

**PATIENTSKADENÄMNDENS REFERATSAMLING**

**SUPPLEMENT**

**Avgöranden enligt patientskadelagen**

**Våren 2016**

## **6 § första stycket Samband**

2016:01	Samband mellan godkänd patientskada i form av droppfot och senare fallolycka. Ersättning.	3
2016:02	Samband mellan godkänd patientskada i form av droppfot och senare fallolyckor. Ej ersättning.	5
2016:03	Samband mellan godkänd patientskada och senare fallolycka. Ersättning.	7
2016:10	Framkallande av ett skov av en kronisk sjukdom bedömts ha utlöst sjukdomen i dess helhet. Ersättning.	20

## **6 § första stycket 1 Behandlingsskada – valt förfarande**

2016:09	Känselbortfall hade undvikits med avlastande åtgärder. Ersättning.	19
---------	--	----

## **6 § första stycket 3 Diagnosskada**

2016:05	Fördröjd diagnos av Aspergers syndrom. Ersättning.	11
2016:07	Hjärtinfarkt hade kunnat förhindras med annan uppföljning. Ersättning.	14
2016:11	Fördröjd diagnos av senskada. Ersättning.	22
2016:12	Utebliven övervakning av kompartmentsyndrom. Ersättning.	23

## **6 § första stycket 5 Olycksfallsskada**

2016:08	Bristande fallriskbedömning och avsaknad av gånghjälpmedel har ansetts innebära förhöjd olycksfallsrisk. Ersättning.	17
---------	--	----

## **6 § första stycket 6 och 7 § 2 Medicineringskada**

2016:06	Förskrivning av läkemedel vid bristfällig provtagning och uppföljning. Ersättning.	12
---------	--	----

## **8 § Ersättningsfrågor**

2016:01	Samband mellan godkänd patientskada i form av droppfot och senare fallolycka. Ersättning.	3
---------	---	---

2016:02	Samband mellan godkänd patientskada i form av droppfot och senare fallolyckor. Ej ersättning.	5
2016:03	Samband mellan godkänd patientskada och senare fallolycka. Ersättning.	7
2016:04	Fortsatt ersättning för inkomstförlust utan samordning med med fiktiv inkomst. Ytterligare ersättning.	9
2016:10	Framkallande av ett skov av en kronisk sjukdom bedömts ha utlöst sjukdomen i dess helhet. Ersättning.	20
2016:13	Kostnad för privat psykoterapi. Ersättning.	25

## Referat 2016:01

### **Samband mellan godkänd patientskada i form av droppfot och senare fallolycka. Ersättning.**

#### **TILLÄMPLIGT LAGRUM**

6 och 8 §§ patientskadelagen (1996:799).

Ärendet gällde en 66-årig kvinna som fick en skada på nervus peroneus i höger ben, med droppfot som följd, efter en höftledsoperation den 14 september 2011. Patienten ramlade senare i sin sommarstuga den 4 juli 2012 och ådrog sig en högerradialfraktur (fraktur i handleden) och en lateral tibiafraktur (fraktur i skenbenet) i vänster ben.

**PATIENTEN** anmälde att hon fått en peroneuspareas efter operationen. Hon ansåg att hennes besvär motsvarade en högre invaliditet. Förutom total peroneuspareas med droppfot hade hon även nedsatt sensibilitet inom peroneusinnervat område. Dessa besvär medförde en påtaglig påverkan på hennes vardag och på grund av sämre balans och nedsatt styrka i sin högra fot blev hon tvungen att använda gånghjälpmedel i form av rollator både inom- och utomhus. Patientskadan medförde också en uppenbar fallrisk, något som resulterade i att hon ramlade i sin sommarstuga sommaren 2012. Enligt patienten var denna fallolycka orsakad av sviterna efter operationen.

**FÖRSÄKRINGSBOLAGET** tog ställning till patientens ersättningsanspråk med följande motivering:

Patienten har rätt till patientskadeersättning för skadan på nervus peroneus höger sida som uppkom i samband med operationen den 14 september 2011. Den medicinska invaliditetsgraden till följd av patientskadan har bedömts till 7 %.

Vad avser fallolyckan sommaren 2012 saknas det ett så nära samband mellan den godkända patientskadan och patientens fallskada mot höger handled och vänster knä att kravet på så kallad adekvat kausalitet ska anses uppfyllt.

Principen om adekvat kausalitet används för att fastställa om tillräckligt orsakssamband föreligger mellan en skadehändelse och den anmälda följden för att skadestånd ska utgå. I huvuddrag innebär principen att ersättning för en skada begränsas till fall då skadan är en följd av ett normalt och förutsebart händelseförlopp efter den skadegörande händelsen eller, som det också brukar uttryckas, att skadan ligger i farans riktning. Alltför avlägsna och opåräknliga skador ersätts inte.

Följderna av patientskadan hör inte ihop med fallskadan på ett sådant normalt och förutsebart sätt att man kan säga att fallet är en adekvat följd av patientskadan. Olycksfallet inträffade cirka 10 månader efter patientskadan och enligt vår bedömning har patienten haft god tid på sig att anpassa sig efter de besvär hon fått till följd av patientskadan. Någon ersättning för fallskadan den 4 juli 2012 kan därför inte lämnas.

**PATIENTSKADENÄMNDEN** ansåg att det förelåg rätt till ytterligare ersättning och gjorde följande bedömning:

Nämnden anser att den medicinska invaliditeten för total nervskada på nervus peroneus, med besvär i form av droppfot, inte överstiger 7 %.

En nervskada som det här är fråga om medför dock en anpassningstid på ungefär ett och ett halvt år. Under denna tid måste patienten vänja sig vid en påtaglig funktionsbegränsning, något som enligt nämndens bedömning innebär en ökad risk för olycksfall. Patientens fallolycka i juli 2012, som inträffade endast tio månader efter den totala nervskadan vid operationen i september 2011, bör därför betraktas som en sådan normal, påräknelig och adekvat följd av peroneusskadan och droppfoten att en ersättningsbar patientskada föreligger för följderna av olycksfallet.

PATIENTSKADENÄMNDEN  
DNR 2014/0037

## Referat 2016:02

**Samband mellan godkänd patientskada i form av droppfot och senare fallolyckor. Ej ersättning.**

### TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 och 8 §§ patientskadelagen (1996:799).

Ärendet gällde en kvinna, född år 1948, som hade en godkänd patientskada avseende följderna av en nervskada på nervus peroneus med besvär i form av en högersidig droppfot som uppkom i samband med ländryggsoperation den 26 juni 2007.

**PATIENTEN** anförde att hon inte var nöjd med den invaliditetsgrad som bedömts föreligga. Hon ansåg även att patientskadan lett till att hon drabbats av balansproblematik vilket gjort att hon fallit vid flera tillfällen. De allvarligaste olycksfallen inträffade i november 2010 och i december 2011.

**FÖRSÄKRINGSBOLAGET** tog ställning till patientens ersättningsanspråk med följande motivering:

Den medicinska invaliditetsgraden till följd av patientskadan uppgår till 7 %, motsvarande total peroneuspareas. Bedömningen grundar sig på medicinskt underlag samt intyg. Den sentransferering som patienten genomgick den 5 februari 2013, i syfte att slippa droppfotsskena, är också en följd av patientskadan. Den totala medicinska invaliditetsgraden har bedömts till 10 %. Den medicinska invaliditetsgraden till följd av grundskadan uppgår således till 3 % och innefattar smärtor motsvarande LV-roten.

Förnyad prövning av den medicinska invaliditetsgraden har gjorts med uppdaterat invaliditetsintyg, men har inte medfört någon ändring av tidigare bedömning. Den medicinska försämringen som uppkommit efter den initiala bedömningen är att hänföra till grundskadan/grundsjukdomen.

När det gäller patientens anmälan om sekundära skador i samband med fallolyckor bedömer bolaget att det inte är övervägande sannolikt att det föreligger ett direkt orsakssamband mellan den godkända patientskadan och patientens försämrade balans som medfört sekundära fallolyckor. Dessa besvär beror mer sannolikt på patientens grundskada/grundsjukdom.

**PATIENTSKADENÄMNDEN** ansåg att det inte förelåg rätt till ytterligare ersättning och gjorde följande bedömning:

Patienten genomgick den 26 juni 2007 en ländryggsoperation på grund av diskbråck och spinal stenos. Vid operationen uppkom en total nervskada på nervus peroneus med besvär i form av en högersidig droppfot. Bolaget har godkänt följderna av denna som en patientskada.

Nämnden gör samma bedömning som Lof att den medicinska invaliditeten för en total nervskada på nervus peroneus inte överstiger 7 %. Det försämringstillstånd som patienten senare anført är med övervägande sannolikhet en följd av hennes

grundsjukdomar. Patienten har därmed inte rätt till ytterligare ersättning för bestående men.

Den 15 november 2010 konstaterades en fraktur i höger knä efter ett olycksfall några veckor tidigare i samband med en semesterresa. Den 14 december 2011 inträffade åter ett olycksfall, varvid patienten föll och skadade sig. Patienten har gjort gällande att olycksfallen har orsakats av patientskadan. Frågan är då om det är övervägande sannolikt att ett sådant orsakssamband föreligger.

En nervskada som det här är fråga om medför en anpassningstid då patienten har att vänja sig vid en påtaglig funktionsbegränsning, något som enligt nämndens bedömning innebär en ökad risk för olycksfall. För att ersättning ska kunna utbetalas för följderna av ett olycksfall krävs att sambandet mellan patientskadan och olycksfallet inte får vara alltför avlägset. Patientskadan orsakades den 26 juni 2007 och de anmälda olycksfallen inträffade drygt tre- respektive fyra år senare. Patienten har alltså haft lång tid på sig att anpassa sig till droppfotens funktionsbegränsningar. Patienten har därmed inte rätt till ersättning för skadorna som uppkommit till följd av olycksfallen.

PATIENTSKADENÄMNDEN  
DNR 2015/1179

## Referat 2016:03

### Samband mellan godkänd patientskada i form av infektion och senare fallolycka. Ersättning.

#### TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 och 8 §§ patientskadelagen (1996:799).

Ärendet gällde en man, född år 1949, som hade en godkänd patientskada avseende följderna av en septisk artrit (bakterieinfektion i en led) som uppkom i samband med meniskoperation i vänster knä den 19 april 2011.

**PATIENTEN** anförde att han inte var nöjd med den invaliditetsgrad som bolaget hade bedömt föreligga. Han ansåg även att den fraktur i vänster ben som han drabbats av i samband med en halkolycka den 7 december 2011 var orsakad av den godkända patientskadan då denna lett till instabilitet och svaghet i knäet.

**FÖRSÄKRINGSBOLAGET** tog ställning till patientens ersättningsanspråk med följande motivering:

Bolaget bedömer att den totala medicinska invaliditetsgraden uppgår till 5 %, varav patientskadan utgör 4 %.

Det är inte övervägande sannolikt att det föreligger ett orsakssamband mellan olycksfallet, fraktur i vänster ben, och den godkända patientskadan - infektionen. Den instabilitet i knäet som patienten har upplevt kan inte förklaras av infektionen, som var utläkt flera månader innan frakturen uppkom. Någon rätt till patientskadeersättning för frakturen föreligger inte.

**PATIENTSKADENÄMNDEN** ansåg att det förelåg rätt till ytterligare ersättning och gjorde följande bedömning:

Patienten genomgick en artroskopi (titthållskirurgi) för menisksymptom i vänster knä i april 2011. Han insjuknade två dagar efter ingreppet med symptom på infektion, men lades in först efter drygt en vecka med tecken på septisk artrit. Det genomfördes ett flertal punktioner och spolningar av knäet och patienten insattes på långtidsbehandling med antibiotika. Under denna tid utvecklade han osteit (benröta) i knäskålen och femurkondylen (nedre delen av lårbenet som förbinder knäleden med underbenet). Infektionen läkte ut med antibiotikabehandling först efter sex månader och vid återbesök i oktober sattes antibiotikan ut. Patienten hade dock belastningssmärter och sträckdefekt i knäet och eftersom han inte kunde utföra sina vanliga arbetsuppgifter blev han fortsatt sjukskriven på halvtid i ytterligare tre månader. Efter två månader, i december 2011, halkade han på en isfläck och ådrog sig en fraktur på nedre delen av vänster lårben. Patienten har hävdade att halkolyckan i december 2011 är en följd av den infektion i knäet som han drabbats av i samband med meniskoperationen i april 2011. Olyckan beror enligt patienten på en instabilitet och svaghet i knäet och han halkade under rehabiliteringsfasen av infektionen, vilket innebär att knäet inte var fullt funktionsdugligt vilket orsakade olyckan.



Löf har godkänt infektionen vid artroskopin som en ersättningsbar patientskada, men har hävdad att det inte föreligger samband mellan infektionen och patientens fallolycka. Bolaget har ansett att den instabilitet i knäet som patienten upplevt inte kan förklaras av infektionen, som var utläkt flera månader innan frakturen uppkom.

Av det medicinska underlaget framgår att patienten i oktober 2011 ännu inte var återställd i sin knäfunktion. Han hade belastningssmärter, svullnad och krepitationer (skrapljud) i knäet samt inskränkt rörlighet (sträckdefekt). Dessa symtom tyder på artrosutveckling, och röntgen av frakturen i december 2011 visade att det förelåg artros i knäleden, något som inte fanns vid röntgen före artroskopin i april 2011. Av invaliditetsintyget den 12 april 2013 framgår också att patienten utvecklat artros som med stor sannolikhet var iatrogen (av sjukvården) orsakad, med påtagliga subjektiva besvär, objektiva röntgenologiska förändringar och kliniska statusfynd.

En grundläggande förutsättning för ersättning enligt patientskadelagen är att det med övervägande sannolikhet föreligger ett orsakssamband mellan en skada och medicinsk behandling. Inom svensk skadeståndsrätt ersätts följder av en personskada vilka till sin typ hör till de allmänt förekommande, även om skadan i det särskilda fallet har inträffat på ett ovanligt sätt eller åtskilligt senare än initialskanan (Hellner och Radetzki, Skadeståndsrätt, nionde upplagan, s. 198). En person som till exempel bryter benet vid en trafikolycka och som bryter benet igen ett år senare har ansetts kunna få ersättning även för det senare benbrottet (se NJA 1940 s. 382).

Infektionen i patientens knä har lett till svårigheter att belasta det på grund av smärta och inskränkt rörlighet. Detta har enligt nämndens mening inneburit att patienten haft betydligt sämre förutsättningar än andra att parera halkan och därmed undvika att ramla. Det är därför enligt nämndens mening övervägande sannolikt att halkolycksfallet i december 2011, med benfraktur som följd, är orsakad av den godkända patientskadan, infektionen vid artroskopioperation i april samma år. Det föreligger därför rätt till patientskadeersättning för följderna av halkolyckan. Nämnden överlåter på bolaget att utreda skadans omfattning och göra en ny bedömning av invaliditetsgraden.

PATIENTSKADENÄMNDEN  
DNR 2014/0512

## Referat 2016:04

**Fortsatt ersättning för inkomstförlust utan samordning med fiktiv inkomst. Ytterligare ersättning.**

### TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 och 8 §§ patientskadelagen (1996:799) samt skadeståndslagen (1972:207).

Ärendet gällde en man, född år 1953, som efter att ha diagnostiserats med njurcancer i januari 1997 fick en frisk njure bortopererad. Följderna av det felaktiga njurborttagandet är en ersättningsbar patientskada. Den medicinska invaliditetsgraden till följd av patientskadan bedömdes till 46 %. Patienten erhöll hel sjukersättning från Försäkringskassan sedan 1999 och fick ersättning för inkomstförlust från försäkringsbolaget utifrån hel arbetsförmåga fram till och med inkomståret 2011. Från och med april 2012 har Försäkringskassan bedömt att patienten har en arbetsförmåga motsvarande 75 % av en heltidstjänst då kassan fått uppgift om att han arbetat på olika arbetsplatser och därtill haft oavlönat arbete. Försäkringsbolaget följde Försäkringskassans bedömning och beräknade ersättning för inkomstförlust utifrån en samordning med en fiktiv inkomst motsvarande 75 % av en heltidstjänst, vilket innebär att patientens arbetsförmåga till följd av patientskadan enligt bolaget nu uppgick till endast 25 %.

**PATIENTEN** yrkade att ersättning för inkomstförlust skulle lämnas även fortsättningsvis utifrån hans faktiska inkomster, således utan samordning med någon fiktiv inkomst. Han gjorde gällande att han alltså var helt arbetsförmögen till följd av smärtbesvär efter patientskadan. Patienten hävdade, med hänvisning till skadeståndslagens förarbeten och praxis från Högsta domstolen, att det inte förelåg sådana förhållanden att hans ersättning skulle reduceras på det sätt som försäkringsbolaget gjort.

**FÖRSÄKRINGSBOLAGET** tog ställning till patientens ersättningsanspråk med följande motivering:

Försäkringskassans utredning visade att patienten hade en restarbetsförmåga motsvarande 75 % av en heltidstjänst, oavsett att en del av patientens arbete var oavlönat. Detta motiverar en samordning med en fiktiv inkomst motsvarande 75 % av heltidsarbete.

**PATIENTSKADENÄMNDEN** ansåg att det förelåg rätt till ytterligare ersättning och gjorde följande bedömning:

Patienten har en godkänd behandlingsskada med en invaliditetsgrad om 46 %, varav 33 % betingar psykisk invaliditet. Av utredningen framgår att Löf löpande har godkänt och lämnat ersättning för inkomstförlust till och med inkomståret 2011 med hänsyn till behandlingsskadan och dess följder utifrån ett fastställt inkomstunderlag i enlighet med differensmetoden. För tid därefter har Löf, mot bakgrund av bedömning som gjorts av Försäkringskassan, ansett att endast 25 % av patientens arbetsförmåga beror på behandlingsskadan. Löf har i ett fall som detta bevisbördan – utan bevislättning – för påståendet att behandlingsskadan inte längre är hela orsaken till den arbetsförmåga

som tidigare godtagits. Därvid ska Löf göra en självständig bedömning och kan inte endast åberopa beslut som fattats av Försäkringskassan. Av utredningen kan inte anses klart framgå att patientens besvär till följd av behandlingsskadan har avklingat. Löf har därför inte styrkt sitt påstående att den skadebetingade arbetsförmågan baserad på en invaliditetsgrad om 46 % skulle ha minskat. Det föreligger således rätt till ersättning för faktisk inkomstförlust från och med år 2012 och framåt.

PATIENTSKADENÄMNDEN  
DNR 2015/0906

## Referat 2016:05

### Merskada vid fördröjd diagnos av neuropsykiatrisk diagnos, Aspergers syndrom. Ersättning.

#### TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 3 patientskadelagen (1996:799).

Ärendet gällde en kvinna, född år 1992, som hade en långvarig kontakt med psykiatri och behandlades för nedstämdhet/depression. År 2010 genomfördes en neuropsykiatrisk utredning som resulterade i en ADHD-diagnos. Resultatet omprövades år 2011 och patienten fick diagnosen Aspergers syndrom.

**PATIENTEN** anmälde att hon drabbats av ett psykiskt lidande till följd av fördröjd diagnos och behandling av Aspergers syndrom sedan år 2004. På grund av detta har hon ett kvarstående psykiskt lidande i form av extrem sömnstörning, ångest, posttraumatisk stress, orkeslöshet och PMS-syndrom.

**FÖRSÄKRINGSBOLAGET** avböjde patientens ersättningsanspråk med följande motivering:

Det föreligger en fördröjd diagnos och behandling av Aspergers syndrom under perioden 2006 – 2011. För att ersättning skall kunna lämnas krävs att den uteblivna diagnosen medfört att en personskada uppkommit, dvs. en skada av fysisk eller psykisk art som manifesterats i en medicinskt påvisbar effekt. Efter att diagnosen ställts har patientens besvär inte ändrats nämnvärt. Bedömningen är att det inte är övervägande sannolikt att patientens fortsatta besvär med psykisk ohälsa beror på eller har förvärrats av fördröjningen. Någon merskada har inte uppstått. Före år 2006 föreligger ingen felaktig diagnos i den mening som avses i patientskadelagen.

**PATIENTSKADENÄMNDEN** ansåg att det förelåg en ersättningsbar patientskada och gjorde följande bedömning:

Nämnden instämmer i bedömningen att det föreligger en fördröjd diagnos och behandling av Aspergers syndrom (autismspektrumstörning) under perioden 2006 - 2011. Aktuell kunskap talar för att tidig diagnos och rätt stöd i barn- och ungdomsår vid autismspektrumstörningar är av största vikt. Hade diagnosen ställts redan år 2006 hade patienten fått rätt stöd och insatser riktade mot personer med autismspektrumstörning. Med övervägande sannolikhet hade detta inneburit minskade besvär med ångest och depression. Nämndens bedömning är således att det föreligger rätt till patientskadeersättning. Det ankommer på Löv att närmare utreda vilken ersättning som kan lämnas.

PATIENTSKADENÄMNDEN  
DNR 2015/1540

## Referat 2016:06

### Förskrivning av läkemedel i strid med föreskrifter och anvisningar till följd av bristfällig provtagning och uppföljning. Ersättning.

#### TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 3 och 6 patientskadelagen (1996:799).

Ärendet gällde en kvinna, född år 1942, som under sommaren 2013 behandlades med preparatet Imurel för besvär med polymyalgia reumatika (värk och stelhet i nacke, skuldror och bäckengördel samt allmänna symtom).

**PATIENTEN** anmälde att hon till följd av bristfällig provtagning inför behandling med Imurel drabbats av allvarlig läkemedelbiverkan i form av sepsis (blodförgiftning), pancytopeni (brist på alla blodkroppar) och myofascit (inflammation i muskel och dess fascia, bindvävshinnan). Hon fick delvis kvarstående känselbortfall i vänster ben, depression, håglöshet, glömska samt balansproblem. Patienten påtalade att även om ett s.k. TPMT-prov hade tagits inför insättande av Imurel så togs fel prov och man avvaktade inte provsvar innan läkemedelsbehandlingen påbörjades.

**FÖRSÄKRINGSBOLAGET** avböjde patientens ersättningsanspråk med följande motivering:

Genotypning av Thiopurine metyltransferase, eller mätning av enzymatisk aktivitet av TPMT, rekommenderas i nuläget inte som generell startprov inom svensk sjukvård. Förskrivningen av Imurel har skett enligt gällande föreskrifter och anvisningar. Faktiskt iakttagbara symptom har successivt tolkats i överensstämmelse med allmänt vedertagen praxis på ett sätt som kan förväntas av en erfaren specialist inom aktuellt specialtområde (reumatologi). Man har ordinerat lämpliga undersökningar och tolkat undersökningsresultaten på ett rimligt sätt. TPMT-status kontrollerades inför eventuell doshöjning av Imurel. Blodprover kontrollerades enligt reumatologisk praxis och när pancytopeni konstaterades sattes behandlingen ut.

**PATIENTSKADENÄMNDEN** ansåg att det förelåg en ersättningsbar patientskada och gjorde följande bedömning:

Nämnden konstaterar att prov avseende enzymet TPMT inte tas rutinmässigt, utan i regel endast om det finns särskild anledning. I detta fall togs provet för att man skulle vara säker beträffande användandet av Imurel och läkemedlets påverkan på patienten. Sedan provet tagits borde man enligt nämndens mening också ha väntat på provsvaret innan Imurel sattes in. Insättandet av Imurel bör därför anses ha skett i strid med föreskrifter och anvisningar.

Vid behandling med Imurel är det dessutom viktigt att följa patientens blodstatus noggrant för att kunna upptäcka eventuell toxicitet. Nämnden anser därför att blodprov borde ha tagits senast en vecka efter det att läkemedlet sattes in. Patientens värden hade då kunnat peka på ett utsättande av läkemedlet tidigare än vad som skedde.

Under sådana förhållanden föreligger rätt till ersättning för följderna av behandlingen med Imurel. Det ankommer på Lof att beräkna vilken ersättning som kan lämnas.

PATIENTSKADENÄMNDEN  
DNR 2015/1208

## Referat 2016:07

**En dödlig hjärtinfarkt hade kunnat förhindras om patienten hade kallats åter för arbetsprov inom en till två dagar. Ersättning.**

### TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 och 3 patientskadelagen (1996:799).

Ärendet gällde en man född år 1942. Han uppsökte vårdcentral den 6 december 2010 pga. att han känt tryck över bröstet vid ansträngning sedan ett par dagar tillbaka. Hans besvär bedömdes som klar instabil angina (instabil kärlekskramp) och han remitterades akut till medicinklinik. Efter provtagning och undersökning skickades patienten hem, där han avled i hjärtinfarkt den 12 december 2010.

**DÖDSBOET** anmälde att patienten avlidit i hjärtinfarkt till följd av bristfällig vård och behandling av misstänkt början på hjärtinfarkt när han sökte akut för sina besvär den 6 december 2010. Enligt dödsboet hade dödsfallet kunnat undvikas om läkemedel hade satts in omgående pga. den misstänkta infarkten samt om man kallat patienten åter för arbetsprov snarast efter akutbesöket.

**FÖRSÄKRINGSBOLAGET** avböjde dödsboets ersättningsanspråk med följande motivering:

Handläggningen av patienten på akutmottagningen den 6 december 2010 har skett enligt vad som kan förväntas, utöver att man planerade 3 veckors väntan för patienten innan han skulle få utföra arbetsprov. Diagnosen instabil kärlekskramp hade kunnat ställas tidigare om patienten låtit lägga in sig på sjukhus som rekommenderades av läkare. Man informerade om att symtomen kunde vara förenliga med början på hjärtinfarkt och rekommenderade inläggning för vidare utredning/behandling. Patienten valde att återgå till hemmet och kunde enligt de aktuella förutsättningarna inte tvingas till vård.

Patientens dödsfall uppkom med övervägande sannolikhet inte till följd av behandlingen eller några brister i denna i samband med läkarbesöket den 6 december 2010. Dödsfallet bedöms i sin helhet ha uppkommit till följd av patientens grundsjukdom instabil angina som i sin tur orsakade en akut hjärtinfarkt den 12 december 2010.

**PATIENTSKADENÄMNDEN** ansåg att det förelåg en ersättningsbar patientskada och gjorde följande bedömning:

#### *Bakgrund*

Patienten sökte vid vårdcentral den 6 december 2010 för bröstsmärtor som förekommit i omgångar sedan några dagar, vid något tillfälle med timslånga besvär. Efter att ha utfört undersökning, blodtrycksmätning och EKG ansåg vårdcentralsläkaren att symtomen med bröstsmärta ingav klar misstanke om instabil angina (instabil kärlekskramp). Patienten remitterades akut till medicinklinik. Vid medicinkliniken utfördes provtagning och EKG, vilka inte visade några avvikelser. Bedömningen blev att

besvären var misstänkt nydebuterad angina. Patienten föreslogs inläggning för snabb utredning men avböjde enligt journalen inläggning "å det bestämdaste". Patienten fick därför återgå till hemmet med planerad uppföljning i form av arbetsprov (arbets-EKG). Underläkaren vid medicinkliniken satte upp patienten på väntelista för arbetsprov inom tre veckor. Patienten avled i hjärtinfarkt den 12 december 2010 innan han blivit kallad till arbetsprov. Kallelse initierades via telefonsamtal åtta dagar efter akutbesöket och då hade patienten redan avlidit.

#### *Anmäld skada*

Dödsboet har som patientskada anmält att patienten avled i hjärtinfarkt den 12 december 2010 till följd av bristfälligt omhändertagande för instabil angina vid medicinkliniken från den 6 december 2010 och fram till dödsfallet. Dödsboet anmäler att dödsfallet hade förhindrats om man hade satt in läkemedelsbehandling vid besöket på medicinkliniken samt om man hade kallat patienten för arbetsprov i närmare anslutning till akutbesöket. Dödsboet tar även upp att det var slarv och nonchalans av läkaren att låta patienten åka hem samt att akut inläggning med utredning och behandling borde ha ombesörjts.

#### *Bolagets inställning*

Enligt Löf ställdes diagnosen misstänkt instabil kranskärslsjukdom vid akutbesöket. Bolaget anger att då risken för hjärtinfarkt eller död inom 30 dagar enligt vetenskapliga studier bedöms som låg var det rimligt att planera för utredning med arbetsprov i öppen vård när patienten avböjde inläggning. Dock menar bolaget att man skulle ha kallat patienten tidigare än inom de tre veckor som läkaren angav och då inom 7-10 dagar. Bolaget finner därmed att det var adekvat att kalla patienten efter åtta dagar. Mot denna bakgrund har bolaget uppfattningen att det inte uppkommit någon personskada till följd av försenad utredning. Bolaget anser att den läkemedelsbehandling som kunde ha satts in i väntan på utredningen inte med övervägande sannolikhet hade förhindrat dödsfallet. Bolaget hänför dödsfallet till patientens grundsjukdom.

#### *Nämndens bedömning*

Av journalhandlingen från medicinkliniken framgår inte vilken information som lämnades till patienten om hans hälsotillstånd och eventuella risker med att avstå från inläggning. Det framgår inte heller vilken information som patienten fick beträffande när han, om han avstod från inläggning, skulle komma att bli kallad för fortsatt utredning. De uppgifter som lämnats av patientens maka i överklagandet tyder på att patienten bibringats uppfattningen att han skulle komma att kallas till sådan utredning inom ett par dagar från besöket på medicinkliniken och att detta besked var avgörande för hans beslut att avböja inläggning. Enligt nämndens mening var det av stor vikt att patienten gavs fullständig information i dessa delar inför sitt ställningstagande till om han skulle låta sig bli inlagd eller välja att gå hem. Det kan starkt ifrågasättas om inte patienten hade valt att stanna kvar på sjukhuset om han fått klart för sig att det var mycket angeläget med inläggning och i vart fall att han riskerade att få vänta i tre veckor med vidare utredning om han valde att gå hem. Oavsett hur det förhåller sig härmed är det nämndens bestämda uppfattning att patienten skulle ha kallats åter för arbetsprov inom en till två dagar i enlighet med det yttrande som överläkaren vid medicinkliniken avgivit i IVO:s utredning av patientens vårdförlopp. Med hänsyn till att



överläkaren vid aktuell klinik gjort denna bedömning får det antas ha varit ett förfaringssätt som kliniken resursmässigt haft möjlighet att erbjuda. Nämnden gör bedömningen att om patienten hade genomgått arbetsprov inom en till två dagar skulle undersökningsfynden ha medfört remittering till fortsatt behandling, såsom ballongvidgning, som med övervägande sannolikhet hade förhindrat den dödliga hjärtinfarkten. Den läkemedelsbehandling för angina som kunde ha övervägts i avvaktan på arbetsprovet anser nämnden däremot inte med övervägande sannolikhet hade kunnat förhindra dödsfallet.

Under dessa förhållanden är dödsfallet en ersättningsbar patientskada. Löf bör närmare utreda vilken ersättning som kan lämnas.

PATIENTSKADENÄMNDEN  
DNR 2015/1652

## Referat 2016:08

**Bristande fallriskbedömning och avsaknad av gånghjälpmedel har ansetts innebära förhöjd olycksfallsrisk. Ersättning.**

### TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 5 patientskadelagen (1996:799).

Ärendet gällde en man, född år 1930, som vårdades på medicinkliniken med förvärrad KOL (kronisk obstruktiv lungsjukdom) den 22 december 2013. Vid patientens ankomst till avdelningen gjordes en fallriskbedömning. Downton Fall Risk Index visade en fallrisk på 1 poäng av maximalt 11 pga. osäker gångförmåga. Några särskilda förebyggande åtgärder vidtogs inte då fallrisken bedömdes som låg. Patienten hade även kända prostatabesvär, vilket medförde att han var uppe och gick flera gånger nattetid.

Vid återkomst till avdelningen efter röntgenundersökning den 23 december samma år önskade patienten ha sänggrindarna nedfällda. En medpatient larmade personalen en stund senare då patienten befanns liggande på golvet. Ingen vårdpersonal fanns i rummet när skadan inträffade. Fallet orsakades av att patienten försökt förflytta sig mellan sängen och en stol en meter bort. Han ådrog sig en högersidig lårbenshalsfraktur vid olyckan och opererades dagen efter. Patienten avled den 2 mars 2015.

**PATIENTEN** anmälde att han drabbats av en högersidig fraktur i samband med bristande vård på medicinkliniken. Dödsboet ansåg att patienten hade försatts i en situation med förhöjd olycksfallsrisk när han lämnats ensam i rummet utan gånghjälpmedel i anslutning till vårdplatsen. I hemmet hade han ständigt hjälpmedel, både inom- och utomhus. Patienten avled i sviterna av olycksfallet.

**FÖRSÄKRINGSBOLAGET** avböjde patientens ersättningsanspråk med motiveringen att olycksfallet inte har samband med vården och att vården inte har försatt patienten i förhöjd olycksfallsrisk genom bristande åtgärder.

**PATIENTSKADENÄMNDEN** ansåg att det förelåg en ersättningsbar patientskada och gjorde följande bedömning:

Patienten har anmält att han den 23 december 2013, i samband med sjukhusvård på grund av lunginflammation och KOL, föll intill sin säng på vårdavdelningen. Fallet medförde en högersidig lårbenshalsfraktur som senare opererades. Patienten och senare dödsboet anser att patienten försatts i en förhöjd olycksfallsrisk då han lämnats ensam på rummet utan tillgång till gånghjälpmedel (rollator) trots att han var omtumlad på grund av grundsjukdomen KOL och infektionen. Patienten besvärades även av täta urinträngningar vilket krävde upprepade toalettbesök, även nattetid.

Det framgår av journalen att man sent på kvällen den 22 december, i samband med patientens ankomst till sjukhuset, genomfört en fallriskbedömning enligt Downton Fall Risk Index. Fallrisken bedömdes till 1 poäng, av totalt 11 möjliga, på grund av osäker

gångförmåga. Det bedömdes inte föreligga någon ökad risk för fall och man genomförde inte någon förebyggande åtgärd.

Nämnden anser att patientens tillstånd initialt skattats för lågt men att det inte är övervägande sannolikt att tillståndet vid en korrekt bedömning skulle ha bedömts till högre än 3 poäng, vilket är gränsen för en ökad fallrisk. Den bristande fallriskbedömningen i kombination med att patienten lämnats ensam i sin säng med nedfällda sänggrindar, utan tillgång till de gånghjälpmedel som han vanligtvis har i sin hemmiljö, innebär emellertid enligt nämndens bedömning att patienten försatts i en situation som inneburit en förhöjd olycksfallsrisk. Särskilda åtgärder borde ha vidtagits vilket med övervägande sannolikhet hade förhindrat det olycksfall som inträffade.

[...]

PATIENTSKADENÄMNDEN  
DNR 2015/1516

## Referat 2016:09

**Känselfall i vänster underben och fot hade kunnat undvikas om tillräckliga åtgärder vidtagits för att undvika tryck på peroneusnerven. Ersättning.**

### TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 patientskadelagen (1996:799).

Ärendet gällde en kvinna född år 1950. Hon opererades pga. pancreascancer (bukspottskörtelcancer) den 16 september 2013. Efter operationen konstaterades att patienten hade besvär i form av nedsatt känsel och motorik i vänster ben och fot.

**PATIENTEN** anmälde att hon drabbats av känsselfall i vänster underben och fot i samband med operationen i september 2013. Enligt patienten var känsselfallet orsakat av den ryggbedövning som hon fick vid operationen.

**FÖRSÄKRINGSBOLAGET** avböjde patientens ersättningsanspråk med följande motivering:

Det är inte övervägande sannolikt att det finns något orsakssamband mellan bedövningsförfarandet på bröstryggsnivå i samband med operationen och den anmälda skadan, känsselfall i vänster underben och fot.

**PATIENTSKADENÄMNDEN** ansåg att det förelåg en ersättningsbar patientskada och gjorde följande bedömning:

Patienten har anmält att hon efter operationen med pankreasresektion den 16 september 2013 har drabbats av känsselfall i vänster underben och fot. Patientens hade ryggbedövning och menar att känsselfallet är orsakat av den.

Löf har bedömt att det inte är övervägande sannolikt att det föreligger samband mellan bedövningsförfarandet, som skedde i bröstryggsnivå, och den anmälda skadan.

Enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen lämnas patientskadeersättning för personskada på patient om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av en vårdåtgärd under förutsättning att skadan kunnat undvikas exempelvis genom ett annat utförande av det valda förfarandet. Nämnden delar Löfs bedömning att det inte är övervägande sannolikt att den anmälda skadan är orsakad av bedövningen. Enligt nämndens bedömning är det dock övervägande sannolikt att den anmälda skadan är orsakad av tryck mot peroneusnerven i samband med den långa operationen. En sådan skada hade kunnat undvikas om man vidtagit tillräckliga åtgärder för att undvika tryck på peroneusnerven. Under sådana förhållanden föreligger rätt till patientskadeersättning och det ankommer på Löf att utreda vilken ersättning som kan lämnas.

PATIENTSKADENÄMNDEN  
DNR 2015/1156

## Referat 2016:10

**Läkemedelsbehandling som framkallat ett skov av en kronisk sjukdom har bedömts ha utlöst sjukdomen i dess helhet. Ersättning.**

### TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 och 8 §§ patientskadelagen (1996:799).

Ärendet gällde en man, född år 1962, som pga. vänstersidig korsbandsruptur opererades med korsbandsrekonstruktion den 25 juni 2009. Patienten hade besvär med smärta och svullnad efter operationen och läkemedelsbehandling med Diklofenak (antiinflammatoriskt läkemedel) sattes in. Uppföljande röntgenundersökning visade att korsbandet satts lite långt fram. Han opererades därför igen den 9 februari 2010 och den 14 juni 2012.

Patienten utreddes vidare under början av år 2010 med endoskopi då han sedan juni 2009 haft magbesvär och blodig avföring. Provtagning i samband med endoskopi tydde på ulcerös colit (inflammation i slemhinnan i tjock- och ändtarmen).

**PATIENTEN** anmälde att han drabbats av konstant stelhet och smärta/värk i knä och benmuskulatur. Dessa besvär debuterade i och med operationen den 25 juni 2009 och måste därmed ses som en direkt konsekvens av att denna misslyckades. Besvären innan operationen bestod endast i instabilitet. Han drabbades också av besvär med mage och tarm (ulcerös kolit), som debuterade i samband med intag av Diklofenak som ortopedien ordinerade under långa perioder mot smärta i knäet. Innan dess var han helt besvärfri från mage och tarm. Sjukdomen fanns inte heller i hans släkt. Den ulcerösa koliten måste ses som en direkt följd av medicineringen med Diklofenak.

**FÖRSÄKRINGSBOLAGET** tog ställning till patientens ersättningsanspråk med följande motivering:

Patienten har rätt till ersättning för onödigt lidande samt kvarvarande sträckdefekt till följd av suboptimal placering av korsbandstransplantat i samband med operationen den 25 juni 2009 med behov av två omoperationer. Patientskadan har medfört kvarstående besvär med extensionsdefekt (sträckdefekt) om cirka 5 grader motsvarande en invaliditetsgrad på 1 %. De övriga besvär som åberopas bedöms med övervägande sannolikhet inte vara orsakade av patientskadan.

Patientens skadan har genom att patienten medicinerat med Diklofenak, bedömts medföra att patienten drabbades av ett skov av ulcerös colit i juni 2009 som pågick till och med slutet av maj 2010. Efterföljande skov av ulcerös colit bedöms inte vara orsakade av patientskadan.

**PATIENTSKADENÄMNDEN** ansåg att det förelåg rätt till ytterligare ersättning och gjorde följande bedömning:

Patienten opererades den 25 juni 2009 med korsbandsrekonstruktion på grund av vänstersidig korsbandsruptur. Efter operationen kunde man konstatera att korsbandet hade satts lite för långt fram.

Löf har bedömt att patienten har rätt till ersättning för att korsbandet inte var placerat optimalt vid operationen den 25 juni 2009 och följderna av det. Följderna består av lidande, två extra operationer och kvarstående sträckdefekt på fem grader. Skadan har även inneburit att patienten medicinerats med Diklofenak vilket enligt Löf medfört att han drabbades av ett skov, sitt första, av ulcerös kolit under perioden juni 2009 - maj 2010. Däremot har Löf ansett att det inte är övervägande sannolikt att senare skov, och följdbesvär på grund av dessa, har samband med patientskadan. Löf har vidare bedömt att de av patienten anmälda sekundära besvären med smärta, värk, stelhet i rygg, nacke och leder samt inflammation i andra kroppsregioner och sekundär spondartrit/sakroilit inte har samband med patientskadan.

Nämnden delar Löfs bedömning i fråga om ersättningen för bestående men avseende sträckdefekten i knäet.

Löf har således gjort bedömningen att det är övervägande sannolikt att det är behandlingen med Diklofenak som har utlöst det första skovet av ulcerös kolit. Nämnden anser att en latent sjukdom som utlöses till följd av läkemedelsbehandling är orsakad av läkemedlet. Det saknar betydelse om patienten, även om läkemedelsbehandlingen inte skett, ändå förr eller senare skulle ha fått symtom från sjukdomen. Nämndens bedömning är att tarmsjukdomen i sin helhet, dvs. såväl det första skovet som därpå följande skov samt följdbesvär av sjukdomen, har uppkommit som en följd av den godkända patientskadan. Det ankommer på Löf att utreda vilken ytterligare ersättning som kan lämnas.

PATIENTSKADENÄMNDEN  
DNR 2015/1273

## Referat 2016:11

### Fördröjd diagnos och behandling av senskada i underben. Ersättning.

#### TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 3 patientskadelagen (1996:799).

Ärendet gällde en man född år 1963. Han uppsökte vårdcentral i augusti 2012 då han fått en sårskada i höger underben efter ett hugg med yxa. Han remitterades vidare till akutmottagning-kirurgi på sjukhus för undersökning och behandling. Vid undersökning av skadan konstaterades att det inte förelåg några tecken på påverkan på motorik (rörelsemönster), sensorik (känsl), pulsationer eller bortfall av muskelfunktion, varför såret syddes igen. Efter detta fick patienten besvär med foten och en ultraljudsundersökning av foten påvisade en skadad sena och en operation planerades.

**PATIENTEN** anmälde att han drabbats av svårigheter att gå längre sträckor, stå på hälen, haltande gång samt svaghet i foten till följd av fördröjd diagnos och behandling av skadad sena efter sårskada efter yxhugg i höger underben från den 17 augusti 2012. Enligt patienten hade hans kvarstående besvär kunnat förhindras om diagnos hade ställts tidigare.

**FÖRSÄKRINGSBOLAGET** avböjde patientens ersättningsanspråk med följande motivering:

Faktiskt iakttagbara symtom har tolkats i överensstämmelse med allmänt vedertagen praxis i samband med undersökning, utredning och behandling den 17 augusti 2012 vid akutmottagningen-kirurgi. Bolaget bedömer därför att patienten fått en riktig vård och behandling för de besvär han uppvisat samt att det inte var medicinskt motiverat att behandla honom på annat sätt än som nu blev fallet.

**PATIENTSKADENÄMNDEN** ansåg att det förelåg en ersättningsbar patientskada och gjorde följande bedömning:

En korrekt utförd undersökning av kraften på det skadade benet och efter jämförelse med patientens andra, friska ben, borde ha väckt misstanke om skada på muskeln starkaste sena som böjer foten uppåt. Denna sena ligger direkt under huden i det aktuella området och bör ha föranlett en noggrannare undersökning. En sådan senskada är relativt enkel att upptäcka genom att be patienten böja foten uppåt samtidigt som den undersökande läkaren måste hålla emot. Att endast undersöka rörligheten, som var normal i detta fall, är inte tillräckligt då andra senor som böjer tår uppåt även kan lyfta upp foten. Det föreligger således en fördröjd diagnos och behandling av senskadan. Vid den faktiska diagnosen hade senan visat omfattande separation av ändar och en begynnande förtvining av muskel. En operation med sutur av senan i direkt anslutning till skadan hade inneburit en normal funktion av senan. Rätt till patientskadeersättning föreligger.

PATIENTSKADENÄMNDEN  
DNR 2015/1246

## Referat 2016:12

### Utebliven övervakning av hotande kompartmentsyndrom medförde omfattande skador. Ersättning.

#### TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § patientskadelagen (1996:799) samt skadeståndslagen (1972:207).

Ärendet gällde en pojke, född år 1997, som med anledning av högersidig testikelcancer genomgick en orkidektomi (kirurgiskt borttagande av testikel) under hösten 2013 och en körtelutrymning av kvarvarande metastas den 14 januari 2014. Under den sistnämnda operationen uppstod en mindre aortarift i bifurkationen med blödning, varför kärlkirurger tillkallades omedelbart. Vid ytterligare dissektion uppstod en total ruptur (bristning) av distala aortan och även en rift på vena cava. Någon primär lagning av aorta var inte möjlig med anledning av patientens svaga aortavägg. Rekonstruktion genomfördes därför med aortobiiliakal Y-graft (transplantat) och vena cava sutur. Efter operationen utvecklade patienten kompartmentsyndrom i båda underbenen och akuta fasciotomier (uppklyvning av bindvävshinnan runt en muskel för att lätta på vävnadstrycket) blev nödvändiga natten efter ingreppet. Patienten fick tillfällig dialys och han genomgick ett flertal omoperationer i narkos med VAC-behandling (Vacuum Assisted Closure) och delhudtransplantation.

**PATIENTENS VÅRDNADSHAVARE** anmälde att sonen drabbats av en skadad aorta i samband med operationen i januari 2014. Detta medförde komplikationer i form av kompartmentsyndrom i båda benen, njurskada samt bestående nerv- och muskelskador. Vidare anmäldes fördröjd behandling av komplikationerna till följd av den skadade aortan, vilket medförde förvärrade skador. Slutligen gjorde vårdnadshavarna gällande att de inför operationen inte fick någon information om att det fanns en kalkylerad risk för kärlskada.

**FÖRSÄKRINGSBOLAGET** avböjde patientens ersättningsanspråk med följande motivering:

Metastasens storlek, lokalisation och patientens tidigare kemoterapi medförde att ingreppet var tekniskt svårt. Operationen var medicinskt motiverad för att man skulle undvika cancerprogress. Ingreppet genomfördes på ett korrekt sätt och med vedertagen teknik i enlighet med en gällande riktlinjer. Aortaskadan hade inte gått att undvika genom ett annorlunda utförande. Det finns inte heller någon annan tillgänglig behandlingsmetod som hade tillgodosett patientens vårdbehov på ett mindre riskfyllt sätt.

Operation för kompartmentsyndrom utfördes så snart som uppenbara tecken på detta tillstånd observerades. Vår bedömning är att patientens iakttagbara symtom tolkades och behandlades enligt allmänt vedertagen praxis. Vi anser därför att patienten fick en riktig vård och behandling för sina besvär samt att det inte var medicinskt motiverat att behandla honom på ett annat sätt eller tidigare än som skett.

Patientens vårdnadshavare har vidare anfört att de inte fick information om risken för aortaskada/kärlskada innan aktuellt ingrepp. Någon ersättning kan enligt



patientskadelagen inte lämnas vid brister i den information som lämnas till en patient om de särskilda behandlingsrisker som kan förekomma. Vi har istället prövat om det förelegat sådan brist i informationen att ersättning kan lämnas enligt allmänna skadeståndsrättsliga regler. Operationen var medicinskt nödvändig för att undvika cancerprogress. Vår bedömning är därför att man med övervägande sannolikhet hade accepterat operationen oavsett om man hade fått information/fullständig information om aktuell skaderisk. Således finns det inte någon sådan brist i informationen att ersättning enligt skadeståndsrättsliga regler kan lämnas.

**PATIENTSKADENÄMNDEN** ansåg att det förelåg en ersättningsbar patientskada och gjorde följande bedömning:

#### *Skadan på aortan*

Vad avser den anmälda skadan på aortan (kroppens stora pulsåder) hade skadan inte kunnat undvikas med något mindre riskfyllt förfarande. Det föreligger enligt nämnden inte heller någon fördröjning av diagnos och behandling såvitt avser skadan på pulsådern. Rätt till patientskadeersättning saknas således i denna del.

#### *Kompartmentsyndromet*

Patienten har drabbats av kompartmentsyndrom i båda benen efter långvarig bukoperation på grund av cancermetastas. Under reparation av en kärlskada var blodcirkulationen till benen avstängd under minst två timmar. Cirkulationen i benen preoperativt uppgavs inte ha varit tillfredsställande och kompartmentsyndrom i benen var förväntat. Utvecklingen av detta var enligt patientjournalen ett observandum och skulle utvärderas av kärlkirurgens bakjour under kvällen. Någon sådan bedömning finns inte dokumenterad i den medicinska utredningen från kl. 19.21 till dess patienten blev undersökt av en kärlkirurg kl. 01.00, då det noterades att patienten utvecklat ett uppenbart kompartmentsyndrom. Nämnden utgår därför från att utvecklingen av kompartmentsyndromet i patientens ben inte följdes upp under en period av närmare fem timmar. Med hänsyn till att patienten sannolikt var intuberad och sederad under den tiden och därför inte kunde uppge symtom (framförallt ökade smärtbesvär) på tilltagande kompartmentsyndrom, borde hans ben ha bevakats med teknik för intermitterant eller kontinuerlig kontroll av trycket i benen. Hade sådan övervakning genomförts hade kompartmentsyndromet kunnat upptäckas och åtgärdas tidigare än vad som nu blev fallet. Det föreligger således rätt till patientskadeersättning för fördröjd diagnos och behandling av kompartmentsyndrom samt för de följdskador i form av nerv- och njurskador som uppstått till följd av denna fördröjning. Löf bör utreda skadornas omfattning.

#### *Informationsbrist*

I frågan om påtalad informationsbrist rörande risken för kärlskada gör nämnden samma bedömning som Löf och anser på de skäl bolaget anfört att det inte föreligger någon rätt till ersättning på skadeståndsrättslig grund.

PATIENTSKADENÄMNDEN  
DNR 2015/1265

## Referat 2016:13

### Kostnad för privat psykoterapi. Ersättning.

#### TILLÄMPLIGT LAGRUM

8 § patientskadelagen (1996:799).

Ärendet gällde en kvinna född år 1988. Hon hade besvär av tvångstankar, kontrollbehov och panikångest för vilket hon sedan tidigare medicinerat med Fluoxetin (antidepressivt läkemedel). I december 2009 utsattes patienten för en gruppvåldtäkt när hon var utomlands. Patienten led därefter av posttraumatiskt stressyndrom och fick behandling med antidepressiva och lugnande läkemedel pga. ångest och nedstämdhet. Patienten hade kontakt med psykiatrisk öppenvård och kurator. Under oktober 2012 påbörjade patienten behandling med traumapsykoterapi hos privat psykoterapeut.

Patienten beviljades patientskadeersättning för det förlängda lidande som hon drabbats av till följd av fördröjd behandling med traumapsykoterapi från januari 2010.

**PATIENTEN** yrkade ersättning med 35 000 kr för kostnaden för privat traumapsykoterapi. Enligt patienten erbjöds hon inte traumabehandling inom den offentliga vården. Det var först i oktober 2012, när hon själv bekostade privat vård, som hon fick adekvat behandling och samtalsterapi.

**FÖRSÄKRINGSBOLAGET** tog ställning till patientens ersättningsanspråk med följande motivering:

Ersättning kan lämnas för kostnader som motsvarar vårdkostnader inom offentliga sjukvården eller hos vårdgivare som tillämpar den nationella taxan. Överstigande kostnader ersätts inte. Bolaget bedömer att patienten skulle ha haft kostnader för patientavgifter även patientskadan förutan. Det är skäligt att utan närmare utredning lämna ersättning med 2 650 kr för patientavgifter

**PATIENTSKADENÄMNDEN** ansåg att det förelåg rätt till ersättning för kostnaden för privat psykoterapi:

När det gäller ersättning för kostnaden för privat traumapsykoterapi anser nämnden att terapin var en medicinskt motiverad och nödvändig behandling. Såvitt framgår av den befintliga utredningen har patienten sökt men inte fått den behandlingen i den offentliga vården. Genom att ta initiativ till behandlingen har hon dessutom försökt begränsa skadans ekonomiska verkningar i övrigt. Det föreligger därför rätt till ersättning för kostnaden för privat psykoterapi.

PATIENTSKADENÄMNDEN  
DNR 2015/1730