts som troliga av ovanstående personer

⁵⁵ Prop 1995/96:187, s 17

⁵⁶ Se t ex nedan det s k Snarkmålet, avsnitt 9.2.4

både depression och självmord.⁵⁷ Ändå är det just detta, ge upp, som många patienter måste göra i detta skede av processen av krassa ekonomiska skäl.

De patienter som trots allt vågar välja att gå vidare med domstolsprocess beskriver jag i nästa kapitel då det handlar om domstolsprövning enligt SkL.

Innan dess avslutar jag detta kapitel om patientförsäkringen med lite statistik.

8.6 Statistik

Genom LÖF:s årsredovisning för verksamhetsåret 1999 har jag fått tillgång till en del intressant information.

LÖF tillhandahåller som sagt patientförsäkring till alla landsting i Sverige samt de två regionerna Region Skåne och Västra Götalandsregionen och även Gotlands kommun. Dessa är också i sin egenskap av försäkringstagare delägare i bolaget.

I LÖF finns en styrelse och en VD men ingen annan anställd personal.

Vid styrelsemötena bestäms villkoren för försäkringen. T ex har bestämts att karensbeloppet (självriskan) skall sänkas från 1830 kr till 1000 kr. Under 1999 har hållits fem styrelsesammanträden.

Styrelsen består av representanter för några landsting m m, totalt fem personer.

LÖF är alltså ett ägarbolag som tar in försäkringspremierna från landstingen.

Skaderegleringsverksamheten upphandlas från PSR. Bolagets utgifter består f ö av ersättningsbeloppen till de skadelidande, som är den stora posten, samt utgifter för att driva Patientskadenämnden och vissa mindre kostnader som VD:s lön m m.

Av LÖF:s statistik kan man utläsa att ersättningsbeloppen till de skadelidande ökat kraftigt sedan 1995. Vad gäller ideell ersättning har summan ökat från 67,8 Mkr 1995 till 94,9 Mkr 1999 och vad gäller ekonomisk ersättning från 46,3 Mkr till 109,1 Mkr. Mer än en fördubbling! Även utgifterna för att driva Patientskadenämnden har ökat kraftigt, från 3,5 Mkr 1995 till 7,8 Mkr 1999.

Som Lena M på PSR har framhållit så gäller övervägande antalet skadeärenden övergående besvär, 52%. Intressant är emellertid att dessa står för endast 6% av kostnaderna. Den stora kostnadsposten, 42%, gäller skador med mer än 30% invaliditet.

Antalet anmälda ärenden till försäkringen har ökat endast marginellt, från 7465 till 8129.

Andelen av dessa som beviljats ersättning har dock ökat från 38 till 46 %.

9 PATIENTEN VÄLJER SKADESTÅNDSVÄGEN

9.1 Förhandling om ersättningen

SkL reglerar utomkontraktuellt skadeståndsansvar, d v s när inget annat är avtalat mellan parterna.⁵⁸ Det finns även en mängd andra lagar som reglerar skadestånd i vissa situationer, t ex Köplagen, Miljöbalken angående miljöskador, Lag om tillsyn över hundar och katter m m som reglerar skadeståndsansvar inom sina specialområden och då tillämpas dessa regler i stället för SkL. SkL tillämpas när ingen speciallag finns och inget annat är avtalat.

⁵⁷ Avsnitt 7.5.4

⁵⁸ SkL 1 §

Det är viktigt att förstå att begäran om skadestånd inte behöver göras via domstol. Ett försäkringsbolag måste inte heller vara inblandat. Det förekommer dagligen många situationer där en part ersätter sin motpart som har lidit skada som den förre orsakat genom oaktsamhet. Kan parterna lösa frågan mellan sig så att båda blir nöjda utan att blanda in vare sig domstol eller försäkringsbolag så är det ju bra.

Normalt framför den skadelidande sitt skadeståndsanspråk direkt till skadevällaren och det är först när denne inte vill eller kan betala den begärda summan som det blir aktuellt med domstolsprocess. En domstolsprocess kan avse antingen fastställsetalan, dvs om ersättningsskyldighet föreligger eller ej, eller fullgörelsetalan, att skadevällaren skall åläggas att betala ett visst belopp. Eller både/och.⁵⁹

Det blir allt vanligare att endast fastställsetalan förs, speciellt i riktigt kniviga ärenden.⁶⁰ I patientskadesammanhang skulle det gå till så att talan förs om att skadeståndsskyldighet föreligger. När detta konstaterats av domstolen förhandlar den skadelidande direkt med vårdgivaren om skadeståndets belopp eller återkommer i en ny process angående detta. Det kan här också gälla att han har svårt att avgöra hur omfattande den framtida skadan kommer att bli redan på ett tidigt stadium.

9.1.1 Försäkringsgivarens roll

Om en patient på eget bevåg framför ett skadeståndsanspråk mot en vårdgivare är det sannolikt att vårdgivaren kommer att lämna över ärendet till sitt försäkringsbolag, för de offentliga vårdgivarnas räkning LÖF. LÖF, som inte har någon egen egentlig verksamhet, kommer att lämna över ärendet till sitt skaderegleringsbolag PSR, som kommer att företräda vårdgivaren gentemot patienten och hans eventuella ombud.⁶¹

Den ersättning som parterna eventuellt kommer överens om kommer att utbetalas av försäkringsbolaget enligt ett frivilligt åtagande i försäkringsvillkoren.⁶²

Fördelarna med detta förfarande, sett ur patientens synvinkel, är flera. Om patientskadeersättning redan prövats med negativ utgång öppnar en prövning enligt SkL nya möjligheter. Preskriptionstiden är längre, det finns inget maxbelopp, det kan röra sig om en typ av skada som inte faller in under PskL:s sex typsituationer m m. En av de största fördelarna är också att patienten inte riskerar att få betala motpartens ombudskostnader utan bara sina egna. Till dessa har han möjlighet att få ersättning från sin rättsskyddsförsäkring.

Nackdelen är dock att han måste få vårdgivaren att medge att oaktsamhet föreligger.

Hur vanligt detta förfarande är vet jag inte men jag vet att det förekommer som nedanstående exempel visar. Exemplet är med i uppsatsen för att visa på att så här kan det gå till i verkligheten, att det är en framkomlig väg för patienten och att detta alternativet minskar risken för patienten att hamna i en situation med en kvarstående stor skuldbörda p g a rättegångskostnader.

⁵⁹ Rättegångsbalken 13:1, 13:2, Ekelöf: Rättegång, Andra häftet, s 105 ff

⁶⁰ Ekelöf, s 110

⁶¹ Se beskrivning av PSR:s verksamhet, avsnitt 8.2

⁶² Prop 1995/96:187 s 71

9.1.2 Fallet Jonatan⁶³

Jonatan är född 1974 och på grund av en förlossningsskada blir han svårt handikappad för hela livet. Hans skada bedöms som 100% invaliditet. Den består av spastisk förlamning i både armar och ben. Detta har så småningom utvecklat felställningar som krävt upprepade operationer. Han är helt rullstolsbunden, kan inte tala, äta eller överhuvudtaget sköta något av sin dagliga livsföring själv. Han måste vändas i sängen ett tiotal gånger varje natt. Han kan inte heller sköta sin tarmfunktion själv och måste plockas på avföring varje dag. Intellectuellt sett är han emellertid på normal nivå och medveten om sin situation.

Landstinget tog vid förhandling på sig ojämkad skadeståndsskyldighet fram till Jonatans 16-års dag och skadeståndsbelopp som parterna förhandlat fram utbetalades utan att ärendet prövats av domstol. Efter att Jonatan fyllt 16 år kunde parterna inte komma överens om beloppens storlek längre. Då inlämnades stämningsansökan.

Jonatan vårdas av sina föräldrar i hemmet. För att kunna genomföra detta har fadern fått gå ner i arbetstid till halvtid och modern fått sluta sitt tidigare förvärvsarbete helt och hållet. De har sökt och beviljats alla de stödåtgärder som samhället erbjuder genom bl a Socialtjänstlag och LSS,⁶⁴ kvar står emellertid ett utrymme som inte täcks upp. De vill inte lämna Jonatan på institution där de anser att han mår sämre än hemma. Då han vistats korta perioder på institution har han blivit deprimerad och mått sämre på andra sätt.

Landstinget menade att den vård och de stödåtgärder som samhället erbjuder i en sådan här situation bör sätta nivån för vad som kan anses vara "nödvändiga utgifter"⁶⁵ Allt utöver det är kostnader som inte kan ersättas i ett skadestånd. Föräldrarna borde lämna Jonatan på en institution, där han kan få tillräcklig vård, eller annars får de räkna med att stå för extrakostnaderna själva.

HD dömde till Jonatans fördel med bl a följande motivering: I förarbetena till SkL har angetts att vid bedömningen av vad som är nödvändiga utgifter kan särskilda omständigheter i det enskilda fallet beaktas. I detta fallet ansåg HD att det fanns skäl att godta att Jonatan vårdas i hemmet och att de extra kostnader som detta medför borde ersättas i skadeståndet. Jonatan tilldömdes ett skadeståndsbelopp som gör det möjligt för honom att ersätta sina föräldrar för deras vårdinsats.

9.2 Domstolsprocess

Vår patient kunde inte nå en förlikning genom förhandling heller. Nu återstår bara att låta domstolen slita tvisten. I detta kapitel behandlar jag bara domstolsprövning enligt SkL.

Denna patient som vi följt så här långt är lite ovanlig. Han är antingen mycket envis eller mycket bitter och besviken. Kanske är han också ganska rik, det vore i alla fall en fördel. Han vågar riskera en stor summa pengar på att få upprättelse, så viktigt är det för honom.

Vid årsskiftet 1999/2000 pågick drygt 20 domstolsprocesser runtom i landet angående skadestånd vid patientskador.⁶⁶ Jämför detta med antalet ärenden som årligen prövas inom patientförsäkringssystemet, 9500. Då förstår vi att just denna patienten är ovanlig. Dock är det ju så att just dessa ärenden kan styra utvecklingen på sjukvårdsområdet på ett sätt som ingen försäkringsprövning kan göra och medföra förändringar för *alla* patienter, som annars skulle varit svåra att genomföra.

⁶³ NJA 1996 s 639

⁶⁴ Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

⁶⁵ SOU 1995:33, s 64 f

⁶⁶ LÖF:s årsredovisning 1999, s 5 (17)

Möjligheterna att förutse hur domstolen kommer att döma är inte stora, inte ens för en erfaren advokat på området.⁶⁷ Det är en chanstagning.

Det finns emellertid vissa riktlinjer för när man bör välja prövning enligt SkL i stället för PskL, när man redan från början kan säga att patientskadeersättning är uteslutet men där det i alla fall finns en viss möjlighet att kunna få skadestånd.

9.2.1 Brist på informerat samtycke

Den största gruppen av felbehandlingar som bara kan ersättas skadeståndsvägen handlar om brist på informerat samtycke. Det är också på det området som de flesta och vägledande rättsfallen finns.

Detta är ofta en felbehandling som finns i kombination med andra missöden. Patienten har t ex råkat ut för en komplikation vid en operation som han inte räknat med. Han kan inte få ersättning från patientförsäkringen eftersom komplikationen visserligen var ovanlig men ändå känd. Patienten invänder då att han inte blivit informerad om den risken före operationen – i så fall skulle han inte ha gjort någon operation. PskL svarar då att brist på informerat samtycke inte är någon grund för ersättning enligt den lagen. Patientens enda möjlighet är att välja skadeståndsvägen.

Min erfarenhet är att detta blir en allt vanligare situation som sjukvården inte ännu riktigt har hunnit anpassa sig till.⁶⁸ Dagens patienter är mer krävande och mer välinformerade än förr. De vill själva ta ställning till vad de skall låta sin kropp genomgå, efter rådgivning och information från läkarens sida. Därför blir de ytterst kränkta om de behandlas som omyndiga, mindre vetande varelser som måste låta sig bestämmas över. Om det dessutom inträffar en komplikation som gör att situationen förvärras, ingreppet kanske inte heller var nödvändigt rent medicinskt sett, är katastrofen ett faktum. Den patient som då känner att han vill ha upprättelse eller ekonomisk ersättning kan bara välja skadeståndsvägen.

Jag har redan tidigare nämnt⁶⁹ att regeringen i propositionen till PskL övervägde att införa även brist på informerat samtycke som skadegrund i PskL men beslutade sig för att avstå tills vidare p g a frågans komplexa natur.

Jag kommer nu att lämna en bakgrund till frågeställningen och sedan exemplifiera med några rättsfall. Då jag anser att det är ett område som kommer att få allt större betydelse framöver kommer jag att ägna det ganska mycket utrymme.

De lagar som är aktuella på området är Regeringsformen (RF), Hälso- och sjukvårdslagen (HSL),⁷⁰ Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (YVHSL),⁷¹ Patientjournalagen (PL),⁷² SkL och PskL.

⁶⁷ Ove Lind i avsnitt 7.5.4

⁶⁸ Detta stöds också av en mängd uttalanden i regeringens prop 1994/95:195 Primärvård, privata vårdgivare m m, 1997/98:189 Patientens ställning och 1998/99:4 Stärkt patientinflytande

⁶⁹ Avsnitt 8.3 – intervju med Carl E på Patientskadenämnden

⁷⁰ SFS 1982:763

⁷¹ SFS 1998:531

⁷² SFS 1985:562

9.2.1.1 Regeringsformen (RF)

Sveriges grundlag ger oss skydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp genom RF 2:6:

”Varje medborgare är gentemot det allmänna skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp även i annat fall än som avses i 4 och 5 §§.”

Alla känner till vikten av en grundlag. Detta är också grunden till den allmänna princip som finns inom sjukvården att all sjukvård (förutom viss psykiatrisk tvångsvård och några andra marginella områden) är frivillig. Ingen kan någonsin tvinga en patient till behandling liksom patienten när som helst har rätt att lämna sjukhuset om han vill, ingen kan tvinga honom att stanna kvar. Det är också min erfarenhet att det då och då förekommer att patienter åker hem mot läkarens bestämda inrådan och allt det föranleder är då en anteckning om patientens val i journalen. I dessa fallen handlar det om att patienten överhuvudtaget inte ger sitt samtycke till någon sjukvård. Fortsättningen av kapitlet handlar i stället om att patienten inte anser sig ha fått den information som han behöver för att kunna lämna sitt samtycke, dvs frågan om ”informerat samtycke”.

9.2.1.2 Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

HSL trädde i kraft 1/1 1983 men är ändrad ett flertal gånger sedan dess. Lagen riktar sig till landstingskommunerna (fortsättningsvis avses med detta även de landstingsfria kommunerna samt Region Skåne och Västra Götalandsregionen) och slår fast landstingskommunernas skyldighet att tillhandahålla sjukvård för de personer som är bosatta inom området. Det är alltså inte en lag som fastställer vilka rättigheter en patient har att kräva viss vård. Lagen beskriver även hur sjukvården skall utformas i vissa avseenden.⁷³

Under rubriken Krav på hälso- och sjukvården beskrivs i 2a – 2e §§ bl a landstingskommunens skyldighet att ge patienten ”...individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd...”⁷⁴. Dessutom skall vården ”...bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet...”⁷⁵ och ”...så långt det är möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten.”⁷⁶

Lagen verkar solklar. Kan då en patient åberopa dessa bestämmelser vid en skadeståndstalan som norm för hur vårdgivaren borde betett sig? Eller vid en anmälan till Patientförsäkringen? Jag återkommer till det men vill bara först här konstatera att lagen av professor Lotta Westerhäll anses ge patienten en ”kvasirättighet”. Lagen fastställer en skyldighet för vårdgivaren men inte motsvarande rättighet för patienten. I enlighet med detta kan patienten inte heller *kräva* att få den vård som HSL beskriver och patienten kan inte heller överklaga ett beslut inom sjukvården. Möjlighet att påkalla utredning hos t ex HSAN förändringar inte detta. Det innebär bara att vårdpersonal i efterhand kan tillrättavisas men inte att den aktuella patienten får någon ytterligare rättighet.⁷⁷

⁷³ Westerhäll: Patienträttigheter, s 21 f

⁷⁴ HSL 2b § 1 st

⁷⁵ HSL 2a § 1 st 3 p

⁷⁶ HSL 2a § 2 st

⁷⁷ Westerhäll: Patienträttigheter, s 21 f

9.2.1.3 Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (YVHSL)

Lagen är ny, den trädde i kraft 1/1 1999. I och med detta upphörde en del äldre lagar på sjukvårdsområdet att gälla, bl a Åliggandelagen,⁷⁸ Disciplinpåföljdslagen⁷⁹ och Tillsynslagen.⁸⁰ Vad gäller frågan om informerat samtycke har inga större förändringar skett i sak men patientens ställning har ytterligare stärkts genom 2a §, se nedan.⁸¹

Reglerna finns i lagens 2 kapitel "Skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonalen." Där beskrivs återigen att patienten skall få individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd⁸² och att vården så långt som möjligt skall utformas i samråd med patienten.⁸³ I de fall där flera behandlingsalternativ står till buds skall patienten ges möjlighet att själv välja vilket han föredrar och han skall också ges möjlighet till en "second opinion" (förnyad medicinsk bedömning av en annan läkare) om han har en särskilt allvarlig sjukdom och vetenskap och beprövad erfarenhet inte ger ett entydigt svar på vilken behandling han skall erbjudas.⁸⁴

I propositionen till YVHSL⁸⁵ framgår att lagrådet har påpekat att dessa regler tillsammans med 2a – 2c §§ HSL innebär en dubbelreglering och att denna på sikt bör tas bort. Regeringen framhåller dock att de båda lagarna riktar sig till två olika kategorier; HSL till landstingskommunerna och YVHSL till vårdpersonalen. Regeringen avser att återkomma till frågan *huruvida* det är en onödig dubbelreglering i ett annat sammanhang.

I propositionen till den särskilda paragrafen 2a, som reglerar frågan om val av behandlingsmetod och second opinion,⁸⁶ har regeringen alltså stärkt patientinflytandet ytterligare. Det ansågs inte tillräckligt med det patientinflytande som föreslagits i YVHSL, trots att den var alldeles ny. Regeringen framhåller med skärpa att det är synnerligen viktigt att sjukvården förändrar sitt förhållningssätt gentemot patienterna, patienten är inte ett objekt utan ett subjekt. Patienten vet alltid själv bäst vilket behandlingsalternativ han vill välja under förutsättning att han får tillräcklig information. Detta även om det inte skulle stå i överensstämmelse med det val läkaren skulle ha gjort. Det är en stor utmaning för den många gånger hierarkiska sjukvårdsorganisationen att anpassa sig till den snabba utveckling som sker på detta område med allt mer välutbildade och medvetna patienter men det är nödvändigt. Flera undersökningar har otvetydigt visat att brister i information och kommunikation samt eget inflytande över behandlingen är det område som patienterna tycker att sjukvården är sämst på.⁸⁷

9.2.1.4 Patientjournalagen (PL)

I konsekvens med ovanstående förstärkta patientinflytande föreslog också samma utredning att PL skulle ändras.⁸⁸ Att patientens nya rättigheter hade tillgodosetts skulle dokumenteras i journalen. I PL 3 § 2 st infördes en ny punkt 5:

⁷⁸ SFS 1994:953

⁷⁹ SFS 1994:954

⁸⁰ SFS 1996:786

⁸¹ SFS 1998:1661

⁸² Angiven lag, 2:2

⁸³ Angiven lag, 2:1

⁸⁴ Angiven lag, 2:2a

⁸⁵ Prop 1997/98:109, s 153

⁸⁶ Prop 1998/99:4

⁸⁷ Hela detta stycke från prop 1998/99:4, s 21 ff

⁸⁸ Prop 1998/99:4, s 32 f

”Om uppgifterna föreligger, skall en patientjournal alltid 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.”

9.2.1.5 Skadeståndslagen (SkL)

Ovanstående lagreglering är ett sätt att fastställa normen för om SkL kan bli tillämplig. Culpabedömningen görs i första hand utifrån vad som är reglerat i lagar och andra författningar. Om lagen fastställer ett visst handlingssätt och läkaren inte följer detta så kan han ha varit vårdslös, han har avvikit från normen. Vårdslöshet är skadeståndsgrundande. Det råder inget tvivel om att brist på informerat samtycke kan utgöra grund för skadestånd som rättsfallen i nästa avsnitt kommer att visa. Problemet är snarast att bedöma omständigheterna i det enskilda fallet, vilket inte alltid är så lätt.

9.2.1.6 Sammanfattning – informerat samtycke

Som sammanfattning på hela den stora frågan om informerat samtycke skulle jag vilja citera Elisabet Rynning, känd jurist som skrivit mycket om denna frågan. Ingen har uttryckt det bättre än så här, enligt min mening:

”Begreppet självbestämmanderätt innebär att individen har rätt att bestämma över sig själv *även* när hans/hennes uppfattning inte överensstämmer med majoritetens...Patienten har alltså *rätt* att vara oförståndig, irrationell, vidskeplig eller utövare av en mindre allmän religion; patienten har rätt att ”ha fel” utan att fördenskull förlora sin självbestämmanderätt.”⁸⁹

Om en kränkt rättighet alltid innebär att rätt till skadestånd föreligger kan emellertid inte anses vara helt självklart. Det är fråga om en rättspolitisk bedömning och beroende av ur vems perspektiv man ser frågan. Frågeställningen står öppen.

9.2.2 Övriga typer av skador lämpliga för skadeståndstalan

Som jag tidigare vid flera tillfällen omnämnt finns det även andra typsituationer där skadeståndstalan är enda möjligheten för patienten att kunna driva sin talan eller i alla fall en bättre möjlighet. Sammanfattningsvis är det fråga om fall där preskriptionstiden gått ut enligt PskL men där SkL:s längre preskriptionstid (tio år) fortfarande står öppen. Vidare fall där ersättningsbeloppet kommer att bli mycket högt, t ex förlossningsskador. Även fall där vittnesbevisning är avgörande för ärendets utgång lämpar sig bättre för domstolsprövning än nämndprövning eller där patientens personliga närvaro krävs. Dessutom hör hit alla typer av felbehandlingar som faller utanför PskL:s sex klart definierade kategorier.

Enligt min mening lämpar sig också domstolsprövning bättre för att tillgodose patientens behov av upprättelse. Det blir då fråga om en muntlig process där parterna sitter ansikte mot ansikte och patienten har möjlighet att muntligt få uttrycka sina åsikter med sitt ombud vid sin sida och en opartisk domare som avgör frågan. Vid eventuell negativ utgång kan han efteråt ventilera ärendet med sitt ombud som kan förklara varför domaren dömt som han gjort, de juridiska finesser som en lekman annars kan ha svårt att förstå. Detta kan göra att patienten rent psykologiskt får bättre förutsättningar att kunna acceptera utgången, lämna det bakom sig och gå vidare i livet, eller annars överklaga till högre instans.

En domstolsprocess medför därför också andra fördelar för patienten, han får ett annat behov tillgodosett, upprättelsebehovet, oavsett om han får ekonomisk kompensation eller inte.

⁸⁹Patientens samtycke – rättsligt relevant eller bara medicinskt-etiskt? JT 1990-91:4, s 634

Vilken psykologisk bearbetning innebär det att i ett skriftligt förfarande få nej av ett försäkringsbolag av skäl som man inte begriper och som ingen förklarar för en? Möjligen är det därför som en del patienter rent instinktivt väljer skadeståndsvägen trots att en anmälan till patientförsäkringen kanske hade varit lika bra.

Nu kommer jag till slut att redogöra för några av de rättsfall som prövats i domstol enligt SkL. Först det rättsfall som fortfarande anses som vägledande på området, fallet Nervtråden, dömt av HD 1990. HD har därefter inte prövat något ärende som rör patientskada.

Därefter kommer jag att ta upp ett fall som nyligen avgjorts av Hovrätten, det s k Snarkmålet. Prövningstillstånd begärdes men beviljades tyvärr inte. Jag anser dock att utgången i Hovrätten tyder på att en utveckling på området är på gång, detta också mot bakgrund av den utveckling som skett i lagstiftning och förarbeten angående patientens stärkta ställning i sjukvården.

Slutligen kommer jag att ta upp ett ärende som bara prövats av Tingsrätten, fallet med den uteblivna blodtryckskontrollen. Detta för att visa på att ”så här kan det gå” och att patienten har mycket stora hinder att övervinna innan han kanske ”får rätt”. Jag tror att just detta fallet visar på en typisk situation som patienter kan hamna i när de söker efter upprättelse och kompensation.

9.2.3 Fallet Nervtråden⁹⁰

En då 32-årig kvinna, sjuksköterska till yrket, opererades 1970 i höften p g a långvariga problem med värk. Vid operationen skars en nerv av i syfte att förbättra patientens tillstånd men det ledde i stället till att hennes tillstånd försämrades med ytterligare värk och s k ankgång. Patienten stämde Malmöhus läns landsting på skadestånd då hon inte gett samtycke till den aktuella nervavskärningen och inte heller skulle ha gjort det om hon blivit informerad om risken för komplikationer (15 – 20 % risk för följdsmärtor enligt föredragande i HD). Hon hade bara blivit informerad om att ett mindre ingrepp skulle utföras, ”luckra upp” kring nerven och att detta skulle medföra en konvalescenstid på ca tre veckor. Beslutet om nervavskärningen fattades av läkaren under operationen och det var då inte möjligt att inhämta patientens samtycke eftersom hon var sövd. Läkaren beslutade att ändå vidta åtgärden. Den skulle knappast ha varit möjlig att utföra vid ett senare tillfälle p g a sammanväxningar i operationsområdet. Den gjordes i syfte att förbättra patientens tillstånd och ansågs vara den medicinskt korrekta åtgärden i det läge som uppkommit. Otur var att patienten inte tillhörde den majoritet som skulle blivit bättre utan den minoritet som i stället blev sämre.

Till saken hör också att läkarna redan före operationen var medvetna om att ingreppet kunde leda till att nerven behövde skäras av men att patienten inte fått någon information om detta.

Hovrätten dömde till patientens fördel och föredraganden i HD föreslog att hovrättens domslut skulle fastställas. Yttrande inhämtades från Socialstyrelsen som var oenig men en majoritet uttalade sig för att patienten borde ha blivit informerad om nervavskärningen före operationen. Även Patientskadenämnden uttalade sig i ärendet på eget initiativ. De framhöll att en helhetsbedömning borde göras och eftersom den vidtagna åtgärden var medicinskt korrekt i det läge som uppstått kunde den inte grunda skadeståndsansvar.

HD:s dom, som är mycket omdiskuterad, gav inte patienten rätt till skadestånd. Först konstaterar HD att giltigt samtycke till nervavskärningen inte förelåg. Det medför dock inte utan vidare att skadestånd kan utdömas. I det läge som uppkommit var läkarens handlande

⁹⁰ NJA 1990 s 442

medicinskt korrekt. Det förväntades medföra nytta för patienten och var förenat med bara en mindre risk för komplikationer. Det skulle knappast ha varit möjligt att utföra nervavskärningen vid ett senare tillfälle. Läkarens agerande bedömdes som försvarligt och kunde därför inte grunda skadeståndsskyldighet.

Kommentarer i doktrinen: Flera framstående jurister har uttalat sig kritiskt till HD:s dom. Vad betyder den egentligen? Behövs det samtycke eller inte? Eller kanske står det klart att samtycke behövs men om det saknas innebär det ändå inte att läkaren varit vårdslös om han vidtar en medicinskt korrekt åtgärd?

Professor Anders Agell kommenterade domen i Juridisk Tidskrift ganska snart efter att den kommit.⁹¹ Han menar att det är mycket svårt att tolka domen och ge den någon prejudicerande betydelse. Möjligen menar HD att bristande samtycke aldrig i sjukvårdssammanhang skall tillmätas någon självständig skadeståndsrättslig betydelse. Det är att gå väldigt långt. Men det kan också vara så att HD menar att omständigheterna i just detta fallet var så speciella att läkaren kunde ursäktas. Samtycket skulle då i första hand ha medicinsk-etisk relevans men även skadeståndsrättslig relevans, dock inte i detta fallet.

Professor Agell är för mycket kritisk till Patientskadenämndens agerande att på eget initiativ gå in och yttra sig. Vilken betydelse det haft för utgången i målet vill han inte uttala sig om men yttrandet har refererats i Nytt Juridisk Arkiv. Argumenten i yttrandet anser han vara både ensidiga och överdrivna och dessutom bygga på felaktiga faktauppgifter.

Patientskadenämnden argumenterade energiskt mot att ge brist på informerat samtycke skadeståndsrättslig relevans. Synpunkterna innebar "...ett totalt underkännande inom skadeståndsrätten av patientens självbestämmanderätt,"⁹² enligt Agell. Han pekar också på det nära samarbete som verkar finnas mellan Patientskadenämnden och försäkringsbolagen som partsföreträdare för sjukvården.

Elisabeth Rynning har också kommenterat domslutet i Juridisk Tidskrift.⁹³ Hon är liksom professor Agell mycket kritisk. Hennes artikel riktar in sig främst på Patientskadenämndens yttrande som hon tar isär i sina beståndsdelar och bemöter på punkt efter punkt. Redan att Patientskadenämnden velat och fått lov att yttra sig i ett ämne som ligger utanför deras eget verksamhetsområde anser hon förvånande (informerat samtycke är ju inte en fråga som behandlas i PskL). Deras argument anser hon i många fall direkt felaktiga och tagna ur luften. Jag går inte närmare in på detta här. Ett huvudspår i hennes argumentation är att hon anser att redan bristen på information före operationen är skadeståndsgrundande *i sig* och att det är mycket svårt att förstå HD som vill reparera den skadeståndsgrundande händelse som redan utförts med att läkaren *i en helt annan situation* vidtar rätt medicinsk åtgärd. "...HD:s ogillande av talan tycks grunda sig på att läkarna anses ha gjort det bästa möjliga av situationen, sedan de väl hade varit försumliga."⁹⁴

I slutet av artikeln gör hon en allmän genomgång av hur ersättningsmöjligheten skulle kunna konstrueras. Hon anser att själva bristen på informerat samtycke borde vara skadeståndsgrundande även om det inte lett till några följdskador. Problemet är att det finns inte lagstöd för detta. Visserligen kan säkert (möjligen) culpa visas men den skada som patienten lidit kan svårigen betraktas som något annat än kränkning. Grunden för skadestånd

⁹¹ JT 1990-91, s 439 - 451

⁹² Angiven artikel, s 451

⁹³ JT 1990-91:4, s 630-644. Elisabeth Rynning har också skrivit en bok angående samtyckesfrågan i sjukvården, för den som är intresserad av att läsa mer: Samtycke till medicinsk vård och behandling – en rättsvetenskaplig studie.(1994)

⁹⁴ Angiven artikel, s 643

är skada, adekvat kausalitet och culpa. Här brister det i rekvisitet skada. Det är inte fråga om varken person- sak- eller förmögenhetsskada. Skadestånd för kränkning lämnas bara vid speciella omständigheter⁹⁵ huvudsakligen vid brott, som knappast är för handen här. Därför är det tyvärr, enligt Rynning, f n inte en framkomlig väg att begära skadestånd bara p g a brist på informerat samtycke. Hela frågan är dock lite i marginalen även om den är principiellt viktig. Det finns säkert bara ett fåtal patienter som skulle kunna tänka sig att begära skadestånd efter en lyckad operation bara för att de inte informerats och samtyckt i förväg. I de andra fallen däremot, där även följdskada föreligger som här (följdskadan = de smärtor och gångsvårigheter som patienten fick efter operationen) blir problemet genast lättare att lösa. Rynning anser att skadestånd kan utdömas redan enligt nu gällande rätt i dessa fall. Skada finns ju och culpa består i bristen på informerat samtycke.

9.2.4 Snarkmålet⁹⁶

Jan Olof, då 34 år gammal, opererades 1991 för problem med snarkning som han lidit av i ca 10 år. Han kände sig ofta trött under dagen. Sömnregistrering visade emellertid att någon syrebrist inte uppstod för Jan-Olof under natten p g a snarkningarna utan det var här fråga om s k social snarkning. Han fick viss information av läkaren före ingreppet. Han hävdar emellertid att han drabbats av en rad komplikationer som han inte upplysts om, bl a kraftig kräkreflex, kräkningar då han talade högt, regurgiation (mat kommer upp bakvägen via näsan), röstförändringar, dammöverkänslighet, bestående smärtor m m. Han hade endast informerats om problem med värk under 10-14 dagar och under denna tid svårigheter att inta fast föda.

Jan Olof arbetade vid tiden för operationen som chef för en granatkastarpluton, hans röst var mycket viktig för honom i arbetet. Operationen ledde till att han måste sluta sitt arbete. Hans egen firma gick också i konkurs, han har genomgått skilsmässa, har ekonomiska problem och i april 1996 var han fortfarande sjukskriven.

Ärendet prövades i samtliga möjliga instanser innan det kom till domstolsprövning, dvs försäkringsbolag, Konsortiet för Patientförsäkring, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd och Patientskadenämnden, alla avvisande till Jan Olof. Även tingsrätten dömde till Jan Olofs nackdel. En mängd olika medicinska experter uttalade sig.

Hovrätten ändrade emellertid tingsrättens dom. Parterna bestämde i hovrätten sin talan så att hovrätten skulle döma i frågan om *någon* av de åberopade grunderna kunde föranleda skadeståndsskyldighet. Hovrätten uttalade sig alltså inte i frågan om vilka skador som har samband med försumligheten utan den frågan, liksom beloppets storlek, återstår för parterna att förhandla om eller föra ny talan om.

Hovrättens dom innebar att landstinget ådömdes skadeståndsskyldighet på en av de åberopade grunderna, nämligen regurgiation. Jan Olofs besvär i detta hänseende bestod av att han under sex månader efter operationen hade problem med att äta. Maten fastnade i halsen, speciellt hade han problem med ris som kom ut genom näsan när han åt. Det var socialt påfrestande att hela tiden behöva förklara sig när han skulle äta tillsammans med andra. Genom att lära sig äta försiktigare kunde han delvis bemästra problemen men han blev inte helt bra.

Domen innebar också att betalningsansvaret för båda parternas rättegångskostnader i båda instanserna lades på landstinget i stället för på Jan Olof.

Domstolen konstaterar först att regurgiation vid tiden för operationen var en känd komplikation och även att den kunde bestå under längre tid, till skillnad från de övriga komplikationer som Jan Olof åberopat som antingen då eller fortfarande inte är kända

⁹⁵ SKL 1:3

⁹⁶ Härnösands tingsrätt T 108/95, Hovrätten för Nedre Norrland T 239/96, Högsta Domstolen Avd 1 T 1435-99

biverkningar. Jan Olof borde ha informerats om denna risk för regurgiation för att kunna ta ställning till om han ville genomgå operationen, speciellt med tanke på att det inte var en medicinskt nödvändig operation. Hade då Jan Olof informerats om risken för regurgiation? Domstolen finner att landstinget inte kunnat visa att så var fallet trots att den behandlande läkaren uppgett att sådan information generellt lämnas. Journalanteckningen som lyder: patienten är "informerad om ingreppet" och "att han nog får ha ont ett tag framöver"⁹⁷ ger inte stöd för detta.

Hovrättens dom överklagades till HD. Landstingets ombud, advokat Kjell Bastling, utvecklade sina skäl i en sju sidor lång skrivelse: Rättsläget hade av landstinget dittills uppfattats så som att det åvilar landstinget att *göra sannolikt* att information lämnats. Det har då varit tillräckligt att behandlande läkare vid vittnesmål kunnat uppge att han minns patienten och att ifrågavarande information generellt lämnas till alla patienter. Någon journalanteckning har inte behövt uppvisas för att styrka detta. Landstinget uppfattade det nu i den nya domen så att domstolen genom sin formulering "*inte funnit visat*" ålägger landstinget ett högre beviskrav än vad som gällt tidigare.

Han önskar därför att HD skulle fastslå vilken bevisvärderingsprincip som skall tillämpas samt om det har betydelse om det är fråga om en medicinskt nödvändig operation eller inte.

Prövningstillstånd meddelades inte.

Kommentar: Detta är det senaste rättsfallet på området, åtminstone som jag har hittat. HD:s beslut att inte meddela prövningstillstånd kom i september 1999. Som vanligt lämnar HD ingen motivering till varför prövningstillstånd inte beviljas.

Frågan är nu om man i och med detta kan anse att hovrättens dom får någon prejudicerande betydelse och att det numera ställs som krav att den information som lämnats till patienten skall framgå av en journalanteckning för att landstinget skall undgå ansvar. Åtminstone när det är fråga om ingrepp som inte är medicinskt nödvändiga.

Notera i detta sammanhang att den ändring som gjorts i Patientjournallagen (se avsnitt 9.2.1.4) att lämnad information skall dokumenteras inte trädde i kraft förrän 1/1 1999, alltså långt efter det att Jan Olof opererats.

Som jag ser det är detta rättsfall ett steg på vägen i riktning mot det nya synsätt på patientens roll i sjukvården som håller på att utvecklas. Det är ganska typiskt att det är det senaste rättsfallet på området som ger patienten rätt, åtminstone till viss del. Det tidigare rättsfall som jag redovisat genomsyras fortfarande av den gamla patientrollen, patienten är ett objekt, läkaren vet alltid bäst. Trots att det, enligt min mening, i detta tidigare rättsfall är ganska uppenbart att patienten inte fått möjlighet att själv bestämma om hon ville genomgå operation eller inte med alla fakta på hand, så har patienten ändå inte tilldömts skadestånd med motiveringen att läkaren ändå "gjort så gott han kunnat".

Jag menar att Snarkmålet är första steget på vägen mot ett undergrävande av det tidigare rättsläget vad gäller patientens roll i sjukvården och betydelsen av brist på informativt samtycke. Tillsammans med de förändringar som genomförts i HSL, PL och YVHSL vad gäller patientens stärkta inflytande och de mängder av uttalanden som förekommer i flera olika propositioner håller en ny syn på att utvecklas. Föreställningarna kring vad en patient är för något, hur han bör behandlas och hur han bör bete sig, håller på att förändras. Detta kommer så småningom också att återspeglas i domstolarnas prövning av skadestånd.

⁹⁷ Hovrättens dom, s 5

Dessa två ovanstående rättsfall handlar båda om skadegrunden brist på informerat samtycke. Det sista rättsfallet som jag kommer att ta upp har en helt annan utgångspunkt, en mer ”klassisk” typ av felbehandling, nämligen påståendet att läkaren inte utfört de undersökningar som han borde ha gjort för att kunna fastställa vilken sjukdom patienten lider av.

9.2.5 Den uteblivna blodtryckskontrollen:⁹⁸

Lennart, född 1940, sökte läkare på vårdcentralen vid ett flertal tillfällen mellan 1981 och 1983 för nackhuvudvärk och andra besvär. Inte vid något tillfälle gjordes blodtrycksmätning. När han den 21 november 1983 sökte ögonläkare p g a försämrad syn upptäckte denna läkaren förändringar i patientens ögonbottnar. Han gjorde en blodtryckskontroll som visade ”livshotande högt blodtryck” och Lennart uppmanades omedelbart uppsöka sjukhuset, vilket han gjorde dagen därpå. Han blev då genast inlagd och det konstaterades att han led av malign hypertoni, elakartat högt blodtryck, en mycket allvarlig och ovanlig sjukdom som leder till döden om den inte behandlas. Sjukdomen hade funnits hos Lennart sedan en tid tillbaka, osäkert hur länge. Detta kunde man säga p g a att det höga blodtrycket orsakat skador på hans ögon, hjärta och njurar. Lennart yrkade skadestånd för förlorad arbetsförtjänst, ersättning för sjukvårdskostnader och andra utgifter samt ersättning för sveda och värk.

Frågan här gällde om läkaren varit skadeståndsgrundande oaktsam när han inte ordinerat blodtryckskontroll vid Lennarts kontakter med vårdcentralen. Olika medicinska experter vittnade på båda sidorna och deras utlåtanden sträckte sig alltifrån att ”...försumlighet förelegat i samband med samtliga fyra tillfällen (Lennarts kontakter med vårdcentralen, min anm) till att någon försummelse överhuvudtaget inte förekommit.”⁹⁹ Några regler för när blodtryckskontroll *måste* göras (min kurs) kunde de emellertid inte påvisa men professor Göran Berglund nämnde i sitt vittnesmål att det står i studenternas läroböcker att blodtrycksmätning alltid skall utföras vid symptom med huvudvärk.

Käromålet ogillades och Lennart fick betala rättegångskostnader för eget och motpartens ombud m m med sammanlagt 203 395 kronor plus ränta.

Domen överklagades inte.

Kommentar: Ärendet avgjordes genom en hårfin juridisk bedömning av om skadeståndsgrundande oaktsamhet förelegat eller ej. Vågskålen vägde till slut över till patientens nackdel. Rent juridiskt hade mycket möda lagts ner för att utreda frågan men var det detta som patienten behövde? Troligen var det mycket svårt att i förväg uttala sig med någon form av säkerhet om hur domstolen skulle komma att döma, det blev ett lotteri. För patienten blev det en dyr lott och tyvärr också en nitlott.

Det finns möjlighet att överklaga och det är inte ovanligt att utgången av målet ändras mellan instanserna. Men vem vågar överklaga när man, redan tidigare tyngd av ökade utgifter och minskade inkomster, åker på en rättegångskostnad på över 200 000 kronor? Vågar man ta ytterligare en lott? Eller hur skall man annars kunna lära sig att leva med det som hänt och kunna gå vidare? Tar systemen för kompensation hand om det behovet hos patienten?

10 SAMMANFATTNING OCH SLUTSATS

Jag har i uppsatsen behandlat de två system som finns för ekonomisk kompensation för en patient som anser sig ha blivit utsatt för felbehandling inom sjukvården, skadestånd och patientskadeersättning.

⁹⁸ Mål nr T1056-94, Dom 990611, Örebro tingsrätt

⁹⁹ Ovanstående mål under Tingsrättens bedömning, s 16

Sammanfattningsvis är det två helt olika system som bedömer patientens ärende utifrån helt olika förutsättningar.

Skadestånd utgår från begreppet culpa, oaktsamhet. Det skall kunna konstateras att vårdgivaren i sitt uppförande varit oaktsam, det är grunden för ersättningen. Oaktsamheten skall finnas antingen hos den enskilda personalen som utfört behandlingen eller hos arbetsgivaren som t ex låtit alltför oerfaren personal utföra vissa arbetsuppgifter. Det är patienten som har att visa att oaktsamhet föreligger, vilket ofta kan vara mycket svårt, beroende på olika omständigheter. De två advokater som jag intervjuat vittnar båda om det underläge som patienten befinner sig i vid en domstolsprocess.

Mot bakgrund av detta infördes också en annan väg för patienten att kunna få ekonomisk ersättning, patientskadeersättning, som lagstiftades genom PskL 1997. Här behöver patienten inte visa på någon oaktsamhet hos vårdgivaren men i stället gäller andra begränsningar som jag redogjort för ovan. Viktigast av dessa är att skadesituationen måste falla in under någon av de sex definierade typsituationerna i lagen. En mängd olika felbehandlingar faller utanför dessa sex typsituationer och kan därmed inte ersättas enligt PskL, t ex brist på informerat samtycke från patienten.

Patientskadeersättning är en försäkringslösning. "Den svenska modellen" står för tankegången att utsatta grupper bör skyddas av en försäkring, en trygghetslösning som kommer alla till del. En redan tidigare sjuk och svag patient skall inte behöva kämpa för att få sin ekonomiska ersättning utan den skall, nästan rutinmässigt, utbetalas när en skada uppstått. Patienten skall inte behöva gå till domstol, anlita juridiskt ombud osv och dessutom behöva lägga ner mycket möda och pengar på ett förfarande som kanske ändå slutar med att han förlorar. Nackdelen blir att ersättningsmöjligheterna av kostnadsskäl blir ganska begränsade, annars skulle systemet bli alltför dyrt. Som några exempel på detta finns i patientförsäkringssystemet en självrisk (karensbelopp) för att minska utredningskostnaderna, många småskadeärenden behöver inte utredas utan kan avvisas direkt. Dessutom finns en begränsning av ersättningsbeloppet i ett enskilt fall, något som inte förekommer annars inom skadeståndsrätten.

Som jag försökt visa på i uppsatsen är patienten ofta i ett mycket utsatt läge. Patienten som vi följt är inte bara sjuk utan anser också att han i sin nöd inte fått den behandling som han borde fått. Detta försätter honom ofta i en krissituation utöver den kris som han redan tidigare befinner sig i genom sin sjukdom. Det skapar ilska, bitterhet och sorg. Han kan inte alltid vara neutral och saklig, det här gäller honom själv och det viktigaste han har, hans liv och hälsa. Vem som helst av oss skulle säkert reagera likadant även om vi för andras räkning kan vara logiska och förnuftsmässiga.

Tar de två kompenationssystemen hand om detta patientens behov av psykologisk bearbetning och upprättelse? Det som i många fall är patientens allt överskuggande behov även om det kanske inte är direkt uttalat.

Svaret på den frågan är nej. Det är i alla fall inte systemens ändamål.

Patientskadeersättning är som sagt en försäkringslösning. Som Lena M på PSR sa, det handlar om pengar som hanteras i en ekonomisk apparat, det har ingenting med upprättelse eller

psykologisk bearbetning att göra. Hon kunde själv ibland tycka att ett fall var ömmande men gick det inte in under villkoren kunde ersättning inte beviljas, hur ömmande det än må vara. Dessutom bidrar det skriftliga förfarandet och den nästan obefintliga möjligheten till personlig närvaro i Patientskadenämnden till att ytterligare försumma patientens möjligheter att i alla fall som bieffekt få hjälp med sitt behov.

Skadeståndsvägen ger då, enligt min mening, patienten bättre möjligheter och det är också troligen därför som en del patienter fortfarande väljer den vägen trots att patientskadeersättningsvägen kanske hade varit lika bra. Det är viktigt med en muntlig förhandling där parterna sitter ansikte mot ansikte och patienten får chans att uttrycka sina tankar direkt inför domaren. Det är också viktigt att patienten känner att han har någon på sin sida vilket helt försumrats i patientförsäkringssystemet. Vill han anlita juridiskt ombud vid handläggningen hos PSR får han bekosta det själv, rättsskyddsförsäkringen täcker inte detta. Hur kan då patienten förstå det skriftliga besked som han får från försäkringsgivaren om varför ersättning inte kan utbetalas på olika juridiska finesser? Han lämnas helt enkelt åt sitt öde, allt han ser är att han ”fick inte rätt” – han fick ingen upprättelse. Vad skall han göra med sin bitterhet och besvikelse som fortfarande finns kvar?

Patientförsäkringssystemet är inte utformat för att täcka detta behovet, det är klart uttalat. Det skulle bli alltför dyrt och krångligt, ta alltför lång tid, med en massa patienter som personligen vill lägga fram sina synpunkter när de egentligen inte har något nytt att tillföra. Det gör att de mer än hälften av alla patienter som ansöker om ersättning och som får avslag faktiskt hamnar i en sämre situation än de var tidigare. De är nu inte bara sjuka och ”felbehandlade” utan upplever sig också oförstådda, kränkta och ”felbehandlade” inte bara av sjukvården utan också av samhället.

Vad kan man göra åt detta?

Patientombudet på SU/SS uttryckte så bra i min intervju med henne: Om vårdpersonalen vid de möten som ofta förekommer efter en ifrågasatt felbehandling kunde *be om ursäkt* så skulle många patienter nöja sig med det. Kanske kunde vårdpersonalen också påvisa att åtgärder kommer att vidtas så att inte misstaget upprepas. På så sätt leder det tråkiga som nu hänt i alla fall till att andra patienter inte skall behöva utsättas för samma sak. Patienten känner att hans ärende fått betydelse för andra, något som patienter ofta uttrycker som anledningen till att de vill göra en anmälan.

I stället blir det ibland vid dessa möten en jobbig och aggressiv stämning som inte hjälper patienten att komma vidare i hans bearbetning. Ibland kommer inte ens vårdpersonalen till avtalat möte eller också mycket försenade vilket bara leder till att patienten känner sig ytterligare kränkt.

En professionell hantering av konflikten direkt ute i sjukvården skulle kunna lösa många problem. Om patienten dessutom har möjlighet att få patientskadeersättning som ekonomisk kompensation för minskade inkomster och ökade utgifter så kan han ansöka om det men utan att bära med sig bördan av ett upprättelsebehov som inte kommer att bli tillgodosett inom det systemet.

Det handlar alltså, enligt min mening, om två olika saker som blandas samman. En psykologisk bearbetningsprocess och ett ekonomiskt kompensationsystem. Patientens behov av psykologisk bearbetning kommer inte att bli tillgodosett inom systemen för ekonomisk kompensation och vice versa. Många patienter, och faktiskt även sjukvårdspersonal, har inte

detta klart för sig. För patientens del känner han bara att han vill ”ha rätt” och det sättet som då erbjuds är att ansöka om pengar (eller anmäla till HSAN). Hos personalen finns det en skräck för att ”bli anmäld” och då likställs alla olika former av anmälningar – till patientförsäkringen, till HSAN eller till domstol. Allt antyder att personalen brustit på något sätt i sin yrkesskicklighet vilket upplevs som en skam och något man helst vill undvika att behöva konfronteras med.

Jag tror att hanteringen av patientskadeärenden är ett område som behöver ses över och möjligen att ett vårdprogram skulle behöva utformas – med klara rutiner för hur dessa ärenden skall handläggas – liksom man har inom sjukvården för olika sjukdomstillstånd. En handlingsplan som stöd för att allt går rätt till, att ingenting missas, och att patienten får hjälp med sina *olika* behov på ett sätt som gör att han inte i slutändan står där ensam kvar med sin bitterhet och sin besvikelse, ännu djupare ner i krisen än vad han var från början.

FÖRKORTNINGAR

HD	Högsta Domstolen
HSAN	Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen
HovR	Hovrätten
JK	Justitiekanslern
JO	Justitieombudsmannen
JT	Juridisk Tidskrift
LSS	Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade
LÖF	Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag
NJA	Nytt Juridiskt Arkiv
PL	Patientjournalagen
PO	Patientombudet
PskL	Patientskadelagen
PSR	Patientskadereglering AB
RhL	Rättshjälpslagen
RF	Regeringsformen
SkL	Skadeståndslagen
SFS	Svensk författningssamling
SU	Sahlgrenska Universitetssjukhuset
TFA	Trygghetsförsäkring vid arbetskada
TR	Tingsrätten
YVHSL	Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område

KÄLLOR

Offentligt tryck

Propositioner

Prop 1994/95:195	<i>Primärvård, privata vårdgivare m.m</i>
Prop 1995/96:187	<i>Patientskadelag m.m.</i>
Prop 1996/97:9	<i>Ny rättshjälpslag</i>
Prop 1997/98:109	<i>Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område</i>
Prop 1997/98:189	<i>Patientens ställning</i>
Prop 1998/99:4	<i>Stärkt patientinflytande</i>

Samtliga propositioner är hämtade från Rättsbanken som PDF-fil och sidnummer som anges kommer från den versionen.

Statens offentliga utredningar

SOU 1997:154	<i>Patienten har rätt</i>
SOU 1995:33	<i>Ersättning för ideell skada vid personskada</i>

Socialstyrelsen

Karlberg, Ingvar (sammanst)	<i>Sjukvården i Sverige 1998. Rapport från Socialstyrelsen till regeringen. Hämtad från Socialstyrelsens hemsida www.sos.se under Publicerat</i>
--------------------------------	--

Rättsfall

NJA 1990 s 442	<i>Nervtråden</i>
NJA 1991 s 481	<i>Beviskravet</i>
T108-95	
T239-96	
T1435-99	<i>Snarkmålet</i>
T1056-94	<i>Den uteblivna blodtryckskontrollen</i>

Avgöranden från Patientskadenämnden

7/1999	<i>Överförd infektion</i>
24/1999	<i>Skadan orsakad av vård/ behandling?</i>

Båda hämtade från Rättsfall – Försäkring och Skadestånd 1999 del B, s 244 f samt s 249 f

Litteratur

Böcker

Ekelöf, Per-Olof	<i>Rättegång. Andra häftet. Åttonde, bearbetade upplagan.</i>
Boman, Robert	<i>Norstedts Juridik</i>
Hellner, Jan	<i>Skadeståndsrätt. Femte upplagan. Juristförlaget.1995.</i>
Ringblom, Göran	<i>Fälld av ansvarsnämnden? Publicisthuset AB.1996</i>
Westerhäll, Lotta	<i>Patienträttigheter. Nerenius & Santéus Förlag AB. 1994</i>

Wilow, Kay *Patientskadelagen, en kommentar.* Publica, Norstedts juridik. 1997

Tidskrifter

Agell, Anders *Skadeståndsansvaret för operativt ingrepp utan patientens samtycke.* JT 1990-91:3, s 439-451

Rynning, Elisabet *Patientens samtycke – rättsligt relevant eller bara medicinskt-etiskt?* JT 1990-91:4, s 634

Otryckt material

Landstingens Ömsesidiga
Försäkringsbolag
Grev Turegatan 9A
114 46 Stockholm

Årsredovisning 1999

Internet

Hemsida www.forensic.lu.se/Forensic/ansvarsnämndenB.htm samt ...Forensic/hsaninfo.htm som tillhandahållits information från HSAN

Intervjuer

Chefsjurist *Michael Björin*, PSR, Stockholm

Försäkringsjurist och föredragande i Patientskadenämnden *Carl Espersson*,
Patientskadenämnden, Stockholm

Försäkringstjänsteman *Åsa Fagerström*, Folksam, Stockholm

Advokat *Ove Lind*, Advokatfirman Ove Lind, Stockholm

Utredningschef *Lena Mansnéus*, PSR, Stockholm

Handläggare och jurist *Karin Norin-Nilsson*, Patientnämnden, Göteborg

Patientombudet vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset *Siv Wassberg*, Göteborg

Advokat *Michael Tuveesson*, Advokatfirman Tuveesson AB, Trelleborg

Stort tack till alla ovanstående personer som alltid tagit sig tid att på ett engagerat och tillmötesgående sätt svara på mina frågor.

