

PATIENTSKADENÄMNDENS REFERATSAMLING

Avgöranden enligt patientskadelagen 1998–2009

Patientskadenämndens referatsamling

Avgöranden enligt patientskadelagen 1998–2009

Patientskadenämndens referatsamling

Avgöranden enligt patientskadelagen 1998–2009



Patientskadenämndens referatsamling
Avgöranden enligt patientskadelagen 1998–2009
ISBN 978-91-85333-34-9
© 2010 Patientskadenämnden

Redaktör: Anders Josephson, sekreterare i Patientskadenämnden
Produktion: eddy.se ab, Visby 2010
Tryck: Elanders Sverige AB, Mölnlycke 2010

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

FÖRORD

År 1975 tillkom en frivillig patientförsäkring som innebar att man inte längre behövde väcka talan vid domstol för att ersättning för skador inom vården skulle lämnas. I stället kunde man vända sig direkt mot försäkringsgivaren. Den första januari 1997 ersattes den frivilliga patientförsäkringen av *patientskadelagen* (1996:799), som i stor utsträckning bygger på villkoren i den tidigare försäkringen. Ersättning för skador lämnas från den patientförsäkring som vårdgivare är skyldiga att ha. Rätt till ersättning gäller oberoende av om fel eller försumelse har förelegat. Bedömningen sker i stället enligt de objektiva kriterier som anges i lagen bl.a. om en skada hade kunnat undvikas eller inte.

Principiella eller tvistiga ärenden kan hänskjutas till Patientskadenämnden för bedömning. Nämnden har sedan patientskadelagens tillkomst fortlöpande utgett häften med yttranden som återspeglar nämndens praxis i principiella ärenden. För att få en mer samlad bild har nu i bokform sammanställts dels flertalet av de tidigare publicerade avgörandena, däribland även några fall enligt den frivilliga patientförsäkringen vilka fortfarande har betydelse för nämndens synsätt, dels nytillkomna avgöranden fram till och med år 2009.

Referaten har i boken genomgående försetts med en ingress som anger den fråga som nämnden har tagit ställning till samt tillämpliga bestämmelser.

Stockholm i juli 2010

Ulf Hellbacher
Ordförande i Patientskadenämnden

INNEHÅLL

Referaten efter tillämpligt lagrum i patientskadelagen

1. 2 § Patient

1995:02	Foster som sedermera föds med liv är patient (även under 3)	13
1995:04	Foster som sedermera föds med liv är patient (även under 14)	20
2000:21	Embryo. Ej patient (även under 10)	89
2001:01	Förälder på patienthotell. Ej patient	92
2004:12	Ammande barn. Ej patient	184
2005:10	Förälder. Ej patient	208
2005:11	Kosmetisk behandling. Patient (även under 2)	209

2. 3 och 5 §§ Hälso- och sjukvård i Sverige

1999:08	Preoperativ tvättning är hälso- och sjukvård (även under 9 och 18)	46
2000:04	Läkarintyg i körkortsärendet. Hälso- och sjukvård (även under 3)	57
2000:06	Massage efter delegation från legitimerad sjukgymnast är hälso- och sjukvård	60
2001:10	Skada av medpatient. Ej hälso- och sjukvård	97
2002:01	Underlåtenhet att lämna besked om undersökningsresultat är sjukvård (även under 3)	110
2002:13	Pigmentimplantering av eyeliner. Ej hälso- och sjukvård	133
2005:06	Hantering av journaluppgifter. Hälso- och sjukvård (även under 3)	199
2005:11	Kosmetisk behandling. Hälso- och sjukvård (även under 1)	209
2008:03	Vätsketillförsel och kontroll av vätskeintag är hälso- och sjukvård (även under 4)	274
2008:04	Olyckshändelse vid utrikes rehabresa. Ej sjukvård i Sverige	276
2009:10	Felaktig journaluppgift om cancer. Hälso- och sjukvård (även under 3) .	328

3. 6 § första stycket Personskada

1995:02	Barns födelse. Ej personskada (även under 1)	13
1995:03	Barns födelse. Ej personskada. Mammans besvär. Ersättning (även under 14)	17
2000:04	Nytt förarprov. Ej personskada (även under 2)	57
2001:13	Ej önskvärt resultat av plastikkirurgi. Ej att anse som skada	101
2002:01	Känsloyttringar. Ej personskada (även under 2)	110
2003:07	Intrauterin fosterdöd. Psykisk skada på modern är egen personskada	147
2005:03	Fördröjd diagnos av autism. Ej personskada	193
2005:06	Hantering av journaluppgifter. Ej personskada (även under 2)	199
2005:09	Psyksiska besvär. Kränkning eller personskada? Personskada	206
2008:05	Av sjukvården borttappad tand kan vara personskada	278
2009:06	Barns födelse. Ej personskada (även under 14 och 15)	315
2009:10	Felaktig journaluppgift om cancer. Psykisk skada. Personskada (även under 2)	328

4. 6 § första stycket 1 Vårdåtgärd

1998:01	Ickebehandling. Vårdåtgärd i vissa fall (även under 6)	23
2001:03	Ordination av hemresa. Vårdåtgärd (även under 11)	93
2002:10	Förlossning. Ej vårdåtgärd (även under 8)	127
2004:07	Naprapatbehandling. Sambandsfråga. Ersättning	174
2008:03	Otillräcklig vätsketillförsel. Sambandsfråga. Ej ersättning (även under 2)	274

5. 6 § första stycket 1 Behandlingsskada – valt förfarande

1999:03	Mandibularbedövning (tanden 46). Ej ersättning (även under 6)	38
2000:02	Struma/översträckning. Ersättning	55
2000:22	Tandskada. Intubationsnarkos. Ersättning	91
2001:12	Små, ej namngivna nervgrenar. Ej ersättning	99
2001:17	Nervskada genom mekaniskt våld efter sympatektomi. Ersättning	107
2002:02	Tandskada vid intubation. Ej ersättning (även under 6)	112
2004:04	Implantering av pacemaker. Retning i hjärtsäcken. Ersättning	165
2007:12	Trycksår. Akut remiss. Ersättning (även under 16)	268
2008:09	Muskelbristning i axel. Ej medicinskt motiverad behandling. Ersättning. Jfr 2009:03	284
2009:03	Meniskskada vid styrketest. Ej ersättning. Jfr 2008:09	309

6. 6 § första stycket 1 Behandlingsskada – alternativt förfarande

1998:01	Ickebehandling. Ej ersättning (även under 4)	23
1998:08	Trigeminusneuralgi/Glycerolblockad. Ej ersättning	33
1999:01	Patienten avböjt av ekonomiska skäl. Plastikkirurgi. Ej ersättning	36
1999:03	Mandibularbedövning (tanden 46). Ej ersättning (även under 5)	38
1999:04	Mandibularbedövning (tanden 44). Ersättning	40
2000:01	Plexusskada vid förlossning. Facitbedömning avser mor och barn. Ersättning	52
2000:05	ERCP. Ersättning	58
2002:02	Tandskada vid intubation. Ej ersättning (även under 5)	112
2002:05	Hjärnskada efter kranskärlsoperation. Ej ersättning	118
2003:09	Bröstcancer in situ. Lymfödem. Ersättning	149
2003:13	Sfinkterskada vid vaginal förlossning. Ersättning	153
2004:02	Plexusskada vid förlossning. Ej ersättning	160
2004:08	Sfinkterruptur vid förlossning. Ersättning	175
2005:07	Njurartärskada. Ej ersättning	201
2005:08	Ögonskada. Ersättning	204
2006:02	Hysterektomi. Ej ersättning	221
2006:03	Tumör på underben. Ej ersättning (även under 15)	224
2006:05	Kiropraktorbehandling eller konservativ behandling. Ersättning	230
2007:11	Intubationsskada. Fiberskop. Ersättning	266
2008:01	Förlossningsskada. Sugklocka/kejsarsnitt. Ersättning	270
2008:12	Tarmoperation. Ej medicinskt motiverad behandling. Ersättning	291
2008:14	Tilläggsbehandling av cancer. Ej ersättning	295
2008:17	Dövhet efter öronkirurgi. Hörapparat tillgodoser ej vårdbehovet. Ej ersättning (även under 15)	301

7. 6 § första stycket 2 Materialskada

1999:09	Embolisering. Felaktig hantering av mikroledare p.g.a. bristande instruktion. Ersättning	47
2000:11	Kryckor är medicinteknisk produkt	71

8. 6 § första stycket 3 Diagnosskada

2000:12	Erfaren specialist inom området. Ej ersättning. Jfr 2008:11	73
2002:03	Wilm's tumör. Fråga om merskada. Ej ersättning (även under 18)	114
2002:10	Förlossning. Ej ersättning (även under 4)	127
2003:01	Fördröjd cancerdiagnos. Schablonersättning (även under 14)	136
2003:06	Svampsjukdom. Ersättning	144
2004:09	Diskbräck. Konservativ eller operativ behandling. Ej ersättning	179
2005:12	Metastas i ryggkota. Ersättning	211
2006:06	Livmoderhalscancer. Ersättning	232
2006:08	Nedsatt cirkulation. Ersättning	237
2007:03	Astma. Ersättning	246
2007:08	Hjärtinfarkt. Ersättning	258
2007:09	Kompartmentsyndrom. Ersättning	260
2008:11	Erfaren specialist. Ej ersättning. Jfr 2000:12	288
2009:05	Hjärtsvikt. Borde ha följts upp mer aktivt. Ersättning	312
2009:08	Tandextraktion utan tillräcklig indikation. Ersättning	323

9. 6 § första stycket 4 Infektionsskada – fråga om överfört smittämne

1999:08	Legionella. Sannolikt överfört (även under 2 och 18)	46
2002:09	Tandskada. Ej överfört/orent område	124
2008:07	Förlossning. Ej överfört	281

10. 6 § första stycket 4 och tredje stycket. Infektionsskada – skälighetsbedömning

1998:02	Fingerfraktur. Ersättning	25
1998:03	Grå starr. Ej ersättning	26
1998:04	Fotledsfraktur. Ej ersättning	28
1998:05	Grå starr. Ersättning	30
1998:06	Kranskärlsröntgen. Ej ersättning	31
1999:06	Operation med knäprotes. Ej ersättning	41
1999:07	Kranskärlsoperation. Ej ersättning (även under 13)	43
1999:17	Epicondylit. Ersättning	50
2000:14	Kranskärlsoperation. Ej ersättning	75
2000:15	Underbensfraktur. Ej ersättning	76
2000:16	Kranskärlsoperation. Ersättning	78
2000:17	Höftplastik. Ersättning	81
2000:18	Kranskärlsoperation. Ej ersättning	82
2000:19	Diskbräck. Ersättning	85
2000:21	Embryo. Ej ersättning (även under 1)	89
2001:06	Operation av spinal stenosis. Ersättning	94
2001:15	Kranskärlsoperation. Ej ersättning	105
2003:02	Kranskärlsoperation. Ersättning	138

2004:05	Implantering av pacemaker. Ersättning	168
2006:01	Bukaortaaneurysm. Ersättning	217
11. 6 § första stycket 5 Olycksfallsskada		
2001:03	Hemresa med taxi – sjuktransport? Ersättning (även under 4)	93
2002:11	Påbörjad sjuktransport. Ersättning	130
2002:15	Ej tillräckliga skyddsåtgärder. Ersättning	134
2007:06	Sänggrind. Bristande övervakning. Ersättning	253
2007:10	Toalettbesök. Vårdåtgärd. Ersättning	264
2008:10	Samband med vården. Ersättning	286
2009:04	Toalettbesök. Ej vårdåtgärd. Ej ersättning	311
12. 6 § första stycket 6 och 7 § 2 Medicineringskada		
2002:08	Postoperativ psykos. Ej ersättning	121
2009:07	Anafylaktisk chock av kontrastmedel. Ej ersättning (även under 13)	320
13. 7 § Undantag – livshot		
1999:07	Kranskärlsoperation. Ersättning (även under 10)	43
2009:07	Anafylaktisk chock behandlades med utspädd adrenalininjektion. Ej ersättning (även under 12)	320
14. 4 § och 8–11 §§ Ersättningsfrågor		
1995:03	Misslyckad abort. Olika frågor (även under 3)	17
1995:04	Misslyckad fosterreduktion (även under 1)	20
1998:09	Reduktion av ersättning för sveda och värk	35
2000:10	Barnskada. Vårdkostnad, pensionsförlust för moder m.m.	68
2003:01	Diagnosfördröjning vid cancer. 25 000 kr vid tumörtillväxt (även under 8; jfr 2009:15)	136
2003:04	Merkostnadsersättning för potenshöjande medel	143
2003:14	Invaliditetsgrad vid bilaterala skador	155
2003:15	Beräkning av ersättning för sveda och värk för barn och pensionärer	157
2004:10	Bestämmande av grundinvaliditet	181
2004:13	Invaliditet vid synskada (även under 19)	185
2004:14	Om jämkning av skadestånd p.g.a. medvållande från patientens sida	188
2005:04	Ej rätt till omprövning av ersättning för inkomstförlust	195
2005:13	Ersättning för sveda och värk bl.a. p.g.a. psykiskt lidande med ångest efter eget brottsligt beteende	214
2006:04	Smärtsyndrom. Orsakssamband med skadan (även under 18)	227
2006:07	Samband nervskada – tandbehandling	235
2007:01	Kostnad för singelimplantat. Ej ersättning	242
2007:02	Kostnad för singelimplantat. Ersättning	245
2007:04	Ersättning för sjukvårdskostnader	249
2007:05	Kostnadsersättning för personlig assistent	251
2007:07	Psykisk skada efter barns sjukdom och död	255
2008:06	Arbetsförmåga/inkomstförlust. Ej ersättning	280
2008:13	Fortsatt ersättning för inkomstförlust (även under 18)	293
2008:15	Sterilitet. Ersättning	297

2009:06	Anlag för hjärtsjukdom. Försenad information. Ideell ersättning (även under 3 och 15)	315
2009:09	Bostadsanpassningskostnader. Ej ersättning	326
2009:11	Förlust av foster. Ej ersättning för nära anhörigs död	331
2009:13	Utbetalning/fördelning av inkomstlivränta vid "ersättningstak"	335
2009:14	Sveda och värk under anpassningstid. Ersättning	340
2009:15	Diagnosfördröjning av cancer. 25 000 kr för oro och ångslan (jfr 2003:01)	341

15. Ansvar enligt skadeståndsrättsliga regler/informerat samtycke

2000:07	Ögonoperation. Bristande information. Ersättning	60
2000:08	Ögonoperation. Bristande information. Ersättning	63
2000:09	Sympatektomi. Bristande information. Ej ersättning	66
2003:03	Hjärt-lungmaskin. Bristande information. Ej ersättning	141
2003:10	Käkledsoperation. Bristande information. Ersättning	150
2006:03	Tumör på underben. Bristande information. Ej ersättning (även under 6)	224
2006:09	Tandbehandling. Bristande information/samtycke. Ersättning	240
2008:17	Dövhet efter öronkirurgi. Bristande information. Ej ersättning (även under 6)	301
2009:06	Anlag för ärftlig hjärtsjukdom. Försenad information. Ersättning (även under 3 och 14)	315

16. Resursfrågor

2000:20	Psykisk skada. Ej ersättning	87
2002:04	Omdisponering av resurser. Ersättning	116
2004:06	Ambulanstransport. Resurserna utnyttjades inte. Ersättning	172
2007:12	Liggsår. Felprioritering av resurser. Ersättning (även under 5)	268
2009:12	Lång väntan på operation. Ej ersättning	333

17. 23 § Preskription

2001:08	Kännedom om att fordran på ersättning kunde göras gällande	96
2004:01	Preskriptionserinran	159
2005:02	Ej preskription	191
2005:05	Preskription grundat på patientens uppgifter	197
2009:01	Ej preskription. Utgångspunkt för preskriptionstid	305
2009:02	Preskription. Patientens egna uppgifter	307

18. Bevisfrågor

1999:08	Legionella (även under 2 och 9)	46
2001:14	Ljumsckräck. Bevisvärdet av journalhandlingar	103
2002:03	Wilm's tumör. Bevisbörda/beviskrav för att merskada uppkommit (även under 8)	114
2002:12	Telefonsamtal. Bevisbördan för orsakssamband mellan skada och vård	131
2004:03	Bevisbördans fördelning	163
2004:11	Bevisbörda och beviskrav för orsakssamband	182

2006:04	Smärtsyndrom. Orsakssamband med skadan (även under 14)	227
2008:13	Bevisbördans fördelning (även under 14)	293
2008:16	Beviskrav för orsakssamband	299

19. Övrigt

2004:13	Nämndens behörighet (även under 14)	185
2005:01	Nämndens behörighet	190
2008:02	Nämndens behörighet. Särskilt åtagande	273
2008:08	Nämndens behörighet. Ränta	283

Bilaga 1	Patientskadelag (1996:799)	345
----------	----------------------------------	-----

Bilaga 2	Förteckning av referaten	351
----------	--------------------------------	-----

1995:02

Kan vid utebliven fosterdiagnostik följderna av barnets genetiska skada (mongolism) betraktas som en ersättningsbar skada?

Ärendet gäller en moder, född den 4 mars 1957, som tidigare hade gått igenom två graviditeter med svår havandeskapsförgiftning vilket lett till sjukhusvistelser. Vid båda graviditeterna hade hon förhöjt blodtryck och kraftig utsöndring av äggvita i urinen. Graviditeterna hade avslutats med kejsarsnitt i graviditetsveckorna 31 respektive 32. Under sin tredje graviditet år 1992 kontrollerades hon vid specialistmödravårdscentralen vid det aktuella sjukhuset. Första läkarbesöket där skedde den 14 februari 1992. Senaste menstruationsdatum var den 7 december 1991. Vid kontakterna med mödravårdscentralen diskuterades ingående tidigare havandeskapsförgiftningar och hur man nu skulle kunna undvika en sådan komplikation. Däremot gavs ingen information om möjligheten till fostervattenprov för analys av fostrets kromosomuppsättning, trots att modern var i sådan ålder att hon skulle ha fyllt 35 år vid tidpunkten för beräknad förlossning, vilket vid den aktuella tidpunkten var åldersgränsen för att erbjudas fostervattenprov. I januari 1992, således ca en månad tidigare, hade ifrågavarande landsting, p.g.a. förbättrade resurser på genetiska laboratoriet, beslutat att alla mödrar som vid beräknad förlossning fyllt 35 år skulle erbjudas fosterdiagnostik. Dessförinnan var gränsen satt till 37 år vid senaste menstruation. Den 14 september 1992 föddes en pojke med genetisk missbildning – Down's syndrom (mongolism).

MODERN anser att mödravården har begått fel som inte erbjudit fosterdiagnostik, vilket man hade skyldighet att göra. Om hon erbjudits och genomgått fostervattenprov, hade detta sannolikt visat att fostret hade en genetisk missbildning. Detta provresultat hade föranlett modern att göra abort. Fostervattenprov kan inte leda till att kromosomfel kan behandlas bort, däremot medför fostervattenprov att en individ slipper att födas och leva med ett mycket svårt handikapp. Skadan är således enligt modern att sonen föddes. Modern yrkar ersättning i första hand för sig själv och i andra hand för sonen. Skadan för modern innebär att hon på grund av att hon måste ta hand om ett mycket gravt handikapat barn måste ändra sitt och hela familjens leverne samt att hon tvingas göra avkall på sin yrkeskarriär. Skadan för sonen innebär att han får leva ett liv med livslång invaliditet och handikapp.

KONSORTIET FÖR PATIENTFÖRSÄKRING, numera Personskaderelering AB (PSR), har avvisat patientens begäran om ersättning med följande motivering:

”För att patientförsäkring skall gälla fordras att man tillfogats en kroppslig skada p g a utebliven eller felaktig diagnostik. Att ha blivit född med en genetisk missbildning kan inte anses vara en sådan skada som patientförsäkringens åtagande gäller för. Någon ersättning för patientens sjukdom kan därför inte lämnas.”

Modern har efter PSR:s ställningstagande begärt att ärendet underställs nämnden för prövning.

PSR har därefter översänt ärendet till nämnden med följande frågeställning. Anser nämnden att det föreligger någon ersättningsbar behandlingsskada?

NÄMNDENS BEDÖMNING

A. ERSÄTTNING ENLIGT ERSÄTTNINGSBESTÄMMELSERNA

Kan barnets krav prövas enligt ersättningsbestämmelserna?

Enligt § 1 i de tillämpliga ersättningsbestämmelserna (ersättningsbestämmelser fr.o.m. 1991-07-01) kan ersättning utgå till en patient, som skadas i direkt samband med hälsovård eller sjukvård. Nämnden har i ett nyligen avgjort ärende (dnr 478/1994) ansett att ett foster kan anses som patient om det senare föds med liv. I det nu aktuella ärendet gör modern gällande att barnet tillfogats en skada som uppkommit till följd av händelser under dess fosterstadium och nämnden anser därför att barnets eventuella rätt till ersättning kan prövas enligt ersättningsbestämmelserna.

Tillämpningen av § 2.1

Enligt denna ersättningsbestämmelse, vilken är den som närmast kan komma i fråga i detta ärende, avses med behandlingsskada bl.a. en skada av kroppslig art som med övervägande sannolikhet uppkommit som en direkt följd av undersökning, behandling eller annan dylik åtgärd.

Nämnden anser, att den aktuella missbildningen i form av Down's syndrom, inte har tillförts barnet genom någon åtgärd från sjukvårdens sida. Att fostret framfötts med en genetisk skada kan inte betraktas som en behandlingsskada för vare sig modern eller barnet.

Med anledning av moderns påstående, att skadan för sonen är att han föddes, vill nämnden tillägga följande. Den frågeställning modern här tar upp är en juridisk situation som i anglosaxisk rätt går under beteckning ”wrongful life”. Nämndens uppfattning är att det aldrig kan betraktas som en skada för ett barn att det föds med liv, i synnerhet om det föds helt friskt, men även om dess liv, som i detta fall, skulle vara förenat med en genetisk skada.

Tillämpningen av § 2.3

Enligt denna ersättningsbestämmelse förstås med behandlingsskada bl.a. en skada som uppkommit eller ej kunnat förhindras till följd av att faktiskt iakttagbara sjukdomssymptom i samband med diagnostik inte tolkats på ett sätt som överensstämmer med allmänt vedertagen medicinsk praxis.

Någon diagnostik av det slag som förutsatts för paragrafens tillämpning har inte förekommit i ärendet.

Utebliven information

Ersättningsbestämmelserna innehåller inte något åtagande att lämna ersättning vid brister i den information som lämnas en patient. En eventuell underlåtenhet att informera modern om möjligheten till fostervattenprov är följaktligen en fråga som inte täcks av ersättningsbestämmelserna.

Ren förmögenhetsskada

Enligt ersättningsbestämmelserna ersätts endast följderna av skador av kroppslig art. Den ekonomiska skada som modern har uppgivit, i form av inkomstförlust och kostnader p.g.a. att barnet föds, är att anse som en ren förmögenhetsskada, d.v.s. en skada som uppkommit utan samband med en skada av kroppslig art. Någon ersättning från försäkringen kan således inte lämnas för uppfostningskostnaderna för barnet, eftersom dessa inte utgör en ekonomisk följdskada till en skada av kroppslig art, utan är en sådan ren förmögenhetsskada som ej omfattas av försäkringen.

Slutsats

Nämnden anser att det inte föreligger någon ersättningsbar behandlingsskada enligt de för patientförsäkringen gällande ersättningsbestämmelserna.

B. ERSÄTTNING ENLIGT SKADESTÅNDSRÄTTSLIGA REGLER

Enligt försäkringsavtalet mellan landstingen och Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) har PSR och nämnden, utöver att bedöma rätt till ersättning enligt de ersättningsbestämmelser som gäller för den av landstingen tecknade patientförsäkringen, att överväga om PSR är skyldigt att lämna ersättning enligt LÖF:s åtagande att, i fråga om personskada, betala det skadestånd som den försäkrade (landstinget) enligt gällande skadeståndsrättsliga regler i övrigt kan bli skyldig att utge till en patient. Inom skadeståndsrätten skiljer man bl.a. mellan personskada och därmed sammanhängande ekonomiska följdskador samt ren förmögenhetsskada. Rena förmögenhetsskador omfattas inte av LÖF:s åtagande enligt avtalet.

Vållandefrågan

Första förutsättningen för att skadeståndsskyldighet skall föreligga är att den påstått skadeståndsskyldige har gjort sig skyldig till oaktsamhet eller vårdslöshet. I detta ärende gäller frågan huruvida det var försumligt av mödravårdscentralen att inte aktualisera frågan om fostervattenprov för analys av fostrets kromosomuppsättning, eftersom modern var i sådan ålder att hon skulle ha fyllt 35 år vid tidpunkten för beräknad förlossning. Modern var vid den senaste menstrua-

tionen 34 år och 9 månader och vid det första besöket på mödravårdscentralen, den 14 februari 1992, 34 år, 11 månader och 10 dagar gammal.

Inom det aktuella landstinget hade man i januari månad 1992 fått tillräckliga resurser vid sitt genetiska laboratorium för att klara av ett ökat antal prov och därför sänkt åldersgränsen för att erbjuda fostervattenprov från 37 års ålder hos den blivande modern till mödrar som skulle komma att ha fyllt 35 år vid beräknad förlossning.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) har i ett beslut 1994-02-22 funnit att modern borde ha fått adekvat information om fostervattenprov men samtidigt förklarat att ”med hänsyn till koncentrationen på det svåra problemet med havandeskapsförgiftning och att reglerna för provet nyligen ändrats får dock felet, trots att det fick allvarliga följder, anses som ringa”. Med hänsyn till detta blev det ingen disciplinpåföljd för personalen.

Enligt nämndens uppfattning är det tveksamt huruvida en vållandesituation föreligger. Tveksamheten gör emellertid att nämnden går vidare med sin bedömning som om vållande förelåg.

Personskada

Nästa steg i prövningen blir då att ta ställning till om den ifrågavarande underlåtenheten lett till en personskada, d.v.s. en skada av kroppslig eller psykisk art. Vid denna prövning anser nämnden att det inte kan vara att betrakta som en personskada att ett foster föds med liv även om dess liv är förenat med en genetisk skada. Modern, som genomgått en planerad och normal graviditet kan inte heller anses ha drabbats av någon personskada.

Vad angår den ekonomiska skada i form av inkomstförlust och kostnader som modern uppgivit, däribland uppfostringskostnader för barnet, är detta att anse som en ren förmögenhetsskada, d.v.s. en skada som uppkommit utan samband med personskada.

Slutsats

Någon skadeståndsrättslig grund för ersättning föreligger inte såvitt det ligger inom ramen för PSR:s eller nämndens behörighet att pröva frågan.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 194/1994

1995:03

Ersättningsfrågor i samband med misslyckad abort.

Patienten, som är född år 1967, sökte den 14 januari 1992 läkare p.g.a. oplanerad graviditet. Man konstaterade då att graviditeten motsvarade angiven havandeskapstid enligt senaste menstruation, d.v.s. 8 veckor. Den 23 januari 1992 genomgick patienten en abort – poliklinisk vacuumexaeres. Drygt fyra månader senare sökte patienten på mödravårdscentralen för oregelbundna småblödningar under samtidig p-pillerkonsumtion. Graviditetstest var positivt och ultraljudsundersökning visade ett foster motsvarande graviditetsvecka 28–29, vilket stämde med den senaste menstruationen som hänförde sig till tidpunkten före aborten. Vid en så långt framskriden graviditet var det för sent att utföra abort. Patienten födde den 19 september 1992 en son.

Konsortiet för patientförsäkring, numera Personskadereglering AB (PSR), har lämnat ersättning för den misslyckade aborten med 8 000 kr. Man har beaktat den psykiska påfrestning som det misslyckade abortingreppet inneburit. Ersättningen avsåg att kompensera sveda och värk inklusive eventuella kostnader.

PATIENTEN anser att den ersättning som har utbetalats för det felaktiga abortingreppet är alldeles för låg och inte på något vis kompenserar den sveda och värk den felaktiga behandlingen har medfört. Föräldrarna var bl.a. rädda för fel på barnet i och med att aborten inte blev ordentligt utförd. Dessutom yrkar patienten ersättning för framtida inkomstförlust efter förlossningen, eftersom barnet – som var välkommet men inte planerat – påverkar föräldrarnas möjligheter att arbeta.

PSR har avvisat patientens begäran om ytterligare ersättning med följande motivering:

Patientförsäkring gäller för skador av kroppslig art som uppkommit som en direkt följd av behandling. Ersättningen för en behandlingsskada beräknas enligt 1–5 §§ skadeståndslagen.

I detta fall har behandlingsskadan inte medfört någon sjukskrivning, men PSR har lämnat ideell ersättning och ersättning för eventuella kostnader.

I detta fall har graviditeten inte kunnat avbrytas när den väl konstaterats (den 4 juni 1992). Enligt PSR:s mening kan den fullföljda graviditeten inte betecknas som vare sig skada av kroppslig art eller som personskada. Ytterligare ersättning har därför avböjts.

Patienten har efter PSR:s ställningstagande begärt att ärendet underställs nämnden för prövning.

PSR har därefter översänt ärendet till nämnden med följande frågeställningar:

- Anser nämnden att ytterligare ersättning skall lämnas för den godkända behandlingsskadan?
- Anser nämnden att ersättningsbar behandlingsskada föreligger avseende den fortsatta graviditeten?

NÄMNDENS BEDÖMNING

HAR BARNET DRABBATS AV NÅGON SKADA?

Detta har inte påståtts i ärendet men nämnden vill ändå beröra frågan eftersom den i utländsk rätt varit föremål för intresse i sammanhang med en juridisk situation som i anglosaxisk rätt går under beteckning "wrongful life". Nämndens uppfattning är att det aldrig kan betraktas som en skada för ett barn att det föds med liv, i synnerhet om det föds helt friskt, men även om dess liv skulle vara för- enat med en genetisk skada.

HAR MODERN DRABBATS AV EN SKADA?

Tillämpningen av § 2.1

Enligt denna ersättningsbestämmelse, vilken är den som kan komma i fråga i detta ärende, avses med behandlingsskada en skada av kroppslig art som med övervägande sannolikhet uppkommit som en direkt följd av undersökning, behandling eller annan dylik åtgärd och som utgör en sådan komplikation till en medicinskt motiverad åtgärd som kunnat undvikas.

PSR:s rådgivande läkare har med tillämpning av det s.k. facitresonemanget konstaterat att den fortsatta graviditeten i detta fall hade kunnat undvikas. Nämnden anser därför att de besvär av kroppslig och därmed sammanhängande besvär av psykisk art som den oplanerade graviditeten kan ha förorsakat patienten efter det misslyckade abortingreppet den 23 januari 1992 får betraktas som en sådan ersättningsbar behandlingsskada som omfattas av försäkringen. PSR bör således närmare utreda vilken ersättning som kan lämnas för de besvär som den fortsatta graviditeten och förlossningen kan ha förorsakat patienten. Vid denna utredning skall således även beaktas de psykiska besvär som kan vara en följd av den önskade graviditeten.

Enligt nämndens bedömning finns således utrymme för ytterligare ersättning till modern, utöver den som PSR redan har lämnat.

KAN ERSÄTTNING LÄMNAS FÖR DE EKONOMISKA FÖLJDerna AV ATT BARNET BLIVIT FÖTT?

Enligt ersättningsbestämmelserna

Enligt ersättningsbestämmelserna ersätts endast följderna av skador av kroppslig art. Den ekonomiska skada som modern har uppgivit i form av inkomstförlust och kostnader p.g.a. att barnet blivit fött, är att anse som en ren förmögenhetsskada, d.v.s. en skada som uppkommit utan samband med en skada av kroppslig art eller en psykisk följdskada till en sådan skada. Någon ersättning från försäkringen kan således inte lämnas för uppfostringskostnaderna för bar-

net eftersom dessa inte utgör en ekonomisk följdskada till behandlingsskadan utan är en sådan ren förmögenhetsskada som ej omfattas av försäkringen.

Enligt skadeståndsrättsliga regler

Enligt försäkringsavtalet mellan landstingen och Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) har PSR och nämnden, utöver att bedöma rätt till ersättning enligt de ersättningsbestämmelser som gäller för den av landstingen tecknade patientförsäkringen, att överväga om PSR är skyldigt att lämna ersättning enligt LÖF:s åtagande att, i fråga om personskada, betala det skadestånd som den försäkrade (landstinget) enligt gällande skadeståndsrättsliga regler i övrigt kan bli skyldig att utge till en patient. Inom skadeståndsrätten skiljer man bl.a. mellan personskada och därmed sammanhängande ekonomiska följdskador samt ren förmögenhetsskada. Rena förmögenhetsskador omfattas inte av LÖF:s åtagande enligt avtalet.

Skadestånd enligt skadeståndsrättsliga regler i övrigt kan enligt nämnda åtagande således endast lämnas för följderna av en personskada, d.v.s. en skada av kroppslig eller psykisk art. Uppfostringskostnaderna utgör, som tidigare nämnts, en ren förmögenhetsskada och omfattas därför inte heller av LÖF:s åtagande.

SAMMANFATTNING

Nämnden anser att de besvär, av kroppslig och därmed sammanhängande besvär av psykisk art, som den fortsatta graviditeten och förlossningen förorsakat modern, är ersättningsbara enligt ersättningsbestämmelserna och att PSR närmare skall utreda vilken ytterligare ersättning som kan lämnas till modern för dessa besvär, utöver den ersättning som redan lämnats.

Någon ersättning kan däremot inte lämnas för de ekonomiska följderna av att barnet blivit fött. Uppfostringskostnaderna är en ren förmögenhetsskada, d.v.s. en skada som uppkommit utan samband med personskada. Sådana skador omfattas överhuvudtaget inte av ersättningsbestämmelserna eller av LÖF:s åtagande att, i fråga om personskada, betala det skadestånd som landstinget enligt gällande skadeståndsrättsliga regler i övrigt, kan bli skyldigt att utge till en patient.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 242/1994

1995:04

Ersättningsfrågor i samband med misslyckad fosterreduktion. Ersättning lämnades till barn med missbildningar som bedömdes vara en följd av s.k. reduktionsbehandling under fosterstadiet.

Modern, som är född år 1961, blev gravid med fem foster efter s.k. hormonstimulering. I graviditetsvecka nio utfördes en s.k. selektiv fosterreduktion, varvid natriumkloridlösning injicerades i de tre övre ägghålorna. Avsikten var således att avlägsna tre foster. Några dagar efter utförd behandling noterades tre viabla foster, varav ett uppvisade en påtagligt sämre aktivitet och man noterade också att amnionhålan var något ihopfallen. Två veckor senare visade ultraljud att alla tre fosteranlagen var ”fint viabla”. Man avstod från ytterligare reduktionsbehandling. I graviditetsvecka 31 förlöstes modern med kejsarsnitt varvid den sist uthämtade trillingen, en flicka, hade missbildningar på höger arm och ben.

Ärendet anmäldes till patientförsäkring med begäran om ersättning för barnets missbildningar som man ansåg var en följd av reduktionsbehandlingen.

PATIENTFÖRSÄKRING ansåg att det inte var övervägande sannolikt att barnets missbildningar härrörde från reduktionsförsöket. Vidare anfördes att även om samband skulle föreligga var det ändå fråga om en oundviklig komplikation till en vedertagen behandlingsmetod. Ansökan om ersättning avböjdes.

Föräldrarna överklagade beslutet till Patientskadenämnden. Efter ytterligare utredning överlämnade patientförsäkring ärendet till Patientskadenämnden för principutlåtande.

FÖRÄLDRARNA har i sitt överklagande anfört sammanfattningsvis följande:

Erfarenheterna av fosterreducerande ingrepp i Sverige är så små att behandlingen borde ha utförts på ett regionsjukhus. Reduktionsbehandlingen utfördes med en mindre beprövad metod och den uppkomna skadan är därför i detta fall inte en oundviklig komplikation till en vedertagen metod. Sannolikheten för att dottern Julia var just det foster som utsattes för den misslyckade fosterreduktionen måste såväl logiskt som förnuftsmässigt vara mycket större än 33,3 %. Det var rent medicinskt felaktigt att man avvaktade med ytterligare behandling efter det första misslyckade försöket till fosterreduktion.

PATIENTFÖRSÄKRING har i sin begäran om principutlåtande begärt svar på följande frågor:

- Är ett nio veckor gammalt foster att jämföra med patient?
- Är fostret i den aktuella situationen en del av modern?

- Var behandlingen medicinskt motiverad, användes en vedertagen metod och utfördes den lege artis?
- Är det övervägande sannolikt att barnets skada uppkommit som en direkt följd av undersökning, behandling eller annan dylik åtgärd? Om ja, hade skadan kunnat undvikas med den valda metoden och med hänsyn till facitresonemanget?
- Är det nämndens mening att barnets skada uppkommit under sådana omständigheter att skadeståndsskyldighet föreligger?
- En lyckad behandling hade lett till att endast två foster hade fått utvecklas. Om ersättning ska lämnas för den anmälda skadan hur ska den i så fall beräknas? Vari består merskadan enligt ersättningsbestämmelserna? Ska ersättning lämnas enligt skadeståndsrättsliga regler, på vilket sätt i så fall?

NÄMNDEN gjorde följande bedömning:

Nämnden har i första hand att pröva om ersättning kan lämnas enligt ersättningsbestämmelserna. Därutöver har nämnden också att i förekommande fall överväga om patientförsäkring är skyldigt att lämna ersättning enligt sitt åtagande att betala det skadestånd som sjukvårdshuvudmannen enligt gällande skadeståndsrättsliga regler i övrigt kan vara skyldig att utge till en patient.

En övergripande fråga vid bedömningen av detta ärende är frågan om det ofödda barnets rättsliga ställning. Denna fråga har inte tidigare aktualiserats för nämnden och nämnden har i frågan inhämtat yttrande från docenten Håkan Andersson vid Uppsala universitet. I det nu aktuella fallet har skadan (missbildningarna) enligt anmälan orsakats av en handling som varit riktad direkt mot fostret. Avsikten med behandlingen var att i föräldrarnas intresse avlägsna fostret enligt gällande abortlagstiftning. Eftersom behandlingen i detta avseende inte lyckades och barnet sedermera framföddes med liv föreligger enligt nämndens mening en sådan identitet mellan barnet och fostret att barnet har rätt att föra talan avseende förhållanden som inträffat även under den tidiga graviditeten. Denna slutsats gäller i första hand vid bedömning enligt skadeståndsrättsliga regler.

Begreppet patient enligt § 1

Vad därefter angår frågan huruvida ersättningsbestämmelserna kan tillämpas uppkommer först frågan om fostret kan anses vara patient enligt § 1 i ersättningsbestämmelserna när behandlingen kan sägas ha utförts på modern. Vad som menas med begreppet patient anges inte närmare i ersättningsbestämmelserna. Tanken har emellertid varit att en patient ska vara en person som är föremål för behandling eller åtgärd inom ramen för hälso- och sjukvården. Med hänsyn till den identitet som råder mellan det födda barnet och fostret anser nämnden att patientförsäkringen bör tillämpas på barnet som om det varit patient redan i samband med den behandling som riktade sig emot fostret. Eller med andra ord, fostret bör räknas som patient om det skadats vid en viss behandling

och senare föds med liv. I det nu aktuella fallet kan alltså barnets eventuella rätt till ersättning i första hand prövas enligt ersättningsbestämmelserna.

Sambandsfrågan

Vid en prövning enligt ersättningsbestämmelserna blir den första frågan om det barn som föddes med missbildningar också var just det foster beträffande vilket reduktionsförsöket misslyckades. Utredningen i ärendet har inte kunnat klargöra vad som givit upphov till missbildningarna. Enligt nämndens uppfattning talar emellertid det mesta för att missbildningarna orsakats vid reduktionsförsöket och det får därför anses vara övervägande sannolikt att det föreligger ett orsakssamband mellan reduktionsbehandlingen och de missbildningar på höger arm och ben som flickan drabbats av.

Föreligger behandlingsskada enligt § 2?

Utredningen i ärendet visar att behandlingen fått en felaktig inriktning på grund av att faktiskt föreliggande symtom inte observerades eller att de iakttagelser som gjordes i samband med behandlingen värderades på ett sätt som avviker från vedertagen praxis. Nämnden anser därför att det föreligger en ersättningsbar behandlingsskada enligt § 2.3 i de tillämpliga ersättningsbestämmelserna. Det förhållandet att en behandling enligt de ursprungliga planerna skulle lett till att flickan aldrig hade fötts skall enligt nämndens mening inte leda till någon annan bedömning. Skälet härför är att barnet bör ha rätt till ersättning för den missbildning som utgör en direkt följd av en för barnet skadegörande behandling.

Vilken skada ska ersättas?

Ersättning bör lämnas enligt § 5 i ersättningsbestämmelserna till barnet för den kroppsskada som det drabbats av d.v.s. följderna av missbildningarna på armen och benet däri inräknat barnets ökade kostnader för att få vård.

Övriga synpunkter

Nämnden har med det föregående svarat på patientförsäkrings frågor i den mån det har behövts för att ta ställning i ärendet. Nämnden avstår därför från att ta ställning till övriga frågor däribland frågan om rätt till ersättning på skadeståndsrättslig grund.

Nämnden vill till slut peka på följande uttalanden vad angår patientförsäkrings fråga om fostrets förhållande till modern. Utredningen om det ofödda barnet har i sitt betänkande "Skydd för det väntade barnet" (SOU 1987:11) s. 69 förklarat att man "måste utgå från att modern och barnet är två individer som båda är skyddsvärda" samt att "det är uppenbart att man inte längre kan betrakta modern och det blivande barnet som en enda individ". Denna uppfattning har

utredningen vidhållit i sitt betänkande ”Den gravida kvinnan och fostret – två individer” (SOU 1989:51) s. 77–78.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 478/1994

1998:01

1. **Oundviklig komplikation. – Fråga huruvida den anmälda skadan kunnat undvikas genom ett annat utförande av det valda förfarandet.**
2. **Facitresonemang på metodval.**
3. **Kan ”icke-behandling” eller s.k. konservativ behandling anses som behandlingsmetod?**

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 patientskadlagen (1996:799)

En 44-årig man uppsökte den 14 januari 1997 sjukhus på grund av ospecifika bröstsmärtor. Patienten hade tidigare haft en misstänkt lungemboli år 1994 samt en djup ventrombos efter en artroskopi år 1995. På grund av misstanke om lungemboli sattes en venflon (nål) på höger handrygg för eventuellt dropp, provtagning m.m. En lungscintigrafi utfördes, varefter nålen togs bort och patienten fick gå hem.

Den 27 januari 1997 återkom patienten på grund av en ytlig propp på handryggen, en bit upp på utsidan av underarmen. Som följd av detta behandlades han med blodförtunnande medel under 14 dagar.

Patienten anmälde patientskada utan närmare motivering för sitt krav.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) ansåg att det i det aktuella fallet inte varit i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet att inte sätta venflon, eftersom detta är en del i undersökningsförfarandet vid misstanke om lungemboli. Underlåtenhet att sätta venflon – d.v.s. ”icke-behandling” – kan därför inte betraktas om ett tillgängligt förfarande vid den aktuella tidpunkten och därmed är den uppkomna proppen på handryggen inte ersättningsbar enligt patientskadlagen.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att ersättningsbar patientskada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

Enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen lämnas ersättning för personskada på patient om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd, under förutsättning att skadan kunnat undvikas antingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

Vid en prövning av patientens rätt till ersättning enligt ovan nämnda lagrum skall nämnden således först ta ställning till om den anmälda skadan kunnat undvikas genom *ett annat utförande av det valda förfarandet*. Av utredningen framgår att patienten den 14 januari 1997 kom in till Länssjukhuset i Kalmar med bröstsmärtor. Kliniskt misstänktes att patienten drabbats av lungemboli, d.v.s. att en blodpropp följt med blodströmmen till lungan. Detta är ett allvarligt tillstånd med inte sällan dödlig utgång. Den medicinska handläggningen måste i sådana situationer snabbt inriktas på att bekräfta eller utesluta diagnosen. Därför krävs utredning med bl.a. lungscintigrafi. Av erfarenhet vet man dessutom att patientens tillstånd vid lungemboli plötsligt kan försämrats och man måste hos sådana patienter vara förvissad om att man har tillgång till "blodbanan". Det var således helt riktigt att sätta en venflon i höger handrygg. Dessutom utnyttjas venflon som regel även för heparinbehandling i avvaktan på slutgiltig diagnos. Utan tillgång till en "fri venväg" i en akut vårdssituation som den föreliggande, tillgodoser man inte patientens vårdbehov på ett tillfredsställande sätt. Den medicinska handläggningen har således utförts på ett helt riktigt sätt enligt vedertagna behandlingsprinciper.

Som en reaktion på insättandet av venflon uppkom en tromboflebit, d.v.s. en venväggsinflammation med åtföljande bildning av blodpropp. Denna komplikation hade inte kunnat undvikas genom ett annat utförande av det förfarande som valts eller genom att man även behandlat patienten med blodförtunnande medel, eftersom det i detta fall rör sig om en lokal retning som uppkommit som en reaktion på ett främmande material. Den anmälda skadan hade således inte kunnat undvikas genom ett annat utförande av det valda förfarandet.

Nämnden har då att ta ställning till om skadan kunnat undvikas genom *val av ett annat tillgängligt förfarande*, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. I detta fall uppkommer frågan om det förfaringssättet att man i stället låtit bli att sätta in venflon är att anse som ett alternativt "förfarande" i lagtextens mening.

Rent språkligt har ordet "förfarande" en så vid betydelse att varje annan åtgärd skulle kunna innefattas i detta begrepp. I förarbetena till patientskadelagen (prop. 1995/96:187 s. 81) sägs emellertid att med "förfarande" avses behandlingsteknik och behandlingsmetod. Med "annat förfarande" i det aktuella lagrummet avses således en annan *behandlingsmetod* men däremot inte varje annan åtgärd.

Frågan är då om alternativet att låta bli att sätta in en venflon är att bedöma som en behandlingsmetod. Med behandlingsmetod avses inte bara positiva åtgärder. Även icke-behandling eller s.k. konservativ behandling kan vara en behandlingsmetod. För att det skall röra sig om en sådan metod fordras dock enligt nämndens mening att det är en inom läkarvetenskapen accepterad metod som utgör ett klart behandlingsalternativ. Det måste således vara fråga om en vårdåtgärd som vid behandlingstillfället är i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och som tillgodoser patientens vårdbehov på ett tillfredsställande sätt. Att låta bli att sätta in en venflon kan, under de omständigheter som förelegat i detta fall, inte bedömas som någon alternativ behandlingsmetod. Med hänsyn till detta och vad som i övrigt anförts ovan föreligger inte någon ersättningsbar patientskada.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 21/1998

1998:02

Infektionsskada. Omständigheterna i ärendet är sådana att patienten inte skäligen bör tåla infektionen utan rätt till ersättning.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 4 och tredje stycket patientskadelagen (1996:799)

En 50-årig man sökte den 7 februari 1997 för en fraktur på höger ringfinger. Fingret reponerades akut. Vid ett återbesök den 11 februari visade röntgen en intraartikulär PIP-ledsfraktur. Den 14 februari opererades patienten med en öppen reposition. Vid återbesök den 20 februari fanns tecken på en infektion. En bakterieodling visade stafylokoccus aureus.

Patienten anmälde infektionen som patientskada utan närmare motivering för sitt krav.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avvisade patientens krav med följande motivering:

Enligt 6 § första stycket 4 patientskadelagen är rätt till ersättning utesluten i de fall omständigheterna är sådana att infektionen skäligen måste tålas. Hänsyn skall tas till arten och svårhetsgraden av den sjukdom eller skada som åtgärden avsett, patientens hälsotillstånd i övrigt samt möjligheten att förutse infektionen. – Patientens grundskada är av den karaktären att den obehandlad skulle kunna leda till en steloperation. Infektionsskadans konsekvens kan i dag inte helt över-

blickas, men kan, även den, leda till en steloperation. – Grundskadan respektive infektionsskadan har av sakkunnigläkare (på en skala 1–5, där 5 representerar den svåraste konsekvensen) värderats till 2. – Grundskadans sjukskrivningstid bedöms uppgå till omkring 5 veckor. Med ledning av journalanteckningar är vår bedömning att infektionen medfört omkring 2 veckors förlängd sjukskrivning. – Infektionen är sannolikt tillförd vid operationen. Den är inte heller förutsebar. I detta fall är omständigheterna sådana att infektionen skäligen måste tålas trots att den inte är förutsebar.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ersättningsbar patientskada förelåg och gjorde följande bedömning:

Samband har ansetts föreligga mellan behandlingen i februari 1997 och den anmälda infektionen. Rätt till ersättning föreligger då om inte omständigheterna är sådana att infektionen skäligen måste tålas. Vid denna skälighetsbedömning skall enligt 6 § tredje stycket patientskadelagen beaktas bl.a. arten och svårhetsgraden av grundskadan och möjligheten att förutse infektionen.

Grundskadan är i detta fall enligt nämndens mening av mindre allvarlig art än infektionen. Visserligen är grundskadan sådan att den obehandlad hade kunnat leda till en steloperation av fingret. Den omständigheten att infektionen har brutit ner brosket i leden innebär dock en större risk för steloperation i framtiden än vad den obehandlade grundskadan hade gjort. Infektionen kan därför inte anses stå i rimlig relation till förutsättningarna för behandlingen. Risken för infektion har dessutom varit ringa och infektionen har varit svår att förutse. Enligt den skälighetsbedömning som skall göras bör patienten därför inte tåla infektionen utan rätt till ersättning. Ersättningsbar patientskada föreligger således.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 34/1998

1998:03

Infektionsskada. Omständigheterna i ärendet är sådana att patienten skäligen bör tåla infektionen utan rätt till ersättning.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 4 och tredje stycket patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 85-årig man med grå starr och förhöjt tryck i vänster öga. Synskärpan före operation var 0.40. Efter operation den 24 januari 1997 fick patienten en minimal främre kammarblödning nedtill. Den 10 februari återkom patienten

ten för ett planerat återbesök. Han hade då haft sämre syn sedan föregående dag och värk under natten. Besvären bedömdes som endoftalmit (inflammation i ögats inre struktur). Glaskroppskirurgi utfördes den 11 februari och infektionen läkte ut. Synskärpa i oktober 1977 var 0.7–0.8.

Patienten anmälde infektionen som patientskada utan närmare motivering för sitt krav.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avvisade patientens krav med följande motivering:

Enligt 6 § första stycket 4 patientskadelagen är rätt till ersättning utsluten i de fall omständigheterna är sådana att infektionen skäligen måste tålas. Hänsyn skall tas till arten och svårhetsgraden av den sjukdom eller skada som åtgärden avsett, patientens hälsotillstånd i övrigt samt möjligheten att förutse infektionen. – Infektionen är enligt vår bedömning tillförd vid operationen. Den är inte heller förutsebar. – Patientens grundsjukdom var av den karaktären att den obehandlad skulle leda till blindhet. Den infektion som patienten drabbades av förorsakade patienten en förlängd läknings- och behandlingstid. Infektionen läkte ut och patientens synskärpa förbättrades i förhållande till situationen före operationen. – Vår bedömning är att patienten skäligen måste tåla infektion, trots att den inte är förutsebar.

PATIENTSKADENÄMNDEN kom till samma slutsats som PSR med följande motivering:

Samband har ansetts föreligga mellan operationen i januari 1997 och den anmälda infektionen. Rätt till ersättning föreligger då om inte omständigheterna är sådana att infektionen skäligen måste tålas. Vid denna skälighetsbedömning skall enligt 6 § tredje stycket patientskadelagen beaktas bl.a. arten och svårhetsgraden av grundsjukdomen och möjligheten att förutse infektionen.

Den ursprungliga vänstersidiga ögonsjukdomen är i detta fall enligt nämndens mening av betydligt allvarligare art än infektionen. Patienten led av både grumling av ögonlinsen och förhöjt tryck i ögat. Ögonoperationen den 24 januari 1997 var en nödvändig åtgärd för att rädda synen på det vänstra ögat. Om ingreppet inte hade utförts hade ögonsjukdomen med stor sannolikhet lett till vänstersidig blindhet. Infektionen får anses vara av relativt lindrig art. Den läkte helt ut och utgången av operationen har inte påverkats av den uppkomna komplikationen, utan synskärpan förbättrades efter ingreppet.

Risk för infektion föreligger i princip alltid vid operativa ingrepp. Det är således en risk som man alltid får räkna med och en komplikation som man i det enskilda fallet som regel inte kan förebygga eller förhindra genom ett annat utförande av behandlingen. I detta fall har infektionsrisken dock varit ringa och infektionen har varit svår att förutse. Infektionen har emellertid endast under en relativt kort period orsakat patienten subjektiva besvär. Enligt den skälighets-

bedömning som skall göras bör patienten därför tåla infektionen utan rätt till ersättning. Ersättningsbar patientskada föreligger således inte.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 63/1998

1998:04

Infektionsskada. Omständigheterna i ärendet är sådana att patienten skäligen bör tåla infektionen utan rätt till ersättning.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 4 och tredje stycket patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 42-årig man som den 15 mars 1997 ådragit sig en högersidig fotledsfraktur. Röntgen visade en fraktur i den yttre fotknölen med syndemoskada (skada i bindvävsfog mellan bendelar). Han opererades påföljande dag med två skruvar i vadbenet och syndemosen fixerades med en skruv. Han gipsades och kunde skrivas ut den 18 mars. Vid omgipsning den 3 april uppmärksammades sårläkningsproblem och växt av staphylococker. Heracillin sattes in och vid återbesök den 17 juni hade såret grundat upp sig och var klart mycket mindre. Patienten var sjukskriven till den 15 juli.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avvisade patientens krav med följande motivering: En förutsättning för att ersättning skall kunna lämnas för en infektion är att smittan överförts i samband med en vårdåtgärd. – Rätt till ersättning är dock utesluten i de fall omständigheterna är sådana att infektionen skäligen måste tålas. Hänsyn skall därvid tas till arten och svårhetsgraden av den sjukdom eller skada som åtgärden avsett, patientens hälsotillstånd i övrigt samt till möjligheten att förutse infektionen. – När det gäller arten och svårhetsgraden av den sjukdom eller skada som åtgärden avsett är grundprincipen att ju allvarligare grundsjukdomen är, desto större komplikationer får patienten tåla utan att ersättning kan lämnas. – Efter samråd med medicinskt sakkunnig har vi funnit att smittämne överförts vid vård och behandling av fotledsfraktur. Infektionen var inte förutsebar. Om patientens skada inte hade opererats hade den medicinska invaliditetsgraden uppgått till cirka 20 %. Infektionen har varit av lindrig art då densamma var läkt 1997-07-15. – Vid en samlad bedömning har vi funnit att omständigheterna kring den uppkomna infektionen inte varit sådana att patienten kan omfattas av eller erhålla ersättning enligt patientskadelagen.

Patienten ansåg att han inte kunde godta skälen för PSR:s beslut och anförde att såret var läkt först den 15 augusti 1997 och att det inneburit fem månaders pina med diarré och ständiga återbesök.

PATIENTSKADENÄMNDEN kom till samma slutsats som PSR med följande motivering:

Samband har ansetts föreligga mellan fotledsoperationen i mars 1997 och den anmälda infektionen. Rätt till ersättning föreligger då om inte omständigheterna är sådana att infektionen skäligen måste tålas. Vid denna skälighetsbedömning skall enligt 6 § tredje stycket patientskadelagen beaktas bl.a. arten och svårhetsgraden av grundskadan och möjligheten att förutse infektionen.

Den ursprungliga högersidiga fotledsfrakturen är i detta fall enligt nämndens mening av betydligt allvarigare art än infektionen. Fotledsfrakturen var relativt omfattande då det förelåg ett spiralfformat brott inom nedre delen av vadbenet, en isärsprängning av fotledsgaffeln, d.v.s. förbindelsen mellan vadbenet och skenbenet, och felställning av fotleden. En operation var därför nödvändig för att behandla frakturen och de stödjevådnader som samtidigt skadats. Infektionen får anses ha varit av relativt lindrig art. Den har varit ytlig och har således inte engagerat leden, påverkat frakturläkningen eller inverkat menligt på ledbrösket och har därmed inte orsakat några kvarstående besvär. Den akuta sjukdomstiden har inte heller med övervägande sannolikhet förlängts av infektionen.

Risk för infektion föreligger i princip alltid vid operativa ingrepp. Det är således en risk som man alltid får räkna med och en komplikation som man i det enskilda fallet som regel inte kan förebygga eller förhindra genom ett annat utförande av behandlingen. I detta fall har infektionsrisken dock varit ringa och infektionen har varit svår att förutse. Infektionen får emellertid anses ha varit av mindre svår karaktär än fotledsfrakturen och den har enligt nämndens bedömning inte påverkat utgången av fotledsoperationen. Enligt den skälighetsbedömning som skall göras bör patienten därför tåla infektionen utan rätt till ersättning. Ersättningsbar patientskada föreligger således inte.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 83/1998

1998:05

Infektionsskada. Omständigheterna i ärendet är sådana att patienten inte skäligen bör tåla infektionen utan rätt till ersättning.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 4 och tredje stycket patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 85-årig kvinna med grå starr höger öga. Hon opererades den 29 maj 1997. Hon hade värk dagen efter operationen. Besvären bedömdes inte som en inflammation utan patienten ordinerades Maxidex och anmodades att återkomma den 31 maj. Den 31 maj hade patienten kraftig värk och var svullen runt höger öga. Det konstaterades att patienten hade endoftalmit (inflammation i ögats inre struktur). Patienten blev blind på höger öga.

PATIENTEN anmälde infektionen som patientskada utan närmare motivering för sitt krav.

Med hänvisning till 6 § första stycket 4 patientskadelagen avböjde personskaderegleringsbolaget (PSR) att betala ersättning och gjorde den bedömningen att infektionen skäligen måste tålas trots att den inte var förutsebar.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ersättningsbar patientskada förelåg och gjorde följande bedömning:

Samband har ansetts föreligga mellan ögonoperationen den 29 maj 1997 och den anmälda infektionen. Rätt till ersättning föreligger då om inte omständigheterna är sådana att infektionen skäligen måste tålas. Vid denna skälighetsbedömning skall enligt 6 § tredje stycket patientskadelagen beaktas bl.a. arten och svårhetsgraden av grundsjukdomen och möjligheten att förutse infektionen.

Ögonoperationen i maj 1997 var en nödvändig åtgärd för att försöka rädda synen på det högra ögat. Om ingreppet inte hade utförts hade ögonsjukdomen med stor sannolikhet lett till högersidig blindhet. På grund av den infektion som uppkom i samband med ingreppet har det förväntade operationsresultatet spoliats. I stället för en sannolikt förbättrad syn uppkom som en följd av infektionen en total blindhet på det opererade ögat. I anledning av infektionen har patienten även fått genomgå en omoperation samt förorsakats smärta under själva infektionstiden. Vid en samlad bedömning får följderna av infektionen således anses vara av allvarligare art än den ursprungliga ögonsjukdomen. Risken för infektion har dessutom varit ringa och infektionen har varit svår att förutse. Infektionen kan därför inte anses stå i rimlig relation till förutsättningarna för behandlingen. Enligt den skälighetsbedömning som skall göras bör patien-

ten därför inte tåla infektionen utan rätt till ersättning. Ersättningsbar patient-skada föreligger således.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 99/1998

1998:06

Infektionsskada. Omständigheterna i ärendet är sådana att patienten skäligen bör tåla infektionen utan rätt till ersättning.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 och 4 samt tredje stycket patientskadelagen (1996:799)

Ärendet avser en 63-årig man som drabbats av hjärtinfarkt såväl i mars som i april 1997. Han lades in på sjukhus den 1 april 1997. I efterförloppet utvecklade han svikt med lungödem och förmaksflimmer. Han skrevs ut till hemmet den 14 april i avvaktan på fortsatt utredning. Han genomgick kranskärlsröntgen den 29 april 1997. Undersökningen resulterade i beslut om by-passoperation inom en månad. Den 1 maj lades han emellertid in på sjukhus på grund av hög feber, frossa och smärtor under vänster skulderblad. Utredningen visade blodförgiftning. Han utvecklade septisk chock och vårdades i respirator på grund av syresättningsproblem. Patienten vårdades på sjukhus i väntan på by-passoperation. Resultatet av operationen blev gott och vid återbesök den 30 juli hade han förbättrad arbetsförmåga och inga centrala bröstsmärtor. Han fick fortsätta med antibiotikabehandling efter operationen till den 30 juli, då medicinen sattes ut. Infektionsproverna var då utan anmärkning.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Patientskadelagen anger vilka situationer som kan ge rätt till ersättning för skador i samband med vård och behandling. En förutsättning för att ersättning ska kunna lämnas för en infektion är att smittämnet har överförs i samband med någon vårdåtgärd. Lagen anger vidare att ersättning inte kan lämnas i de fall omständigheterna varit sådana att infektionen skäligen måste tålas. Hänsyn ska därvid tas till arten och svårhetsgraden av den sjukdom för vilken behandling skett, patientens hälsotillstånd i övrigt samt möjligheterna att förutse infektionen. – Vi har bedömt att infektionen med övervägande sannolikhet är tillförd i samband med kranskärlsröntgen. Infektionen bedöms ej vara förutsebar. Patien-

ten led av en allvarlig hjärtsjukdom. Följderna av infektionen var svåra under en begränsad tid och medförde tre månaders antibiotikabehandling. Hjärtoperationen kunde utföras som planerat inom en månad efter kranskärlsröntgen. Efter skälighetsbedömning har vi funnit att infektionen skäligen måste tålas. – Vi har också prövat om ersättning kan lämnas enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen. Det var medicinskt motiverat att utföra kranskärlsröntgen inför ställningstagande till operation. Man har använt en vedertagen undersökningsmetod. Vid undersökningen använder man sterila katetrar. Det finns trots detta risk för infektion, då bakterier kan föras med katetern från omgivande luft eller hud. En uppkommen infektion går inte att undvika i det enskilda fallet genom ett annorlunda utförande av undersökningen. Det fanns inte heller någon annan metod än kranskärlsröntgen som hade tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

Patienten ansåg att infektionen sannolikt uppkommit till följd av att katetern, som fördes in i lumsken, inte var helt steril. Han ansåg att personskaderegleringsbolagets beskrivning av händelseförloppet vid blodförgiftningen är totalt felaktig.

PATIENTSKADENÄMNDEN kom till samma slutsats som PSR med följande motivering:

Samband har ansetts föreligga mellan den kranskärlsröntgen som utfördes den 29 april 1997 och den anmälda infektionen. Rätt till ersättning föreligger då om inte omständigheterna är sådana att infektionen skäligen måste tålas. Vid denna skälighetsbedömning skall enligt 6 § tredje stycket patientskadelagen beaktas bl.a. arten och svårhetsgraden av grundskadan och möjligheten att förutse infektionen.

Den ursprungliga hjärtsjukdomen är i detta fall enligt nämndens mening av allvarligare art än infektionen. Vid aktuell tidpunkt hade patienten haft två hjärtinfarkter tätt inpå varandra och han visade tecken på hjärtsvikt. Undersökningen i april 1997 var därför absolut nödvändig för att man skulle kunna utreda och sedan behandla patientens kranskärlssjukdom. Röntgenundersökningen påvisade trekärlssjuka. Infectionen som uppkom i samband med undersökningen yttrade sig som en blodförgiftning, vilket är en allvarlig komplikation som i detta fall innebar intensivvårdsbehandling under det akuta infektionsförloppet. Infectionen kunde dock framgångsrikt behandlas och den planerade hjärtoperationen kunde genomföras som planerat den 26 maj 1997, d.v.s. inom en månad från det att infektionen uppkom. Vid operationstillfället får infektionen således anses ha varit väl under kontroll. Infectionen har inte gett några kvarstående besvär och har uppenbarligen inte äventyrat utgången av operationen som blev lyckad.

Utredningen i ärendet ger inga belägg för att man skulle ha använt osteril kateter vid röntgenundersökningen. Risk för infektion föreligger dock i princip alltid vid medicinska ingrepp. Det är således en risk som man alltid får räkna

med och en komplikation som man i det enskilda fallet som regel inte kan förebygga eller förhindra genom ett annat utförande av behandlingen. I detta fall har infektionsrisken dock varit ringa och infektionen har varit svår att förutse. Infektionen får emellertid anses ha varit av mindre svår karaktär än den mycket allvarliga hjärtsjukdomen och den har enligt nämndens bedömning inte påverkat utgången av hjärtoperationen. Enligt den skälighetsbedömning som skall göras bör patienten därför tåla infektionen utan rätt till ersättning, även om infektionens följder under det akuta skedet måste betecknas som svåra. Ersättningsbar patientskada föreligger således inte.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 210/1998

1998:08

1. Facitresonemang på metodval.
2. Läkemedelsbiverkan inte ersättningsbar.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 och 7 § 2 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 84-årig kvinna med trigeminus neuralgi (smärta i utbredningsområdet i ansiktet för nervus trigeminus) på höger sida. Farmakologisk terapi blev resultatlös och därför utförde man en s.k. ganglion gasseri blockad med Glycerol. Efter behandlingen blev patienten smärtfri men hon drabbades av en sensibilitetspåverkan i nervens utbredningsområde. Detta medförde att hornhinnans sensibilitet försvann, vilket i sin tur ledde till sår på hornhinnan i höger öga. Patienten har drabbats av en allvarlig synnedsättning och kan bara skilja mellan ljus och mörker.

Patienten ansåg att den svåra skada hon drabbats av måste anses som en patientskada.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Vi har bedömt att behandlingen var medicinskt motiverad och utfördes med vedertagen metod. Man deponerade 0,27 ml Glycerol, vilket helt överensstämmer med den rekommenderade volymen. Man kan inte med användandet av någon särskild teknik eller på annat sätt undvika att det uppkommer en känselstörning i det enskilda fallet. – Trigeminusneuralgi kan behandlas med s.k.

microvasculär dekompression, men detta är ett relativt stort kirurgiskt ingrepp som inte rekommenderas till patienter över 70 år. Vi har bedömt att någon annan behandlingsmetod ej hade tillgodosett vårdbehovet på ett totalt sett mindre riskfyllt sätt.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att ersättningsbar behandlingsskada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

Enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen lämnas ersättning för personskada på patient om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd, under förutsättning att skadan kunnat undvikas antingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

Nämnden, som anser att synförlusten på det högra ögat med övervägande sannolikhet uppkommit i samband med blockaden mot nervens ganglion, delar bolagets bedömning att skadan inte gått att undvika genom ett annat utförande av den valda behandlingen.

Nämnden har sedan att pröva om skadan kunnat undvikas genom ett annat tillgängligt förfarande, d.v.s. med en alternativ behandlingsmetod. För att skadan skall ge rätt till ersättning krävs dock att den alternativa behandlingsmetoden dels tillgodoser patientens vårdbehov dels, dels ger en totalt sett lägre risknivå samt vidare var tillgänglig vid behandlingstillfället.

I princip fanns tre alternativa metoder tillgängliga vid behandlingen av patientens trigeminusneuralgi, farmakologisk behandling, behandling riktad mot nervens ganglion samt mikrokirurgi. Farmakologisk behandling hade redan prövats men inte lett fram till önskvärt resultat. Behandling riktad mot nervens ganglion kan ges antingen i form av glycerolblockad, som användes i detta fall, eller genom s.k. termokoagulation. Vid termokoagulation kan dock samma slag av komplikationer uppkomma som vid glycerolblockad, vilket innebär att man inte kan hävda att termokoagulation skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Vad sedan gäller frågan om den tredje alternativa behandlingsmetoden, mikrokirurgi, delar nämnden PSR:s bedömning att inte heller det skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Det föreligger därför inte rätt till patientskadeersättning.

Nämnden konstaterar att i det fall skadan orsakats av den använda injektionsvätskan som sådan och denna är att betrakta som läkemedel är en sådan skada undantagen från rätten till patientskadeersättning enligt 7 § 2 patientskadelagen om läkemedlet förordnats och lämnats ut enligt gällande föreskrifter och anvisningar. Injektionsvätskan har i detta fall använts på riktig indikation och med korrekt dosering. Någon kritik kan således inte riktas mot användandet av läke-

medlet. Patientens rätt till ersättning kan i stället prövas enligt läkemedelsförsäkringens ersättningsbestämmelser.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 157/1998

1998:09

Ersättningstvist. Fråga huruvida ersättning för sveda och värk skall reduceras under normal behandlingstid för grundsjukdomen.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

8 § patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 50-årig kvinna, som opererades den 24 februari 1997 för stressinkontinens. Efter operationen drabbades patienten av feber och smärtor samt av att det kom var ur operationssåret. På grund av detta opererades patienten på nytt den 5 mars, varvid man fann läckage på urinblåsan samt att det nät som lagts in vid urinblåsan satt löst. Vid omoperationen användes en annan operationsmetod än vid den första operationen. Till följd av omoperationen fick patienten sin sjukhusvistelse och sjukskrivningstid förlängd med 13 respektive 47 dagar.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) ansåg att de skador som uppkom efter den första operationen var ersättningsbara och betalade ut ersättning för den förlängda tiden för sjukhusvistelse och sjukskrivning samt med reducerat belopp för ”normal” behandlingstid. PSR lämnade följande motivering för sitt beslut: PSR har lämnat ersättning för sveda och värk med ledning av de normer som fastställts av Trafikskadenämnden. Hänsyn har därvid tagits till att patienten skulle varit sjukskriven viss tid oavsett den behandlingsskada hon drabbats av. Under sådan tid patienten skulle varit sjukskriven till följd av sin grundsjukdom och den planerade operationen har därför ersättning reducerats till hälften av de grundbelopp Trafikskadenämnden rekommenderar i sin hjälptabell.

Patienten ansåg denna ersättning för låg.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning och gjorde följande bedömning:

Nämnden noterar inledningsvis att frågan om ersättning för vanprydande ärr fortfarande är under utredning.

Nämnden delar PSR:s bedömning att ersättning för sveda och värk skäligen skall reduceras under den tid patientens grundsjukdom och dess normala behandlingstid föranlett sjukhusvistelse eller sjukskrivning. Denna reduktion skall ske på sätt PSR gjort.

Då ersättningen för sveda och värk beräknats enligt gällande normer, skall ytterligare ersättning, utöver den som PSR erbjudit, inte betalas.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 159/1998

1999:01

Facitresonemang på metodval. Ej ersättning. Annat tillgängligt förfarande fanns inte i det aktuella fallet, eftersom patienten förklarat sig inte acceptera den alternativt tillgängliga metoden.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 patientskadelagen (1996:799)

En 66-årig kvinna genomgick den 10 maj 1977 en estetisk ögonlocksoperation. Hon hade tidigare, år 1978, genomgått ansiktslyftning och ögonlocksplastik. Den 17 mars 1997 vände hon sig till plastikkirurg. Enligt journalen önskade hon åter övre ögonlocksplastik därför att ögonlocken kändes tunga. Hon informerades då om att övre ögonlocksplastik knappast skulle göra så stor skillnad utan att ögonbrynen egentligen behövde lyftas. Patienten ansåg emellertid att en sådan operation var för dyr. Vid återbesök den 5 maj 1997 informerades patienten om att ärran efter den tidigare operationen låg högt och att endast ett begränsat ingrepp kunde göras. Patienten ville ha övre ögonlocksplastik.

Vid operationen den 10 maj 1997 åtgärdades de övre ögonlocken. Efter avslutad suturering noterades att ögonspringan inte kunde slutas helt. Man gjorde därför ett mindre ingrepp på undre ögonlocken för att försnäva ögonspringan.

Den 23 november 1998 genomgick patienten operation hos en annan läkare. På grund av lågtstående ögonlock gjordes en förkortning av båda ögonlockskanterna. Vid undersökning hos ögonläkare den 2 februari 1999 noterades att patienten hade en tämligen vid ögonspringa på höger öga. När hon blundade kvarstod en diastas på omkring 2 mm, men när hon knep ihop ögonlocken täcktes ögonspringan.

PATIENTEN anmälde som patientskada att hon efter operationen den 10 maj inte kan sluta ögonlocken och därmed har svullnad, tårtillförsel och värk samt

att ögonen är asymmetriska. Hon har framhållit att hon inte enträget bett om övre ögonlocksplastik. Hon hade rådfrågat operatören och han hade tyckt att hon skulle genomgå en sådan. Hon har bekräftat att den av operatören föreslagna operationen med brynlyft skulle blivit för dyr. Hon har vidare uppgett att hon inte blivit bättre efter den korrigerande operationen i november 1998.

FÖRSÄKRINGSBOLAGET (Trygg-Hansa) har avböjt att betala ersättning med följande motivering: ”Enligt vår bedömning har den anmälda skadan inte kunnat undvikas genom ett annorlunda utförande av den valda behandlingsmetoden. Att man i efterhand kan säga att ett brynlyft, som patienten av ekonomiska skäl avstod från, hade varit ett bättre alternativ berättigar inte till patientskadeersättning.”

PATIENTSKADENÄMNDEN delade bolagets uppfattning att ersättningsbar patientskada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

Enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen lämnas ersättning för personskada på patient om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd, under förutsättning att skadan kunnat undvikas antingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

Vid en prövning av patientens rätt till ersättning enligt ovan nämnda lagrum skall nämnden således först ta ställning till om den anmälda skadan kunnat undvikas genom ett annat utförande av det valda förfarandet. Nämnden anser att operationen med övre ögonlocksplastik den 10 maj 1997 utfördes på ett riktigt sätt och att det med den valda operationsmetoden inte gick att undvika att operationen medförde en slutningsdefekt. Den anmälda skadan hade således inte kunnat undvikas genom ett annat utförande av det valda förfarandet.

Nämnden har då att ta ställning till om skadan kunnat undvikas genom val av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Av utredningen i ärendet framgår att den privatpraktiserande plastikkirurgen, i den diskussion med patienten som föregick operationen, föreslog s.k. pannlyft (eller brynlyft) som den lämpligaste metoden för att uppnå önskat resultat. Denna operation ansåg patienten bli alltför dyr och behandlande läkare och patient överenskom därför i stället att operation med övre ögonlocksplastik skulle utföras. Enligt försäkringsbolagets rådgivande specialistläkare hade, vid en bedömning i efterhand, den initialt föreslagna metoden (pannlyft) varit en bättre behandling medan den tillämpade operationsmetoden med övre ögonlocksplastik var olämplig eftersom den ledde till en försämrad ögonlocksslutning orsakad av korthet i de undre locken. Att det förhöll sig på det sättet doldes emellertid före ingreppet av det relativa hudöverskottet på de övre locken. Med den kun-

skap som förelåg vid behandlingstillfället var det därför en vedertagen behandling att välja övre ögonlocksplastik. Vid en bedömning i efterhand anser nämnden emellertid att operationsmetoden med s.k. pannlyft skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. För att patientskadeersättning skall kunna lämnas krävs därutöver också att det alternativa förfarandet fanns tillgängligt. I detta fall hade patienten inte accepterat operationsmetoden med pannlyft. Denna metod var därför inte möjlig att använda och kan därför inte anses utgöra ett sådant annat tillgängligt förfarande som avses i lagen. Med hänsyn till detta och vad som i övrigt anförts ovan föreligger inte någon ersättningsbar patientskada.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 174/1999

1999:03

- 1. Facitresonemang på metodval. Ej ersättning. Tandskadeärende.**
Alternativ till mandibularbedövning fanns inte vid behandling av kindtand (Tand 46).
- 2. Bristande information omfattas inte av patientskadelagen.**

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en man, född år 1952, som uppsökt privattandläkare för behandling av kindtand i underkäken (tand 46). Patienten har anmält att han efter behandlingen, som bl.a. innebar bedövning genom en mandibularinjektion, drabbats av nervskada (känselfall), vilken enligt patienten beror på att injektionen utförts på fel sätt.

DET SKADEREGLERANDE FÖRSÄKRINGSBOLAGET (Länsförsäkringar-Wasa) avböjde ersättning med motivering att känselfallet var en oundviklig komplikation till mandibularinjektionen.

PATIENTEN förde ärendet vidare till Patientskadenämnden och tillade att han ansåg att försäkringsbolaget tillämpade oacceptabla bedömningsnormer, att det förelegat brister i fråga om information och samrådsförfarande samt att den teknik som använts inte var anpassad till riskerna.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade försäkringsbolagets uppfattning att ersättningsbar behandlingsskada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

Enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen lämnas ersättning för personskada på patient om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd, under förutsättning att skadan kunnat undvikas antingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

Vid en prövning av patientens rätt till ersättning enligt ovan nämnda lagrum skall nämnden således först ta ställning till om den anmälda skadan kunnat undvikas genom *ett annat utförande av det valda förfarandet*.

Man har i detta fall använt sig av en väl etablerad bedövningsmetod. Vid ingrepp i underkäken är ledningsblockad av nervus alveolaris inferior ett utomordentligt effektivt och frekvent förfaringssätt för att uppnå bedövning. Vid denna typ av bedövning i underkäken avser man att placera bedövningsmedlet så nära den aktuella nerven som möjligt vid dess inträde i käkhålan genom underkäkshålet på insidan av underkäksutsnittet (foramen mandibulae). Detta för att få en tillräckligt hög koncentration av medlet kring nerven. Den teknik som använts har utarbetats med hänsyn till detta. Det kan dock inträffa att nervskador i sällsynta fall uppkommer på grund av det "blinda" bedövningsförfarandet och det förhållandet att det utrymme där nålen ska placeras är mycket trångt.

I det nu aktuella ärendet uppkom en nervskada trots att man utfört bedövningen på ett riktigt sätt. Även om man initialt gett en provdos hade man kunnat få en skada av samma slag. Nervskadan har således inte kunnat undvikas genom ett annorlunda utförande av lokalbedövningen.

Nämnden har då att ta ställning till om skadan kunnat undvikas genom *val av ett annat tillgängligt förfarande*, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Något sådant förfarande finns dock inte eftersom det i detta fall gällde behandling av en kindtand och vid sådan behandling är aktuell bedövningsmetod den vedertagna.

Mot bakgrund av ovanstående finner nämnden således att någon ersättningsbar patientskada inte föreligger i detta ärende.

Med anledning av patientens uppgifter om bristande information vill nämnden framhålla att patientskadelagen inte innehåller något åtagande att lämna ersättning vid eventuella brister i den information som lämnas en patient före behandlingen om de särskilda behandlingsrisker som kan förekomma. Patienten har i detta fall inte heller visat att det föreligger sådan brist i informationen att skadeståndsskyldighet enligt allmänna skadeståndsrättsliga regler uppkommit.

1999:04

Facitresonemang på metodval. Tandskadeärende. Skadan ersatt. Alternativ till mandibularbedövning fanns vid behandling av tand 44. (Alternativ bedövning i form av infiltrationsbedövning torde finnas vid behandling av samtliga tänder i överkäken samt tänderna 31–34 och 41–44 i underkäken.)

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 48-årig kvinna som sökt privattandläkare för rotbehandling av tand 44.

Patienten har anmält att hon efter behandlingen, som bl.a. innebar bedövning genom en mandibularinjektion, drabbats av nervskada (känslbortfall), vilken enligt patienten måste anses vara ett olycksfall i behandlingen och därmed ersättningsbar.

DET SKADEREGLERANDE FÖRSÄKRINGSBOLAGET (Länsförsäkringar-Wasa) avböjde ersättning med motivering att känslbortfallet var en oundviklig komplikation till mandibularinjektionen.

Patienten förde ärendet vidare till **PATIENTSKADENÄMNDEN**, som ansåg att ersättningsbar behandlingsskada förelåg och gjorde följande bedömning:

Enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen lämnas ersättning för personskada på patient om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd, under förutsättning att skadan kunnat undvikas antingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

Nämnden, som anser att nervskadan med övervägande sannolikhet uppkommit i samband med mandibularbedövningen delar LF WASA:s bedömning att skadan inte gått att undvika genom ett annat utförande av den valda behandlingen.

Nämnden har sedan att pröva om skadan kunnat undvikas genom ett annat tillgängligt förfarande, d.v.s. med en alternativ behandlingsmetod. För att skadan skall ge rätt till ersättning krävs dock att den alternativa behandlingsmetoden dels tillgodoser patientens vårdbehov dels, dels ger en totalt sett lägre risknivå samt vidare var tillgänglig vid behandlingstillfället. Vid en sådan prövning anser nämnden att nervskadan kunnat undvikas om i stället infiltrationsbedövning givits. En sådan behandling, som var tillgänglig, hade såväl tillgodosett pa-

tientens behov av bedövning som varit mindre riskfylld. I sådant fall föreligger rätt till patientskadeersättning.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 323/1999

1999:06

Infektionsskada. Omständigheterna är sådana att patienten skäligen bör tåla infektionen utan rätt till ersättning.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 4 och tredje stycket patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 77-årig man som i många år haft smärtor från båda knäna. Besvären har varit mest uttalade i vänster knä.

Patienten har som patientskada anmält att han fått en infektion efter protesoperation i vänster knä den 9 september 1997. Patienten uppgav att han har haft svåra besvär av infektionen. Han har blivit orkeslös och han har haft besvär med magen. Operation av höger knä har fått skjutas upp p.g.a. infektionen. Han har också fått ryggbesvär till följd av att han har använt krycka.

Patienten genomgick artroskopi (undersökning av knäleden med hjälp av ett s.k. skop) av vänster knä den 6 september 1996. Undersökningen visade uttalad artros (sjuklig förändring i leden). Den 9 september 1997 gjordes protesoperation och patienten fick en s.k. AGC-protes. Efter några dagar kom serös vätska (blodvätska) från operationssåret och patienten fick antibiotika. Han skrevs ut från sjukhuset den 17 september 1997 och uppmanades att höra av sig vid tecken på infektion. Den 19 september 1997 återkom han till sjukhuset med sekretion i bandaget. Såret visade inga tecken på infektion och rörligheten i knäet var god. Patienten hade fortsatt antibiotikabehandling. Den 21 september 1997 lades han in på sjukhus p.g.a. misstanke om infektion. Odling visade stafylokocker. Den 29 september 1997 gjordes synovektomi (avlägsnande av ledhinna) och noggrann rengöring av operationsområdet och inläggning av antibiotika. Patienten skrevs ut från sjukhuset den 20 oktober 1997. Såret var läkt i början av december 1997. Patienten fick fortsatt antibiotika.

Patienten har haft tilltagande besvär från höger knä. Vid läkarbesök den 24 juli 1998 ville man dock avvakta med operation för att se om vänster knä skulle hålla sig infektionsfritt. Den 8 oktober 1998 noterades att vänster knä fungerade utmärkt. Patienten sattes upp på väntelista för operation av höger knä. Han hade fortfarande antibiotikabehandling.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Enligt 6 § första stycket 4 patientskadelagen lämnas patientskadeersättning för personskada på patient om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av överföring av smittämne som lett till infektion i samband med undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd. Rätt till ersättning är dock utesluten i de fall omständigheterna är sådana att infektionen skäligen måste tålas. Hänsyn skall därvid tas till arten och svårhetsgraden av den sjukdom eller skada som åtgärden avsett, patientens hälsotillstånd i övrigt samt möjligheterna att förutse infektionen. – Enligt PSR:s bedömning har infektion tillförts i samband med operationen den 9 september 1997. Operationen har utförts i ett område som ur bakteriologisk synpunkt betraktas som rent. Patienten hade emellertid en svår artros. Infektionen behandlades på korrekt sätt och var utläkt efter ca tre månader. Patienten har dock haft fortsatt antibiotikabehandling och operation av höger knä har fått skjutas upp. Vänster knä fungerade dock väl i mars 1998 och utmärkt i juli 1998. Enligt PSR:s bedömning har omständigheterna kring infektionen inte varit sådana att patienten har rätt till patientskadeersättning.

PATIENTSKADENÄMNDEN gjorde samma bedömning som PSR med följande motivering:

Främst med beaktande av den allvarliga grundsjukdomen – knäartros – och att infektionen, trots att den inte kunnat förutses, inte äventyrat protesfunktionen delar nämnden PSR:s bedömning att infektionen skäligen måste tålas. Någon ersättningsbar patientskada föreligger därför inte.

Nämnden har vidare noterat att PSR i beslutsbrev till patienten den 8 mars 1998 angivit att patienten har rätt att återkomma om infektionen medför bestående besvär. Nämnden förutsätter att PSR avsett att patienten skall bibehållas sin rätt att återkomma under tio år från den tidpunkt då skadan orsakades.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 7/1999

1999:07

Infektionsskada.

- 1. Omständigheterna är sådana att patienten inte skäligen bör tåla infektionen utan rätt till ersättning.**
- 2. Även fråga om tillämpligheten av undantagsbestämmelsen i 7 § 1 patientskadelagen.**

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 4 och tredje stycket samt 7 § 1 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en, vid behandlingstillfället, 74-årig kvinna med instabil angina pectoris (åderförkalkning i hjärtats kranskärl). Patienten anmälde att hon efter kranskärlsoperation den 5 augusti 1997 drabbats av infektion. Hon ansåg att den uppkomna infektionen bör ersättas enligt patientskadelagen, eftersom hon före genomgången operation och uppkommen infektion varit i god kondition och vigör och att det inte är rimligt att hon skall behöva tåla den långvariga och livshotande infektionen. När väl infektionen uppträtt anser hon vidare att den samma diagnostiserats för sent.

Patienten insjuknade i mitten av juli månad 1997 med bröstsmärtor och inlades på medicinkliniken Danderyds sjukhus där man bedömde att patienten genomgått en infarkt omkring den 17 juli. Efter utskrivning drabbades patienten ånyo av en infarkt den 23 juli 1997 och efter vidare utredning på medicinkliniken bedömdes patienten som aktuell för kranskärlsoperation.

Den 5 augusti 1997 genomgick patienten en kranskärlsoperation på thoraxkirurgiska kliniken Karolinska sjukhuset. Operationen gick komplikationsfritt och patienten kunde den 12 augusti skrivas ut för eftervård på Saltsjöbadens sjukhus. Under vistelsen där fick patienten svårt att andas och överfördes den 14 augusti till medicinkliniken Danderyd där man konstaterade att det fanns vätska i lungsacken. Man satte nu in antibiotika och överförde patienten till thoraxkirurgiska kliniken. Tillståndet bedömdes som mediastenit (infektion i lungmellanrummet) och den 16 augusti opererades patienten med utrymning av infekterad pleura- och pericardvätska (vätska i lung- och hjärtsäck). Odlingar visade växt av stafylokockbakterier. Med anledning av den pågående infektionen och hjärtarytmi vårdades patienten därefter med respirator och dränage.

Den 26 augusti kunde man inte längre odla fram några stafylokockbakterier men i stället hade det nu uppstått växt av svamp. Den 11 september kunde patienten skrivas ut från thoraxkirurgen men redan den 15 september återkom hon med anledning av fistelbildning och ny sårinfektion. Såret öppnades och den 30 september opererades detsamma med delhudstransplantation. Patienten skrevs ut från thoraxkirurgen den 15 oktober 1997 och har därefter gått på regelbundna sårkontroller och fått fortsatt behandling med antibiotika.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Den operation patienten genomgått har varit medicinskt motiverad och har skett på vedertaget sätt. – Rätt till ersättning med anledning av en tillförd infektion är undantagen i det fall infektionen bedöms vara sådan att den skäligen måste tålas. Hänsyn skall därvid bl.a. tas till den sjukdom som behandlades då infektionen uppstod. – I detta fall led patienten av en allvarlig hjärtsjukdom som utan genomgången kranskärlsoperation måste anses ha varit livshotande. Även om patienten i dag fortfarande har sviter av infektionen och står på antibiotikabehandling måste följderna av infektionen anses vara av mindre allvarlig karaktär än de som skulle blivit följden om man inte opererat patienten på det sätt man gjort. Enligt PSR:s bedömning är därmed den uppkomna infektionen inte sådan att den medger rätt till patientskadeersättning. – Den vård och behandling patienten erhållit efter genomgången operation har skett på vedertaget sätt enligt gängse medicinsk praxis. När man först fann infektionstecken har man satt in adekvat antibiotika och någon fördröjning av att diagnostisera eller behandla infektionen kan inte anses ha uppkommit.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ersättningsbar patientskada förelåg och gjorde följande bedömning:

Den infektion som drabbade patienten har tillförts genom kranskärlsoperationen den 5 augusti 1997. Enligt 6 § första stycket 4 patientskadelagen föreligger då rätt till ersättning om inte omständigheterna är sådana att infektionen skäligen måste tålas. Vid denna skälighetsbedömning skall, enligt 6 § tredje stycket patientskadelagen, beaktas bl.a. arten och svårhetsgraden av den sjukdom eller skada som åtgärden avsett, patientens hälsotillstånd i övrigt samt möjligheten att förutse infektionen. Skälighetsbedömningen förutsätter att man gör en samlad bedömning av de olika prövningskriterierna. Detta kan leda till att även om infektionen i ett visst fall kunnat förutses, ersättning ändå kan lämnas om missförhållandet mellan grundsjukdomen och infektionen är särskilt stor (se prop. 1995/96:187 s. 83 f.). Även infektionens svårhetsgrad har således betydelse vid skälighetsbedömningen.

I föreliggande fall var den ursprungliga kranskärlssjukdomen av allvarlig art. När operationen skedde hade patienten haft två hjärtinfarkter tätt inpå varandra. Flera av kranskärlsträdets grenar var förträngda och patienten löpte därmed risk att utveckla en ny infarkt med dödlig utgång. Patientens diabetes, vilket ökar komplikationsrisken. Den kranskärlsoperation som genomfördes den 5 augusti 1997 var således medicinskt motiverad.

När det gäller patientens hälsotillstånd i övrigt kan emellertid konstateras att ingenting talar mot patientens egna uppgifter att hon före operationen hade en god kondition och var vid god vigör. Hennes diabetes var en enbart kostbehandlad åldersdiabetes. Operationen genomfördes inte heller akut utan var ett planerat ingrepp. Om operationen inte genomförts kunde detta ha medfört att patienten

ten utvecklat en ny infarkt med dödlig utgång men det är också möjligt att patienten skulle ha kunnat fortsätta att leva ett normalt liv.

Nämnden konstaterar vidare att den djupa infektion som utvecklades i samband med ingreppet inte hade kunnat förutses och att den var av ytterst allvarlig art. Infektionen, som diagnostiserades som mediastenit, försatte patienten i ett direkt livshotande tillstånd, där akut omoperation med osäker utgång var nödvändig. Det direkt akuta sjukdomsförloppet i anledning av infektionen blev dessutom långdraget och innebar intensivvårdsbehandling och flera ytterligare omoperationer. Även efter sjukhusvistelsen har sjukdomsförloppet varit långdraget och risk föreligger för att infektionen kan ge bestående besvär.

Vid en samlad bedömning av de omständigheter som angetts ovan finner nämnden att den tillförda infektionen, som varit omöjlig att förutse, måste anses så omfattande och livsfarlig att den inte kan anses stå i rimlig relation till den grundsjukdom som föranledde behandlingen, även om grundsjukdomen måste betecknas som mycket svår. Enligt den skälighetsbedömning som skall göras bör patienten därför inte tåla infektionen utan rätt till ersättning.

Fråga uppkommer emellertid om undantagsbestämmelsen i 7 § 1 patientskadelagen, om följer av ett nödvändigt förfarande, bör påverka rätten till ersättning i detta fall. Enligt denna bestämmelse lämnas inte patientskadeersättning om skadan är en följd av ett nödvändigt förfarande för diagnostisering eller behandling av en sjukdom eller skada som utan behandling är direkt livshotande eller leder till svår invaliditet. Bestämmelsen skall tillämpas i de situationer där vårdbehovet är så akut att behandlingen måste sättas in trots att man inte haft möjlighet att vidta normala förberedelser eller i situationer där man medvetet måste ta stora risker för att kunna förebygga en mycket allvarlig utveckling av patientens skada eller sjukdom (se prop. 1995/96:187 s. 85).

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

1999:08

Infektionsskada. Legionellainfektion.

- 1. Bevisfråga. Har infektionen överförts i samband med vård, behandling eller liknande åtgärd?**
- 2. Är preoperativ tvättning att betrakta som vård, behandling eller liknande åtgärd?**

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 4 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 82-årig kvinna som var inlagd på ortopedkliniken, Akademiska sjukhuset i september 1997 för planerad operation med knäplastik p.g.a. gonarthros. Patienten avled den 28 september 1997 i en legionellainfektion.

Patientens dödsbo anmälde fallet till patientförsäkringen och ansåg att legionellasmittan tillförts under vård och behandling, eftersom patienten beordrades duscha och tvätta sig med Hibiscrub, två gånger, kvällen före operationen.

Patienten kom in till ortopedkliniken den 8 september 1997 via väntelista för protesoperation i vänster knä. Hon duschade och tvättade sig med Hibiscrub vid två tillfällen på kvällen den 8:e. Operationen utfördes dagen därpå den 9:e september. Efter operationen har patienten, enligt handlingarna varit i tvättrummet för den dagliga hygien. Patienten gick hem den 16 sept. Den 23 september kom patienten till medicinkliniken p.g.a. dyspné (andnöd) och orkeslöshet. Laboratorieprover visade antikroppar mot legionella. Patienten blev allt sämre och hon avled den 28 september.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

En grundläggande förutsättning för patientskadeersättning är att en patientskada uppkommit i samband med hälso- och sjukvård (3 och 5 §§ patientskadelagen). Infektion som orsakats av smitta som överförts i samband med undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd ersätts under vissa förutsättningar (6 § första stycket 4 patientskadelagen). Av utredningen framgår att legionellasmittan spridits via sjukhusets vattenledningssystem. Vi anser att den smitta som gav upphov till legionellainfektionen inte överfördes i samband med någon vårdåtgärd i den mening som avses i patientskadelagen.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ersättningsbar patientskada förelåg och gjorde följande bedömning:

Patientskadelagen gäller endast skador som har uppkommit i samband med hälso- och sjukvård i Sverige. Med hälso- och sjukvård avses här åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.

Av utredningen i ärendet framgår att patienten skulle genomgå en knäoperation (knäplastik) och att hon kvällen innan operationen vid två tillfällen duschade och tvättade sig med Hibiscrub, som är ett desinficerande medel. Det framgår vidare att hon efter operationen, som ägde rum 1997-09-09, varit i sjukhusets tvätttrum för sin dagliga hygien. Patienten skrevs ut från sjukhuset 1997-09-16. Sju dagar senare återkom hon till sjukhuset. Hon hade då andnöd och var orkeslös. Det konstaterades att hon hade antikroppar mot legionella. Patienten avled senare, 1997-09-28, till följd av legionellainfektionen.

Huvudfrågan för bedömningen är vid vilken tidpunkt infektionen överförts. Enligt nämndens bedömning kan smittan antingen ha överförts vid duschningen inför operationen eller efter operationen i samband med att hon vistats i tvätttrummet för sin dagliga hygien. De bakterier som det är fråga om här sprids vanligen med mycket små vattendroppar via exempelvis duschmunstycken. Bakterierna överförs genom inandning. Nämnden menar därför att expositionen för bakterierna har varit betydligt större i samband med duschningen före operationen, än i samband med patientens dagliga hygien efter operationen. Med hänsyn härtill är det enligt nämndens mening övervägande sannolikt att infektionen överförts i samband med duschningen före operationen.

Preoperativ tvättning är en mycket viktig del av behandlingen vid knäplastik. Duschning och tvättning med Hibiscrub torde närmast vara en förutsättning för att genomföra denna typ av operation. Mot bakgrund härav anser nämnden att överföringen av smittämnet skett i samband med vård, behandling eller liknande åtgärd. Skadan faller då in under begreppet hälso- och sjukvård.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 24/1999

1999:09

Skada på grund av fel i sjukvårdsutrustning.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 2 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en vid behandlingstillfället 30-årig man med kärlmissbildning och aneurysm (åderbräck) i hjärnan.

Patienten insjuknade den 11 juni 1997 med en blödning i hjärnan från vad som senare visade sig vara en stor arteriovenös missbildning i hjärnan. Förutom den arteriovenösa komponenten fanns även två aneurysm. Patienten hade varit

medvetslös och behandlats med ventrikeldränage i anslutning till blödningen. Han hämtade sig dock väl utan några bestående neurologiska bortfallssymtom.

Eftersom det fanns risk för förnyad blödning planerades behandling av missbildningen. Kirurgisk åtgärd med öppen operation hade varit förenat med mycket stora tekniska svårigheter och inneburit risk för bestående skador. Kärmissbildningen var även alltför stor för att kunna behandlas med stereotaktisk strålkirurgi. Man gjorde därför selektiv embolisering för att i första hand reducera missbildningens storlek så att den senare skulle kunna bli tillgänglig för strålkirurgi eller eventuell öppen kirurgi. Sammanlagt gjordes tre emboliseringsförsök. Vid den tredje behandlingen (den 25 november 1997) uppstod en komplikation genom att en del av emboliseringsklistret släppte från katetern och täppte till en del av ett mindre blodkärl. Då patienten vaknade ur narkos hade han en komplett högersidig hemiplegi samt afasi och man beslöt då att akut göra en operation i syfte att avlägsna den klisterk lump som släppt från katetern. Man tog bort klistret från kärlet och fick tillfredsställande flöde. Patientens tillstånd förbättrades dock inte.

Det var även komplikationer med emboliseringen alldeles i början p.g.a. tekniska svårigheter då mikrokater och mikroledare inte passade ihop. Man bytte därför ut katetern på ett tidigt stadium av emboliseringen. Patienten återhämtade sig långsamt och i maj 1998 var han fortfarande sjukskriven och hade vissa svårigheter med höger hand.

PATIENTEN anmälde att han blev förlamad i höger sida och att han fick afasi (svårigheter att tala) efter emboliseringen den 25 november 1997. Till stöd för sin talan anförde patienten bl.a. följande: Han har fått veta att den kateter som användes vid emboliseringen blev veckad som ett dragspel, vilket gjorde katetern svår att manipulera. Det är detta som är den mest troliga orsaken till att det bildades proppar som orsakade hjärnskadan. Man kan inte heller utesluta att kateterns onormala uppförande kan ha varit orsaken till att limappliceringen inte gick bra och orsakade den limpropp som lossnade och sedan ledde till en neurokirurgisk operation som även den förorsakade lidande. – Vidare har det framkommit att leverantören av katetern väl kände till att den aktuella katetern inte fungerade tillsammans med den ledare som Sahlgrenska sjukhuset använder sig av. Man anser att det är grovt försumligt av leverantören att inte informera om detta. – Patienten anser att han är berättigad till ersättning genom patientförsäkringen därför att den anmälda skadan beror på att dokumentationen från leverantören varit bristfällig vad gäller passform till ledare och att Sahlgrenska genomförde emboliseringen med en ny kateter utan att först undersöka den nya kateterns egenskaper.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning och gjorde följande bedömning:

Patienten hade en allvarlig grundsjukdom som på sikt kunde ha blivit livshotande. Det är väl känt att stora missbildningar med centralt läge och som dessutom omfattar arteriella aneurysm har en förhållandevis stor risk för förnyad blödning. P.g.a. därav var det väl motiverat att behandla missbildningen. Då det rörde sig om en stor missbildning var den minst riskfyllda behandlingsmetoden att först embolisera och sedan eventuellt operera. Det är med övervägande sannolikhet inte den lossade klisterklumpen eller borttagandet av denna som förorsakat den anmälda skadan. Det är inte heller sannolikt att det är problemen som uppstod i början av emboliseringen, då man bytte ut mikrokatetern, som förorsakat den anmälda skadan. Den anmälda skadan beror sannolikt på en skada på kärl som försörjer capsula interna och är att anse som ett naturligt risktagande med denna behandlingsform.

Sammanfattningsvis var emboliseringen medicinskt motiverad och man använde en vedertagen teknik på korrekt sätt. Skadan som uppkom har inte kunnat undvikas genom annat tekniskt utförande av emboliseringen. Det fanns inte heller någon annan behandlingsmetod som hade tillgodosett vårdbehovet på ett totalt sett mindre riskfyllt sätt. I sådana fall föreligger ingen patientskada enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen.

Enligt 6 § första stycket 2 kan personskada ersättas om skadan är orsakad av fel hos medicinsk produkt eller sjukvårdsutrustning använd vid undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd eller felaktig hantering därav. Det kan inte anses vara fel på den kateter som användes vid aktuell embolisering. Den passade inte riktigt med ledaren men något fel på katetern har inte kunnat fastställas. Man har inte heller hanterat katetern eller ledare på felaktigt sätt. Skadan på kärlet som försörjer capsula interna har med övervägande sannolikhet inte orsakats av att mikrokatetern veckade ihop sig i början av emboliseringen. Ersättning kan inte heller lämnas enligt 6 § första stycket 2 i lagtexten.

Patientskadelagen anger vilka situationer som kan ge rätt till ersättning vad gäller skador som uppträder i samband med vård och/eller behandling. Vad gäller patientens uppgift om försumlighet från tillverkarens sida, att informera om kateterns anpassning till ledaren, får vi framhålla att försäkringen inte innehåller något åtagande att lämna ersättning vid utebliven information från tillverkare av medicinsk produkt till sjukvården.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att rätt till patientskadeersättning förelåg och gjorde följande bedömning:

Nämnden anser att komplikationen med förlamning i höger sida och talsvårigheter med övervägande sannolikhet beror på att det under kateteriseringen uppkommit en tilltäppning av kärl, som försörjer capsula interna. De små blodpropparna, som täppt till kärlen, har med övervägande sannolikhet orsakats av de tekniska problem, som uppkom vid behandlingen på grund av att mikrokatetern och mikroledaren inte passade tillsammans.

Enligt 6 § första stycket 2 patientskadelagen lämnas patientskadeersättning för personskada på patient om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av fel hos medicinteknisk produkt eller sjukvårdsutrustning använd vid undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd eller felaktig hantering därav.

Bestämmelsen syftar till att ge patienter ett skydd mot skador som orsakas av att medicintekniska produkter och sjukvårdsutrustning inte är så säkra eller hanteras på ett så säkert sätt som man kan ha anledning att förvänta sig inom hälso- och sjukvården. Begreppet fel i bestämmelsen har sin motsvarighet i produktansvarslagens säkerhetsbrist. Med säkerhetsbrist brukar man avse tre felkategorier nämligen konstruktionsfel, fabrikationsfel och instruktionsfel. När det gäller sistnämnda felkategori, instruktionsfel, anses sådant föreligga när felaktiga, ofullständiga eller uteblivna anvisningar gör att en produkt blir farlig. Med ”fel” i patientskadelagen avses således även de s.k. instruktionsfelen.

I detta fall framgick det inte av med katetern bifogad dokumentation, trots att det skall ha varit känt, att katetern inte fungerade väl tillsammans med den ledare som användes vid behandlingen. Den bristfälliga instruktionen för katetern har lett till att den tillsammans med ledaren hanterats felaktigt och medfört att skada uppkommit. Patienten är därför berättigad till patientskadeersättning för den uppkomna skadan.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 6/1999

1999:17

Infektionsskada. Omständigheterna är sådana att patienten inte skäligt bör tåla infektionen utan rätt till ersättning.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 4 och tredje stycket patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en vid behandlingstillfället 44-årig kvinna med epicondylit-besvär.

Patienten anmälde att hon i samband med en operation fått en stafylokock-infektion i operationssåret.

Patient hade lateral epicondylit (”tennisarmbåge”) sedan år 1995. Hon opererades den 24 februari 1997 (operation enligt Homan höger armbåge). Patienten sökte läkare den 17 mars 1997 eftersom hon var orolig för att det svullnat upp litet runt ärret i samband med att hon hade använt armbågen. Det anges i jour-

nalanteckningarna att det var litet varmt men att ärret var retningsfritt. Patienten hade ingen feber. Hon sökte sedan akut den 26 mars 1997 på grund av smärta och svullnad över det läkta operationssåret. Man tog odling och patienten uppmanades att återkomma vid tecken på infektion i form av feber eller tilltagande smärtor i armbågen.

Den 27 mars 1997 anges att patienten utvecklat en abcess under ärret som spruckit upp. Man tog nya infektionsprover, öppnade och spolade rent. Patienten fick en remiss till distriktssköterskan för dagliga spolningar. Hon insattes på Heracillinbehandling. När patienten sökte den 4 april 1997 visade röntgen inget skelettengagemang. Man gjorde en sårrevision. Patienten fick sedan ha en gips-skena under 2 veckor. Hon fick gå på dagliga omläggningar hos distriktssköterskan tills såret hade läkt. Den 28 april 1997 anges i de medicinska handlingarna att såret blivit allt mindre och man såg nu endast en glipa som mätte cirka 1 cm och som var 3 cm som bredast. Det vätskade något från såret. Man satte ut antibiotikabehandlingen. Den 4 maj 1997 anges att patienten hade klarat att arbeta några dagar. Vid undersökningen den 13 juni 1997 anges att patienten upplevde en klar förbättring och man kunde se ett välläkt sår.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Patientenskadelagen anger vilka situationer som kan ge rätt till ersättning vad gäller skador som uppträder i samband med vård och/eller behandling. – En förutsättning för att ersättning ska kunna lämnas för en infektion är att smittämnet har överförts i samband med någon vårdåtgärd. Lagen anger vidare att ersättning inte kan lämnas i de fall omständigheterna varit sådana att infektionen skäligen måste tålas. Hänsyn ska därvid tas till arten och svårighetsgraden av den sjukdom eller skada för vilken behandling skett, patientens hälsotillstånd i övrigt samt möjligheterna att förutse infektionen. – PSR:s bedömning är att infektionen tillförts i samband med operationen. Av de medicinska handlingarna framgår dock att det var en ytlig infektion som läkte på cirka 3 månader. Patienten har enligt vår bedömning inte fått några kvarstående besvär till följd av infektionen. De besvär som beskrivs i intyg utfärdat den 5 maj 1998 av överläkare Erling Hallström beror på patientens grundsjukdom.

Patienten förde ärendet vidare till Patientskadenämnden och anförde att hon smittades av en stafylokockinfektion under ett ingrepp av så kallat ”ren” karaktär och att infektionen förlängde hennes sjukskrivningstid med det dubbla och gjorde det nödvändigt med dagliga omläggningar. Dessutom har läkningen av den sjukdom hon opererades för förlängts. – Patienten önskade också svar på vad en patient ”skäligen skall tåla” i samband med behandling i sjukvården.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ersättningsbar patientskada förelåg och gjorde följande bedömning:

Samband har ansetts föreligga mellan den aktuella operationen i höger arm-båge den 24 februari 1997 och den anmälda infektionen. Rätt till ersättning föreligger då om inte omständigheterna är sådana att infektionen skäligen måste tillas. Vid denna skälighetsbedömning skall enligt 6 § tredje stycket patientskadlagen beaktas bl.a. arten och svårhetsgraden av den sjukdom som åtgärden avsett samt grundskadan, patientens hälsotillstånd i övrigt och möjligheten att förutse infektionen.

Patienten, som var polis, besvärades av epikondylitbesvär sedan 1,5 år före operationen. Besvären dämpades temporärt av cortisoninjektion. Hon hade dock klara handikapp i sitt arbete. Normal läkningstid efter en operation av detta slag är cirka en månad. Den tillförda infektionen klingade av efter knappt fyra månader. Enligt journalanteckningar den 16 juni var patienten relativt återställd.

Infektionen var ytlig med en abscess under ärret. Den medförde dagliga omläggningar och spolningar hos distriktssköterska. Vidare behandlades patienten med en gipsskena under fjorton dagar och genomgick en sårrevision i lokalbedövning vid ett tillfälle. Enligt nämndens uppfattning är det dessutom övervägande sannolikt att någon del av de kvarvarande besvären efter operationen också är hänförlig till infektionen.

En samlad bedömning ger resultatet att patienten inte bör tåla infektionen, främst mot bakgrund av gipsbehandlingen, sårrevisionen och sjukskrivningstidens längd. Ersättningsbar patientskada föreligger således.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 245/1999

2000:01

Facitresonemang på metodval. Plexusskada vid förlossning. Ersättning. Om ett planerat kejsarsnitt hade genomförts, skulle plexusskadan med övervägande sannolikhet kunnat undvikas. I fall som detta skall bedömningen avse såväl barnet som modern.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 patientskadlagen (1996:799)

Ärendet gäller en pojke, född den 13 februari 1998, som vid födelsen drabbades av en högersidig plexusskada. Barnets födelsevikt var 5 310 g. Modern har ett barn tidigare som föddes 1994 efter en normal förlossning i vecka 38. Detta barn vägde 3 625 g.

Modern kom in till förlossningsavdelningen den 13 februari 1998 på grund av sammandragningar. En viktskattning av barnet var gjord den 10 februari 1998. Vikten hade uppskattats till 4 000 g. Man var medveten om att ultraljudsundersökning av stora barn ger mer osäkra resultat än annars. Förlossningen framskred normalt. Man hade ett värkförstärkande dropp. I samband med att huvudet framföddes gavs extra värkförstärkande dropp med tanke på viktskattningen. På grund av att axlarna bjöd motstånd anlades kraftig yttre press.

Efter förlossningen upptäcktes att pojkens högra arm var slapp. Han remitterades till barnhabiliteringen där en högersidig plexus brachialis skada motsvarande nerverna C5–C6 konstaterades. Barnet hade en klar atrofi av skulderpartiet, deltoides och överarmens muskler, speciellt musculus biceps.

FÖRÄLDRARNA anmälde att barnet skadades vid förlossningen. De ansåg att det fanns flera indikationer på att det var ett stort barn. Man borde ha tagit större notis om den lilla viktuppgång som noterades under perioden 21 januari–10 februari 1998, 75 g på tre veckor trots att magen blivit större.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med stöd av 6 § första stycket 1 och ansåg att handläggningen av förlossningen har skett på ett riktigt sätt och med vedertagen metod. Den anmälda högersidiga plexus-skadan har inte gått att undvika, vare sig genom ett annorlunda utförande av den valda metoden eller genom en annan tillgänglig metod som hade tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ersättningsbar skada förelåg och gjorde följande bedömning:

Enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen lämnas ersättning för personskada på patient om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd, under förutsättning att skadan kunnat undvikas antingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

Nämnden anser att den medicinska handläggningen av förlossningen har skett på ett korrekt sätt enligt vedertagna behandlingsprinciper. Med övervägande sannolikhet har plexus-skadan orsakats i samband med att barnets axlar bjöd motstånd vid framfödandet och en kraftig press anlades. I den uppkomna situationen var skadan oundviklig och ingenting talar för annat än att förlossningen genomfördes på ett riktigt sätt. Skadan har således inte kunnat undvikas genom ett annat utförande av det valda förfarandet.

Frågan är då om skadan kunnat undvikas genom val av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Denna bedömning skall

ske med utgångspunkt från den faktiska kunskapen vid skaderegleringstillfället om patientens konstitution och hälsotillstånd vid behandlingstillfället. I fall som detta skall bedömningen avse såväl barnet som modern.

Det alternativa förfarande som kunnat komma i fråga hade varit att som förlossningsmetod välja kejsarsnitt. I jämförelse med en normal förlossning är det nämndens uppfattning att ett kejsarsnitt generellt sett medför en större risk för skada på såväl moder som barn. Eftersom det vid höga födelsevikter föreligger en ökad komplikationsfrekvens, måste man dock om barnet är stort, över 5 000 gram, vid valet av förlossningsmetod noga väga in att stora barn löper en avsevärd risk att drabbas av skador vid vaginal förlossning. Inte minst finns det risk för att en vaginal förlossning kompliceras av en skulderdystoci, vilket medför att barnet inte kan framföras spontant. Vid vaginal förlossning av stora barn får man inte heller sällan skador även på modern.

Det saknas säkra mätmetoder i den prenatala diagnostiken för att fastställa om ett foster är överviktigt eller inte. I det aktuella fallet var barnet vid födseln 56 cm långt och vägde 5 310 gram. Det fanns före födseln flera tecken på att barnet var överviktigt. Barnet var överburet och det så kallade symfys-fundusmåttet var i överkant. Vidare hade ultraljudsundersökningen tre dagar före förlossningen indikerat att barnet var stort. Detta innebär att ett planerat kejsarsnitt hade varit ett realistiskt alternativ till en vaginal förlossning vid valet av förlossningsmetod, även om förhållandena vid tidpunkten för val av förlossningsmetod var sådana att det inte kan riktas någon kritik mot att man i detta fall valde vaginal förlossning.

Om ett planerat kejsarsnitt hade genomförts, skulle plexusskadan med övervägande sannolikhet kunnat undvikas. Vid en prövning i efterhand av metodvalet anser nämnden att vårdbehovet hade tillgodosetts på ett mindre riskfyllt sätt om förlossningen genomförts med denna förlossningsmetod. Den uppkomna skadan är således en ersättningsbar patientskada.

PATIENTSKADENÄMNDEN

DNR 123/2000

2000:02

Facitresonemang på utförande av vald metod. Ersättning. Skadan hade kunnat undvikas genom ett annat utförande av den tillämpade metoden.

TILLÄMPLIGA BESTÄMMELSER

§ 2.1 i 1995 års ersättningsbestämmelser. Numera 6 § första stycket 1 patient-skadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 36-årig kvinna med högersidig struma.

Patienten opererades den 17 juni 1996 (hemithyroidectomi dx). Operationen och efterförloppet var enligt handlingarna utan anmärkning. Den 2 juli (15 dagar efter operationen) inkom patienten akut till sjukhuset eftersom hon kvällen innan känt smärta och obehag i nacken; detta var dock borta när hon vaknade på morgonen. Patienten fick senare på dagen stickningar och domningar i vänster ansiktshalva och svårigheter att äta. Hon kände sig också yr.

PATIENTEN anmälde som behandlingsskada att hon inom en vecka efter strumaoperationen fick en infarkt i hjärnan och blev delvis förlamad, fick sluddrigt tal, dubbelseende och känselbortfall i ansiktet. Efter MRT-utredning visar det sig att arteria vertebralis var skadad och var en embolikälla. Detta sattes i samband med att patienten låg vriden under strumaoperationen.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

För att man skall få ersättning från patientförsäkringen krävs att man i samband med vård eller behandling tillfogas en kroppsskada som hade kunnat undvikas. Ersättning lämnas också, om man får en felaktig behandling som leder till en kroppsskada. Däremot har man inte rätt till ersättning enbart av skälet att behandlingen inte leder till ett önskat resultat eller att det uppstår en komplikation. Försäkringen är således ingen garantiförsäkring på så sätt att ersättning lämnas endast av den anledningen att det tillstöter en komplikation. Vår bedömning är att struma i ett fall som detta endast kan behandlas med operation. Orsaken till operation är tumörmisstanke, att struman växer till som i patientens fall vilket kan ge andningsbesvär samt kosmetiska skäl. Den uppkomna komplikationen med trombotisering eller embolisering är oundvikliga men sällsynta komplikationer till kirurgi. Att skadan uppkommer kan inte förutses och kan därför inte heller undvikas. Det är inte sannolikt att skadan uppkommit till följd av läget på operationsbordet. Struman obehandlad var inte av övergående art. Den skulle, om man inte opererat, ha lett till allvarliga besvär. Struma av den typ patienten hade kan inte medicineras bort.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ersättningsbar skada förelåg och gjorde följande bedömning:

Enligt § 2.1 i de i ärendet aktuella ersättningsbestämmelserna från år 1995 förstås med behandlingsskada en skada eller annan komplikation av kroppslig art, som med övervägande sannolikhet uppkommit som en direkt följd av undersökning, behandling eller annan dylik åtgärd, och som utgör en sådan komplikation till en medicinskt motiverad åtgärd som kunnat undvikas.

Enligt nämndens mening är det övervägande sannolikt att det under strumaoperationen, som pågick under ca 2,5 timmar, uppstått en kärlskada i den högra vertebralisartären och att skadan beror på en översträckning av nacken. Denna översträckning har med övervägande sannolikhet orsakats av att patientens huvud starkt vinklats bakåt för att underlätta genomförandet av operationen. Nämnden anser det vidare sannolikt att det inom den skadade delen av vertebralisartären utvecklats en trombotisering och att det sekundärt skett en embolisering till basilarisartären. Bland annat den omständigheten att patientens cirkulationsstörning i hjärnstammen inte utvecklades förrän ca två veckor efter operationen talar för en sådan uppkomstmekanism. De blodundersökningar som har gjorts har inte heller kunnat påvisa att patienten företedde några koagulationsrubbningar, som predisponerar för trombosbildning.

Sammanfattningsvis anser alltså nämnden att patientens cirkulationsstörning i hjärnstammen med övervägande sannolikt uppkommit som en följd av strumaoperationen.

Nämnden har därefter att ta ställning till om den komplikation som uppkommit – cirkulationsstörningen i hjärnstammen – hade kunnat undvikas genom ett annorlunda utförande av den valda och vedertagna metoden. Enligt § 2.1 i ersättningsbestämmelserna har man vid detta ställningstagande att ta hänsyn till alla kända fakta, även sådana som har framkommit efter det att behandlingsåtgärden vidtogs. Nämnden anser därvid att strumaoperationen, med kunskap om alla i efterhand kända fakta, hade kunnat utföras genom en annan vinkling av patientens huvud så att cirkulationsstörningen hade undvikits. Enligt nämndens mening föreligger därför en ersättningsbar behandlingsskada.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 556/1999

2000:04

Utfärdande av läkarintyg i körkortsärende är att betrakta som vård, behandling eller liknande åtgärd.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

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

Ärendet gäller en 63-årig man, som förlorat sitt körkort efter att ha blivit gripen för rattfylleri.

PATIENTEN anmälde patientskada med motivering, att han, på grund av fördröjning från den behandlande läkarens sida med utfärdande av intyg, var tvingad att genomgå ett nytt förarprov.

PATIENTSKADENÄMNDEN gjorde följande bedömning:

Enligt nämndens mening faller utfärdande av läkarintyg i körkortsärende in under begreppet hälso- och sjukvård och kan därmed grunda rätt till ersättning enligt patientskadelagen. Utredningen i detta ärende ger dock inte stöd för att omständigheterna kring utfärdandet av det i ärendet aktuella intyget skulle ha orsakat patienten någon skada av psykisk eller fysisk art (personskada), vilket är en förutsättning för att ersättning skall kunna betalas enligt patientskadelagen. Nämnden gör därför samma bedömning som PSR och anser att det inte föreligger någon ersättningsbar patientskada.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 348/2000

2000:05

Facitresonemang på metodval. Ersättning. Skadan hade kunnat undvikas genom ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle kunna ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 57-årig kvinna, som fått bukspottkörtelinflammation efter ERCP-undersökning 1997-03-26.

Patienten hade sedan barnaåldern haft gastritbesvär som tilltagit med åren samt psykiska besvär med ångest. 1968 opererades hon för gallsten. 1985 hade hon överproduktion av saltsyra, varvid en nervavskärning till magsäcken gjordes. Trots dessa åtgärder har hon haft kvarstående magbesvär och ett flertal besök genom åren. 1991 debuterade kolikliknande smärtor upptill i buken och på misstanke att patienten hade utvecklat sten i gallgångarna gjordes 1991-09-17 försök till röntgen av gallgångarna via gastroskop. Det gick inte att komma in i gallgångarna utan bara i bukspottkörteln, vilket ledde till bukspottkörtelinflammation. Man kompletterade ERCP-undersökningen med en intravenös gallgångsundersökning, som dock inte var konklusiv. 1991-11-11 kom patienten för nytt försök till gallvägsundersökning och öppnande av gallgången då det fanns viss misstanke om en mindre sten i djupa gallgången vid den intravenösa gallvägsundersökningen gjord månaden tidigare. 1991-11-12 gjordes ett nytt försök till ERCP men inte heller denna gång gick det att komma in i gallgången, varför man öppnade gallgången med en s.k. diatermikniv i hopp om att eventuell kvarsten i gallgången skulle kunna avgå spontant. Man beställde ånyo en intravenös gallgångsundersökning som även nu visade misstanke om sten i gallgången trots ingreppet. Förnyad undersökning med intravenös röntgen visade att gallvägarna nu var helt normalvida och att man inte hade några som helst tecken på kvarvarande stenar. Patienten har dock haft ytterligare 4 anfall av samma karaktär. Man misstänkte då att en eventuell kvarvarande sten i gallgångarna kunde ha försvunnit upp mot levergångarna och satte därför upp patienten för ny ERCP-undersökning. Denna utfördes 1992-02-20. Även vid detta tillfälle misslyckades man med att komma in i gallgången och kom bara in i bukspottkörtelgången. Eftersom patienten uppenbart hade besvär beslutade man sig för att göra en öppen galloperation 1992-02-25, varvid man fick ut en liten rundad sten av det utseende som beskrivits vid tidigare röntgenundersökningar.

I mars 1997 fick patienten åter bukbesvär. Hon genomgick en njurröntgen som var helt normal. Tanken på att gallstenssjukdomen hade återkommit föranledde en förnyad ERCP-undersökning 1997-03-26. Även vid detta tillfälle kom

man in i bukspottkörtelgången och man avbröt då för att i stället beställa en ny intravenös gallröntgen. Vid detta tillfälle fick patienten åter bukspottkörtel-inflammation som en följd av röntgenundersökningen, vilket föranledde vård tiden 1997-03-28–1997-04-01. Den intravenösa gallvägsröntgen som gjordes visade dock helt fria djupa gallvägar.

PATIENTEN anmälde som patientskada, att bukspottkörteln skadats vid undersökningen 1997-03-26.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med – såvitt här är i fråga – följande motivering:

Vi har funnit att det var medicinskt motiverat att utföra ERCP-undersökningen 1997-03-26 med anledning av misstanke om att gallstenssjukdomen hade återkommit. Undersökningen utfördes enligt vedertagen metod och på ett riktigt sätt. Nästan alla som går igenom undersökningen får en viss påverkan på bukspottkörteln utan att detta leder till några större besvär. Emellertid utvecklas ibland en inflammation i bukspottkörteln. Denna komplikation går inte att undvika genom ett annorlunda utförande av undersökningen. Någon annan jämförbar, mindre riskfylld, metod finns heller inte att tillgå. – – – Under sådana förhållanden föreligger inte rätt till patientskadeersättning med hänvisning till 6 § första stycket 1 (och 3) patientskadelagen.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att rätt till patientskadeersättning förelåg och gjorde följande bedömning:

Nämnden delar bedömningen att inflammationen i bukspottkörteln efter ERCP-undersökningen inte gått att undvika genom ett annat utförande av det valda förfarandet. Emellertid anser nämnden – särskilt mot bakgrund av att tre tidigare försök med ERCP-undersökning gjorts utan att man lyckats kartlägga djupa gallgångarna – att indikationen för undersökningen var svag och att patientens vårdbehov hade kunnat tillgodoses på ett mindre riskfyllt sätt om man avstått från ERCP. I stället borde man ha undersökt patienten med enbart en röntgenkontrastundersökning av gallvägarna. Inflammationen i bukspottkörteln hade således kunnat undvikas och rätt till patientskadeersättning föreligger enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 30/2000

2000:06

Massage efter remiss är att anse som hälso- och sjukvård.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

5 § patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 53-årig kvinna, som på grund av besvär efter inträffade nackskador behandlats av en diplomerad massör.

FÖRSÄKRINGSBOLAGET (Länsförsäkringar/Wasa) tog inte uttryckligen ställning till om massagen var att anse som hälso- och sjukvård.

PATIENTSKADENÄMNDEN uttalade i denna del:

Inledningsvis konstaterar nämnden att den behandling som gavs av massören utgör hälso- och sjukvård enligt 5 § patientskadelagen eftersom behandlingen delegerats av en legitimerad sjukgymnast. När det sedan gäller – –

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 497/1999

2000:07

**Bristande information? Skada ersatt på skadeståndsrättslig grund.
Fråga om omfattningen av läkares informationsskyldighet.**

TILLÄMPLIGT LAGRUM

Allmänna skadeståndsrättsliga regler

Ärendet gäller en 28-årig man med hyperopi (översynthet).

Patienten kom till ögonklinik den 22 oktober 1996 och önskade slippa sitt glasögonberoende. Han opererades den 1 november 1996 med eximerlaser på vänster öga. Enligt tillgängliga handlingar skedde operationen komplikationsfritt. Vid återbesök den 4 december 1996 noterades sämre syn och s.k. haze (grumling av hornhinnan) grad 2. Patienten återkom den 18 augusti 1997. Synskärpan hade då ytterligare försämrats. Den 21 oktober 1997 kom patienten till ögonsjukhus, där man noterade en relativt stor ärrbildning. Omoperation gjordes den 17 december 1997. I mars 1999 fick patienten kontaktlins.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) har tilldelat operatören en erinran på grund av att han av oaktsamhet inte fullgjort sina skyldigheter avseende information.

PATIENTEN anmälde att han före operationen inte fått någon information om risk för synförsämring. Hade han fått sådan information skulle han inte ha samtyckt till operationen. Patienten har också ifrågasatt om operationen utförts korrekt.

DET SKADEREGLERANDE FÖRSÄKRINGSBOLAGET (Trygg-Hansa) avböjde ersättning och anförde beträffande informationsfrågan:

Frågor som rör information faller utanför patientförsäkringens åtagande. I detta fall har HSAN funnit att operatören av oaktsamhet inte fullgjort sina skyldigheter avseende information före operationen och han har tilldelats en erinran. Ärendet har därför även prövats enligt skadeståndsrättsliga regler. Även om informationen varit bristfällig så har det enligt vår mening inte förelegat sådan omfattande oaktsamhet att skadeståndsskyldighet uppkommit.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att rätt till ersättning förelåg på skadeståndsrättslig grund och gjorde följande bedömning:

Den frivilliga patientförsäkringen

Nämnden gör samma bedömning som Trygg-Hansa och anser på de skäl försäkringsbolaget anført att det inte föreligger någon ersättningsbar behandlingskada enligt den frivilliga patientförsäkringens ersättningsbestämmelser (§§ 2.1, 2.2 och 2.3).

Ersättning på skadeståndsrättslig grund

Enligt svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning uppställs vid medicinsk behandling långtgående krav med avseende på samråd med patienten. I princip krävs patientens samtycke till planerade åtgärder samt att information ges om de risker som kan vara förknippade med dessa. Speciellt viktig får frågan om information och inhämtande av samtycke anses vara vid ingrepp där det inte föreligger någon egentlig medicinsk indikation. Det kan gälla kosmetiska operationer eller som i detta fall en behandling som avser ett från sjukvårdens synpunkt friskt organ men där patienten vill korrigera en översynthet för att slippa bära glasögon.

Om en skada uppkommit vid behandling och skadan har samband med sådan bristande information som inneburit att patienten inte kunnat lämna ett preciserat samtycke till behandlingen kan skadeståndsskyldighet föreligga.

I förevarande fall har patienten drabbats av en bestående synnedsättning på vänster öga efter laserbehandling. Frågan är då först om patienten hade informerats om att det förelegat risk för en sådan skada.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd konstaterade i beslut den 17 maj 1999 med anledning av anmälan mot den behandlande läkaren att det inte framgick av utredningen att läkaren muntligen informerat patienten om risken för den aktuella komplikationen och att läkaren i sin skriftliga information hade utelämnat väsentliga uppgifter om riskerna för bestående funktionsnedsättning. Enligt ansvarsnämnden hade patienten därför inte haft anledning att tolka den skriftliga informationen på annat sätt än att laserbehandlingen i värsta fall inte kunde förbättra översyntheten och att han även i fortsättningen skulle få bära glasögon. Läkaren ansågs därför av oaksamhet inte ha fullgjort sin skyldighet att informera om risken för bestående synnedsättning och ålades en erinran.

Patientskadenämnden delar Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds uppfattning att läkaren av oaksamhet inte fullgjort sin informationsskyldighet. Detta innebär att patienten inte haft möjlighet att lämna ett preciserat samtycke till laserbehandlingen.

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

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

PATIENTSKADENÄMNDEN

DNR 495/1999

2000:08

Bristande information? Skada ersatt på skadeståndsrättslig grund. Fråga om omfattningen av läkares informationsskyldighet.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

Allmänna skadeståndsrättsliga regler

Ärendet gäller en 25-årig man med morbus Recklinghausen. Neurofibrom (svulst från nervernas bindväv) höger övre ögonlock med engagemang i ögonhålan (orbita). Patienten opererades år 1982 med partiell exstirpation (operativt avlägsnande) av neurofibrom högra övre ögonlocket. Man kunde då inte ta hela fibromet, som sträckte sig långt in i orbitavävnaden. I efterförloppet har han haft en ptos (nedfall av övre ögonlocket). Han kontrollerades regelbundet men remitterades till plastikkirurgisk klinik i januari 1994, då han var besvärad utseendemässigt samt hade problem med svullnad som skymde sikten då han tittade åt höger.

Datortomografi 1994-03-21 visade att det på höger sida fanns en förtjockning av ögonlocket. Man bedömde att det rörde sig om ett fibrom som engagerade höger övre ögonlock och orbita. Patienten uppsattes på väntelista för operation. Operationen, exstirpation och reinsertion av musculus levator palpebrae, utfördes 1996-02-01. PAD (mikroskopisk undersökning) visade neurofibrom utan malignitet. Preparatet innehöll även fragment av körtelstrukturer, som bedömdes var en del av tårkörtel.

1996-06-13 bedömdes ögonlockets ställning som tillfredsställande. Patienten angav dubbelseende vid blickriktning uppåt och till höger. Datortomografi har visat misstänkta sammanväxningar av temporalismuskeln och omgivande vävnader. 1996-08-23 noterades att patienten hade i det närmaste upphävd abduktion (rörlighet) av ögat samt att han var torr i ögat, vilket förklarades av att tårkörteln var skadad då fragment hade följt med i samband med avlägsnandet av fibromet.

1996-11-15 utfördes vid ögonkliniken en operation, revision och lösning av sammanväxningar. Muskeln löstes då så gott det var möjligt. Rörligheten blev bättre men dubbelseendet kvarstod.

PATIENTEN anmälde som patientskada försämrad rörlighet på ögat, dubbelseende samt försämrad syn till följd av förlorad tårproduktion efter den operation 1996, då man avlägsnade fibromet. Patienten angav, att han efter operationen hade drabbats av svåra besvär. Tårkörtelskadan medförde att ögat svider och smärtar ständigt. Han kan därför inte läsa, skriva eller se på TV. Han är arbetsoförmögen och socialt handikappad.

Han angav vidare att han inte fick den operation han ville ha. Han sökte för en kosmetisk operation av ögonlocket och blev inte informerad om vad läkaren tänkte utföra för operation och inte heller om riskerna. Läkaren gick på eget initiativ och utan godkännande längre än vad patienten avsåg och försökte ta bort en tumör, som hade varit oförändrad och inte givit besvär i tio år. Om han hade fått korrekt information hade han avböjt operation. Skadorna hade därför kunnat undvikas.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

En patient har inte rätt till ersättning från patientförsäkringen enbart av det skälet att informationen före behandlingen har varit bristfällig. Om och i vilken utsträckning patienten har informerats, saknar betydelse när rätten till ersättningen ska bedömas. Det är behandlingen och den anmälda komplikationen som är avgörande.

Vi har bedömt att operationen var medicinskt motiverad och utförd på riktigt sätt enligt vedertagen metod. De anmälda skadorna har inte kunnat undvikas genom ett annorlunda utförande av den valda operationsmetoden. Under sådana förhållanden är det inte en behandlingsskada i ersättningsbestämmelsernas mening.

Den sjukdom som patienten behandlades för kan inte anses vara av övergående art och om den hade lämnats obehandlad hade den medfört besvär. Den anmälda skadan har inte heller lett till så svår invaliditet som avses i § 2.2 i ersättningsbestämmelserna. Inte heller enligt denna ersättningsbestämmelse är det en behandlingsskada.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att rätt till ersättning förelåg på skadeståndsrättslig grund och gjorde följande bedömning:

Den frivilliga patientförsäkringen

Som PSR konstaterat var den valda operationen medicinskt motiverad och utförd på ett riktigt sätt. Det framgår varken av utlåtandet från docent Anders Hedin av den 3 mars 1998 eller utredningen i övrigt om de anmälda skadorna i form av störd ögonmotorik och nedsatt tårproduktion hade kunnat undvikas genom ett annorlunda utförande av den valda operationsmetoden eller ej. Vid sådant förhållande föreligger inte någon ersättningsbar behandlingsskada enligt § 2.1 i tillämpliga villkor från 1995.

På de skäl som angetts av PSR är den anmälda skadan inte heller ersättningsbar enligt § 2.2.

Ersättning på skadeståndsrättslig grund

Enligt svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning uppställs vid medicinsk behandling långtgående krav med avseende på samråd med patienten. I princip krävs

patientens samtycke till planerade åtgärder samt att information ges om de risker som kan vara förknippade med dessa.

Om en skada uppkommit vid behandling och skadan har samband med sådan bristande information som inneburit att patienten inte kunnat lämna ett preciserat samtycke till behandlingen kan skadeståndsskyldighet föreligga.

I förevarande fall har patienten drabbats av störd ögonmotorik och nedsatt tårproduktion på höger öga efter operationen den 1 februari 1996. Frågan är då först om patienten hade informerats om att det förelegat risk för en sådana skador.

Det framgår inte av utredningen att den behandlande läkaren muntligen eller på annat sätt informerat patienten om risken för de aktuella skadorna. Nämnden konstaterar vidare att läkaren i journalhandlingarna utelämnat väsentliga uppgifter om ingreppets omfattning. Av journalanteckning från plastikkirurgiska kliniken, daterad den 8 juli 1994, framgår endast att man skulle kunna göra en viss förkortning av den s.k. levatorn.

Anders Hedin framhåller i ovan nämnda utlåtande följande. ”Att radikalt ta bort tumören är omöjligt utan att omgivande strukturer skadas. Vid en operation måste önskemålet att ta bort så mycket som möjligt vägas mot risken för komplikationer.” En sådan riskavvägning borde enligt nämndens mening ha gjorts i samråd med patienten, men så har uppenbarligen inte skett. Patienten har således inte haft anledning att befara några allvarliga komplikationer. Nämnden anser därför att läkaren av oaktsamhet inte fullgjort sin informationsskyldighet angående risken för störd ögonmotorik och nedsatt tårproduktion. Detta innebär att patienten inte haft möjlighet att lämna ett preciserat samtycke till operationen den 1 februari 1996.

Frågan är då om läkarens försummelse att informera och inhämta samtycke haft sådant samband med skadan att skadeståndsskyldighet uppkommit. Vid denna bedömning måste man ta ställning till om aktuella skador skulle ha kunnat undvikas om adekvat information hade lämnats. Skulle patienten med andra ord ha avstått från aktuell operation om han blivit informerad om att det förelåg risk för att störd ögonmotorik och nedsatt tårproduktion skulle kunna uppkomma?

Patienten har uppgett att han inte skulle ha genomgått en så omfattande operation som det nu blev fråga om, om han fått vetskap om de risker för skador som förelegat. Med hänsyn till att operationen inte var nödvändig och att den blev mer omfattande än vad man kommit överens om samt till att det förelegat en risk för uppkomna skador, finner nämnden inte anledning att ifrågasätta patientens uppgift. Eftersom aktuella skador sannolikt inte skulle ha uppkommit vid ett mindre omfattande ingrepp får kausalsamband anses föreligga mellan den försumliga underlåtenheten att informera och inhämta samtycke och de uppkomna skadorna. Patienten är därför berättigad till ersättning på skadeståndsrättslig grund för störd ögonmotorik och nedsatt tårproduktion på höger öga.

2000:09

Bristande information? Skada ej ersatt på skadeståndsrättslig grund. Fråga om omfattningen av läkares informationsskyldighet.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

Allmänna skadeståndsrättsliga regler

Ärendet gäller en 67-årig man med angina pectoris (kärldramp).

Patienten fick en hjärtinfarkt 1988 och genomgick bypass operation 1989 på grund av kärldramp. Han var besvärslös en kortare tid men fick återkommande kärldrampsbesvär och har genomgått sammanlagt 6 st. ballongsprängningar av kranskärlsförträngningar. Trots detta har han haft besvär med bröstsmärtor som bedömts vara orsakade av kärldramp. Han fick en baksträngsstimulator inopererad i smärtstillande syfte 1994 och genomgick den sista dilatationsbehandlingen (dilatation = utvidgning) i maj 1997. Coronarangiografi i september 1997 visade någon mindre förträngning på kranskärlen, dock ingen som lämpade sig för förnyad operation eller ballongdilatation. På grund av fortsatta dagliga besvär med smärtor i bröstet och även smärtor nattetid föreslogs därför en s.k. sympatectomi, d.v.s. avskärning av en nerv på insidan av bröstkorgen på båda sidor. Operationen utfördes komplikationsfritt 1997-12-10. Vid ingreppet var man tvungen att göra ett par extra öppningar i bröstkorgsväggen på vänster sida för att kunna hålla undan vävnad som var i vägen för den nerv som skulle delas. Efter operationen hade patienten svåra problem med smärta, dels av samma typ som tidigare men även en nyttkommen djup smärta bakåt i ryggen. Han fick även ångest, oro och depression.

PATIENTEN påpekade bl.a. att opererande läkare borde ha informerat honom om risken för de komplikationer som han drabbades av.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning enligt 6 § 1 patientskadlagen med hänvisning till att den anmälda skadan inte gått att undvika, vare sig genom ett annorlunda utförande av den valda metoden eller genom en annan tillgänglig metod som hade tillgodosett vårdbehovet på ett totalt sett mindre riskfyllt sätt.

Med anledning av patientens uppgifter om bristande information framhöll PSR att patientskadlagen inte innehåller någon bestämmelse om att lämna ersättning vid eventuella brister i den information som lämnas en patient före behandlingen om de särskilda behandlingsrisker som kan förekomma. Patienten har i detta fall inte heller visat att det föreligger sådan brist i informationen att skadeståndsskyldighet uppkommit. Vid informationen till patienten före ett in-

grepp diskuteras i regel inte risken för mycket sällsynta komplikationer såsom den som patienten drabbades av.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ersättningsbar patientskada inte förelåg och att inte heller informationsfrågan ledde till ersättning enligt skadeståndsrättsliga regler samt gjorde följande bedömning:

Mot bakgrund av att patienten hade ett svårt smärttillstånd och att annan behandling inte gett smärtlindring får operationen den 10 december 1997 anses vara motiverad. Utredningen i ärendet ger inte belägg för annat än att ingreppet utförts på ett riktigt sätt enligt en vedertagen operationsmetod. Enligt nämndens mening har den uppkomna komplikationen i form av ytterligare ett smärttillstånd inte kunnat undvikas, d.v.s. förebyggas eller förhindras genom ett annorlunda utförande av det valda förfarandet eller genom val av annat tillgängligt förfarande som från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Nämnden anser därför att patienten inte är berättigad till ersättning enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen.

Med anledning av patientens uppgifter om bristande information vill nämnden i likhet med PSR framhålla att patientskadelagen inte innehåller något åtagande att lämna ersättning vid eventuella brister i den information som lämnas en patient före behandlingen om de särskilda behandlingsrisker som kan förekomma.

Nämnden har även prövat om det förelegat sådan brist i informationen att ersättning kan lämnas enligt allmänna skadeståndsrättsliga regler. Vid en sådan prövning anser nämnden att den behandlande läkarens informationsskyldighet inte kan omfatta alla tänkbara risker och komplikationer som ingreppet kan leda till. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd konstaterade i beslut den 17 mars 1999, med anledning av patientens anmälan mot den behandlande läkaren, att vid informationen till patienten före ett ingrepp diskuteras i regel inte risken för mycket sällsynta komplikationer såsom den patienten i detta ärende drabbades av. Eftersom det oförklarliga smärttillståndet således får anses mycket ovanligt kan den bristande informationen inte läggas läkaren eller vårdgivare till last som vårdslös och därmed föreligger inte heller rätt till ersättning enligt skadeståndsrättsliga regler.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 655/2000

2000:10

Barnskada, ersättningsfrågor.

Bland annat fråga om

1. vårdkostnad vid anhörigvård
2. förlust av ATP-pension för moder.

TILLÄMPLIGA BESTÄMMELSER

§ 5 i 1985 års försäkringsvillkor och 5 kap. 1 § skadeståndslagen (1972:207). Jfr NJA 1996 s. 639

Ärendet gäller en pojke, som vid 13 månaders ålder insjuknade i feber, kräkningar och slöhet. Föräldrarna uppsökte jourläkarcentral med pojken den 14 augusti 1985. Någon säker diagnos kunde inte ställas utan expektans föreslogs. Pojken försämrades i hemmet och kom i medvetslöst och krampande tillstånd in till sjukhus den 15 augusti.

De symtom pojken led av visade sig bero på pneumocockmeningit. Man borde ha remitterat barnet till barnklinik för lumbalpunktion vid det första besöket. Om så skett och en riktig behandling satts in skulle pojken ha blivit helt återställd.

Behandlingsskadan består i konsekvenserna av den försenade diagnosen; nämligen psykisk utvecklingsstörning, lättstördhet, aggressivitet, irritabilitet och allmän hyperaktivitet samt nedsatta minnesfunktioner och nedsatt inlärningsförmåga.

Pojkens mamma arbetar som barnmorska. Hon har tidigare arbetat deltid (75 %), men uppger att hon fr.o.m. år 1990 arbetat 50 % på grund av sonens behandlingsskada. Fr.o.m. 1996/1997 skulle mamman ha arbetat heltid om sonen inte blivit skadad. Hon yrkade ersättning för den inkomstförlust det innebär att endast kunna arbeta halvtid. Yrkandet avsåg också förlust av pension för henne efter 65 års ålder. Yrkandet framfördes via sonen som ett kostnadsyrkande fr.o.m. år 1990.

I detta mycket omfattande skadeärende aktualiserades nu två principiellt intressanta frågor, nämligen dels frågan om hur man skall beräkna ersättningen för den vårdkostnad som uppkommer för en patient som helt eller delvis vårdas av en anhörig dels frågan om ersättning för eventuell framtida pensionsförlust för en anhörig. I detta referat återges endast Patientskadenämndens yttrande såvitt det angår dessa två principiellt intressanta frågor.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) godtog att skaderegleringen skedde på skadeståndsrättslig grund.

PATIENTSKADENÄMNDEN beslutade, att ej medge personlig närvaro vid nämndens sammanträde, att patienten inte för närvarande var berättigad till ytterligare ersättning utöver den som PSR erbjudit, att PSR borde ta ställning till frågan om eventuell framtida pensionsförlust för modern kunde beaktas vid bestämmande av ersättning för vårdkostnad samt att den medicinska invaliditetsgraden borde omprövas.

Nämnden gjorde – såvitt nu är i fråga – följande bedömning:

-- --

Ersättning för vårdkostnad

PSR har godtagit att skaderegleringen sker på skadeståndsrättslig grund. Enligt 5 kap. 1 § första stycket 1 skadeståndslagen (1972:207) omfattar skadestånd till den som drabbats av personskada ersättning för sjukvårdskostnad och andra utgifter. Den skadelidande skall ha full ersättning för de kostnader som uppkommer med anledning av skadan men det är endast nödvändiga kostnader som ersätts. Att skadestånd endast utgår för nödvändiga kostnader anses innebära att kostnader för sjukvård utöver den standard som normalt tillhandahålls inom den allmänna sjukvården inte ersätts skadeståndsvägen. Särskilda omständigheter, såsom att annan vård inte funnits att tillgå eller att den valda vården varit påkallad av medicinska eller andra skäl, kan dock medföra att den skadelidande tillerkänns skadestånd för dyrare vård (NJA 1996 s. 639).

Nämnden konstaterar att det inom skadestands- och ersättningsrätten inte finns någon helt tillfredsställande lösning när det gäller hur man skall beräkna ersättning för den vårdkostnad som uppkommer för en patient som helt eller delvis vårdas av en anhörig. Olika metoder förekommer i försäkrings- och domstolspraxis. En är att göra en ren nettoberäkning av vårdande föräldrars inkomstförlust. En annan att ersättning utgår till ett skadat barn för kostnad motsvarande vårdlön för en förälder som avstår från förvärvsarbete för att delta i vården av barnet. Den som PSR använt sig av i detta ärende innebär i stället att man gör en uppskattning av den "mertid" som barnet kräver i form av vård och tillsyn och utifrån denna fastställer ett skäligen beräknat bidrag för "presumtiva vårdkostnader". Vid denna beräkning har nettovärdet av en heltidslön för ett vårdbidrag ansetts utgöra en skälig vårdkostnadsersättning i normalfallet och detta värde har räknats om till ett antal basbelopp per år för att på så sätt åstadkomma en värdesäkring. Från detta utgångsvärde avräknas häfter sådan tid där vårdbehovet tillgodoses från annat håll t.ex. genom daghem, samt vad som utgår i form av kontant utbetalda stödformer, t.ex. i form av vårdbidrag i den del detta inte avser kompensation för faktiska utgifter i anledning av barnets sjukdom. Det belopp som återstår, efter avräkning av de insatser som tillhandahålls av det allmänna, betalas till patienten i form av kostnadslivränta med omprövning vid vissa åldrar.

Nämnden godtar den av PSR valda metoden, den s.k. basbeloppsmodellen, för beräkning av vårdkostnad. Även om det de facto är en förälders vårdinsats

som kompenseras genom ersättningen så bör utgångspunkten för skadeståndets beräkning vara patientens vårdbehov.

Nämnden konstaterar också att oberoende av vilket beräkningssätt som används, så skall vid beräkning av skadestånd som avser vårdkostnad hänsyn tas till vad samhället i övrigt kan bidra med. En samordning får således ske mellan exempelvis utgivet vårdbidrag och den ersättning som kan lämnas från patientförsäkringen.

Mot bakgrund av vad som ovan anförts anser nämnden att någon ytterligare ersättning, utöver den som PSR erbjuder, inte för närvarande kan lämnas för den mervård som uppkommit på grund av behandlingsskadan. Nämnden vill påpeka att denna bedömning blir densamma om man väljer att göra en beräkning med utgångspunkt från den vårdande förälderns inkomstförlust netto.

När patienten fyllt 16 år bör emellertid ny prövning av vårdkostnadsersättningen ske.

--

Förlust av ATP-pension för modern

Nämnden konstaterar att frågan huruvida en eventuell framtida pensionsförlust för en anhörig som deltar i vården av en ersättningsberättigad patient kan ersättas som en del av patientens vårdkostnad, såvitt känt, inte prövats tidigare. Som ovan konstaterats förekommer i praxis olika beräkningsmetoder när det gäller att fastställa ersättning för vårdkostnader. PSR har, som bolagets inställning får förstås, ansett att man inte behöver ta ställning till yrkandet om ersättning för pensionsförlust eftersom man använt sig av den s.k. basbeloppsmodellen och det därmed inte är "aktuellt att betala förälders inkomstförlust". Även om utgångspunkten vid beräkningen av ersättning är barnets vårdbehov och det inte är den aktuella förälderns inkomstförlust utan nettovärdet av en heltidslön för vårdbiträde som används som ett normalvärde för en i och för sig skäligen vårdkostnadsersättning, så är det emellertid ändå relevant att diskutera huruvida förlust av framtida pension skall kunna beaktas vid fastställande av ersättning för vårdkostnad. Det är därför enligt nämndens mening, nödvändigt att PSR tar ställning till och utvecklar sin syn på denna viktiga principiella fråga. Nämnden konstaterar dock att om en eventuell framtida pensionsförlust anses utgöra en ersättningsgill kostnad så torde denna kostnad inte kunna beräknas redan nu utan sannolikt först i samband med att ärendet slutregleras.

2000:II

Kryckor är att anse som medicinteknisk produkt. Har det förekommit bristfällig information om användning av kryckorna?

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 2 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 52-årig man med en vänstersidig femurfraktur. Patienten sökte ortopedklinik den 12 oktober 1997. Han angav att han ådragit sig en stressfraktur efter det att han fotvandrat i England. Han hade varit gipsad i 10 dagar och tyckte att det klämde på foten som hade svullnat. Man klipppte upp gipset och bände isär det något. Patienten omgipsades dagen efter.

Den 16 oktober 1997 sökte patienten på nytt. Foten var fortfarande svullen. Patienten klagade även på domningar i samtliga fingertoppar på vänster hand. Man bedömde att besvären i händerna sannolikt uppkommit eftersom patienten gått mycket på kryckor. Patienten var missnöjd med detta besked. Han uppmanades att återkomma om besvären tilltog.

Den 25 november 1997 avgipsades patienten, benet såg helt opåverkat ut och det förelåg röntgenmässigt en god läkning av frakturen. Patienten fick sedvanliga träningsråd och remiss till sjukgymnast.

Patienten återkom den 20 januari 1998 med en hel lista med olika besvär. Han hade domningar i bäge händerna framförallt i lillfingrarna, han kunde inte knyta vänsterhanden helt på grund av värk. Man bedömde att hans muskulatur kunde vara något nedsatt på vänster sida och man kunde inte utesluta neurologisk påverkan och patienten fick en remiss till neurolog för en ”second opinion”.

PATIENTEN anmälde att han genom bristfällig instruktion vid användandet av kryckor fått domningar och ständig värk i händerna. Patienten anger i sin begäran om prövning i Patientskadenämnden att hans skador lätt hade kunnat undvikas om en enkel instruktion hade erbjudits via sjukgymnast eller skriftligen. Han anger att ”detta att dela ut kryckor och uppmana patienten att röra sig obehindrat, men inte på något sätt varna för de risker som uppenbarligen föreligger, måste vara gravt åsidosättande av läkaransvar och allmän vårdpraxis.”

PATIENTSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

För att man skall få ersättning genom patientförsäkringen krävs att man i samband med vård eller behandling tillfogas en personskada som hade kunnat undvikas. Ersättning lämnas också, om man får en helt felaktig behandling som leder till en personskada. Däremot har man inte rätt till ersättning enbart av det

skälet att behandlingen inte leder till ett önskat resultat eller att det uppkommer en komplikation.

Av handlingarna framgår att när kryckor lämnas ut informeras patienten om användandet av kryckkäppar. Personalen har kompetens för denna instruktion. Av handlingarna framgår inget annat än att patienten blivit omhändertagen enligt gängse rutiner. Patientens besvär beror sannolikt på att han gått mycket med hjälp av kryckor. PSR utreder om den skada man anmält ger rätt till ersättning enligt gällande lagstiftning. Vi tar inte ställning till olika ansvarsfrågor som bemötande, rutiner eller resurser inom sjukvården. Det finns ingenting i de medicinska handlingarna som talar för att personal i vården varit försumliga så att skadeståndsskyldighet uppkommit.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att rätt till patientskadersättning inte förelåg och gjorde följande bedömning:

Enligt 6 § första stycket 2 patientskadelagen lämnas patientskadeersättning för personskada på patient om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av fel hos medicinteknisk produkt eller sjukvårdsutrustning använd vid undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd eller felaktig hantering därav.

Felaktig hantering föreligger om hälso- och sjukvårdspersonal vid användning av medicinteknisk produkt eller sjukvårdsutrustning inte följt gällande anvisningar. Ersättningsbar skada kan uppkomma under behandling som i samråd med hälso- och sjukvårdspersonal utförs av patienten själv i hemmet med apparatur som lånats från hälso- och sjukvården. Om patienten hanterat apparaten felaktigt eller inte får då bl.a. bedömas mot bakgrund av vilka anvisningar om apparatens användning som hälso- och sjukvårdspersonalen gett patienten.

I detta fall har patienten anmält att han genom bristfällig instruktion fått domningar och ständig värk i händerna efter att ha använt kryckor under tiden 13 oktober–25 november 1997.

Docent Gunnar Németh, Karolinska sjukhuset uppger i intyg att rutinerna då kryckkäppar lämnas ut är att patienten informeras om användandet av kryckkäppar. Han uppger vidare att det av tillgängliga handlingar inte framgår annat än att patienten blivit omhändertagen enligt gängse rutiner vid sjukhuset. Av journalnotering från läkarbesök den 16 oktober 1997 framgår att patienten klagar över domningar i samtliga fingertoppar på vänster hand. Det bedöms vid detta tillfälle att sensationen i händerna sannolikt beror på att patienten går mycket på kryckor. Det noteras även att patienten är missnöjd med detta besked.

Nämnden konstaterar att kryckor ryms under begreppet medicinteknisk produkt i den aktuella bestämmelsen. Av handlingarna framgår att patienten vid utlämnandet av kryckorna informerats om användandet. Därutöver har han några dagar senare, vid läkarbesöket den 16 oktober 1997, informerats ytterligare. Nämnden finner att det således inte är visat annat än att patienten fått sedvanlig information om användandet. Därmed anser nämnden att det inte förelig-

ger övervägande sannolikhet för att den anmälda skadan orsakats av felaktig hantering av kryckorna på sätt som avses i 6 § första stycket 2 patientskadelagen. Någon rätt till patientskadeersättning föreligger inte. På av PSR anförda skäl föreligger inte heller rätt till ersättning på skadeståndsrättslig grund.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 14/2000

2000:12

Vem är ”erfaren specialist inom området”? Distriktsläkaren på vårdcentralen eller hudspecialisten på sjukhuset?

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § andra stycket patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 69-årig kvinna med ett pigmentnaevi (födelsemärke) på vänster överarm.

Patienten sökte vårdcentral den 16 juli 1997. Hon hade sedan flera år ett pigmentnaevi på vänster överarm, 5 mm i diameter. Hon hade nu fått sårigheter i märket och ville ha det avlägsnat. Födelsemärket opererades bort. Efter en längre tids behandling vid vårdcentralen remitterades patienten till hudklinik där hon behandlades under februari–mars 1998.

Patientens besvär försämrades sedan och hon fick gå på omläggningar och fick även penicillinbehandling. I juni 1999 var patienten förbättrad men i juli försämrades hon på nytt med nya sår både över och under armbågslederna och även på händerna. Patienten hade genomgått cortisonbehandling som då var under nedtrappning.

Under utredningens gång har det visat sig att rätt diagnos var seborrhoisk keratos, vilket bort leda till att man antingen inte vidtagit någon åtgärd alls eller avlägsnat förändringen genom ett enklare ingrepp.

PATIENTEN yrkade ersättning för sitt lidande. Hon har staffylokokker i sina sår och bölder. Hon har värk och kan bara använda en arm, den andra är inpackad. Enligt läkarna kommer hon aldrig att bli bra.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning utan att gå in på den hos Patientskadenämnden aktualiserade frågan om vem som skall anses vara ”erfaren specialist inom området”.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s bedömning att ersättningsbar patient-skada inte förelåg men tog särskilt upp frågan om vad som menas med erfaren specialist inom området. Nämnden lämnade följande motivering:

Nämnden har provat om rätt till patientskadeersättning kan föreligga enligt patientskadelagen 6 § första stycket 1, 3 eller 4. Vid prövning enligt punkterna 1 och 3 skall enligt 6 § andra stycket den handlingsnorm tillämpas som gäller för en erfaren specialist inom området. Nämnden behandlar därför först frågan om vad som avses med en sådan specialist.

”Erfaren specialist inom området”

I ärendet har inhämtats utlåtande från en medicinsk expert på hudsjukdomar. I utlåtandet anges att det var riktigt av den behandlande läkaren, som var allmänläkare, att avlägsna födelsemärket på det sätt som skedde, eftersom denne bedömde förändringen som ett pigmentnaevus i vilket det uppkommit ett sår och alltså inte kunde utesluta ett malignt melanom. Enligt samma utlåtande hade dock en hudläkare troligen ställt rätt diagnos, seborrhoisk keratos, och antingen inte vidtagit någon åtgärd alls eller avlägsnat förändringen genom ett enklare ingrepp. Frågan är då om man vid bedömningen skall utgå från den erfarne allmänläkaren eller den erfarne hudläkaren.

Förarbetena till lagen anger inte närmare vad som avses med specialist inom området. Det har i propositionen (1995/96:187) endast gjorts en hänvisning (s. 81) till de olika specialistområdena i förordningen om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. (1984:545) där såväl allmänläkare som hudläkare anges. Av förarbetena framgår i övrigt inte annat än att avsikten varit att specialistbegreppet i lagen skall tolkas på samma sätt som tidigare skett enligt den frivilliga patientförsäkringen, vilken gällde innan patientskadelagen trädde i kraft och som i stora delar legat till grund för lagstiftningen. Vid tillämpningen av villkoren i den frivilliga försäkringen har praxis varit att i den här angivna situationen utgå från hur en erfaren allmänläkare, och inte en erfaren hudläkare, skulle ha tolkat symptomen samt de åtgärder denne skulle ha vidtagit. Nämnden anser därför att det i föreliggande fall är den erfarne allmänläkarens handlingsnorm som skall ligga till grund för bedömningen.

— — —

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 151/2000

2000:I4

Infektionsskada.

1. Infektionen överförd eller ej?
2. Omständigheterna är sådana att patienten skäligen bör tåla infektionen utan rätt till ersättning.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 4 och tredje stycket patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en vid behandlingstillfället 62-årig man med angina pectoris (brösttryck; uttryck för syrebrist i hjärtmuskeln).

En kranskärlsoperation utfördes komplikationsfritt 1998-04-02. Patienten överfördes en vecka senare till hemortssjukhuset för två dagars eftervård, operationsårret på höger ben såg då fint ut, utan infektionstecken. Patienten återkom 1998-04-13 p.g.a. lokal infektion i operationssåret. Såret hade dagen innan börjat vätska. Antibiotika sattes in. Odling togs och visade växt av *staphylococcus aureus*. Patienten vårdades inneliggande 1998-04-21–1998-05-11. Enligt anteckning 1998-05-06 hade patienten uttalade ödem (svullnad) i båda underbenen vilket ledde till svårigheter med sårsläkningen. Efter sjukhusvistelsen lades såret om av distriktssköterska, till att börja med två gånger per vecka, därefter en gång per vecka. 1998-07-10 var såret läkt.

PATIENTEN anmälde som skada infektionen i höger underben vid såret där man tagit graft (operativt överförd levande vävnad) vid kranskärlsoperation 1998-04-02. Han ansåg att en infektion som tillstött i samband med behandling skall betraktas som behandlingsskada. Patienten begärde bara ersättning för den tid som infektionen varade. Sjukhusinfektioner är ett stort problem. Om de alltid klassas som behandlingsskada blir det kanske viktigare för sjukvårdsansvariga att värna om tid och resurser för noggrannhet och precision. Vem kan bevisa när en infektion "bara" berott på en olycklig tillfällighet?

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Med hänsyn till att underbenssåret en vecka efter operationen såg fint ut, utan infektionstecken anser vi att det inte är sannolikt att infektionen tillfördes vid operationen. Såret har i stället sannolikt infekterats efter sjukhusvistelserna.

Även om infektionen sannolikt hade överförts vid någon behandlingsåtgärd anser vi att patienten inte skulle haft rätt till patientskadeersättning. Den sjukdom i hjärtats kranskärl som patienten lider av är en mycket allvarlig sjukdom som på sikt leder till alltmer invalidiserande besvär och risk för hjärtinfarkter som är livshotande. Infektion är smärtsamt men den var i detta fall av relativt

begränsad omfattning och läkte helt inom tre månader. Vi anser därför att infektionen skäligen hade måst tålas även om den hade överförts vid någon behandling. Med hänsyn till undantagsbestämmelsen i 6 § tredje stycket patientskadelagen anser vi därför att patienten inte skulle haft rätt till patientskadeersättning, även om infektionen hade överförts vid någon behandlingsåtgärd.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg liksom PSR att rätt till patientskadeersättning inte förelåg och lämnade följande motivering:

För infektion som är orsakad av överföring av smittämne i samband med behandling föreligger rätt till patientskadeersättning. Rätten till ersättning bortfaller dock om omständigheterna är sådana att infektionen skäligen måste tålas. Vid skälighetsbedömningen skall man ta hänsyn till arten och svårhetsgraden av den sjukdom som behandlingen avsåg, patientens hälsotillstånd i övrigt samt möjligheten att förutse infektionen (6 § första stycket 4 och tredje stycket patientskadelagen).

Patienten opererades i april 1998 för sjukdom i hjärtats kranskärl. I operationssåret från tagstället för graft på höger ben fick patienten en lokal infektion. Efter behandling var infektionen läkt i juli samma år.

Nämnden anser att infektionen med övervägande sannolikhet tillförts i samband med behandlingen. Det har inte varit möjligt att förutse infektionen. Sjukdomen i hjärtats kranskärl som patienten behandlades för var mycket allvarlig och medförde risk för hjärtinfarkt. Infektionen var visserligen smärtsam och behandlingskrävande. Den var dock av begränsad omfattning och utläkt inom några månader. Nämnden anser därför att omständigheterna är sådana att infektionen skäligen måste tålas utan rätt till ersättning.

PATIENTSKADENÄMNDEN

DNR 424/1999

2000:15

Infektionsskada. Omständigheterna är sådana att patienten skäligen bör tåla infektionen utan rätt till ersättning.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § tredje stycket patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 56-årig kvinna med en vänstersidig underbensfraktur.

Patienten ådrog sig en vänstersidig underbensfraktur den 17 januari 1997. Hon inkom till akutmottagningen den 18 januari 1997. Patienten var mycket

svullen i frakturområdet. Röntgen visade en uppsplittrad distal underbensfraktur med ett flertal fragment och även en ganska lång spiralkomponent som sträckte sig upp mot halva tibia (vadbenet). Huden var ganska ansträngd och patienten fick ligga och svälla av med benet i högläge några dagar. Hon hade gipsskena. Den 23 januari 1997 opererades patienten med reposition och plattfixation. Hon fick Dalacin före och efter operationen. I efter förloppet sårläkningsproblem och infektion.

På grund av utebliven läkning och plattbrott opererades patienten på nytt den 28 maj 1997 med rereposition, externfixation och bentransplantation efter att man tagit bort plattan. Fixationspinnarna lossnade p.g.a. pinninfektion. Patienten opererades på nytt den 10 juni 1997 med borttagning av externfixationen och sårrevision. Ny operation igen den 13 juni 1997 med sårrevision och omsättning av externfixationen och borttagning av platta. Den 25 juni 1997 ny operation med justering av externfixation och mjukdelsrevision då man också lade in gentamycinkulor. I januari 1998 kändes frakturen stabil och man avbröt gipsbehandlingen och patienten fick en ortos för att kunna belasta och sköta huden bättre. Den 13 juli 1998 gjorde man en ny uppborrning, dränage och inläggning av gentamycinkulor. Man misstänkte att infektion förelåg och patienten fick Dalacinbehandling på nytt.

PATIENTEN anmälde att hon fått benröta, felställning och utebliven läkning efter behandling av en vänstersidig underbensfraktur. Vid telefonsamtal har patienten tillagt att en underbensamputation är planerad.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Vår bedömning är att den behandling patienten fått varit medicinskt motive-rad med hänsyn till hennes besvär.

Frakturen var splittrad och krävde operation. Man vidtog nödvändiga åtgärder och använde Dalacin som infektionsprofylax. Denna medicin tar ett brett spektrum av bakterier. Man avvaktade att svullnaden gick ned innan man opererade. Frakturen var av sådan karaktär att omfattande mjukdelslösning måste göras. Man undvek lateral incision (operativt insnitt beläget vid sidan) för att minska infektionsrisken. Vår bedömning är att operationen den 23 januari 1997 samt vården före och efter denna skett på ett korrekt sätt. Trots rigorösa åtgärder för att undvika infektion uppkom en sådan. Det är inte rutin att isolera denna typ av patientgrupp.

Infektionen har sannolikt tillförts i samband med operationen den 23 januari 1997. Den har inte varit möjlig att undvika. Det fanns ingen annan behandlingsmetod som tillgodosett vårdbehovet på ett totalt sätt mindre riskfyllt sätt. Vår bedömning är att omständigheterna kring infektionen varit sådan att den skäli-gen får tålas.

Vad gäller de övriga komplikationerna patienten anmält, utebliven läkning och felställning är dessa en följd av frakturen som sådan. Besvären beror inte på att patienten tillförts någon skada som kunnat undvikas i samband med frakturbehandlingen.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg liksom PSR att rätt till patientskadeersättning inte förelåg och gjorde följande bedömning:

Infektionen har ansetts bero på att smittämne överförts vid operationen den 23 januari 1997. Rätt till ersättning föreligger då om inte omständigheterna är sådana att infektionen skäligen måste tålas. Vid denna bedömning skall enligt 6 § tredje stycket patientskadelagen beaktas bl.a. arten och svårhetsgraden av grundskadan och möjligheten att förutse infektionen.

Risk för infektion föreligger i princip alltid vid operativa ingrepp. Det är således en risk man alltid får räkna med och en komplikation som i det enskilda fallet som regel inte kan förebyggas eller förhindras genom ett annat utförande av behandlingen. I detta fall var grundskadan sådan att det förelåg en mycket stor risk för infektion. Risken för infektion var förutsebar på ett sådant sätt att infektionen kan sägas vara förväntad med den skada och de behandlingsförutsättningar som förelåg. Under sådana förhållanden anser nämnden att infektionen skäligen måste tålas utan rätt till ersättning.

Vad gäller komplikationerna med utebliven läkning, felställning och förkortning av benet anser nämnden på de skäl PSR anfört att det inte föreligger någon ersättningsbar patientskada.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 466/2000

2000:16

Infektionsskada. Omständigheterna är sådana att patienten inte skäligen bör tåla infektionen utan rätt till ersättning.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § tredje stycket patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en vid behandlingstillfället 54-årig man med angina pectoris och hjärtsvikt.

Patienten hade haft tre infarkter. Debuterade med hjärtinfarkt 1995 och i efterförloppet angina pectoris. Ny infarkt i maj 1997 samt i oktober 1997. Patientens hade haft angina pectoris (kärlkramp) av stabil karaktär sedan några må-

nader tillbaka men även känd hypertoni (högt blodtryck), övervikt och insulinbehandlad diabetes mellitus. Även hjärtsvikt med en viss nedsatt vänster kammarfunktion. Inkom för planerad operation med fyra by-passar som utfördes 1998-05-12. Det postoperativa förloppet komplicerades med infektioner runt omkring hjärtat och de stora kärlen samt i sternum (bröstbenet), vilket medförde flera reoperationer. 1998-05-25 opererades patienten med en s.k. Leyprotes på grund av att såret spontanrupturerat och man fann multipla tvärfrakturer på sternum på båda sidor och dålig benkvalitet. 1998-06-03 opererades patienten ånyo på grund av progredierande infektion samt instabilitet varvid Leyprotesen togs bort. Såret lämnades öppet. 1998-06-09 ny operation med revision och partiell sternectomi. 1998-06-18 operation med fixering av sternum med ny Leyprotes. Förutom sårkontroller och antibiotikakontroller fick patienten under lång tid genomgå dagliga omläggningar. I utlåtande 1999-02-24 beskrivs att patientens infektion läkt ut men att det finns stora defekter i bröstkorgen. Står fortfarande kvar på antibiotikabehandling i tablettform.

PATIENTEN anmälde som patientskada att han efter hjärtoperation i maj 1998 fått infektion, blodförgiftning samt impotens. Han ansåg att hjärtoperationen, som skulle leda till ett bättre liv för honom, i stället har lett till det motsatta med kraftigt nedsatt arbetsförmåga och tankeförmåga, humörsvängningar, impotens samt att bröstkorgen blivit missbildad.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

En förutsättning för att ersättning skall kunna lämnas för en infektion är att smittämnet har överförts i samband med någon vårdåtgärd. Lagen anger vidare att ersättning inte kan lämnas i de fall omständigheterna varit sådana att infektionen skäligen måste tålas. Hänsyn ska därvid tas till arten och svårhetsgraden av den sjukdom eller skada för vilken behandling skett, patientens hälsotillstånd i övrigt samt möjligheterna att förutse infektionen.

PSR har tillsammans med medicinskt sakkunniga inom kirurgi bedömt att komplikationer av allvarligt slag utvecklades efter operationen. Den primära orsaken till komplikationerna är en infektion. Infektionskomplikationens svårhetsgrad bedömes dock som något lägre än grundsjukdomens svårhetsgrad. Även om patientens angina pectoris betraktades som stabil, så förelåg även hypertoni, övervikt, diabetes mellitus och nedsatt funktion av vänster hjärtkammare med hjärtsvikt.

Vi har således bedömt att omständigheterna kring den uppkomna infektionen inte varit sådana att patienten har rätt till patientskadeersättning.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att rätt till patientskadeersättning förelåg och gjorde följande bedömning:

Enligt 6 § första stycket 4 patientskadelagen föreligger rätt till patientskadeersättning för infektionsskada som orsakats av att smittämne överförs i samband med undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd. Som framgår av sista stycket samma paragraf bortfaller rätten till ersättning i de fall omständigheterna är sådana att infektionen skäligen måste tålas. Vid denna skälighetsbedömning skall hänsyn tas till arten och svårhetsgraden av den sjukdom eller skada som åtgärden avsett, patientens hälsotillstånd i övrigt samt möjligheten att förutse infektionen. Skälighetsbedömningen förutsätter att man gör en samlad bedömning av de olika prövningskriterierna.

På grund av trekärslssjukdom med flera förträngningar opererades patienten med by-pass i maj 1998. Operationen var planerad och företogs efter sedvanliga utredningar och förberedelser. I samband med behandlingen fick patienten en allvarlig infektion.

Nämnden konstaterar att infektionen tillfördes i samband med behandlingen och att den inte kunde förutses. Hjärtsjukdomen, som patienten behandlades för, var allvarlig. Han hade haft tre hjärtinfarkter, en 1995 och två 1997. Vid operationstillfället hade han sedan några månader haft angina pectoris av stabil karaktär. Han hade även högt blodtryck, övervikt och insulinbehandlad diabetes mellitus. Efter operationen utvecklade han en svår infektion i bröstbenet och underliggande vävnad i bröstkorgen. Infektionen var kombinerad med svårartad blodförgiftning. Vid behandlingen av infektionen tvingades han genomgå ett flertal omoperationer, i sig ej ofarliga, med bl.a. borttagande av en del av bröstbenet och insättande av s.k. Leyprotes. Infektionen har vidare krävt omfattande antibiotikabehandling, sårkontroller och omläggningar. Till följd av infektionen har han drabbats av ett betydande lidande och även fått kvarstående besvär.

Vid en samlad bedömning anser nämnden att omständigheterna inte är sådana att infektionen skäligen måste tålas. Det föreligger därmed rätt till patientskadeersättning.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 362/2000

2000:17

**Infektionsskada. Omständigheterna är sådana att patienten inte skäli-
gen bör tåla infektionen utan rätt till ersättning.**

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § tredje stycket patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en vid behandlingstillfället 76-årig man med grav coxarthros (ledförslitning) i höger höft.

Patienten hade haft mångåriga smärtor i höger höft. På grund av röntgenverifierad grav höftförslitning beslutade man att operera en totalprotes i höger höft. Operationen utfördes 1998-08-28. Operationen utfördes rutinmässigt utan anmärkning och patienten fick sedvanlig antibiotikaproylax. Postoperativt utvecklades en infektion som antibiotikabehandlades och man lade spoldränage vid två tillfällen. Man beslutade att ta bort proteserna men kunde undvika detta vid en operation 1998-10-18 då han fick ett nytt spoldränage och man återsyde muskelstrukturerna. Därefter har infektionen läkt ut.

PATIENTEN anmälde som patientskada att han fick en infektion efter höftplastikoperation och att denna bl.a. medförde förlängd sjukhusvård och antibiotikabehandling under lång tid.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

PSR har tillsammans med medicinskt sakkunnig inom området ortopedi funnit att man behandlat infektionen inom den normala rehabiliteringstiden efter en höftplastikoperation. Enligt vår bedömning var operationen medicinskt motiverad och utförd på ett riktigt sätt enligt vedertagen metod. Infektionen har behandlats på ett riktigt sätt och inom relativt kort tid. Omständigheterna kring den uppkomna infektionen har för närvarande inte varit sådana att patienten har rätt till patientskadeersättning. Den sjukdom (grav coxarthros) för vilken han behandlades var obehandlad av allvarlig art och infektionen har hittills varit av lindrigare art. Infektionen måste därför skäligt tålas. Vi har dock lämnat ett förbehåll som ger patienten rätt att återkomma för ny prövning – inom en 10-års period fr.o.m. 1999-02-16 – om följderna av infektionen skulle bli bestående eller leda till att proteserna lossnar.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att rätt till patientskadeersättning förelåg och gjorde följande bedömning:

Infektionen har ansetts bero på smittämne som överförts vid operation den 28 augusti 1998. Rätt till ersättning föreligger då om inte omständigheterna är så-

dana att infektionen skäligen måste tålas. Vid denna skälighetsbedömning skall enligt 6 § tredje stycket patientskadelagen beaktas arten och svårhetsgraden av grundskadan, patientens hälsotillstånd i övrigt och möjligheten att förutse infektionen.

Risk för infektion föreligger i princip alltid vid operativa ingrepp. Det är således en risk som man alltid får räkna med och en komplikation som i det enskilda fallet som regel inte kan förebyggas eller förhindras genom ett annat utförande av behandlingen. I detta fall har infektionsrisken dock varit ringa och infektionen har varit svår att förutse.

Vad gäller följderna av infektionen framgår att patienten vårdades inneliggande från mitten av september till början av november 1998 och att infektionen därefter krävde daglig infusionsbehandling av antibiotika fram till mitten av februari 1999. Patienten hade enligt journalen också en djup ventrombos vilken bedömdes ha samband med infektionen. Nämndens bedömning är att infektionen därutöver sannolikt haft en viss inverkan på det slutliga resultatet efter höftoperationen. Mot bakgrund av ovan angivna faktorer måste infektionens följder anses vara av relativt allvarlig art. Vid den skälighetsbedömning som skall göras bör det förhållandet att infektionen varit svår att förutse, sammantaget med svårighetsgraden av infektionen i förhållande till grundskadan, medföra att patienten inte skäligen måste tåla infektionen utan rätt till ersättning. Ersättningsbar patientskada föreligger således.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 292/2000

2000:18

Infektionsskada. Omständigheterna är sådana att patienten skäligen bör tåla infektionen utan rätt till ersättning.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § tredje stycket patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 61-årig man med höga blodfetter och oklar leversjukdom. Han hade en hjärtinfarkt 1982. Sista veckan före den aktuella sjukhusvården drabbades han av kraftig försämring med instabil angina pectoris (brösttryck; uttryck för syrebrist i hjärtmuskeln).

Patienten lades in på sjukhus 1997-03-16 p.g.a. kraftig försämring av angina pectoris. Coronarangiografi (kontraströntgenundersökning av hjärtats kranskärl) visade förträngningar. Vid undersökningen uppstod en rift i en huvudstam

som ledde till dissektion och patienten kranskärlsopererades akut samma dag. Efter operationen fick han så småningom tilltagande sekretion (utsöndring) från såret och bröstbenet var instabilt. Han opererades på nytt 1997-03-25 med inläggande av protes som förstärkning av bröstbenet och spoldrän. Odlingar från bröstbenet visade växt av *staphylococcus aureus*. Han antibiotikabehandlades. Här efter fick patienten komplikationer i form av kvarstående infektioner som för anledde ytterligare ett tiotal operationer. Bröstbensprotesen på ovansidan fick så småningom avlägsnas medan däremot två mindre proteser på baksidan finns kvar. Livslång antibiotikabehandling planeras. Som en följd av infektionen har patienten också drabbats av klaffendokardit (infektion på aortaklaffen).

PATIENTEN anmälde som patientskada infektion i bröstbenet efter kranskärlsoperation.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Den rift som uppkom vid coronarangiografin och som ledde till dissektion i en huvudstam hade inte kunnat undvikas genom annat utförande av undersökningen. Någon annan undersökningsmetod som på ett totalt sett mindre riskfyllt sätt hade kartlagt kranskärlens anatomi fanns inte i den aktuella situationen. Patienten har därför inte rätt till patientskadeersättning enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen för denna komplikation.

Den infektion som inträffade tillfördes sannolikt vid operationen 1997-03-19. Den kan inte sägas vara förutsebar.

Den sjukdom i hjärtats kranskärl som patienten lider av är en mycket allvarlig sjukdom som på sikt leder till alltmer invalidiserande besvär och risk för nya hjärtinfarkter som är livshotande. Den rift och dissektion som uppkom i ett kärl vid coronarangiografin medförde ett direkt livshotande tillstånd och patienten opererades därför akut.

Infektionen är av allvarlig art eftersom den är smärtsam och mycket behandlingskrävande med många operationer och därtill har lett till ett instabilt bröstben, klaffendokardit och livslång behandling. I jämförelse med den allvarliga och på sikt livshotande kranskärlssjukdomen och därtill den direkt livshotande situationen p.g.a. komplikationen vid coronarangiografin anser vi dock att infektionen skäligen måste tålas trots att den inte är förutsebar. Med hänsyn till undantagsbestämmelsen i 6 § tredje stycket patientskadelagen anser vi därför att patienten inte har rätt till patientskadeersättning enligt 6 § första stycket 4.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att ersättningsbar patientskada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

Den infektion som drabbade patienten har med övervägande sannolikhet tillförts genom den akuta operationen den 19 mars 1997, som blev nödvändig sedan en skada uppkommit på hjärtats vänstra huvudstam. Enligt 6 § första

stycket 4 patientskadelagen föreligger då rätt till ersättning om inte omständigheterna är sådana att infektionen skäligen måste tålas.

Vid denna skälighetsbedömning skall, enligt 6 § tredje stycket patientskadelagen, beaktas bl.a. arten och svårhetsgraden av den sjukdom eller skada som åtgärden avsett, patientens hälsotillstånd i övrigt samt möjligheten att förutse infektionen. Skälighetsbedömningen förutsätter att man gör en samlad bedömning av de olika prövningskriterierna. Detta kan leda till att även om infektionen i ett visst fall kunnat förutses, ersättning ändå kan lämnas om missförhållandet mellan grundsjukdomen och infektionen är särskilt stor (se prop. 1995/96:187 s. 83 f.). Även infektionens svårhetsgrad har således betydelse vid skälighetsbedömningen.

I föreliggande fall var den ursprungliga kranskärslssjukdomen av allvarlig art med instabil, försämrad angina pectoris. Vid angiografen uppkom en livshotande skada på ett kärl och denna skada, som är att anse som oundviklig, innebar en akut operationsindikation. Vid operationen gjordes en coronarbypass på ett vedertaget sätt. Det förelåg en trekärslssjukdom som även den utgjorde en klar operationsindikation.

När det gäller patientens hälsotillstånd i övrigt kan nämnas att den pågående behandlingen med Imurel och kortison är en riskfaktor för infektion.

Infektionen har orsakat patienten betydande besvär i form av mediastenit och även en skada på hjärtklaff. Han har genomgått ett tiotal operationer på grund av infektionen, har kvarvarande proteser och man planerar för en livslång antibiotikabehandling.

Vid en samlad bedömning av de omständigheter som angetts ovan finner nämnden att den tillförda infektionen, som inte varit klart förutsebar, har medfört svåra och kvarvarande besvär för patienten. Av de kriterier för bedömning som anges i ovan angivet lagrum måste dock mycket stor tyngd läggas vid det faktum att operationen, vid vilken infektionen tillfördes, var direkt livsavgörande för patienten. Enligt den skälighetsbedömning som skall göras, bör patienten därför enligt nämnden tåla infektionen och dess verkningar utan rätt till ersättning.

Nämnden gör således samma bedömning som PSR och anser att det inte föreligger någon ersättningsbar patientskada.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 425/1999

2000:I9

Infektionsskada. Omständigheterna är sådana att patienten inte skäligen bör tåla infektionen utan rätt till ersättning.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § tredje stycket patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 42-årig kvinna med postoperativ diskrit (infektion i en disk) efter diskbråcksoperation vid ortopedklinik.

Patienten kom akut till ortopedkliniken 1997-12-16 efter att ha överremitterats från annan kirurgklinik p.g.a. högersidig ischias och CT-verifierat diskbråck LV-LVI höger. Besvären hade debuterat i början av november då hon fick akut isättande smärta i ryggen med utstrålning i höger ben. Smärtorna hade inte givit med sig på konservativ behandling med peroral analgetika. Naturalfunktionen hade varit bra fram till morgonen 1997-12-16 då hon hade haft svårt att kissa. Eftersom smärtorna var påtagliga fann man att operationsindikation förelåg och operation utfördes 1997-12-17.

1998-01-12 sökte patienten på nytt kirurgklinik p.g.a. ökade smärtor i ländryggen med stickningar längs vänster klinka och på vänstra vadens baksida. MR utfördes och man fann en mjukdelssvullnad, ödem och infektion kunde inte uteslutas, varför Dalacin insattes under misstanke om diskrit. Patienten sjukhusvårdades därefter ett flertal gånger p.g.a. ketogankrävande smärtor. Hon långtidsbehandlades med Dalacin fram till 1998-09-14 varefter detta utsattes. 1998-10-05 sökte hon åter sjukhus med tilltagande smärtor, diffust obehag och allmän sjukdomskänsla och inlades för smärtlindring och vidare utredning. Efter kontakt med infektionsläkare remitterades hon för MR-undersökning och återinsattes på Dalacin. I december 1998 behandlades hon även för en pilonidalabscess (hudböld) som inciderades. Då diskriten medfört svårbemästrade smärtor har patienten remitterats till Akademiska sjukhuset för ställningstagande till fusion av kotorna i diskritområdet.

PATIENTEN anmälde som patientskada den diskrit hon drabbades av efter diskbråcksoperationen.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Samband har ansetts föreligga mellan diskbråcksoperationen 1997-12-17 och den anmälda infektionen. Rätt till ersättning föreligger då om inte omständigheterna är sådana att infektionen skäligen måste tålas. Vid denna skälighetsbedömningen skall enligt 6 § tredje stycket patientskadelagen beaktas bl.a. arten och svårighetsgraden av grundsjukdomen och möjligheten att förutse infektionen.

Det ursprungliga högersidiga diskbråcket är i detta fall, enligt vår mening, av allvarigare art än infektionen. Patienten hade haft rejäla besvär preoperativt med bl.a. svårigheter att kasta vatten. Eftersom konservativ behandling med analgetika inte hade haft någon effekt på patientens smärtor och ett klart diskbräck hade konstaterats, var operationen 1997-12-17 väl motiverad. Även infektionen har varit allvarlig och synes komma att lämna kvarvarande besvär (fusion övervägs).

Risk för infektion föreligger i princip alltid vid operativa ingrepp. Det är således en risk som man alltid får räkna med och en komplikation som man i det enskilda fallet som regel inte kan förebygga eller förhindra genom ett annat utförande av behandlingen. I detta fall har infektionsrisken dock varit ringa och infektionen har varit svår att förutse. Infektionen får emellertid anses ha varit av mindre svår karaktär än diskbråcket. Enligt den skälighetsbedömning som skall göras bör patienten därför tåla infektionen utan rätt till ersättning, även om infektionens följder måste betecknas som svåra.

Det finns i detta fall inte något annat tillgängligt förfarande där infektionen hade kunnat undvikas och där vårdbehovet skulle ha tillgodosetts på ett mindre riskfyllt sätt.

Mot bakgrund av ovanstående har vi bedömt att det inte föreligger någon ersättningsbar patientskada enligt patientskadelagen (6 § första stycket 1 samt tredje stycket).

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att rätt till patientskadeersättning förelåg och gjorde följande bedömning:

Infektionen har ansetts bero på smittämne som överförts vid operation den 17 december 1997. Rätt till ersättning föreligger då om inte omständigheterna är sådana att infektionen skäligen måste tålas. Vid denna skälighetsbedömning skall enligt 6 § tredje stycket patientskadelagen beaktas arten och svårhetsgraden av grundsjukdomen, patientens hälsotillstånd i övrigt och möjligheten att förutse infektionen.

Risk för infektion föreligger i princip alltid vid operativa ingrepp. Det är således en risk som man alltid får räkna med och en komplikation som i det enskilda fallet som regel inte kan förebyggas eller förhindras genom ett annat utförande av behandlingen. I detta fall har infektionsrisken dock varit ringa och infektionen har varit svår att förutse. Patientens infektion har varit mycket långdragen. Av en journalanteckning från januari 1999 framgår att infektionen vid denna tidpunkt ännu inte varit säkert utläkt. Infektionen har även krävt långvarig antibiotikabehandling.

Nämnden konstaterar att patienten genom infektionen under lång tid har förorsakats ett betydande lidande med svårbemästrade smärtor, som tidvis varit morfinkrävande. Dessutom har infektionen i och med att den gett ett restillstånd äventyrat operationsresultatet. Av utredningen i ärendet framgår också att en fusion av kotorna i diskitområdet har diskuterats.

Vid en samlad bedömning får följderna av infektionen anses vara av allvarigare art än grundsjukdomen. Risken för infektion har dessutom varit ringa och infektionen har varit svår att förutse. Infektionen kan därför inte anses stå i rimlig relation till grundsjukdomen. Enligt den skälighetsbedömning som skall göras bör patienten därför inte tåla infektionen utan rätt till ersättning. Rätt till patientskadeersättning föreligger alltså.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 305/2000

2000:20

Psykisk skada.

1. Bristande resurser?
2. Felaktig diagnostisering?

TILLÄMPLIGT LAGRUM

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

Ärendet gäller en kvinna, född år 1969, med depressiva besvär. Patienten har sedan 1996-10-28 vårdats vid psykiatrisk klinik samt vid psykiatriskt centrum vid universitetssjukhus fr.o.m. 1998-04-01. Patienten har också varit inlagd på sjukhus vid tre tillfällen under perioden augusti 1997–augusti 1998.

PATIENTEN anmälde som patientskada psykiskt lidande under onödigt lång tid dels på grund av diagnosfördröjning under åren 1997 och 1998 dels på grund av vårdkontaktseparationer med kort varsel, vilket medfört nya svackor i ett redan befintligt depressivt tillstånd vilket i sin tur medfört förlängt sjukdomstillstånd.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

PSR har bedömt att man ordinerat lämpliga undersökningar och att man tolkat undersökningsresultaten på ett riktigt sätt samt behandlat patienten enligt vedertagna principer. Någon fördröjning med att ställa rätt diagnos kan man inte tala om då tillståndet har varit mycket svårdiagnostiserat och mycket svårt att behandla. Det rör sig om en kombination av depressiva inslag, ångestinslag och personlighetsstörningsinslag, vilket gör sjukdomsbilden mångfacetterad och svår att tolka. Utifrån den synpunkten kan man inte säga att det föreligger en fördröjning med att ställa rätt diagnos.

Att det har förekommit ombyte bland vårdpersonalen är djupt olyckligt och har säkert påverkat patienten, men dessa ombyten har skett genom omorganisation och liknande och har att göra med landstingets resurser. Frågor som har att göra med landstingets resurser omfattas inte av patientförsäkringen.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att ersättningsbar patientskada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

Nämnden vill inledningsvis framhålla att ett tillfredsställande behandlingsresultat inte alltid kan uppnås trots att behandlingen skett på ett riktigt sätt. Det förhållandet att ett förväntat eller önskat behandlingsresultat inte erhålles efter en riktigt utförd behandling, som i detta fall, grundar inte i sig rätt till ersättning.

Nämnden anser att patientens besvär successivt har utretts, tolkats och behandlats enligt vedertagna medicinska principer. Vad avser frågan om de ständiga byten av terapipersonal som drabbat patienten och som enligt hennes uppfattning medfört psykiskt lidande, finner nämnden att detta närmast är att hänföra till frågan om vilka resurser aktuellt sjukhus har att tillgå. Av förarbetena till patientskadelagen (prop. 1995/96:187 s. 82) framgår att resursbrist som skäl för ersättning endast kan åberopas med framgång om det i det enskilda fallet varit möjligt att använda befintliga resurser på annat sätt eller att utnyttja ytterligare resurser. Möjligheterna att undvika skador skall således inte värderas från en optimal vårdstandard utan resurserna måste ha stått till buds för vårdgivaren.

Nämnden anser att någon kritik inte kan riktas mot användningen av befintliga resurser i ärendet och delar även PSR:s bedömning att någon ersättningsbar skada inte tillförts vid behandlingen.

Nämnden gör således samma bedömning som PSR och anser på de skäl PSR i övrigt anfört att det inte föreligger någon ersättningsbar patientskada.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 243/2000

2000:21

Infektionsskada. Kvinna behandlades för infertilitet. Två frysta embryon infekterades och kunde inte implanteras.

- 1. Embryon kan inte anses som patient; däremot kvinnan som behandlades för infertilitet.**
- 2. Omständigheterna är sådana att kvinnan skäligen bör tåla infektionen utan rätt till ersättning.**

TILLÄMPLIGT LAGRUM

2 § och 6 § tredje stycket patientskadelagen (1996:799). Jfr 1995:04

Ärendet gäller en kvinna, född år 1961, som behandlats för infertilitet sedan år 1996.

Patienten genomgick IVF-behandling med punktion och överföring av embryon i oktober 1997. Två av patientens embryon kunde frysas. När dessa tinades år 1998 kunde de inte överföras på grund av bakterieväxt i odlingen

PATIENTEN anmälde att hon mådde fysiskt och psykiskt dåligt på grund av att befruktade ägg före försöket till överföring år 1998 förstörts genom angrepp av bakterier. Hon ansåg att de förstörda befruktade äggen var hennes sista chans att få barn. Nu måste hon genomgå ytterligare behandling vilket medför inte bara psykiska och fysiska besvär utan också ekonomiska problem, eftersom hon betalar sina behandlingar själv.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Patientskadeersättning lämnas för personskada om det är övervägande sannolikt att skadan är orsakad av undersökning, vård eller behandling under förutsättning att skadan hade kunnat undvikas. De intyg vi fått visar att patienten redan i mars 1997 d.v.s. cirka ett år innan händelsen med de infekterade äggen inträffade hade fysiska och psykiska besvär. Vår bedömning är att det misslyckade IVF försöket inte orsakat de besvär patienten anmält. Av handlingarna framgår att patienten haft det mer än normalt besvärligt under IVF behandlingarna. Detta beror inte på de infekterade äggen utan på behandlingen som sådan.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att ersättningsbar patientskada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

En första förutsättning för rätten till patientskadeersättning är enligt 6 § första stycket patientskadelagen att det uppkommit en personskada på en patient. I det nu aktuella fallet har bakterieväxt skadat embryon som därmed inte kunnat

användas vid behandling på grund av barnlöshet. (Termen för det befruktade ägget är embryo t.o.m. andra graviditetsmånaden.) Modern har anmält att hon drabbats av fysiska och psykiska besvär till följd av det inträffade.

Först uppkommer fråga om embryona är att betrakta som patienter. Patientskadenämnden har tidigare i liknande fall gjort den bedömningen att ett foster som blir föremål för behandling endast kan betraktas som patient om det senare föds med liv. Av det följer att de två förstörda embryona – i detta fall rör det sig t.o.m. om förstadium till embryon – inte kan betraktas som patienter. Nämnden har sedan att ta ställning till om modern är att betrakta som patient i det nu aktuella sammanhanget. Eftersom modern var föremål för behandling för sin barnlöshet och embryot skulle kunna ses som en del av hennes kropp anser nämnden att det är naturligt att utgå från att modern är patient även om behandlingen när skadan inträffade inte var direkt riktad mot hennes kropp.

Med hänsyn till det anförda får modern, genom att två embryon skadats av bakterieväxt och inte kunnat användas vid behandling av barnlöshet, anses ha drabbats av kroppsskada. Modern har därutöver anfört att hon drabbats av psykiska besvär som en följd av infektionen. Av föreliggande utredning framgår dock att hennes psykiska besvär som kan relateras till embryoinfektionen endast kan ses som marginella i förhållande till den psykiska sjukhistoria som fanns före behandlingen.

Vid den skälighetsbedömning som skall göras enligt 6 § första stycket 4 och tredje stycket patientskadelagen, i det fall smittämne som i det nu aktuella fallet har överförs i samband med vårdåtgärd, anser nämnden att grundsjukdomen, d.v.s. infertiliteten, är betydligt allvarligare än embryoinfektionen. Infektionskomplikationen bör därför tålas utan rätt till ersättning.

Vidare anser nämnden att infektionskomplikationen inte heller kunnat undvikas genom ett annat utförande av behandlingen eller genom val av annat tillgängligt förfarande. Rätt till patientskadeersättning enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen föreligger därför inte.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 764/1998

2000:22

Tandskadeärende. Facitresonemang på utförande. Skadan ersatt.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 54-årig man med en perifer kärlsjukdom, som den 27 maj 1999 kom in akut med plötsliga smärtor i vänster vad. Han opererades den 4 juni 1999 i generell anestesi med intubationsnarkos. I samband med väckning och extubation bet patienten ihop kraftigt och fick en skada på en framtand.

PATIENTEN anmälde skada på höger framtand (stifttand) i samband med narkos vid operation den 4 juni 1999. Han framhöll att risken för denna typ av skada är känd, vilket torde kräva särskild vaksamhet vid behandlingen så att tuggring av gummi eller gummispatel finns i beredskap vid uppvaknandet. Han ansåg också att man genom att använda en annan metod, ryggmärgsbedövning, med all sannolikhet hade kunnat undvika skadan. Han anmärkte vidare på att han inte före ingreppet blev informerad om att han riskerade skador för tusentals kronor.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Intubationsnarkos innebär att man med hjälp av ett metallinstrument (laryngoskop) för ner en lufttub i luftstrupen. Vår bedömning är att tandskadan med övervägande sannolikhet uppkommit i samband med uppvaknandet ur narkosen och att patienten då bitit ihop om tuben. Det är vanligt att man i samband med uppvaknandet biter ihop kraftigt. Tandskada har inte kunnat undvikas.

Vår bedömning är att det inte finns någon annan narkosmetod som tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. En operation av den typ patienten genomgått utförs inte i epiduralbedövning.

Det är inte rutin att använda tandskydd på det sätt patienten anger.

Patientskadelagen innehåller inget åtagande om att lämna ersättning vid brister i den information som lämnas till en patient före en behandling. Patienten har heller inte visat att det föreligger sådan brist i informationen att skadeståndsskyldighet uppkommit.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att rätt till patientskadeersättning förelåg och gjorde följande bedömning:

Det var medicinskt motiverat att utföra operationen i intubationsnarkos. Patienten stod vid operationstillfället på heparin i fulldos, vilket kontraindicerar ryggbedövning. Såvitt framgår förelåg inte några särskilda svårigheter i samband med narkosen. Nämnden anser att tandskadan uppkommit under narkosen

och med övervägande sannolikhet hade kunnat undvikas genom ett annat utförande av intuberingen. Det föreligger därför rätt till patientskadeersättning enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen.

PATIENTSKADENÄMNDEN

DNR 314/2000

2001:01

**Moder till patient har drabbats av matförgiftning på patienthotell.
Modern är inte att betrakta som patient.**

TILLÄMPLIGT LAGRUM

2 § patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en kvinna har som drabbats av matförgiftning, då hon bodde på patienthotell i maj månad 2000. Hon och maken följde med sina två söner till sjukhuset, där sönerna skulle utredas på grund av en ärftlig sjukdom. Hon själv, maken och den yngste sonen drabbades av maginfektion.

MODERN har krävt ersättning för sveda och värk samt inkomstbortfall. Hon har motiverat sitt krav på följande sätt: Eftersom båda sönerna är minderåriga var maken och hon tvungna att följa med till sjukhuset. Vid vistelse på sjukhus förväntas man ej behöva drabbas av smittsam åkomma som denna matförgiftning.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Enligt patientskadelagen lämnas ersättning, under vissa förutsättningar, för personskada som uppkommit på patient i samband med hälso- och sjukvård. Med patient avses person som tagits emot av vårdpersonal för undersökning, behandling eller annan hälso- och sjukvårdande behandling. Av handlingarna framgår att sönerna vistades på sjukhuset för utredning och att modern bodde på patienthotellet som följeslagare. Eftersom hon själv inte var patient på sjukhuset omfattas hon inte av patientskadelagens bestämmelser. Under sådana förhållanden föreligger inte rätt till patientskadeersättning och ersättning har därför avböjts.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att ersättningsbar patientskada inte förelåg.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 753/2000

2001:03

Hemresa med taxi – vård, behandling och/eller sjuktransport?

TILLÄMPLIGT LAGRUM

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

Ärendet gäller en 81-årig kvinna, som i samband med taxitransport från dagrehabilitering den 4 november 1998 föll ur bilen och ådrog sig en högersidig fotledsfraktur.

PATIENTEN anmälde skadan som patientskada. Hon ansåg att en förutsättning för utskrivning från sjukhuset var att behandlingen i form av rörelseträning och terapi skulle fortsätta i sjukhusets regi med dagrehabilitering. Transporterna till och från sjukhuset planerades och beställdes av sjukhusets personal och hade därför ett direkt samband med vårdåtgärderna. Det tillstånd patienten befann sig i – med grava rörelseproblem – medförde att hon inte kunde klara av att åka med vanlig taxibil.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Patientskadelagen gäller bara för olycksfall i samband med undersökning, behandling eller annan åtgärd som har med vården att göra. Av handlingarna framgår att skadan inte skett i samband med någon vårdåtgärd. Av handlingarna framgår vidare att man vid ett hembesök som företogs före utskrivningen bedömt att patienten klarade att åka med personbil. Vi har – med ledning av handlingarna – bedömt att skadan inte har skett i samband med någon vårdåtgärd. Olycksfall enligt lagens mening föreligger därmed inte.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ersättningsbar behandlingsskada förelåg och gjorde följande bedömning:

Den aktuella hemresan från dagrehabiliteringen med taxi hade ordinerats och beställts av vårdpersonal. Enligt nämndens mening är hemresan därför en sådan vårdåtgärd som omfattas av patientskadelagen. Taxiresan får även anses utgöra

en sådan sjuktransport som anges i 6 § första stycket 5 patientskadelagen. Den högersidiga fotledsfraktur som uppkom vid olycksfallet i samband med hemresan från sjukhuset i november 1998 berättigar därför patienten till patientskadeersättning.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 159/2001

2001:06

Infektionsskada. Omständigheterna är sådana att patienten inte skäligt bör tåla infektionen utan rätt till ersättning.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 4 samt tredje stycket patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 74-årig man med lumbal spinal stenosis (förträngning i rygggraden eller ryggmärgen i ländryggen). Patienten opererades den 9 januari 1998 med dekompressiv laminektomi i nivå L3–L4. Han utvecklade i efterförloppet sårinfektion, vilket medförde reoperation den 18 januari 1998 på grund av spinal abscess varvid man även noterade duraläckage. I efterförloppet ytterligare reoperation och patienten utskrevs från sjukhuset drygt två månader efter den första operationen. I journalanteckning den 8 september 1998 framgår att patienten inte längre har några egentliga smärtor i benen och kan gå flera kilometer, dock lite stelhet i ländryggen vilket är mest uttalat på morgnarna men som mjukar upp sig efter en stunds uppegående.

PATIENTEN anmälde som patientskada, att han fick en infektion efter operationen som utfördes den 9 januari 1998, vilket medförde flera reoperationer och förlängd sjukhusvistelse. Patienten ansåg, att han borde vara berättigad till patientskadeersättning för den svåra infektion som drabbade honom i samband med operationen den 9 januari 1998. Infektionen medförde extra lidande efter operationen, extra utgifter som varit betydande samt att det påverkat hans liv avsevärt.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

En förutsättning för att ersättning ska kunna lämnas för en infektion är att smittämnet har överförts i samband med någon vårdåtgärd. Lagen anger vidare att ersättning inte kan lämnas i de fall omständigheterna varit sådana att infek-

tionen skäligen måste tålas. Hänsyn ska därvid tas till arten och svårighetsgraden av den sjukdom eller skada för vilken behandling skett, patientens hälsotillstånd i övrigt samt möjligheterna att förutse infektionen. Risk för infektion föreligger i princip alltid vid operativa ingrepp. Det är således en risk som man får räkna med och en komplikation som man i det enskilda fallet som regel inte kan förebygga eller förhindra genom ett annat utförande av behandlingen. Enligt vår bedömning har infektionen varit av mindre svår karaktär än patientens grundsjukdom. Infektionen var i det akuta läget besvärlig för patienten, men av handlingarna framgår att patienten nio månader efter operationen var avsevärt förbättrad jämfört med före operationen. Enligt den skälighetsbedömning som ska göras måste därför patienten tåla infektionen utan rätt till ersättning. Det fanns i detta fall inte något annat tillgängligt förfarande där infektionen hade kunnat undvikas och där vårdbehovet skulle ha tillgodosetts på ett mindre riskfyllt sätt. Ersättning har avböjts enligt 6 § patientskadelagen.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ersättningsbar behandlingsskada förelåg och gjorde följande bedömning:

Infektionen har ansetts bero på smittämne som överförts vid operation den 9 januari 1998. Rätt till ersättning föreligger då om inte omständigheterna är sådana att infektionen skäligen måste tålas. Vid denna skälighetsbedömning skall enligt 6 § tredje stycket patientskadelagen beaktas bl.a. arten och svårhetsgraden av grundsjukdomen och möjligheten att förutse infektionen.

Risk för infektion föreligger i princip alltid vid operativa ingrepp. Det är således en risk som man alltid får räkna med och en komplikation som i det enskilda fallet som regel inte kan förebyggas eller förhindras genom ett annat utförande av behandlingen. I detta fall har infektionsrisken dock varit ringa och infektionen har varit svår att förutse. Vid sådant förhållande anser nämnden att följderna av infektionen inte behöver vara så svåra för att rätt till ersättning skall föreligga. Infektionen utvecklades i detta fall till en spinal abscess, orsakade ett svårt sepsistillstånd och medförde intensiv behandling under två månaders sjukhusvistelse. Även efter utskrivningen från sjukhuset har infektionen medfört påtagliga besvär för patienten.

Nämnden anser att omständigheterna i detta fall – följderna av infektionen, den sjukdom som förelåg och att infektionen varit svår att förutse – sammantaget bör medföra att patienten inte skäligen måste tåla infektionen utan rätt till ersättning. Ersättningsbar patientskada föreligger således.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 646/2000

2001:08

Preskriptionsfråga. Fråga om en person som frivilligt deltagit i en forskningsstudie och i samband därmed drabbats av en skada skulle anses ha haft sådan kännedom om att en fordran på ersättning kunde göras gällande så att rätten till ersättning blivit preskriberad (jfr NJA 2000 s. 285).

TILLÄMPLIGA BESTÄMMELSER

§ 8 i 1991 års ersättningsbestämmelser. Numera 23 § patientskadelagen (1996:799) i den aktuella frågan

Ärendet gäller en 29-årig kvinna med PCO (polycystiskt ovarie syndrom). Patienten deltog i en forskningsstudie där patienter med PCO ingick. Man tog biopsier vid två tillfällen den 2 juni och 21 december 1993. Vid det första tillfället fick patienten sådana smärtor i benet att hon knappt kunde ta sig hem. Dagarna efter provet fick hon en kraftig blödning i benet. Patienten uppger att hon fick en "lårkaka". Vid den andra biopsin gick det bättre. Patientens problem med ömhet, stickningar och förhårdnad nedom ärren kvarstod. Hon hoppades att tiden skulle göra det bättre. Ömheten kom nu bara till och från men stelheten var kvar. Hon tränade mycket och besvären gjorde sig påminna dagligen. Av de medicinska handlingarna i ärendet framgår att vid ett läkarbesök i februari 1999 angav patienten att en "killande känsla" samt ibland någon värk vid tryck kvarstår av besvären i höger lår.

PATIENTEN anmälde besvär i höger lår efter en biopsi den 15 juni 1993. Patienten anger i sin skrivelse till Patientskadenämnden att hennes besvär består i att hon känner stickningar, kraftigt stramande känsla och stundtals ömhet i benet. Hon kan inte acceptera detta eftersom hon ställde upp i ett forskningsprojekt som hon tyckte hade ett gott syfte. Patienten anger att hon aldrig hade ställt upp om hon hade vetat vad ingreppet innebar. Hon anger att hon inte känt till sina rättigheter och därför inte kunnat anmäla skadan tidigare.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Enligt ersättningsbestämmelserna för patientförsäkringen måste anmälan ha kommit in inom tre år från det man fick kännedom om skadan men aldrig senare än tio år från den tidpunkt då den åtgärd som orsakade skadan vidtogs. Anmälan är daterad den 14 januari 1999 och inkom till oss den 24 februari 1999. Muskelbiopsierna togs den 2 juni och den 21 december 1993. Även om patienten inte i direkt anslutning till dessa haft kännedom om att besvären skulle bli bestående måste det senast inom ett år efter det att man tog biopsierna ha stått klart att

besvären skulle kvarstå. Eftersom anmälan inkommit för sent har vi inte sakprövat den.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att kraven endast var preskriberade till viss del och gjorde följande bedömning:

Av § 8 i tillämpliga ersättningsbestämmelser från 1991 framgår att den som vill kräva ersättning för behandlingsskada skall anmäla skadan till sjukvårdshuvudmannen eller försäkringsgivaren inom tre år från det han fick kännedom om skadan men aldrig senare än tio år från den tidpunkt då den åtgärd som orsakade skadan vidtogs.

Patienten deltog frivilligt i en forskningsstudie och genomgick muskelbiopsi i lokalbedövning i höger lår den 2 juni 1993. I samband med biopsin upplevde patienten smärta och fick en svullnad på lårets utsida som läkte långsamt. På grund av kvarstående besvär sökte patienten företagsläkaren i december 1998.

I skadeanmälan daterad den 14 januari 1999 har patienten krävt ersättning för behandlingsskada.

Det framgår att patienten i nära anslutning till provtagningen hade kännedom om att det förelåg ett samband mellan biopsin och de akuta besvären. Hon får då även anses ha haft kännedom om att hon kunde kräva ersättning för sveda och värk. Nämnden konstaterar att hennes krav med avseende på ersättning för sveda och värk framställts efter utgången av den treåriga preskriptionstiden.

Före läkarbesöket i december 1998 kan patienten emellertid inte anses haft kännedom om att det kunde röra sig om en bestående skada som hon kunde kräva annan ersättning än sveda och värk för. Nämnden anser därför att patientens krav på ersättning utom vad avser ersättning för sveda och värk i anslutning till biopsin inte är preskriberat.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 593/2000

2001:10

En patient har skadats av en medpatient. Skadan har inte uppkommit i samband med hälso- och sjukvård.

TILLÄMPLIGA LAGRUM

3 och 5 §§ patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 67-årig man som genomgått kranskärlsoperation. Operationen var komplikationsfri. Därefter vårdades patienten på en s.k. intermediärvårdsav-

delning. Andra dygnet efter operationen blev patienten överfallen av en förvirrad medpatient som satte sig på patientens bröstorg. De två nattsköterskor, som befann sig på sjuksalen, försökte omedelbart få bort den mycket förvirrade och aggressiva medpatienten, vilket tog en stund eftersom denne var mycket stark och gjorde kraftigt motstånd. Patienten fick efter incidenten intensiv smärta inom ett tallriksstort område centralt inom bröstorgen som krävde behandling med smärtstillande medel och injektioner.

PATIENTEN anmälde som patientskada att han blivit överfallen av en annan patient då han vårdades vid thoraxkirurgisk klinik efter kranskärlsoperationen. Patienten anser att personalen har brustit i övervakning av den förvirrade medpatienten och att detta är anledningen till att överfallet inträffade. Han anser därmed att han är berättigad till ersättning genom patientförsäkringen.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Patientskadelagen anger vilka situationer som kan ge rätt till ersättning vad gäller skador som inträffar i samband med vård och/eller behandling. Lagen gäller för olycksfall i samband med undersökning, behandling eller annan åtgärd som har med vården att göra. Skador som uppkommer till följd av en brottslig handling av medpatient omfattas inte av patientskadelagen.

Vi har – för vår bedömning – inhämtat klinikens redogörelse för sjukhusets rutiner vad gäller övervakning och vård av nyopererade patienter samt incidentrapporten. Enligt de uppgifter vi har fått framgår att patienter som inte behöver intensivvård förs till intermediärvårdsavdelning, oftast dagen efter operationen men ibland redan samma dag. På intensivvårdsavdelning är personaltätheten ca en personal per patient. På intermediärvårdsavdelning är personaltätheten en personal (sjuksköterska) på 2–3 patienter. Personalen har huvuddelen av sin utrustning inne på salen och finns därför permanent runt patienterna. Enligt incidentrapporten förelåg ett mycket hastigt inträffat förvirringstillstånd hos medpatienten, som snabbt uppfattades av personalen. Den förvirrade medpatienten, en stark, fullvuxen man gick plötsligt rakt över salen till patienten och satte sig på honom. De åtgärder som vidtogs var att snabbt få bort den förvirrade medpatienten.

Enligt vår bedömning har händelsen inte inträffat i samband med vård eller behandling av sjukvårdspersonal. Ersättning kan därför inte lämnas genom patientförsäkringen. Vi har vidare bedömt att det inte föreligger sådant fel eller försummelse från sjukvårdens sida som kan ge rätt till ersättning enligt skadeståndsrättsliga regler.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att ersättningsbar patientskada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

Patientskadelagen gäller endast skador som uppkommit i samband med hälso- och sjukvård. Med hälso- och sjukvård avses åtgärder av sjukvårdspersonal för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador (3 och 5 §§ patientskadelagen).

Den anmälda skadan har inte uppkommit i samband med hälso- och sjukvård utan har orsakats av en medpatient. Den omfattas således inte av patientskadelagen. Ingenting tyder heller på att skadan vållats genom fel eller försummelse av vårdpersonal. Det föreligger därmed inte någon rätt till patientskadeersättning eller till ersättning på skadeståndsrättslig grund.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 424/2001

2001:12

Facitresonemang på utförande av det valda förfarandet.

Neurogent smärttillstånd efter bråckoperation med laparoskopisk teknik. Små inte namngivna nervgrenar, praktiskt taget omöjliga att identifiera, har skadats under en operation. Alternativt förfarande inte tillgängligt.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 52-årig man med ljumskbråck båda sidor. Vid operation 1999-09-08 med laparoskopisk kirurgi (titthålsoperation) gjordes tre ingångsportar – en i naveln och en på vardera sidan om naveln. Man avlägsnade ett större bråck på höger sida och ett mindre bråck på vänster sida. Man kunde utan svårigheter anlägga s.k. prolenenät för att förstärka vävnaderna. Patienten skrevs ut från sjukhuset dagen efter och sjukskrevs t.o.m. 1999-09-22. Patienten kontaktade läkaren i oktober 1999. Det framkom att de ursprungliga symtomen förbättrats avsevärt men att det gjorde ont och sved i ett ca 10 cm brett band över buken. P.g.a. fortsatta besvär gjordes ultraljud i mars 2000. Av remissen framgår att patienten hade besvär från ett område på 10 x 5 cm runt naveln där instrumenten förts in. Ultraljud visade inget anmärkningsvärt. Patienten har varit partiellt sjukskriven till och med 2000-06-30.

PATIENTEN anmälde nervskada efter operation av ljumskbråck 1999-09-08. Han yrkade ersättning för den vid operationen tillförda skadan. Han fick före

operationen ingen information om att det fanns risk för att han vid operationen skulle få men för livet genom att någonting kan bli skadat vid eller i närheten av operationsåret. En anledning till operationen var att han lättare skulle kunna utföra sitt arbete som besiktningsman av hus, men han har tvingats sluta helt. Han har för närvarande tillfälligt arbete som politiker.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Frågor som rör information faller utanför patientskadelagen. I stället är det själva behandlingen och de skador som därigenom kan ha uppkommit som ska utredas och bedömas enligt gällande lag.

Patienten har en massiv hereditet för ljumskbråck. Han hade 1999 påtagliga besvär från höger sida och tilltagande besvär från vänster sida. Enligt vår uppfattning var operationen 1999-09-08 medicinskt motiverad. Den har utförts på rätt sätt enligt en vedertagen metod. De besvär patienten har beror med övervägande sannolikhet på att nervgrenar i huden har skadats vid operationen. När nervgrenar i huden skärs av vid en operation, kan det i enstaka fall ge en bestående nervskada. Det är en komplikation som i det enskilda fallet inte kan förutses och som inte hade kunnat undvikas genom ett annorlunda utförande av den valda metoden. Någon annan operativ metod hade inte heller tillgodosett patientens vårdbehov på ett mindre riskfyllt sätt. Ersättning har avböjts med stöd av 6 § första stycket 1.

Eftersom patienten hävdar att han inte fått någon information om risken för bestående skada så har ärendet även prövats på skadeståndsrätlig grund. Det är inte visat att det föreligger sådana brister i informationen att skadeståndsskyldighet föreligger.

PATIENTEN förde ärendet vidare till Patientskadenämnden.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att ersättningsbar patientskada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

--

Fråga om ersättningsbar skada

Nämnden anser i likhet med PSR att bräckoperationen den 8 september 1999 var medicinskt motiverad och att ingreppet utfördes på ett riktigt sätt enligt en vedertagen operationsmetod. Patientens besvär beror sannolikt på att små inte namngivna nervgrenar skadats under ingreppet. Under en operation är dessa grenar praktiskt taget omöjliga att identifiera. Att små nervgrenar vars exakta belägenhet man inte kan förutse och som i princip inte heller syns vid operationen, kan skadas, är en komplikation som man inte kan undvika, d.v.s. förebygga eller förhindra, genom ett annorlunda utförande av ingreppet eller genom val av

annat tillgängligt förfarande som skulle tillgodose vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Nämnden anser därför att patienten inte är berättigad till ersättning enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen.

— — —

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 360/2001

2001:I3

Kosmetisk operation av ögonlock. Att önskvärt resultat ej uppnåtts har inte ansetts som en skada i den mening som avses i patientskadelagen.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 53-årig kvinna som blivit opererad 1997-04-17 vid ögonklinik på grund av överflödig hud i övre ögonlocken. I samband med undersökningar av patientens synförhållanden anmälde hon bland annat att hon tyckte att hon hade för mycket hud på övre ögonlocken, de hängde ner. På grund av måttlig dermachalasis (överflödig hud) uppsattes hon på väntelista för operation. Operationen utfördes 1997-04-17 då överflödig hud på båda ögonlocken exciderades. Suturtagning gjordes 1997-04-23. Patienten sökte senare privat plastikkirurg för reoperation.

PATIENTEN anmälde som patientskada att hon efter operation av båda ögonlocken 1997-04-17 inte blev nöjd med resultatet. Det ena ögonlocket hängde ner och hon kontaktade privat plastikkirurg för reoperation 1997-11-19. På grund av resultatet efter operationen 1997-04-17 mådde hon psykiskt väldigt dåligt. I hennes fall hade man skurit så markant olika på ögonen. På det ena ögat ett rakt snitt och på det andra var det uppskuret som ett V. Detta medförde att ögonlocket på ena sidan hängde kraftigt nedåt. Hon vill åtminstone ha ersättning för reoperationen, resa och uppehälle med 10 000 kronor.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Patientskadelagen anger vilka situationer som kan ge rätt till ersättning vad gäller skador som uppträder i samband med vård och/eller behandling.

Efter samråd med medicinskt sakkunnig inom aktuellt specialistområde har vi funnit att operationen 1997-04-17 var medicinskt motiverad och utfördes enligt vedertagen metod och på ett korrekt sätt. När det gäller operation av hud på ögonlocken gäller det att iaktta stor försiktighet, då det är mycket allvarligt om en för stor bit tas bort. Då blir ögonlocket stramt och kan ej slutas. Detta kan leda till uttorkningsskador på hornhinnan med synnedsättning som följd. Därför, om man iakttar denna försiktighet, kan det ibland hända att ytterligare en kompletterande operation måste göras. Dessutom är huden på övre ögonlocken mycket lucker, varför det kan vara svårt att beräkna hur mycket hud man vågar ta. Att en ytterligare operation blev aktuell kan därför ej anses som en av vårdens förorsakad skada.

Under sådana förhållanden föreligger inte rätt till patientskadeersättning och ersättning har därför avböjts med hänvisning till 6 § första stycket 1 patientskadelagen.

Upplysningsvis vill vi nämna att ersättning för behandling hos privat vårdgivare inte omfattas av patientskadelagen.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att ersättningsbar patientskada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

Vid operationer av detta slag går det inte att på förhand eller vid utförandet av operationen exakt beräkna det utseendemässiga resultatet. Operationen måste också utföras med försiktighet så att inte för mycket hud avlägsnas, då detta kan medföra allvarliga skador. Även efter en operation utförd på sedvanligt sätt kan det, i förhållande till det på förhand önskade resultatet, bli vissa avvikelser som kan medföra att en kompletterande operation måste göras. Detta får sägas ingå i ett normalt operationsresultat och kan inte betraktas som en skada i den mening som avses i patientskadelagen. Nämnden anser att de utseendemässiga avvikelser som beskrivits i detta fall är just sådana avvikelser och att det således inte föreligger någon rätt till patientskadeersättning enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 81/2001

2001:I4

Felaktig diagnos? Ställd diagnos angav ljumskbråck medan patienten anser att han sökt för lårbensbrott. Fråga om bevisvärdet av journalanteckningar.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 3 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en rullstolsbunden 49-årig man som anmält fördröjd diagnos av lårbensfraktur. Det aktuella läkarbesöket ägde rum på en kirurgklinik den 12 april 1999.

Enligt handlingarna i ärendet har patienten en neurologisk sjukdom sedan barndomen som medfört att han sitter i rullstol. Han har även sedan barndomen besvärats av ett vänstersidigt ljumskbråck som kommit och gått. Ibland kommer det ut ett knytnävsstort ljumskbråck vid ansträngning och när patienten är extra spastisk. I skadeanmälan anges att patienten den 10 april 1999 ramlade när han förflyttade sig mellan säng och rullstol. När han kom till akuten med svåra smärtor ställde läkaren diagnosen sträckning i låret. Patientens mor tyckte att man borde göra en röntgenundersökning men man utfärdade bara en remiss för undersökning av ljumskbråck.

I journalanteckningarna från det aktuella besöket på kirurgkliniken den 12 april 1999 anges att patienten hade fått mer besvär av bråcket eftersom han ökat i vikt. Denna dag hade besvären varat ett par timmar innan de gick tillbaka när patienten lade sig ner på akutmottagningen. Man skrev remiss till herniografi då patientens mor känt en resistens även inom höger ljumskregion.

Den 20 april 1999 lades patienten in på ortopedklinik efter att han sökt akut. Det anges i de medicinska handlingarna att patienten hade ramlat från rullstolen flera gånger den senaste tiden, senast en vecka tidigare. Röntgenundersökningen visade att han hade en fraktur (genom collum med varusfelställning). Patienten opererades den 21 april 1999.

PATIENTEN sökte den 12 april 1999 enligt modern för lårbensfraktur och inte på grund av ljumskbråcket. Läkaren sade att det var en sträckning och patienten blev hemskickad. Han har fått lida mycket till följd av detta.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Av journalanteckningarna från den 12 april 1999 framgår att patienten sökte för vänstersidigt ljumskbråck som hade smärtat under dagen. Det finns inga noteringar om att han hade skadat sig i lårbenet vid en förflyttning. När patienten kom akut till ortopedkliniken den 20 april 1999 konstaterade man att han

drabbats av en fraktur i lårbenet. Det anges då att han ramlat ur rullstolen vid flera tillfällen, senast en vecka tidigare. Vår bedömning är att patientens besvär den 12 april 1999 tolkats på ett korrekt sätt. Rätt till patientskadeersättning föreligger inte.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att ersättningsbar patientskada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

Med patientskada avses enligt 6 § första stycket 3 personskada som med övervägande sannolikhet är orsakad av felaktig diagnostisering. En diagnoskada anses enligt praxis vara en skada som med övervägande sannolikhet uppkommit eller ej kunnat förhindras till följd av att faktiskt iakttagbara sjukdomssymtom i samband med diagnostik inte tolkats på sätt som överensstämmer med allmänt vedertagen medicinsk praxis.

För att en skada skall anses föreligga krävs således att det finns ett orsakssamband mellan skadan och vårdens. Bevisbördan för att orsakssamband finns i ett enskilt ärende ligger hos patienten. Beviskravet är uppfyllt om det är övervägande sannolikt att det finns ett orsakssamband.

Enligt patientens moder sökte patienten den 12 april 1999 sjukhusvård för en vänstersidig lårbensfraktur och inte för ett vänstersidigt ljumskbräck. Han hade tidigare ramlat ur sin rullstol och hade svåra smärtor och kunde inte röra på sitt ben. Behandlande läkare ställde diagnosen sträckning i låret och ordinerade Alvedon. Modern uppger att hon vid detta tillfälle framförde ett önskemål om att patienten skulle få genomgå en röntgenundersökning av benet vilket ej skedde.

I den behandlande läkarens utförliga journalanteckningar från den 12 april 1999 finns inga uppgifter om att patienten skulle ha sökt för några besvär som skulle kunna ha samband med ett lårbensbrott. Enligt journalen förelåg endast besvär från ett vänstersidigt ljumskbräck. Läkaren anger i journalen att patienten den aktuella dagen haft ett knytnävsstort vänstersidigt ljumskbräck som varat ett par timmar innan det gick tillbaka på akutvårdsenheten när patienten lade sig ner. Enligt journalanteckningarna var patienten smärtfri när läkaren undersökte honom.

Nämnden, som utgår från att journalföringen skett på vedertaget sätt och att väsentliga sjukdomssymtom noterats, konstaterar att patienten och behandlande läkare har olika uppfattning om vilka symtom som förelåg vid vårdtillfället den 12 april 1999.

Med hänsyn till de motstridiga uppgifter som sålunda föreligger anser nämnden att det inte är med övervägande sannolikhet visat att det vid aktuellt tillfälle fanns symtom som tydde på en vänstersidig lårbensfraktur. Det föreligger därmed inte någon patientskada enligt 6 § första stycket 3 patientskadelagen.

2001:15

Infektion efter by-passoperation. Omständigheterna är sådana att patienten skäligen måste tåla infektionen utan rätt till ersättning.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 4 samt tredje stycket patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 53-årig man, som 1999-03-02 genomgick en by-passoperation till följd av angina pectoris (anfallsvis uppträdande smärta under bröstbenet; uttryck för akut syrebrist i hjärtmuskulaturen oftast som följd av åderförkalkning i hjärtats kranskärl).

Patienten hade haft en hjärtinfarkt 1998-03-09 och försämrades under hösten 1999. Han hade en angina med instabilitet grad 3. Utredning visade god vänsterkammarmfunktion men han hade tidigare haft en ocklusion (tilltäppning) av den högra huvudstammen och erbjöds operation. Han opererades för kärlkramp med en by-passoperation 1999-03-02. En vecka efter operationen fick patienten sårinfektion och instabilitet i sternum (bröstbenet). Han opererades ytterligare två gånger dels 1999-03-17, dels 1999-03-25 då man sydde in en Ley-protes (platta) för att stabilisera bröstkorgen. Därefter läkte sternumsåret. Han behandlades med antibiotika fram till 1999-06-17. Då noterades att sårarna var helt läkta och att bröstbenet var stabilt. I journal 1999-11-22 anges att det inte finns några infektions- eller instabilitetstecken. Såret hade då varit läkt i sex månader och patienten var helt arbetsför.

PATIENTEN anmälde som patientskada stafylokockinfektion i operationssåret efter by-passoperationen. Infektionen ledde till ytterligare två operationer. Redan vid hemgång 1999-03-09 hade såret börjat vätska sig. Trots detta skickades han till hemortslasarettet för konvalescensvård och uppföljning. Där fanns dock ingen plats, varför han skickades hem. Han blev utskriven för tidigt och fick själv ta hand om det infekterade såret. Han hade en omfattande mjukdelsinfektion och klara tecken på sternumosteit. Vid den andra omoperationen tvingades man lägga in en Ley-protes, som han får bära hela livet. Han accepterar inte att han ska tvingas tåla en nosokomial infektion (infektion som uppstår på sjukhus) efter ett planerat thoraxingrepp. En sådan infektion ska inte behöva tolereras av någon patient oavsett hur allvarlig grundsjukdomen är. Infektionen skulle ha kunnat undvikas.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

PSR utreder om den skada som är anmäld ger rätt till ersättning enligt patientskadelagen. Vi tar inte ställning till olika ansvarsfrågor som t.ex. resurser inom sjukvården.

Infektionen har sannolikt orsakats av att smittämne har överförts i samband med behandlingen. Ersättning från patientförsäkringen kan då lämnas om omständigheterna kring den uppkomna infektionen har varit sådana att infektionen inte skäligen ska behöva tålas.

Vid operativa ingrepp finns alltid risk för att infektion kan uppkomma. Det är en risk som patienten därför får räkna med och en komplikation som man i det enskilda fallet som regel inte kan förebygga eller förhindra genom ett annat utförande av behandlingen. I detta fall har infektionsrisken varit ringa och infektionen svår att förutse. Infektionen måste dock anses vara av mindre svår karaktär än den sjukdom som patientens opererades för. Även om infektionens följder betecknas som svåra anser vi därför att patienten får tåla infektionen utan rätt till patientskadeersättning.

Vi anser vidare att infektionen inte hade kunnat undvikas genom ett annorlunda behandlingsförfarande. Behandlingen var medicinskt motiverad och utfördes på riktigt sätt enligt vedertagen metod. Det fanns inte någon annan behandlingsmetod, som hade tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Patienten har bedömts, behandlats och övervakats på ett riktigt sätt. Under sådana förhållanden är det ingen skada som ger rätt till patientskadeersättning.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att ersättningsbar patientskada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

Infektionen har ansetts bero på smittämne som överförts vid operation den 2 mars 1999. Rätt till ersättning föreligger då om inte omständigheterna är sådana att infektionen skäligen måste tålas. Vid denna skälighetsbedömning skall enligt 6 § tredje stycket patientskadelagen beaktas arten och svårhetsgraden av den sjukdom eller skada som åtgärden avsett, patientens hälsotillstånd i övrigt samt möjligheten att förutse infektionen.

Risk för infektion föreligger i princip alltid vid operativa ingrepp. Det är således en risk som man alltid får räkna med och en komplikation som man i det enskilda fallet som regel inte kan förebygga eller förhindra genom ett annat utförande av behandlingen.

Patientens grundsjukdom var svår. Han hade en instabil angina med tidigare tilltäppning av en huvudstam samt tidigare hjärtinfarkt 1998. Operationen den 2 mars 1999 var medicinskt väl motiverad. Sternuminfektionen har sedan medfört två reoperationer och insättandet av en platta för att stabilisera bröstkorgen samt antibiotikabehandling i tre månader. Patienten blev dock därefter helt återställd och arbetsför och infektionen har således inte medfört några bestående men.

Vid en samlad bedömning av de omständigheter som angetts ovan finner nämnden att patienten skäligen får tåla infektionen utan rätt till ersättning. Någon ersättningsbar patientskada föreligger därför inte.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 293/2001

2001:17

Facitresonemang på utförande av valt förfarande. Nervskada genom mekaniskt våld efter sympatektomi hade kunnat undvikas genom ett annat utförande av den tillämpade metoden. Ersättning.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 43-årig man med Hortons syndrom (migränliknande huvudvärk).

PATIENTEN anmälde, att han efter en operation 1998-09-08 drabbats av markant ökad huvudvärk, oförmåga att äta och infektion i området runt hans kateter för näringstillförsel, s.k. PEG-området (PEG = percutan endoskopisk gastrotomi). Metoden innebär att en sond för näringstillförsel införs till magsäcken via bukväggen. Patienten har sedan barndomen haft besvär av Hortons syndrom. I början av 1990-talet fick han även kronisk värk bakom vänster öga och mer frekventa perioder med anfall. En operation planerades och inför denna informerades patienten enligt handlingarna om att ingen neurokirurgisk metod hittills givit permanent smärtlindring samt om de biverkningar som kan förekomma. Operationen utfördes den 8 september 1998 (operativ exstirpation av vänster ganglion cervikale superior).

Vid ett återbesök den 15 september 1998 var patienten mycket svullen och hade svårt att svälja. Eftersom det fanns en liten misstanke om infektion fick han antibiotikabehandling. Av handlingarna framgår att patienten även efter operationen hade svår huvudvärk och återkommande attacker. I de medicinska handlingarna anges att patienten fått en s.k. glossopharyngeusneuralgi (nervsmärtor i området vid tunga och svalg). Han fick svårt att äta och minskade mycket i vikt. Patienten fick näring via PEG-sonden, som opererades in den 28 april 1999. Patienten fick en infektion kring sonden som medförde antibiotikabehandling.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning i ärendet med följande motivering:

Patientskadelagen anger vilka situationer som kan ge rätt till ersättning vad gäller skador som uppträder i samband med vård och/eller behandling.

För att man skall få ersättning krävs att man i samband med vård eller behandling tillfogas en personskada som hade kunnat undvikas. Ersättning lämnas också, om man får en helt felaktig behandling som leder till en personskada. Däremot har man inte rätt till ersättning enbart av det skälet att behandlingen inte leder till ett önskat resultat eller att det uppstår en komplikation.

Det var enligt vår bedömning medicinskt motiverat att utföra operationen med hänsyn till patientens besvär. Operationen har utförts på ett korrekt sätt.

Inga av de angivna besvären hade kunnat undvikas om ingreppet utförts på annat sätt eller om man känt till att problemen skulle uppstå. Någon annan behandlingsmetod med chans till bättring av patientens mycket svåra tillstånd finns inte och hans smärttillstånd var sådant att försök med kirurgi måste anses motiverat.

Sammanfattningsvis finner vi att den behandling patienten fått varit medicinskt motiverad och har utförts på ett korrekt sätt. De anmälda besvären har inte gått att undvika, vare sig genom ett annorlunda utförande med den valda metoden eller genom en annan tillgänglig metod som hade tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

Patientskadelagen innehåller inget åtagande om att lämna ersättning vid brister i den information som lämnas till en patient före en behandling om de särskilda behandlingsrisker som kan förekomma. Patienten har inte visat att det föreligger sådan brist i informationen så att skadeståndsskyldighet uppkommit.

Av journalanteckningarna framgår att patienten inför ingreppet informerades om att ingen neurokirurgisk metod dittills hade givit definitiv smärtlindring, att smärtlindring inte kunde garanteras och att man till att börja med även kunde få förvärrade symptom. Komplikationen glossopharyngeusneuralgi som lett till oförmåga att svälja (och som lett till inläggning av PEG-kateter) var vid tiden för operationen en okänd komplikation som man därför inte kunde lämna någon information om.

Rätt till patientskadeersättning föreligger inte.

PATIENTEN har i sina skrivelser till Patientskadenämnden uppgett, att man före operationen garanterat att hans huvudvärk inte skulle bli sämre. Han upplystes också om allmänna risker vid narkos. Patienten anger att om man förklarat riskbilden före ingreppet hade han inte gjort operationen. Efter ingreppet kvarstår besvären med huvudvärk och en komplikation som yttrar sig i att han inte kan äta eller dricka. Han har en knapp inopererad i magen och näringsintaget sker med hjälp av pump. Patienten kräver ersättning för sitt lidande och den ekonomiska förlusten.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ersättningsbar patientskada förelåg och gjorde följande bedömning:

Nämnden vill inledningsvis framhålla att sympatektomi inte kan betraktas som en etablerad behandlingsmetod vid Hortons huvudvärk. Även om patienten hade en synnerligen besvärlig sjukdomsbild anser nämnden dessutom att operationsindikationen var tveksam. 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. Enligt nämndens mening är det övervägande sannolikt att den påvisade nervskadan (nervus glossopharyngeusskadan) uppkom vid operationen – sympatektomin – den 8 september 1998. Nervskadan, som bl.a. fått till följd att patienten inte kan äta eller dricka, får således anses orsakad av en vårdåtgärd.

Operationen beskrivs som okomplicerad och hur skadan har uppkommit är oklart. En kompression av nerven från en postoperativ blödning (ett hämatom) eller ett ödem är möjliga förklaringar men mer sannolikt är att förlamningsskadan har orsakats av att nerven utsatts för ett onödigt våld under operationen, exempelvis genom ett tryck från ett operationsinstrument. Enligt nämnden kan den uppkomna glossopharyngeusskadan jämföras med skador på stämbandsnerven (recurrenspareser) vid strumaoperationer. Även vid stämbandsskador beskrivs i allmänhet operationerna som okomplicerade men trots detta talar det mesta för att skadorna orsakats av att recurrensnerven utsatts för ett mekaniskt våld, som kunnat undvikas. Av samma skäl anser nämnden att glossopharyngeusskadan hade kunnat undvikas och att det därför föreligger rätt till patientskadeersättning.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 47/2001

2002:01

1. Hälso- och sjukvård? Underlåtenhet att lämna besked om undersökningresultat omfattas av begreppet sjukvård.
2. Psykisk skada? Förutsättningar för att ersätta sådan skada har inte ansetts föreligga.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

1. 3 och 5 §§ patientskadelagen (1996:799)
2. 6 § första stycket 1 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en vid behandlingstillfället 61-årig kvinna, som 1997-06-11 genomgick magnetröntgen av hjärnan. Röntgenundersökningen, som utfördes utan kontrastvätska visade en rund förändring i höger pannlob av oklar natur. Man bedömde att metastas (dottertumör) inte kunde uteslutas. Patienten meddelades undersökningssvaret per telefon 1997-08-13. Man uppgav att metastas inte kunde uteslutas samt att ytterligare undersökning var nödvändig. En ny kontroll av hjärnan med magnetröntgen utfördes 1997-08-27. Patienten meddelades 1997-09-17 att undersökningen inte visade tecken på tumör. Man bedömde att förändringarna kunde utgöras av mindre infarkter. För ställningstagande till fortsatt utredning fick patienten en återbesökstid på medicinkliniken 1998-02-10.

PATIENTEN anmälde som patientskada fysiskt och psykiskt lidande under tidsperioden maj 1997 till februari 1998 p.g.a. underlåtenhet att lämna besked om resultatet av röntgenundersökningen samt att ge återbesökstid. Hon fick vänta två månader för ett första besök trots akutremiss. Hon fick en mottagningstid den 6 maj 1997 efter egna påtryckningar. Efter röntgenundersökningen fick hon vänta två månader på svaret trots att hon själv hade kontaktat sjukhuset och meddelat sin oro. Den 28 juli fick hon besked om att det kunde röra sig om en metastas. Detta gav henne ångest och somatiska besvär. Efter den förnyade röntgenundersökningen fick hon besked att det var en propp i hjärnan. Trots att man nu konstaterat att hon hade en allvarlig åkomma blev hon inte omhändertagen förrän i februari 1998.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

PSR utreder om den skada som är anmäld ger rätt till ersättning enligt patientskadelagen. Vi tar inte ställning till olika ansvarsfrågor som t.ex. bemötande, rutiner eller resurser inom sjukvården. – Med patientskada menas en personskada som uppstår i samband med vård eller behandling och som hade kunnat undvikas. Med patientskada menas också en skada som orsakas av felaktig

behandling eller felaktig diagnostisering. – Vi anser inte att patienten har tillfogats någon personskada till följd av vård och behandling eller p.g.a. felaktig diagnostisering. Under sådana förhållanden har patienten inte rätt till patient-skadeersättning.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att ersättningsbar patientskada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

Patienten har, som nämnden uppfattar det, anmält att hon drabbats av fysiskt och psykiskt lidande under tiden mars 1997 till februari 1998 på grund av bristande omhändertagande, bl.a. underlåtenhet att lämna besked om röntgenundersökning samt att ge återbesökstid.

Nämnden vill inledningsvis framhålla att den har full förståelse för patientens reaktioner på och kritik av hur hon behandlats av sjukvården och de olika turer som förevarit innan hon fick korrekta besked om undersökningsresultaten. Nämnden konstaterar vidare att underlåtenhet att lämna besked om resultatet av en medicinsk undersökning i och för sig får anses falla under begreppet sjukvård och att skador som uppkommer därav således kan ge rätt till ersättning enligt patientskadelagens bestämmelser.

När det härafter gäller de skador som patienten anmält gör nämnden följande bedömning. Den refluxesofagit som diagnosticerats kan enligt nämndens bedömning inte vara orsakad av någon form av psykisk påfrestning på grund av de händelseförlopp och upplevelser patienten påtalat i sin anmälan. Utredningen i ärendet ger inte heller stöd för att dessa händelser medfört några psykiska besvär som varit medicinskt påvisbara, vilket är en förutsättning för att besvären skall anses som en personskada. Det är inte tillräckligt med sådana allmänna känslouttryckningar som är en normal följd av en skadeståndsgrundande handling såsom vrede, rädsla, oro och sorg (se prop. 2000/01:68 s. 17 f.).

Nämnden gör därför samma bedömning som PSR och anser att det inte föreligger någon ersättningsbar patientskada.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 455/2001

2002:02

Facitbedömning. Tandskada i samband med intubationsnarkos har inte kunnat undvikas vare sig genom annat utförande av valt förfarande eller genom val av annan metod (masknarkos), som skulle tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en kvinna, född 1925, som utreddes med provtagning på grund av misstänkt tumör i svalget med provtagning av en körtel den 17 juli 2000. Ingreppet skulle utföras i intubationsnarkos. I samband med injektionen av muskelförlamande medel fick patienten en muskelkramp som gjorde det svårt att ventileras och intubera. I försök att åstadkomma fri luftväg användes visst våld varvid en stifttand lossnade. Muskelförlamningen hävdades och ingreppet kunde sedan utföras komplikationsfritt i enbart masknarkos.

PATIENTEN anmälde, att hon i samband med intubationen förlorat en framtand (stifttand). Hon ansåg att det finns så kallade trachealtuber som kan appliceras före narkoser men att dessa inte användes på grund av statligt sparsamhetsdirektiv. Behandlingen har därför inte stått i överensstämmelse med beprövad läkarevetenskap.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Patientskadelagen anger vilka situationer som kan ge rätt till ersättning vad gäller skador som uppkommer i samband med vård och/eller behandling.

För att man ska få ersättning genom patientförsäkringen krävs att man i samband med vård eller behandling tillfogas en personskada som hade kunnat undvikas. Ersättning lämnas också om man får en helt felaktig behandling som leder till en personskada. Däremot har man inte rätt till ersättning enbart av det skälet att behandlingen inte leder till ett önskat resultat eller att det uppstår en komplikation.

Behandlingen var medicinskt motiverad och utfördes på ett korrekt sätt. Använda läkemedel är sedvanligt använda och gavs i rätt dosering. Vid intubering föreligger en liten och känd risk för skador på framtänder. Om intubationsförfarandet försvåras på grund av individuella anatomiska avvikelser eller andra risktillstånd ökar risken för tandskador. Tandskadan har inte kunnat undvikas genom ett annorlunda utförande av intuberingen.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att ersättningsbar patientskada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

Enligt 6 § första stycket 1 i patientskadelagen lämnas ersättning för personskada på patient om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd, under förutsättning att skadan kunnat undvikas antingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

Vid en prövning av patientens rätt till ersättning enligt ovan nämnda lagrum skall nämnden således först ta ställning till om den anmälda skadan kunnat undvikas genom ett annat utförande av det valda förfarandet. Nämnden delar PSR:s bedömning att tandskadan inte kunnat undvikas på grund av de svårigheter som förelåg vid intuberingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet.

Nämnden har då att ta ställning till om skadan kunnat undvikas genom val av ett annat tillgängligt förfarande som från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. I detta fall kan först konstateras att tandskadan inte uppkommit om ingreppet direkt utförts i masknarkos. Frågan är då om masknarkos, vid denna typ av ingrepp, tillgodoser vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Enligt nämndens bedömning är så inte fallet. Vid operationer i svalget, som den nu aktuella, är intubering en säkrare metod. Ingreppet kan utföras mer kontrollerat och ventilationen är säkerställd om blödning inträffar. Masknarkos måste därför ses som ett andrahandsalternativ som väljs först när intubation av någon anledning inte går att utföra. Att initialt välja att utföra ingreppet i svalget med masknarkos i stället för intubationsnarkos är enligt nämndens bedömning inte medicinskt korrekt och var således inte vid valet av metod ett behandlingsalternativ som från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Tandskadan har därför inte heller kunnat undvikas genom val av ett annat tillgängligt förfarande. Det föreligger således inte rätt till patientskadeersättning.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 317/2001

2002:03

Diagnosskada? Felaktig tumörklassifikation har inte med övervägande sannolikhet påverkat det fortsatta förloppet. Betydelsen av att det inte går att fastställa hur förloppet påverkats.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 3 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en vid diagnostisering av tumörsjukdom cirka två år gammal pojke. En vänstersidig intrarenal tumör (belägen i njuren) upptäcktes acciden- tellt 1998-01-05. Diagnosen nefroblastom eller Wilm's tumör i vänster njure ställdes. Efter preoperativ cytostatikabehandling 1998-01-08–1998-02-02 ope- rerades patienten 1998-02-09 på barn- och ungdomscentrum vid Universitets- sjukhuset i Lund med nefrektomi (operativt borttagande av njuren). Operationen var till synes radikal, d.v.s. utan kvarlämnad tumörvävnad. Patologisk-anato- misk undersökning (PAD) på sjukhuset pekade i samma riktning. Tumören klas- sades som grupp I och fortsatt postoperativ cytostatikabehandling påbörjades 1998-02-26 i enlighet med de principer som gäller för efterbehandling av Wilm's tumör stadium I.

Vid eftergranskning av operationspreparatet av en annan expert, s.k. referens- patolog, konstaterade denne tumörväxt även i binjuren. Ingreppets radikalitet ifrågasattes och tumören uppgraderades till stadium II. Detta meddelande nådde ansvariga barnonkologer, men av oklar anledning togs inte det ändrade patolog- beskedet upp till tumörkonferens. Inte heller intensifierades cytostatikaterapin efter för stadium II gällande regler, utan behandlingen fortsatte efter program för stadium I.

1998-06-15 konstaterades ett stort lokalt recidiv varvid det även konstatera- des att kirurgiskt stadium initialt skulle ha varit stadium II. Explorativ lapara- tomi (operativt buksnitt) med biopsi utfördes 1998-06-23 och visade samma tumör, av samma typ och histologi som tidigare.

Patienten recidivbehandlades 1998-07-07–1998-10-23. Byte skedde sedan av cytostatika p.g.a. tillväxt av tumörkomponent i leverhilus (det avgränsade stället där kärl och gallgångar ansluter). Trots detta ökande progress. 1999-01-05 ut- fördes en förnyad operation med borttagande av en tumör till vänster i buken. Därefter högdosbehandling med stamcellsskörd efterföljd av lokal strålbehand- ling. CT buk 1999-05-14 visade progress av tumörförändringar i buken.

1999-06-18 gjordes bedömningen att man inte kunde erbjuda någon mer kirurgisk eller medicinsk behandling, men att det inte förelåg något hinder att tillgripa en icke konventionell behandlingsmetod. Patienten avled 1999-08-06.

PATIENTENS FÖRÄLDER anmälde som patientskada återfall p.g.a. undermedicinering i samband med felaktig stadieindelning.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Patientskadelagen anger vilka situationer som kan ge rätt till ersättning vad gäller skador som uppträder i samband med vård och/eller behandling. – Enligt vår bedömning har sjukdomsförloppet och prognosen med övervägande sannolikhet inte förändrats även om behandling efter program enligt stadium II satts in då uppgradering skett, efter eftergranskning av referenspatolog. – Under sådana förhållanden föreligger inte rätt till patientskadeersättning och ersättning har därför avböjts med hänvisning till 6 § första stycket 1 och 3 patientskadelagen.

FÖRÄLDERN överklagade PSR:s beslut och anförde att det i patientens fall helt klart hade begåtts ett fel. Denna felbehandling kan ha orsakat hans död, oavsett hur stor sannolikheten är. Eftersom läkarna hade glömt att ändra patientens diagnos då det kompletterande patologsvaret kom medförde detta att patienten inte fick rätt behandling.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att ersättningsbar patientskada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

En förutsättning för ersättning enligt patientskadelagen är att det är visat att det har uppkommit en skada och att denna skada med övervägande sannolikhet orsakats av en vårdåtgärd eller felaktig diagnostisering. Nämnden har således först att ta ställning till om det är visat att det har uppkommit en skada. Det är därvid inte tillräckligt att det finns anledning att misstänka att skada har uppkommit utan detta skall vara övervägande sannolikt.

I ärendet är det klarlagt att patienten skulle ha fått en ökad cytostatikamedicinering i samband med att svårhetsgraden av hans tumörsjukdom uppgraderades från Wilm's tumör stadium I till stadium II, men att så inte blev fallet. Frågan är då om denna s.k. underbehandling med övervägande sannolikhet har påverkat det fortsatta händelseförloppet så att en skada uppkommit. Av den omfattande utredning som gjorts framgår att det inte går att uttala sig om huruvida en tidigare medicinering i enlighet med den som ges vid Wilm's tumör stadium II skulle ha påverkat händelseförloppet. Vid detta förhållande är det inte övervägande sannolikt att den uteblivna behandlingen medfört att skada uppkommit. Rätt till ersättning enligt patientskadelagen föreligger därför inte.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 330/2001

2002:04

Resursfråga. Misslyckat extraktionsförsök av tand 48 (visdomstand). Patienten drabbades av stark ångest och smärta. Skadan – lidande under väntetid – hade kunnat undvikas om sjukvårdens resurser hade disponerats på ett annat sätt.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 patientskadlagen (1996:799)

Ärendet gäller en vid behandlingstillfället 23-årig kvinna som 1999-04-13 fick en akutremiss till oralkirurgisk klinik efter ett misslyckat extraktionsförsök av tand 48 vid folktandvården.

Patienten hade haft upprepade inflammationer i vävnaderna runt en frambrytande visdomstand (48). 1999-04-06 ordinerades hon antibiotika i tio dagar inför operativt avlägsnande av tanden. Efter röntgenundersökning påbörjades extraktionen 1999-04-13. Man kunde utan problem lossa tanden men den gick sedan inte att rotera, trots avverkning av kronsubstans och separation av tanden i två delar. Efter mer än 2,5 timmars behandling avbröt man försöket att avlägsna tanden. Bedövning fungerade inte och uthävlingen kunde inte fortsätta p.g.a. patientens smärta. Patienten hade då även drabbats av käkläsa (oförmåga att sluta käkarna). Hon fick en akutremiss till oralkirurgisk klinik.

När patienten kom till oralkirurgen 1999-04-14 var hon smärtpåverkad och orolig och gapade drygt 20 mm. P.g.a. liten munöppning var det svårt att inspektera. Vid sonderingen reagerade patienten våldsamt och fick ett hyperventilationsanfall. Hon ville dock absolut få bort tanden men vägrade lokalbedövning. Man förklarade då att man saknade möjligheter att ge akut behandling under generell anestesi (allmän narkos). Man försökte pröva med en ny bedövning men patienten reagerade då åter lika våldsamt och försöket fick avbrytas utan att någon bedövning kunde ges. Patienten angav andnöd varför hon fick syrgas. Efter försök att lägga ytanestesi på pulpa och sårytorna visade patienten tecken på sådan utmattning att man avbröt behandlingen. Hon lades in på öronkliniken över natten för bevakning och smärtlindring. Man planerade tandextraktion i narkos så snart detta var möjligt. Dagen efter gjordes utredning som visade att hon kunde sövas. Hon skulle kallas så fort som möjligt när operationsplats fått. Hon skrevs ut med antibiotika och ytbedövningsmedel.

Då det var svårigheter att få narkostider krävde patienten att hon skulle remitteras till annat sjukhus. Man kontaktade 1999-04-19 ett annat sjukhus, som kunde ordna en plats under veckan. Den behandlande tandläkaren på det första sjukhuset hade dock fått fram en operationstid dagen efter. Operationen, som utfördes 1999-04-20, sex dagar efter första besöket, var komplikationsfri. Vid

kontroll 1999-04-27 angav patienten att hon inledningsvis hade haft kraftig värk men att värken sedan hade av klingat. Hon sjukskrevs till 1999-04-30.

PATIENTEN anmälde som patientskada onödigt lidande och ekonomisk förlust till följd av behandlingen och omhändertagandet vid den oralkirurgiska kliniken. Sammanfattningsvis ansåg patienten att hon lidit skada p.g.a. att hon blivit väldigt illa behandlad på den kärlkirurgiska kliniken. Hon blev illa bemött och togs inte på allvar. Eftersom det tog tid att få fram en operationstid utsattes hon för extra mycket lidande. Det var först när hon själv krävde att bli remitterad till annat sjukhus som man lyckades få fram en operationstid. Hon har förlorat pengar i form av inkomstbortfall och har drabbats av tandläkarskräck. – Hon krävde ersättning för den tandläkarskräck som käkkirurgiska kliniken har skapat. Vidare begärde hon ersättning för den onödiga sveda och värk som hon utsattes för men också för förlorad arbetstid, reseersättning och medicinkostnader.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

PSR utreder om den skada som är anmäld ger rätt till ersättning enligt gällande lagstiftning. Patientskadelagen omfattar inte olika ansvarsfrågor som t.ex. bemötande, rutiner eller resurser inom sjukvården.

Vi anser att patienten har behandlats på riktigt sätt enligt vedertagna behandlingsmetoder. De anmälda besvären beror inte på att hon har tillfogats någon skada i samband med behandlingen eller på att symtomen har tolkats på felaktigt sätt. Att patienten drabbades av extra lidande till följd av väntetid på operation är en omständighet som inte omfattas av patientskadelagen. Under sådana förhållanden föreligger ingen skada som ger patienten rätt till patientskadeersättning.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ersättningsbar patientskada förelåg och gjorde följande bedömning:

Av förarbetena till patientskadelagen (prop. 1995/96:187 s. 82) framgår att resursbrist som skäl för ersättning endast kan åberopas med framgång om det i det enskilda fallet varit möjligt att använda befintliga resurser på annat sätt eller att utnyttja ytterligare resurser. Möjligheterna att undvika skador skall således inte värderas från en optimal vårdstandard utan resurserna måste ha stått till buds för vårdgivaren.

Patienten remitterades den 13 april 1999 akut från folktandvården till oralkirurgisk klinik efter mer än 2,5 timmars försök att extrahera den aktuella tanden. Extraktionsförsöken hade misslyckats trots att tanden kluvits och man avlägsnat delar av kronan. Pulpan var bar. Vidare hade patienten drabbats av käkläsa.

Vid oralkirurgisk klinik konstaterades dagen därpå att patienten inte kunde gäpa mer än 20 mm. Patienten reagerade mycket kraftigt på ytterligare behand-

lingsförsök och när ytanestesi på de öppna sårytorna skulle anläggas visade patienten tecken på sådan utmattning att man måste avbryta behandlingen. Patienten fick stanna över natten och man planerade tandextraktion snarast under helnarkos. Detta kunde inte ske omgående utan patienten skickades hem. Fyra dagar därefter kunde operation i narkos ordnas och den genomfördes komplikationsfritt.

Nämnden anser att det inte kan anses vara förenligt med god sjukvård att skicka hem patienten i det tillstånd hon befann sig med stark ångest och smärtor. Med beaktande härav och den tidsåtgång som kan beräknas för en operation av detta slag borde man, vilket det måste ha funnits möjlighet till, ha omdisponerat befintliga resurser på sjukhuset eller på annat näbart sjukhus och ordnat med en operation akut.

Nämnden anser därför att patienten tillförts en skada genom det onödiga lidande som hon drabbats av på grund av väntetiden. Det ankommer på PSR att närmare utreda och bedöma i vad mån någon patientskadeersättning kan betalas för skadan.

Frågor om bemötande och kränkning faller inte under patientskadelagen och kan därför inte prövas i detta sammanhang.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 644/2001

2002:05

- 1. Facitbedömning. Hjärnskada efter by-passoperation har inte kunnat undvikas vare sig genom annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av annan metod (PTCA-sprängning) som skulle tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.**
- 2. Informationsfråga.**

TILLÄMPLIGT LAGRUM

1. 6 § första stycket 1 patientskadelagen (1996:799)
2. Allmänna skadeståndsrättsliga regler

Ärendet gäller en 64-årig man som besvärats av kärlkramp. Patienten genomgick koronarbypassoperation 1987. Han fick tillbaka sin angina (kärlkramp) under sommaren 1998 och under hösten samma år gjordes koronarangiografi som visade att det fanns en stenoserad (förträngd) intermediärgren och stenos även på marginalgren medan övriga kärl var försörjda. PTCA (ballongsprängning av kranskärl) med stent (en rörformad protes som används inom kärlkirur-

gin för att hålla blodkärlen utspända och öppna) utfördes mot intermediärgrenen i januari 1999 utan att patienten förbättrades.

Ny koronarangiografi 1999-06-10 visade restenos i intermediärgrenen och stenos i marginalgren. Patienten informerades och erbjöds operation. Han hade svårt att bestämma sig. Han var medveten om riskerna vid reoperation. Han bestämde sig dock för operation då han ansåg sig invalidiserad av sin kärlkramp.

Operationen utfördes 1999-09-29. De aktuella kranskärlen bypassades med vengraft och operationen genomfördes utan komplikationer. Väl på avdelningen var han cirkulatoriskt och respiratoriskt stabil. Hade en episod med snabbt postoperativt förmaksflimmer som regulariserades på Verapamil i måttlig dosering. Patienten hade mycket problem med uppdämd ångest och tedde sig av och till betydligt oklar. Detta förbättrades dock efter hand och han kunde skrivas ut till hemortslasarett 1999-10-05 för fortsatt vård och mobilisering inför hemgång 1999-10-11.

Redan före operationen hade remiss till psykmottagning varit aktuell, eftersom patienten kände nedstämdhet, oro och rädsla. Efter operationen upplevdes patienten personlighetsförändrad. Han var rastlös och orolig, hade sviktande minne och var periodvis förvirrad. Patienten utreddes med psykiatrisk undersökning, psykologbedömning, blodflödesmätning av hjärnan, EEG-undersökning, MR-undersökning av hjärnan. Undersökningsfynden visade klara hållpunkter för hjärnskada. Vid undersökning på kliniken för Rehab/Geriatrik verifierades dessa fynd.

Hjärtbesvärerna försvann dock genom operationen.

PATIENTEN anmälde som patientskada att han drabbats av en hjärnskada i samband med kranskärlsoperation 1999-09-29.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen lämnas ersättning för personskada på patient om det föreligger övervägande sannolikhet att skadan är orsakad av undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd. En förutsättning är dock att skadan kunnat undvikas antingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande som enligt en bedömning i efterhand skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

Vid en prövning av patientens rätt till ersättning enligt ovan nämnda lagrum skall PSR således först ta ställning till om den anmälda skadan kunnat undvikas genom ett annat utförande av det valda förfarandet. PSR har bedömt att man i ett enskilt fall inte kan undvika en skada av detta slag vid kranskärlsoperation.

PSR har då att ta ställning till om skadan kunnat undvikas genom val av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Vid

snabb utveckling av stenosis efter tidigare PTCA bedömer PSR att kranskärlsoperation var den lämpligaste metoden. Någon alternativ metod för att få ett tillfredsställande långtidsresultat bedöms som mycket liten.

Under ovannämnda förhållanden bedömer PSR att patienten inte har rätt till patientskadeersättning och ersättning har därför avböjts.

PATIENTEN begärde genom sin hustru att ärendet skulle omprövas av Patientskadenämnden. Som skäl anförde hustrun informationsbristen i samband med och efter operationen. De fick ingen information om eventuella konsekvenser före operationen och sedan, då patienten blev förvirrad och fick hjärtflimmer, angavs att så kunde det bli i samband med operation. Konsekvenserna och besvären efter operationen har blivit katastrofala; patienten är en helt förändrad person.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att ersättningsbar patientskada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

Enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen lämnas ersättning för personskada på patient om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd, under förutsättning att skadan kunnat undvikas antingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

Vid en prövning av patientens rätt till ersättning enligt ovan nämnda bestämmelse skall nämnden således först ta ställning till om den anmälda skadan kunnat undvikas genom ett annat utförande av det valda förfarandet. Nämnden anser att skadan sannolikt orsakats av den aktuella bypassoperationen, där en hjärtlungmaskin använts, och delar PSR:s bedömning att skadan inte kunnat undvikas trots att operationen utförts på ett helt riktigt sätt enligt vedertagna behandlingsprinciper. Den anmälda skadan hade således inte kunnat undvikas genom ett annat utförande av det valda förfarandet.

Nämnden har då att ta ställning till om skadan kunnat undvikas genom val av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

Vad patientens hustru påtalat är möjligheten att i stället för den genomförda by-passoperationen genomföra en ny PTCA-sprängning. Nämnden anser att risken för skada av nu aktuellt slag därvid är liten, men att möjligheten att därigenom uppnå en varaktig förbättring inte är så stor att en ballongsprängning i detta fall kan anses vara en alternativ behandlingsmetod som i lagens mening tillgodoser vårdbehovet. Nämnden väger i detta sammanhang in främst det förhållandet att tidigare PTCA-sprängning inte gett önskat resultat.

Sammanfattningsvis anser nämnden sålunda att någon ersättningsbar patient-skada inte föreligger. Nämnden delar även PSR:s bedömning att någon ersättning för bristande information inte kan betalas.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 503/2001

2002:08

- 1. Facitbedömning. Psykiska besvär med självmordsförsök efter operation. De psykiska besvären hade inte kunnat undvikas vare sig genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.**
- 2. Genom patientförsäkringen ej ersättningsbar medicineringskada.**
- 3. Ej felaktig diagnos/bristande övervakning.**

TILLÄMPLIGA LAGRUM

1. 6 § första stycket 1 patientskadelagen (1996:799)
2. 6 § första stycket 6 och 7 § 2 patientskadelagen (1996:799)
3. 6 § första stycket 3 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 39-årig man som vårdades efter operation med coлектomi med ileostomi (coлектomi = operativt avlägsnande av tjocktarmen eller en del därav, ileostomi = operativt anlagd förbindelse mellan tarm och hud).

1997-01-14 utfördes operation med coлектomi med ileostomi och patienten insattes på antibiotikabehandling i form av Claforan 2g x 2 + Flagyl 1 g x 1, med anledning av den omfattande coliten. Det postoperativa förloppet förflöpte utan komplikationer de första dagarna förutom en del smärtproblematik. På den sjunde dagen började patienten visa en tilltagande psykisk förändring med bl.a. inslag av hallucinationer, varför kontakt togs med konsult från psykiatriska sektorn.

Konsultläkaren kom till den kirurgiska vårdavdelningen och inledde samtal med patientens mor. Under detta samtal framkom inga uppgifter som skulle tyda på en tidigare psykossjukdom eller pågående alkohol eller drogmissbruk. Efter detta samtal träffade läkaren patienten. Under samtalet framkom att patienten var trött varför läkaren föreslog något lugnande så att patienten skulle kunna slappna av. Eftersom patienten ville ha medicinen på en gång gick läkaren ut från vårdsalen för att ordinera medicinen till sjuksköterskan. Strax därefter läm-

nade patienten vårdsalen. Läkaren noterade detta och följde efter patienten. Utanför en branddörr fanns en balkongdörr som var öppen. Från balkongen ser läkaren patienten sitta på ett tak tre våningar ner. Därifrån släpar han sig sedan ut på takkanten och faller ytterligare två våningar ner på en innergård. Akutpersonal larmas omgående och transporterar patienten omedelbart till operation.

Vid fallet ådrog sig patienten multipla skador såsom: frakturer, ruptur av buk-såret och ruptur av den befintliga ileostomin.

PATIENTEN anmälde som patientskada bristande tillsyn samt olämplig medicineri-
ning i för hög dos under sjukhusvistelsen 1997-01-14–1997-01-25, vilket
medförde att han i samband med hopp från 5:e våningen ådrog sig multipla ska-
dor. Patienten ansåg att skadorna, som uppkom i samband med fallet, hade kun-
nat undvikas genom en korrekt tillsyn av sjukvårdspersonalen. Han borde därför
vara berättigad till ersättning genom patientförsäkringen eftersom bristande till-
syn förelåg.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med föl-
jande motivering:

Vi har bedömt att patienten har fått en riktig vård och behandling för sina
sjukdomsbesvär. Under vården på kirurgisk avdelning efter operationen utveck-
lade patienten oro. Han fick sedvanlig medicineri-
ning som enligt vår bedömning
inte kan ha bidragit till oron eller till utveckling av psykos. När patienten utveck-
lade tecken på tilltagande psykisk förändring tog man kontakt med psykiatriska
sektorn och under pågående konsultation av specialist i psykiatri lämnade pa-
tienten avdelningen och hoppade från balkongen. Enligt vår bedömning fanns
det ingenting i den tidigare vården som kunde ge anledning att misstänka behov
av annan övervakning eller medicineri-
ning.

Vi har sammanfattningsvis bedömt att patientens symtom har tolkats i över-
ensstämmelse med allmänt vedertagen praxis och att han har övervakats på ett
riktigt sätt samt att det inte har förekommit några misstag eller felaktigheter i
behandlingen. Ersättning har avböjts.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att ersättningsbar pa-
tientskada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

Patienten har anmält att han som en följd av operationen den 14 januari 1997
och olämplig medicineri-
ning i för hög dos drabbades av en akut psykos som fick
till följd att han den 20 januari 1997 när han vårdades på kirurgavdelning (– – –),
hoppade från 5:e våningen och ådrog sig multipla frakturer m.m. Han har även
gjort gällande att oavsett om orsakssamband föreligger mellan operationen/
medicineri-
ningen och psykosen så har hans skador orsakats av brister i tillsynen
av honom från sjukvårdens sida.

Nämnden anser att det är övervägande sannolikt att patientens psykotiska
genombrott var en följd av den genomgånga operationen i kombination med de

mediciner han intagit. Patientskadeersättning lämnas då, enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen, om skadan hade kunnat undvikas antingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Enligt nämnden var operationen nödvändig och den utfördes på ett korrekt sätt. Det var inte möjligt att utföra den på något annat sätt och det fanns inte heller någon alternativ metod som skulle ha kunnat tillgodose patientens vårdbehov på ett mindre riskfyllt sätt. Det föreligger därmed inte rätt till patientskadeersättning enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen.

När det gäller frågan om medicineringen framkallat patientens psykotiska genombrott konstaterar nämnden att patientskadeersättning för personskada som orsakats av läkemedel kan lämnas endast om det är övervägande sannolikt att skadan är orsakad av förordnande eller utlämnande av läkemedel i strid med föreskrifter eller anvisningar (6 § första stycket 6 och 7 § 2 patientskadelagen). För att en skada som beror på egenskap hos läkemedel (biverkan) skall kunna ersättas enligt patientskadelagens bestämmelser måste skadan således ha sin grund i att läkemedlet använts på ett sätt som strider mot gällande anvisningar, d.v.s. det skall ha använts på felaktigt sätt, med felaktig dosering eller vid kontraindikation. I annat fall skall patientens rätt till ersättning prövas enligt läkemedelsförsäkringens ersättningsbestämmelser. Av utredningen i detta ärende framgår inte annat än att de mediciner patienten fick efter operationen sattes in på rätt indikation och i riktiga doser. Någon ersättningsbar patientskada enligt 6 § första stycket 6 patientskadelagen föreligger därmed inte.

När det gäller personalens bedömningar den 20 januari angående behovet av övervakning eller medicinering anser nämnden att patientens symptom på psykisk förändring tolkades i överensstämmelse med allmänt vedertagen medicinsk praxis och att det inträffade inte kunde förutses. Det föreligger därmed inte någon felaktig diagnostisering och någon ersättning enligt 6 § första stycket 3 patientskadelagen kan därför inte heller lämnas. Det har inte heller förekommit någon sådan oaktsamhet från sjukvårdens sida som kan grunda rätt till ersättning på skadeståndsrättslig grund.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 33/2002

2002:09

1. **Infektionsskada? Infektion efter tandbehandling har sannolikt ej tillförts patienten utifrån utan kommer från patientens egna bakterier. Ingreppet har skett i "orent område".**
2. **Informationsfråga.**

TILLÄMPLIGT LAGRUM

1. 6 § första stycket 4 samt tredje stycket patientskadelagen (1996:799)
2. Allmänna skadeståndsrättsliga regler

Ärendet gäller en 52-årig man som behandlades av tandhygienist den 8 september 1998. Den 18 september 1998 besökte han tandläkare för fyllnadsbehandling av en tand. Den 26 september 1998 sökte patienten akut vid medicinkliniken vid ortens sjukhus. Han hade ont i nacken och feber. Han hade gått ostadigt, talat sluddrigt och plötsligt ramlat ihop och blivit medvetslös. CT-skalle som visade förändringar utfördes direkt och patienten remitterades vidare till neurokirurgiska kliniken vid ett universitetssjukhus, där han vårdades t.o.m. den 18 november 1998.

Utredningen visade att patienten drabbats av en abscessbildning i vänster talamusregion (talamus = kärnsystem i hjärnan invid tredje ventrikeln och under sidoventrikeln). Odling visade streptococcus millieri och patienten fick en massiv antibiotikabehandling.

Under vårdtiden utfördes omfattande ingrepp, inläggning av ventrikeldränage höger, inläggning av dränage i abscess frontalt vänster, punktion av paraventrikulär abscess med inläggning av kateter till slutet dränagesystem och byte av ventrikelkateter höger.

Den 18 november 1998 skrevs patienten ut till hemortssjukhuset för fortsatt behandling, eftervård och rehabilitering. Man var då övertygad om att abscessen var avgränsad och steril. Dagen efter fick han feber och sändes tillbaka till universitetssjukhuset där han vistades t.o.m. den 2 december 1998, då han skrevs ut till infektionsklinik. Efter en shuntinläggning den 20 november 1998 förbättrades patienten.

Under perioden den 17–22 december 1998 var patienten på nytt intagen på universitetssjukhuset för misstänkt shuntinfektion. Han skrevs ut till infektionsklinken.

Den 29 december 1998 inkom patienten till universitetssjukhuset sedan han drabbats av medvetslöshet. Han behandlades där t.o.m. den 26 januari 1999. Under vårdperioden genomgick han ännu ett ingrepp (borttagande av ventrikeldränage samt inläggning av programmerbar Codman-medus ventrikuloperitoneal shunt förinställd på 100 mm vatten). Efter operationen förbättrades patienten och skrevs på nytt ut till hemortssjukhuset.

PATIENTEN anmälde att han drabbats av en hjärnabcess till följd av tandläkarbehandlingen den 18 september 1998. Patienten ansåg att sannolikheten för felbehandling eller slarv var betydande, eftersom sådana allvarliga komplikationer som han drabbats av annars är sällsynta. Han ansåg att det inte är av betydelse var bakterierna kom ifrån. Trots att man var väl medveten om infektionsrisken har man inte informerat honom om denna eller erbjudit honom antibiotika.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Tandbehandlingen var medicinskt motiverad och har utförts med vedertagen metod på ett riktigt sätt.

En förutsättning för att ersättning skall lämnas för en infektion är att smittämnet överförs i samband med någon vårdåtgärd.

En kort tid innan patienten drabbades av abcessen hade han genomgått tandhygienistbehandling och fyllnadsbehandling av en tand. Det är övervägande sannolikt att patientens egna munhålebakterier i samband med tandbehandlingen fått spridning med blodbanan. I samband med tandbehandling ökar möjligheterna att bakterier från munhålan kommer in i blodbanan. En utveckling som den patienten drabbats av är dock mycket sällsynt. Infektionen har således inte tillförts i samband med tandbehandlingen.

Antibiotikaprofylax vid tandbehandling ges endast till patienter som har medfödda eller förvärvade klaff-fel i hjärtat.

Patientskadelagen innehåller inget åtagande om att lämna ersättning vid brister i den information som lämnas till en patient före en behandling om de särskilda behandlingsrisker som kan förekomma. Patienten har heller inte visat att det föreligger sådan brist i informationen att skadeståndsskyldighet uppkommit.

Det finns inte heller någonting i handlingarna som tyder på att personal i vården handlat försumligt så att skadeståndsskyldighet uppkommit.

Eftersom infektionen med övervägande sannolikhet inte orsakats av smittämne som tillförts vid tandbehandlingen föreligger inte rätt till patientskadeersättning.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att ersättningsbar patientskada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

För rätt till ersättning enligt 6 § första stycket 4 patientskadelagen krävs att personskada med övervägande sannolikhet orsakats av överföring av smittämne som lett till infektion i samband med undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd. Om en infektion uppkommer efter ingrepp i en sådan del av kroppen som från bakteriologisk synpunkt får betraktas som "oren", t.ex. en infektion som uppkommer i samband med behandling i munhålan där det föreligger en naturlig och riklig förekomst av bakterier, kan det inte anses övervägande sannolikt att smittan överförs i samband med behandlingsåtgärden. För att en infektion skall anses vara överförd i samband med vårdåtgärd i ett s.k. "orent

område” krävs att det kan påvisas att infektionen ej orsakats av kroppsegna bakterier. I detta fall har infektionen orsakats av streptococcus milleribakterier som normalt finns i munhålan. I samband med själva tandbehandlingen ökar risken för att patientens egna munhålebakterier kommer in i blodbanan och i ytterst sällsynta fall kan detta leda till utveckling av en varhård i hjärnan. Infektionen har således orsakats av patientens egna bakterier. Patientskadeersättning kan därför inte lämnas enligt den ovan nämnda bestämmelsen för uppkommen infektion.

Vid tandbehandling ges normalt inte antibiotika i förebyggande syfte. Det är endast vid behandling av patienter med medfödda eller förvärvade hjärtklaffel som man som regel ger antibiotikaproylax. I nu aktuellt ärende var patienten frisk utan något känt klaffel. Det förelåg därför inte någon indikation för antibiotikabehandling och någon anmärkning kan därför inte riktas mot att patienten inte fick någon sådan inför tandbehandlingen hösten 1998.

Upplysningsvis kan i detta sammanhang nämnas att antibiotikabehandling kan minska men inte eliminera risken för infektion.

Med anledning av patientens uppgifter om bristande information vill nämnden framhålla att patientskadelagen inte innehåller något åtagande att lämna ersättning vid eventuella brister i den information som lämnas en patient före behandlingen om de särskilda behandlingsrisker som kan förekomma. Utredningen ger inte heller stöd för att det föreligger sådan brist i informationen att skadeståndsskyldighet uppkommit.

Nämnden kan således inte finna att någon ersättningsbar patientskada föreligger i detta ärende.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 51/2002

2002:10

1. **Förlossningsskada. Förlossningsförloppet i sig är inte en vårdåtgärd men användandet av sugklocka i slutskedet av förlossningen är en vårdåtgärd. Skadorna på modern har inte ansetts vara en följd av sugklockan utan av det komplicerade men naturliga förlossningsförloppet vid framförandet av ett stort barn.**
2. **Felaktig diagnostisering har inte ansetts föreligga före, under eller efter förlossningen.**

TILLÄMPLIGA LAGRUM

1. 6 § första stycket 1 patientskadelagen (1996:799)
2. 6 § första stycket 3 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 33-årig kvinna, som 2000-02-20 fick sitt första barn. Under graviditeten kontrollerades patienten extra noga p.g.a. att hon haft ett flertal missfall. Graviditeten var väsentligen normal och barnet hade en normal tillväxtkurva. Ultraljudsundersökning i graviditetsvecka 36 visade ett något stort barn, vikten skattades till 3 600 g. Det bedömdes som normalt eftersom patienten är storvuxen och själv vid födelsen vägde över 5 kg.

Patienten inkom till förlossningsavdelning 2000-02-19 kl. 04.30 med sammandragningar. Vattenavgång hade skett kl. 02.00. Förlossningen framskred inledningsvis långsamt och kl. 12.30 satte man Syntocinondropp. Därefter framskred förlossningen väsentligen normalt. Ryggbedövning gavs kl. 15.00. Patienten var kl. 16.00 öppen 4–5 cm och kl. 17.15 var hon öppen 5–6 cm. Dropet ökades och kl. 20.45 var patienten öppen 8 cm och strax efter 22.00 var öppningen 10 cm. Sammandragningarna blev kortare och kortare varför droppet ökades. P.g.a. värksvaghet och uttröttad moder beslutades kl. 24.00 att avsluta förlossningen med sugklocka. Den lades kl. 00.20. Barnet följde lätt med och huvudet kom ut på två dragningar. Därefter fastnade barnets skuldror som kunde frigöras efter manipulation och barnet föddes kl. 00.30. Födelsevikten var 5 100 g och längden 56 cm. Barnet mådde under hela förlossningen bra. Mor och barn kunde skrivas ut från sjukhuset 2000-02-24.

Patienten fick omfattande bristningar i slidan och även en partiell ruptur i ändtarmsmuskeln. Suturering gjordes på operationsavdelning. Patienten hade förlorat mycket blod och vårdades en tid på intensivvårdsavdelning och fick blodtransfusioner. P.g.a. bristningarna hade hon inledningsvis mycket värk. Korrigering operation gjordes 2000-05-02, vilket medförde förbättring. Patienten har efter förlossningen plågats svårt av mardrömmar och gått på samtalsterapi hos kurator.

PATIENTEN anmälde som patientskada stora bristningar vid förlossningen och att hon lidit psykiskt p.g.a. den traumatiska förlossningen. Patienten ansåg att man bedömt situationen fel när hon kom till förlossningsklinik 2000-02-19 och hon ifrågasätter varför det inte gjordes något ultraljud. Om kejsarsnitt hade gjorts, hade hon sluppit den traumatiska förlossningen med allt vad det fört med sig i form av blodförlust, smärta, mardrömmar m.m.

Patienten hävdade även brister i kommunikationen och i det psykologiska bemötandet.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Efter genomgång av ärendet har vi funnit att det inte fanns indikation för kejsarsnitt. Graviditeten hade varit normal och barnet följt tillväxtkurvan. Ultraljud i graviditetsvecka 36 hade visserligen visat ett något stort barn, men inte större än vad man i detta fall kunde förvänta sig. Det fanns ej skäl att göra ytterligare ultraljud vid inkomst till sjukhuset. Skattning av barnets vikt med ultraljud är också mycket osäker i slutskedet av en graviditet.

Förlossningen var något utdragen men i huvudsak normal. När värkarna avtar och modern är uttröttad är det helt korrekt att avsluta förlossningen med sugklocka. Det har gjorts på ett korrekt sätt liksom lösning av barnets axlar. Även vid en korrekt handlagd förlossning som avslutas med sugklocka så kan bristningar uppstå. Risker ökar vid ett stort barn och när dessutom axlarna fastnar. De bristningar patienten drabbades av har man inte kunnat undvika genom ett annorlunda utförande av den valda förlossningsmetoden.

Sammantaget anser vi att man gjort en riktig bedömning av situationen när man valde vaginal förlossning. Förlossningen har handlagts på ett medicinskt korrekt sätt. De bristningar patienten drabbades av har man inte kunnat förutse och ingenting talar för att de hade kunnat undvikas genom ett annorlunda utförande av den valda förlossningsmetoden. Kejsarsnitt hade inte heller tillgodosett vårdbehovet på ett totalt sätt mindre riskfyllt sätt. Ersättning har avböjts med stöd av 6 § första stycket 1 och 3.

De psykiska besvär som patienten drabbats av med bl.a. mardrömmar är en följd av den för henne traumatiska förlossningen och kan ej bedömas separat. Patienten har även påtalat brister i bemötande och kommunikation och att det påverkat henne psykiskt. Frågor som rör bemötande och kommunikation faller utanför patientskadelagens åtagande. Ingenting tyder heller på fel eller försummelse från vårdpersonalens sida som medger ersättning på skadeståndsrättslig grund.

Efter delgivning av PM 2001-06-28 har patienten inkommit med synpunkter i brev juli 2001. Hon påpekar bl.a. att suturering gjordes på förlossningen och inte på operationssal. Med anledning därav har ärendet diskuterats med sakkunnig läkare i gynekologi. Då operationssal ej fanns att tillgå, så var det korrekt att

lösa placenta (moderkakan) och i samband därmed suturera bristningarna. Suturering har skett på ett helt korrekt sätt.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att ersättningsbar patientskada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

Patienten har, som nämnden uppfattat hennes inställning, anmält att hon drabbats av stora bristningar, smärta, blodförlust och psykiskt lidande på grund av den traumatiska förlossningen.

Enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen lämnas ersättning för personskada på patient om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd, under förutsättning att skadan kunnat undvikas antingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

Vid en prövning av patientens rätt till ersättning enligt ovan nämnda lagrum skall nämnden således först ta ställning till om det är övervägande sannolikt att de anmälda skadorna är orsakade av undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd. Nämnden konstaterar därvid att förlossningsförloppet i sig inte är en vårdåtgärd men att användning av sugklocka i slutskedet av förlossningen är en vårdåtgärd. Enligt nämnden är det emellertid inte övervägande sannolikt att förfarandet med användning av sugklocka har orsakat de uppkomna bristningarna i slidan och ändtarmsöppningen samt de följdverkningar som dessa skador i sin tur lett till i form av smärta, blodförlust och psykiskt lidande. De uppkomna skadorna är i stället en direkt följd av det komplicerade men naturliga förlossningsförloppet vid framfödandet av ett stort barn. Enligt nämndens uppfattning är de skador patienten anmält således inte orsakade av någon vårdåtgärd. Ersättning kan därmed inte lämnas enligt 6 § första stycket 1.

Enligt 6 § första stycket 3 patientskadelagen lämnas ersättning för personskada på patient om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av felaktig diagnostisering.

Nämnden gör i denna del följande bedömning. Av utredningen i ärendet framgår att vårdpersonalen var medveten om att man kunde förvänta sig ett relativt stort barn. Barnet bedömdes emellertid inte ha den storleken att det fanns indikationer för ett planerat kejsarsnitt. Några tecken på bäckenträngsel som skulle föranleda kejsarsnitt fanns inte heller. Nämnden anser att den medicinska handläggningen av förlossningen och de bedömningar som gjordes före, under och efter förlossningen har stått i överensstämmelse med allmänt vedertagna behandlingsprinciper. Det föreligger därmed inte heller rätt till ersättning enligt 6 § första stycket 3 patientskadelagen eller enligt skadeståndsrättsliga regler.

Som PSR anfört kan brister i det bemötande en patient fått inom sjukvården inte föranleda ersättning enligt patientskadelagen. Utredningen ger inte heller

stöd för att det förekommit fel eller försummelse från vårdpersonalens sida som skulle kunna utgöra grund för att medge ersättning på skadeståndsrättslig grund.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 531/2001

2002:II

Olycksfallsskada under sjuktransport. En patient, som skulle hämtas av ambulans, fick själv gå nedför en trång trappa. Sjuktransporten har ansetts påbörjad redan då patienten började gå nedför trappan. Rätt till ersättning förelåg därför.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 5 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 54-årig kvinna med magbesvär och urinträngningar. 1999-06-05 drabbades hon av smärtor i magen och värk i underlivet vid miktion. Man tillkallade ambulans för transport till sjukhus. Patienten ombads av ambulansmännen att själv gå nedför en trappa till bottenplanet. Hon stödde sig inte på ambulansmännen vid gången i trappan. När hon kommit till nedersta steget i trappan vek sig benet och hon satte sig på foten. Vid senare undersökning konstaterades att hon fått en spricka i foten.

Enligt avrapporteringen från sjukvården sida gjorde ambulansmännen den bedömningen att det, med hänsyn till patientens vikt på 130 kg, skulle ha varit förenat med ett betydande riskmoment att bära henne på bår i den branta trappan som krökte sig. Eftersom hon var uppegående rekommenderade man att hon skulle gå själv i trappan.

PATIENTEN anmälde som patientskada en spricka i fot vid fall. Hon menade att ambulansmännen borde ha burit henne ner för trappan, eftersom hon hade sådana smärtor.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Enligt patientskadelagen ersätts olycksfall i samband med bl.a. undersökning, behandling eller sjuktransport. Försäkringsskyddet omfattar inte de normala olycksfallsrisker som finns oberoende av vårdsituationen.

I det aktuella fallet gjorde ambulansmännen den bedömningen att det skulle ha varit förenat med ett betydande riskmoment att bära patienten på bår i den

branta och krökta trappan, också med beaktande av patientens höga vikt. Patienten var uppegående, kunde förflytta sig själv och gick nedför trappan utan stöd av ambulansmännen. Enligt PSR har skadan inte uppkommit i samband med vårdåtgärd. Sjuktransporten kan inte heller anses vara påbörjad, eftersom patienten inte var lagd på bår vid tidpunkten för skadan.

Någon ersättning kan därför inte utgå enligt 6 § första stycket 5 patientskadelagen.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ersättningsbar patientskada förelåg och gjorde följande bedömning:

Enligt 6 § första stycket 5 patientskadelagen föreligger rätt till patientskadeersättning för skador som är orsakade av olyckfall under sjuktransport.

I det här aktuella fallet hämtade ambulanssjukvårdarna patienten i hennes bostad och valde att låta patienten gå nedför en trappa till bottenplanet utan hjälp av mänskligt stöd eller bår med hänsyn till att trappan var trång och brant. Nämnden anser att patientens förflyttning nerför trappan, oavsett transportsätt, måste bedömas vara en del i hennes transport till sjukhus. Det inträffade olycksfallet har således skett under sjuktransport. Rätt till patientskadeersättning enligt 6 § första stycket 5 patientskadelagen föreligger därmed.

— — —

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 153/2002

2002:12

Bevisfråga? Bevisbördan för att ett orsakssamband föreligger mellan skada och vård ligger på patienten. Fråga huruvida felaktig diagnos ställts vid en vårdcentral.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

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

Ärendet gäller en 44-årig kvinna som 1998-06-16 opererades akut för diskbråck L5–S1 och förlamning av ”hästsvansnerverna” med försvårad blås- och tarmöppning (cauda equinapåverkan). Patienten hade efter telefonkontakt med distriktsläkarmottagning fått en läkartid 1998-06-15. Vid detta besök hade hon haft ryggvärk i två veckor. Hon hade smärtutstrålning ner i båda låren men inga stickningar i undre extremiteterna. Hon kunde inte känna när hon hade kissat färdigt men hade inte haft svårt att hålla urin eller avföring. Man misstänkte nerv-

rotspåverkan och remitterade henne akut till ortopedklinik, men patienten valde att avvakta till dagen därpå. Vid ortopedkliniken, dit patienten kom kl. 10.10 1998-06-16, uppgav patienten att hon sedan en vecka haft tilltagande domningskänsla kring ändtarmsöppningen och svårigheter att tömma blåsan. Hon röntgades akut med CT ländrygg, som visade betydande diskprotrusion L5–S1. Man övervägde MR och remitterade patienten vidare akut till länssjukhus för ställningstagande till detta och eventuell akut operation. Vid undersökningen på länssjukhuset 1998-06-16 hade patienten dålig känsl i sätessregionen kring ändtarmsöppningen och i underlivet samt dålig muskelkraft i ändtarmens slutmuskel. Utredningen visade också att hon inte till fullo kunde tömma blåsan. Hon opererades akut, med början kl. 22.35, och blev initialt förbättrad men blev därefter successivt försämrad. Vid undersökning 2000-05-17 hade hon kvarstående symtom på cauda equinapåverkan med oförmåga att tömma blåsan. Hon var dessutom avföringsinkontinent och hade betydande värkproblematik i vänster ben samt droppfot vänster ben. Man har bedömt att hennes kvarstående besvär sannolikt är bestående.

PATIENTEN anmälde som patientskada att hon hade kvarstående besvär efter operationen till följd av försenad diagnos och fördröjd behandling av diskbråcket.

Patienten uppgav, att hon 1998-06-02 ringde till distriktsläkarmottagningen och sökte vård. Hon talade då om för sköterskan att hon inte kom ur sängen eller kunde klä på sig utan hjälp samt att hon hade kissat på sig under natten. Mottagningssköterskan bedömde då att hon hade ryggskott, vilket resulterade i att hon fick vänta två veckor på en läkartid. När hon kom till läkarmottagningen 1998-06-15 fick hon en akutremiss till sjukhus och opererades akut. Det var då för sent att åtgärda skadan. Hon har därför blivit invalid för resten av livet. Hon har förlamad urinblåsa och kan inte hålla avföring. Hon använder blöja och kateter samt har nedsatt känsl och droppfot i vänster ben. Hon har även daglig smärta i rygg och ben.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

För rätt till patientskadeersättning krävs ett orsakssamband mellan skadan och vården. Bevisbördan för detta ligger i det enskilda fallet hos patienten. Beviskravet är uppfyllt om det är övervägande sannolikt att det finns ett orsakssamband.

Det finns inga journalanteckningar avseende patientens ryggbesvär före besöket vid distriktsläkarmottagningen 1998-06-15. Vi utgår från att uppgifter av vikt dokumenteras i journal, när så anses behövligt. Av utredningen i ärendet framgår inte att patienten vid telefonsamtalet har lämnat sådana uppgifter om sitt sjukdomstillstånd som motiverade ett akut vårdbesök. Enligt vår bedömning

kan det inte med övervägande sannolikhet anses styrkt att patienten har påtalat blåspares eller tarmfunktionsrubbnig vid telefonsamtalet med sköterskan.

Den behandling patienten har fått har varit medicinskt motiverad och har utförts på riktigt sätt enligt vedertagna behandlingsmetoder. Man har ordinerat lämpliga undersökningar och tolkat undersökningsresultaten på ett riktigt sätt. Att operationen utfördes 1998-06-16 beror inte på att patientens symtom tidigare har tolkats felaktigt. Det förhållande att ett förväntat eller önskat behandlingsresultat inte uppnås efter en riktigt utförd behandling grundar i sig inte rätt till ersättning från patientförsäkringen. Patientens kvarstående besvär beror inte på att hon har tillfogats någon skada i samband med ingreppet utan är direkt orsakade av grundsjukdomen.

Sammanfattningsvis anser vi att patienten har utretts, behandlats och följts upp på riktigt sätt. Hon har inte tillfogats någon skada till följd av behandling eller felaktig diagnostik. Hon har därför inte rätt till patientskadeersättning.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att ersättningsbar patientskada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

Nämnden gör samma bedömning som PSR och anser på de skäl bolaget anfört att det inte föreligger någon ersättningsbar patientskada enligt 6 § första stycket 1 eller 3 patientskadelagen.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 59/2002

2002:13

Hälso- och sjukvård? Pigmentimplantering av eyeliner och ögonbryn har inte ansetts vara hälso- och sjukvård.

TILLÄMPLIGA LAGRUM

3 och 5 §§ patientskadelagen (1996:799)

PATIENTEN har som patientskada anmält felbehandling i samband med pigmentimplantering av ögonbryn och eyeliner som utfördes 1998-12-18.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Patientskadelagen anger vilka situationer som kan ge rätt till ersättning vad gäller skador som uppträder i samband med vård och/eller behandling. Enligt

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

Efter genomgång av tillgängliga handlingar (patientens skadeanmälan med bilaga, fotografier samt beslut från hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd) har vi bedömt att implantering av pigment i ögonbryn och kring ögonen i rent estetiskt syfte för att få en permanent make up inte kan anses utgöra hälso- och sjukvård.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att ersättningsbar patientskada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

Anmälan avser skada till följd av felbehandling vid pigmentimplantering av eyeliner och ögonbryn. Avsikten med behandlingen var att åstadkomma en permanent makeup av ögonbryn och eyeliner.

Patientskadelagen gäller enligt 3 § endast skador som har uppkommit i samband med hälso- och sjukvård i Sverige. Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador under förutsättning att denna verksamhet utövas av hälso- och sjukvårdspersonal. Den aktuella behandlingen avsåg inte hälso- och sjukvård och terapeuten som utförde behandlingen tillhörde inte hälso- och sjukvårdspersonal. Den anmälda skadan har således inte uppkommit i samband med hälso- och sjukvård och omfattas därmed inte av patientskadelagen.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 289/2002

2002:15

Olycksfallsskada. En patient, som akut tagits in på sjukhus, har fallit och skadat sig. Han har inte blivit föremål för tillräckliga skyddsåtgärder, varför ersättningsbar skada har ansetts föreligga.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 5 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 82-årig man med yrsel. Han kom 2000-10-02 in akut med ambulans efter att ha trillat omkull i en affär. Patienten berättade att han inte förlorade medvetandet men att han hade ont i hela kroppen. Han hade den senaste veckan besvärats av yrsel. Patienten var vid inkomsten ej helt orienterad. Han var genomsvechtig men hade ingen smärta. Han hade hjärtsvikt och förmaksflimmer sedan tidigare men hade annars mått bra.

Patienten lades in för observation med telemetriövervakning. Natten till 2000-10-03 gick patienten sannolikt upp för toalettbesök. Han påträffades på golvet nedanför sängen. Röntgen visade att han hade ådragit sig en bäckenfraktur samt inpressning av caput femoris centralt.

EKG-mässigt konstaterades några dagar senare asystolier (uteblivna sammandragningar) upp till tre sekunder och patienten erhöll en pacemaker för att man lättare skulle bemästra hans samtidiga takycardibenägenhet (ökad hjärt-rytm) utan risk för bradycardi (långsam hjärtverksamhet). Neurolog konstaterade att patientens cerebrala symptom varit förenliga med hjärnstamsischemi (för liten blodtillförsel) då CT-undersökningar inte visat några synliga infarkter.

PATIENTEN anmälde att han i samband med att han var inlagd på sjukhus på grund av yrsel, ramlat från sängen eller utanför på mattan och ådragit sig en bäckenfraktur samt en förskjutning av höftkulan. Patienten angav i sin skrivelse till Patientskadenämnden att hans skada hade direkt samband med vården och försenad diagnos. Hänsyn har på grund av bristfällig anamnes inte tagits till hans hälsotillstånd, då han lades in på medicinkliniken för hjärninfarkt. Trots att han påtalade att han sedan en tid tillbaka led av yrsel, vilken eventuellt också förvärrats i samband med hjärninfarkten, togs ingen notis om detta, ingen sänggrind eller någon extra tillsyn under natten.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Patientskadelagen anger vilka situationer som kan ge rätt till ersättning vad gäller skador som uppträder i samband med vård och/eller behandling. När man bedömer om det är fråga om en fördröjd diagnos eller inte, utgår man ifrån vilka besvär som uppvisats vid undersökningstillfället, vilka undersökningar som gjorts samt hur symptom och undersökningsresultatet har tolkats.

Med patientskada avses enligt patientskadelagen en skada som med övervägande sannolikhet orsakats av olycksfall som har samband med undersökning, behandling eller annan vårdåtgärd. Med olycksfall menas en plötslig och oförutsedd yttre händelse.

Av utredningen framgår att man med hänsyn tagen till patientens inkomststatus, har bedömt att han initialt inte behövde några särskilda åtgärder för att förhindra fall. Patienten inlades för övervakning 2000-10-02 och man bedömde att CT-hjärna skulle göras vid en eventuell försämring under vårdtiden. De CT-undersökningar som gjordes efter olycksfallet, har inte visat några hjärninfarkter och man har bedömt att patientens cerebrala symptom har varit förenliga med hjärnstamsischemi.

Enligt vår bedömning har patientens symptom tolkats på ett riktigt sätt. Olycksfallet har inte inträffat i samband med undersökning, behandling eller annan åtgärd som har med vården att göra. Ersättning har därför avböjts.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ersättningsbar behandlingsskada förelåg och gjorde följande bedömning:

När patienten kom in till sjukhus akut den 2 oktober 2000 var han enligt journalanteckning "Ej helt orienterad, fluktuerar i orienteringsgrad". Med hänsyn till patientens påverkade allmäntillstånd och risken för allvarlig rytmrubbning av hjärtat lades han in för observation med kontinuerlig EKG-registrering. I omvårdnadsjournalen från intagningsdagen anges att han "kan ej gå från säng till säng, får krypa över".

Enligt nämndens mening har man intagningsdagen inte korrekt uppfattat patientens allvarliga sjukdomssymtom. Nämndens bedömning är att en kontinuerlig övervakning av patienten hade varit motiverad i samband med att han lades in för observation. Genom att det inte vidtagits några skyddsåtgärder har patienten på grund av sitt nedsatta allmäntillstånd försatts i en situation som inneburit en förhöjd olycksfallsrisk. Olycksfallsskador som uppkommer under sådana omständigheter berättigar till ersättning enligt 6 § första stycket 5 patientskadelagen.

Patienten har således rätt till patientskadeersättning med anledning av den bäckenfraktur med inpressning av lårbenshuvudet som uppkom natten till den 3 oktober 2000.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 744/2002

2003:01

Diagnosfördröjning. Ideell ersättning vid diagnosfördröjning av cancersjukdom bör, då den försenade diagnosen med övervägande sannolikhet har medfört tillväxt av tumören, utgå med 25 000 kronor för det psykiska lidande som patienten därigenom drabbats av med oro och ångslan för att risken för återfall och död i sjukdomen kan ha ökat (jfr 2009:15).

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 3 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 36-årig kvinna. Patienten sökte i maj 1998 för en palpabel knöl i vänster bröst. Uppföljning gjordes med mammografi och cytologi som var utan anmärkning. Vid kontroll 1999-11-24 noterades en drygt två cm stor resistens i vänster bröst. Mammografi visade en klar cancer. Patienten opererades

1999-12-03 med sektorresektion och axillarutrymning med efterföljande cytostatikabehandling samt strålbehandling.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) ansåg att det med övervägande sannolikhet förelåg en cancer redan i maj 1998 och att utredningen då borde ha fortsatt. Diagnosen ställdes 1999-11-24 då man vid undersökning och mammografi noterade en drygt två cm stor resistens i vänster bröst. Således föreligger det en diagnosfördröjning med 18 månader. Enligt PSR:s bedömning förelåg det med övervägande sannolikhet multipla lymfkörtelmetastaser i axillen redan i maj 1998. Om korrekt diagnos ställts i maj 1998 hade all terapi, såväl kirurgi, radioterapi, kemoterapi och endokrin terapi blivit identisk med vad som nu blev fallet. Fördröjningen har inte inneburit något för den framtida prognosen.

Ersättning lämnades till patienten med sammanlagt 16 000 kronor för sveda och värk under tiden för diagnosfördröjningen, 18 månader, eftersom hon haft besvär i form av oro och ångest innan behandlingen påbörjades.

PATIENTEN accepterade inte PSR:s bedömning att den fördröjda behandlingen inte har förändrat prognosen. I 18 månader har tumörcellerna fått "härja fritt" i kroppen och getts möjlighet att bilda nya tumörer. Utan att vara docent eller läkare kan man förstå att det är en lång tid. Om 10-15-20 år kan det visa sig att de 18 månaderna haft mycket stor betydelse.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ytterligare ersättning skulle lämnas och gjorde följande bedömning:

Det föreligger en diagnosfördröjning av bröstcancer på 18 månader. Nämnden konstaterar att diagnosförseningen medfört en tillväxt av tumören. I likhet med PSR anser nämnden att det inte är övervägande sannolikt att diagnosförseningen orsakat metastaseringen i axillen eller påverkat behandlingens utformning. Nuvarande utredning ger inte belägg för att diagnosfördröjningen har inneburit en försämring av prognosen.

Vid diagnosfördröjning av cancer kan man normalt utgå från att patienten därigenom och också genom den tumörtillväxt som skett med anledning av fördröjningen, drabbats av ett ökat lidande med oro och ångslan för att risken för återfall och död i sjukdomen kan ha ökat. I fall som detta anser nämnden att ersättning för ideell skada bör betalas med 25 000 kronor för det psykiska lidandet. Ersättningsbeloppet skall utbetalas utan samordning med annan ideell ersättning.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 587/2002

2003:02

Infektionsskada.

1. Omständigheterna är sådana att patienten inte skäligen bör tåla infektionen utan rätt till ersättning.
2. Fråga om tillämpligheten av undantagsbestämmelsen i 7 § 1 patient-skadelagen för nödvändigt förfarande.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 4 samt tredje stycket och 7 § 1 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 70-årig man med aterosklerotisk (förträngande förkalkning i kärlväggarna) hjärtsjukdom och angina pectoris (kärlkramp).

Patienten by-pass opererades 1999-05-17. Operationen samt det primära postoperativa förloppet var komplikationsfritt men 1999-05-21 började patienten få smärtor i thorax (bröstkorgen). Smärtorna accentuerades och patientens allmäntillstånd försämrades 1999-05-22 och förmaksflimmer tillstötte. På grund av sepsis och hjärtsvikt samt instabilt sternum reopererades han samma dag och man tömde 500 ml lätt grumlig vätska från perikardiet (hjärtsäcken) och 1 000 ml serös vätska tömdes från vänster pleura (lungsäck). Man satte in antibiotikabehandling och han överfördes därefter till intensivvårdsavdelningen i respirator. Man extuberade (avlägsnade tuben) 1999-05-24 men han reintuberades samma dag på grund av tilltagande dyspné (andnöd) men kunde sedan åter extuberas 1999-06-09.

Patienten hade under vårdtiden upprepade episoder med förmaksflimmer som behandlades med läkemedel. Antibiotikabyte skedde 1999-06-14. Han skrevs ut från intensivvårdsavdelningen 1999-06-15 till thoraxavdelning för fortsatt mobilisering. Han vårdades därefter på thoraxavdelning till 1999-07-05 då han skrevs ut till hemmet med planerad inläggning i september för borttagande av ståltrådarna i bröstkorgen.

Patienten inlades 1999-09-02 som planerat och operation med borttagande av sternumcerklage (ståltrådar i bröstkorgen) utfördes 1999-09-03. Man kunde vid ingreppet inte se några infektionstecken och sternum var stabilt. Patienten utskrevs från sjukhuset 1999-09-04.

Vid återbesök i december 1999 mådde patienten bra efter sin hjärtsjukdom men han påtalade en del värk i händer, handleder samt vänster axelled och armbåge och önskade remiss till sjukgymnast för detta. Han hade inte känt av någon direkt kärlkramp sedan operationen och han hade även provat på en hel del fysisk ansträngning vilket hade gått bra. Blodfetterna var utan anmärkning och han hade bra värden i övrigt. Han låg lite högt i systoliskt blodtryck men detta justerades med blodtrycksmedicinen.

PATIENTEN – genom ombud (sonen) – ansåg, att han borde vara berättigad till ersättning för den svåra infektion som uppträdde efter operationen och som ledde till sepsis med ett mycket svårt efterförlopp med respiratorbehandling på intensivvårdsavdelning. Den vårdtid som patienten vistades på sjukhuset och de påföljande besvären kan rimligen inte knytas till grundoperationen utan är en följd av den komplicerade sepsisen med påföljande intensivvård.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

En förutsättning för att ersättning skall kunna lämnas för en infektion är att smittämnet har överförts i samband med någon vårdåtgärd. Lagen anger vidare att ersättning inte kan lämnas i de fall omständigheterna varit sådana att infektionen skäligen måste tålas. Hänsyn skall därvid tas till arten och svårhetsgraden av den sjukdom eller skada för vilken behandling skett, patientens hälsotillstånd i övrigt samt möjligheten att förutse infektionen.

Patientens grundsjukdom var svår. Han hade en instabil angina med tilltäppning av en huvudstam. Operationen 1999-05-17 var medicinskt väl motiverad. Infektionen och sepsis har sedan medfört en reoperation, intensivvårdsbehandling samt antibiotikabehandling fram till operationen 1999-09-02 då man avlägsnade sternumcerklaget. Patienten blev därefter återställd avseende hjärtoperationen och infektionen var då utläkt.

Enligt vår bedömning har den postoperativa infektionen och sepsis med övervägande sannolikhet överförts i samband med operationen 1999-05-17. Operationen i sig var medicinskt motiverad och utfördes på ett riktigt sätt enligt vedertagen metod. Vid operativa ingrepp finns alltid en risk för att infektion kan uppkomma. Det är en risk som patienten därför får räkna med och en komplikation som man i det enskilda fallet som regel inte kan förebygga eller förhindra genom ett annat utförande av behandlingen. I detta fall har infektionsrisken varit ringa och infektionen svår att förutse. Även om infektionens följder betecknas som svåra anser vi att infektionen har varit av mindre svår karaktär än den mycket allvarliga hjärtsjukdomen och den har enligt vår bedömning inte påverkat utgången av hjärtoperationen. Patienten får därför tåla infektionen utan rätt till ersättning.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ersättningsbar patientskada förelåg och gjorde följande bedömning:

Den infektion som drabbade patienten har tillförts genom kranskärlsoperationen den 17 maj 1999. Enligt 6 § första stycket 4 patientskadelagen föreligger då rätt till ersättning om inte omständigheterna är sådana att infektionen skäligen måste tålas. Vid denna skälighetsbedömning skall, enligt 6 § tredje stycket patientskadelagen, beaktas arten och svårhetsgraden av den sjukdom eller skada som åtgärden avsett, patientens hälsotillstånd i övrigt samt möjligheten att förutse infektionen.

I föreliggande fall var den ursprungliga kranskärlssjukdomen av allvarlig art. Utredning med coronarangiografi visade en avancerad 3-kärlssjukdom med 90 %-ig huvudstamsstenos (förträngning) och tillslutning av höger coronarartär.

Den djupa infektion (mediastenit) som utvecklades i samband med kranskärlsoperationen den 17 maj kunde emellertid inte förutses och infektionen var av ytterst allvarlig art där patienten försattes i ett livshotande tillstånd. Den djupa infektionen medförde en omoperation den 22 maj och därefter vård på intensivvårdsavdelning till den 15 juni och därefter vård på thoraxavdelning till den 5 juli då patienten kunde skrivas ut till hemmet.

Vid en samlad bedömning av de omständigheter som angetts ovan finner nämnden att den tillförda infektionen inte kunde förutses och att den, även vid en jämförelse med den allvarliga grundsjukdomen, måste anses vara så omfattande att den inte skäligen måste tålas utan rätt till ersättning.

Fråga uppkommer emellertid om undantagsbestämmelsen i 7 § 1 patientskadelagen, om följder av ett nödvändigt förfarande, bör påverka rätten till ersättning i detta fall. Enligt denna bestämmelse lämnas inte patientskadeersättning om skadan är en följd av ett nödvändigt förfarande för diagnostisering eller behandling av en sjukdom eller skada som utan behandling är direkt livshotande eller leder till svår invaliditet. Bestämmelsen skall tillämpas i de situationer där vårdbehovet är så akut att behandlingen måste sättas in trots att man inte haft möjlighet att vidta normala förberedelser eller i situationer där man medvetet måste ta stora risker för att kunna förebygga en mycket allvarlig utveckling av patientens skada eller sjukdom (se prop. 1995/96:187 s. 85).

I det nu aktuella fallet var vårdbehovet inte så akut att kärloperationen måste utföras utan att man vidtagit normala förberedelser. Operationen kunde således planeras på normalt sätt. Även om man i ett fall som det nu aktuella måste ta stora risker för att förebygga en mycket allvarlig utveckling av patientens grundsjukdom var risken för en svårartad infektion av det slag som här uppkom i detta fall oförutsebar. Risken för en så allvarlig infektion har således inte vägts in i riskbedömningen inför operationen. Vid en samlad bedömning finner nämnden därför att undantagsbestämmelsen inte bör anses tillämplig i detta ärende. Ersättningsbar patientskada föreligger således.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 699/2002

2003:03

Bristande information. Något orsakssamband har inte ansetts föreligga mellan den eventuellt bristfälliga informationen och skadan.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

Allmänna skadeståndsrättsliga regler

Ärendet gäller en 44-årig man med aortaklaffel. Han hade sedan barndomen ett blåsljud på hjärtat. På senare tid uppstod aortaklaffstenos med sklerosering och efterföljande prestationssvikt. 1998-02-12 opererades han med implantat av St Judés klaff. Det postoperativa förloppet var komplikationsfritt. 1998-09-17 påpekade han att hans stora problem var att han efter hjärtoperationen drabbats av koncentrationssvårigheter, närminnesstörningar, oförmåga till mer avancerat intellektuellt arbete. Han satte detta i samband med tiden i hjärt-lungmaskin. 1999-01-18 startades utredning vid Rehabklinikens polikliniska hjärnskade-team och man utförde cerebral blodflödesundersökning, som visade tecken till hjärnskada.

PATIENTEN anmälde som patientskada att han drabbats av en hjärnskada efter en hjärtoperation med hjärt-lungmaskin. Bland annat uppgav han i sin skrivelse till Patientskadenämnden att det före operationen inte var någon som berättade för honom att det skulle finnas risk för hjärnskador under operationen. Tvärtom fick han från två olika läkare höra att det var en riskfri rutinoperation. Nu efteråt har han främst via internet funnit uppgifter om att 2–3 % drabbas av hjärnskador under hjärtkirurgi. Vad som också anges i samband med dessa uppgifter är att det endast är äldre patienter som löper risken för neurologiska komplikationer under hjärtkirurgi. Eftersom han var 44 år när operationen genomfördes kan han inte räknas som äldre patient. Därmed faller PSR:s argument om den statistiska risken för hjärnskador och kan inte tillämpas i patientens fall.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering såvitt avsåg den bristfälliga informationen.

Med anledning av patientens uppgifter om bristande information vill PSR framhålla att patientskadelagen inte innehåller någon bestämmelse om ersättning vid brister i den information om de särskilda behandlingsrisker som kan förekomma. Utredningen ger inte heller stöd för att det föreligger sådana brister vare sig i bedömning för operation eller i informationen före operationen att det uppkommit skadeståndsskyldighet enligt allmänna skadeståndsrättsliga regler.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att ersättningsbar patientskada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

I detta ärende förelåg i februari 1998 en absolut indikation för att utföra aktuell hjärtoperation. Om operationen inte hade utförts hade patienten inom en relativt snar framtid avlidit. Man valde den minst riskabla operationsmetoden. Ingreppet utfördes i sin helhet på ett riktigt sätt enligt en vedertagen operationsmetod. Vid klaffoperation kan ingreppet inte utföras med slående hjärta utan användning av hjärt-lungmaskin. Utredningen i ärendet ger inte någon indikation på att det förelegat något fel på hjärt-lungmaskinen eller att maskinen skulle ha hanterats på ett felaktigt sätt.

Den anmälda hjärnskadan som lett till en allvarlig nedsättning av patientens kognitiva förmåga har sannolikt orsakats av partikel- eller luftembolisering i samband med hjärtoperationen med hjärt-lungmaskin. Komplikationen som är väl känd inträffar vid 2–4 % av operationerna av aktuellt slag och har inte kunnat undvikas genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

Mot bakgrund av ovanstående, anser nämnden, i likhet med PSR att någon ersättningsbar patientskada enligt 6 § första stycket 1 eller 2 patientskadelagen inte föreligger.

Med anledning av patientens uppgifter om bristande information vill nämnden i likhet med PSR framhålla att patientskadelagen inte innehåller någon bestämmelse om ersättning vid eventuella brister i den information som lämnas en patient före behandlingen om de särskilda behandlingsrisker som kan förekomma. Nämnden har av denna anledning även prövat om det förelegat sådan brist i informationen att ersättning kan lämnas enligt allmänna skadeståndsrättsliga regler.

Vid en sådan prövning konstaterar nämnden att det vid alla hjärtoperationer av aktuellt slag föreligger risk för en komplikation som den som inträffat i detta fall. Risken finns för patienter i alla åldrar, även om risken ökar med stigande ålder. Neurologisk skada förekommer som ovan nämnts vid 2–4 % av ingreppen. Eftersom risken inte kan anses obetydlig kan ifrågasättas om patienten inte borde ha informerats om den före operationen. Nämnden har dock inte närmare penetrerat denna fråga eftersom patienten med största sannolikhet ändå hade genomgått aktuell operation även om han hade fått en fullständig information om riskerna med ingreppet. Detta antagande bygger på den omständigheten att det rörde sig om en direkt livsnödvändig operation. Om operationen inte hade utförts hade som tidigare konstaterats patienten inom en relativt snar framtid avlidit. Något orsakssamband mellan den eventuellt bristfälliga informationen och patientens hjärnskada kan därför inte anses föreligga. Rätt till ersättning enligt skadeståndsrättsliga regler föreligger därför heller inte.

2003:04

Ersättningsfråga. Merkostnadsersättning för potenshöjande medel kan inte lämnas om patienten erhållit ideell ersättning för ett fullständigt sexuellt funktionsbortfall.

TILLÄMPLIGA BESTÄMMELSER

§ 5 i 1991 års ersättningsbestämmelser. Numera 8 § patientskadelagen (1998:799)

Ärendet gäller en nu 25-årig man med medfödd kotmissbildning som lett till progredierande thorako-lumbal kyfoskopios som opererades hösten –93. Postoperativ ryggmärgsskada som godkänts som behandlingsskada.

I ärendet har hittills betalats ersättning för sveda och värk, lyte och men, olägenheter i övrigt, förlust av skolår och olika former av merkostnader till den skadade och föräldrarna, t.ex. bidrag till inköp av bil.

För lyte och men har ersättning lämnats motsvarande ett så kallat mindre maximalfall. Totalt har en ersättning på 716 000 kr betalats ut för lyte och men, sveda och värk samt ärr enligt 96 års medicinska tabellverk.

I det mindre maximalfallet inkluderas förlust av all neurologisk funktion nedom skadenivån – d.v.s. förlust av gångförmåga, bortfall av blås- och tarmfunktion samt bortfall av den sexuella förmågan.

PATIENTEN yrkade, att ersättning för potenshöjande medel av typen Viagra och/eller Caverject skall lämnas genom försäkringen. Kostnaden för dessa medel har blivit betydande efter att de statliga subventionerna starkt begränsats. Den enda patientgrupp som i dag, enligt patientens ombud, är berättigad till subvention är den som utöver den sexuella funktionsnedsättningen också drabbats av en psykisk pålagring. Patienten har presenterat ett yrkande på 44 736 kr per år.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Om ideell ersättning lämnas för ett *fullständigt* bortfall av en funktion kan med stöd av gällande ersättningspraxis någon ytterligare merkostnadsersättning inte betalas för behandlingar som på konstgjord väg neutraliserar eller minskar funktionsbortfallet. I ett principiellt sett liknande fall har Trafikskadenämnden ansett att en person som drabbats av och fått full ersättning för sterilitet inte också kan vara berättigad till ersättning för IVF-behandlingar (konstgjord befruktning).

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att ersättning inte kunde utgå och gjorde följande bedömning:

Nämnden gör samma bedömning som PSR. Kostnader för potenshöjande medel får anses vara kompenserade genom den ideella ersättning som lämnats, motsvarande s.k. litet maximalfall, och som bland annat innefattar totalt bortfall av sexualfunktionen. Någon särskild kostnadsersättning för potenshöjande medel kan därför inte lämnas i detta fall.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR I43/2003

2003:06

Diagnosskada? Felaktig diagnos och behandling av en svampinfektion.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 3 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 5-årig pojke med en bula i huvudet. Patienten sökte läkarmottagning 1999-07-19 då han tre dagar tidigare ramlat och slagit i huvudet. Han hade fått en bula som tilltagit i svullnad med rodnad och ömhet. Man såg en process på toppen av calvariet (flinten) och detta tolkades som ett infekterat hematom. Patienten fick Keflex att inta i 20 dagar. 1999-07-21 sökte patienten på nytt eftersom han inte var bättre. Han hade då feber upp till 38,5 grader. Processen i calvariet hade tilltagit i storlek och han hade spänningshuvudvärk men inga allmänsymtom i övrigt. På grund av att processen på calvariet nu var hönsäggstort, spänt, ömt och fluktuerande utfärdades en akutremiss till barnkliniken vid läns-sjukhus.

Patienten undersöktes samma dag på barnklinik och processen på flinten bedömdes som ett sekundärt infekterat hematom, troligen stafylokokker. Patienten fick recept på Heracillin. Dagen efter ringde patientens mor och meddelade att böllden hade spruckit och ömheten försvunnit. Man hade varit hos distrikts-sköterska som hade tvättat rent och lagt om såret och temperaturen hade sjunkit.

1999-08-05 vid återbesök på barnkliniken mätte patienten bra. Han hade en liten fluktuerande randzon kvar men för övrigt såg det ut att läka fint.

1999-08-09 söker patienten på nytt då han har fått ytterligare ett par bölder på huvudet. Han hade ingen feber och inga allmänna symtom. Odling togs från den spruckna abscessen på huvudet. Kontakt togs med infektionskliniken om hur man skulle gå vidare då patienten tidigare hade fått Kåvepenin, Cefamox och Heracillin och inget verkade hjälpa. Patienten sattes in på Dalacin i 10 dagar.

Odling togs från den spruckna abscessen som visade på koagulasnegativa stafylokocker.

1999-08-13 ringde modern då de tidigare två abscesserna, som hade tillkommit, nu hade spruckit och att det hade kommit ytterligare två små vilka ömmade. Då patienten redan stod på behandling med Dalacin beslöt man att avvakta till efter helgen.

1999-08-17 då förloppet varit långdraget, med svårigheter att hålla rent, planerades rengöring i narkos vilket utfördes 1999-08-18. De affekterade abscesserna som vid bedömning i narkos såg mer retade och infekterade ut än förväntat och hade börjat blöda, medförde att patienten lades in för fortsatt rengöring och eventuell debridering i narkos. Ny odling togs avseende såväl allmän odling som svamp och dermatofyter. Sårödling visade stafylococcus aureus känsliga för samtliga testade antibiotika och patienten fick recept på Abbotcin.

1999-09-16 utfördes en delhudstransplantation som vid kontroll 1999-09-28 hade läkt fint.

Svampodling från ytligt sår på huvudet som togs 1999-08-18 visade växt av trichophyton tonsurans. Den påvisade svampen finns troligen normalt på huden.

PATIENTENS MOR har anmält felaktig diagnos och behandling av en svampinfektion och uppger i sin skrivelse till Patientskadenämnden att personskaderegleringsbolaget gjort en felbedömning då man endast har gått på den linjen, att läkarna inte gjort något fel i stället för att se till allt lidande sonen har fått gå igenom. Lidandet blev mycket större än man kunnat befara och har satt djupa spår.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

För att diagnostisering ska vara felaktig krävs att den avviker från allmänt vedertagen praxis. Denna anger en standard som anknyter till ett inom praktisk medicin utvecklat handlingsmönster vid utredning och tolkning av ett speciellt symtom. Om en läkare på grund av iakttagbara symtom ställer en diagnos som senare visar sig vara felaktig, blir en följdskada av detta inte i och för sig en skada som ska ersättas. Endast om en inom aktuellt specialistområde erfaren läkare borde ha dragit rätt slutsats av iakttagbara symtom kan ersättning bli aktuell.

Det fanns inte skäl att tro att patienten i samband med akutbesöket på Länsjukhuset i Kalmar 1999-07-21 var infekterad med svamp. Det faktum att bölden efterföljande dag sprack och tömde sig på var, talade för en stafylokockinfektion. Kliniskt förelåg det initialt tydliga tecken på stafylokockinfektion. Det var därför rätt att byta till ett specifikt stafylokock-antibiotikum.

Man har därefter vid flera tillfällen odlat från såret och konsulterat infektionsläkare. Det finns ingenting som tyder på att sjukdomsförloppet blivit kortare eller slutresultatet att annat om svampmedicin insatts redan vid akutbesöket 1999-07-21.

Vi har bedömt att faktiskt iakttagbara symtom tolkats i överensstämmelse med allmänt vedertagen praxis och anser att patienten fått en riktig vård och behandling för de besvär han uppvisat samt att det inte var medicinskt motiverat att behandla patienten tidigare än som nu blev fallet. Ersättning har därför avböjts.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ersättningsbar patientskada förelåg och gjorde följande bedömning:

Anmälan gäller ett förlängt sjukdomstillstånd på grund av fel diagnos och behandling av en svampinfektion.

Enligt 6 § första stycket 3 patientskadelagen lämnas ersättning för personskada på patient om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av felaktig diagnostisering.

Nämnden konstaterar inledningsvis att ifrågavarande svamp – trichophyton tonsurans – är en ilsken svamp som företrädesvis finns i hårbotten, särskilt hos barn, och att vid misstanke om svampinfektion behandling ofta sätts in redan innan resultat från svampodling erhållits.

Utredningen i ärendet ger enligt nämnden grund för antagande att pojken kan ha drabbats av en blandinfektion. Nämnden anser det dock vara övervägande sannolikt att den svampinfektion som så småningom diagnosticerades var en bidragande orsak till det utdragna sjukdomsförloppet. Mot bakgrund av att såren i hårbotten var ytterst svårläkta borde misstanken om att det kunde röra sig om en svampinfektion ha väckts och föranlett åtgärder på ett tidigare stadium än som nu skedde. Nämnden anser att detta borde ha skett åtminstone i början av augusti 1999 och att svampmedicin borde ha satts in i anslutning härtill. En tidigare diagnos av svampinfektionen och därmed insatt riktad terapi hade med övervägande sannolikhet förkortat sjukdomsförloppet, minskat behovet av andra behandlingsinsatser och därmed förkortat pojkens lidande. Det föreligger därmed rätt till patientskadeersättning enligt 6 § första stycket 3 patientskadelagen.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 388/2002

2003:07

Psykisk skada i samband med förlossning. Intrauterin fosterdöd. Den psykiska skada som modern drabbats av genom barnets död har ansetts som en skada på modern och inte som en tredjemansskada.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 38-årig kvinna som vårdades på kvinnoklinik på grund av för tidig hinnbristning.

PATIENTEN har som patientskada anmält psykiskt lidande p.g.a. intrauterin fosterdöd (barnet avled i livmodern) orsakad av felaktig handläggning inför förlossning.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) fann att rätt till patientskadeersättning förelåg med anledning av barnets dödsfall och ersättning har lämnades för begravningskostnader. I övrigt avböjdes ersättning eftersom moderns anmälda skada ansågs vara en följd av barnets död och inte av förlossningen i sig. Av utredningen framgick inte att moderns sjukskrivning var orsakad av själva handhavandet av förlossningen. Enligt PSR:s uppfattning berodde sjukskrivningen på den intrauterina fosterdöden. Dödsfallet har inte orsakats uppsåtligt eller genom grov vårdslöshet som ligger mycket nära en uppsåtlig handling. Förutsättningar saknas därför också för att tillerkänna patienten skadestånd för det psykiska lidande hon tillfogats genom dödsfallet.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ersättningsbar patientskada förelåg och gjorde följande bedömning:

Ärendet rör en intrauterin fosterdöd. Barnet avled i livmodern och framföddes dött. PSR har bedömt att skadan på fostret, d.v.s. dödsfallet, är ersättningsbar och har lämnat ersättning för begravningskostnader.

Modern har hävdats att hon själv drabbats av en skada när barnet dog eller i vart fall när hon chockades av beskedet och av händelserna i samband med förlossningen och har yrkat ersättning för psykisk skada. PSR har emellertid hävdats att moderns anmälda skada är en följd av att fostret dött och inte av själva förlossningen. Vidare har i ärendet anförts att det rör sig om en så kallad tredjemansskada.

Då ärendet är av principiellt intresse har nämnden beslutat att inhämta ett rättsutlåtande från professorn i civilrätt vid Uppsala universitet, Håkan Andersson, med frågeställningen om den skada modern drabbats skall anses vara en

tredjemanssskada till följd av barnets död eller om man skall se skadan som en ”egen” personsskada för modern.

I utlåtandet, daterat den 3 februari 2003, har Håkan Andersson angett bland annat följande:

”Behandlingen i sin totalitet innefattade åtgärder som – så länge barnet ännu inte var fött – fysiskt hänförde sig till kvinnans kropp. Under de fyra dagar sjukhusbesöket varade riktades alla undersökningsåtgärder mot kvinnan, dvs. det var hon som var patienten som behandlades. – – – Det relevanta orsakssambandet ska således sökas i kopplingen mellan behandlingen och de psykiska konsekvenserna – inte nödvändigtvis i den direkta kopplingen mellan behandlingens fysiska ingrepp i kroppen och därav påföljande psykiska reaktioner. Även vårdformer helt utan fysiska operationer omfattas av patientskadebegreppet, varför man inte ska särskilja de psykiska komponenterna från den totala åtgärdssituationen.

Konkret i detta fall innebär det nu anförda att det inte finns någon anledning att specifikt efterfråga huruvida kvinnans psykiska besvär relaterar till förlusten av barnet som sådant eller till det fysiska ingreppet (förlossningen) då barnet framföddes dött. Istället måste den samlade vårdinsatsen under de fyra dagarna – och då särskilt den uteblivna CTG-kontrollen – vara den bakgrund som kvinnans senare besvär ska relateras till. Man kan således inte uppställa något krav på en direktrelation mellan det specifika fysiska ingreppet på kvinnan och hennes senare psykiska besvär, utan dessa måste värderas utifrån helhetsbilden av vårdåtgärdernas brister. Det faktum att barnet dog (eller snarare att fostret aldrig föddes med liv) är ingen konkurrerande skadeorsak att anföra gentemot ansvar. Behandlingen i sin totalitet innefattade åtgärder som – så länge barnet inte var fött – fysiskt hänförde sig till kvinnans kropp. Under de fyra dagar sjukhusbesöket varade riktades alla undersökningsåtgärder mot kvinnan, dvs. det var hon som var patienten som behandlades; begreppet ”patient” omfattar den som ”angående sitt eget hälsotillstånd” etablerat kontakt med hälso- och sjukvården (prop. 1995/96:187 s 76; SOU 1994:75 s 179). Som en följd av att denna behandling i ett viktigt avseende försummas drabbades hon av de beskrivna psykiska besvärerna. – – – Slutsatsen bör därmed bli att kvinnan lidit en egen personsskada till följd av att behandlingen av henne innefattat ansvarsgrundande brister. Skadan är av psykisk natur, men bör ses som en följdverkan av den bristande vården avseende henne. Att det i den psykiska bilden finns med moment av emotionell karaktär avseende förlusten av hennes barn förtär inte den nu nämnda slutsatsen – utan förstärker blott allvaret i den psykiska ångestreaktion som den felaktiga behandlingen av henne inneburit.”

Nämnden har i tidigare ärenden anført att mor och foster är ”ett” under graviditet och förlossning.

Enligt Håkan Anderssons uppfattning, i vilken nämnden instämmer, är modern och fostret att anse som en patient. En tillämpning av denna princip innebär att skador av psykisk natur som en moder drabbats av på grund av skador på fostret och dess följder är att betrakta som personsskador på henne själv och inte en tredjemanssskada.

Den psykiska skada som modern i detta fall drabbats av är således att betrakta som en patientskada och skall ersättas enligt patientskadelagen. Det ankommer på PSR att utreda den närmare omfattningen av skadan.

2003:09

Facitbedömning. Ersättning. Annan metod hade tillgodosett patientens behandling av bröstcancer på ett mindre riskfyllt sätt.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 52-årig kvinna som 2000-07-27 opererades för vänstersidig bröstcancer. Vid mammografienheten hade man gjort en ultraljudsledd punktion från förändringen i bröstet. Den cytologiska undersökningen visade cancerceller av lobulär typ (cancer utgående från bröstets körtelceller). Man bedömde att patienten hade en "icke specificerad lokalisation av malign tumör". Palpatoriskt var förändringen 1 x 2 cm. Då det rörde sig om en liten förändring opererades patienten med sektorresektion och axillarutrymning (bröstbevarande kirurgi, avlägsnande av fårtbitsformad del av bröstet samt borttagande av lymfkörtlar från armhålan).

Mikroskopisk undersökning av tumören visade att det enbart rörde sig om cancer in situ d.v.s. en välvgränsad tumör utan lokal spridning. Det fanns inte heller någon metastasering i lymfkörtlarna. 2000-08-14 fick patienten besked om att hon var färdigbehandlad. Utöver kirurgin krävdes ingen ytterligare behandling.

Vid återbesök 2001-03-12 hade patienten utvecklat lymfödem i armen med värk och svullnad.

PATIENTEN anmälde som patientskada att hon har fått lymfödem och ständig värk i vänster arm efter operationen 2000-07-27 eftersom man felaktigt även gjorde en utrymning av lymfkörtlar i armhålan.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Enligt 6 § första stycket 3 patientskadelagen menas med patientskada en skada, som har uppkommit eller inte förhindrats till följd av att faktiskt iakttagbara sjukdomssymtom inte har tolkats på ett sätt som överensstämmer med allmänt vedertagen medicinsk praxis.

Vi anser att man har tolkat undersökningsresultatet i enlighet med allmänt vedertagen praxis. Inför operationen använde man riktiga undersökningar för att fastställa cancertyp. Den preoperativa utredningen talade för cancer av den typ som medför risk för spridning till lymfkörtlarna i armhålan. Då det före operationen inte går att få en helt säker diagnos var det riktigt att utvidga ingreppet till att avse även lymfkörtelutrymning. Att tumören efter operationen visade sig vara en cancer in situ d.v.s. utan spridning betyder inte att patientens symtom

tidigare har tolkats felaktigt. Patienten har därför inte rätt till patientskadeersättning.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ersättningsbar patientskada förelåg och gjorde följande bedömning:

Patienten bedömdes initialt ha en bröstcancer av den typ som kan sprida sig till armhålan, varför både tumören i bröstet och lymfkörtlarna i armhålan avlägsnades. Vid mikroskopisk undersökning visade det sig dock att det var fråga om cancer in situ utan spridning till lymfkörtlarna. I efterförloppet drabbades patienten av lymfödem med svullnad och värk i armen.

Nämnden konstaterar att palpationsfyndet var diskret och att mammografin var negativ. Man hade därför primärt kunnat nöja sig med ett bröstringrepp (sektorresektion) och inväntat ett definitivt PAD-svar för att få tumörens karaktär verifierad. Med ett sådant tillvägagångssätt hade den uppkomna skadan kunnat undvikas. Det föreligger därför en ersättningsbar skada enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 1047/2002

2003:10

Bristande information. Ersättning. Ingen information har inför operation för käkledsförskjutning lämnats om risk för känselstörning. Det kan antagas att patienten inte skulle ha genomgått operationen om fullständig information lämnats om skaderiskerna.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

Allmänna skadeståndsrättsliga regler

Ärendet gäller en 58-årig kvinna med bettavvikelse. Hon remitterades 1994-10-25 till käkkirurg för bedömning och åtgärd avseende bettavvikelse. Patienten hade bekymmer med frekvent huvudvärk och nedsatt gapningsförmåga av varierande grad. 1996-04-22 opererades patienten och underkäken flyttades fram med s.k. sagittal split.

PATIENTEN anmälde bestående känselbortfall i underkäken efter operationen samt att underbett uppstått och tandkronorna i överkäken fick onormal lutning.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Av den medicinska utredningen framgår att patientens besvär var av den omfattningen att operationen var medicinskt motiverad. Operationen utfördes enligt vedertagen metod på ett korrekt sätt och den uppkomna nervstörningen är en ej undvikbar komplikation. Utredningen visar att relationen mellan käkarna i stort sett är normal. Det betyder att överkäkständerna står utanför underkäkständerna. Skulle underbett föreligga, skulle relationen vara den omvända. Beträffande formen och läget av tandkronorna i överkäkfronten så kan det på en tillgänglig modell ses att de preparerade pelarna, som skall utgöra fästet för kronorna, har en lutning som inte pekar onormalt utåt.

Enligt vår bedömning har patienten successivt utretts och behandlats i överensstämmelse med allmänt vedertagen praxis.

Mot bakgrund av ovanstående finner vi att det inte föreligger någon ersättningsbar skada enligt den frivilliga patientförsäkringen eller patientskadelagen.

Med anledning av uppgifter om bristande information vill PSR framhålla att vare sig ersättningsbestämmelserna eller patientskadelagen omfattar rätt till ersättning för skador eller komplikationer som är en följd av bristande information eller uteblivet samtycke. Utredningen ger inte heller stöd för att det förligger sådan brist i information eller samtycke att skadeståndsskyldighet förligger.

PATIENTSKADENÄMNDEN bordlade ärendet för ytterligare utredning om vilken information som föregått det kirurgiska ingreppet. PSR inhämtade två yttranden från den aktuella käkkirurgiska kliniken. I det första yttrandet framhöll vederbörande övertandläkare att ”jag kan bara konstatera att vi här misslyckats i vår information till patienten och att vi helt klart inte tillräckligt betonat den ökade risken för sensibilitetsbortfall vid mandibulära osteotomier på vuxna personer”. I ett andra yttrande anförde samme övertandläkare att ”det vid den aktuella tidpunkten på kliniken fanns en mycket tydlig och genomdiskuterad policy gällande vikten av att informera samtliga patienter aktuella för ortognat kirurgi om risken för sensibilitetspåverkan vid operationer på underkäken. – – – Av de daganteckningar som föreligger framgår inte om patienten fått information om risken för sensibilitetsbortfall eller sensibilitetspåverkan”.

PSR redovisade därefter följande uppfattning i informationsfrågan:

Det framgår inte av utredningen exakt vilken information patienten fick inför operationen. Av den medicinska utredningen framgår att patientens besvär var av den omfattningen att operationen var medicinskt motiverad. Operationen utfördes enligt vedertagen metod på ett korrekt sätt och den uppkomna nervstörningen är en ej undvikbar komplikation. Med hänsyn till patientens preoperativa besvär anser vi det mindre sannolikt att, för det fall att hon erhållit full information om riskerna med operationen, skulle ha avstått från densamma. Det har inte

förekommit sådana brister i informationen att det kan anses utgöra en sådan vårdslöshet som medför skadeståndsskyldighet.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg vid sin slutliga prövning att rätt till ersättning förelåg enligt allmänna skadeståndsrättsliga regler och gjorde följande bedömning:

Vad gäller rätten till ersättning enligt de i ärendet tillämpliga ersättningsbestämmelserna från 1995 gör nämnden samma bedömning som PSR och anser på de skäl bolaget anfört att det inte föreligger någon ersättningsbar behandlingskada.

Med anledning av patientens uppgifter om bristande information vill nämnden framhålla att ersättningsbestämmelserna inte innehåller något åtagande att lämna ersättning vid brister i den information som lämnas en patient före behandlingen om de särskilda behandlingsrisker som kan förekomma. Nämnden har av denna anledning även prövat om det förelegat sådan brist i informationen att ersättning kan lämnas enligt allmänna skadeståndsrättsliga regler.

Av utredningen framgår att det vid denna typ av operation föreligger en mycket stor risk för nervstörning. En sådan kan uppstå vid upp till 30 % av operationerna. Av yttrande från klinikchefen framgår att det vid tidpunkten för den aktuella operationen fanns en mycket tydlig och genomdiskuterad policy gällande vikten av att informera patienter aktuella för denna typ av operation om risken för nervstörning. Anteckningar om att patienten fått sådan information saknas och klinikchefens slutsats är att patienten inte har fått denna information. Nämnden anser därför att det föreligger en felaktig underlåtenhet att informera om risken för nervstörning.

Frågan är då om läkarens försummelse att informera och inhämta samtycke haft sådant samband med skadan att skadeståndsskyldighet uppkommit. Vid denna bedömning måste man ta ställning till om aktuella skador skulle ha kunnat undvikas om adekvat information givits. Skulle patienten med andra ord ha avstått från operationen om hon blivit informerad om att det förelåg en betydande risk för nervstörning?

Nämnden konstaterar att operationen inte var helt nödvändig. Patienten hade emellertid betydande besvär med huvudvärk och nedsatt gapförmåga och operationen måste därför anses vara medicinskt motiverad. De besvär patienten hade måste dock noga vägas mot den höga risken för komplikationer vid denna typ av operation. Nämnden anser att det, om en fullständig information om skaderiskerna lämnats, inte kan antagas att patienten vid en sådan avvägning skulle ha genomgått operationen. Eftersom skada uppkommit till följd av den risk som patienten inte informerats om är patienten berättigad till ersättning på skadeståndsrättslig grund för nervstörningen.

2003:13

Facitbedömning. Ersättning. Sfinkterskada (på modern) i samband med vaginal förlossning. Speciella omständigheter gör att skadan i detta fall borde ha kunnat undvikas genom akut kejsarsnitt.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 32-årig kvinna som genomgick en planerad vaginal förlossning 1998-10-15.

Hon hade sedan många år tillbaka problem med ulcerös colit (sårig och ofta svårartad inflammation i tjocktarmen) och man hade diskuterat en operation med coлектomi (operativt avlägsnande av tjocktarmen eller en del därav). Hon hade behandlats med höga doser kortison. Hon försämrades initialt i sin sjukdom i början av graviditeten (våren 1998) och vårdades på medicinklinik. Hon var även på specialistmottagning samt på specialistmödravård för kontroller och uppläggning av fortsatta kontroller av hennes graviditet. Vid specialistmödravården utgick man hela tiden ifrån en planerad vaginal förlossning. Hon inlades 1998-10-14 för observation på grund av lätt havandeskapsförgiftning, d.v.s. måttlig blodtrycksstegring, äggvita i urinen och lätt påverkade levervärden. Vattnavgång skedde natten därpå (1998-10-15) och under efternatten började en del sammandragningar. För att påskynda utmognaden av livmoderhalsen lades ett slidpiller. Efter detta ”mognade livmoderhalsen ut” ytterligare och började öppna sig. Patienten fick mer sammandragningar och fick en epiduralbedövning (ryggbedövning) och sedan sattes ett värkstimulerande dropp. Kl. 21.30 hade livmoderhalsen helt öppnat sig och barnets huvud trängde ner i bäckenet. På grund av att patienten i detta skede var uttröttad tillkallades jourläkare som bedömde att man skulle lägga en sugklocka. Denna lossnade dock från barnets huvud efter att man dragit två gånger och i samband med detta orsakades en bristning i bakre slidväggen. Man stimulerade till bättre värkar och lade på nytt sugklocka och efter fem dragningar framfördes barnet. I samband med framförandet gjordes ett klipp och patienten överfördes därför till operation för suturering av bristningen och klippet. Man fann i samband med detta inte några tecken på att sfinktern (slutmuskeln) skulle vara skadad.

I efterförloppet uppkom symtom på sfinkterskada med inkontinenssymtom. Enligt personskaderegleringsbolagets (PSR:s) bedömning förelåg fördröjd behandling av sfinkterskadan och patienten fick därför rätt till patientskadeersättning för den merskada som uppkommit till följd av att diagnosen fördröjdes. Merskadan ansågs bestå av de besvär med avföringsinkontinens som patienten hade tills hon opererades 1999-09-29 för coлектomi och ileostomi. Ersättning för sveda och värk har beräknats för perioden 1998-10-15–1999-09-28 till

23 000 kronor. Efter avdrag av karensbeloppet på 1 000 kronor har 22 000 kronor betalats ut till patienten.

PATIENTEN har därefter hos Patientskadenämnden begärt ersättning för kvarstående besvär och därvid anfört – genom ombud – att man inte borde ha genomfört en vaginal förlossning med hänsyn till den uppenbara risk som föreligger för skada på sfinktermuskeln. Man hade före förlossningen planerat en operation med bäckenreservoar på grund av patientens tarmsjukdom och en bäckenreservoar förutsätter en fungerande slutmuskel. Med hänsyn till detta borde förlossningen i stället ha skett med kejsarsnitt.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ytterligare ersättning med följande motivering:

Enligt vår bedömning har förlossningen skötts på ett vedertaget sätt. Patienten gick under graviditeten dels på specialistmödravården, dels hos tarmspecialist på gastroenterologen. Det finns inte i någon journalanteckning från tarmspecialist någon rekommendation att förlösa patienten med sectio (kejsarsnitt) och inte heller någon diskussion angående planerad operation av tarmen. I journalanteckningarna utgick man hela tiden ifrån en planerad vaginal förlossning. Det var således inte medicinskt motiverat att förlösa med kejsarsnitt. Att det uppkommer en bristning är en komplikation som i det enskilda fallet inte går att undvika genom ett annorlunda utförande av den valda förlossningsmetoden och någon annan förlossningsmetod hade inte tillgodosett vårdbehovet på ett totalt sett mindre riskfyllt sätt.

Vad gäller behandlingen av *sfinkterskadan* har vi bedömt att fördröjd behandling föreligger. Merskadan till följd av fördröjd behandling är de besvär patienten hade med avföringsinkontinens fram till operationen som utfördes i september 1999. Sfinkterskadan i sig utgör en kontraindikation för operation med bäckenreservoar oavsett när den diagnostiseras. Även om sfinkterskadan hade upptäckts och behandlats korrekt i samband med förlossningen, hade den utgjort kontraindikation för operation med bäckenreservoar. Ytterligare ersättning har avböjts.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ersättningsbar patientskada förelåg och gjorde följande bedömning:

Enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen lämnas ersättning för personskada på patient om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd, under förutsättning att skadan kunnat undvikas antingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

Nämnden delar PSR:s bedömning att den anmälda skadan på sfinktermuskeln inte har kunnat undvikas genom ett annat utförande av det valda förfarandet, d.v.s. genom ett annat utförande av den vaginala förlossningen.

Nämnden har då att ta ställning till om skadan kunnat undvikas genom val av ett annat förfarande i enlighet med ovan nämnda paragraf. Vid denna bedömning finner nämnden att det inte förelåg någon indikation för ett planerat kejsarsnitt. I jämförelse med vaginal förlossning är det nämndens uppfattning att ett kejsarsnitt normalt sett medför en större risk för skada på såväl moder som barn. Det var därför rätt att initialt välja vaginal förlossning. Däremot kan man diskutera valet av behandlingsmetod i samband med att den sekundära värksvagheten inträffade. Barnet stod vid detta tillfälle fortfarande "högt" i bäckenkanalen. Kombinationen av yttre press med s.k. halvhög sugklocka måste då ha inneburit ganska stora risker för skada på patienten. I detta läge borde ett kejsarsnitt ha varit ett realistiskt alternativ och vid ett sådant ingrepp hade sfinkterskadan undvikits. Kejsarsnitt hade dessutom vid aktuell tidpunkt varit ett mindre riskfyllt alternativ, speciellt med tanke på den förestående operationen av patientens ulcerösa colit. En bäckenreservoar, eller annan rekonstruktiv kirurgi, måste anses ha varit aktuell med hänsyn till patientens allvarliga tarmsjukdom och för dessa operationer är det nödvändigt med en intakt sfinkter.

Om ett kejsarsnitt hade genomförts när den sekundära värksvagheten uppkom skulle sfinkterskadan ha kunnat undvikas. Vårdbehovet hade då även tillgodosetts på ett mindre riskfyllt sätt. Den uppkomna sfinkterskadan är således en ersättningsbar patientskada och patienten har därför rätt till patientskadeersättning för följderna av skadan.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 212/2003

2003:14

Ersättningstvist. Beräkning av invaliditetsgrad vid bilaterala skador, i detta fall skador i båda benen.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

8 § patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 64-årig man som 1998-12-15 opererades för ett bukaortaaneurysm (kroppspulsåderbråck). Det kärlkirurgiska ingreppet lyckades men omedelbart efter ingreppet noterades total styvhet i båda fotlederna och kraftig svullnad av musklerna i underbenen. Patienten hade drabbats av dubbelsidigt com-

partmentsyndrom (förhöjt lokalt tryck med rubbad blodförsörjning i en grupp muskler som har gemensam muskelhinna).

Vid undersökning 1999-08-27 hade patienten omfattande muskel- och nervskador i båda benen med bestående invaliditet och mycket begränsad rörelseförmåga. Han hade dubbelsidiga droppfötter med nedsatt känsel och kraft, ingen dorsal extension (uppåtsträckning) i någon av fotlederna och ingen rörlighet i tårna. Han hade dock god plantar flexionsförmåga (böjning mot fotsulan) i båda fotlederna med god kraft. Han kunde förflytta sig inomhus med hjälp av två käppar och även kortare sträckor utomhus om det är plan mark. I övrigt använde han rullstol. Under hösten 2000 fick patienten ytterligare besvär från båda sina lilltår, som ville kröka sig in under fötterna. Han fick också ömhet och smärta i dessa tår, vilket medförde ytterligare begränsad rörlighet.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) accepterade att patienten hade rätt till patientskadeersättning för följderna av det dubbelsidiga compartmentsyndromet och ansåg att patientskadan hade medfört en medicinsk invaliditetsgrad på 34 %. Patientens kvarstående besvär motsvarar en medicinsk invaliditetsgrad på 19 % i varje ben. Sammanvägt enligt gällande kumulationstabell blir den totala invaliditeten 34 %. Bedömningen gjordes i samråd med läkare inom specialistområdet ortopedi.

Ersättning har därefter fastställts med ledning av gällande tabell och patientens ålder vid den akuta sjuktidens slut (65 år).

PATIENTEN ansåg att invaliditetsgraden var för låg med hänsyn till att hälften av hans rörelseförmåga har förlorats.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att invaliditetsgraden översteg 34 % och att ersättning bör beräknas efter en invaliditetsgrad motsvarande 40 % samt att följaktligen ytterligare ersättning bör medges för lyte och men och olägenheter i övrigt. Nämnden gjorde följande bedömning:

Nämnden delar bedömningen att de kvarstående besvären i vart och ett av benen motsvarar en invaliditet på 19 %. I det medicinska tabellverket anges invaliditetsgrader för vissa bilaterala skador, dock inte för den nu aktuella skadetypen. Om metoden med kumulativ procentuell sammanvägning av invaliditeterna används, erhålls visserligen 34 %. Emellertid kan metoden enligt nämndens mening inte användas i fall som detta, eftersom förlusten av rörelseförmågan i båda benen snarare förstärker den sammanlagda invaliditeten. Ersättning för lyte och men bör därför skäligen beräknas efter en invaliditetsgrad på 40 %.

När det gäller ersättning för olägenheter anser nämnden att det s.k. C-beloppet bör höjas till 6 000 kronor. Det ankommer på PSR att göra en sedvanlig

beräkning av ersättningen enligt den s.k. ABC-metoden med beaktande av förfluten tid.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 325/2003

2003:15

Ersättningstvist. Beräkning av ersättning för sveda och värk för barn och pensionärer.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

8 § patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 53-årig kvinna, som är förtidspensionär. Hon opererades för diskbräck i ländryggen år 1984. Hon fick perkutana elektroder för ryggmärgsstimulering på 1980-talet, men på grund av kabelbrott flera gånger fick hon en Resumeelektrod 1989 och den hade fungerat bra. Patienten skulle genomgå MRT-undersökning på grund av misstanke om diskbräck, varför man var tvungen att koppla ifrån elektrodsystemet. Efter MRT-undersökningen 2000-02-10 sammankopplades systemet igen men man kunde inte få det att fungera tillfredsställande.

Vid operation med exploration av systemet 2000-10-03 bytte man hela anslutningskabeln och implanterade en modern stimulator av typ Itrel-3. Patienten lärde sig snabbt hantera utrustningen och var mycket nöjd med ingreppet. Hon hade lite sårsmärta men inga tecken på strömläckage i ryggen. Hon skrevs ut till hemmet 2000-10-04.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) accepterade att patienten hade rätt till patientskadeersättning för tiden 2000-02-10–2000-10-04, och beräknade ersättningen för sveda och värk till 8 500 kr.

PATIENTEN var inte nöjd med ersättningens storlek. Hon ansåg ersättningen för sveda och värk för låg och ville ha ersättning för framtida kostnader för batteri-byten.

PSR ansåg att ersättningen för sveda och värk beräknats enligt gällande normer. Efter avdrag för karensbeloppet 1 000 kr hade man betalat ut 7 500 kr till patienten.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ytterligare ersättning skulle utgå för sveda och värk och gjorde följande bedömning:

Ersättning för sveda och värk

För barn och pensionärer, som i regel inte blir formellt sjukskrivna under den akuta sjukdomstiden, bör man vid beräkningen av ersättningen för sveda och värk som huvudregel utgå från att funktionsförmågan är nedsatt motsvarande hel arbetsoförmåga om annat inte framgår av utredningen i ärendet.

I detta ärende har skaderegleringsbolaget för perioden den 10 februari 2000–1 oktober 2000 endast lämnat ersättning motsvarande halv arbetsoförmåga. PSR har emellertid inte angivit varför man gjort avsteg från huvudregeln om hundra-procentig ersättning.

Nämnden kan av utredningen i ärendet inte finna något bärande skäl till varför ersättningen för sveda och värk under ovan nämnda period skall halveras. Patienten har således enligt nämndens mening rätt till full ersättning för sveda och värk under hela den akuta sjukdomstiden. Patienten bör därför vara berättigad till ersättning för sveda och värk med sammanlagt 17 000 kronor. Från denna ersättning skall avräknas tidigare framräknad ersättning med 8 500 kronor. Den ytterligare ersättning för sveda och värk som bör lämnas till patienten utgör således 8 500 kronor.

Ersättning för batterikostnader

Nämnden konstaterar att patienten vid operationen den 3 oktober 2000 fick en modernare ryggmärgsstimulator inopererad än vad hon tidigare haft. Den nya stimulatorn är betydligt enklare och bekvämare för patienten att hantera. Med hänsyn till detta och de skäl PSR i övrigt anfört kan framtida batterikostnader inte anses skadebetingade. Ersättning för dessa kostnader kan därför inte lämnas.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 364/2003

2004:01

Preskriptionserinran. Försäkringsgivare har lämnat ett förbehåll som ger patienten rätt att återkomma för ny prövning huruvida ytterligare ersättning kan lämnas om infektionen skulle återkomma i framtiden. Förbehållet har förklarats gälla utan tidsbegränsning. Sådan förklaring är ogiltig enligt 12 § preskriptionslagen (1981:130), varför patienten bör erinras om att preskriptionstid löper även i sådana fall.

TILLÄMPLIGA BESTÄMMELSER

§§ 5 och 8 i 1985 års ersättningsbestämmelser. Numera 8 och 23 §§ patient-skadlagen (1996:799). 12 § preskriptionslagen (1981:130)

Ärendet gäller en manlig patient, som efter en trafikolycka i oktober 1986 fick omfattande blodtransfusioner. I september 1996 upptäckte man att han var smittad med Hepatit C. Han var anti-HCV-positiv men med normala transaminaser. Efter leverbiopsi i början av november 1996 konstaterades att patienten hade en lätt kronisk Hepatit C och behandling med Interferon inleddes 1996-11-26. Patienten upplevde en del biverkningar av behandlingen, men denna fortskred till 1997-12-02. Vid kontroll 1998-02-17 visade provsvaren att behandlingen inte haft den önskade effekten. Man beslöt i samråd med patienten att inleda en kombinationsbehandling med Ribavirin och Interferon och denna inleddes 1998-04-15 och avslutades i oktober 1998. I intyg som utfärdats i februari 2000 noterades att patienten var fri från sin Hepatit-C infektion.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) ansåg att Hepatit-C smittan sannolikt hade överförts i samband med blodtransfusionerna i oktober 1986 och att det därmed förelåg en ersättningsbar behandlingsskada. Såvitt nu är i fråga lämnade PSR ersättning för sveda och värk (1996-11-26–2000-09-07) med 44 000 kr. PSR framhöll att beloppet hade räknats fram enligt gällande normer och tabeller.

PSR lämnade förbehåll om rätt för patienten att återkomma och begära ytterligare ersättning med följande motivering: Efter hörande av medicinskt sakkunnig i psykiatri har vi bedömt att behandlingsskadan har medfört en psykisk belastning fram till att patienten fick besked att infektionen läkt ut, men behandlingsskadan har inte medfört kvarstående psykisk invaliditet varför ersättning för lyte och men inte har lämnats. PSR har dock lämnat ett förbehåll som ger patienten rätt att återkomma för ny prövning om ytterligare ersättning kan lämnas, för det fall infektionen skulle återkomma i framtiden. *Förbehållet gäller utan tidsbegränsning* (kursiverat här).

PATIENTEN ansåg att den ersättning som lämnats för sveda och värk var alldeles för låg, varför ärendet kom under Patientskadenämndens prövning

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ytterligare ersättning inte skulle lämnas för sveda och värk men gjorde ett särskilt uttalande beträffande preskription i anledning av förbehållet och gjorde följande bedömning:

Ersättningen för sveda och värk avser att lämna gottgörelse för lidande och obehag under den akuta sjuktiden (själva läkningsprocessen) på grund av patientskadan. Sådan ersättning har i detta ärende beräknats enligt gällande ersättningsnormer, varför ytterligare ersättning inte kan betalas.

PSR har i sitt beslut den 3 juli 2001 under rubriken "Förbehåll" angivit: "Om infektionen skulle återkomma i framtiden har du rätt att återkomma till oss för ny prövning om ytterligare ersättning kan lämnas. Förbehållet gäller utan tidsbegränsning." Nämnden vill i detta sammanhang erinra om 12 § preskriptionslagen (1981:130). Enligt denna bestämmelse är avtal om att en fordran inte skall preskriberas ogiltiga. En preskriptionstid har därför ansetts gälla även om någon tidsbegränsning inte angivits i förbehållet. Enligt preskriptionslagen gäller en tioårig preskriptionstid. För undvikande av missförstånd är det angeläget att en patient, som förbehålls rätt att återkomma med nya ersättningskrav, informeras om att det gäller en preskriptionstid också för dessa krav.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 28/2003

2004:02

Facitbedömning. Plexusskada i samband med förlossning. Ej ersättning. Skadan hade inte kunnat undvikas genom användande av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

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

Ärendet gäller en 4-årig pojke med en vänstersidig plexusskada. Patientens mor kom in till förlossningsavdelning 1998-04-30 på grund av minskade fosterrörelser. Graviditeten var då fullgången (40 veckor + 5 dagar). Barnets vikt uppskattades till 4 300 gram. Man bestämde sig för att inducera förlossningen med amniotomi och värkframkallande dropp. Som smärtlindring gavs klockan 01.45

ryggbedövning (EDA). På efternatten uppvisade CTG-kurvan under en period något nedsatt variabilitet men då barnets pH var 7.27 fortsatte man att stimulera. Barnet framföddes i framstupa kronbjudning efter svårighet att lösa axlarna. Barnet var blekt och slappt men hämtade sig snabbt. Apgar var 3, 9 och 10 efter 1,5 och 10 minuter. Födelsevikten var 4 425 gram och längden 52 cm. Vid undersökning av barnet efter förlossningen konstaterades en total plexusskada på vänster sida.

PATIENTENS FADER anmälde som patientskada att barnet fått en vänstersidig plexusskada, Horners syndrom, hämmad tandtillväxt samt missbildat högeröra i samband med förlossning 1998-05-01. Han har i sin skrivelse till Patientskadenämnden framhållit att hans huvudargument hela tiden har varit att hans hustru på felaktiga grunder förvägrats ett nödvändigt kejsarsnitt.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Ersättning för patientskada lämnas om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd, under förutsättning att skadan kunnat undvikas antingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

Ersättning kan också lämnas för en patientskada orsakad av felaktig diagnostisering. För att diagnostisering ska vara felaktig krävs att den avviker från allmänt vedertagen praxis. Denna anger en standard som anknyter till ett inom praktisk medicin utvecklat handlingsmönster vid utredning och tolkning av ett speciellt symtom. Om en läkare på grund av iakttagbara symtom ställer en diagnos som senare visar sig vara felaktig, blir en följdskada av detta inte i och för sig en skada som skall ersättas. Endast om en inom aktuellt specialismråde erfaren läkare borde ha dragit rätt slutsats av iakttagbara symtom kan ersättning bli aktuell.

Enligt anmälan har barnet en vänstersidig plexusskada, Horners syndrom, hämmad tandtillväxt och missbildat högeröra. I den medicinska dokumentationen finns enbart plexusskadan beskriven varför endast denna kan bedömas.

Plexusskadan har med övervägande sannolikhet samband med förlossningen. Det är välkänt att den kraftiga dragning som framtvings vid svårighet att lösa axlarna kan ge plexusskador.

Det är vedertaget att inducera en förlossning i fullgången tid när patienten upplever minskade fosterrörelser och livmodertappen känns mogen. Bäckens storlek kan inte bedömas utifrån kvinnans kroppskonstitution. Även bäckenmätning med röntgen är en oprecis metod som under senare år används i allt mindre omfattning speciellt när barnet ligger i huvudläge.

Barnets tillstånd följdes kontinuerligt under förlossningen med registrering av hjärtfrekvensen. När man såg en mindre avvikelse kontrollerade man med pH-mätning och när det var normalt fortsatte man stimuleringen. Någon medicinsk indikation för kejsarsnitt fanns därför inte under förlossningen. Barnets storlek som uppskattats till 4 300 gram är inte heller i sig en indikation för kejsarsnitt.

Mot bakgrund av ovan nämnda förhållanden finner vi att förlossningen har skett på ett korrekt sätt enligt vedertagna behandlingsprinciper. Faktiskt iakttagbara symtom har tolkats i överensstämmelse med allmänt vedertagen praxis. Plexusskadan har inte kunnat undvikas genom ett annorlunda utförande av det valda förfarandet. Vid en efterhandsbedömning och med hänsyn tagen till de sammantagna risker som föreligger för både mor och barn vid ett kejsarsnitt, har vi bedömt att ett sådant ingrepp inte hade tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Under sådana förhållanden föreligger det ingen patientskada och ersättning har därför avböjts.

Om Patientskadenämnden kommer fram till att plexusskadan är en ersättningsbar patientskada, kommer PSR att vidareutreda sambandsfrågan när det gäller övriga anmälda skador.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att ersättningsbar patientskada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

Nämnden prövar endast den i ärendet anmälda skadan i form av plexusskada efter skulderdystoci.

Enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen lämnas ersättning för personskada på patient om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd, under förutsättning att skadan kunnat undvikas antingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt

Det föreligger samband mellan förlossningen och barnets plexusskada, som uppkom när barnets axlar löstes med dragning. Detta var dock en nödvändig åtgärd och skadan skulle inte ha kunnat undvikas genom ett annat utförande av det valda förfarandet. Vid en förlossning med kejsarsnitt hade denna skada emellertid inte uppkommit. En icke vaginal förlossning medför dock generellt sett större risker för både moder och barn. Nämnden anser att detta gäller även i föreliggande fall. Varken barnets uppskattade födelsevikt 4 300 g eller moderns kroppskonstitution utgjorde medicinska indikationer för att i förväg välja ett kejsarsnitt. Förlossningsförloppet var också normalt fram till den tidpunkt då svårigheterna med att lösa axlarna oväntat uppstod. I det läget fanns ingen möjlighet att utföra ett kejsarsnitt och det fanns inte något annat tillgängligt behandlingsval än att fullfölja den vaginala förlossningen på det sätt som skedde.

Nämnden delar i dessa avseenden den uppfattning professorn Marc Bygdeman givit uttryck för i sitt utlåtande den 28 juli 2002.

Den uppkomna skadan har således inte kunnat undvikas och någon alternativ behandlingsmetod – ”annat tillgängligt förfarande” – som uppfyller de i lagrummet ovan angivna kriterierna för ersättning fanns inte.

Nämnden gör därför samma bedömning som PSR och anser att det inte föreligger någon ersättningsbar patientskada.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 427/2003

2004:03

Bevisbördans fördelning. I en ersättningstvist har patienten fullgjort sin bevisbörda och visat att behandlingsskada inträffat. Försäkringsgivaren har då bevisbördan – utan bevislättning – för sitt påstående att patienten även om behandlingsskadan inte inträffat, på grund av andra sjukdomstillstånd, så kallade konkurrerande skadeorsaker, skulle ha varit helt eller delvis arbetsoförmögen.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

Allmänna bevisregler

Twisten gäller ersättning för inkomstförlust från och med den 1 juli 2001. Enligt personskaderegleringsbolagets (PSR:s) bedömning skulle patienten ha varit helt arbetsoförmögen även om hon inte drabbats av patientskadan.

PATIENTEN begärde fortsatt ersättning för inkomstförlust från och med juli 2001. Hon ansåg att grundorsaken till att hon är arbetsoförmögen och därmed har fått hel förtidspension är behandlingsskadan. Hon skulle ha varit ute i arbetslivet om inte behandlingsskadan hade inträffat. Det kroniska smärtsyndrom som har utvecklats under åren är enligt patienten en följd av behandlingsskadan. Det finns enligt patienten ingen annan sjukdom som förklarar besvären. Patienten stödjer sig bland annat på ett läkarutlåtande utfärdat 2002-10-03.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET avböjde ytterligare ersättning med hänsyn till att patienten oaktat patientskadan skulle ha varit helt arbetsoförmögen på grund av sina övriga icke patientskaderelaterade sjukdomsbesvär. PSR lämnade bl.a. följande motivering för sitt ställningstagande:

Ersättning för inkomstförlust lämnas enligt försäkringsvillkoren, vilka följer skadeståndsrättens regler. Detta innebär bland annat att ersättning för inkomstförlust inte kan lämnas om man samtidigt med behandlingsskadan är helt arbetsförmögen på grund av andra sjukdomstillstånd, så kallade konkurrerande skadeorsaker. Enligt PSR:s bedömning talar inte övervägande skäl för ett samband mellan den godkända behandlingsskadan och övriga smärttillstånd i kroppen. Patienten skulle oaktat patientskadan ha varit helt arbetsoförmögen på grund av sina övriga icke patientskaderelaterade sjukdomsbesvär.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ersättning för inkomstförlust skall betalas från och med den 1 september 1996 och gjorde följande bedömning:

PSR har bedömt att patienten har drabbats av en behandlingsskada, som består i ett smärttillstånd i höger fot. Skadan har bedömts motsvara 10 % medicinsk invaliditet. Bolaget har bedömt att patientens hela arbetsoförmåga från och med den 1 september 1991 och fem år framåt har orsakats av behandlingsskadan. Ersättning har därför lämnats för inkomstförlust motsvarande detta, bortsett från en period då patienten var arbetslös och skulle ha varit arbetslös även behandlingsskadan förutan. Från och med den 1 september 1996 har PSR halverat ersättningen för inkomstförlust. Som skäl härför har bolaget anfört att sjukbidrag beviljats, inte endast på grund av behandlingsskadan, utan även på grund av andra sjukdomsorsaker enligt försäkringskassans utredning, såsom värk i vänster fot samt värk i hela kroppen, speciellt fingrarnas småleder. PSR har således ansett att hälften av arbetsoförmågan är orsakad av andra sjukdomsorsaker än behandlingsskadan. Från och med juli 2001 har bolaget ansett att det inte föreligger någon av behandlingsskadan betingad arbetsoförmåga överhuvudtaget och har därför från denna tid avböjt ersättning för inkomstförlust. Till stöd härför har PSR åberopat försäkringskassans utredning och beslut om hel förtidspension från och med april 2001. Till grund för försäkringskassans beslut har legat, förutom behandlingsskadan, besvär i form av småvärk i hela kroppen, särskilt i fingrar och handleder, inflammationer samt migrän.

Patienten har ansett att grundorsaken till att hon är arbetsoförmögen och fått hel förtidspension är behandlingsskadan och att hon skulle ha varit ute i arbetslivet om inte behandlingsskadan inträffat. I brev den 19 maj 2003 har hon bl.a. anfört att flera av de symptom som PSR åberopat till stöd för sin ståndpunkt är inaktuella eftersom hon fått behandling för dessa. Vidare har hon anfört att migränbesvären, under 20 års yrkesarbete, inte medfört en enda sjukdag. PSR har inte bemött dessa påståenden.

Nämnden gör följande bedömning. Patienten har fullgjort sin bevisbörda och visat att behandlingsskada inträffat. PSR har å sin sida bevisbördan – utan bevislättnad – för sitt påstående att patienten, även behandlingsskadan förutan, skulle ha varit arbetsoförmögen, helt eller delvis, på grund av andra sjukdomstillstånd, så kallade konkurrerande skadeorsaker. Den utredning som presenterats i ärendet ger enligt nämnden inte tillräckligt stöd för att bolagets påstående skall

kunna anses vara styrkt. PSR bör därför ersätta patienten fullt ut för hela hennes inkomstförlust från och med den 1 september 1996.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 555/2003

2004:04

Implantering av pacemaker har lett till ett retningsstillstånd i hjärtsäcken. Ersättning. Skadan hade kunnat undvikas genom ett annat utförande av det valda förfarandet.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

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

Ärendet gäller en 29-årig man med sjuk sinusknuta (muskelknuta i hjärtat).

Två dagar i slutet av november 1998 låg patienten på sjukhus för utredning av oklar svimningskänsla. Hjärtverksamheten gick ner mot en frekvens på 30 slag/min med bortfall av vissa hjärtslag ("escape bits"). Den långsamma hjärtverksamheten (bradykardin) tolkades som träningseffekt och patienten rekommenderades att dra ner på sin träning.

I början av maj 1999 kom patienten in för pacemakerinläggning med bipolar förmakselektrod. Då elektroden infördes i förmaket uppträdde ett förmaksflimmer och pacemakerinläggningen fick avbrytas. Patienten remitterades till universitetssjukhus för fortsatt behandling. 1999-05-20 utfördes en pacemakerimplantation. Dagen efter, 1999-05-21, klagade patienten över smärtor till vänster i thorax och obehagskänsla retrosternalt. Ultraljudsundersökning visade lätt ökad mängd vätska i hjärtsäcken kring höger förmak utan tecken till hjärtpåverkan. Man utförde även en förnyad ultraljudsundersökning dagen efter som inte visade någon ökad mängd vätska jämfört med tidigare och pacemakerkontrollen var helt utan anmärkning.

1999-06-24 inlades patienten på sjukhus på grund av bröstsmärta. Patienten låg inne för observation till 1999-06-26.

1999-07-23 vid bandspelarundersökning noterades tecken till AV-block (störd överledning av nervimpulsen från förmaket till kammaren) och man övervägde därför att byta till en pacemaker med så kallad DDD-pacing (en pacemaker som stimulerar både förmaket och kammaren). Vid förnyad bandspelarundersökning 1999-08-24 sågs ingen AV-blockering varför man beslutade att inte utföra pacemakerbyte. 1999-12-02 visade bandspelarundersökning åter AV-

blockering vilket man bedömde borde föranleda en 2-kammarpacing och patienten kallades för komplettering med en kammarelektrod.

2000-02-06 inlades patienten akut på grund av att han svimmat. Han inlades och 2000-02-09 opererades han med ny pacemakerimplantation kompletterad med kammarelektrod.

PATIENTEN har som patientskada anmält:

- att han inte fick någon diagnos när han sökte sjukhus efter att ha svimmat 1998-11-25,
- att han utan förvarning fick kallelse för inläggning av pacemaker,
- att han drabbades av hjärtflimmer när pacemakern skulle opereras in 1999-05-04 och att operationen fick avbrytas,
- att han upplevde starka smärtor när pacemaker skulle opereras in 1999-05-20,
- att pacemakern slutade fungera efter ½ år vilket medförde ny operation och
- att han drabbats av vatten i hjärtsäcken tre gånger efter att pacemakern opererats in.

I sin skrivelse till Patientskadenämnden har patienten framhållit att hans anmälan huvudsakligen inriktar sig på om inläggningen av pacemaker skett på ett riktigt sätt och om man verkligen kontrollerade att skruvelektroden placerats rätt vid operationen på universitetssjukhuset. Utöver detta är hans frågeställning om det material som opererades in, d.v.s. pacemaker och elektroder, höll god teknisk kvalitet och inte hade fel eller brister. Patienten misstänker att samtliga komplikationer, t.ex. vätskan i hjärtsäcken och störningarna i hjärtats retledningssystem, beror på felaktigheter och missbedömningar begångna vid den aktuella operationen. Som stöd för detta påpekar patienten att han efter byte av förmakselektroden på annat universitetssjukhus i mars 2002 känner sig helt frisk och åter är fullt arbetsför.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) ansåg att ersättningsbar patientskada inte förelåg och gjorde följande bedömning.

För att man skall få ersättning genom patientförsäkringen krävs att man i samband med vård eller behandling tillfogats en personskada som hade kunnat undvikas. Ersättning lämnas också om man fått en felaktig behandling som leder till personskada. Däremot har man inte rätt till ersättning enbart av det skälet att behandlingen inte leder till önskat resultat eller att det uppstår en komplikation.

Patienten fick sin förmakselektrod inlagd i maj 1999 och man valde att lägga in en bipolar skruvelektrod enligt svensk och internationell praxis. Skruvelektrod är jämfört med så kallad passiv elektrod utan skruv att föredraga vid inläggning i höger förmak eftersom det är svårare att få en elektrod utan skruv att fästa där. Anledningen är att insidan av förmaksväggen är glattare och till skillnad från kammarväggen saknar muskeltrabekulering. Elektrodinläggningen tog en timme.

Elektrodspetsen i höger förmak placerades ventralt i höger förmak, det vill säga mot fri förmaksvägg angränsande mot perikardiet. Detta läge är det som vanligen väljs. På ekoremiss framgår att det var svårt att få förmakselektroden på plats vilket inte framgår av operationsberättelsen. Patienten fick samma dag symtom och perikardvätska (vätska i hjärtsäcken) konstaterades. Han besvärades därefter av återkommande perikardit. På grund av detta utreddes han för suspect systemsjukdom. Utredningen utföll dock negativt. Den sannolikaste förklaringen till patientens återkommande perikardutgjutning är retning via skruvelektroden. Komplikationen hade inte kunnat undvikas genom ett annorlunda utförande av operationen.

Beträffande den aktuella elektroden Tendrile DX 1388T bipolar finns det inget avvikande rapporterat. Det finns således ingenting som tyder på produktfel.

Patienten har utretts helt enligt konstens regler d.v.s. ultraljudsundersökningar har företagits och patienten har då behövt genomgå perikardtappning. Reumatologisk utredning omfattande eventuell systemsjukdom har företagits.

Vi har bedömt att den behandling patienten har fått har varit medicinskt motiverad och har utförts på ett riktigt sätt. Patientens symtom har utretts, tolkats och behandlats enligt vedertagen praxis. Den anmälda skadan, återkommande vätska i hjärtsäcken och retledningshinder, har inte gått att undvika, vare sig genom ett annorlunda utförande av den valda metoden eller genom en annan tillgänglig metod som hade tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att rätt till patientskadeersättning förelåg och gjorde följande bedömning:

Enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen lämnas ersättning för personskada på patient om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd, under förutsättning att skadan kunnat undvikas antingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

Nämnden anser i likhet med PSR att det mot bakgrund av symtombilden var medicinskt motiverat att operera in en pacemaker samt att förmakselektroden sattes in på ett vedertaget sätt den 20 maj 1999.

PSR har funnit att den mest sannolika förklaringen till att patienten drabbats av vätska i hjärtsäcken var att skruven till elektroden var placerad i förmaksväggen vilket ledde till ett retningstillstånd i hjärtsäcken. Nämnden delar denna bedömning. Patienten har sedermera genomgått en omoperation, där skruvelektroden i stället placerades i förmaksseptum som inte gränsar mot hjärtsäcken. Patienten blev därefter fri från besvären med vätska i hjärtsäcken. Om detta utförande valts från början, hade dessa besvär vid en bedömning i efterhand

kunnat undvikas. Rätt till patientskadeersättning föreligger därmed enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen.

Enligt nämndens mening har den övriga behandlingen varit medicinskt motiverad. Den har genomförts i enlighet med vedertagen medicinsk praxis och har inte förorsakat någon personskada som gått att undvika. AV-blocket utgör inte någon genom vården tillförd personskada utan är en del av patientens grundsjukdom. Symtombilden från patientens sjukdomstillstånd har successivt diagnostiserats och omhändertagits i enlighet med gällande handlingsnormer. Något fel hos de använda medicintekniska produkterna har inte konstaterats.

Nämndens uppfattning är sammanfattningsvis att den återkommande besvärshistorien med vätska i hjärtsäcken, vilken med övervägande sannolikhet förorsakats av skruvelektrodens placering, är en ersättningsbar patientskada. Vad beträffar övriga anmälda skador föreligger inte rätt till patientskadeersättning.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 631/2003

2004:05

Implantering av pacemaker har lett till en infektion. Ersättning. Den tillförda infektionen, som inte varit förutsebar, måste anses så omfattande och svårartad att den inte kan anses stå i rimlig relation till åtgärden med implantation av pacemaker. Enligt den skälighetsbedömning som skall göras bör patienten därför inte tåla infektionen utan rätt till ersättning.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 och 4 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en vid behandlingstillfället 61-årig man med hjärtbesvär. Patienten lades in 2001-05-08 då man vid arbets-EKG hade sett uttalade bradykardier (långsam hjärtverksamhet) ned till 19 per minut sekundärt till AV-block II–III (allvarlig störning av överledningen av servimpulserna från förmaket till kammaren). En pacemaker bedömdes nödvändig och operation med implantering av pacemaker med förmaks- och kammarelektrod utfördes 2001-05-13. Det postoperativa förloppet var komplikationsfritt och patienten skrevs ut från sjukhuset 2001-05-14. Patienten återkom 2001-05-17 på grund av smärta över vänster axel samt frossa. Han inlades och utvecklade en sepsis orsakad av staphylococcus aureus med smärta och svullnad över operationsområdet. Han insattes på anti-

biotikabehandling med god effekt och skrevs ut 2001-05-25 med ytterligare tre veckors Heracillinbehandling.

Patienten lades efter avslutad Heracillinkur på nytt in på sjukhus efter att återigen ha fått feber och frossa. Han insattes på ny antibiotikabehandling och förbättrades med sjunkande infektionsprover och skrevs ut från sjukhuset 2001-07-10 med Heracillin och Kåvepenin under fyra veckors tid. Kontroll av infektionsprover skulle tas av distriktssköterska.

2001-08-23 inlades patienten på infektionsklinik på grund av försämring. Antibiotikabehandling insattes och prover visade växt av staphylococcus aureus. Man kontaktade ett universitetssjukhus för byte av pacemakersystemet. Patienten skrevs ut från sjukhuset i avvaktan på besked därifrån.

I november 2001 utfördes operation på universitetssjukhuset med extraktion av förmaks- och kammarelektrod med lasermetod samt implantation av kammarelektrod. 2001-11-16 överflyttades patienten med flygambulans till hemortslasarettet för fortsatt vård med antibiotikabehandling.

Enligt planering från universitetssjukhuset skulle komplettering göras med förmakselektrod innan man skulle övergå till tablettbehandling med antibiotika. Man gjorde ett försök 2001-11-30 med att operera in en förmakselektrod, vilket inte lyckades då det inte fanns något lämpligt kärl. Man bedömde dock att den fungerande kammarelektroden var tillräcklig. Patienten skrevs ut från sjukhuset 2001-12-01.

I journalanteckning 2002-01-11 noterades att patienten per telefon meddelat att det hade blivit lite rodnat över pacemakern. Recept på Heracillin ringdes in till apoteket.

Patienten lades in på nytt 2002-01-14 på grund av reinfektion i pacemakerfickan. Blododling x 2 var negativ och patienten hade ingen feber men det var ilsket rodnat i pacemakerområdet. Man satte in Ekvacillin men trots detta skedde en progress varför man 2002-01-16 påbörjade behandling med Nebcina/ Ekvacillin. På denna behandling förbättrades patienten med mindre rodnad och sjunkande CRP. Han utskrevs 2002-01-24.

Patienten lades åter in 2002-03-18 och opererades med avlägsnande av pacemakerdosa och elektrod 2002-03-19. Vid ingreppet såg den gamla elektroden fin ut, men dosfickan var tjock med granulationsvävnad varför man bedömde att infektionen sannolikt utgick därifrån. Operationen och efterförloppet var komplikationsfritt. Patienten behandlades med antibiotika och skrevs ut från sjukhuset 2002-03-21.

Vid återbesök 2002-06-12 mådde patienten bra men stod fortfarande på Heracillinbehandling som han skulle fortsätta med fram till slutet av juni 2002.

I journalanteckning 2003-01-30 noterades att patienten hade varit infektionsfri sedan sommaren 2002.

PATIENTEN anmälde att han drabbades av en infektion efter operation med implantation av pacemaker som utfördes i november 2001. Han anser att den in-

fektion som han drabbades av var tillförd i samband med den första operationen (2001-05-13). Infektionen hade kunnat undvikas genom noggrannare hygien. Infektionen medförde mer än ett års onödigt lidande och detta anser han vara en komplikation och en risk som man som patient varken har anledning att räkna med eller bör tåla. Infektionen medförde dessutom ytterligare en operation vilket innebar ytterligare en risk för nya komplikationer.

PATIENTSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) ansåg att ersättningsbar patientskada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

Patientskadelagen anger vilka situationer som kan ge rätt till ersättning vad gäller skador som uppträder i samband med vård och/eller behandling. En förutsättning för att ersättning skall kunna lämnas för en infektion är att smittämnet har överförs i samband med någon vårdåtgärd. Lagen anger vidare att ersättning inte kan lämnas i de fall omständigheterna varit sådana att infektionen skäligen måste tålas. Hänsyn skall därvid tas till arten och svårhetsgraden av den sjukdom eller skada för vilken behandling skett, patientens hälsotillstånd i övrigt samt möjligheterna att förutse infektionen.

Enligt vår bedömning har infektionen sannolikt tillförts i samband med operationen 2001-05-13. Rätt till ersättning föreligger då om inte omständigheterna är sådana att infektionen skäligen måste tålas. Vid denna skälighetsbedömning skall enligt 6 § tredje stycket patientskadelagen beaktas bl.a. arten och svårhetsgraden av grundsjukdomen och möjligheten att förutse infektionen.

Risk för infektion föreligger i princip alltid vid operativa ingrepp. Det är således en risk som man alltid får räkna med och en komplikation som i det enskilda fallet som regel inte kan förebyggas eller förhindras genom ett annat utförande av behandlingen. I detta fall har infektionsrisken dock varit ringa och infektionen har varit svår att förutse. Enligt vår bedömning har infektionen som dock varit långvarig men läkt ut utan bestående besvär, varit av mindre svår karaktär än grundsjukdomen, hjärtarytmi, som obehandlad skulle ha varit betydligt svårare. Infektionen måste därför tålas utan rätt till ersättning.

När det gäller typen av bakterie som orsakade infektionen så är *staphylococcus aureus* den vanligaste orsaken till sårinfektioner. Denna typ av bakterie är en del av normalfloran hos de flesta människor och inte ett tecken på bristande hygien på kliniken.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att rätt till patientskadeersättning förelåg och gjorde följande bedömning:

Den infektion som drabbade patienten har tillförts genom operationen i maj 2001 då implantation av pacemaker utfördes. Enligt 6 § första stycket 4 patientskadelagen föreligger då rätt till ersättning om inte omständigheterna är sådana att infektionen skäligen måste tålas. Vid denna skälighetsbedömning skall enligt 6 § tredje stycket patientskadelagen beaktas bl.a. arten och svårhetsgraden av den sjukdom eller skada som åtgärden avsett, patientens hälsotillstånd i övrigt

samt möjligheten att förutse infektionen. Skälighetsbedömningen förutsätter att man gör en samlad bedömning, vilket kan leda till att, även om infektionen i ett visst fall kunnat förutses, ersättning kan lämnas om missförhållandet mellan grundsjukdomen och infektionen är särskilt stor, se prop. 1995/96:187 s. 83 f. Även infektionens svårhetsgrad har således betydelse vid skälighetsbedömningen.

I föreliggande fall var den ursprungliga sjukdomen, hjärtarytmi, av mycket allvarlig art. Patienten hade således blockering av överledningen i hjärtat och tecken till förträngningar i kranskärlen. Inläggningen av pacemakern var därför nödvändig. På grund av att patienten även hade diabetes mellitus och att det var fråga om inoperation av icke kroppseget material, förelåg en ökad risk för postoperativ infektion.

Operationen genomfördes emellertid inte akut utan var ett planerat enkelt rutiningrepp, även om det gällde en allvarlig grundsjukdom. Ingreppet utfördes i ett område som från bakteriologisk synpunkt får anses vara rent med vissa riskfaktorer för en postoperativ infektion. Infektionen får dock i detta fall anses inte vara förutsebar. Den uppkomna infektionen har varit mycket svårartad och har vid flera tillfällen gett patienten allmän blodförgiftning. Sjukdomsförloppet har varit långdraget (cirka ett år) med sammanlagt flera månaders sjukhusvistelse och ett par ytterligare operationer har måst utföras.

Vid en samlad bedömning av de omständigheter som angetts ovan finner nämnden att den tillförda infektionen, som inte varit förutsebar, måste anses så omfattande och svårartad att den inte kan anses stå i rimlig relation till åtgärden med implantationen av pacemakern i maj 2001. Enligt den skälighetsbedömning som skall göras bör patienten därför inte tåla infektionen utan rätt till ersättning.

I detta sammanhang finner nämnden vidare att undantagsbestämmelsen i 7 § patientskadelagen, om följd av ett nödvändigt förfarande, inte är tillämplig i detta ärende. Ersättningsbar patientskada föreligger därför när det gäller den anmälda infektionen.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 890/2003

2004:06

Resursfråga. Ersättning. I en akut vårdssituation fördröjdes transporten av en patient till annat sjukhus med adekvata vårdresurser med cirka tre timmar. Orsaken till fördröjningen angavs vara ”brister i vårdorganisationen”. I ärendet har ansetts att möjligheterna till transport och snabbare behandling inte utnyttjades. Därmed förelåg rätt till ersättning för den merskada som uppkommit till följd av förseningen.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 58-årig kvinna med claudicatio intermittens (s.k.fönstertittarsjuka). Patienten opererades på 1990-talet med en aortobifemoral rekonstruktion (förbindelse mellan aorta och lårbensartären). På grund av att hon under 1999 fick tilltagande ischemiska besvär i höger ben med en maximal gångsträcka på ca 50 meter beslutade man sig för att göra en förnyad utredning med angiografi (kärlröntgen). Denna utfördes 2000-02-22 i Lund och visade restenos (förnyad förträngning) inom arteria femoralis superficialis (lårbensartären). Vid angiografen fick man en kärlskada, s.k. dissektion, som orsakade ocklusion (tillslutning) av avflödet i höger lumske. Patienten överfördes samma dag till kärlkliniken i Malmö.

Då patienten 2000-02-22 ankom till Malmö hade hon en betydande nedsatt cirkulation i högerbenet. Möjligheten att kunna åtgärda den endovaskulärt (operation där man har instrumenten inne i kärlet) förelåg varför patienten gick till förnyad angiografi som dock visade så utbredda förändringar att hon omedelbart togs till operation och operativ åtgärd genomfördes. Postoperativt ockluderade kärlet på nytt och reoperationer krävdes 2000-02-23, 2000-03-03 och 2000-03-06. På grund av den långvariga ischemien av höger underben måste även fasciotomier (klyvning av muskelloger) göras i underbenet och muskelnekroser saneras.

Patienten var inneliggande 2000-02-22–2000-03-23. Under innevistelsen hade hon mycket intensiva kvarstående smärtor i benet och efter utskrivningen alltjämt ett invalidiserande smärttillstånd i höger underben. Patienten krävde bl.a. tung analgetikamedicinering. Vid kontroll 2001-02-28 hade patienten fortfarande smärtor, även om de hade blivit mindre uttalade. Hon använde analgetika för sina smärtor.

PATIENTEN har som patientskada anmält att hon åsamkats orimliga smärtor i samband med behandling och eftervård för en blodpropp i benet. Blodproppen uppkom i samband med kärlröntgen. Operationen utfördes sent på kvällen samma dag och reoperation fick utföras dagen efter. Efter ca två veckor utfördes

ett tredje ingrepp. Patientens lidande och konvalescens blev orimligt utdragen och orimligt smärtsam.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) ansåg att ersättningsbar patientskada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

För att man skall få ersättning genom patientförsäkringen krävs att man i samband med vård eller behandling tillfogats en personskada som hade kunnat undvikas. Ersättning lämnas också om man fått en felaktig behandling som leder till personskada. Däremot har man inte rätt till ersättning enbart av det skälet att behandlingen inte leder till önskat resultat eller att det uppstår en komplikation.

Det förelåg indikation för angiografi och behandling av det förkalkade kärlet. Dissektion och trombotisering är komplikationer som inte var möjliga att undvika. Någon annan metod med totalt sett mindre risk finns inte. Komplikationen har handlagts på vedertaget sätt.

Frågor som har att göra med landstingets resurser och organisation omfattas inte av patientförsäkringen.

Vi har bedömt att den behandling patienten har fått har varit medicinskt motiverad och har utförts på ett riktigt sätt. Den anmälda skadan, trombos och cirkulationsstörning, har inte gått att undvika, vare sig genom ett annorlunda utförande av den valda metoden eller genom en annan tillgänglig metod som hade tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Under sådana förhållanden är det ingen patientskada i patientskadelagens mening.

PATIENTEN tryckte i sin skrivelse till Patientskadenämnden på att PSR inte tagit tillräcklig hänsyn till att de fördröjningar som skedde inledningsvis med all sannolikhet medförde risk i samband med akut behandling. Det förflöt flera timmar efter kärldröntgen i Lund tills den akuta operationen kunde genomföras i Malmö. Patienten anser att fördröjningen beror på den omorganisation, som flyttning av kärlkirurgiavdelningen från Lund till Malmö innebar och att den inte var tillräckligt genomförd och rustad för patienternas bästa. Hon anser att handhavandet av henne som patient definitivt kunde ha skett på ett betydligt mindre riskfyllt sätt. Kärldröntgen borde kanske, under gällande förutsättningar, utförts på plats, där tillgång till akut behandling fanns. Eller också borde tillgång till prioriterade akuta transporter funnits tillhands för att eliminera otillräckliga resurser. – Hennes avsikt var inte att ifrågasätta genomförda behandlingar.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ersättningsbar patientskada förelåg och gjorde följande bedömning:

Enligt patientskadelagen, liksom enligt den tidigare frivilliga patientförsäkringen, har skador orsakade av resursbrist inte ansetts medföra rätt till ersättning. Om skada uppkommit till följd av att man inte använt tillgängliga resurser på ett sätt som varit möjligt har detta dock grundat rätt till ersättning.

I detta fall framgår av läkarintyg utfärdat 2003-06-05 av vederbörande chefsöverläkare vid universitetssjukhuset i Lund, att transporten av patienten till Malmö fördröjdes och att detta medförde en behandlingsförsening med cirka tre timmar. Orsaken till fördröjningen anges vara ”brister i vårdorganisationen”. Det lämnas i intyget inte någon närmare förklaring till vad som avses härmed men det finns inga uppgifter om att behandlingsförseningen skulle bero på bristande resurser. Utan att närmare utreda denna fråga anser nämnden att om behandlingen kommit att fördröjas med cirka tre timmar i en situation där akut behandlingsbehov fanns, detta får anses bero på att möjligheterna till transport och snabbare behandling inte utnyttjades. Därmed föreligger rätt till ersättning för den merskada som uppkommit till följd av förseningen.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 908/2003

2004:07

Sambandsfråga. Ersättning. En patient har behandlats hos naprapat för axelbesvär. Patienten har därvid upplevt förvärrad skada i axeln. Patientens förvärrade skada har med övervägande sannolikhet utlösts av naprapatbehandlingen och inte berott på degenerativa förändringar.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 64-årig man, som den 14 mars 2001 för första gången uppsökte naprapat för axelbesvär som bestod av smärta och knäppningar i höger axel vid olika rörelsemoment. Dessutom hade han nedsatt rörelseförmåga vid dessa moment. Under behandlingen upplevde patienten att något brast i axeln. Naprapaten framhöll att sådana, så kallade akustiska fenomen, ofta uppkom vid denna typ av behandling. Ytterligare två behandlingar genomfördes efter detta tillfälle. Patienten upplevde herefter ökad smärta samt en betydande funktionsnedsättning. Patienten sökte olika läkare för fortsatt behandling och den 5 juni 2001 genomfördes en axeloperation, varvid man fann en uttalad degeneration med bl.a.ruptur av senorna till supra- och infrapinatusmuskeln (skulderbladsmuskler).

PATIENTEN anmälde som patientskada att han vid naprapatbehandlingen den 14 mars 2001 drabbats av muskelbristningen och därpå följande ledkapsselförändring.

DET SKADEREGLERANDE FÖRSÄKRINGSBOLAGET ansåg att samband ej förelåg med naprapatbehandlingen den 14 mars 2001 utan att bristningen är av degenerativ art. Naprapatbehandlingen ansågs endast ha gett upphov till en obetydlig skada med ökad smärta som följd. Bolaget har för detta accepterat en sambandstid om 14 dagar från behandlingstillfället och har betalat ut ersättning för sveda och värk under denna tid. Försäkringsbolaget har accepterat att det är fråga om en undvikbar skada för den händelse att samband anses föreligga.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att patientens axelbesvär med övervägande sannolikhet orsakats av naprapatbehandlingen den 14 mars 2001 och att rätt till patientskadeersättning förelåg samt gjorde följande bedömning:

Degenerativa förändringar i ledkapseln förelåg sannolikt före naprapatbehandlingen i mars 2001. Det var emellertid först vid denna behandling som en bristning uppkom som orsakade ledkapselförändringar/ledkapselskada. Vid operationen i juni 2001 fann man en omfattande ruptur av supra- och infraspinatussenornas fäste. Denna ruptur skulle i och för sig ha kunnat uppkomma oberoende av den aktuella naprapatbehandlingen, men när detta i sådant fall skulle ha skett kan inte bedömas. Det hade kunnat dröja flera år innan bristningen skett spontant. Vid detta förhållande och då det är naprapatbehandlingen som har utlöst skadan föreligger rätt till patientskadeersättning.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 869/2003

2004:08

Facitbedömning. Förlossningsskada. Sfinkterruptur. Ersättning. Skadan hade kunnat undvikas genom användande av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

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

Ärendet gäller en frisk 38-årig förstföderska med en helt okomplicerad graviditet.

Under den sista graviditetsmånaden hade hon svullnader i benen, men blodtrycket var normalt. Ingen albuminuri (äggvita i urinen) påvisades. Levervärdena var lätt förhöjda.

Patienten kom in till förlossningen i graviditetsvecka 40 + 2 med vattenavgång och svaga kontraktioner (sammandragningar). Vid intagningen var cervix (livmoderhalsen) omogen och öppen för endast ett finger. Fostervattnet var grönt missfärgat. Fosterljuden visade god variabilitet med frekvens 160. Patienten hade ingen feber, men senare på dagen 37,9. Infektionsprover – vita blodkroppar och CRP – var normala, men patienten insattes på antibiotika (Liforox och Flagyl) och cervixodling togs.

Efter cirka ett halvt dygn sattes Syntocinondropp (värkförstärkande dropp) och förlossningen fortskred med cervixdilatation (utvidgning av livmoderhalsen). Fosterljuden var tidvis något monotona, ibland med god variabilitet men inga decelerationer (nedgång i fostrets hjärtfrekvens) påvisades. Inga misstanke om fosterasfyxi förelåg. Trots Syntocinondroppet var värkarna svaga och på grund av långdragen förlossning och trött mamma gjordes en halvhög (fostrets huvud strax nedom spinae) vakuumentraktion med sugklocka. Barnet framfördes efter två drag. Det utvecklades en svår skulderdystoci (svårigheter vid förlossning för barnets skuldror att tränga fram) men man lyckades förlösa barnet cirka 5 minuter efter att huvudet trängt fram. Barnet var helt slappt och barnläkare påbörjade behandling omedelbart. Barnet (4780 g) omhändertogs på neonatalavdelning och vårdades i respirator med god syresättning men som följd av långvarig asfyxi hade hjärnskada uppkommit. EEG visade knappt någon spontan hjärnaktivitet och då man kopplade ifrån respiratorn gjorde barnet inga försök att andas.

Patienten hade fått en tredje grads sfinkterruptur som syddes under lokalbedövning. Patientens CRP, som under förlossningen var högst 14, steg efter förlossningen till 63 varför fortsatt antibiotikabehandling gavs. Hemoglobinhalten (Hb) var efter förlossningen 66, varför 4 enheter blod gavs under vårdtiden. Vid utskrivningen var Hb 108.

Vid utskrivningen 1997-05-16 var sfinktertonus bra. Patienten hade nedsatt känsel runt anus, men kunde kontrollera både luft och avföring

PATIENTEN anmälde som behandlingsskada att barnet blev så allvarligt skadat i samband med förlossningen att barnet avled efter fyra dygn samt att hon själv drabbades av en stor blödning och fick en psykisk chock på grund av det inträffade. Hon fick också en stor bristning – grad 3 sfinkterruptur. Patienten ansåg att man borde ha utfört ett kejsarsnitt eftersom det förelåg omständigheter som talade för detta och att man tog en stor risk när man valde att förlösa henne med sugklocka.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Vi har tagit del av samtliga handlingar i ärendet, däribland HSN:s beslut och Kammarrättens dom. Enligt vår bedömning har patientens symptom under förlossningen tolkats i överensstämmelse med allmänt vedertagen praxis och

adekvata undersökningar och behandlingar har ordinerats på ett riktigt sätt enligt vedertagna metoder. Medicinsk indikation för kejsarsnitt har inte förelägit. Vi har dock funnit att det fanns skäl att tillkalla bakjournen innan sugklockan anlades. Även om bakjournen hade tillkallats skulle man med övervägande sannolikhet ändå ha lagt sugklocka, eftersom det – enligt vår bedömning – inte fanns medicinsk indikation att utföra kejsarsnitt. Omfattningen av skadorna på mor och barn hade i så fall blivit desamma. Vi har således bedömt att det inte föreligger någon personskada till följd av att förlossningen skötts felaktigt. Ersättning har avböjts.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att rätt till patientskadeersättning förelåg och gjorde följande bedömning:

Enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen lämnas ersättning för personskada på patient om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd, under förutsättning att skadan kunnat undvikas antingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

När det gäller skadorna på modern, i form av sfinkterruptur och blödning, råder det inte någon tvekan om att dessa har orsakats genom användningen av sugklocka. När det gäller barnets hjärnskada är det mera osäkert vad som kan ha orsakat denna. Eftersom det inte förelåg några säkra tecken på syrebrist före förlossningen framstår emellertid den långdragna slutfasen av förlossningen och användningen av sugklocka som en sannolik skadeorsak. Sannolikheten för att valet att låta förlossningen fortskrida under så lång tid och därefter lägga sugklocka från spinalplanet har orsakat den syrebrist som lett till hjärnskadan måste i förhållande till övriga tänkbara skadeorsaker anses vara så mycket högre att det uppställda kravet på övervägande sannolikhet för ett orsakssamband får anses uppfyllt. Hjärnskadan måste därmed anses ha orsakats av de vidtagna vårdåtgärderna.

Vid en prövning av rätten till ersättning enligt ovan nämnda lagrum skall Patientskadenämnden därefter ta ställning till om de aktuella skadorna kunnat undvikas genom ett annat utförande av det valda förfarandet. Patientskadenämnden finner att så inte är fallet.

Frågan är då om skadorna kunnat undvikas genom val av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Denna bedömning skall ske med utgångspunkt från den faktiska kunskapen vid skaderegleringstillfället om patientens konstitution och hälsotillstånd vid behandlingstillfället. I fall som detta skall bedömningen avse såväl barnet som modern. De inträffade skadorna skall däremot inte vägas in när man uppskattar riskerna med olika alternativa

behandlingsmetoder, utan man skall jämföra de generella riskerna vid de olika metoderna i det specifika fallet.

Det alternativa förfarande som kunnat komma i fråga i detta fall hade varit att som förlossningsmetod välja kejsarsnitt. I jämförelse med en normal vaginal förlossning är det, som framhållits i tidigare ärenden, Patientskadenämndens uppfattning att ett kejsarsnitt generellt sett medför en större risk för skada på såväl moder som barn.

I detta fall anser Patientskadenämnden att ett kejsarsnitt hade varit ett realistiskt förlossningsalternativ vid tidpunkten när man i stället valde användning av sugklocka. När det gäller riskbedömningen i detta fall kan konstateras att patienten var en äldre förstföderska (39 år) som vid inkomsten till förlossningen hade haft en långvarig vattenavgång med missfärgat fostervatten och att fostret visade tecken på takykardi redan innan värkarbetet kom igång, vilket kunde tyda på viss ansträngning. Av betydelse är vidare att viktskattningen före förlossningen var en fosterstorlek i fullgången tid på knappt 4 kg men att fostrets verkliga vikt visade sig vara 4 780 gram, d.v.s. närmare 5 kg. Denna kunskap skall ligga till grund vid tillämpningen av facitresonemanget.

I yttrandet den 15 mars 2002 från överläkarna M.S. och M.N. sägs bl.a. att "Dessutom hade ett ulj för viktskattning gjorts i v 32 där viktdeviationen var +13 % vilket skulle motsvara en fosterstorlek i fullgången tid på knappt 4 kg, ett inte onormalt stort foster för vaginalförlossning. Därför fanns ingen anledning att befara skulderdystoci, trots att VE gjordes rel tidigt och att det förelåg värksvaghet. Anledning att i st göra sectio fanns om förlossningsläkaren verkligen skattat att fostret varit stort, och ngr belägg för denna misstanke i fortlöpande journaltext finns inte". Vid den facitbedömning som nu skall göras föreligger däremot kunskap om att det rörde sig om ett foster som vägde närmare 5 kg. Denna omständighet, tillsammans med det som ovan angetts om bl.a. moderns ålder och fostrets hjärtljud innebär enligt Patientskadenämnden att ett alternativt förfarande i form av kejsarsnitt i detta fall skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Som Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd konstaterade i sitt beslut den 14 april 1998, med anledning av anmälan mot de behandlande läkarna, innebär kombinationen värksvaghet och stort barn att det finns en stor risk för skulderdystoci. När sådan inträffar kan fostret inte framföras spontant, vilket innebär risker för skador på såväl moder som foster.

Om ett kejsarsnitt hade genomförts, skulle enligt Patientskadenämndens bedömning moderns sfinkterruptur och blödning samt barnets hjärnskada ha kunnat undvikas. Vid en prövning i efterhand av metodvalet anser Patientskadenämnden således att vårdbehovet hade tillgodosetts på ett mindre riskfyllt sätt om förlossningen genomförts med denna förlossningsmetod. De uppkomna skadorna är därmed ersättningsbara patientskador.

2004:09

Diagnosskada? Felaktig diagnos och behandling av diskbråck? Val mellan konservativ behandling och operation.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

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

Ärendet gäller en 62-årig man med diskbråck.

PATIENTEN anmälde som patientskada att läkarna till att börja med ställt diagnosen ryggskott i stället för diskbråck, vilket medfört att han drabbats av en droppfot.

Av den medicinska utredningen framgår att patienten den 10 juli 2001 sökte vårdcentral på grund av smärtor i ländryggen. Patienten var 1995 opererad för diskbråck och smärtan var lokaliserad till samma ställe som han tidigare haft besvär med. Undersökning visade att patientens reflexer i höger ben inte var lika lättutlösta som i vänster ben. Patienten förnekade dock nytillkomna besvär eftersom han också tidigare haft sämre reflexer i höger ben. Patientens besvär bedömdes som lumbago ischias. Voltaren ordinerades och patienten uppmanades att höra av sig om han fick besvär med vattenkastningen.

Den 11 juli sökte patienten sjukhus med ischiassmärta och utstrålning i höger ben. Vid undersökning var patienten smärtpåverkad men hade inte några nytillkomna känselbortfall. Patienten fick två injektioner med läkemedel Ketogan med gott resultat, dock utan att bli smärtfri.

Patienten återkom den 12 juli med ambulans och upplevde då smärtorna som värre än någonsin. Värken strålade ner i höger ben som kändes bortdomnat. Patienten uppgav sig inte ha upplevt detta tidigare. Patienten lades in för smärtlindring och mobilisering på avdelningen då indikation för operation inte bedömdes föreligga. Eftersom patienten hade en stent (rörformad protes) i hjärtat efter by passoperation kunde MR (magnetrontgen) inte utföras. CT (dator-tomografi) visade att patienten hade ett stort högersidigt diskbråck på nivå L:III och L:IV med förutsättningar för rotpåverkan. Patienten planerades för återbesök hos ortoped och utskrevs den 20 juli med remiss till sjukgymnast och smärtlindrande läkemedel.

Patienten hade sedan fortsatt kontakt med sin vårdcentral och den 28 augusti besökte han efter remiss sjukhus. Undersökning visade att patienten hade en droppfot som inte bedömdes kunna åtgärdas med ett operativt ingrepp. Det ansågs viktigast för patienten att träna upp peroneusnerven. Patienten fick remiss för utprovning av dorsalskena.

Patienten kontaktade sedan Ryggkirurgiska klinken i Strängnäs och opererades där den 1 november. Patienten upplevde att operationen givit en positiv

effekt även om han inte blivit helt återställd. Han har fått tillbaka mycket av känslan i foten vilket underlättar hans gående.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Enligt vår bedömning tolkades de symptom patienten uppvisade under vårdtiden på sjukhus på ett korrekt sätt och diagnosen diskbråck ställdes tidigt. Den droppfot patienten under vårdtiden utvecklade var inte en absolut indikation för operation. Entydigt vetenskapligt stöd saknas för att en operation i ett tidigt stadium möjliggör att en droppfot kan undvikas. I detta fall var dessutom patienten tidigare opererad för bland annat en allvarlig hjärtåkomma vilket ökade risken för komplikationer vid en operation. För den operation som sedan utfördes i Strängnäs var indikationen relativ och att någon nämnvärd förbättring inträtt avseende droppfoten kan inte utläsas av journalen. Den förbättring patienten själv anger kan inte heller med säkerhet tillskrivas operationen. Således var det korrekt att behandla patienten konservativt med smärtlindring på det sätt som skett. Rätt till patientskadeersättning föreligger inte.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att ersättningsbar patientskada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

Enligt nämndens mening förelåg ingen absolut operationsindikation när det gäller de besvär som patienten sökte för i juli 2001. Såväl s.k. konservativ behandling som operativ behandling var realistiska behandlingsalternativ. Det finns olika uppfattningar om vilken behandling som är att föredra och som ger bäst slutresultat. Något vetenskapligt stöd för att den ena behandlingen generellt sett skulle vara bättre än den andra finns inte. Det är därför inte rätt att hävda att patientens symptom sommaren 2001 tolkats på sätt som avviker från vedertagen praxis och att behandlingen därför fått en felaktig inriktning. Ersättningsbar patientskada enligt 6 § första stycket 3 föreligger därför inte.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 115/2004

2004:10

Ersättningstvist. Beräkning av invaliditetsgrad efter operation för Dupuytrens kontraktur. Invaliditetsgraden för grundinvaliditet vid patientskada orsakad av ett operativt ingrepp skall bestämmas utifrån det medicinskt förväntade operationsresultatet.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

8 § patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 63-årig man med Dupuytrens kontraktur (krökning av fingrarna ner mot handflatan på grund av ärrig skruppning av bindväv i handflatan) i lill- och ringfingret i båda händerna sedan ett tiotal år tillbaka.

Besvären hade accentuerats senaste året. Han informerades om möjligheten till operativ behandling och om att man inte kunde lova ett fullgott resultat, d.v.s. man trodde att det kunde bli svårt att få ut fingrarna till full extension men förhoppningen var att det skulle kunna bli bättre. Eftersom patienten var högerhänt skulle man börja med denna hand. Operation med resektion av Dupuytrens kontraktursträngar utfördes 2001-01-17 och en volar gipsskena anbringades. Efterförloppet var väsentligen utan anmärkning. Patienten fick remiss till arbetsterapeut för utprovning av natsskena samt träning.

Vid kontrollbesök 2001-04-06 noterades att ”initialt efter operationen var sträckförmågan i fingrarna bättre och det fungerade bra med skenan. Efter att patienten avslutat skenbehandlingen och såret läkt har dock fingrarna åter böjts ned och han har nu samma besvär som preoperativt”. Därefter påbörjades behandling med en dynamisk extensionsskena med klack dagtid och en statisk volar skena för att hålla ut fingrarna på natten. Mellan byten av skena skulle patienten även träna flexion (böjning, krökning). Patienten förbättrades av denna behandling. Han hade dock fortfarande en ömhet från såret och av intyg utfärdat 2002-09-11 framgår att patienten fått påtagliga ärrproblem och kontrakturåterkomst som ansågs mer uttalade än före operationen.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) ansåg att snittföringen vid operationen inte varit helt korrekt och bedömde detta som en ersättningsbar patientskada. PSR ansåg att 2 % av den totala medicinska invaliditeten fick tillskrivas patientskadan och gjorde i denna fråga följande bedömning:

Före operationen hade patienten en kraftig kontraktur motsvarande 10 % medicinsk invaliditet. Efter operationen noterades ringa eller ingen förbättring. Man kunde före operationen inte räkna med ett fullgott resultat utan man försökte genom ingreppet förbättra en viss ökad sträckförmåga i MP-lederna. Detta lyckades man dock inte åstadkomma. Initialt efter operationen blev patienten förbättrad avseende sträckförmågan i fingrarna men sedan han hade avslutat

behandlingen med skena och såret hade läkt böjdes fingrarna åter ned och han fick samma besvär som före operationen. Enligt vår bedömning är den totala medicinska invaliditeten efter operationen 12 %, varav 2 % får tillskrivas patientskadan.

PATIENTEN ansåg att den medicinska invaliditetsgraden, såväl den totala som den som var att hänföra till patientskadan var för låg och borde höjas väsentligt.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att invaliditetsgraden till följd av patientskadan var 7 % och gjorde följande bedömning:

Enligt nämndens uppfattning ska invaliditetsgraden för grundinvaliditet vid patientskada orsakad av ett operativt ingrepp bestämmas utifrån det medicinskt förväntade operationsresultatet.

Vid aktuell operation hade man inte att räkna med ett komplett återställande av handens funktion men dock en icke oväsentlig förbättring. Nämnden bedömer att grundinvaliditeten ska fastställas till 5 %. Nämnden delar PSR:s bedömning att den totala medicinska invaliditetsgraden efter operationen utgör 12 %. Den merinvaliditet som uppkommit till följd av patientskadan är följaktligen 7 %.

Det ankommer därmed på PSR att, med denna utgångspunkt, på nytt ta ställning till dels vilken ersättning patienten är berättigad till avseende lyte och men, olägenheter samt merkostnader, dels patientskadans inverkan på arbetsförmågan.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 250/2004

2004:11

Bevisfråga. När det inte kan klarläggas vad som orsakat den anmälda skadan är det patienten som måste bevisa att det finns ett orsakssamband.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1, 2 och 5 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 59-årig kvinna med gallsten. Hon genomgick 2001-11-13 en laparoskopisk kolesystektomi (operativt avlägsnande av gallblåsan med titthåls-teknik). Under operationen gick den plastpåse som man skulle ta ut gallblåsan med sönder och man drog i stället ut gallblåsan med hjälp av peang. Detta med-

förde att galla läckte ut i buken. I efterförloppet till operationen har patienten drabbats av nedsatt diafragmafunktion samt lungfunktionsinskränkning.

PATIENTEN anmälde som patientskada att hon i samband med gallstensoperationen drabbades av en skada på diafragma vilken medfört kraftigt försämrad andningsförmåga/lungfunktion samt en obehagskänsla av varierande intensitet i mellangärdesregionen, framför allt på höger sida.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) ansåg att ersättningsbar patientskada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

För att man ska få ersättning genom patientförsäkringen krävs att man i samband med vård eller behandling tillfogas en personskada som hade kunnat undvikas. Ersättning lämnas också om man får en felaktig behandling som leder till en personskada. Däremot har man inte rätt till ersättning enbart av det skälet att behandlingen inte leder till ett önskat resultat eller att det uppstår en komplikation.

Enligt vår bedömning var operationen medicinskt motiverad och den genomfördes enligt en vedertagen metod och på ett riktigt sätt. Tidssambandet talar för att diafragmaskadan skulle ha uppkommit i samband med galloperationen. Vår bedömning är dock att det varken finns något moment under operationen eller någon anatomisk relation som kan förklara uppkomsten av en påverkan på diafragma eller dess nerver (nervus frenikus) i samband med en galloperation. Mindre spill av galla i buken medför inte risk för ökade komplikationer. Om skadan på diafragma har uppkommit i samband med operationen är vår bedömning att den inte hade kunnat undvikas genom ett annorlunda utförande av operationen. Det fanns inte heller någon annan metod som på ett mindre riskfyllt sett hade tillgodosett vårdbehovet. Under sådana förhållanden föreligger inte rätt till patientskadeersättning.

PATIENTEN ifrågasatte PSR:s bedömning att skadan inte gått att undvika och ansåg att något oförutsett måste ha hänt under operationen och menar att resultatet av operationen annars inte hade blivit som det har blivit. Hon menar att det faktum att hon inte hade några andningssvårigheter före operationen talar för att hon tillförts en skada i samband med operationen.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att ersättningsbar patientskada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

Patienten har anfört att det inte bör ligga henne till last att man inte kunnat förklara hur skadan uppkommit. Nämnden vill med anledning härav upplysningsvis framhålla följande. Försäkringsgivaren har att objektivt utreda en skadeanmälan. Om försäkringsgivaren inte finner något samband mellan skadan och den vidtagna åtgärden är det patienten som måste bevisa att det finns ett orsaks-

samband. Beviskravet är uppfyllt om det är övervägande sannolikt att skadan orsakats av den vidtagna vårdåtgärden.

I detta fall har det inte kunnat klarläggas vad som orsakat skadan. Det föreligger ett tidsmässigt samband med operationen. Nerven som styr mellangärdesmuskeln är emellertid inte skadad. Att diafragman skulle ha skadats mekaniskt i samband med titthålsoperationen är inte sannolikt. Det är heller inte sannolikt att gallan som läckte ut när gallblåsan avlägsnades kunnat kemiskt irritera eller förlama muskeln. Den pleuritretning som eventuellt uppkom efter operationen kan inte heller förklara uppkomsten av den anmälda skadan. Det är med hänsyn till vad som nu sagts inte övervägande sannolikt att det finns ett orsakssamband mellan skadan och operationen. Det föreligger därmed inte någon rätt till patientskadeersättning enligt 6 § första stycket 1, 2 och 5 patientskadelagen.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 404/2004

2004:12

Begreppet patient. En 15 månaders pojke har drabbats av eksem. Enligt modern, som fortfarande ammade barnet, var orsaken att hon medicinerade mot svamp i underlivet. Barnet var inte att anse som patient i patientskadelagens mening.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

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

Ärendet gäller en 15 månader gammal pojke med eksem.

PATIENTENS MOR anmälde som patientskada att sonen fått eksem över hela kroppen på grund av att hon själv medicinerade med Diflucan mot svamp i underlivet.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Enligt patientskadelagen lämnas ersättning, under vissa förutsättningar, för personskada som uppkommit på patient i samband med hälso- och sjukvård. Med patient avses person som tagits emot av vårdpersonal för undersökning, behandling eller annan hälso- och sjukvårdande behandling. Eftersom sonen inte själv var patient omfattas han inte av patientskadelagens bestämmelser och rätt till patientskadeersättning föreligger därför inte.

PATIENTENS MOR påpekade i sin skrivelse till Patientskadenämnden att, eftersom det är sonen och inte hon själv som drabbats av biverkningar och sonen vid detta tillfälle inte fanns i livmodern, så hamnar han i en gråzon.

PATIENTSKADENÄMNDEN, som inte haft att ta ställning till frågan om samband mellan barnets eksem och moderns medicinering, delade PSR:s uppfattning att sonen inte var att anse som patient och att ersättningsbar patientskada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

I detta ärende har patientens mor anmält att hennes då 15 månaders son drabbats av eksem som överförts via bröstmjölk vid amning, när modern behandlades med läkemedel mot svamp.

Enligt 6 § första stycket patientskadelagen lämnas patientskadersättning för personskada på patient. En första förutsättning för rätt till ersättning är att den som skadats är att betrakta som patient. Som patient definieras i lagens förarbeten (prop. 1995/96:187 s. 76) alla som etablerat en kontakt med hälso- och sjukvården angående sitt eget hälsotillstånd. Mot den bakgrunden konstaterar nämnden i likhet med PSR att barnet inte är patient i lagens mening, varför någon ytterligare prövning i ärendet inte skall göras.

Någon ersättningsbar patientskada föreligger därför inte.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 483/2004

2004:13

1. **Patientskadenämndens behörighet? Nämnden har inte behörighet att ta upp frågor som angår klagomål över handläggningen hos Personskaderegleringsbolaget.**
2. **Vid bedömning av frågan om en synskada medfört medicinsk invaliditet utgår man från de synskärpevärden som fås med bästa fördragbara korrektion.**

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 60-årig man med katarakt (grå starr).

PATIENTEN anmälde som patientskada att han på grund av felbehandling av sitt vänstra öga har fått en permanent synnedsättning på ögat. Patienten har anmält

ärendet till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), som fann att viss felbehandling förekommit.

Patienten hade en vänstersidig katarakt och var enligt journalen närsynt på båda ögonen. Han hade alltid haft något sämre syn på vänster öga. På höger öga var synskärpan 0.8 med eget glas ($-3.5 \ 1.25 \times 0$) och linsgrumlingarna på detta öga var inte så uttalade att operation var indicerad. På vänster öga var visus begränsad till fingerräkning 4 meter med eget glas. På vänster öga fanns uttalade linsgrumlingar och vid den planerade operationen avsåg man att göra patienten normalsynt. Detta skulle innebära att han utan glas skulle kunna se på långt håll med det vänstra ögat och på nära håll med det högra, såvida inte uppträdande astigmatism behövde korrigeras. Detta tillstånd, som kallas monovision, är dock vanligtvis svårt att fördrå, särskilt av äldre personer.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

I detta fall hade man före operationen inte tillräckligt noga utrett det vänstra ögats brytningstillstånd och axellängd. Detta har medfört en felkalkylering av linsprotesstyrkan, vilket har bedömts som en patientskada.

På grund av felmätningen fick patienten en kvarstående närsynthet på vänster öga, 0.9–1.0 ($-4.25 \ -2.0 \times 145$). Efter operationen uppstod en astigmatism, vilket är en oundviklig komplikation. Även om patienten hade blivit normalsynt hade han sannolikt drabbats av samma grad av astigmatism på det opererade ögat, som tillsammans med den astigmatism som fanns på höger öga fordrat glaskorrektion för att uppnå bästa synskärpa. Närsyntheten på det opererade vänstra ögat blev också av den storleksordning att den lätt kan fördras tillsammans med det andra ögats närsynthet. Då patienten dessutom hade en god synskärpa på båda ögonen föreligger enligt PSR ingen invaliditet.

Sammanfattningsvis var den akuta sjuktiden/läkningsprocessen i detta fall inte annorlunda än vad den skulle ha varit om rätt lins satts in vid operationen. Eftersom god synskärpa finns på båda ögonen har det heller inte uppstått någon invaliditet på grund av den felaktiga linsen. Även om patienten blivit normalsynt på det vänstra ögat efter operationen, hade sannolikt samma grad av astigmatism uppstått om en lins med avsedd styrka använts. Tillsammans med den astigmatism som finns på andra ögat hade glaskorrektion krävts för att uppnå bästa synskärpa. Eftersom det inte uppstått någon invaliditet och patienten, skadan förutom, ändå hade behövt glaskorrektion, föreligger inte några merkostnader för inköp av glasögon.

PATIENTEN förde ärendet vidare till Patientskadenämnden och framhöll därvid bl.a.:

I sitt beslut finner ansvarsnämnden att opererande läkaren varit försumlig genom att inte före operationen tillräckligt noga utreda det vänstra ögats brytningstillstånd och axellängd. Detta har medfört en betydande felkalkylering av

linsprotesstyrkan, vilket i sin tur orsakat närsynthet på vänster öga. Trots att PSR erkänt att han faktiskt har drabbats av en patientskada vill PSR inte ge honom ett öre i ersättning. Han begär därför att Patientskadenämnden undanröjer PSR:s beslut och beviljar honom ersättning, förutom för glasögonkostnaderna, för den konstaterade patientskadan.

Patienten anförde dessutom vissa klagomål angående handläggningen vid PSR.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att rätt till ersättning för sveda och värk, lyte och men samt kostnader inte förelåg och gjorde följande bedömning:

Patientskadenämndens uppgift är att avge rådgivande yttranden över ersättningsärenden enligt patientskadelagen (1996:799). Frågor som faller utanför detta verksamhetsområde kan inte behandlas av nämnden.

I här aktuellt ärende var avsikten vid kataraktoperationen att ge patienten ett normalseende. Genom en felkalkylering medförde ingreppet att patienten blev närsynt på det opererade ögat. Närsyntheten hade kunnat undvikas och är därmed en patientskada. För att patientskadeersättning då skall kunna betalas krävs att den skada som uppkommit fått vissa följder, övergående eller bestående, eller har orsakat merkostnader.

Patientskadan har i detta fall inte påverkat den akuta sjuktiden efter operationen. Någon ersättning kan därför inte lämnas för sveda och värk.

Om en skada har medfört en medicinsk invaliditet skall ersättning lämnas för lyte och men. Med medicinsk invaliditet avses fysisk och/eller psykisk funktionsnedsättning. Vid bedömning om en synskada har medfört en medicinsk invaliditet utgår man ifrån de synskärpevärden som fås med bästa fördragbara korrektion. I detta fall har patienten med korrektion god synskärpa på båda ögonen, vilket innebär att patientskadan inte har orsakat någon medicinsk invaliditet. Patientens har därför inte heller rätt till ersättning för lyte och men.

Även om patientskadan inte hade inträffat hade patienten på grund av astigmatism haft behov av glasögon. Det är inte styrkt att det uppkommit någon merkostnad för glasögon till följd av patientskadan.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 617/2004

2004:14

Olycksfallsskada. Fråga om jämkning av skadestånd på grund av medvållande från patientens sida. Skadan orsakades av att syrgasutrustning fattat eld.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 5 och 8 § patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 63-årig, förtidspensionerad kvinna, som har andningsbesvär till följd av astma och KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom). Hon bodde mestadels hemma och har en egen syrgasutrustning. Sedan år 1999 hade hon var fjortonde dag varit avlastningspatient vid ett servicehus. Där finns också syrgasutrustning och medan patienten vistades vid avlastningshemmet den 29 augusti 2001 fattade syrgasutrustningen eld och patienten fick omfattande brännskador. Patienten var vid tiden för händelsen synnerligen aktiv rökare. Patienten begärde ersättning för sveda och värk och för kosmetisk defekt.

PATIENTEN anmälde händelsen som patientskada. Hon ansåg att det rörde sig om en ren olyckshändelse som hon inte kan lastas för. Servicehemmets syrgasanläggning stod ständigt på men hon hade inte informerats om brandfaran. Hon vet inte varför det började brinna. Hon hade inte rökt på rummet. Det gör hon aldrig.

De närmare omständigheterna vid olyckan framgår av Patientskadenämndens yttrande.

Vad angår kosmetisk defekt beräknade det skadereglerande bolaget, Claims Management Group Ltd:s (CMGL) totalskadan till 150 000 kr men jämkade ersättningen med två tredjedelar till 50 000 kr på grund av medvållande från patientens sida.

CMGL motiverade sitt jämningsbeslut på följande sätt:

Som en följd av de strikta rutiner som tillämpades vid avlastningshemmet vad avser patienternas rökbehov samt den information som patienten fått om riskerna med syrgasutrustningen kan inte den ansvariga kommunen anses ha brutit i ansvar när det gäller brandorsak och inträffad skada. Trots att skadan medfört så svåra konsekvenser fortsatte patienten att röka även efter skadetillfället.

Med hänsyn till de särskilda omständigheter som föreligger i detta fall är bolaget dock berett att lämna ersättning ur patientförsäkringens olycksfallsmoment. Bolaget anser dock att ersättningen i patientens fall skall jämkas med två tredjedelar. Det innebär att ideell ersättning skall lämnas med en tredjedel av skäligt belopp.

PATIENTEN förde ärendet vidare till Patientskadenämnden.

PATIENTSKADENÄMNDEN, som bordlade frågan om ersättning för sveda och värk, tog upp frågan om ersättning för kosmetisk defekt och jämningsfrågan samt gjorde följande bedömning:

CMGL har som patientskada godkänt en brännskada och har enligt 6 § första stycket 5 patientskadelagen – olycksfallsskademomentet – lämnat viss jämkad patientskadeersättning.

Ersättning för kosmetisk defekt

Nämnden har tagit del av originalfotografier och anser att den bedömning CMGL har gjort när det gäller den kosmetiska defekten, som uppkommit p.g.a. brännskadan är riktig och har beräknats enligt gällande ersättningsnormer.

Jämkning

Av 8 § patientskadelagen framgår att patientskadeersättning bestäms med beaktande av bl.a. 6 kap. 1 § skadeståndslagen (1972:207). Enligt sistnämnda lagrum kan skadestånd jämkas om den skadelidande själv uppsåtligen eller genom grov vårdslöshet har medverkat till skadan.

CMGL har jämkat patientskadeersättningen med 2/3 men inte klart angett på vilken grund jämkning skett. De enda omständigheter som åberopats för beslutet om jämkning är att kommunen inte kan anses ha brustit i ansvar vad gäller brandorsak och inträffad skada samt att patienten fortsatt att röka efter skadetillfället.

Av utredningen i ärendet framgår att patienten, som var aktiv rökare vid olyckstillfället, lider av sjukdomen KOL och astma. På grund av andningsbesvär har patienten ständigt behov av syrgas, varför hon har en egen syrgasutrustning. Ifrågavarande brand uppstod i samband med att patienten vistades på ett avlastningshem. Patienten använde syrgas även där och hade, enligt uppgift från personal på hemmet, informerats om brandrisken vid användandet av syrgasutrustningen.

Genom polisutredningen har följande framkommit beträffande händelseförloppet vid branden. Patienten hade rökt strax innan branden uppstod, dock inte i nära anslutning till syrgasmaskinen. Uppgifterna tyder på att patienten avslutat rökningen innan hon använde syrgasen. Möjligen kan hon ha använt maskinen för tätt in på den avslutade rökningen. I polisanmälan anges att vittne/personal följt patienten ut på balkongen för att röka. Man hade sedan följt patienten till hennes rum och sett henne själv koppla på syrgasen. Därefter hade man gått ut i köket och efter någon minut hört patienten skrika från sitt rum. Personal hade skyndat dit och upptäckt att patienten låg i sängen och brann på benen, bålén och i ansiktet.

Brott – allmänfarlig vårdslöshet – har inte kunnat styrkas. Patienten själv har inget minne av händelsen. Hon har uppgett att hon aldrig rökt på rummet och att det möjligen kan ha varit kvarglömd glöd som orsakat olyckan.

Utöver den utredning som presenterats i CMGL:s promemoria finns ytterligare utredning. CMGL har nämligen varit i telefonkontakt med personal på avlastningshemmet. Vid dessa telefonsamtal har följande framkommit. På grund av patientens rökbehov hade ett särskilt rökschema upprättats. Proceduren vid rökning innebar att personal kopplade ur syrgasen, hjälpte patienten att sätta sig i rullstol samt att patienten fick på sig en jacka, endast avsedd för rökning. Personal gick sedan tillsammans med patienten 7–8 meter till en balkong, där rökning fick äga rum. Efter rökning gick de tillbaka, tog av jackan och patienten hjälptes i säng och syrgasen kopplades in. Av CMGL:s anteckningar från dessa telefonsamtal framgår vidare att den beskrivna proceduren även gällde vid olyckstillfället.

På den utredning som förebragts är det inte visat att patienten uppsåtligt medverkat till skadan och inte heller att hon medverkat till skadan genom grov vårdslöshet. CMGL skall därför ersätta henne fullt ut för den kosmetiska defekten, vilket innebär ytterligare ersättning med 100 000 kr.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 246/2004

2005:01

Nämndens behörighet. Nämnden har inte ansett sig behörig att ta upp fråga om rätt för försäkringsbolag att kräva tillbaka för mycket utbetalad ersättning.

TILLÄMPLIG BESTÄMMELSE

§ 1 i arbetsordningen för nämnden

Ärendet gäller en 39-årig man, som skadats vid en händelse 1992-04-02.

Patienten har överklagat personskaderegleringsbolagets (PSR:s) beslut att kräva tillbaka för mycket utbetalad ersättning för inkomstförlust. Ärendet är från tiden innan patientskadelagen trädde i kraft men samma förhållanden torde gälla vid tillämpning av 17 § andra stycket patientskadelagen (1996:799).

PATIENTSKADENÄMNDEN

Enligt § 1 i arbetsordningen för Patientskadenämnden får nämnden avge rådgivande yttranden över ersättningsfall där skadan inträffat före patientskade-

lagens ikraftträdande och där fråga är om tillämpning av ersättningsbestämmelserna för patientförsäkringen.

I ärendet föreligger inte någon tvist om vilken ersättning patienten är berättigad till enligt ersättningsbestämmelserna. Nämnden anser att den fråga som ställts till nämnden i detta fall inte är en fråga om tillämpning av ersättningsbestämmelserna. Nämnden är därför förhindrad att avge yttrande i ärendet.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 619/2004

2005:02

Preskriptionsfråga. Preskription har inte ansetts föreligga beträffande senare framställt krav på ersättning för bestående skada.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

23 § patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en vid behandlingstillfället 13-årig flicka som 1998-12-07 opererades vid käkkirurgisk klinik med avlägsnande av en cysta i anslutning till tandanlag av visdomstand i höger underkäke.

PATIENTEN har som patientskada anmält att hon drabbades av känselbortfall i nedre delen av den högra kinden efter operationen.

Patientens skadeanmälan kom in till personskaderegleringsbolaget (PSR) 2000-01-19. PSR meddelade i besked daterat 2000-06-09 att patienten inte kunde få någon patientskadeersättning eftersom någon ersättningsbar patientskada inte ansågs föreligga.

Patientens moder återkom i brev daterat 2004-02-12 med begäran om ersättning för den nervskada som dottern drabbades av i samband med operationen 1998-12-07.

PSR avböjde på nytt ersättning med följande motivering:

Patienten har i brev daterat 2000-06-09 fått besked om PSR:s ställningstagande i ersättningsfrågan. Med brevet översändes som bilagor en folder med patientskadelagen och information om hur man överklagar. Av informationen framgår att rätten till patientskadeersättning upphör efter viss tid. Ersättningsanspråket preskriberas.

Patientens skadeanmälan kom in till PSR 2000-01-19 och gäller en skada som orsakades 1998-12-08.

Om patienten inte kan acceptera försäkringsgivarens besked i ersättningsfrågan måste hon väcka talan inom tre år från det att hon fick kännedom om att anspråket kunde göras gällande. Av patientens skadeanmälan framgår att hon hade kännedom om detta 2000-01-19. Patienten har, som det får förstås, i brev daterat 2004-02-12 meddelat att hon inte accepterar PSR:s besked i ersättningsfrågan. Då patienten inte har väckt talan inom den föreskrivna tidsfristen på tre år är ersättningsanspråket preskriberat. Ärendet kan därför inte tas upp till förnyad prövning.

PATIENTEN har i brev daterat 2004-07-22 överklagat PSR:s bedömning och begärt Patientskadenämndens yttrande.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att kravet inte var preskriberat såvitt avsåg krav på ersättning för bestående skada och gjorde följande bedömning:

Enligt 23 § patientskadelagen förlorar den som vill ha patientskadeersättning enligt denna lag rätten därtill, om han inte väcker talan inom tre år från det han fick kännedom om att anspråket kunde göras gällande och i varje fall inom tio år från den tidpunkt då skadan orsakades.

Patienten har i skadeanmälan som inkom till PSR 2000-01-19 krävt ersättning för skada orsakad vid operation 1998-12-07. Enligt tandläkarutlåtande fogat till anmälan kunde skadan ännu inte bedömas vara bestående. PSR har i beslutsbrev 2000-06-09 avslagit kravet. I brev 2004-02-12 återkommer patienten och kräver ersättning för bestående skada.

Preskription har inträtt endast med avseende på sådana besvär som patienten haft förutsättningar att lägga till grund för en talan sedan minst tre år. Nämnden anser att det inte är visat att patienten före 2001-02-12 fått kännedom om att det kunde röra sig om en bestående skada som hon kunde kräva ersättning för. Det ankommer således på PSR att pröva om patienten har rätt till patientskadeersättning för den skada som hon anmälde 2004-02-12.

— — —

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 792/2004

2005:03

Personskadebegreppet. Försenad diagnos av autism anses inte ha lett till en personskada hos patienten.

TILLÄMPLIGA BESTÄMMELSER

§ 2.3 i ersättningsbestämmelserna 1991-07-01 samt 6 § patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en pojke med autism, som år 2004 var 17 år.

PATIENTENS MÅLSMAN har anmält att fördröjd diagnostisering av autism från den 11 september 1991 fram till juli 1999 medfört att felaktiga åtgärder, som inte var adekvata för hans handikapp, satts in vilket medfört psykiskt lidande och sämre möjligheter till utveckling.

Av den medicinska utredningen framgår att patienten den 11 september 1991 besökte barn och ungdomspsykiatriska mottagning (BUP) på initiativ av barnavårdscentralen. Patienten bedömdes tidigt ha grundlagt en känslomässig problematik som hade sin grund i psykiska trauman. Utvecklingsbedömning visade att patienten intellektuellt fungerade på en 1–2-årigs nivå trots att han var nästan 5 år. Patienten remitterades till dagavdelning och behandling med intensiv psykoterapi från februari 1992. Det noterades att patienten uppvisade besvär med motoriken. Patienten bedömdes ha utvecklats i positiv riktning och kontakten avslutades 1994.

Vidare framgår att patientens skolstart verkar ha gått bra tack vare stöd från specialpedagog och lärare. Patienten lärde sig snabbt läsa och räkna och det förefaller ha fungerat förhållandevis väl fram till tredje klass. Patienten remitteras 1996 åter till BUP och behandlas med intensiv psykoterapi fram till september 1998. Patienten familjehemsplaceras i maj 1998 och stannar där till någon gång 1999 då han återkommer till föräldrahemmet. Föräldrarna kontaktade sedan privat läkare som i augusti 1999 föranstaltade om en neuropsykiatrisk/psykologisk utredning. Patienten fick efter genomförd utredning diagnosen autistisk störning.

PATIENTENS MÅLSMAN gör genom sitt ombud gällande att patienten drabbats av en kroppsskada/personskada genom felaktig behandling. Visserligen har personskaderegleringsbolaget (PSR) medgivit att det föreligger en behandlingsskada, på den grunden att man borde ha utrett patienten redan 1991 men PSR anser dock inte att patienten orsakats en personskada.

Klaganden är primärt inte angelägen om ekonomisk ersättning. Det primära intresset att driva denna fråga är att det är angeläget att patienten, hans far och dennes hustru får en upprättelse. Förutom personskadan har familjen förorsakats

en djup kränkning genom den behandling man fått från vederbörande landstings sida.

Från patientens sida görs gällande att han åsamkats såväl fysiska som psykiska skador på grund av den felaktiga behandlingen. Bl.a. pekar man på att patienten inte fick hjälp att bli torr om nätterna förrän vid 12-årsåldern, att hans lätta utvecklingsstörning är en form av hjärnskada som förvärrats genom den felaktiga behandlingen samt att han inte fick någon medicinering mot sina allvarliga koncentrationssvårigheter och aggressiva humörsvängningar.

PSR avböjde ersättning med följande motivering:

Enligt 1991 och 1995 års ersättningsbestämmelser för patientförsäkringen utgör en behandlingsskada en skada eller komplikation av kroppslig art. Av kommentaren till angivna ersättningsbestämmelser framgår att rent psykiska skador, det vill säga psykiska symptom utan samband med en kroppsskada, inte utgör en behandlingsskada i ersättningsbestämmelsernas mening. Av den medicinska utredningen för perioden från den 11 september 1991 till och med den 31 december 1996 framgår inte något som visar att patienten skulle ha drabbats av någon skada av kroppslig art till följd av felaktigt eller fördröjd diagnostisering och behandling av sjukdomen autism. Rätt till ersättning för behandlingsskada föreligger därför inte.

Avseende perioden från den 1 januari 1997 fram till dess den riktiga diagnosen ställdes på sensommaren 1999 vill vi inledningsvis nämna att patientskadelagen endast omfattar hälso- och sjukvård. Åtgärder vidtagna av försäkringskassan, borgerlig primärkommun eller andra myndigheter omfattas inte av patientskadelagen. Kränkande behandling och ekonomiska skador som inte är en följd av en personskada omfattas inte heller av patientskadelagen.

Enligt vår bedömning uppvisade patienten redan på hösten 1991 sådana symptom att det borde ha föranlett en neuropsykiatrisk/psykologisk utredning. En sådan utredning hade sannolikt medfört att diagnosen autistisk störning hade kunnat ställas. De insatser med mera rehabilitering som då kunde genomföras hade dock med övervägande sannolikhet inte medfört att patientens fysiska och psykiska besvär under åren och i framtiden blivit mindre. Den felaktiga/fördröjda diagnostiseringen av autism har således inte medfört att patienten drabbats av någon personskada i patientskadelagens mening det vill säga en medicinskt påvisbar effekt. Rätt till patientskadeersättning föreligger då inte och patienten har under dessa förhållanden inte heller rätt till ersättning enligt allmänna skadeståndsrättsliga regler.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att ersättningsbar patientskada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

Utredningen visar att diagnosen autism borde ha ställts redan vid den medicinska utredning som gjordes 1991. Att diagnosen uteblev kan ha medfört negativa konsekvenser genom uteblivna hjälpåtgärder och uteblivet ekonomiskt stöd.

För att ersättning skall kunna lämnas krävs emellertid att den uteblivna diagnosen medfört att en personskada uppkommit, d.v.s. en skada av fysisk eller psykisk art som manifesterats i en medicinskt påvisbar effekt. Nämnden delar PSR:s bedömning att den felaktiga/fördröjda diagnosen inte medfört någon personskada och att det därmed inte föreligger rätt till ersättning enligt de i ärendet tillämpliga ersättningsbestämmelserna, enligt patientskadelagens regler eller enligt skadeståndsrättsliga regler.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 40/2005

2005:04

Rätt till omprövning? En patient har begärt omprövning av tidigare beslut beträffande underlag för inkomstförlust och åberopat att hon numera visat att hon kunnat få arbete med inkomst som väsentligt överstiger den inkomst som lagts till grund för hennes livränta. Detta förhållande har inte ansetts medföra rätt till omprövning med stöd av 5 kap. 5 § skadeståndslagen.

TILLÄMPLIGA BESTÄMMELSER

§ 5 i 1979 års ersättningsbestämmelser samt 5 kap. 5 § skadeståndslagen

Ärendet gäller en kvinna, född år 1942, som tillerkänts ersättning i form av livränta för inkomstförlust under åren 1981–1992 enligt ett beslut som godkänts av nämnden genom ett yttrande 1986-06-10. Detta beslut har vunnit laga kraft.

PATIENTEN har nu återkommit och begärt omprövning av livräntan med hänvisning till att de förhållanden som legat till grund för ersättningens bestämmande hade förändrats väsentligt och därvid hänvisat till 5 kap. 5 § skadeståndslagen. Hon gör gällande att hon haft möjlighet att få ett arbete med betydligt högre lön under åren 1981–1992 och till stöd för detta åberopat att hon år 1993 fick arbete som handläggare vid en riksorganisation med en årslön som med etthundratusen kronor översteg den lön som lades till grund för hennes livränta. Hon anser att patientförsäkringen bör kompensera henne för den verkliga inkomstförlusten under åren 1981–1992.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) har ansett att det inte fanns förutsättningar för omprövning med följande motivering:

Ersättning för inkomstförlust som utgår i form av livränta kan omprövas om de förhållanden som har legat till grund för ersättningsens bestämmande har förändrats väsentligt (se 5 kap. 5 § skadeståndslagen).

Omprövningsmöjligheterna ska enligt förarbetena till bestämmelsen ”vara en yttersta utväg för livräntetagaren i sådana fall när det är uppenbart att det på grund av skadan har inträtt en väsentlig och bestående ändring i hans/hennes medicinska status eller arbetsförhållanden” (se prop. 1975:12 s. 117).

I lagens krav på att ändringen ska vara väsentlig ligger att avtalade livräntor av många skäl inte bör omprövas vid varje förändring av omständighet som påverkat livräntans storlek utan att omprövning bör förbehållas situationer där förhållandena avsevärt förändrats jämfört med vad parterna räknade med när livräntan bestämdes. Även om ändringen anses vara väsentlig och omprövning alltså ska ske, är det inte givet att denna leder till någon förändring av livräntan, eftersom omprövningen sker med beaktande inte bara av den omständighet som utlöst omprövningen utan av samtliga förhållanden av beskaffenhet att bära påverka livräntans storlek. Angivna förhållanden talar för en förhållandevis strikt tolkning av väsentlighetsrekvisitet i 5 kap. 5 § skadeståndslagen.

Vi har hänvisat till beslut i Patientskadenämnden 1986-06-10. Ersättning för inkomstförlust kan endast omprövas om väsentlig ändring inträtt i de förhållanden som låg till grund för beslutet ifråga. Vår bedömning är att det i detta fall inte föreligger sådana omständigheter som grundar rätt till omprövning.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning och gjorde följande bedömning:

Omprövning

Dåvarande konsortiet för patientförsäkring (konsortiet) har från och med februari 1982 lämnat ersättning för inkomstförlust, motsvarande lönenivån för en kanslist. Konsortiet har vid sin bedömning beaktat att patienten under mer än tio år före behandlingsskadan varit borta från arbetslivet. Patienten har redan initialt motsatt sig denna bedömning och hävdat att hon, om behandlingsskadan inte inträffat, hade kunnat få ett kvalificerat arbete med ungefär samma lön som en chefssekreterare. I yttrande den 10 juni 1986 har nämnden fastställt konsortiets beslut vad gäller inkomstunderlaget och inkomstlivräntan. Såvitt framgår av utredningen i ärendet har nämndens beslut vunnit laga kraft.

Enligt uppgift från patienten har hennes sjukdomstillstånd med tiden förbättrats väsentligt och hon har år 1993 erhållit en tjänst som handläggare på (– –) Riksförbund med en lön i ungefär samma nivå som en chefssekreterarlön. Patienten har ansett att hon härigenom har bevisat det hon hela tiden hävdat, d.v.s. att hon som oskadad hade kunnat få en högavlönad och kvalificerad befattning. Enligt patienten har således konsortiets/nämndens ursprungliga beslut varit felaktigt.

Patienten har enligt 5 kap. 5 § skadeståndslagen begärt omprövning av inkomstunderlaget för inkomstförlust under åren 1981–1992. Enligt denna bestämmelse kan omprövning av inkomstlivränta komma i fråga endast om de förhållanden som legat till grund för ersättningsens bestämmande har ändrats väsentligt. En sådan situation kan vara att arbetsförmågan efter beslutet har blivit väsentligt nedsatt vilket kan leda till en högre ersättningsnivå. De förändrade förhållanden som patienten i detta fall har grundat sin rätt till omprövning på består tvärtom i att hennes sjukdomstillstånd har förbättrats väsentligt, vilket lett till en ökad arbetsförmåga. De förändrade förhållandena i sig är således inte sådana att de kan ligga till grund för högre ersättning. De har emellertid gjort det möjligt för patienten att återinträda i arbetslivet och har härigenom åberopats som stöd för påståendet att det ursprungliga beslutet var felaktigt. En sådan bieffekt av den förändrade arbetsförmågan i bevishänseende utgör emellertid inte grund för en omprövning av beslutet. Enligt nämndens mening har således de förhållanden som legat till grund för bestämmande av inkomstunderlaget inte förändrats i den mening som avses i 5 kap. 5 § skadeståndslagen på sådant sätt att det laga kraftvunna beslutet kan omprövas.

Pensionsförlust

— — —

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 365/2003

2005:05

Preskriptionsfråga. Preskription har ansetts föreligga grundat på patientens egna uppgifter.

TILLÄMPLIGA BESTÄMMELSER

§ 8 i ersättningsbestämmelserna 1995-01-01. Jfr 23 § patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 53-årig kvinna, som 1996-11-01 opererades för divertikulit (inflammation i en utbuktning på tjocktarmen). Operationen var komplikationsfri och patienten skrevs ut från sjukhuset 1996-11-14. Vid återbesök 1997-01-15 kände sig patienten väsentligen återställd efter operationen.

PATIENTEN har som behandlingsskada anmält att hon fick en nervskada med känselnedsättning på utsidan av vänster underarm och vänster hands lill- och ringfinger i samband med operationen.

Hon anger att hon redan efter uppvaknandet ur narkosen kände att utsidan av vänster underarm, lillfinger och en del av ringfingret var helt bortdomnat. Hon nämnde inget då men vid återbesöket i januari tog hon upp det med läkaren. Hon fick då besked att det kunde ta tid innan känseln återkommer.

Våren 1998 träffade hon en narkosläkare som förklarade hur skadan hade uppkommit. Eftersom det hade gått mer än ett år uppgav han att skadan sannolikt var bestående. En annan läkare rekommenderade henne att anmäla skadan till patientförsäkringen men hon orkade då inte ta tag i detta och undersöka hur hon skulle få kontakt med PSR.

Sedan operationen 1996 har hon påtalat sina besvär med känselbortfallet och först 1998 fick hon information om att hon borde anmäla skadan till patientförsäkringen. Eftersom hennes skadeanmälan har inkommit inom 10-årsgränsen borde den prövas. Då skadan har medfört bestående men borde hon få ekonomisk kompensation.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) ansåg att preskription förelåg och gjorde följande bedömning:

Enligt tillämpliga ersättningsbestämmelser måste den som vill kräva ersättning för behandlingsskada anmäla skadan inom tre år från det hon fick kännedom om skadan men aldrig senare än tio år från det den åtgärd som orsakade skadan vidtogs.

Den treåriga tidsfristen (preskriptionstiden) börjar löpa när den skadelidande fått kännedom om skadan d.v.s. hon ska ha insett att en skada uppkommit och att den kan ha samband med en åtgärd från sjukvården. De 10 år som omtalas i § 8 i ersättningsbestämmelserna är en yttersta gräns för prövning och avser de fall då besvären visar sig senare än tre år efter att den åtgärd som anses ha orsakat skadan företogs.

Anmälan kom in till PSR 2003-05-19. Av handlingarna framgår att patienten har haft kännedom om den anmälda skadan alltsedan operationen 1996-11-07. Patientens anmälan har därför kommit in för sent för att kunna prövas. Ersättningsanspråket är preskriberat.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning och gjorde följande bedömning:

Av tillämpliga ersättningsbestämmelser från 1995 framgår att den som vill kräva ersättning för en behandlingsskada måste anmäla skadan inom tre år från kännedom om skadan men aldrig senare än tio år från den tidpunkt då den åtgärd som orsakade skadan vidtogs. Enligt kommentaren till denna preskriptionsbestämmelse skall kännedom om skadan anses föreligga när den skadelidande insett att en skada uppkommit och att den kan ha samband med ett ställningsta-

gande eller en åtgärd från sjukvårdens sida. Därvid bör enligt nämndens mening krävas att den skadelidande skall ha fått ett någorlunda säkert underlag med avseende på de faktiska förhållanden som han vill lägga till grund för sitt anspråk (jfr NJA 2001 s. 15).

Patienten har anfört att hon fick en nervskada vid en operation i november 1996 och att hon vid återbesök i januari 1997 fick besked om att det kunde ta tid innan känslan kom tillbaka. Hon har vidare uppgett att hon våren 1998 fick besked av en narkosläkare om att nervskadan hade samband med operationen och att en annan läkare uppmanade henne att göra en anmälan till patientförsäkringen men att hon då inte orkade med detta. Hennes anmälan kom in till PSR i maj 2003.

Något objektivt stöd i form av journalnoteringar, läkarintyg eller liknande angående orsakssambandet mellan besvären och vårdåtgärden finns inte i detta fall. Patienten har emellertid enligt vad hon själv uppgett haft klart för sig att en skada inträffat redan kort tid efter operationen och också fått besked om sambandet senast i anslutning till de läkarkontakter hon haft under våren 1998. Nämnden anser att de uppgifter som patienten själv lämnat utgör ett tillräckligt säkert underlag för att preskriptionstiden skall börja löpa från i vart fall våren 1998. Eftersom hennes anmälan kom in först i maj 2003 är hennes ersättningsanspråk preskriberade.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 6/2004

2005:06

Hanteringen av journaluppgifter faller in under begreppet hälso- och sjukvård. Felaktigt utlämnande av journaluppgifter har dock i detta fall inte ansetts ha orsakat någon skada av psykisk eller fysik art.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

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

Ärendet gäller en 44-årig man, som var målsägande i ett misshandelsmål. Han skrev hos polismyndigheten under en begäran om att utdrag ur hans patientjournal rörande misshandeln skulle översändas till polismyndigheten. I januari 2002 överlämnades denna begäran till vårdcentralen. Journalutdragen som sedan skickades till polismyndigheten omfattade även vissa journalanteckningar som inte hade begärts. I och med att journalutdraget blev en del av förundersöknings-

materialet kunde den misstänkte och dennes advokat ta del också av de anteckningar som inte avsåg misshandeln.

PATIENTEN har som skada anmält att vårdcentralen lämnade ut mer än begärda journalhandlingar till polis och åklagare. Detta ledde till att det blev svårare att väcka åtal och precisera skadeståndsanspråk. Patienten har i sin skrivelse till Patientskadennämnden framfört att han drabbats av en mycket svår personskada till följd av sjukvårdspersonalens slarv. Han anser att han utsatts för en kränkning och en svår psykisk påfrestning till följd av att journalhandlingarna lämnades ut. Han anser att någon av punkterna 1, 2 eller 5 i patientskadelagens 6 § bör vara tillämpliga i hans fall.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning och gjorde följande bedömning:

Patientskadelagen anger vilka situationer som kan ge rätt till ersättning. En förutsättning för att man ska kunna få ersättning genom patientförsäkringen är att man i samband med vård eller behandling tillfogas en personskada. Utlämnande av journaler är inte vård och/eller behandling och ersättning kan därför inte lämnas.

Kränkning ersättning kan inte lämnas genom patientförsäkringen.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade inte PSR:s uppfattning om hantering av journaluppgifter och gjorde följande bedömning:

Enligt nämndens mening faller hantering av journaluppgifter in under begreppet hälso- och sjukvård och kan därmed grunda rätt till ersättning enligt patientskadelagen. Utredningen i detta ärende ger dock inte stöd för att omständigheterna kring utlämnandet av journaluppgifter skulle ha orsakat patienten någon skada av psykisk eller fysisk art vilket är en förutsättning för att ersättning skall kunna lämnas enligt patientskadelagen. Det föreligger därför inte någon rätt till patientskadeersättning. Som PSR anført kan kränkning ersättning inte lämnas enligt patientskadelagen.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 590/2004

2005:07

Facitbedömning. Anläggande av nefrostomi har lett till njurartärskada. Ej ersättning. Skadan hade inte kunnat undvikas vare sig genom annat utförande av det valda förfarandet eller genom användande av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Exspektans var ett sådant alternativt förfarande.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 77-årig man med bl.a. trycksår över vänstra fotknölen. Patienten lades in på plastikkirurgisk klinik 2002-02-27 och genomgick en hudtransplantation på grund av bensåret. Under vårdtiden drabbades han 2002-03-12 av plötsliga vänstersidiga buksmärtor som visade sig bero på fyra stycken upp till 7 mm stora stenar i mellersta delen av uretären på vänster sida.

2002-03-14 utfördes ultraljudsledd nefrostomiinläggning i vänster njure. (Nefrostomi = operativ anläggning av njurfistel för att avleda urin vid hinder.) Med sedvanlig teknik punkterades njurbäckenet med nål varefter nefrostomikateter inlades över ledare. Läget kontrollerades med kontrastinfusion. Efter att nefrostomikatetern lags in visade förnyad röntgen att kontrast delvis fanns extravasalt (utanför blodbanan), delvis gick över till lymfsystemet. Man var oklar över lämplig fortsättning men beslutade att nefrostomikatetern fick ligga kvar och att förnyad kontroll skulle göras dagen efter.

2002-03-15 utfördes kontroll av nefrostomikatetern som var ockluderad (tillsluten) med koagler. Katetern drogs bort och en kortvarig venös blödning uppstod. En dryg timme senare blev patienten kraftigt smärtpåverkad med smärtor nertill i vänster flank. Ultraljudsundersökning påvisade misstänkt hematoma utgående från nedre njurpolen och sträckande sig kaudalt. Då patientens tillstånd stabiliserades beslutade man att utreda vidare med datortomografi.

Denna visade en utbredd vänstersidig blödning kring njuren som var förskjuten framåt av blodet. Patientens tillstånd försämrades och man beslutade att embolisera den artär som orsakade blödningen. Detta utfördes samma kväll.

Patienten förbättrades därefter och kunde skrivas ut 2002-03-25. Hemma i bostaden avgick sedan njurstenarna spontant.

PATIENTEN ansåg att han har rätt till patientskadeersättning eftersom nefrostomi var onödig.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning och gjorde följande bedömning:

Patientskadelagen anger vilka situationer som kan ge rätt till ersättning när det gäller skador som uppträder i samband med vård och/eller behandling.

Enligt 6 § första stycket 1 i patientskadelagen lämnas ersättning för personskada på patient om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd, under förutsättning att skadan kunnat undvikas antingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

Patienten hade multipla, upp till 7 mm stora stenar i vänster uretär med måttlig hydronefros och försenad kontrastuppladdning som följd. Med hänsyn till patientens smärtor, stenstorlek, multipla stenar och graden av avflödeshinder är det, även med facit i hand, nefrostomianläggning som är försthandsalternativ för behandling. Exspektans med smärtlindring hade varit ett korrekt alternativ. Risken vid detta alternativ är annan än vid anläggande av nefrostomi, men den är inte mindre. Risken omfattar avstängningspyelit (inflammation i njurbäckenet) med allmänpåverkan och njurfunktionsförlust.

Blödning är en känd ovanlig komplikation vid perkutan nefrostomianläggning. Det föreligger en tillförd skada. Risken för blödning vid nefrostomianläggning kan aldrig elimineras och man hade inte med ett annat utförande av åtgärden kunnat undvika blödningen varför skadan utgör en oundviklig komplikation.

Trots att stenarna var multipla och upp till 7 mm stora, avgick de spontant. Sannolikheten för detta förlopp var cirka 10 % och kunskapen i efterhand om spontanavgången ändrar inte ovanstående bedömning om exspektans som andrahandsalternativ.

Kärlskada vid nefrostomianläggning är en känd komplikation med låg frekvens. Nefrostomianläggningen var medicinskt motiverad och utfördes på ett riktigt sätt men gav inte ett riktigt resultat utan ett oönskat resultat med stort hematom. Exspektans hade kunnat tillgodose vårdbehovet men måste ses som ett andrahandsalternativ. Det hade inte varit mindre riskfyllt.

Sammanfattningsvis har vi bedömt att den behandling patienten har fått har varit medicinskt motiverad och har utförts på ett riktigt sätt. Den anmälda skadan, njurartärskadan, har inte gått att undvika, vare sig genom ett annorlunda utförande av den valda metoden eller genom en annan tillgänglig metod som hade tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Under sådana förhållanden är det ingen patientskada i patientskadelagens mening. Patientens ersättningskrav har därför avvisats.

PATIENTEN har hos nämnden utvecklat sina synpunkter på följande sätt:

Vid samtal med urolog om handläggningen var valet att acceptera och avvakta stenförloppet eller anläggning av nefrostomi. Urologens råd blev nefrostomi. Risken med sådan ansågs vara minimal. Skador t.ex. njurartärskador, var då fullständigt okända i Sverige. Två försök gjordes. Hur kan PSR bedöma, att en livshotande komplikation, som njurartärskada med jättestort retroperitonealt haematom, ej är ersättningsberättigad? Efterförloppet med spontan stenavgång i hemmet utan smärtor tyder på att nefrostomi var en överloppsgärning. Skadan ledde ju enbart till försämring av patientens allmäntillstånd, upprepade transfusioner, extra sjukhusvård etc. Behandlingen kunde ha undvikits.

PSR anger att patientens behandling var medicinskt motiverad och att den var utförd på riktigt sätt. Det kan man ju inte säga. Det skulle innebära att njurartärskada är en vanlig följd. Rätt behandling, enligt patientens uppfattning, borde ha varit expektans med hänsyn till att stenarna avgick spontant och utan smärta.

PSR skriver också att man inte har rätt till ersättning enbart av det skälet, att behandlingen inte leder till önskat resultat, som ju i patientens fall blev blödning och ett stort retroperitonealt hematom. Detta är ju inget önskat resultat. Njurstenssjukdomen kvarstod ju obehandlad och den spontana stenavgången i hemmet innebar ju att försöket till perkutan nefrostomi var onödig.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att ersättningsbar skada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

Enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen lämnas patientskadeersättning för personskada på patient om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd under förutsättning att skadan kunnat undvikas antingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

Nämnden delar PSR:s bedömning att blödningen som orsakats av nefrostomi-anläggningen inte kunnat undvikas genom ett annat utförande av behandlingsåtgärden.

Frågan är då om skadan kunnat undvikas genom ett alternativt förfarande som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Denna bedömning skall ske med utgångspunkt från den faktiska kunskapen vid skaderegleringstillfället om patientens konstitution och hälsotillstånd vid behandlingstillfället. De inträffade skadorna skall däremot inte vägas in när man uppskattar riskerna med olika alternativa behandlingsmetoder, utan man skall jämföra de generella riskerna vid de olika metoderna i det specifika fallet. Att avvakta stenförloppet under smärtlindring hade i och för sig varit ett korrekt behandlingsalternativ men detta förfarande hade enligt nämndens mening inte generellt tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Eftersom expektans således inte är en mindre risk-

fylld metod delar nämnden, trots att stenarna i detta fall faktiskt avgick spontant, PSR:s bedömning att det inte föreligger någon rätt till patientskadeersättning.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 529/2004

2005:08

Facitbedömning. Ögonskada. Ersättning. Skadan hade kunnat undvikas genom användande av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 39-årig man, som 1998-08-27 opererades vid ögonklinik för hyperopi (översynthet) och astigmatism (brytningsfel) på höger öga.

Operationen utfördes genom så kallad fotorefraktiv keratektomi med excimerlaser. Före operationen såg patienten på det opererade ögat 0,9 med +5,5 kombinerat med -4,5 i 180 grader. En reoperation genomfördes i september 1999 och ytterligare en reoperation utfördes i början av år 2000. Enligt ett läkarintyg utfärdat 2002-14-19 såg patienten på det opererade ögat 0,8 med +4,5 kombinerat med -0,5 i 9 grader. En kvarstående haze (ärromvandling) förelåg i hornhinnans två nedre kvadranter.

PATIENTEN anmälde som patientskada sämre synskärpa, förändrad brytning och ärrbildning i hornhinnan. Han begärde ersättning för de skador han förorsakats av operationen med fotorefraktiv keratektomi med excimerlaser. Skadorna hade kunnat undvikas med alternativet att inte alls genomföra de operativa ingreppen.

DET SKADEREGLERANDE BOLAGET (Zürich) avböjde ersättning med följande motivering:

De anmälda skadorna är orsakade av operationerna. Behandlingen var medicinskt motiverad. Vid tidpunkten för operationen, år 1998, fanns en stor tilltro till operationen med laser för korrigering av de synfel som patienten uppvisade. En vedertagen metod användes. Det fanns vid operationen andra, teoretiskt möjliga operationstekniker, Dock ingen säkert bättre och mindre riskfylld metod ur medicinsk synvinkel. Samtliga operationer för att förändra hornhinnans brytning

förlitar sig på en normal sårläkningsförmåga. Denna går inte att påverka och inte heller att förutse.

Sammanfattningsvis anser vi att skadorna utgör en oundviklig komplikation som inte hade gått att undvika genom ett annat utförande av den valda operationsmetoden. Inte heller fanns det någon alternativ metod tillgänglig vid behandlingstillfället som hade tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ersättningsbar skada förelåg och gjorde följande bedömning:

Enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen lämnas ersättning för personskada på patient om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd, under förutsättning att skadan kunnat undvikas antingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

Bestämmelsen innebär att rätt till ersättning kan föreligga om det objektivt sett varit möjligt att undvika skadan genom att välja en alternativ behandlingsmetod. För att skadan skall ge rätt till ersättning krävs emellertid att den alternativa metoden dels tillgodosett patientens vårdbehov, dels ger en totalt sett lägre risknivå samt vidare var tillgänglig vid behandlingstillfället. Denna bedömning skall ske med utgångspunkt från den faktiska kunskapen vid skaderegleringstillfället och inte vid skadetidpunkten. Den anmälda skadan skall däremot inte vägas in när man uppskattar riskerna med olika alternativa behandlingsmetoder, utan man skall jämföra de generella riskerna vid de olika metoderna i det specifika fallet.

Det alternativa förfarande som kunnat komma i fråga i detta fall hade varit att som behandlingsmetod i stället för PRK (Photorefractive keratectomy) välja LASIK (Laser in Situ Keratomileusis).

Vid behandlingstillfället i augusti 1998 var LASIK en tillgänglig och vedertagen behandlingsmetod. Med den kunskap som vi har i dag hade LASIK vid denna tidpunkt tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt än PRK. Om LASIK hade använts i augusti 1998 skulle enligt nämndens bedömning de uppkomna besvärerna med haze ha kunnat undvikas. Patienten är därför berättigad till patientskadeersättning för de besvär som denna haze förorsakat honom.

Enligt nämndens mening har patientens kvarstående haze i hornhinnans två nedre kvadranter på höger öga rimligen gett en viss smärre invaliditet. Att uppskatta dessa kvarstående besvär kan emellertid vara svårt då skelning kan ge samma besvär och skillnader föreligger mellan subjektiva och objektiva besvär. Zürich bör därför göra en skälighetsbedömning när det gäller att invaliditetsgradera de kvarstående besvärerna på grund av patientens haze.

Nämnden anser vidare att utredningen i ärendet ger stöd för uppfattningen att patienten inte skulle ha drabbats av den regress som nu noterades om ingreppet

i augusti 1998 hade utförts med LASIK. Hade LASIK valts 1998 hade omoperationerna i september 1999 och januari 2000 enligt nämndens mening sannolikt inte behövt utföras. Patienten har således även rätt till patientskadeersättning för den uppkomna regressen och omoperationerna.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 470/2003

2005:09

Psykiska besvär efter njuroperation. Fråga huruvida de psykiska besvären hade sådant samband med den till operationen hänförliga patientskadan att de medförde rätt till ersättning eller om de borde betraktas som resultat av att patienten känt sig kränkt av att bli felaktigt opererad, vilket inte medför rätt till ersättning.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 46-årig kvinna, som 1997-11-19 behandlades för sten i höger njure med s.k. stenkrossning. I samband med ingreppet påträffades en strikturering (förträngning) av urinledaren. Efter ballongdilatation kunde man passera strikturen och krossning av stenen påbörjades. I samband med detta skadades urinledaren. Man utförde därför en öppen operation och fann då att urinledaren hade skadats på två ställen. Man beslutade om autotransplantation av njuren, som utfördes akut. Det postoperativa förloppet var komplikationsfritt förutom att patienten drabbades av en påverkan på nervus femoralis med nedsatt kraft i lårmuskeln och sensibiliteitsnedsättning i höger lår. Nervskadan uppkom sannolikt i samband med tryck av en hake under den ganska långdragna operationen.

Enligt ett intyg år 2003 är funktionen i höger njure fullgod. Patienten hade dock en hel del kvarvarande besvär framförallt i form av tyngdkänsla i lilla bäckenet, särskilt på höger sida samt obehagskänsla och dragningar motsvarande höger njurloge. Hon har ett operationsärr med lätt deformerad bukvägg samt lätt sensibiliteitsnedsättning på höger lårs framsida. Hon har även uppgivit psykiska besvär.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) ansåg att den komplikation som inträffade i samband med operationen var en ersättningsbar patientskada. PSR ansåg att den medicinska invaliditetsgraden uppgick till 12 % för de kvar-

varande fysiska besvären (tyngdkänsla i lilla bäckenet, särskilt på höger sida, obehagskänsla och dragningar motsvarande höger njurloge samt smärttillstånd).

Vad gäller de psykiska besvären har PSR hört medicinskt sakkunnig inom specialistområdet psykiatri. Enligt PSR:s samlade bedömning har patientens besvär av psykisk karaktär med övervägande sannolikhet inte något samband med den godkända patientskadan. Några svåra upplevelser knutna till själva ingreppet, t.ex. svåra smärtor, har inte dokumenterats. De reaktioner som patienten har haft efter operationen beror i stor utsträckning på personlighetsmässiga faktorer och att hon framförallt känt sig kränkt genom att bli felaktigt opererad. Kränkning/kränkande behandling är inte en personskada enligt 5 kap. 1 § skadeståndslagen.

PATIENTEN förde ärendet vidare till Patientskadenämnden och anförde – genom ombud – att hennes psykiska besvär är att hänföra till patientskadan och att hon därmed är berättigad till ytterligare ersättning enligt reglerna för patientförsäkringen. Hon har allt sedan operationen utfördes känt sig kränkt av den inträffade komplikationen och hon har fått psykologhjälp samt medicinerats med antidepressiv behandling.

Patienten har dessutom ansett att hennes smärta är så allvarlig att den inte kan rymmas inom den åsatta medicinska invaliditetsgraden 12 %.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning såvitt avser invaliditetsgraden men ansåg att de psykiska besvären var en följd av patientskadan och gjorde följande bedömning:

Patientskadeersättning skall lämnas för den personskada som uppkommit som en följd av skadan på urinledaren. Med personskada menas såväl fysisk som psykisk skada. När det gäller de kvarstående fysiska besvären orsakade av skadan delar nämnden PSR:s bedömning att invaliditetsgraden inte överstiger 12 %.

Vad sedan gäller sambandet mellan skadan och de psykiska besvären gör nämnden en annan bedömning än PSR. PSR utgår från att patientens besvär av psykisk karaktär är orsakade av reaktioner som beror på att patienten känner sig kränkt av behandlingen och att en sådan skadeföljd inte omfattas av patientskadelagen. Enligt nämndens mening är i stället den psykiska besvärsbilden i huvudsak en följd av skadan och de fysiska besvär som den medfört. Skadan på urinledaren har således medfört en personskada av såväl fysisk som psykisk karaktär. Det ankommer därför på PSR att ta ställning till vilken ersättning som kan lämnas för de psykiska besvären.

2005:10

Föräldrar till 14-årig pojke med DAMP har begärt ersättning för psykiskt lidande som förorsakats dem och sonen genom att en psykolog vid BUP anmält dem till socialtjänsten. Ej ersättning.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

2 och 6 §§ patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 14-årig pojke med DAMP och dyslexi. Pojken hade p.g.a. motoriska svårigheter, sen talutveckling och häftiga humörsvängningar utretts på barn- och ungdomsmedicinsk mottagning. I samband med skolstarten hade han fått diagnosen DAMP. Vid senare uppföljning fann man att han hade specifika läs- och skrivsvårigheter. Han fick därför också diagnosen dyslexi. Han fungerade tämligen väl i skolan med extra stöd. I september 2001 remitterades han till BUP med anledning av en pågående utredning inom socialtjänsten, som misstänkte att pojken var utsatt för barnmisshandel. Med anledning av vad som kom fram i samtalen misstänkte psykologen att pojken for illa i hemmiljön. Han gjorde därför 2003-01-16 en anmälan till socialtjänsten.

PATIENTENS MOR har som patientskada anmält att hela familjen har drabbats av psykiskt lidande till följd av de påfrestningar som blivit följden av psykologens obefogade anmälan till socialtjänsten i januari 2003. Moderns motivering för kravet kan sammanfattas på följande sätt:

Hon anger att såväl sonen som föräldrarna drabbades av psykisk sveda och värk till följd av den anmälan som psykologen gjorde. Att föräldrarna själva inte var patienter har ingen som helst betydelse för det lidande de fick utstå. De sökte BUP för att som föräldrar få viss rådgivning innan samtalen med sonen tog vid. P.g.a. all den smärta de drabbades av genom psykologens bemötande, sätt att uttrycka sig i sin anmälan och förda journalanteckningar, yrkar de på ekonomisk ersättning. Psykologens grova och helt grundlösa anklagelser som han använde sig av i sin anmälan till socialen skadade hela familjen och gjorde dem sjuka. Anklagelserna som sedan blev underlag för polisanmälan är "roten till det onda". Föräldrarna fick lägga ned mycket arbetstid på kuratorssamtal i två års tid. De kräver därför också ersättning kostnader och inkomstförlust. Modern anser att sonen har rätt till ekonomisk kompensation och att denna då kommer hela familjen till del, eftersom hela familjen har drabbats.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Inledningsvis vill vi framhålla att PSR utreder om den skada som är anmäld ger rätt till ersättning enligt gällande lagstiftning. Patientskadelagen omfattar inte sådana ansvarsfrågor som t.ex. bemötande inom sjukvården. Den skriftliga medicinska dokumentationen ligger till grund för våra bedömningar. Vi utgår

från att journaluppgifterna är korrekta och att alla uppgifter av vikt har noterats. Journalföringen faller utanför det område PSR har att tillämpa.

En förutsättning för att ersättning ska lämnas är att personen har skadats i egenskap av patient. Eftersom föräldrarna inte hade kontakt med BUP angående sitt eget hälsotillstånd omfattas de inte av patientskadelagen. De kan därför inte få ersättning för den anmälda skadan.

Kontakten på BUP, som startade på föräldrarnas önskan, var inriktad på rådgivning kring sonens neuropsykiatriska problematik. Behandlingen var medicinskt motiverad och utfördes enligt vedertagen metod. Det framgår inte av utredningen att sonen har lidit någon skada till följd av behandlingen. Sonen har därför inte rätt till patientskadeersättning.

Enligt PSR:s bedömning fullföljde psykologen vid BUP sin skyldighet enligt socialtjänstlagen genom att göra anmälan. Psykologen har även i övrigt utfört sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Även om patientens föräldrar skulle betraktas som patienter i patientskadelagens mening har de därför inte rätt till patientskadeersättning.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning med följande motivering:

Nämnden gör samma bedömning som PSR och anser på de skäl bolaget anfört att det inte i något avseende föreligger någon ersättningsbar patientskada.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 129/2005

2005:11

Begreppen patient och hälso- och sjukvård. Är kosmetisk behandling vid privat klinik hälso- och sjukvård och är den behandlade patient?

TILLÄMPLIGT LAGRUM

3 §, 5 § och 6 § första stycket patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 57-årig kvinna, GU, som den 1 december 2000 vid en privat klinik fått injektioner med Dermalive i syfte att släta ut rynkor och fylla ut huden runt läpparna.

Dermalive är en gel som injiceras under huden i syfte att sträcka upp huden och på så sätt släta ut rynkor. Injektionerna utfördes vid den privata kliniken av en utbildad och legitimerad sjuksköterska. Efter ungefär ett halvt år fick kvinnan förhårdnader och förtjockningar på de behandlade partierna. Hon sökte hjälp

och fickoperativ behandling med borttagande av en del förhårdnader hos en läkare i Norge. Läkaren i Norge har sedan avstått från vidare behandling av förhårdnaderna.

PATIENTEN har till Länsförsäkringar som patientskada anmält att hon till följd av injektionerna fått misspyrdande knölar och missfärgad hud i ansiktet.

LÄNSFÖRSÄKRINGAR SAK har i ett långt och omsorgsfullt motiverat beslut avslutningsvis framhållit följande:

Med utgångspunkt från uttalanden i propositionen till patientskadelagen är det vår bedömning att det är svårt att förlägga en kosmetisk behandling under lagens begrepp "hälso- och sjukvård" och det även om åtgärden kräver insatser av medicinskt utbildad personal. Även uttalanden i propositionen rörande begreppet "patient" talar i samma riktning. En förutsättning för ersättning är nämligen att någon har skadats just i egenskap av patient. Någon definition av begreppet patient finns visserligen inte i lagen men i kommentaren till 1 § sägs att "Med patient avses således alla som etablerar en kontakt med hälso- och sjukvårdspersonalen angående sitt hälsotillstånd". För de flesta är det nog främmande att kalla den som söker skönhetsvård eller kosmetisk behandling för en patient.

Med stöd av detta resonemang ansåg bolaget att den kosmetiska behandling som GU fått inte är att betrakta som hälso- och sjukvård enligt 5 § patientskadelagen och att GU inte kunde betraktas som patient i patientskadelagens mening.

PATIENTEN förde ärendet vidare till Patientskadenämnden. Hon argumenterade för att behandlingen vid den privata kliniken skulle omfattas av begreppet hälso- och sjukvård. Till stöd för detta anförde hon att det material som använts är att betrakta som medicintekniskt material, att injektionerna utfördes av en legitimerad sjuksköterska och att legitimerad läkare fanns som medicinskt stöd i verksamheten. Hon återopade också att beslut och domar som meddelats i anledning av anmälningar som hon gjort till Socialstyrelsen och Hälso- och sjukvårdens Ansvarsnämnd (HSAN) styrker att behandlingen är att betrakta som hälso- och sjukvård. Sålunda har Kammarrätten i en dom ansett att hennes fall är att betrakta som hälso- och sjukvård. Vidare har Socialstyrelsen i yttranden till Länsrätt och Kammarrätt ansett det klarlagt att detta är hälso- och sjukvård. Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet har efter utredning av den behandlande kliniken i ett beslut benämnt de behandlade som patienter och sagt att dess journaler skall behandlas enligt patientjournallagen.

PATIENTSKADENÄMNDEN gjorde följande bedömning:

Hälso- och sjukvårdsbegreppet i 5 § patientskadelagen har samma innebörd som detta begrepp har i 1 § hälso- och sjukvårdslagen. Den aktuella injektionsbehandlingen med Dermalive gavs av legitimerad sjuksköterska som före

behandlingen gjorde en medicinsk genomgång av GU:s hälsotillstånd som hon dokumenterade i journal. Nämnden anser att verksamheten utgör hälso- och sjukvård och att GU är patient.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 481/2005

2005:12

Diagnosskada. Försenad diagnos och behandling av metastas i ryggkota. Progredierande smärtor till följd av ökad kompression av ryggmärgen borde ha föranlett tidigare operation.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 3 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 50-årig kvinna, som under år 2003 behandlades för bröstcancer med kirurgi och cytostatika. Hon opererades 2003-07-01. Tumörsjukdomen var inte generaliserad och patienten hade bedömts som kliniskt recidivfri. 2004-08-30 lades hon in akut på ortopedkliniken p.g.a. mycket svåra smärtor i bröstryggen. Röntgenundersökning av bröst- och ländrygg visade ingen skelettskada, skelettförändring eller glidning. Patienten behandlades med morfin, Stesolid, Voltaren och Alvedon utan någon egentlig effekt på smärtan.

Patienten utreddes vidare och 2004-09-01 undersöktes hon av smärtläkare som bytte Stesolid mot Neurontin. Man försökte sätta upp patienten på sängkanten och samtidigt smärtlindra med morfin men det lyckades inte utan patienten fick kraftiga smärtgenombrott. Hon kunde inte mobiliseras. MR (magnetrontgen) 2004-09-02 visade en metastas i tionde kotan i bröstryggraden med lätt kompression av kotkroppen men ingen signifikant kompression av medulla (ryggmärgen). Patienten hade svåra smärtor men inga neurologiska bortfallsymtom. Då patienten inte hade några sådana neurologiska symtom bedömde man att operativ behandling inte var motiverad. Patienten remitterades till onkologkliniken för strålbehandling med planerat återbesök på ortopedkliniken fyra veckor senare för utvärdering.

2004-09-08 kom patienten till Radiumhemmet för ställningstagande till strålbehandling. Patienten hade då så kraftig smärta att hon blev smärtfri först när hon blev påtagligt påverkad av morfin. Med anledning av detta togs kontakt med ortopederna som trots smärtindikation avböjde operation. För att kunna genomföra strålbehandlingen fick patienten en intratekal smärtkateter, d.v.s. en slang inlagd i hjärnans likvorrut innanför hjärnninnorna (hålrummet som innehåller

ryggmärgsvätska). Hon fick sedan strålbehandling under smärtstillning med intratekalkatetern.

Katetern möjliggjorde strålbehandling men medförde även svaghet i benen, varför patientens neurologiska status blev svårbedömt. Patienten återfick inledningsvis motorik i benen vid avstängning av katetern och kunde själv stänga av och sätta på katetern. P.g.a. nyttillkomna sensoriska symtom över buken gjordes 2004-09-21 en akut magnetröntgen, som visade medullarpåverkan. Då man stängde av katetern visade det sig att patienten hade utsläckt motorik i båda benen. Man tog ny kontakt med ortopederna som avböjde operation, då skadan bedömdes som obotlig.

Då patienten trots den intratekala katetern hade svåra smärtor bandformat över buken diskuterades åter med ortopederna 2004-09-25. Man beslutade då att patienten skulle opereras på smärtindikation. Hon opererades 2004-09-27 med utrymning av den patologiska frakturen och stabilisering med stag och cement. Patientens smärtsituation blev betydligt förbättrad men hon hade kvarstående förlamning i nedre kroppshalvan med avförings- och urininkontinens.

PATIENTEN har som patientskada anmält förlamning från magen och nedåt till följd av fördröjd diagnostisering av en metastas på ryggkota och därefter felaktig behandling och försenad operation av metastasen. Hon anser att två stora fel har begåtts vid behandlingen av hennes smärttillstånd och skelettmetastas. Ett fel var att hon inte opererades mycket tidigare. I stället för att opereras fick hon ligga med smärtorna och genomgå en operation för att få en smärtkateter. Det andra stora felet var smärtkatetern, som bidrog till att hon blev förlamad. Hon fick ligga alltför länge utan att något gjordes. Hon hade fruktansvärda smärtor och kunde inte förflyttas. Onkologerna ville att hon skulle opereras men ortopederna ansåg att strålning var den bästa metoden. I stället för att operera direkt beslutades att hon skulle strålas men p.g.a. smärtorna tvingades man att operera in en smärtkateter. Smärtkatetern dämpade sedan smärtorna kraftigt och därför upptäcktes inte skadan som orsakade förlamningen.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Enligt 6 § första stycket 3 patientskadelagen menas med patientskada en skada eller sjukdom, som har uppkommit eller inte förhindrats till följd av att faktiskt iakttagbara symtom inte har tolkats på ett sätt som överensstämmer med allmänt vedertagen praxis.

Om en läkare p.g.a. iakttagbara symtom ordinerar en behandling som senare visar sig felaktig, blir en följskada av detta inte automatiskt en ersättningsbar patientskada. Endast om en inom aktuellt specialistområde erfaren läkare borde ha dragit rätt slutsats av iakttagbara symtom kan ersättning bli aktuell.

Vid bedömning av frågan om en ställd diagnos varit felaktig eller inte utgår man endast från den kunskap som fanns vid diagnostillfället. Man tillämpar

således inte något s.k. facitresonemang vid bedömningen om en skada p.g.a. felaktig diagnos föreligger. Om en vid diagnostillfället ställd diagnos är riktig mot bakgrund av de kunskaper som då fanns föreligger ingen ersättningsbar skada, även om efterkunskap skulle visa att diagnosen var felaktig.

När metastasen diagnostiserades hade patienten inga neurologiska symtom. Det förelåg därför inte indikation för kirurgi utan normal primärbehandling vid strålkänsliga tumörer är strålbehandling. Eftersom smärtlindringen inte fungerade adekvat och för att kunna ge strålbehandling försågs patienten med intratekal kateter för smärtlindring.

Den anmälda skadan, paraplegi, har orsakats av kompression av medulla betingad av patologisk fraktur i en kotmetastas. Den har inte orsakats av undersökning eller behandling men har sannolikt dolts genom smärtbehandlingen med intratekal kateter. Sannolikt hade förlamningssymtomen upptäckts tidigare om patienten inte hade behandlats med smärtkatetern men smärttillståndet var så uttalat att annan smärtstillning sannolikt inte hade fungerat på patienten. Vi anser följaktligen att patientens besvär har utretts, tolkats och behandlats i överensstämmelse med allmänt vedertagen medicinsk praxis, d.v.s. enligt en standard som anknyter till ett inom praktisk medicin utvecklat handlingsmönster vid utredning av ett speciellt symtom. Under sådana förhållanden har patienten inte rätt till patientskadeersättning.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att en diagnosförsening förelåg och gjorde följande bedömning:

Patienten har som patientskada anmält förlamning från magen och nedåt till följd av fördröjd diagnostisering av en metastas på ryggkota och därefter felaktig behandling och försenad operation av metastasen.

Nämnden anser att beslutet att inledningsvis förorda strålbehandling med efterföljande ställningstagande till behovet av ortopedisk kirurgi, med hänsyn till föreliggande vårdprogram, var i enlighet med gällande medicinsk handlingsnorm. Nämndens uppfattning är dock att patienten efter hand uppvisade ett progredierande tillstånd med tilltagande smärtor som sannolikt föranleddes av en ökad epidural kompression av ryggmärgen. Vid den tidpunkt när man, till följd av den allvarliga smärtsituationen, beslutade att anlägga en intratorakal smärtkateter borde man i stället ha gjort ett förnyat och fördjupat ställningstagande till patientens symtombild. Detta skulle enligt nämndens mening ha lett till ett beslut om omgående operation med dekompression och stabilisering. Nämndens uppfattning är att patientskadan därmed hade förhindrats.

Patienten är följaktligen berättigad till patientskadeersättning enligt 6 § första stycket 3 patientskadelagen. Det ankommer på PSR att närmare utreda och beräkna vilken ersättning patienten därmed är berättigad till.

2005:13

Psykisk skada. Fråga om skälig ersättning för sveda och värk på grund av psykiskt lidande som orsakats av utebliven medicinering. Lidandet bestod bland annat av ångest och krisreaktioner som följt av brottsligt beteende och därpå följande domstolsförfarande.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

8 § patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en man, född år 1972, som första gången sökte vuxenpsykiatrisk vård 1996-09-21 för depression sedan några veckor. Han hade fobier och ångest. Han hade flera år tidigare haft kontakt med BUP för ”bacillskräck”. Han beskrev sig som ”en udda person” som utvecklat folkskygghet. Han fick öppenvårdskontakt, ordinerades antidepressivt läkemedel och förbättrades.

I juni 1997 uppträdde åter depressiva besvär med sömnsvårigheter, varför patienten ordinerades antidepressivt läkemedel och sömntabletter. Vissa psykotiska tillstånd fanns, bl.a. hörselhallucinos. Diagnosen bipolär sjukdom sattes.

1997-08-13 och 1997-08-26 diskuterades litiumbehandling, men man beslöt att avvakta.

I november 1997 noterades åter tecken till ”uppvarvning” och i slutet av november anhölls han för kriminella aktiviteter.

Vid återbesök 1997-12-03 hade patienten gjort ytterligare affärer och ansåg sig inte i behov av litium.

Vid rättspsykiatrisk utredning i februari 1998 noterades att patienten hade begått de åtalade gärningarna under påverkan av allvarlig psykisk störning, men att han inte led av någon störning vid tiden för undersökningen. Man noterade att patienten uppenbarligen varit manisk vid gärningarnas begående, men att han vid undersökningen inte visade någon sjukdomsinsikt och hade ”betydligt svårare att medge att överaktivitet också är ett slag av ohälsa”. Diagnoserna ”bipolär affektiv sjukdom med stämningskongruenta psykotiska symtom” samt ”paranoid personlighetsstörning” sattes. Man bedömde att patienten borde behandlas i öppen vård med lämpliga farmaka och samtalsbehandling.

1998-03-17 kom patienten på återbesök till specialistläkare, som då bedömde att patienten var i ett normalt stämningsläge och man beslutade att avvakta med medicinering tills vidare. I anteckning 1998-04-01 framgår att behandlande läkare ansåg att patienten ”reagerade med en rejäl depression på mormoderns och farfaderns död”. Ytterligare överväganden om medicinering finns inte i journalen förrän 1998-07-02 då litium sattes in. Patienten hade då haft en manisk period med kriminell aktivitet.

Behandling med litium påbörjades först under sommaren 1998. Vissa depressiva symtom tillkom. 1998-10-13 bedömdes suicidrisken vara stor och vårdintyg skrevs.

Patienten har sedan haft fortsatt kontakt med öppenvården, medicinerat med bl.a. litium och haft psykologkontakt. Hans tillstånd har visat en del fluktuationer, men några tydliga maniska episoder har inte framkommit.

Rehabiliteringsinsatser har gjorts, men patienten har inte kunnat återgå i arbete, uppenbarligen på grund av oro, depressiva besvär, tendens till isolering, misstänksamhet och grubblerier över tidigare gärningar.

PATIENTEN anmälde som patientskada följderna av bristande medicinerings.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) lämnade ersättning med 26 000 kr för sveda och värk med följande motivering:

Vi har bedömt att man har undervärderat patientens psykiska störningar och hans behov av stämningsneutraliserande läkemedel. Behandling med t.ex. litium var, enligt vår bedömning, motiverad redan från juni 1997, när det framgick att patienten hade för bipolär sjukdom typiska svängningar. Det framgår inte heller att han har motsatt sig sådan behandling förutom 1997-12-03, då han uppenbarligen var manisk. Behandling med litium kom dock inte till stånd förrän 1998-07-02. Sannolikt hade behandling med litium på ett tidigare stadium kunnat förhindra eller minska hans maniska episoder under aktuell period. – De besvär och den funktionsnedsättning som patienten har haft efter insättande av litium beror med övervägande sannolikhet inte på några brister i vården, utan på patientens grundsjukdom.

PATIENTEN förde ärendet vidare till Patientskadenämnden, eftersom han ansåg att ersättningen inte var skälig i förhållande till det stora lidande han fått utstå och de ödesdiga konsekvenser som felaktig och utebliven vård medfört. Han vände sig mot PSR:s bedömning att patientskadan inte har medfört bestående men. Han anser att det är en fullständigt felaktig bedömning. Förutom svår stigmatisering och svåra sociala konsekvenser har det medfört ångest, social fobi, stark sensibilitet och posttraumatisk stress. Det sistnämnda visar sig främst genom ljudkänslighet. Patientens grundsjukdom (bipolärt syndrom) är väl reglerad. Det är övriga symtom som gör honom arbetsoförmögen.

PSR överlämnade ärendet till nämnden med följande motivering till sitt ställningstagande:

1. Ersättning för sveda och värk lämnas enligt skadeståndsrättsliga regler och man tillämpar enligt praxis den hjälptabell som fastställs av Trafikskadenämnden vid beräkning av ersättningens storlek. Vi har, som ovan beskrivits, bedömt att fördröjt insättande av adekvat behandling föreligger perioden 1997-06-01–1998-06-30. För de besvär som patienten har fått utstå i form av

sjukliga medicinska svängningar i sin sinnesstämning under denna period har vi, efter förnyad bedömning, lämnat ersättning för sveda och värk med 26 000 kronor.

2. Med medicinsk invaliditet förstås den bestående funktionsnedsättning, fysisk eller psykisk, som blir följden av en skada oberoende av yrke, fritidsintressen eller andra speciella förhållanden. De besvär och den funktionsnedsättning som patienten har haft efter insättande av litium beror med övervägande sannolikhet inte på några brister i vården, utan på patientens grundsjukdom. Då patienten, trots påminnelser, inte heller har inkommit med handlingar (invaliditetsintyg) som styrker att han har kvarstående besvär på grund av patient-skadan, har ytterligare ersättning avböjts.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ytterligare ersättning borde lämnas och gjorde följande bedömning:

PSR har bedömt att litiumbehandling borde ha satts in från juni 1997. Behandlingen kom till stånd först den 2 juli 1998. Bolaget har ansett att behandling på ett tidigare stadium hade kunnat förhindra eller minska patientens maniska episoder under aktuell period. Ersättning för sveda och värk har, efter avdrag för karensbeloppet, lämnats med 26 000 kronor för tiden 1997-06-01–1998-06-30. De besvär och den funktionsnedsättning som patienten har haft efter insättande av litium anser bolaget vara orsakade av patientens grundsjukdom.

Enligt nämndens mening har patienten även efter den av PSR ersatta perioden haft ett utökat psykiskt lidande p.g.a. den uteblivna medicineringen. Patienten har drabbats av ångest och krisreaktioner som en följd av sina brottsliga aktiviteter vilket bl.a. medfört psykiatrisk tvångsvård under hösten 1998. De kriminella gärningarna ledde till ett rättegångsförfarande under hösten 1999 som orsakade psykisk belastning. Nämnden anser att även dessa förhållanden får anses ha ett sådant samband med patientskadan att de berättigar till ersättning för sveda och värk.

Nämnden finner med beaktande av Trafikskadenämndens hjälptabeller och vid en samlad bedömning att patienten efter avdrag för försäkringens karensbelopp skäligen är berättigad till sammanlagt 40 000 kronor i ersättning för sveda och värk. Tidigare betalad ersättning skall därvid avräknas.

De föreliggande medicinska underlagen i ärendet ger inte stöd för att patientskadan medfört kvarstående medicinsk invaliditet.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 633/2005

2006:01

Vid operationen av bukaortaaneurysm har patienten drabbats av en infektion. Den tillförda infektionen, som inte varit förutsebar, måste anses så omfattande och svårartad att den inte kan anses stå i rimlig proportion till grundsjukdomen, även om denna varit mycket svår. Enligt den skälighetsbedömning som skall göras bör patienten därför inte tåla infektionen utan ha rätt till ersättning.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 [3] och 4 patientskadlagen (1996:799)

Ärendet gäller en 67-årig man som har opererats för bukaortaaneurysm (utbuktning av den stora kroppspulsådern) med inläggande av aortaprotet.

Patienten remitterades via distriktsläkare till kirurgklinik 2001-09-11 med anledning av misstanke om bukaortaaneurysm. Han hade sedan cirka två månader tillbaka noterat en pulserande resistens i buken och även besvärats av halsbränna och sura uppstötningar i samband med detta. Patienten fördes direkt till ultraljudsundersökning som visade ett bukaortaaneurysm med en diameter på 8,3 x 8,6 cm. Aneurysmet hade en stor trombolisk (blodpropps-)komponent och utbredde sig till bifurkationen (aortas delningspunkt i de båda bäckenartärerna i buken). Kontakt togs med kärlkirurg vid centralsjukhus, vilken rekommenderade att patienten skulle sändas med ambulans till centralsjukhuset samma dag för snar operation.

Vid centralsjukhuset utfördes operationen utan problem 2001-09-13. Efter operationen fick patienten oförklarlig feber och påtaglig CRP-stegring (CRP är ett mått på infektionens svårhetsgrad). I samband med operationen hade patienten fått antibiotika intravenöst och man fortsatte med detta till och med 2001-09-17, d.v.s. under fem dagar. Därefter gick man över till antibiotikabehandling i form av tabletter och den behandlingen pågick till och med 2001-10-05. CRP hade då visat en ordentlig sänkning till 77.

2001-12-04 kom patienten på återbesök. Han hade då smärtor vid kraftigare ansträngningar i medellinjen, men man kunde inte finna något ärrbräck. Patienten tyckte att orken hade blivit bättre och bättre. Buken palperades och var utan anmärkning. Vid årskontroll 2002-10-07 hade värken i medellinjen försvunnit och patienten hade inga besvär av någon infektion efter operationen. Han hade dock själv noterat en liten buktning ovan navlen som inte besvärade honom. På denna plats mitt emellan naveln och övre delen av snittet fanns ett litet, lättrepobelt ärrbräck, 2 x 2 cm i diameter. Patienten avråddes från eventuell operativ åtgärd av bräcket i nuläget.

2003-05-15 kom patienten in till kirurgkliniken vid hemortssjukhuset med hematemes (blodkräkning på grund av magblödning t.ex. blödande magsår), och han inlades initialt på IVA. Undersökningar med gastroskopi och CT-buk och gastroskopi gjordes men man fann ingen blödningskälla och inte heller någon infektion utan patienten fick 2003-05-19 gå hem med planerad fortsatt antibiotikabehandling.

Patienten vårdades på nytt på kirurgkliniken vid hemortssjukhuset 2003-07-19–2003-07-21. Vid inkomsten hade han känt sig uppblåst i buken, på kvällen febrig och illamående och kräktes cirka 0,5 liter ljusrött magsäcksinnehåll. Initialt lades patienten in på IVA. Under vårdtiden utfördes gastroskopi och man såg då strax prepyloralt (ovanför nedre magmunnen) tre områden med ytliga kärl i slemhinnan. Dessutom fanns en prepyloral erosion. Ingen pågående blödning förekom vid skopin. Patienten fick Losecinfusion initialt och sedan Lanzo. Remiss skrevs för kontrollgastroskopi. Vidare noterades CRP på maximalt 124 under vårdtiden och CRP skulle fortsättningsvis kontrolleras hos distriktssköterska.

2003-07-29 kom patienten åter in till kirurgkliniken vid hemortssjukhuset, nu på remiss från distriktsläkare, eftersom han hade kräkts blod 2003-07-26, och sedan kräkts ytterligare varför han var ganska trött och tagen. Han hade ett lågt blodvärde (Hb 74). Han fortsatte att blöda från tarmen, vilket manifesterade sig i form av blodig avföring och ett Hb som sjönk till 59. Man gjorde gastroskopi och koloskopi. Den förstnämnda undersökningen visade ingen blödningskälla. Vid den sistnämnda såg man enbart blod. Han fortsatte att blöda och man misstänkte en aortoduodenal fistel (fistel mellan aortaprotesen och tarmen). CT utfördes, som bekräftade misstanken, och kontakt togs med den ursprungliga operatören vid centralsjukhuset för reoperation och patienten överfördes akut till centralsjukhuset.

Vid ankomsten dit 2003-07-31 togs patienten direkt till operationsavdelningen, där laparotomi visade ett hål i tunntarmens övre del nedanför tolvfingertarmen och ett hålrum med ½ dl var. Graftet var engagerat i hålrummet och graftet avlägsnades i sin helhet. En förslutning av aorta nedom njurartärerna gjordes samt en axillofemoral bypass anlades. Man bedömde att patienten också hade haft en perioperativ hjärtinfarkt. 2003-08-08 överflyttades patienten till hemortssjukhuset för eftervård.

Enligt en journalnotering 2004-05-04 mårde patienten bra. CRP värdet hade varit <10 vid den senaste provtagningen. Patienten fick rådet att fortsätta med antibiotika, och vid diskussion med infektionsläkare hade även livslång antibiotikabehandling diskuterats.

PATIENTEN anmälde som patientskada att han fått infektion i buken efter aortaoperationen vid centralsjukhuset 2001-09-13. Kontrollen efter operationen var väldigt dålig, det borde ha upptäckts att han hade fått en infektion vid operationen. Denna ledde så småningom till ytterligare en operation vid centralsjukhuset

2003-07-31 då en varinfektion i aortagraftet hade bildat en fistel till tunntarmen. Patienten anmälde också att han felaktigt behandlats för magsår fr.o.m. 2003-03-15 till dess man genom skiktröntgen 2003-07-31 upptäckte infektionen i fisteln mellan aortagraftet och tarmen.

I sitt klagomål till Patientskadenämnden betonade patienten att om infektionen följts upp och behandlats på samma sätt efter den första operationen som efter den andra, så hade den andra operationen aldrig behövts och stora besvär kunnat undvikas.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med i huvudsak följande motivering:

Vi har bedömt att den infektion som drabbade patienten har tillförts i samband med operationen 2001-09-13 då patienten opererades för aortaaneurysm i bukaorta. Enligt 6 § första stycket 4 patientskadelagen föreligger då rätt till ersättning om inte omständigheterna är sådana att infektionen skäligen måste tålas. Vid denna skälighetsbedömning skall enligt 6 § tredje stycket patientskadelagen beaktas bl.a. arten och svårhetsgraden av den sjukdom eller skada som åtgärden avsett, patientens hälsotillstånd i övrigt samt möjligheten att förutse infektionen. Skälighetsbedömningen förutsätter att man gör en samlad bedömning, vilket kan leda till att, även om infektionen i ett visst fall kunnat förutses, ersättning kan lämnas om missförhållandet mellan grundsjukdomen och infektionen är särskilt stort (se prop. 1995/96:187, s. 83 f.). Även infektionens svårhetsgrad har således betydelse vid skälighetsbedömningen.

I föreliggande fall var den ursprungliga sjukdomen, bukaortaaneurysm, av mycket allvarlig, livshotande art. Operationen vid centralsjukhuset 2001-09-13 genomfördes akut och var inte ett planerat enkelt rutiningrepp. Visserligen får infektionen inte anses vara förutsebar i ett fall som detta, då uppkomsten av infektion i kärlgraft är en sällsynt men fruktad komplikation, som nästan alltid kräver reoperation med borttagande av graftet.

Den uppkomna infektionen har, även den, varit mycket svårartad med fistel från aorta till tarm, som krävde ett akut och mycket omfattande kirurgiskt ingrepp vid centralsjukhuset 2003-07-31 med ett långdraget efterförlopp. Enligt journalnotering 2004-05-04 hade CT buk inte visat några abscesser och patienten mätte bra. CRP värdet hade varit <10 vid den senaste provtagningen. Patienten stod dock fortfarande på antibiotikabehandling.

PSR finner att den tillförda infektionen var mycket omfattande och svårartad, men att den efter ett långt sjukdomsförlopp läkt utan kvarstående besvär förutom antibiotikabehandling. Patientens ursprungliga sjukdom, bukaortaaneurysm, var av mycket allvarlig, livshotande art, och krävde omedelbart omhändertagande, som efter CT-utredning av aneurysmets utbredning medförde operation med insättande av syntetiskt kärlgraft. Enligt den skälighetsbedömning som skall göras bör patienten därför tåla infektionen utan rätt till ersättning.

Patienten opererades 2001-09-13 för aortaaneurysm i bukaorta på korrekt indikation och med korrekt teknik med insättande av syntetiskt kärlgraft. Han fick antibiotikaprofylax intravenöst under fem dagar, därefter peroralt med en sammanlagd behandlingstid om tre veckor. CRP var därefter 77 och beror med övervägande sannolikhet på det stora operationstraumat. Kontroller efter ingrepp av detta slag innefattar inte rutinmässigt kontroll av infektionsparametrar, t.ex. CRP.

Vid symptom på blödning från magtarmkanalen under våren 2003 utreddes patienten på ett korrekt sätt med gastroskopi x 2 samt colonröntgen. Datortomografi ingav misstanke om fistel mellan aortaprotesen och tarmen, varvid patienten opererades för detta.

Förlängd antibiotikabehandling eller profylax minskar inte risken för uppkomst av infektion i kärlgraft.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ersättning borde utgå såväl för infektion [som för försenad diagnos] och gjorde följande bedömning:

Den infektion som drabbade patienten har tillförts genom operationen av bukaorta-aneurysmet den 13 september 2001. Enligt 6 § första stycket 4 patientskadelagen föreligger då rätt till ersättning om inte omständigheterna är sådana att infektionen skäligen måste tålas. Vid denna skälighetsbedömning skall, enligt 6 § tredje stycket patientskadelagen, beaktas arten och svårighetsgraden av den sjukdom eller skada som åtgärden avsett, patientens hälsotillstånd i övrigt samt möjligheten att förutse infektionen.

I detta fall var den ursprungliga sjukdomen, d.v.s. bukaortaaneurysmet, av mycket allvarlig art. Aneurysmet var omfattande med en stor tromboembolisk komponent och en storlek som medförde stor risk för att det skulle spricka inom en överskådlig framtid om det inte åtgärdades. Operationen får betraktas som nödvändig, men inte akut såtillvida att man hade möjlighet att remittera patienten vidare till ett större sjukhus med kärlkirurg och planering av operationen inom de närmaste dygnet.

Den infektion som utvecklades i samband med operationen är en mycket sällsynt komplikation som inte hade kunnat förutses. Infektionen var av synnerligen allvarlig art och försatte patienten i ett livshotande tillstånd med en risk på upp till 70–80 % dödlighet om den inte behandlades. Det kirurgiska ingreppet med borttagande av kärlgraftet och därefter axillobifemoral by-pass var mycket omfattande och krävde vård på intensivvårdsavdelning i åtta dagar och därefter vård på kirurgavdelning i ytterligare 18 dagar. Patientens drabbades även av en hjärtinfarkt i samband med operationen. Han behandlades fortfarande med antibiotika 14 månader efter operationen.

Vid en samlad bedömning av de omständigheter som angivits ovan anser nämnden att den tillförda infektionen inte kunde förutses och måste anses vara så allvarlig och omfattande att den inte står i rimlig proportion till grundsjukdo-

men, även om denna måste betecknas som mycket svår. Patienten är således berättigad till ersättning för infektionen och dess följder.

[Avsnittet om försenad diagnos är här uteslutet.]

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 643/2005

2006:02

Facitbedömning. Operation med hysterektomi. Ej ersättning. Skadan hade inte kunnat undvikas vare sig genom ett annat utförande av operationen eller genom användande av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 44-årig kvinna, som lades in på kvinnoklinik 2000-09-04 p.g.a. långvarig anamnes med buksmärter, dysmenorré (smärtsamma menstruationer), dyspareuni (smärta och oförmåga att känna vällust vid samlag) samt endometrios (sjukdom med livmoderslemhinna på främmande plats). Man hade kommit överens om att utföra total hysterektomi och SOE bilateralt (operativt borttagande av livmodern samt äggstockar och äggledare).

Operation med hysterektomi och SOE utfördes 2000-09-05 och ingreppet utfördes med Pfannenstielsnitt utan komplikationer. Patienten skrevs ut 2000-09-10 efter ett postoperativt komplikationsfritt förlopp.

Patienten kontaktade sjukhuset 2000-11-01 med undran om varför hon fått varma fötter efter operationen. Dessförinnan hade hon alltid haft kalla fötter. Hon hade även känt trötthet i låren. Hon uppgav att hon den senaste veckan fått smärter i buken som hon tyckte att hon kände igen sedan operationen och var orolig. Hon fick lugnande besked och ombads att avvakta till planerat återbesök.

Vid det planerade återbesöket 2000-11-22 upplevde patienten att smärtorna hade kommit tillbaka i höger lumske och uppgav att smärtorna var precis likadana som hon hade haft före operationen. Hon uppgav inga besvär från mag-tarmkanalen och miktionen var utan problem. Vid undersökningen noterades att smärtan var mer uttalad i höger lumske än i buken. Remiss utfärdades till kirurgklinik för bedömning av eventuellt lumskebråck.

Vid telefonkontakt med patienten 2000-12-22 uppgav hon att hon fortfarande hade ont i höger lumske, framförallt vid lyft. Man bedömde att anamnesen

talade för ljumskbräck och patienten hade fått besked om att hon skulle få en tid på kirurgmottagningen inom 6 månader. Hon uppmanades att söka kirurgakuten vid akuta smärtor. Patienten utreddes vid kirurgklinik med ultraljud samt herniografi där man inte kunde finna någon orsak till hennes högersidiga smärtor.

I september 2001 utfördes MRT-undersökning av lilla bäckenet och ljumskar och den visade inget patologiskt förutom ganska rikligt med kärlstrukturer längs bäckenväggarna. I november 2001 utfärdades remiss för flebografi. I journalanteckning 2002-02-18 noterades att flebograpin visat helt normala fynd utan tecken till förekomst av bäckenvaricer.

I mars 2002 noterades i journalen att patienten varit på smärtenheten där man hade inlett behandlingar av patientens som man bedömde neuralgiska smärtor, dels med blockader, dels med antiinflammatoriska läkemedel.

På grund av fortsatta neuralgiska smärtor i höger lumske utfördes operation med diagnostisk laparaskopi 2002-05-08. Vid ingreppet fann man ärrvävnader som löstes upp och togs bort.

Efter en kort tids förbättring har patienten fått tillbaka sina smärtor.

PATIENTEN anmälde som patientskada att hon efter operationen 2000-09-05 drabbats av smärtor i höger lumske och nedtill i buken på höger sida. Hon har vidare gjort gällande att man före operationen hade planerat laparaskopi med eventuell konvertering till öppen kirurgi men att man aldrig gjorde laparaskopi utan ingreppet utfördes med öppen kirurgi. Om man hade utfört laparaskopi hade nervskadan kunnat undvikas helt.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning och gjorde följande bedömning:

Patientskadelagen anger vilka situationer som kan ge rätt till skador som uppträder i samband med vård och/eller behandling.

För att man ska få ersättning genom patientförsäkring krävs att man i samband med vård eller behandling tillfogas en personskada som hade kunnat undvikas. Ersättning lämnas också, om man får en felaktig behandling som leder till en personskada. Däremot har man inte rätt till ersättning enbart av det skälet att behandlingen inte leder till ett önskat resultat eller att det uppstår en komplikation.

Enligt vår bedömning var operationen medicinskt motiverad med hänsyn till patientens besvär. Operationen utfördes på ett riktigt sätt enligt vedertagen metod. Någon skada som kan förklara de smärtor patienten – trots ingreppen 2000-09-05 eller 2002-05-08 – fortfarande har, inträffade inte under någon av de båda operationerna.

Oavsett orsaken till neuralgin – peroperativ skada på nervgren eller att nervgrenen bakats in i ärrvävnad – kan sådan neuralgi inte undvikas genom annat utförande. Operationen var medicinskt motiverad för att försöka komma tillrätta

med patientens besvär och vedertagen metod användes. Laparaskopi är inte en mindre riskfylld behandlingsmetod totalt sett.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg i likhet med PSR att ersättningsbar patient-skada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

Enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen lämnas ersättning för person-skada på patient om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd, under förut-sättning att skadan kunnat undvikas antingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vård-behovet på ett mindre riskfyllt sätt.

Nämnden som anser att patientens besvär till följd av neuralgin med övervä-gande sannolikhet uppkommit i samband med operationen delar PSR:s bedöm-ning att komplikationen inte kunnat undvikas genom ett annat utförande av ingreppet.

Frågan är då om skadan kunnat undvikas genom ett annat tillgängligt förfar-ande, d.v.s. med en alternativ behandlingsmetod. Patienten har anfört att skadan kunnat undvikas om ingreppet utförts med titthålskirurgi. För att skadan skall ge rätt till ersättning krävs dock att den alternativa behandlingsmetoden dels tillgo-doser patientens vårdbehov dels ger en totalt sett lägre risknivå samt vidare var tillgänglig vid behandlingstillfället. Enligt nämndens mening kan inte titthåls-kirurgi anses vara en generellt sett mindre riskfylld operationsmetod vid en underlivsoperation av det slag som utfördes. Smärtor på grund av nervpåverkan är inte heller ovanligare efter titthålskirurgi än efter ett öppet ingrepp. Nämnden anser således att det inte föreligger någon rätt till patientskadeersättning.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 741/2005

2006:03

1. **Facitbedömning. Operation av tumör på höger underben. Ej ersättning. Skadan hade inte kunnat undvikas genom val av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.**
2. **Även fråga om bristande information.**

TILLÄMPLIGT LAGRUM

1. 6 § första stycket 1 patientskadelagen (1996:799)
2. Allmänna skadeståndsrättsliga regler

Ärendet gäller en 72-årig man med en tumör på höger underben. Patienten besökte 2001-06-20 ortopedkliniken vid ett av landets universitetssjukhus. Han hade två månader tidigare upptäckt en liten knuta på höger underben. Den hade vuxit något sedan dess. Objektivt sågs upptill på höger underbens insida en 2 cm stor välvavgränsad mjuk, elastisk resistens som var förskjutbar mot hud och underlag. Finnålspunktion visade en bild som vid liposarcom/myxofibrosarcom. Man bedömde att exstirpation med primär hudsutur innebar snåla marginaler. Detta ingrepp måste i så fall också följas av strålbehandling. Det andra alternativet var en större lokal excision följt av muskelförskjutning och delhudstransplantation.

2001-07-16 opererades patienten på ortopedkliniken. Vid operationen togs tumörvävnad bort varefter vadmuskelvävnad syddes in över den 8 x 10 cm stora defekten. Därefter täcktes såret med delhud från vänster lår. Det postoperativa förloppet var komplikationsfritt.

Vid kontroll 2001-08-01 var patienten bekymrad över att han hade en bulle på stället för den tidigare tumören och undrade om det hade varit nödvändigt att flytta muskeln. PAD visade en liten tumör som såg ut att vara radikalopererad, ingen nekros eller kärlinväxt förelåg.

2001-08-22 var patienten missnöjd med den information han hade fått före operationen. Behandlande läkare förklarade att en mindre operation hade inneburit att patienten även hade fått genomgå strålbehandling varför man bedömde det större ingreppet som bättre.

Patienten har därefter följts upp med lungröntgen som inte visat några metastaser. Magnetrontgen i april 2004 visade inga tecken på lokalrecidiv.

PATIENTEN anmälde som patientskada att vid operation av en liten tumör under höger knä, skar läkaren av en frisk och kraftig vadmuskel i ena ändan. Detta utan föregående information och utan samtycke. Detta har medfört att muskulaturen

i höger underben är helt stel och spänd. På insidan av underbenet uppstår det smärtor.

Patienten hänvisade till 2a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) där det framgår att hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den särskilt skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Ingen får mot sin vilja påtvingas behandling.

Om läkaren hade handlat enligt lag och informerat om de bägge operationsalternativen och låtit patientens val bli avgörande, skulle han utan tvekan ha valt det alternativ som skonade muskeln. Även om det skulle ha medfört en viss risk för ny operation. Patienter skulle även ha rådfrågat andra läkare. Skadan av muskulaturen skulle då ha undvikits.

Patienten har anmält frågan om bristande information till HSAN och därifrån fullföljt ärendet till Kammarrätten. Han hänvisar i sitt överklagande till Patientskadenämnden till att Kammarrätten har funnit att operatören genom att endast informera om ett av alternativen, av oaktsamhet inte fullgjort sin skyldighet enligt hälso- och sjukvårdslagen. Patienter utvecklar ingående sin uppfattning om varför det är viktigt att patientens rätt till information iakttas och att patienten får vara med och välja behandlingsmetod. Han utvecklar också utförligt sin uppfattning att det mindre ingreppet var lika väl medicinskt motiverat som det som utfördes och att Kammarrätten i sin dom framhållit att båda alternativen stod i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Han framhåller att han utan någon tvekan skulle ha valt det alternativ som skonade vadmuskeln om han fått korrekt information.

Vid undersökningen före operationen sade överläkaren att tumören skulle opereras bort, ett stycke hud från det andra benet skulle transplanteras på det opererade stället som sedan eventuellt skulle strålbehandlas. Mer fick patienten inte veta. Ingenting sades om en muskel. Om man nu läser överläkarens yttrande till HSAN ser man, att den beskrivna operationen motsvarar det mindre ingreppet, alternativ 2. Det är således sannolikt, att överläkaren först tänkte använda det mindre ingreppet med skonad muskel. Därför nämnde han ingenting om en muskel. Sedan ändrade han mening och valde det större ingreppet utan att informera patienten om detta. Av anteckningarna i patientjournalen den 20 juni 2001 framgår ju klart att överläkaren då inte visste vilket av de två alternativ han skulle välja. Båda alternativen har antecknats, inget har karakteriserats som bäst.

I PSR:s beslut står att den behandling patienten fått har varit medicinskt motiverad.

I sin dom av den 28 februari 2005, sidan 3, anser Kammarrätten, att de två behandlingsalternativen som överläkaren antecknade i patientjournalen, båda var medicinskt motiverade och stod i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Den behandling patienten fick var således inte ensamt medicinskt motiverad.

Vidare står i PSR:s beslut att man valde att behandla tumörväxten med den operationsmetod som tillgodosåg vårdbehovet på det totalt sätt minst riskfyllda sättet. Risken var mindre därför att den hade ersatts av visshet. Det mindre ingreppet medförde kanske risker. Dessa var emellertid hypotetiska antaganden. De kunde inträffa men behövde inte göra det. Om man däremot skär av en frisk vadmuskel, kan man med absolut visshet säga att muskeln är skadad för all framtid. Även om en amputation kan man säga att den medför mindre risker.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Patientskadelagen anger vilka situationer som kan ge rätt till ersättning när det gäller skador som uppträder i samband med vård och/eller behandling.

Enligt vår bedömning har patienten fått en optimal behandling. Av de tänkbara behandlingsalternativen har behandlande läkare tillämpat det som får ses som säkrast för att undvika lokalrecidiv och funktionsförluster. Vad gäller de varierande uppgifterna om tumörstorlek har dessa i detta fall inte haft någon avgörande inverkan på val av behandlingsmetod.

Den behandling patienten har fått har varit medicinskt motiverad och har utförts på ett riktigt sätt. Man valde att behandla tumörväxten med den operationsmetod som tillgodosåg vårdbehovet på det totalt sett minst riskfyllda sättet. Någon skada som gått att undvika har således inte tillförts patienten i samband med operationen 2001-07-16. Patientens ersättningskrav har därför avvisats.

Med anledning av patientens uppgifter om bristande information vill vi framhålla att patientskadelagen inte innehåller något åtagande att lämna ersättning vid brister i den information som lämnas en patient före behandlingen om de särskilda behandlingsrisker som kan förekomma.

Vi anser det sannolikt att patienten, även om han före operationen fått information om de båda behandlingsalternativen, hade valt det större kirurgiska ingreppet. Det som talar för denna bedömning är att det större ingreppet (utan strålbehandling) synes vara den säkraste metoden för att undvika lokalrecidiv och funktionsförluster. Av Kamrarrättens dom framgår att man, trots läkarens bristande information, underlåtit disciplinpåföljd. Kamrarrätten har ansett att det behandlingsalternativ läkaren valt har varit det ur medicinsk synpunkt bästa alternativet.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning såväl beträffande patientskadeersättning som i informationsfrågan och gjorde följande bedömning:

1. Patienten led av ett högmalignt mjukdelssarkom på höger underben. Tumören måste oundgängligen avlägsnas. Den valda operationsmetoden – att avlägsna tumören med marginal och att anlägga en lambå med delhudstransplantation – är den optimala främst med hänsyn till risken för biverkningar av den strålbehandling, som annars måste genomföras, och risken för metastaser. De uppkomna skadorna har inte kunnat undvikas genom val av ett annat tillgäng-

ligt förfarande som från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Nämnden gör därför samma bedömning som PSR och anser att någon ersättningsbar patientskada inte föreligger – 6 § första stycket 1 patientskadelagen.

2. Med anledning av patientens uppgifter om bristande information vill nämnden framhålla att patientskadelagen inte innehåller någon bestämmelse om ersättning vid brister i den information som lämnas en patient före behandlingen om de särskilda behandlingsrisker som kan förekomma. Med hänsyn till att den operationsmetod som den behandlande läkaren valde får anses ha varit den optimala för att undvika framtida komplikationer kan hans underlåtenhet att inte informera om andra metoder inte betraktas som försumlig. Utredningen ger därför inte heller stöd för att det föreligger sådan brist i informationen att det uppkommit skadeståndsskyldighet enligt allmänna skadeståndsrättsliga regler.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 739/2005

2006:04

Bevisfråga. Fråga om samband mellan en utläkt skada på högra armens nervfläta (plexus brachialis) och ett komplext regionalt smärtsyndrom (CRPS) typ 1 i höger arm och axel.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 29-årig kvinna med egen rörelse som frisör. Hon kom den 15 maj 1999 in akut till sitt hemortssjukhus på grund av gastrointestinala besvär med häftiga kräkningar och diarréer. Den 23 maj 1999 gjordes ett försök att förse patienten med en CVK (central venkateter). Försöket fick dock avbrytas på grund av svåra förhållanden. Patienten uppvisade efter försöket ett Horner's syndrom (pupillförändring och hängande ögonlock) på höger sida, vilket bedömdes vara orsakat av det lokalbedövningsmedel som använts. Svullnad och hematom misstänktes (hematom kunde dock inte påvisas vid ultraljudsundersökning). Patienten kände även svaghet och domningar i höger arm och hand samt i tummen och pekfingeret. Hon upplevde dessutom värk över framsidan av höger lår samt värk och dimsyn i höger öga.

Den 29 maj 1999 besökte patienten Neurocentrum vid närmaste universitetssjukhus och beskrev då värk och elektriska stötar i höger arm och ben samt i

höger öga. Ögonundersökning visade en lätt keratit (inflammation i ögats hornhinna) som dock inte fullständigt kunde förklara patientens ögonbesvär. Kraften i patientens arm var svårbedömd på grund av smärthämning. Neurofysiologisk undersökning utfördes på grund av misstanke om brachial plexusskada. Undersökningens fynd var förenliga med en lätt partiell skada på axillarisnerven och prognosen bedömdes som god. Av journalanteckning från återbesök den 21 juni 1999 framgår att symptomen hade förbättrats successivt men att hon hade kvar en molande värk på halsens högra sida ner mot axeln. Några återbesök planerades inte.

Den 23 juni 1999 kontaktade patienten medicinska kliniken vid hemortssjukhuset för fortsatt sjukskrivning sedan hon av Neurocentrum rekommenderats att inte använda den högra armen fram till ett eventuellt återbesök under augusti.

Den 8 september 1999 utfördes MRT-undersökning av halsen utan att några förändringar i plexus brachialis på höger sida kunde påvisas. Under resterande del av 1999 och början av år 2000 var patienten sjukskriven med hänvisning till hennes axelbesvär. Vid förnyad neuro-fysiologisk undersökning vid Neurocentrum den 10 mars 2000 där såväl neurografi som nål-EMG utfördes var fynden normala. De vid föregående undersökning funna tecknen på den partiella skadan på axillarisnerven var EMG-mässigt utläkta.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) har genom beslut den 26 oktober 1999 meddelat patienten att hon har rätt till patientskadeersättning på grund av en skada på plexus brachialis.

Vid förnyad genomgång av ärendet har PSR emellertid inte funnit något stöd för beslutet, det vill säga att en skada på plexus brachialis skulle föreligga eller ha förelegat. PSR ansåg att det kunde ha förelegat en mycket begränsad skada på axillarisnerven, vilken vid undersökningen den 10 mars 2000 var utläkt. Ersättning för sveda och värk har lämnats med 5 000 kronor.

PATIENTEN har genom ombud begärt att ärendet prövas i Patientskadenämnden, där tvisten gäller frågan om patientens fortsatta besvär med höger arm och axel har samband med det försök att anlägga CVK som utfördes den 23 maj 1999.

PSR:S bedömning vid överlämnande av ärendet till Patientskadenämnden:

Vid en genomgång av den medicinska utredningen framgår att patienten den 24 maj 1986 efter en trafikolycka drabbats av hjärnskakning och att hon även undersökts för lättare smärta i halsryggen. Enligt journalanteckningen den 2 juli 1986 hade hon då fortsatta besvär från nacken, särskilt vid böjning bakåt. Den 5 oktober 1989 var hon åter med om en trafikolycka med ”Whiplashvåld” och vid besök den 3 december 1989 upplevde patienten, när hon arbetade uppåt med armarna, att det vibrerade i höger skulderblad och att hon hade domningar ut i fingrarna. Vidare framgår att patienten i februari 1997 utretts vid Neurocentrum

på grund av besvär med migrän, smärta och domningar i höger arm och ben. Patienten hade även upplevt kraftlöshet/svaghet framför allt i höger sida.

I den medicinska utredningen saknas stöd för att patienten skulle ha drabbats av en skada på plexus brachialis vid försöket att insätta CVK den 23 maj 1999. Någon sådan skada har överhuvud inte kunnat visas hos patienten. Det kan ha förelegat en mycket begränsad skada på axillarisnerven, men den blev inte bestående. De besvär som patienten uppvisade stämmer dock inte med symptom-bilden för en skada på axillarisnerven som inte innerverar handen. Det är inte sannolikt att patientens symptom, som hon uppvisat redan före ingreppet den 23 maj 1999, orsakats vid anläggandet av CVK:n nämnda datum. Händelsen den 23 maj 1999 kan ha triggat ett idiopatiskt smärttillstånd (tillstånd av okänt ursprung; som verkar ha uppstått av sig självt) hos en patient med benägenhet för ett sådant reaktionsmönster. Patientens besvär från höger axel, arm och hand har således inte orsakats vid vård och/eller behandling.

Efter delgivning har patientens ombud kommit in med ett läkarutlåtande daterat den 1 oktober 2002. I utlåtandet framförs tanken att patientens besvär skulle vara orsakade av begynnande Reflex sympathetic dystrofi (CRPS typ I), som är namnet på komplexa regionala smärtsyndrom typ I, ett smärttillstånd efter mjukdelsskada utan skada på större nervgrenar.

Med anledning av utlåtandet har PSR åter tillskrivit sin medicinske rådgivare i neurologi docent Karin Samuelsson. I sitt utlåtande daterat den 6 september 2005 utesluter inte docent Samuelsson möjligheten att patientens besvär är att hänföra till ovan angivna diagnos och föreslår att patienten på nytt undersöks av neurolog vid universitetssjukhuset.

Efter kontakt med patientens ombud har PSR fått beskedet, att patienten inte önskar genomgå ytterligare undersökning utan önskar att ärendet underställs Patientskadenämnden för yttrande. PSR har ändå med anledning av patientens besked åter tillskrivit docent Samuelsson för ett klarläggande ur försäkringsmedicinsk synvinkel angående den angivna diagnosen.

PSR har slutligen hänvisat till sin tidigare uppfattning att den medicinska utredningen inte ger stöd för att patienten skulle ha någon bestående nervskada. Med stöd av docent Samuelssons utlåtande anser PSR att, om en reflex sympathetic dystrofi skulle föreligga hos patienten, denna kan vara orsakad vid försöket att inlägga CVK den 23 maj 1999. Skadan hade dock inte kunnat undvikas genom ett annorlunda utförande vid insättandet eller genom någon annan tillgänglig metod som hade tillgodosett vårdbehovet på ett totalt sett mindre riskfyllt sätt. Rätt till patientskadeersättning föreligger då inte.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att patientens fortsatta besvär från höger arm och axel har samband med det försök att anlägga en central venkateter som gjordes den 23 maj 1999 och att ersättning därför borde utgå.

Enligt nämndens bedömning uppkom med övervägande sannolikhet en skada på plexus brachialis (armens nervfläta) på höger sida i samband med det försök

som gjordes den 23 maj 1999 att anlägga en central venkateter. Själva nervskadan har sedan läkt ut men patienten har i stället utvecklat ett komplext regionalt smärtsyndrom (CRPS) typ 1 i höger arm och axel.

Eftersom ett sådant smärttillstånd alltid utlöses av ett trauma, är det en sannolik möjlighet i sig att smärtsyndromet utlösts av den godkända skadan på armens nervfläta. Denna möjlighet framstår dessutom som en mer sannolik skadeorsak än någon annan tänkbar alternativ skadeorsak. Det är därmed övervägande sannolikt att patientens kvarstående besvär från höger arm och axel är en följd av den godkända patientskadan och följderna av det uppkomna smärtsyndromet berättigar därför patienten till patientskadeersättning.

PATIENTSKADENÄMNDEN

DNR 21/2006

2006:05

1. Vilken inverkan har patientens eget val av behandlingsmetod på hans rätt till ersättning från patientförsäkringen?
2. Skadan skulle i detta fall kunnat undvikas genom att man valt en annan behandlingsmetod – i detta fall konservativ behandling tillsammans med smärtstillande medel – som tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 45-årig man med besvär från nacke och ländrygg. Patienten sökte den 15 augusti 1998 en kiropraktor, som fann att patienten hade stel nacke vid rotation åt vänster och sämre extension. Patienten behandlades med manipulation inom både halsryggrad och övre bröstrygg. I direkt anslutning till behandlingen fick patienten smärtor ner i vänstra överarmens bakre sida. Två dagar senare var patienten försämrad med värk i vänster arm samt domningskänsla i pek- och långfinger.

PATIENTEN har som patientskada anmält dessa försämringar samt muskelatrofi i vänster arm. Patienten anmälde skadan år 2003 hos skadeförsäkringsbolaget If och uppgav att besvärerna då fortfarande kvarstod.

SKADEFÖRSÄKRINGSBOLAGET IF avböjde ersättning med följande motivering:

If anser det övervägande sannolikt att sjukgymnasten genom sin behandling orsakat en skada på en nervrot på vänster sida. Behandlingen föregicks av noggrann anamnes och undersökning. Behandlingen genomfördes på ett vedertaget sätt och därmed har den tillförda skadan inte varit möjlig att undvika. De besvär som patienten uppvisade vid besöket hos sjukgymnasten den 15 augusti 1998 innebar risk för att symtom av den karaktär som uppträdde kunde ha utlösts även av andra behandlingsmetoder.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ersättningsbar patientskada förelåg och gjorde följande bedömning:

Nämnden vill inledningsvis framhålla att det inte är möjligt att vägra en patient ersättning på den grunden att patienten själv har valt en viss behandlingsmetod. Även om patienten begär en viss behandling får denna inte ges om den inte står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En annan sak är att ersättning kan vägras om patienten förklarar sig inte acceptera en alternativt tillgänglig metod (se nämndens referatsamling 1999:01).

Försäkringsbolaget har vitsordat att den anmälda nervrotsskadan (vänster-sidigt C VII-syndrom) har orsakats av kiropraktorbehandlingen den 15 augusti 1998. I detta fall har skadan uppkommit trots att patienten behandlats enligt en vedertagen metod och på ett riktigt sätt. Den fråga som nämnden har att ta ställning till är därmed om skadan enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen kunnat undvikas antingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

Nämnden finner i likhet med försäkringsbolaget att nervrotsskadan inte har kunnat undvikas genom ett annat utförande av den valda manipulationsbehandlingen.

Frågan är då om den uppkomna skadan hade kunnat undvikas genom att välja en annan behandlingsmetod. Ett av flera alternativa förfaranden som skulle ha kunnat tillgodose vårdbehovet i detta fall hade varit att välja konservativ behandling med smärtlindrande läkemedel. Om sådan läkemedelsbehandling hade genomförts skulle nervrotsskadan ha kunnat undvikas. Vid en prövning i efterhand av metodvalet anser nämnden således att vårdbehovet hade kunnat tillgodoses på ett mindre riskfyllt sätt om behandlingen skett med smärtstillande läkemedel.

En skada på en nervrot av det slag som uppkommit skulle ha kunnat utlösas oberoende av manipulationsbehandlingen. Om och när detta i sådant fall skulle ha skett kan emellertid inte bedömas. Vid detta förhållande och då det var den

kiropraktiska behandlingen som utlöste nervrotsskadan måste denna i sin helhet anses utgöra en sådan skada som berättigar till patientskadeersättning.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 827/2003

2006:06

Diagnosskada. Försenad diagnos och behandling av livmoderhalscancer. Vid besök hos barnmorskemottagning och sedermera vid första besök på sjukhus har man inte agerat tillräckligt snabbt på iakttagbara symtom.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 3 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 41-årig kvinna med cervixcancer (livmoderhalscancer).

Den 27 augusti 2002 kom patienten till barnmorskemottagning för rutinmässig gynhälsokontroll. Hon hade en vätskefylld cysta på insidan av höger blygdläpp. Hon hade mycket lättblödande portio (den del av livmoderhalsen som ligger inom slidan) och fick en relativt kraftig blödning från portios nedre kant vid provtagningen. Patienten hade ibland post coitalblödning (efter samlag). Hon råddes söka läkare för bedömning av ovanstående problem.

Den 10 februari 2003 sökte patienten gynekologmottagning på grund av riklig oregelbunden mens. Hon hade senaste året haft värk nedåt båda ljumskregionerna och hade blödning efter samlag. Hon hade nu blött klumpar med 14 dagars intervall. Vid undersökning hade patienten en kraftig pågående blödning ur cervix som var oregelbunden. Hon hade en mjuk cysta på insidan av höger blygdläpp. Man gjorde ett behandlingsförsök med cyklokapron och naproxen från 1 mars 2003 till 10 mars 2003, vilket betraktades som en medicinsk skrapning. Därefter skulle patienten åter för provtagning när hon var blödningsfri.

Den 26 mars 2003 vid återbesök hade patienten blött nästan hela tiden, dock mindre under gestapuranbehandlingen. Vid vaginalt ultraljud sågs en suspekt polyp och man tog en endometriebiopsi. Patienten anmälades till hysteroskopi (instrumentell undersökning av livmodern) med polypresektion och eventuell endometriresektion, även provexcision från portio. Den 3 april 2003 förelåg PAD på endometribiopsin som var benign.

Den 9 april 2003 var patienten på kvinnokliniken, där man utförde hysteroskopi och px-tagning från portio. Den 10 april 2003 förelåg svar på PAD portio-biopsierna som visade cervixcancer.

Patienten fick under våren radiologisk behandling som avslutades i juni 2003. I september 2003 opererades patienten med borttagande av livmodern och äggstockarna.

PATIENTEN har som patientskada anmält att hon på grund av fördröjd diagnos och behandling av cervixcancer drabbats av onödigt psykiskt och fysiskt lidande. I sin skrivelse till Patientskadenämnden uppger patienten att hon har diskuterat ärendet med sin läkare på Jubileumskliniken i Göteborg och han anser att skador efter behandling av livmoderhalscancer hade kunnat undvikas om cancer upptäckts tidigare. Hon vill också förtydliga händelseförloppet. Hon sökte barnmorskemottagningen per telefon under våren 2002 på grund av blödningar. De diskuterade senast tagna cellprov och konstaterade att det snart var dags för att ta ett nytt. Under tiden skulle patienten avvakta eftersom blödningarna bedömdes som eventuellt hormonella. Patientens tidigare tagna cellprov hade varit utan anmärkning. Patienten vet inte om detta samtal är journalfört eftersom barnmorskan då hon kontaktade henne vidhöll att ”alla telefonsamtal dokumenterades ej”. Cellprov togs i augusti 2002. Då fick patienten en riklig blödning vid provtagningen. Hon hade också en relativt stor cysta på ena blygdläppen. Patienten rekommenderades att ta kontakt med gynekolog för borttagande av cystan, inte för sina blödningar vilket kanske kan misstolkas. Barnmorskan sa också att ”var cellprovet utan anmärkning fanns inget att oroa sig för”.

Därför dröjde det en tid till patienten sökte gynekolog för blödningarna eftersom cystan inte störde henne nämnvärt och heller inte bedömdes som ”farlig”. Vid första besöket hos gynekologen fick hon frågan om cellprov var taget. Eftersom detta nyligen var gjort och utan anmärkning togs inget nytt. Blödningarna bedömdes som hormonella trots riklig blödning vid varje undersökning. Den påstådda undersökningen i narkos var inte för att kontrollera cancer utan enbart för att avlägsna en polyp i livmodern och för att ta bort cystan på blygdläppen. Ingen cancermisstanke fanns.

När patienten efter alla behandlingar talade med barnmorskan om att cellprovet var utan anmärkning tyckte denna att det var jättebra att patienten inte behövde oroa sig för cancer. Detta visar att för mycket tillit läggs till ett enstaka prov. Patientens blödningar borde ha undersökts mer noggrant tidigare. Patienten berättade för barnmorskan vad hon gått igenom och barnmorskan blev ganska bestört.

Patienten har nu kvarstående besvär i form av urinläckage och blödningar från urinblåsan. Hon har också värk och domningar i ben och fötter, är trött, får äta penicillin varje dag för besvär i form av urinvägsinfektion.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Enligt 6 § första stycket 3 patientskadelagen förstås med patientskada en personskada som orsakats av felaktig diagnostisering.

För att diagnostisering ska vara felaktig krävs att den avviker från allmänt vedertagen praxis. Denna anger en standard som anknyter till ett inom praktisk medicin utvecklat handlingsmönster vid utredning och tolkning av ett speciellt symtom. Om en läkare på grund av iakttagbara symtom ställer en diagnos som senare visar sig vara felaktig, blir en följskada av detta inte i och för sig en skada som ska ersättas. Endast om en inom aktuellt specialistområde erfaren läkare borde ha dragit rätt slutsats av iakttagbara symtom kan ersättning bli aktuell.

Vid barnmorskebesök för rutinmässig cellprovtagning förelåg symtom i form av blödning vid samlag. Patienten rekommenderades söka gynekolog för bedömning. Detta skedde först den 10 februari 2003. Bedömningen var då att hormonella orsaker kunde förklara patientens oregelbundna blödningar varför behandling insattes och återbesök skedde den 26 mars 2003. Vid återbesöket bestämdes om undersökning och provtagning i narkos vilket skedde den 9 april 2003. Vid denna undersökning stod det helt klart att patienten hade en kraftigt avvikande och sönderfallande cervix. PAD visade lågt differentierad skivepitelcancer.

Cellprover är inte hundra procentigt pålitligt. Falskt negativa prover förekommer. Patienten uppmanades de facto i samband med provtagningen den 27 augusti 2002 att söka gynekolog på grund av de olaga blödningar hon hade haft.

Mot bakgrund av ovan nämnda förhållanden finner vi att faktiskt iakttagbara symtom tolkats i överensstämmelse med allmänt vedertagen praxis. Vi anser följaktligen att patienten fått en riktig vård och behandling för de besvär hon uppvisat samt att det inte var medicinskt motiverat att behandla henne tidigare än som nu blev fallet. Under sådana förhållanden föreligger ingen patientskada. Patientens ersättningskrav har därför avvisats.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ersättningsbar patientskada förelåg och gjorde följande bedömning:

Blödningar av det slag patienten hade efter samlag är en allvarlig varningssignal för cancer. Vid patientens kontakter med barnmorskemottagningen den 27 augusti 2002 borde man ha ordnat snabbare läkarkontakter till exempel genom remiss till gynekolog för undersökning och uppföljning för att kunna utesluta cancer. Även vid besöket hos gynekolog den 10 februari 2003, föranlett av att besvären kvarstod, agerade man inte tillräckligt kraftfullt för att få fram en förklaring till blödningarna. Först efter remiss för avlägsnande av en polyp och eventuell endometriebiopsi kunde man den 10 april 2003 konstatera att det förelåg en lågdifferentierad skivepitelcancer i livmoderhalsen.

Enligt nämndens bedömning föreligger här en diagnosförsening från i valt fall mitten av september 2002 till den 10 april 2003. PSR har att utreda och ta

ställning till om denna försening medfört att någon ersättningsbar patientskada uppkommit.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 138/2006

2006:07

Ersättningstvist. Fråga i vilken omfattning samband föreligger mellan lokalbedövning inför en tandbehandling och olika nervskador.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

8 § patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 45-årig kvinna, som 2002-01-14 behandlades för värk i tanden 16 (höger överkäke) med lokalanestesi inför fortsatt rotbehandling av tanden. I samband med injektionen uppkom en nervskada/känslnedsättning regio tand 16 palatinalt (mot gommen) och buccalt (mot kinden) Kronpulpans tand 16 (tandens kärlika inre i krondel) var tidigare avlägsnad 2002-01-07.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) har bedömt att nervskadan på grund av injektionen regio tand 16 som uppkom 2002-01-14 är en godkänd patientskada.

Utöver nervskadan/känslnedsättningen har en mer komplex smärtkomplikation tillkommit i höger ansiktshalva. Denna komplikation/smärtbesvär har avböjts av PSR p.g.a. att ett orsakssamband inte kan fastställas.

PATIENTEN var inte nöjd med den del i PSR:s beslut som avser efterföljande smärtbesvär. Hon anser att ett samband föreligger mellan bedövningen i gom/slemhinna mot tand 16 och smärtbesvär i höger ansiktshalva. Patienten önskar ersättning för samtliga kostnader i samband med känselbortfallet regio tand 16 och efterföljande smärttillstånd samt ersättning för inkomstbortfall.

PSR har efter samråd med såväl odontologisk rådgivare som neurologisk rådgivare funnit att det med övervägande sannolikhet inte föreligger ett orsakssamband mellan patientens efterföljande smärtkomplikationer i höger ansiktshalva och godkänd patientskada d.v.s. nervskada/känslnedsättning regio tand 16. Med hänsyn tagen till patientens grundsjukdomstillstånd med mångårig smärtproblematik både från mag-tarmkanal, migrän samt från tand- och käkregion har PSR bedömt att lokalbedövningen i sig inte är orsak till den efterföljande

och omfattande smärtproblematiken i höger ansiktshalva (perifer neurogen smärta). Den nödvändiga rotbehandlingen i sig kan dock ha varit en utlösande faktor som triggat igång övrig anmäld smärtproblematik.

Härefter redogör PSR för de ersättningar som hittills betalats ut och avslutar sitt yttrande på följande sätt.

Ersättning för kvarstående besvär (lyte och men) till följd av nervskadan/känselförsättningen är ej slutreglerad i dagsläget då frågan kvarstår om den kompletterande ansiktssmärtan. Enligt vår bedömning bör invaliditetsgraden motsvara 3 % invaliditet till följd av den godkända patientskadan (kvarstående lätt känselförsättning på höger sida av gommen i överkäken som känns domnad).

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att patienten hade rätt till ytterligare ersättning och gjorde följande bedömning:

Den skada som uppkom på slutgrenar av nervus maxillaris har av PSR godkänts som en ersättningsbar patientskada. Den fråga som nämnden då i första hand har att ta ställning till är om det efterföljande smärttillståndet har ett samband med den ersättningsbara nervskadan.

De utlåtanden som PSR:s medicinska rådgivare inom områdena odontologi och neurologi har utfärdat får enligt nämndens mening förstås så att nervskadan kan ha varit en utlösande/triggande faktor till aktuell smärtproblematik men att patientens kvarstående smärtbesvär i höger ansiktshalva har andra orsaker.

Nämnden finner att det finns ett klart tidssamband mellan uppkomna smärtbesvär och den lokalanestesi som gavs den 14 januari 2002. Detta tidssamband talar mycket starkt för att även ett orsakssamband föreligger mellan anmälda smärtbesvär och ifrågavarande bedövning. Hade med andra ord injektionen inte givits hade heller inte smärtan uppkommit.

Nämnden konstaterar vidare att de nervgrenar som skadats är grenar av nervus maxillaris som i sin tur är en del av nervus trigeminus och skador i någon av denna nervs grenar kan orsaka ansiktssmärta.

Mot bakgrund av ovanstående anser nämnden att den nervskada som uppkom i januari 2002, och som PSR har godkänt som en ersättningsbar patientskada, med övervägande sannolikhet orsakat patientens kvarstående smärttillstånd i höger ansiktshalva. Patienten har därför rätt till patientskadeersättning även för denna skadeföljd. I samband med att PSR utreder vilken ersättning som kan lämnas för det kvarstående smärttillståndet bör skaderegleringsbolaget göra en förnyad helhetsbedömning av vilken ersättning som kan lämnas för inkomstförlust och kostnader för den ersättningsbara patientskadan.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 232/2006

2006:08

Försenad diagnos av cirkulationsbesvär i en fot har lett till amputation.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

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

Ärendet gäller en 55-årig kvinna med en blålila värkande lilltå på vänster fot.

PATIENTEN har som patientskada anmält amputation av vänster underben orsakad av fördröjd diagnos och behandling av arteriell insufficiens (kärlsjukdom). Behandlingen har skett från och med 2001-12-07 på medicinklinik.

2001-11-29 sökte patienten vårdcentral på grund av att vänster lilltå var rött och mycket öm på ovensidan + ytterkant. Någon varbildning kunde ej konstateras och patienten erhöll omslag med alsolsprit.

2001-12-05 återkom patienten då hon ej hade blivit bättre. Hon fick nu antibiotikatabletter, Heracillin.

2001-12-08 kom patienten till medicinklinik vid ett sjukhus på remiss från husläkare för bedömning av gikt. Hon hade sedan cirka två veckor ont i lilltån och hade först märkt att den varit röd, svullen och värmeökad. Efter någon vecka hade hon fått plötsliga smärtanfall.

Vid undersökning var vänster lilltå rodnad, värmeökad, inte påtagligt palpationsöm, inga synliga sår förelåg. Tillståndet bedömdes som gikt och patienten insattes på Diklofenak. Om patienten skulle få nya anfall fick hon uppsöka sin ordinarie husläkare för förebyggande behandling och ytterligare utredning.

2001-12-20 sökte patienten vårdcentralen då tidigare behandling med alsolsprit och antibiotika inte hade givit önskade effekt. Man konstaterade att det fanns en blånad på lilltån men ingen ömhet vid palpation, inte heller varbildning.

2002-02-14 sökte patienten vårdcentralen på nytt på grund av smärta med gångsvårigheter och att foten kändes kall. Denna gång gjordes ett status där man konstaterade att foten såg blek ut men man palperade en puls i arteria dorsalis pedis och denna var utan anmärkning. Det förelåg en ömhet i vaden vilket motiverade ultraljudsundersökning av vänster underben för att bedöma om det förelåg en ventrombos. Någon sådan kunde emellertid inte påvisas. Patienten återkom 2002-02-25 med samma besvär. Hon blev då sjukskriven men fick i övrigt ingen ytterligare diagnostik eller behandling.

2002-03-25 uppsökte patienten kirurgkliniken på grund av värk från utsidan av vänster fot samt fottrygg. Hon upplevde även smärta i vaden vid gång, gångsträckan bedömdes till cirka 200 meter innan smärtan kom. I status kunde konstateras att det förelåg en puls i arteria femoralis men inga palperbara pulsar distalt om arteria femoralis i vänster ben. Ankeltrycket på vänster sida var

60 mmHg vid ett samtidigt armtryck av 200 mmHg. Den sammanfattande bedömningen vid detta besök var att det förelåg en cirkulationsinsufficiens i vänster ben och man planerade för kärlröntgen inför möjlig kärlrekonstruktion.

2002-04-08 var patienten för bedömning efter angiografi som hade utförts 2002-03-25. Angiografen avslöjade en ocklusion av arteria femoralis på låret och återfyllnad först på underbenet av arteria tibialis posterior som dock var kontrastfylld inom ett ganska kort segment. Arteria fibularis återfyllde sig långt ner på underbenet. Bedömningen då blev att man visserligen kunde tänka sig en kärlrekonstruktion men förutsättningarna för öppetstående bedömdes som låga. Man beslöt därför att ej rekommendera patienten kärlrekonstruktion eftersom ett omedelbart gangränshot ej ansågs föreligga. Second opinion av angiografibilderna utfördes på Karolinska sjukhuset, där man höll med om den bedömning man gjort på det tidigare sjukhuset, att operation endast var motiverad om det förelåg ett klart amputationshot.

2002-04-22 återkom patienten till sjukhuset med allvarlig cirkulationsrubbing i den vänstra foten. Vid detta besök fann man inget mätbart ankeltryck och armbloodtrycket var 120 mmHg.

2002-04-30 sökte patienten kirurgkliniken vid ett annat sjukhus, där man konstaterade, som tidigare att det fanns tecken på allvarlig cirkulationsinsufficiens. En misstanke framkastades om att detta kunde röra sig om mikroembolisering men någon säker embolikälla förelåg inte. För att undvika amputation genomfördes en operation 2002-05-10 då en by pass från arteria femoralis communis till arteria fibularis gjordes. Denna operation blev relativt svår då man hade svårigheter att identifiera arteria fibularis. Vid påsläpp av blodflöde i rekonstruktionen fick man dessutom dåliga pulsationer och tromb/embolektomi med Fogarty-kateter ledde till att man fick ut färska trombosser. Man var därefter nöjd med resultatet som kontrollerades med angiografi på operationsbordet.

2002-05-12 konstaterades att foten på nytt var kall och blå men man bedömde att någon indikation för förnyad operation inte förelåg eftersom förutsättningarna vid operationen var så pass dåliga. Patienten smärtor blev till slut av den arten att man beslutade om amputation vilken genomfördes 2002-05-23.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning och gjorde följande bedömning:

Enligt 6 § första stycket 3 patientskadelagen förstås med patientskada en personskada som orsakats av felaktig diagnostisering.

För att diagnostisering ska vara felaktig krävs att den avviker från allmänt vedertagen praxis. Denna anger en standard som anknyter till ett inom praktisk medicin utvecklat handlingsmönster vid utredning och tolkning av ett speciellt symtom. Om en läkare på grund av iakttagbara symtom ställer en diagnos som senare visar sig vara felaktig, blir en följdskada av detta inte i och för sig en skada som ska ersättas. Endast om en inom aktuellt specialistområde erfaren

läkare borde ha dragit rätt slutsats av iakttagbara symtom kan ersättning bli aktuell.

Det är i efterhand oerhört svårt att bedöma orsaken till progressen av patientens symtom. Vid något tillfälle anges att man misstänkt embolisering men någon säker embolikälla har icke kunnat fastställas. För diagnosen mikroembolisering talar en blåfärgad lilltå och frånvaro av förändringar i andra benet samt att det fanns mycket allvarliga förändringar i underbenets små artärer trots att några sådana förändringar av allt att döma inte förelåg på höger ben mot bakgrund av att pulsar kunde palperas även i foten på höger ben. 2002-02-14 konstaterades att det förelåg en palpabel puls i arteria dorsalis pedis men en dryg månad senare kunde man ej palpera en sådan. Om det finns klara tecken på mikroembolisering kan dock röntgenundersökning vara motiverad även vid förekomst av palpabel puls i foten. Om man i slutet av februari hade gjort en sådan angiografi är det möjligt att en eventuell embolikälla skulle ha kunnat diagnostiseras. Detta resonemang är dock mycket spekulativt.

Om en tidigare diagnos hade kunnat ställas hade man möjligen kunnat undvika amputation men för att detta skulle göras hade det krävts en mycket hög grad av misstänksamhet för en eventuell embolisering. En sådan är dock aldrig påvisad varför något fel eller någon försummelse ej kan påvisas i den fortsatta handläggningen.

Mot bakgrund av ovan nämnda förhållanden finner vi att faktiskt iakttagbara symtom tolkats i överensstämmelse med allmänt vedertagen praxis. Vi anser följaktligen att patienten fått en riktig vård och behandling för de besvär hon uppvisat samt att det inte var medicinskt motiverat att behandla patienten tidigare än som nu blev fallet. Patientens ersättningskrav har därför avvisats.

PATIENTEN har i sin skrivelse till Patientskadenämnden utvecklat sina synpunkter på bl.a. följande sätt:

Hon upptäckte i mitten av november 2001 att hennes lilltå skiftade i blått. Hon uppsökte inte sin vårdcentral förrän 2001-11-29 då även smärta tillkommit. Detta på grund av att hon bedömde en blåskiftande tå som en bagatell. Till sin stora fasa kan hon med facit i hand konstatera att även utbildad sjukvårdspersonal kunde dra denna felaktiga slutsats. Således fick patienten ingen adekvat hjälp där. PSR skriver att patienten remitterades till sjukhus för utredning av gikt och missade tyvärr att nämna cirkulationsbesvär. Man skriver att det föreligger en fördröjning av diagnosen från 2002-02-14. Detta är fel. Fördröjning föreligger från 2001-12-08. Natten innan hade patienten också känt smärta i tån. Den dagen fick hon två diagnoser från läkare på hemortens akutmottagning och hon åkte till akut till sjukhus och fick där träffa en kvinnlig läkare. Denna fick patientens remiss där det stod "cirk påv? gikt?" Hon skrev ut gikttabletter men varken sa eller gjorde något åt den andra diagnosen, cirkulationsbesvär. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, Länsrätten och Socialstyrelsen har båda gjort

bedömningen att hon agerat felaktigt. Se länsrättens dom samt Socialstyrelsens yttrande. Dessa har uppenbarligen saknats vid PSR:s bedömning.

Den kvinnliga läkaren, som (till skillnad från flertalet andra unga läkare i liknande situationer) tyvärr ansåg sig kunna ställa en diagnos utan att konsultera andra erfarna läkare eller att utföra nödvändiga prov och undersökningar, kunde som en sista utväg ha remitterat patienten vidare.

Patienten fick aldrig rätt behandling på grund av detta och tvingades därför att amputera benet, vilket skulle ha kunnat undvikas.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att diagnosförsening förelåg och gjorde följande bedömning:

Nämnden anser att läkaren vid medicinkliniken den 8 december 2001 borde ha vidtagit en mer fullständig undersökning och initierat en kompletterande kärlutredning mot bakgrund av patientens symtombild och remissen från jourläkarmottagningen som även omfattade frågeställningen cirkulationspåverkan. Om så hade skett är det nämndens bedömning att patientens kärlsjukdom hade diagnostiserats i ett tidigare skede med gynnsammare förutsättningar för ett kärlkirurgiskt ingrepp och att man genom en kärlrekonstruktion vid denna tidpunkt hade kunnat återupprätta blodcirkulationen och därmed undvikit en amputation. Det är övervägande sannolikt att den uppkomna skadan är orsakad av den förse-nade diagnosen.

Det föreligger därmed rätt till patientskadeersättning för den uppkomna persons-kadan enligt 6 § första stycket 3 patientskadelagen.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 376/2006

2006:09

Bristande information. Ersättning. Försummelse att informera och inhämta samtycke har haft sådant samband med skadan att skadeståndsskyldighet uppkommit. Det kan antas att patienten hade avstått från behandlingen om hon fått fullständig information om skaderisken och känt till konsekvenserna av densamma.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

Allmänna skadeståndsrättsliga regler

Ärendet gäller en 46-årig kvinna, som genomgått brobehandling hos privattandläkare åren 2002 och 2003. Hon anser att hon inte blivit informerad om valet av

broterapi och inte heller fått möjlighet att själv välja behandling. Hon framhåller att två tänder blivit nedslipade i onödan och att man borde ha undersökt om implanterat varit ett bättre alternativ.

SKADEFÖRSÄKRINGSBOLAGET IF har avböjt ersättning från tandläkarnas patientförsäkring. If har hänvisat till att patienten vid två tillfällen blivit upplyst om brons omfattning genom kostnadsförslag, dels den 8 oktober 2002 och dels den 29 april 2003. If har vidare framhållit att broterapi är en vedertagen metod för att ersätta tandluckor och att nedslipning av tänder ingår i terapin.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att rätt till ersättning för bristande information förelåg och gjorde följande bedömning:

Patientskadelagen

Den utförda brobehandlingen är i sig en vedertagen metod, vilken medför nedslipning av tänder på det sätt som skett. Under sådana förutsättningar föreligger inte rätt till ersättning enligt patientskadelagen.

Ersättning på skadeståndsrättslig grund

If har vid sidan av åtagandet att utge ersättning enligt patientskadelagen också åtagit sig att utreda om skadeståndsskyldighet föreligger vid skadeståndskrav för personskada som orsakats patient. När skadeståndsskyldighet föreligger har If även åtagit sig att betala skadestånd.

Patienten har anmält att hon har drabbats av skada till följd av bristande samtycke till behandlingen då tandläkaren har underlåtit att informera henne om den behandling han genomfört. De anmälda skadorna är förlust av två friska tänder och psykiska besvär till följd av den utförda behandlingen. If har inte prövat patientens anmälan på skadeståndsrättslig grund.

Enligt svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning uppställs vid medicinsk behandling långtgående krav på samråd med patienten. I princip krävs patientens samtycke till planerade åtgärder samt att information ges om de risker som kan vara förknippade med dessa. Om en skada uppkommer vid behandling och skadan har samband med brister i informationen till patienten som innebär att denne inte kunnat lämna ett preciserat samtycke till behandlingen kan skadeståndsskyldighet föreligga.

I förevarande fall har tandläkaren utfört en brobehandling av större omfattning än vad som överenskommits med patienten. Patienten har haft uppfattningen att den trasiga tanden 13, som ingick i en brokonstruktion med tänderna 15–13, skulle lagas med jacketkrona och bro. Patientskadenämnden finner inte anledning att ifrågasätta patientens uppgift om vilken behandling som var planerad. Journalföringen är i detta avseende bristfällig. Nämnden beaktar också att Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd har tilldelat tandläkaren en varning för att denne vid sin behandling av patienten av oaktsamhet har åsidosatt sina skyldig-

heter i yrkesutövningen, varvid bl.a. nämnts bristande journalföring. I stället för den av patienten godtagna behandlingen utförde tandläkaren en brokonstruktion som omfattade tänderna 16–12 och slipade därvid ner två tänder utan att informera patienten om detta. Nämnden anser att det därigenom föreligger en oaktsam underlåtenhet att fullgöra informationsskyldigheten. Detta innebär att patienten inte har haft möjlighet att lämna sitt samtycke till behandlingen.

Frågan är då om försummelsen att informera och inhämta samtycke haft sådant samband med skadan att skadeståndsskyldighet uppkommit. Vid denna bedömning måste man ta ställning till om skadan skulle ha kunnat undvikas om adekvat information hade lämnats. Således får man bedöma om patienten skulle ha avstått från behandlingen om hon fått information om konsekvenserna av densamma.

Patienten har uppgivit att hon, om hon hade känt till omfattningen av det ingrepp som skulle utföras, i stället hade valt implantatbehandling. Av handlingarna i ärendet framgår också att patienten vårdats inom psykiatri med anledning av en reaktiv psykos som i journalerna anges vara utlöst av den aktuella tandbehandlingen. Detta styrker ytterligare antagandet att patienten hade avstått från behandlingen om hon hade känt till konsekvenserna av densamma. Orsaks-samband får därmed anses föreligga mellan den försumliga underlåtenheten att informera och inhämta samtycke och den uppkomna skadan. Patienten är därmed berättigad till ersättning för skadan på skadeståndsrättslig grund.

Vad gäller omfattningen av skadan, så har patienten anfört att hon förutom förlust av två friska tänder även drabbats av en reaktiv psykos och därpå följande depressiva besvär. Det ankommer på If att utreda skadans omfattning och ta ställning till vilken ersättning som kan lämnas.

PATIENTSKADENÄMNDEN

DNR 433/2006

2007:01

Tandskada. Ersättningstvist. Rätt till patientskadeersättning för singel-implantat som ersättning för en ensam förlorad tand har inte ansetts föreligga (jfr referat 2007:02).

TILLÄMPLIGT LAGRUM

8 § patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 42-årig man, som år 2002 fick behandling med pelar/kronte-rapi tand 25 eftersom tanden tidigare frakturerat. Under 2001 hade tanden för-

setts med en porslinskrona och patienten hade fått en bettskena för att om möjligt avlasta bettet från ogynnsamma bettkrafter på grund av obalans och tandpressning samt reducera risken för ytterligare frakturer i bettet. Enligt journalnotering användes dock inte bettskenan. En rotfraktur diagnostiserades i tanden 2003-02-14 och tanden avlägsnades i samband med detta besök på grund av dålig prognos. Parallellt med behandling av tand 25 har behandling skett av tand 24 som hade ett rotbehandlingsbehov på grund av inflammation (osteit). Remiss skickades till specialistklinik eftersom tandens rotanatomi var komplicerad och specialistbehandling var nödvändig. Enligt journaluppgifter har patienten dock inte besökt specialistkliniken för fortsatt nödvändig behandling av tanden 24, varför ett avlägsnande av tanden är aktuellt. En delprotes rekommenderas i överkäken för att optimera bettet.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) har ansett att rotsprickan i tand 25 med övervägande sannolikhet har samband med cementeringen av compositstift i tanden 2002-01-10 vid folktandvården. Konkurrerande orsaker till frakturen finns dock i form av obalans i bettet p.g.a. tidigare tandförluster i sidopartierna. Patienten har rätt till skadebetingad, skälig och nödvändig behandling till följd av frakturen i tand 25.

PATIENTEN har begärt ersättning för singelimplantat tand 25 för att ersätta luckan efter tanden. Han anser att implantat är den bästa lösningen då alternativet med en partiell protes medför tuggsvårigheter och inflammerat tandkött. Dessa besvär uppkommer inte då ett implantat i praktiken fungerar som en "riktig" tand. Behandling med delprotes är inte att rekommendera enligt kontakt med utomstående legitimerad tandläkare.

PSR har avböjt patientens begäran med följande motivering:

Implantatbehandling regio tand 25 är inte odontologiskt motiverad som skadebetingad, skälig och nödvändig behandling till rotfrakturen tand 25. Ett ensamt singelimplantat med lucka på bäge sidor om implantatet utgör en ökad risk för ogynnsam belastning på implantatet och därmed käkbensnedbrytning och senare eventuell förlust av implantatet.

PSR är berett att lämna ersättning för behandling med delprotes i överkäken för att ersätta luckan efter tand 25 (patientskadan) samt även för luckan efter tand 24 och tidigare förlorad tand 26 i kombination med att optimera bettkomforten. Behandlingen avser att balansera upp bettet i sin helhet och minimera risken för ytterligare frakturer. Kostnaden för den godkända behandlingen uppgår enligt insänt kostnadsförslag till 4 400 kronor.

Den som väljer en dyrare vårdform får normalt sett inte full täckning för sina kostnader. Om patienten väljer att utföra implantatbehandling i området för de saknade tänderna 24, 25 och 26 kan ersättning lämnas motsvarande kostnaden för tidigare godkänd behandling.

PSR vill påpeka att implantatbehandlingen i sig innebär vissa behandlingsrisker och att egenvård i form av optimal rengöring runt implantatet är av högsta betydelse så att en inflammation inte uppstår som i sig påverkar tandkött och omgivande käkben negativt runt implantatet i kombination med ogynnsam belastning.

Till dags dato har inga kvitton inkommit på utförd behandling i samband med patientskadan. Ersättning har tidigare lämnats från patientförsäkringen för tandförlust samt för sveda och värk i samband med smärtsam tandbehandling (avlägsnande av tanden). Beloppen är uträknade enligt gällande tabellverk och praxis. Sedvanligt karensavdrag har skett.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning och gjorde följande bedömning:

En grundläggande princip är att den skadelidande skall ha full ersättning för de kostnader som uppkommer med anledning av en skada. Ersättningen skall syfta till att i största möjliga utsträckning neutralisera verkningarna av skadan. Emellertid ersätts endast nödvändiga och skäliga kostnader vilket innebär att den skadelidande så långt det är möjligt skall begränsa skadans verkningar. Den skadelidande får normalt acceptera den standard som erbjuds inom den allmänna sjukvården.

I det nu aktuella fallet konstaterar nämnden att patienten med hänsyn till sitt tandstatus inte skulle ha någon större nytta av ett singelimplantat. Ur odontologisk synpunkt är den av PSR godkända behandlingen med delprotes bäst för patienten. En behandling med singelimplantat skulle således inte reparera skadan på ett lika bra sätt som behandling med delprotes. Mot den bakgrunden anser nämnden att kostnadsersättning för behandling med singelimplantat inte bör medges.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 799/2006

2007:02

Tandskada. Ersättningstvist. Föreligger rätt till ersättning för singelimplantat (jfr referat 2007:01)?

TILLÄMPLIGT LAGRUM

8 § patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 51-årig kvinna som vid behandlingstillfället år 2002 fick tand 46 rotbehandlad. I samband med rotbehandlingen uppkom en instrumentfraktur. Under år 2004 uppdagades att inflammation förelåg runt roten med instrumentfraktur, varför nödvändig behandling insattes. Tanden avlägsnades 2005-05-11 på grund av kvarstående besvär.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) har ansett att förlusten av tand 46 p.g.a. instrumentfraktur är en patientskada men ansett att skälig och nödvändig behandling är broterapi och att en sådan motsvarar en beräknad patientkostnad av 16 000 kronor.

PATIENTEN begärde ersättning för singelimplantat tand 46 motsvarande en patientkostnad av 19 000–23 100 kronor i stället för ersättning för en brokonstruktion på maximalt 16 000 kronor. Hon ansåg att ersättning skall lämnas för singelimplantat tand 46. Hon accepterade inte ersättning för en brokonstruktion motsvarande tänderna 45 46 47 som PSR godkände. En brokonstruktion medför alldeles för mycket besvär i jämförelse med ett singelimplantat.

PSR motiverade sin ståndpunkt på följande sätt:

Med hänsyn tagen till omgivande tänder och dess status i kombination med den praxis i den allmänna tandvårdsförsäkringen som gäller för implantatbehandling i sidopartierna anser PSR att skadebetingad, skälig och nödvändig behandling är broterapi 45 46 47. Beloppet för behandlingen motsvarar en beräknad patientkostnad av 16 000 kronor. Tillräckliga odontologiska indikationer saknas i detta fall för att frångå Riksförsäkringsverkets allmänna råd vid implantatbehandling i sidopartierna, baserat utifrån den allmänna tandvårdsförsäkringen.

Om man väljer en dyrare vårdform får man normalt inte full ersättning från försäkringen. PSR har informerat om detta och meddelat att patienten själv får bekosta mellanskillnaden mellan broterapi och implantatbehandling. Rätt till full kostnadsersättning för implantatbehandling har avböjts av patientförsäkringen.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att patienten hade rätt till kostnadsersättning för singelimplantat och gjorde följande bedömning:

En grundläggande princip inom ersättningsrätten är att den skadelidande skall ha full ersättning för sin förlust. När det särskilt gäller ersättning för kostnader gäller också här principen att full ersättning skall utgå och att ersättningen skall syfta till att i största möjliga utsträckning neutralisera verkningarna av skadan. Endast nödvändiga och skäliga kostnader ersätts emellertid vilket innebär bl.a. att den skadelidande normalt får acceptera den standard som erbjuds inom den allmänna sjukvården när vårdbehovet skall tillgodoses.

Tillämpat på det nu aktuella fallet innebär detta enligt nämnden att det i princip föreligger rätt till ersättning för alla de behandlingskostnader som uppkommer vid en behandling som ur medicinsk eller odontologisk synpunkt reparerar skadan på ett så bra sätt som möjligt, att implantatbehandling i detta fall ur odontologisk synpunkt är ett bättre alternativ än att ersätta den förlorade tanden med en brokonstruktion, bland annat på grund av att en brokonstruktion skulle innebära att två praktiskt taget friska tänder slipas ner, samt att kostnaden för implantatbehandling därmed i detta fall måste anses nödvändig och skälig. Patientens kostnader för implantatbehandling bör därför ersättas.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 554/2006

2007:03

Diagnosskada. Ersättning. Astma har för länge behandlats som luftvägsinfektion.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 3 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 29-årig man med bronkitbesvär (inflammation i luftrören)

PATIENTEN anmälde som patientskada förlängt och ökat lidande samt förvärrad astma på grund av fördröjd diagnos och behandling av astma under ett års tid.

Av den medicinska utredningen framgår att patienten 2002-10-24 sökte akutmottagning på grund av hosta och halsont i omgångar sedan minst 1 ½ månad. Han fick recept på Ery-Max.

2002-11-08 sökte patienten på nytt akutmottagningen då han sedan början av september månad hade haft upprepade 3–4 dagars långa perioder med hosta,

snuva och feber, ofta med 1–2 veckors mellanrum. Han hade varit helt besvärsfri under pågående behandling med Ery-Max (antibiotika). Det framgår att patienten hade hösnuva på sommaren och att han hade katter. Han hade nu sedan 2002-11-07 hosta och rinnande snuva. Man bedömde att han hade en övre luftvägsinfektion och med hänsyn till de långvariga besvären föreslogs avsvällande behandling med inhalation av kortison i fyra veckor. Patienten råddes boka tid för bedömning hos sin vårdcentral efter cirka sex veckor.

2002-12-19 sökte patienten akut på medicinmottagningen vid sjukhus på grund av andnöd. Han hade plötsligt vaknat på natten med akut andnöd. Han hade under kvällen vistats i rökig miljö men aldrig tidigare reagerat för rök. Han hade vaknat med panikkänsla kl. 04 och kunde inte andas ordentligt. Han hade inga förkylningssymtom men en tryckande känsla i bröstet. Undersökningar visade inget patologisk vare sig laboratoriemässigt eller EKG-mässigt och patientens besvär tolkades som stressutlöst panikångest.

2003-01-10 och 11 sökte patienten akutmottagningen på grund av hosta som hade hållit på cirka en månad. Temp 38,0 och CRP 15. Man bedömde tillståndet som troligtvis virus och man satte in Doxyferm (antibiotika) i en vecka.

2003-09-08 sökte patienten en distriktsläkarmottagning på grund av förkylning med svår hosta. Under frågeställningen övre luftvägsinfektion, allergi, astma, togs prover för vidare utredning och då eventuell med spirometri. Patienten blev bättre vad gällde hostan efter att han började med Pulmicort (kortison för inhalation).

2003-09-22 sökte patienten på nytt distriktsläkarmottagningen på grund av fortsatta besvär med hosta. Han blev andfådd vid ansträngning och hade nattlig hosta som besvärade honom. Han misstänkte själv att han hade astma efter att ha läst en broschyr om astma. Han ansåg att allt som stod i broschyren stämde bra på honom. Utredningen kompletterades nu med nya prover som visade att patienten reagerade mot pålsdjur, katt, häst, hund, kvalster och mix mögel. Astmautredningen med spirometri fastställde diagnosen.

2003-10-29 var patienten mycket bättre än tidigare och hade inte längre någon hosta. Han använde inhalator, som innehöll kortison och bronkvidgande medel (Pulmicort och Bricanyl).

PATIENTEN anser att olika läkare har brustit i sina rutiner på flertalet punkter. Läkare har först och främst inte lyssnat till vad patienten delgivit angående sitt tillstånd. Man har heller inte undersökt hans tidigare journaler för att ge underlag till diagnostisering. Därefter har man nekat patienten att bli undersökt för astma trots att han haft flertal symtom som visar på astma och samtidigt haft en omgivande miljö i form av katter som indikerat att det rört sig om just astma. Man har inte heller givit patienten någon rimlig förklaring till de felaktiga diagnoser som ställts när han ifrågasatt dem. Någon uppföljning har inte gjorts. Man har helt enkelt skickat hem patienten utan att någon har velat ta ansvar för hans situation.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Enligt 6 § första stycket 3 patientskadelagen förstås med patientskada en personskada som orsakats av felaktig diagnostisering.

För att diagnostisering ska vara felaktig krävs att den avviker från allmänt vedertagen praxis. Denna anger en standard som anknyter till ett inom praktisk medicin utvecklat handlingsmönster vid utredning och tolkning av ett speciellt symtom. Om en läkare på grund av iakttagbara symtom ställer en diagnos som senare visar sig vara felaktig, blir en följdskada av detta inte i och för sig en skada som ska ersättas. Endast om en inom aktuellt specialistområde erfaren läkare borde ha dragit rätt slutsats av iakttagbara symtom kan ersättning bli aktuell.

De symtom patienten sökte för under hösten 2002 stämmer väl med bronkit. Man misstänkte också att han kunde ha höснуva (allergisk rinit) och behandlade honom med nasal cortisonspray.

De besvär som föranledde besök vid sjukhus 2002-12-19 tydde på en betydligt allvarligare sjukdomsbild än akut astma. Avsaknad av biljud över lungorna och specifika andningsbesvär med tryckkänsla över bröstet tydde snarast på hjärtsjukdom eller proppar i lungorna. Relevanta undersökningar utfördes och dessa sjukdomstillstånd kunde uteslutas. Med tanke på anamnesen som angav stressig arbetssituation, ansvarsfyllt arbete, panikkänsla, tryck över bröstet etc., bedömdes patienten ha drabbats av "stressutlöst panikångestattack".

2003-09-08 sökte patienten distriktsläkarmottagning där frågeställningen allergi och astma noterades. Patienten förde på tal att hans besvär stämde med beskrivningarna i astmabroschyren vilket bidrog till utredningens framåtskridande. Mycket tydde nu på att han hade astma. Detta beror nödvändigtvis inte på konstaterad kattallergi utan på att han hade en infektionsutlöst astma.

Symtomatologin vid det akuta sjukhusbesöket tolkades i enlighet med vedertagen erfarenhet. Anamnesen var inte typisk för astma och kliniska fynd som vid astmaanfall saknades. Symtomen skulle ha kunnat vara orsakade av allvarliga och livshotande tillstånd, vilka dock kunde uteslutas med hjälp av adekvata undersökningar. Att det skulle komma att dröja nästan ett år till astmadiagnosen ställdes och behandling inleddes, påverkar inte sjukdomens prognos.

Mot bakgrund av ovan nämnda förhållanden finner vi att faktiskt iakttagbara symtom tolkats i överensstämmelse med allmänt vedertagen praxis. Vi anser följaktligen att patienten fått en riktig vård och behandling för de besvär han uppvisat samt att det inte var medicinskt motiverat att behandla honom tidigare än som nu blev fallet.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ersättningsbar patientskada förelåg och gjorde följande bedömning:

Patienten har som patientskada anmält förlängt och ökat lidande samt förvärrad astma på grund av fördröjd diagnos av astma under ett års tid.

Nämnden anser att symtombilden vid läkarbesöken i oktober och november 2002 inte gav skäl till att utreda patienten för astma. Enligt nämndens mening borde man dock när patienten sökte vid medicinmottagningen den 19 december 2002 för akut andnöd ha övervägt diagnosen astma och initierat en astmautredning. Patienten hade vid detta tillfälle svårighet att ventilerat ut lungorna utan förekomst av feber eller symtom av övre luftvägsinfektion. Relevant information kring sjukdomshistoria, levnadsförhållanden och ärftliga faktorer för bedömning av om besvärsbilden kunde föräntas av allergi/astma inhämtades inte från patienten.

Med övervägande sannolikhet var symtombilden den 19 december 2002 förorsakad av patientens senare konstaterade astmasjukdom. Därmed föreligger rätt till patientskadeersättning enligt 6 § första stycket 3 patientskadelagen för den merskada som uppkommit till följd av att astmautredningen försenades från december 2002 till september 2003. Det ankommer på PSR att närmare utreda och bedöma vilken personskada den fördröjda diagnosen och behandlingen av astma har medfört samt fastställa vilken ersättning patienten är berättigad till.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 675/2006

2007:04

Psykisk skada. Patienten, som behandlats inom privat vård, har ansetts berättigad till ersättning för sjukvårdskostnader. Ersättning ges dock endast för kostnader motsvarande offentlig vård.

TILLÄMPLIGA BESTÄMMELSER

§§ 3.3 och 5 i 1991 års ersättningsbestämmelser. Numera 8 § patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en kvinna, som år 1994 var 72 år gammal. Hon hade sedan år 1984 vårdats av privatläkare för ”nervösa-depressiva” besvär. Hon fick stödsamtal samt medicinerades med Sobril (lugnande medel) och andra psykofarmaka. Den 18 maj 2002 togs hon in för vård på privatsjukhus för sitt läkemedelsberoende, eftersom hon inte längre klarade sig i hemmet. Efter utskrivning från privatsjukhuset vårdades hon vid en annan privat vårdinrättning till och med 29 september 2002, då hon ansågs fri från sitt beroende av Sobril.

Försäkringsgivare i detta ärende är försäkringsbolaget Zurich. Zurich har ansett att vederbörande läkare borde ha börjat utsättning av Sobril i slutet av år

1994 eller senast i början av år 1995 och att patienten hade rätt till ersättning för det uppkomna läkemedelsberoendet.

PATIENTEN har genom ombud begärt ersättning för kostnaderna för privat sjukvård dels vid sjukhus med 157 797 kr och dels vid den andra privata vårdinrättningen med 42 000 kr.

ZURICH har avböjt att betala ersättning med mer än 1 800 kr motsvarande frikort för vård inom landstinget med i huvudsak följande bedömning:

För att ersättning för kostnader skall lämnas krävs att det är fråga om nödvändiga och skäligena merkostnader som är en direkt följd av behandlingsskadan. Enligt gällande praxis är det endast vårdkostnader som ligger inom normal standard som ersätts. I normalfallet anses det att det är den vård som landstinget/sjukvårdshuvudmannen tillhandahåller som motsvarar normal standard. Den skadelidande har också skyldighet att medverka till att skadekostnaden begränsas. De debiterade vårdkostnaderna är inte skäligena. Av den medicinska utredningen framgår att endast en kontakt tagits med en allmän vårdinrättning. Däremot har patienten och hennes anhöriga tagit kontakt med ytterligare privata vårdinrättningar. Zurich anser att valet av ifrågavarande privata vårdinrättningar är ett medvetet val av patienten och hennes anhöriga.

PATIENTEN har mot detta invänt:

Den av Zurich åberopade principen är långt ifrån undantagslös. Högsta domstolen har i ett flertal fall klargjort att ersättning kan beviljas för dyrare vård (se t.ex. NJA 1961:572, NJA 1968:23, NJA 1976:103 och NJA 1996:639). Patienten har regelbundet vårdats på det aktuella privata sjukhuset och det var därför väsentligt att vården initialt lämnades på det sjukhuset. Hennes egen motivation var av stor betydelse för vårdresultatet och också därför valdes privat vård. Vid det tillfälle då kontakt togs med den allmänna sjukvården, Karolinska sjukhuset, drogs den slutsatsen att det inte fanns något vårdalternativ inom den allmänna sjukvården som var lämpligt för patienten.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade Zurich's uppfattning och gjorde följande bedömning:

Patienten är i detta fall berättigad till ersättning för sjukvårdskostnader. Dock ersätts i enlighet med grundläggande skadeståndsrättsliga principer endast nödvändiga kostnader, vilket innebär att sjukvård i normalfallet skall sökas inom den allmänna sjukvården. Enligt nämndens uppfattning fanns det vårdalternativ inom den offentliga sjukvården som hade kunnat tillgodose patientens vårdbehov. Nämnden finner därför inte skäl att frånga huvudprincipen att rätt till ersättning endast föreligger motsvarande kostnaden för offentlig vård.

Denna kostnad beräknas enligt gällande skadeståndsrättsliga ersättningsnormer med utgångspunkt från sjukhusvårdsavgift inom den offentliga vården.

Patienter som vårdas inläggande på allmänt sjukhus betalar en egenavgift per dygn. Från denna avgift avräknas enligt gällande ersättningspraxis insparade levnadsomkostnader enligt schablon. Med detta beräkningssätt skulle i detta fall ersättningen för vårdkostnaden inte komma att överstiga det belopp om 1 800 kronor som har utbetalats av Zurich. Därmed föreligger inte rätt till ytterligare ersättning.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 780/2006

2007:05

Ersättningstvist. En patient har drabbats av behandlingsskada som lett till total medicinsk invaliditet. Tvisten gäller patientens rätt till kostnadsersättning för personliga assistenters uppehälle när de åker med patienten på sommarläger.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

8 § patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en pojke, född år 1988 med fosterskador, som ansetts medföra en medicinsk invaliditet på 30 %. År 1990 opererades han för en hjärntumör. Efter operationen konstaterades att han var helt blind, hade högersidig hemipares, epilepsi, tal- och språkstörningar etc. Operationen hade utförts omkring ett och ett halvt år för sent, vilket godkänns som patientskada och den totala medicinska invaliditeten har bedömts till 100/100 %.

TVISTEN gäller nu om kostnadsersättning för assistenters uppehälle när de åker med patienten på sommarläger skall ersättas genom patientförsäkringen.

PATIENTENS FÖRÄLDRAR uppger att det krävs minst tre assistenter per dygn när sonen ska resa bort. För varje så kallad LSS-timme (LSS = lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade) utgår en kostnadsersättning och den räcker inte till för att betala tre assistenter i mer än ca en vecka om året. Sonen brukar åka på ett fem dagars läger, varvid assistenternas resa, uppehälle och traktamente för ett sådant läger innebär att pengarna tar slut. De anser att en rimlig begäran är att sonen får möjlighet att göra fler utflykter per år, t.ex. på sport- eller påsklov.

Kostnaderna för assistenter vid resor är en regelbundet återkommande utgift som sonen har p.g.a. sin skada och så kommer det att vara så länge han lever.

Eftersom varken kommunen, landstinget eller försäkringskassan står för de yrkade kostnaderna anser de att dessa ska betalas genom patientförsäkringen.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) har avböjt kravet med följande motivering:

Olika kostnadskrav har framställts med mellan 5 000 kr–6 810 kr/år. Totalt har ersättning för lyte och men lämnats med 760 000 kronor och olägenheter i övrigt med 90 000 kronor. Förnyad bedömning av ersättning för olägenheter i övrigt (anspanning) kommer att omprövas i juli 2007 och då livsvarigt.

Fr.o.m. april 2006 t.o.m. juni 2007 betalar vi en kostnadslivränta med 5 654 kronor/år. Beloppet avser mellanskillnaden mellan godtagbara kostnader och merkostnadsersättningen från försäkringskassan.

I juli 2007 – när sonen blir 19 år – kommer försäkringskassan att pröva aktivitetsersättning och i samband med detta har vi informerat om att man även ska ansöka om handikappersättning. Förnyat ställningstagande till kostnadsersättning ska därefter göras av oss. Vi kommer då även att beräkna inkomstförlust.

Vad gäller kostnader för assistenter som handikappad behöver för sina grundläggande behov, ska sådana kostnader ersättas genom LSS. Det är således lag på att ersättning för personliga assistenter ska ersättas genom det allmänna. Man kan begära utökad antal timmar – om sonen behöver det – även om det bara är för viss tid.

Vi har bedömt att någon ersättning för assistenternas omkostnader inte kan lämnas genom patientförsäkringen. Om sonen väljer att ha flera aktiviteter än vad som betalas genom det allmänna anser vi att lämnad ersättning för lyte och men samt olägenheter i övrigt kan tas i anspråk.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning och gjorde följande bedömning:

Särskilt stöd och service till funktionshindrade tillgodoses genom lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och lag (1993:389) om assistansersättning (LAS).

Brukaren kan välja hur assistansen ordnas t.ex. genom att själv vara arbetsgivare och anställa en eller flera assistenter eller anlita assistenter som kommunen, kooperativ, ett företag eller annan organisation är arbetsgivare för. Av underlagen i ärendet framgår att (sonens) personliga assistans bedrivs med Karlstads kommun som assistansanordnare.

Assistansersättning lämnas med ett schablonbelopp per timme oberoende av vilka kostnader för assistansen som den ersättningsberättigade faktiskt har haft. Riksförsäkringsverkets allmänna råd (RAR 2002:6) anger att schablonbeloppet bland annat är avsett att täcka omkostnader för assistenter vid gemensamma aktiviteter med den ersättningsberättigade såsom resor.

Den kostnad som yrkas i ärendet omfattas således av den rättighetslagstiftning för vilken det allmänna svarar och rätten till ersättning regleras i den lag-

stiftningen. Någon rätt till ytterligare ersättning genom patientförsäkringen föreligger inte.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 249/2007

2007:06

Olycksfallsskada. Ersättning. En patient har vid två tillfällen samma kväll med endast två timmars mellanrum klättrat över en sänggrind och andra gången brutit sin vänstra höftled.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 5 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en kvinna född 1917 som 2005-03-04 ådrog sig en högersidig lårbensfraktur efter olycksfall i hemmet (äldreboende). Patienten kom in till en ortopedisk klinik 2005-03-04 och opererades 2005-03-07. Patienten klättrade över sin sänggrind två gånger 2005-03-12 och föll omkull varvid hon andra gången ådrog sig en vänstersidig lårbensfraktur.

Patienten avled 2006-10-17.

PATIENTEN anmälde den vänstersidiga lårbensfrakturen som patientskada.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Patientskadeersättning lämnas för personskada på patient om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av olycksfall i samband med undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd eller under sjuktransport eller i samband med brand eller annan skada på vårdlokaler eller utrustning.

Vid olycksfallsskada är det inte fråga om huruvida det överhuvudtaget varit medicinskt motiverat att behandla patienten, inte om valet av behandlingsmetod stod i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och inte heller om behandlingen borde ha utförts med tillämpande av en annan teknik etc. Med en olycksfallsskada i samband med en behandlingssituation avses en skada som uppkommit till följd av en plötslig och oväntat inträffande incident, som inte ingår i behandlingens normala förlopp och som inte har sin grundorsak i patientens konstitution eller hälsotillstånd.

Olycksfallsskyddet i patientskadelagen är inriktat på sådana olycksfall som har samband med vårdverksamheten. Kravet på samband med vården innebär

inte att patienten måste vara i direkt kontakt med personalen när olycksfallet inträffar utan det räcker att han försätts i en situation som ger en förhöjd olycksfallsrisk. Ersättningsrätten kan sägas vara begränsad till de för vården speciella riskerna. Från försäkringsskyddet undantas de normala olycksfallsrisker som kan föreligga oberoende av vårdsituationen.

På vårdenheten gjordes bedömningen att patienten var i behov av sänggrindar för att undvika risk för fall från sängen. Patienten hade dessutom en höj- och sänkbar säng som nattetid sänktes till den lägsta nivån. Personalbemanningen bestod av ordinarie personal och var fulltalig. Någon avvikelse från rutiner har inte skett i detta fall. Behov av extra tillsyn/ständig övervakning bedömdes inte föreligga.

Vi anser att olycksfallet inte har inträffat i samband med en vårdåtgärd. Patientens hälsotillstånd var inte sådant att hon behövde särskild tillsyn/ständig övervakning. Patienten har således inte försatts i en situation som ger en förhöjd olycksfallsrisk. Det föreligger därmed inte rätt till patientskadeersättning enligt 6 § första stycket 5 patientskadelagen.

Ingenting tyder heller på att skadan vållats genom fel eller försummelse av vårdpersonal. Det föreligger därmed inte någon rätt till ersättning på skadeståndsrättslig grund.

PATIENTENS ANHÖRIGA förde ärendet vidare till Patientskadenämnden och motiverade sitt krav på i huvudsak följande sätt:

Patienten borde antingen ha fått en säng som hon inte kunde ta sig upp ur eller också borde det ha ordnats kontinuerlig övervakning av henne under vårdtiden på sjukhuset. Detta eftersom patienten var kraftigt dement och inte visste var hon befann sig eller varför hon var där. Hon var ofta på väg upp ur sängen för att göra sina behov eftersom hon p.g.a. medicineringen inte kände så mycket smärta. Hon förstod aldrig att hon inte fick stiga upp och än mindre att hon skulle ringa på en klocka för att få hjälp. Detta visste personalen eftersom hon varit inlagd en hel vecka när olycksfallet inträffade. Dessutom måste personalen ha förstått att hon skulle falla om hon försökte ställa sig upp med ett ben nyss brutet och kraftiga mediciner i kroppen. Man framhåller att skadan hade kunnat undvikas vid minsta eftertanke hos vårdpersonalen som rimligen borde ha varit vana vid dementa personer och som sett patientens beteende.

Det gjordes på vårdavdelningen en bedömning i efterhand där man efter olyckan nattetid placerade hennes säng ute i korridoren utanför sköterskeexpeditionen för att tillgodose vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Att göra dessa åtgärder i efterhand är ett erkännande av att olyckan kunnat förhindras.

En annan liknande bedömning, som gjordes i efterhand, var att läkare på sjukhuset gav personalen vid patientens äldreboende direktiv om övervakning dygnet runt för att patienten inte skulle resa sig upp ur sin rullstol. Kommunen anställde därför en person på heltid för denna övervakning. Med andra ord togs nu patientens problem på allvar och nonchalerades inte som under tiden mellan

det första och andra benbrottet. Åtgärderna borde ha gjorts omedelbart utifrån patientens förvirring, tydliga försök att sköta sig själv och motsvarande oförmåga att klara det.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ersättningsbar patientskada förelåg och gjorde följande bedömning:

Redan klockan 20.40 den 12 mars 2005 noterades i journalen att patienten hade klättrat över sänggrindarna och ramlat på golvet. Klockan 22.30 samma kväll noterades att patienten ånyo hade klivit över sänggrindarna och att hon låg på golvet med smärta från vänster ben vid höften. Senare röntgenundersökning kunde påvisa en vänstersidig lårbensfraktur.

Nämnden anser att man efter den första olyckshändelsen klockan 20.40 borde ha haft en bättre övervakning av patienten och att man i sådant fall med övervägande sannolikhet hade kunnat förhindra det olycksfall som inträffade nästan två timmar senare och som orsakade en lårbensfraktur.

Genom att man efter det första olycksfallet inte satte in en utökad övervakning av patienten försatte man henne i en situation som gav en förhöjd olycksfallsrisk. Olycksfallsskador som uppkommer under sådana omständigheter berättigar till ersättning enligt 6 § första stycket 5 patientskadelagen.

Rätt till patientskadeersättning med anledning av den vänstersidiga lårbensfrakturen föreligger således.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 880/2006

2007:07

Psykisk skada. På grund av förlossningsskada avled ett barn omkring ett år efter förlossningen. Modern har fått ersättning för psykiskt lidande i samband med barnets död med 25 000 kr men har inte ansetts ha rätt till ersättning för sitt psykiska lidande under den tid som barnet levde.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

8 § patientskadelagen (1996:799) och 5 kap. 2 § skadeståndslagen (1972:207)

Ärendet avser moderns psykiska lidande till följd av hennes sons hjärnskada, som inträffade i samband med förlossning 2002-08-18. I samband med förlossningen drabbades det ofödda barnet av syrebrist. Till följd av fördröjning att utföra kejsarsnitt tillfogades barnet en allvarlig hjärnskada. Barnet avled 2003-

09-19 vid drygt ett års ålder. Under sin livstid hade han en svår hjärnskada med kramper och stort omvårdnadsbehov.

Barnets hjärnskada är en ersättningsbar patientskada. Enligt skadeståndslagen har nära anhörig till en person som avlidit till följd av en skadeståndsgrundande handling rätt till skadestånd för egen personskada. Med anledning av dödsfallet har modern fått ersättning för sveda och värk med 25 000 kronor.

MODERN har nu begärt ytterligare ersättning för sveda och värk för psykiskt lidande under den tid som sonen levde och utvecklat sin standpunkt på följande sätt:

Barnet led svårt under sin korta levnad. Föräldrarna har bevitnat själva skadehändelsen och har själva lidit svårt under sonens levnad. De har bevitnat hur han under drygt ett års tid har svävat mellan liv och död för att slutligen stilla avlida i sömnen. Deras psykiska lidande torde vara en förutsebar och typisk följd av skadehändelsen. De gör därför gällande rätt till skälig ersättning för psykiskt lidande under ovan nämnd period. Beloppet kan skäligen uppskattas till 25 000 kronor vardera motsvarande akut sjuktid på ett år med annan vård än sjukhusvård i analogi med den praxis som har utvecklats avseende lidande efter dödsfall för nära anhörig.

Frågan om skadeståndsansvar inom vården regleras huvudsakligen av patientskadelagen. Ersättningen bestäms i enlighet med regleringen i skadeståndslagens femte kapitel. Ersättning ska utgå för bl.a. psykiskt lidande av övergående natur.

Skadestånd för personskada till följd av dödsfall som åsamkats närstående är numera föreskrivet i lag. I enlighet med gällande lagstiftning har föräldrarna fått ersättning för det lidande de åsamkats med anledning av sonens bortgång. I regeringens proposition 2000/2001:68 Ersättning för ideell skada, framhålls att i särskilda fall bör skadestånd kunna utgå även för psykiska besvär till följd av att en nära anhörig skadas. Ett mer särskilt fall än detta torde vara svårt att finna. I stället för den lycka som normalt är förknippad med en förlossning har föräldrarna åsamkats svår sorg. Det resonemang som lett fram till dagens lagstiftning där personskada presumeras för anhöriga har lika stor bäring på yrkad ersättning i ett fall som detta när föräldrarna varit närvarande när barnet har åsamkats mycket svåra skador och då de under lång tid och på nära håll bevitnat ett mycket svårt lidande.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Den åberopade lagregeln, 5 kap. 2 § första stycket 1 skadeståndslagen, tar endast sikte på de fall då någon *avlidit* till följd av en skadeståndsgrundande handling. Utanför bestämmelsens tillämpningsområde faller däremot fall där någon drabbas av psykiskt lidande till följd av att en nära anhörig blivit allvarligt skadad. Bestämmelsen är emellertid inte avsedd att läggas till grund för motsatslutet att en rätt till skadestånd för psykiska besvär alltid skulle saknas i sådana fall. Det finns exempel i praxis där ersättning för psykiska besvär beviljats den som bevitnat när en nära anhörig skadats allvarligt genom ett *våldsangrepp*.

Med beaktande av gällande lagstiftning och i avsaknad av vägledande domstolsavgöranden anser dock PSR att föräldrarna inte har någon rätt till ytterligare ersättning för sveda och värk, d.v.s. för tiden före dödsfallet.

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

För att ersättning för sveda och värk i form av psykiskt lidande skall betalas krävs normalt att skadan kan styrkas och att den är medicinskt påvisbar. När en personskada har lett till döden gäller enligt 5 kap. 2 § skadeståndslagen att ersättning skall betalas för personskada som till följd av dödsfallet åsamkats någon som stod den avlidne särskilt nära. Den närstående har således en egen rätt till ersättning för psykisk chock eller andra psykiska besvär han/hon har tillfogats genom dödsfallet. Det har ansetts att man i dessa fall inte behöver styrka de psykiska besvären genom läkarintyg eller liknande utredning. Det föreligger således en bevislättning i detta avseende. Det schablonbelopp som utgår i normalfallet är 25 000 kr.

PSR har, på grund av att MÖ:s barn vid förlossningen drabbades av syrebrist och drygt ett år senare avled, i enlighet med praxis lämnat ersättning på grund av dödsfallet för sveda och värk med 25 000 kr till henne. MÖ har emellertid yrkat ersättning även för det psykiska lidande hon drabbades av under den tid barnet var i livet.

Enligt förarbetena till den ovan nämnda bestämmelsen i skadeståndslagen (prop. 2000/01:68) är denna inte avsedd att tolkas motsatsvis på så sätt att rätt till ersättning inte finns i andra fall än vid dödsfall. Ersättning torde således kunna lämnas även i vissa andra situationer, t.ex. då en nära anhörig har skadats allvarligt. Enligt nämndens mening kan avsikten med detta motivuttalande dock inte ha varit att någon skall vara berättigad till ersättning enligt schablonen både till följd av att en nära anhörig skadas allvarligt och dessutom ytterligare en gång om skadan senare leder till döden.

Eftersom ersättning har lämnats för sveda och värk till följd av barnets dödsfall kan ersättning således inte lämnas även för tiden före dödsfallet.

Detta utesluter emellertid inte att den anhörige kan vara berättigad till ersättning med högre belopp på grund av att de psykiska besvären varit särskilt långvariga eller ovanligt omfattande i övrigt. Någon bevislättning föreligger då inte, utan särskild bevisning kan behövas i sådana fall.

Enligt nämndens mening har MÖ dock inte kunnat styrka att hon åsamkats psykiska besvär av större omfattning än normalfallet. Någon ytterligare ersättning kan därför inte lämnas.

2007:08

Diagnosskada. Ersättning. Försenad diagnos av hjärtinfarkt.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 3 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 67 årig kvinna med kranskärslssjukdom som 2001-06-19 insjuknade med akuta buksmärtor, kräkning, lös avföring och allmänpåverkan. Patienten avled 2001-07-08.

2001-06-21 sökte hon vårdcentral på akuttid. Undersökning av hjärta och lungor utföll utan anmärkning och buken var mjuk och oöm samt tarmljuken var ”naturliga”. Något mätvärde avseende blodtrycket finns inte noterat i journalen. Provtagning visade en avsevärd förhöjd snabbsänka (CRP), en avsevärd förhöjning av antalet vita blodkroppar, en lätt förhöjd koncentration av gallfärgämne i blodet samt en förhöjning av äggviteämnen ASAT och ALAT. Man bedömde att patienten hade en virusinfektion eller möjligen leverinflammation.

2001-06-26 hade patienten kontakt med vårdcentralen och det framgick då att hon hade sökt en jourcentral och fått diagnosen lunginflammation. Man bestämde att patienten skulle återkomma för förnyad blodprovstagning.

2001-06-28 var patienten åter på vårdcentralen varvid man utförde EKG-undersökning. Man ansåg att EKG inte visade några ”akuta förändringar såsom ST-sänkning eller höjning tydande på infarkt”. Patienten fick återvända hem med diagnosen gulsot.

2006-06-29 återkom patienten för att blodprover som tagits vid föregående besök skulle utvärderas. Man fann att patientens sänka hade stigit, att det förelåg förhöjda blodsockervärden samt en störning i blodets saltbalans. En remiss utfärdades till kärnsjukhus.

Vid ankomsten till kärnsjukhuset 2001-06-29 hade patienten lätt smärta i ryggen som tillsammans med EKG-bilden föranledde provtagning av hjärtskademarkörer. Hjärtskademarkörerna visade sig vara förhöjda. Kontakt togs med hjärtbakjouren som tyckte att man trots lätt ST-höjning skulle avvakta. Patienten hade ingen bröstsmärta men lätt smärta mellan skulderbladen. Hon svarade väl på nitroglycerin. Enligt kardiologen kunde det hela vara ett led i en generell infektion som perimyocardit (hjärtsäcks/hjärtmuskelinflammation). Patienten inlades och insattes på Triatec. Hon fortsatte att må lätt illa och var nedstämd, det förelåg dock ingen nytillkommen buk- eller bröstsmärta. På morgonen 2001-07-08 blev patienten plötsligt okontaktbar och dödsfall konstaterades kl. 08.00, akut hjärtinfarkt. Anhöriga meddelade att obduktion inte skulle utföras.

DÖDSBOET anmälde som patientskada att patienten avled till följd av fördröjd diagnos och behandling av hjärtinfarkt.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) har avböjt ersättning med följande motivering:

För rätt till patientskadeersättning krävs först och främst att det finns ett orsakssamband mellan skadan och vården. Det är inte tillräckligt att patientens skada eventuellt kan ha orsakats av en vårdåtgärd, utan denna orsak ska vara mer sannolik än någon annan tänkbar förklaring till skadan.

Patienten fick inte en korrekt medicinsk bedömning när hon sökte vårdcentralen 2001-06-21 och 2001-06-26 eftersom en hjärtinfarkt under utveckling missades. Sjukhusvård för hjärtinfarkt uteblev. Vid sjukhusintagning 2001-06-29 var denna hjärtinfarkt redan överstånden och patienten hade således överlevt densamma.

Det var uppenbart att patienten hade haft en akut diafragmal hjärtinfarkt, mest sannolikt redan den 19 juni 2001. Ett troponin-T-värde på 3,8 tio dygn efter infarkten kan mycket väl tala för en ny infarkt. Detta stärks ytterligare av att nästa värde var 4,0, alltså något högre. Dessutom hade patienten smärtor mellan skulderbladen som svarade väl på nitroglycerin. I detta läge borde patienten ha flyttats till hjärtintensivavdelningen för kontinuerlig EKG-övervakning med avseende på EKG-förändringar förenliga med myokardischemi. Ett troponin-T "svansvärde" efter hjärtinfarkten 2001-06-19 kan dock inte uteslutas eftersom tidsfönstret för troponin-T ligger mellan 3–9 timmar och 6–14 dygns efter smärtdebuten.

Vare sig patienten hade en ny hjärtinfarkt med angina pectoris eller en postinfarktangina (en form av instabil angina pectoris) var hon kandidat för kontinuerlig myokardischemiövervakning. En sådan EKG-övervakning hade med övervägande sannolikhet uppvisat perioder av myokardischemi. Till detta kommer EKG-fynd som vid tidigare genomgången hjärtinfarkt inom framväggen (patologisk R-progression) och ett patologiskt arbets-EKG redan i mars 2000 med "klara ischemiska förändringar på EKG som vid coronarinsufficiens".

Den sammantagna informationen borde, enligt gängse riktlinjer för instabil kranskärslssjukdom, ha medfört att man gjorde en kranskärslsröntgen med revaskularisering före hemgång.

Även om patienten överflyttats till kardiologavdelning vilket medfört en mer aktiv utredning, går det inte att med övervägande sannolikhet säga att utebliven överflyttning orsakat dödsfallet.

Sammanfattningsvis har vi bedömt att patienten avlidit till följd av hjärtsvikt med eller utan final malign kammararytmi. Bakomliggande orsak är en tidigare hjärtinfarkt och en kronisk ischemisk hjärtsjukdom. Det är inte övervägande sannolikt att patienten har orsakats någon skada genom undersökning, behandling eller annan dylik åtgärd. Ersättningskravet har därför avvisats.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ersättningsbar patientskada förelåg och gjorde följande bedömning:

Dödsboet har som patientskada anmält att patienten avled den 8 juli 2001 till följd av fördröjd diagnos och behandling av hjärtinfarkt.

Nämnden anser att patienten inte fick en korrekt diagnos och behandling av sin hjärtinfarkt i kontakterna med vårdcentralen fram till dess att remiss utfärdades den 29 juni 2001. Vidare är nämndens uppfattning att patienten inte omhändertogs på ett adekvat sätt vid medicinkliniken. Hon borde ha förts över till hjärtintensivavdelningen för kontinuerlig EKG-övervakning. Om så hade skett hade man kunnat konstatera att det förelåg ischemi (nedsatt blodcirkulation) i hjärtmuskulaturen. Den föreliggande sjukdomsbilden borde då tillsammans med patientens sjukhistoria ha lett fram till ett beslut om snar kranskärlsröntgen med revaskularisering (återställande av blodcirkulationen).

Med ett korrekt och därmed även mera skyndsamt samt aktivt omhändertagande vid vårdcentralen och medicinkliniken är det enligt nämndens bedömning övervägande sannolikt att grundsjukdomen hade fått ett annat förlopp och dödsfallet inte hade inträffat såsom skedde den 8 juli 2001. Det är möjligt att patienten ändå hade avlidit av den föreliggande hjärt- och kärlsjukdomen vid en senare tidpunkt. Att dödsfallet har tidigarelagts på grund av felaktig diagnostik och behandling innebär enligt nämndens mening rätt till patientskadeersättning enligt 6 § första stycket 3 patientskadelagen.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 65/2007

2007:09

Diagnosskada. Försenad diagnos av kompartmentsyndrom hos patient som varit inlagd på sjukhus har lett till amputation. Psykisk sjukdom, medvetlöshet och drogpåverkan hos patienten borde ha föranlett snabbar utredning. Patienten har ansetts berättigad till ersättning.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 och 3 patientskadelagen (1972:207)

Ärendet gäller en 49-årig man med psykiatrisk sjukdom (schizofreni) som 2005-06-22 kom in med ambulans till en akutmottagning, på grund av medvetlöshet orsakad av tablettförgiftning.

Patienten hittades 2005-06-22 medvetlös på golvet i sitt hem och fördes med ambulans till akutmottagningen. Medvetlösheten bedömdes bero på tablettförgiftning. Dessutom hade patienten en aspirationspneumoni (lunginflammation på grund av inandning, aspiration, av uppkräkt maginnehåll) samt trycksår på

höger sida av ansiktet, höger arm samt på höger och vänster ben. På grund av misstanke om djup ventrombos (blodpropp) i höger arm utfördes ultraljudsundersökning, som inte visade några hållpunkter för detta.

Vid undersökning 2005-06-30 noterades nedsatt styrka i höger hand och man misstänkte att patienten hade en radialisförlamning (funktionsbortfall i de muskler som får sina nervimpulser från radialisnerven, d.v.s. sträckmuskler inom bl.a. underarm och hand) som uppkommit sekundärt efter tryckskada mot radialisnerven på armen.

Natten till 2005-07-03 kallades läkare till avdelningen då patienten legat på madrass på golvet i "böneställning" under kvällen och hyperventilerat. Patienten ville inte visa ansiktet eller bli undersökt. Psykiatrisk konsult kontaktades och Stesolid ordinerades. Patienten svarade adekvat på frågor dock med viss svarslatens. Något uppenbart psykotiskt kunde man inte få fram och beslut fattades om att patienten skulle få ligga på golvet under natten och att förnyad psykiatrisk bedömning skulle göras påföljande morgon. Vid behov skulle jourhavande kontaktas.

Morgonen 2005-07-03 hade patienten legat på golvet under natten, framåtlutad med pannan i golvet i fosterliknande ställning. Patienten bedömdes som psykotisk och vårdintyg skrevs. På eftermiddagen försämrades patienten, hyperventilerade och blev medvetlös. Dessutom noterade man tillkomst av kraftig svullnad av höger underben. Ortopedläkare fann vid undersökning en kraftig svullnad och konsistensökning i benet dock inte "jättehårt". Någon smärteaktion vid palpation eller vid passiv rörelse i foten kunde man inte få fram. Perifer cirkulation bedömdes vara utan anmärkning. På misstanke om djup ventrombos och lungemboli (blodpropp i lungan) sattes behandling in. Njurfunktionen var försämrad och det fanns tecken på muskelnekros (lokal vävnadsdöd) med stigande myoglobinvärde (tecken på muskelskada).

Natten till 2005-07-04 utfördes tryckmätning som visade förhöjt tryck i främre och bakre muskellogerna i underbenet. Fasciotomi (klyvning av muskellogerna) utfördes som visade att patienten hade ett kompartmentsyndrom med utbredda muskelnekroser. Patienten genomgick därefter ett flertal sårrevisioner men på grund av de utbredda nekroserna och cirkulationssvikt utfördes 2005-07-27 en lårbensamputation.

PATIENTEN anmälde som patientskada att han på grund av felaktig behandling på medicinkliniken 2005-07-03 drabbats av kompartmentsyndrom (nedsatt blodcirkulation med skadlig effekt på nerver och muskulatur, orsakat av ökat tryck i benets muskelloger) i höger underben vilket gjorde att han fick genomgå lårbensamputation. Patienten anmälde också att han fått nervskador i sin högra hand som resulterat i att han inte kan räta ut sina fingrar.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

En grundläggande förutsättning för att en skada ska betraktas som en ersättningsgill patientskada enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen är att skadan med övervägande sannolikhet är orsakad av någon omständighet som direkt kan hänföras till undersökning, behandling, vård eller annan dylik åtgärd. Därmed undantas skador som uppkommer eller utvecklas oberoende av vården. Detta innebär att direkta följder av sjukdom eller skada som förelåg vid vårdtillfället eller som utvecklas oberoende av vården inte omfattas av rätten till ersättning. Bevisbördan för att detta orsakssamband finns i ett enskilt fall ligger hos patienten.

I 6 § första stycket 3 och andra stycket patientskadelagen regleras rätten till ersättning för så kallad diagnosskada. För att diagnostisering ska vara felaktig krävs att den avviker från allmänt vedertagen praxis. Denna anger en standard som anknyter till ett inom praktisk medicin utvecklat handlingsmönster vid utredning och tolkning av ett speciellt symtom. Om en läkare på grund av iakttagbara symtom ställer en diagnos som senare visar sig vara felaktig, blir en följdskada av detta inte i och för sig en skada som ska ersättas. Endast om en inom aktuellt specialistområde erfaren läkare borde ha dragit rätt slutsats av iakttagbara symtom kan ersättning bli aktuell.

Med stöd av vår medicinske rådgivare har vi bedömt att patienten har behandlats på ett riktigt sätt. Eftersom patienten både var psykiskt påverkad och kroppsligt sjuk var han svårbedömd och svårundersökt. Patienten svarade emellertid adekvat på frågor och han bedömdes inte vara uppenbart psykotisk. Patient-läkarrelationen måste grundas på ömsesidig tillit och respekt så att patienten ges möjlighet att fatta frivilliga och informerade beslut. Det är patientens rätt att få medverka i behandlingsarbetet. Patienten har enligt vår bedömning försetts med relevant information så att han kunnat fatta rationella beslut i enlighet med sina personliga värderingar och preferenser. Enligt vår bedömning har patientens kompartmentsyndrom i höger underben huvudsakligen uppkommit som en följd av besvärliga cirkulatoriska förhållanden och inte som en följd av felaktig behandling.

Det fanns även godtagbara skäl att till en början misstänka att bensvullnaden berodde på blodpropp. Vi anser sålunda att iakttagbara symtom har tolkats och behandlats på ett medicinskt riktigt sätt.

Patientens radialisförlamning har med övervägande sannolikhet inte orsakats av undersökning, vård, behandling eller felaktig diagnostisering utan den synes i stället vara betingad av den ursprungliga tryckskadan.

PATIENTEN förde ärendet vidare till Patientskadenämnden. Patienten framhöll att han är av med ett ben och begärde ersättning på grund av uppenbar felbehandling. Patienten frågar sig varför han blev sittande i samma ställning ("böneställning") i 15 timmar. I skadeanmälan skriver patienten att psykosen, som gav upphov till att han blev sittande så länge i samma position hade kunnat undvikas om vårdpersonalen hade läst hans journal och kopplat in psykteamet som då

hade givit honom neuroleptika (läkemedel som används vid behandling av psykoser).

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att patienten hade rätt till ersättning för kompartmentsyndromet och amputationen och gjorde följande bedömning:

Ärendet avser en kroniskt schizofren patient som insjuknat akut psykiatriskt med läkemedelsintoxikation och metabolisk påverkan, pneumoni efter aspiration samt tryckskador på arm och ben.

Nervskadan på armen

Nämnden delar PSR:s bedömning att denna skada uppkommit i samband med läkemedelsintoxikationen innan patienten fördes till sjukhus och att den inte är en ersättningsbar patientskada.

Kompartmentsyndrom i höger ben

Patienten hade redan vid inkomsten till sjukhuset den 22 maj 2005 tryckskador på höger underben. Muskulaturen i höger underben var därför extra sårbar, vilket medförde att kompartmentsyndromet lättare utvecklades, när patienten senare tilläts tillbringa 15 timmar i "böneställning". Diagnosen försenades på grund av att undersökande ortoped förlitade sig på kliniska undersökningsfynd utan tryckmätning. Vid medvetlöshet, drogpåverkan och psykisk sjukdom är det viktigt att göra tryckmätningar vid minsta misstanke på kompartmentsyndrom. De utbredda nekroser, som till slut ledde till amputation, bedöms ha orsakats framför allt av den primära tryckskadan och det kompartmentsyndrom som utvecklades under det långa "böneläget" den 2 och 3 juli samma år.

Av journalanteckningarna framgår att patienten på kvällen den 2 juli var klart psykotisk och vägrade medverka vid undersökning och behandling. Nämnden anser att om vårdintyg hade utfärdats, tryckmätningar genomförts och behandling inletts tidigare hade benet sannolikt kunnat räddas.

Nämnden anser därför att kompartmentsyndromet och följderna därav utgör en ersättningsbar patientskada.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 182/2007

2007:10

Olycksfallsskada. Ersättning. Frågan gällde huruvida olycksfall vid toalettbesök var vårdbetingat eller inte.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 5 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 67-årig man som genomgick vänstersidig höftplastikoperation 2005-11-28. I samband med toalettbesök 2005-11-30 svimmade patienten och ådrog sig en luxation av den nyligen opererade höften som reopererades samma dag. Patienten skrevs ut till hemmet 2005-12-07. Vid telefonsamtal 2005-12-29 hade patienten funderingar kring incidenten när höften luxerade på avdelningen och var fundersam kring de smärtor som han hade i sitt vänstra knä. Vid återbesök 2006-02-01 framförde patienten att hans besvär i vänster knä hade förvärrats. Röntgen av vänster knä visade begynnande knäledsartros. Av journalanteckning från 2006-03-16 framkommer att patienten haft mycket problem med smärta, värk och rörelseinskränkning från sitt vänstra knä efter det att han ramlade på avdelningen och luxerade höften. Patienten framförde att höften fungerade bra och att det största bekymret var knäet.

PATIENTEN anmälde som patientskada vänstersidig höftledsluxation (urledvridning av höftleden) och besvär från vänster knäled efter olycksfall på toaletten. Patienten uppgav också att det ibland tjuter i hans högra öra efter olycksfallet.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Inledningsvis vill vi nämna att den skriftliga medicinska dokumentationen ligger till grund för våra bedömningar. Vi utgår från att journaluppgifterna är korrekta och att alla uppgifter av vikt har noterats. Journalföringen faller utanför det område PSR har att tillämpa.

En förutsättning för att olycksfall skall ersättas enligt 6 § första stycket 5 patientskadelagen är att olycksfallet har samband med vården. Ersättningsrätten är därför begränsad till de för vården speciella riskerna. Från rätten till ersättning undantas de normala olycksfallsrisker som kan föreligga oberoende av vårdsituationen. Ersättning lämnas inte för olycksfall som inträffar i den dagliga vistelsen på sjukhuset då dessa olycksfall inte kan anses vårdbetingade.

För rätt till patientskadeersättning är det inte nödvändigt att patienten är i direkt kontakt med vårdpersonal utan det räcker att patienten försatts i en situation som ger en förhöjd olycksfallsrisk. Vid bedömningen om patienten försatts

i en situation som innebär en förhöjd olycksfallsrisk kan man inte utgå från att det alltid skall föreligga en maximal säkerhets- och övervakningsnivå, utan utgångspunkten måste vara att denna nivå skall vara rimlig.

Enligt vår bedömning har patienten i den aktuella vårdsituationen fått den övervakning som kan anses rimlig med hänsyn till omständigheterna. Vi anser inte att patienten, genom brist på åtgärder från sjukvårdens sida, försatts i en situation som medfört en förhöjd olycksfallsrisk.

I detta fall ramlade patienten i samband med ett toalettbesök 2005-11-30. Ett olycksfall som inträffar under sådana omständigheter kan enligt vår bedömning inte anses vara vårdbetingat. Ersättningsbar patientskada föreligger därför inte.

PATIENTEN förde ärendet vidare till Patientskadenämnden och hänvisade till tidigare inskickade skrivelser samt till de journaler som finns tillgängliga hos PSR. Journalerna innehåller många felaktigheter vad gäller händelseförloppet och det saknas även fakta, som dock finns i patientens skrivelser.

Om patienten går utan stöd i trappor eller vrider kroppen i sidled så händer det ganska ofta att det knäpper/hugger till i vänster höftled. Då det gäller knäet så har inga förbättringar skett. Knäet svullnar och värker så fort patienten gått en liten sträcka. När patienten opererade sin högra höft 1993-12-07 fick han varken problem i knäet eller i höften. Han tycker att det är besynnerligt att han inte fick bättre vård då han begärde hjälp tre gånger inom 16 sekunder och sköterskan fanns 1,5 meter från honom. Enligt överläkaren på avdelningen borde olyckan ha kunnat undvikas.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att patienten hade rätt till ersättning och gjorde följande bedömning:

Rätten till patientskadeersättning vid olycksfall enligt patientskadelagen tar sikte på sådana olycksfall som har samband med och är typiska för de speciella risker som finns i vårdverksamheten. Ersättning utgår därför inte när skadan är en följd av sådana normala olycksfallsrisker som kan föreligga oberoende av vårdsituationen. En patient som är i sådant skick att hon eller han klarar sig själv kan således i regel inte få ersättning för ett olycksfall som inträffar vid den vardagliga vistelsen på sjukhuset om patienten t.ex. snubblar på väg till dagrummet eller halkar på toaletten eftersom ett sådant olycksfall inte kan anses vårdbetingat.

När det, som i detta fall, är fråga om en ineliggande patient som inte själv kan ta sig till toaletten, måste han emellertid anses vara under vård i den mening som avses i lagen från det att han påbörjar sin vandring till toaletten med vårdpersonal som levande stöd till dess att han återkommer till sin säng på samma sätt som han lämnade den. Oavsett hur själva olycksfallet har gått till får skadan därmed i detta fall anses ha uppkommit i samband med en vårdåtgärd på det sätt

som avses i 6 § första stycket 5 patientskadelagen. Patienten är därför berättigad till patientskadeersättning för följderna av det aktuella olycksfallet.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 446/2007

2007:11

Tandskadeärende. Intubationsskada. Facitbedömning på utförande. Skadan ersatt.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 63-årig kvinna som behandlades operativt för en aterosklerotisk hjärtsjukdom med en aortokoronar by pass. Patienten intuberades inför det operativa ingreppet. Det operativa ingreppet utfördes 2006-02-06 på thoraxkirurgisk klinik vid ett universitetssjukhus. I det preoperativa underlaget har man dokumenterat att intuberingssvårighet kunde föreligga på grund av att patienten hade en liten mun. Enligt anestesijournalen var patienten också svårintuberad (grad III) på grund av insynssvårigheter/liten mun och en viss stelhet i halsryggen. I samband med intuberingen uppmärksammades att en lös bit tandsubstans fanns i munnen.

Patienten uppsökte sin ordinarie tandläkare 2006-03-01 akut till följd av lossnad tand/fyllning tand 45 samt att en bit fyllning lossnat i anslutning till stödtand 16 ingående i brokonstruktion 16 15 14 13. Det kunde konstateras att bron till viss del bara satt fast i stödtänderna 13 och 14. Ett behandlingsbehov förelåg med rotfyllning/pelare och kronterapi tand 45 samt att ny broterapi var nödvändig 16 15 14 13 inklusive rotbehandling/pelare tand 14 och tand 16.

Vid tidigare besök 2005-04-04 hos tandläkaren, d.v.s. före intuberingstillfället, påtalades ett behandlingsbehov av brokonstruktionen i höger överkäke till följd av underminering. Omgivande stödtänder var lappade och lagade.

PATIENTEN anmälde som patientskada ett intubationstrauma som bestod i fraktur tand 45 (höger sida i underkäken) samt lossnad brokonstruktion 13 14 15 16 (höger sida i överkäken) i samband med intuberingen 2006-02-06.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Behandlingen har varit medicinskt motiverad och är utförd enligt vedertagen metod och på ett korrekt sätt. Trots detta har en komplikation uppstått i form av tandskada i form av lösgjord brokonstruktion i överkäken samt fraktur omfattande fyllning på tand 45 i underkäken. En tandbit återfanns i munnen i samband med intuberingen. Sannolikt har en del av fyllning lossnat i den lappade överkäksbron till följd av de intuberingssvårigheter som förelåg. Intuberingssvårighet bestäms utifrån en skala från grad I till och med grad IV där grad I motsvarar en lätt intubering och grad IV motsvarar en mycket svår intubering. Intuberingen som utfördes motsvarade grad III, vilket innebär att en klart försämrad insyn till struphuvudet förelåg.

Enligt vår samlade bedömning har med övervägande sannolikhet den omfattande fyllningen i/på tand 45 samt det faktum att bron lösgjorts från underminerade stödtänder, uppkommit i samband med uppvaknandefasen efter behandlingen och inte i samband med själva intuberingen. Detta har dock inte kunnat förutses eller undvikas med hänsyn tagen till gällande biologiska förutsättningar. Vidare anser vi att ett tandskydd inte hade kunnat minska risken för tandskada i detta fall. Att ta bort en brokonstruktion som i detta fall var definitivcementerad sedan många år, är inte ett behandlingsalternativ före intuberingen/operativa ingreppet. Rätt till ersättning har avböjts till följd av oundviklig komplikation till en i övrigt medicinskt motiverad åtgärd/ingrepp.

PATIENTEN förde ärendet vidare till Patientskadenämnden och ansåg att rätt till ersättning för uppkomna tandvårdskostnader skulle lämnas. Hon är själv inte orsak till tandskadorna utan detta ansvar tillfaller vårdgivaren. Patienten anser att man skulle ha kunnat ta bort brokonstruktionen före intuberingen för att undvika tandskada/minimera risk för tandskada.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att patienten hade rätt till ersättning och gjorde följande bedömning:

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

Frågan är då om skadan kunnat undvikas genom ett annat tillgängligt förfarande, d.v.s. med en alternativ behandlingsmetod. För rätt till ersättning krävs dock att den alternativa behandlingsmetoden dels skulle ha tillgodosett patientens vårdbehov dels skulle ha inneburit en totalt sett lägre risknivå samt vidare att den var tillgänglig vid behandlingstillfället.

Enligt nämndens mening hade skadan kunnat undvikas om intuberingen i stället utförts med fiberskop. Metoden är generellt sett mindre riskfylld och var också tillgänglig vid operationen som utfördes på thoraxkirurgisk klinik. Patientens vårdbehov hade således tillgodosetts på ett mindre riskfyllt sätt med användande av fiberskopi. Nämnden anser därmed att det föreligger en ersättningsbar skada. Det ankommer på PSR att ta ställning till viken ersättning som kan lämnas.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 471/2007

2007:12

Betydelsen av resursbrist? Liggsår hos patient har lett till amputation av ett underben. Om patienten tidigare remitterats akut till kirurgklinik hade patientens lidande i viss omfattning kunnat undvikas. Ersättning.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

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

Ärendet gäller en 93-årig kvinna, som var intagen på ett hem för demensboende. Den 11 mars 2005 upptäckte personalen ett trycksår i form av en vätskefylld blåsa på hennes högra häl. Trycksåret behandlades med duodeplattor och avlastning men såret försämrades. Den 1 april 2005 antecknades svart nekros på höger häl. Den 14 april informerades en läkare om skadan. Sårödling skedde och Flagyl sattes in. Den 27 april skickade man remiss till en kirurgmottagning, som vidarebefordrade remissen till ett annat sjukhus. Detta sjukhus tog emot patienten den 24 maj. Foten röntgades och undersöktes av en specialist i kirurgi. Denne misstänkte beninfektion och patienten skickades vidare till ortopederna på ett universitetssjukhus, där högra underbenet amputerades den 29 maj 2005.

PATIENTEN har, genom en dotter, som patientskada anmält bristande behandling av såret på höger häl, vilket lett till smärta och att höger underben behövt amputeras.

Försäkringsgivare i detta ärende är **TRYGG-HANSA**. Trygg-Hansa avböjde ersättning med följande motivering:

Vi anser att behandlingen på vårdhemmet har utförts på ett korrekt sätt och varit medicinskt motiverad. Patienten har inte tillförts någon personskada ge-

nom behandlingen. Någon fördröjning av diagnosticeringen föreligger inte. De uppkomna symptomen har tolkats på ett vedertaget sätt och korrekt behandling har satts in. Den tid det tagit för patienten att komma till en ortoped beror på föreliggande vårdköer och är i och för sig inte en grund för att anse att en fördröjd behandling föreligger enligt patientskadelagens regler. Oavsett detta är det inte med övervägande sannolikhet visat att amputationen kunnat undvikas även om patienten tidigare kommit under bedömning av kirurg. Den troligaste orsaken till amputationen är patientens grundsjukdom som medfört en otillräcklig blodcirkulation för sårets läkning.

PATIENTENS DOTTER förde ärendet vidare till Patientskadenämnden med motivering att vården tagit onödigt lång tid på sig och att detta lett till svårt lidande för patienten.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att patienten hade rätt till viss ersättning och gjorde följande bedömning:

Enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen lämnas ersättning för personskada på patient om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd, under förutsättning att skadan hade kunnat undvikas genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat förfarande som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

Trygg-Hansa har anfört att den tid som patienten fick vänta på specialistbedömning samt den därpå följande underbensamputationen berodde på föreliggande vårdköer och att detta inte i sig medför rätt till patientskadeersättning.

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

Nämnden anser att patienten borde ha remitterats akut till kirurgklinik 2005-04-26 för ett omgående omhändertagande. Detta hade varit möjligt att ordna vid något av de större sjukhusen i Stockholmsområdet. Ett tidigare omhändertagande hade dock inte medfört en annan behandling eller i övrigt ändrat prognosen för sjukdomsförloppet. Man hade sannolikt ändå blivit tvungen att utföra en underbensamputation. Om operationen hade utförts ca en månad tidigare än vad som nu blev fallet, hade patienten dock sluppit de svåra ischemiska smärtor som hon hade under fördröjningsperioden. Detta utgör en ersättningsbar patientskada. Det ankommer på Trygg-Hansa att ta ställning till vilken ersättning som kan lämnas.

2008:01

Facitbedömning vid förlossningsskada. Vid en sammanvägd bedömning har nämnden i detta fall ansett att det varit mindre riskfyllt att avsluta förlossningen med ett kejsarsnitt än att fortsätta med sugklockedragning. Därigenom hade man undvikit skulderdystocin och skadorna på barnet. Barnet har ansetts berättigat till ersättning.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

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

Ärendet gäller en pojke som förlöstes på sjukhus den 3 april 1999. Modern, som var 44 år gammal och förstföderska, kom in till förlossningsavdelningen den 2 april 1999 p.g.a. värkar i graviditetsvecka 38+6. Hon hade då kontaktat eller undersökts på förlossningsavdelningen sex gånger p.g.a. sammandragningar och misstänkt vattenavgång. Under flera veckor innan förlossningen hade moderns allmäntillstånd varit påverkat av influensa. Efter ett dygns vistelse på förlossningsavdelningen igångsattes förlossningen genom att man tog håll på fosterhinnorna med avgång av klart fostervatten. Åtgärden vidtogs i värkstimulerande syfte.

Efter 9 timmars värkarbete beslutade man att avsluta förlossningen med sugklocka dels p.g.a. värksvaghet och uttröttad moder, dels p.g.a. förändringar i CTG-mönstret (fosterövervakningsmetod). Efter att sugklockan släppt vid två dragningar avstod man från ytterligare försök med sugklocka och modern fick krysta och med hjälp av yttre press framfördes huvudet. P.g.a. skulderdystoci (barnets främre axelparti blir inklämt bakom blygdbenet) blev det svårigheter att framföda barnet. Man tillkallade därför förlossningsbakjour och ytterligare barnmorska. Axellösningen tog fyra minuter och barnet fick då en nyckelbensfraktur. Totalt tog det 42 minuter från det att beslut om sugklocka togs till det att barnet föddes. Barnet var efter födseln synnerligen påverkat och vårdades i respirator några dagar. Han hade inledningsvis misstänkta kramper och leverpåverkan som tolkades vara utlöst av syrebrist. Man diagnostiserade också en liten blödning i hjärnan.

POJKENS MODER har som patientskada anmält att sonen drabbades av en hjärnskada, som medfört en lättare CP-skada, till följd av syrebrist och en liten hjärnblödning i samband med förlossningen. Hon framhåller att själva förlossningen inte är orsak till den uppkomna skadan utan de händelser som föregick förlossningen. När personalen skulle påbörja förlossningen stod de inför ett fullbordat faktum; en mycket trött och slutkörd blivande mamma som inte orkade krysta p.g.a. ren utmattning. Med tanke på hur hon mådde inför förlossningen borde ansvariga inom mödravården och på förlossningsavdelningen tagit sig an

henne på ett annorlunda sätt. De har inte agerat som de borde. Trots otaliga telefonsamtal och flera besök har de inte reagerat och agerat. Personalen har känt till att hon hade haft en 4 veckors långdragen luftvägsinfektion med svår hosta, särskilt på nätterna, vilket medfört att hon hade sovit mycket dåligt och tagit antibiotika. Hon blev i stället avvisad ett flertal gånger, dels per telefon och dels vid besök. Man har felbedömt hennes förmåga att orka med en vaginal förlossning. Med hänsyn till hennes fysiska kondition och till att hon var en 44-årig förstföderska borde man ha gjort en ny värdering av tidigare ställningstaganden och förordat kejsarsnitt.

I ärendet har yttranden inhämtats från docenten Margareta Wennergren vid två tillfällen och slutligen från professorn Ove Axelsson.

Margareta Wennergrens uppfattning har varit att förlossningssituationen handlades korrekt och att det aldrig förelåg någon medicinsk indikation för kejsarsnitt. Dessutom har hon ansett att det inte fanns någon möjlighet att före förlossningen förutsäga den akuta komplikationen i form av skulderdystoci. Ove Axelsson har i sitt yttrande angett som sin ståndpunkt att ett akut kejsarsnitt mycket väl motiveras som ett alternativ till att fortsätta sugklockeförlossningen och att förekomsten av fosterljudspåverkan inte talar mot kejsarsnitt som ett alternativt förlossningsförfarande. Han har vidare angett att ett akut kejsarsnitt i detta läge av förlossningen med övervägande sannolikhet skulle ha lett till att CP-skadan hade kunnat undvikas, men att ett akut kejsarsnitt så sent i förlossningsförloppet innebär ökad risk för maternella komplikationer (skador på modern) i form av infektioner och blödningar.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning och höll fast vid sin ståndpunkt även sedan det tagit del av de tre kompletterande sakkun-nigutlåtandena. PSR:s slutliga yttrande innehöll följande motivering:

Med ledning av den samlade utredningen i ärendet anser vi att det är övervägande sannolikt att hjärnblödningen och CP-skadan har uppstått i samband med det fortsatta förlossningsförloppet efter första klockdragningen och att det är mindre sannolikt att barnet hade drabbats av hjärnblödning och CP-skada om förlossningen hade avslutats med akut kejsarsnitt.

Vi bedömer dock att alternativet akut kejsarsnitt i ett så sent skede av förlossningsförloppet inte hade varit mindre riskfyllt för mor och barn sammantaget än att avsluta förlossningen på sätt som skedde. Såväl infektionsrisk som blödningar ökar risken för modern. Härtill kommer att moderns luftvägsbesvär kan ha försvårat en akut narkos och därför varit en tillkommande hälsorisk för henne. Att skulderdystoci tillstötte och därför medförde att förlossningen drog ut på tiden med hjärnblödning och en mindre CP-skada som följd är inte en sådan omständighet som kan beaktas vid tillämpning av facitresonemanget. Under sådana förhållanden är det inte en patientskada i patientskadelagens mening.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att patienten hade rätt till ersättning och gjorde följande bedömning:

Den anmälda hjärnskadan har enligt nämndens mening med övervägande sannolikhet uppkommit under förlossningsförloppet efter det att sugklockeförandet inletts och när svårigheterna tillkom att förlösa barnet vid den uppkomna skulderdystoci. Totalt tog det 42 minuter från det att beslutet om sugklocka togs till dess att barnet föddes.

Nämnden delar PSR:s bedömning att graviditeten, med det val av förlossningsmetod som inledningsvis gjordes, handlades på ett medicinskt vedertaget sätt samt att det från början inte fanns någon indikation för ett planerat kejsarsnitt. Ett kejsarsnitt utgör enligt nämndens uppfattning en generellt sett mer riskfylld förlossningsmetod än en vaginal förlossning.

Vidare anser nämnden att det var i enlighet med rådande handlingsnormer att göra ett försök att förlösa barnet med sugklocka vid den uppkomna sekundära värksvagheten; modern var uttröttad efter nio timmars värkarbete och därtill fanns en viss påverkan på fosterljuden.

Med tillämpning av 6 § första stycket 1 patientskadelagen anser dock nämnden att det enligt en bedömning i efterhand hade varit en totalt sett mindre riskfylld förlossningsmetod att efter det första klocksläppet övergå till kejsarsnitt, som vid den aktuella tidpunkten mycket väl utgjorde ett alternativ till fortsatt sugklockeförlossning.

Enligt nämndens bedömning utgjorde inte moderns tidigare genomgångna luftvägsinfektion, som vid tidpunkten för förlossningen hade behandlats med antibiotika och var utläkt, något hinder för ett kejsarsnitt. Om man med anledning av sviter efter luftvägsinfektionen hade betänkligheter mot fullnarkos hade spinalbedövning varit ett alternativ. En spinalbedövning kan vara lagd och effektivt verksam på några minuter.

Efter den genomgångna förlossningen vet man att det rörde sig om ett relativt stort barn. Med hänsyn till de tröga sugklocketraktionerna och klocksläppen samt de fortsatta svårigheterna att förlösa barnet drar nämnden slutsatsen att det förelåg en relativ bäckenträngsel, ett missförhållande mellan moderns bäcken och barnets storlek. Till detta ska läggas kunskapen om att ett instrumentellt ingrepp med halvhög sugklocka alltid är förenat med uppenbara risker för barnet liksom för modern när det tillämpas vid en sekundär värksvaghet i kombination med ett relativt stort barn. Att mamman var en förstföderska som snart skulle fylla 44 år innebär också det en riskförhöjning för komplikationer vid en fortsatt instrumentell förlossning under värksvaghet.

Riskstegringen för blödningar och infektioner hos modern vid kejsarsnitt i ett sent skede av förlossningen betraktar nämnden som förhållandevis ringa, särskilt vid en jämförelse med de risker för skador på modern som finns vid en instrumentell förlossning med halvhög sugklocka under besvärliga förhållanden. Vidare ser nämnden än mer allvarligt på riskerna för de skador, som i detta

fall, en fortsatt instrumentell förlossning i den uppkomna situationen utgör för barnet.

Sammanfattningsvis finner nämnden vid den sammanvägda riskbedömningen att val av kejsarsnitt i stället för fortsatt sugklockeförlossning efter det första klocksläppet hade varit en tillgänglig och totalt sett mindre riskfylld metod i det förevarande fallet. Enligt nämndens bedömning hade den anmälda patientskadan och nyckelbensfrakturen undvikits om man efter det första klocksläppet hade konverterat till kejsarsnitt. Därmed föreligger rätt till patientskadeersättning för de uppkomna personskadorna enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 508/2005

2008:02

Fråga om nämndens behörighet. Tandskada. Skadan är inte ersättningsbar enligt patientskadelagen. Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) har emellertid betalat ut ersättning enligt ett särskilt åtagande om ersättning för nervskador. Patienten har begärt nämndens prövning av ersättningens storlek. Nämnden har ansett sig sakna behörighet att pröva frågan om patientens eventuella rätt till ersättning som grundar sig på ett särskilt åtagande från LÖF.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

8 och 17 §§ patientskadelagen (1996:799)

Patienten har anmält att en nervskada uppstod efter extraktion den 16 maj 2003 av tanden 38 i vänster underkäke. Det förelåg indikation för extraktion av tanden och operationen utfördes på riktigt sätt och med riktig preoperativ planering. Den nervskada som uppstod är en ej undvikbar komplikation och medför alltså inte rätt till ersättning enligt patientskadelagen.

Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolags (LÖF:s) patientförsäkring gäller dock med en utvidgning i förhållande till vad patientskadelagen föreskriver när det gäller nervskador som inträffat från och med den 1 januari 2003 varför personskaderegleringsbolaget (PSR) har ansett att rätt till ersättning föreligger för den uppkomna nervskadan och har beslutat att patienten skall få ersättning för sveda och värk samt lyte och men/olägenheter med sammanlagt 32 000 kronor.

PATIENTEN var inte nöjd med ersättningens storlek utan förde ärendet vidare till nämnden med begäran om högre ersättning.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg sig inte behörig att pröva frågan och gjorde följande bedömning:

PSR har gjort bedömningen att nervskadan inte berättigar till patientskadeersättning enligt patientskadelagen. Nämnden delar denna bedömning och anser på de skäl bolaget anfört att det inte föreligger någon ersättningsbar patientskada enligt denna lag.

PSR har emellertid betalat ersättning för nervskadan i enlighet med ett utvidgat försäkringsåtagande från LÖF. Patienten har inte godtagit PSR:s bedömning av ersättningens storlek och har begärt att nämnden ska pröva denna.

Enligt 17 § patientskadelagen (1996:799) skall Patientskadenämnden på begäran av patient eller annan skadelidande, vårdgivare, försäkringsgivare eller domstol yttra sig över ersättningsfall. I arbetsordningen för Patientskadenämnden anges att nämnden skall avge rådgivande yttranden i ärenden om ersättning enligt patientskadelagen eller enligt de tidigare gällande ersättningsbestämmelserna för patientförsäkringen. Det ingår således inte i nämndens uppdrag att yttra sig över bedömningar som grundar sig på åtaganden av annat slag, exempelvis det i detta fall aktuella utvidgade åtagandet från LÖF.

Nämnden kan därför inte pröva och yttra sig över de beslut som fattats i ärendet av PSR med stöd av det utvidgade åtagandet från LÖF.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 190/2007

2008:03

Begreppet hälso- och sjukvård. Omfattas vätsketillförsel och kontroll av en patients vätskeintag av begreppet hälso- och sjukvård? Frågan har besvarats jakande.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

5 § samt 6 § första stycket 1, 5 och 6 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 87-årig man med omfattande sjukhistoria samt behov av växelvård. Den 19 oktober 2005 läggs han in på ett korttidsboende. Där var han orolig och förvirrad och ramlade vid flera tillfällen. Han försämrades och skickades den 25 oktober till universitetssjukhus, där han trots stora diagnos- och behandlingsinsatser avled den 12 november 2005.

PATIENTENS ANHÖRIGA har som patientskada anmält att patienten fått njursvikt till följd av bristande vätsketillförsel vid korttidsboendet, där man dessutom haft bristande rutiner och ordinerat medicin mot anhörigas önskan. Detta har lett till patientens bortgång.

Försäkringsgivare i detta ärende är **TRYGG-HANSA**. Trygg-Hansa avböjde ersättning med följande motivering:

Bolaget anser att den medicinering som skett vid korttidsboendet har ordinerats på korrekt indikation och att valet av medicin och dosering varit adekvat. Medicineringen har med övervägande sannolikhet inte orsakat patientens bortgång.

Bolaget har också utrett om det funnits något samband mellan patientens bortgång och uppkomna fallskador samt bristande vätsketillförsel. Vad angår fallskadorna anser bolaget att, om fallolyckorna anses som olycksfall vid vård och behandling, så har de med övervägande sannolikhet inte orsakat patientens bortgång.

Vad gäller vätsketillförseln anser bolaget att detta i första hand är allmän omsorg och inte vård och behandling. Detta bör provas av korttidsboendets ansvarsförsäkring. Om vätsketillförseln bedöms som vård och behandling har den dock med övervägande sannolikhet inte orsakat patientens bortgång. Alltså föreligger ingen ersättningsbar patientskada.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade Trygg-Hansa:s uppfattning att ersättningsbar patientskada inte förelåg men ansåg att vätsketillförsel omfattas av begreppet hälso- och sjukvård och gjorde följande bedömning:

Inledningsvis konstaterar nämnden att det av utredningen framgår att Socialstyrelsen med anledning av en anmälan enligt Lex Maria, avseende vården av den aktuella patienten, uppmärksammat att det funnits strukturella problem samt brister beträffande rutiner i vården och behandlingen av växelvårdspatienter vid korttidsboendet. Att det funnits brister i vården och behandlingen innebär emellertid inte i sig att det föreligger rätt till patientskadeersättning. För rätt till sådan ersättning krävs det i detta fall att det är övervägande sannolikt att patientens död har orsakats av någon vårdåtgärd eller av ett felaktigt förordnande eller utlämnande av läkemedel.

Patienten, som vid sin död var 87 år gammal, var svårt drabbad av flera allvarliga kroniska sjukdomar med uttalade funktionsbortfall när han den 19 oktober 2005 lades in på korttidsboende för växelvård.

Nämnden delar Trygg-Hansas bedömning att den medicinering som skedde under patientens vistelse på korttidsboendet ordinerades på korrekt indikation och att någon anmärkning inte kan riktas mot valet av mediciner eller mot doseringen av dessa. Nämnden delar även bolagets bedömning att det inte finns något orsakssamband mellan medicineringen och patientens död eller mellan de

fallskadorna som drabbade patienten under vistelsen på korttidsboendet och dödsfallet.

När det gäller vätsketillförseln och kontrollen av patientens vätskeintag under vistelsen på korttidsboendet är detta åtgärder som – till skillnad från vad försäkringsbolaget hävdar – är att anse som hälso- och sjukvård i patientskadelagens mening. Brister i denna hantering omfattas därför av patientskadelagens bestämmelser. Som ovan angetts krävs dock för rätt till ersättning att det är övervägande sannolikt att patientens död har orsakats av dessa brister. Nämnden, som anmärker att den huvudsakliga dödsorsaken var pneumoni, delar här professor Jan Bolinders bedömning i yttrande den 10 september 2006 att det inte finns något otvetydigt samband mellan patientens vätsketillförsel och hans bortgång. Dödsfallet har således inte med övervägande sannolikhet orsakats av otillräcklig vätsketillförsel.

Det föreligger därmed inte någon ersättningsbar patientskada enligt 6 § första stycket 1, 5 eller 6 patientskadelagen.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 640/2007

2008:04

Begreppet hälso- och sjukvård i Sverige. Omfattas olyckshändelse på en spansk flygplats i samband med flygresan till rehabiliteringsklinik på Teneriffa av begreppet hälso- och sjukvård i Sverige? Frågan har besvarats nekande.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

3 § samt 6 § första stycket 5 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 55-årig kvinna med kvarstående vänstersidig pares efter insjuknande i stroke 1997. Patienten hade beviljats en av landstinget bekostad rehabiliteringsperiod på kliniken Vintersol på Teneriffa. Flygresan var arrangerad av Stiftelsen Humlegården och man hade anlitat flygbolaget Iberia. I samband med mellanlandning i Madrid uppstod en situation där patienten med hjälp av flygpersonal förflyttades till en transporttrullstol. Vid förflyttningen skadades hennes vänstra fot.

PATIENTEN anmälde som patientskada onödigt lidande och bestående men till följd av skador i vänster fot som uppstod i samband med flygresan. Patienten anser att det är självklart att patientförsäkringen ska träda in eftersom hon ska-

dades i samband med en av landstinget bekostad rehabiliteringsvistelse. Hon framför också skarp kritik mot flygpersonalen som utsatte både henne och andra medresenärer för kränkande behandling.

PATIENTSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Patientskadelagen anger vilka situationer som kan ge rätt till ersättning vad gäller skador som uppträder i samband med vård och/eller behandling.

Enligt vår bedömning omfattas de anmälda skadorna inte av patientskadelagen. Patientförsäkringen gäller bara för sådana skador som har orsakats i samband med undersökning, behandling eller annan liknande åtgärd som har med vården att göra. Försäkringsskyddet omfattar inte de normala olycksfallsrisker som kan föreligga oberoende av vårdsituationen. Enligt patientskadelagen kan ersättning vara aktuell vid olycksfall som har inträffat under sjuktransport och med detta avses ambulanstransport eller liknande och sådan transport kan inte anses föreligga i detta fall.

Med anledning av patientens uppgifter om brister i bemötande, service och allmänt omhändertagande under flygresan, vill vi framhålla att patientskadelagen inte omfattar sådana ansvarsfrågor.

Vi har sammanfattningsvis bedömt att det inte föreligger någon patientskada i patientskadelagens mening och ersättning har därför avböjts.

PATIENTSKADENÄMNDEN, som noterade att PSR inte syntes ha prövat den anmälda skadan enligt LÖF:s behandlingsskadeförsäkring vid utlandsvård, delade PSR:s uppfattning att ersättningsbar patientskada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

I 3 § patientskadelagen anges att lagen endast gäller skador som uppkommit i samband med hälso- och sjukvård i Sverige.

Den anmälda händelsen inträffade vid mellanlandning på en utrikes belägen flygplats, i samband med att patienten transporterades i en så kallad transporttrullstol. Eftersom den uppkomna skadan således inte inträffade i Sverige föreligger inte någon rätt till ersättning enligt patientskadelagen.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 838/2007

2008:05

Kan en av sjukvården borttappad tand berättiga till ersättning för personskada?

TILLÄMPLIGT LAGRUM

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

Ärendet gäller en 47-årig kvinna med epilepsi (EP) som i samband med att hon fallit ihop på sin arbetsplats slagit ut tand 21. Detta skedde den 15 februari 2006. Hon fördes till kirurgakuten då hon hade mycket blod i ansiktet och i bakhuvudet. Det noterades också att hon hade en lös tand. Hon behandlades med läkemedel och vaknade successivt upp. Hon hade normala rörelser i armar och ben men hade svårt att tala på grund av sår på läpparna, i gommen och omkring tänderna. Sår observerades även i näsregionen och pannregionen samt ett ”brillenhematom” runt vänster öga. Patientens pupiller reagerade först trögt på ljus men förbättrades successivt, vilket även Babinskis tecken (vid retning av fotsulan böjer stortån uppåt i stället för nedåt vilket är det normala) gjorde när patienten vaknade upp. Hon remitterades efter preliminär bedömning för CT-hjärna som var invändningsfri. Hon hade i övrigt inte några andra neurologiska symptom men en näsfraktur konstaterades. Patienten lades in för observation och ordinerades kontroll av puls, blodtryck och vakenhetsgrad. Remiss skrevs till ÖNH och käkkirurgiska kliniken. Den 16 februari besökte patienten käkkirurgiska kliniken och av journalanteckning framgår att flera tänder skadats och att tanden 21 var utslagen. Någon käkfraktur kunde inte ses på röntgen. Patienten uppmanades att söka sin ordinarie tandläkare sedan hon kommit hem för att åtgärda sina tänder. I journalanteckning från den 17 februari 2006 anges att patientens utslagna tand 21 slarvats bort av sjukvården. Patienten skrevs ut den 21 februari 2006.

PATIENTEN har som patientskada anmält att den utslagna tand 21 som hon intakt förde med sig till akutmottagningen slarvades bort av personalen. Hon önskar Patientskadenämndens yttrande i ärendet och anför i huvudsak att tanden, om den inte tappats bort, skulle ha kunnat replanteras utan svårigheter. Hon önskar ersättning för behandling hos tandläkare med inplantat samt ersättning för sveda och verk.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Patienten har fallit ihop på sin arbetsplats och förts till kirurgakuten då hon haft mycket blod i ansiktet och bakhuvudet. Hon bedömdes ha drabbats av ett EP-anfall och behandlades med läkemedel och vaknade successivt upp. CT-

hjärna beställdes. Denna var invändningsfri men en näsfraktur konstateras. En utslagen tand måste, om prognosen ska vara god, reinplanteras inom en halv timme. Efter en och en halv till två timmar är prognosen mycket dålig. Patientens tillstånd krävde med nödvändighet andra undersökningar och behandlingar än att reinplantera den utslagna framtanden under de närmast följande timmarna efter ankomsten till akutmottagningen. Således är det inte sannolikt att den utslagna tanden framgångsrikt hade kunnat reinplanteras även om den inte hade förkommit. Patientens förlust av den utslagna tanden har inte något samband med en vårdåtgärd och utgör inte heller en personskada i patientskadelagens mening. Någon rätt till patientskadeersättning föreligger inte.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att ersättningsbar patientskada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

Patienten har som patientskada anmält att den utslagna tand 21 som hon intakt förde med sig till akutmottagningen slarvades bort av vårdpersonalen.

Enligt handlingarna i ärendet inkom patienten till akutmottagningen efter att ha drabbats av ett epilepsianfall som även hade lett till att hon slagit ut en tand. Tandens omhändertogs av vårdpersonalen men tappades bort under vårdförloppet.

Nämnden konstaterar att förlusten av en tand, som det skulle ha varit möjligt att återplacera, i och för sig kan utgöra en patientskada. För att ha en god prognos för inläkning av en lossnad tand krävs dock att tanden sätts tillbaka inom de närmaste timmarna efter traumat. I det aktuella fallet var patientens tillstånd så allvarligt att det var nödvändigt och riktigt att i första hand inrikta vården på behandlingen av det epileptiska sjukdomstillståndet. Det hade därför enligt nämndens mening, även om tanden hade tagits tillvara, inte funnits någon möjlighet att utföra en återinsättning av tanden inom den tid som krävdes för att den skulle kunna räddas. Under sådana förhållanden utgör förlusten av tanden inte en sådan personskada som kan föranleda rätt till ersättning enligt 6 § första stycket 1 och 3 patientskadelagen.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 805/2007

2008:06

Ersättningstvist. Fråga huruvida arbetsförmåga med åtföljande inkomstförlust var en följd av godkänd patientskada efter felaktig diagnos av halsryggsdiskbråck. Frågan har besvarats nekande.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

8 § patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en man, född år 1960, som hade en genomgången opticusneurit (synnervsinflammation) i höger öga 1988. Under 1990-talet fick han tilltagande problem med täta urinträngningar och inkontinens. Under 2001 fann man vid neurologisk undersökning stegrade senreflexer i benen med bilateral Babinski. Förutom urinblåsebesvär hade han bestående värk i underben och fötter samt småryckningar i benmuskulatur. MRT-hjärna utfördes 2003 och man bedömde symtomen som progressiv multipel skleros. Patienten genomgick en endokardit p.g.a. enterococcinfektion 2003 med efterföljande mitralisinsufficiens och han opererades med klaffplastik.

I februari 2005 utfördes MR-undersökning som visade ett tvådelat diskbråck i nivå C5–C6 och som kraftigt påverkade medulla, varvid han remitterades till neuroortopedisk klinik där han opererades den 21 juli 2005. Ingreppet utfördes komplikationsfritt och han skrevs ut den 23 juli 2007. Vid återbesök den 7 september 2005 noterades i journalen både subjektivt och objektivt en klar förbättring.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) har ansett att man i juni 2002 felaktigt diagnostiserade patientens symtom som orsakade av MS medan det vid undersökning 2005 visade sig att det rörde sig om ett diskbråck i halsryggen. PSR har därmed bedömt att patienten har rätt till ersättning för det ökade och förlängda lidande som diagnosfördröjningen medförde under perioden juni 2002–mars 2005. Ersättning har lämnats för sveda och värk under denna period.

Efter omprövning har PSR slutligen bedömt att den *totala* medicinska invaliditeten (inkl. grundsjukdomen/ar) uppgår till 50 %, varav högst 10 % är orsakade av den fördröjda diagnosen. Patienten har accepterat PSR:s bedömning och önskade inte längre prövning i Patientskadenämnden i denna del.

PATIENTEN har begärt att Patientskadenämnden prövar kravet om ersättning för inkomstförlust.

PSR avböjde ersättning för inkomstförlust med följande motivering:

Enligt vår bedömning har den funktionsnedsättning som orsakats av diagnosfördröjningen inte bidragit till patientens arbetsförmåga. Patienten hade allt-

sedan 1990-talet, d.v.s. redan många år före den godkända patientskadan, haft besvär av andra symtom såsom, neurogen blåsrubbning, hjärtproblem etc. Vi anser således att patientens arbetsoförmåga är orsakad av hans grundsjukdomar och inte av den godkända patientskadan.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att rätt till ersättning för inkomstförlust inte förelåg och gjorde följande bedömning:

Den godkända patientskadan utgörs av följderna av att patientens symptom från halsryggsdiskbråcket felaktigt diagnostiserats som MS under perioden juni 2001–mars 2005.

Patienten uppbär hel förtidspension (retroaktivt) sedan augusti 2001 till följd av framför allt inkontinensproblem samt neurologiska bortfallsbesvär i benen. Inkontinensbesvären och övriga neurologiska besvär beror på halsryggsdiskbråcket.

Nämnden delar PSR:s bedömning att diskbråcket medfört en så långvarig ryggmärgspåverkan redan år 2001 att man inte hade kunnat restituera bortfallsbesvären och inkontinensproblemen även om man hade opererat diskbråcket vid denna tidpunkt. Att patientens besvär under flera år felaktigt tolkats som MS har följaktligen inte haft någon betydelse för arbetsförmågan. Patienten har således inte rätt till ersättning genom patientförsäkringen för eventuell inkomstförlust till följd av att han är helt arbetsoförmögen.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 861/2007

2008:07

Infektionsskada. Fråga huruvida smittämne överförs av sjukvården eller inte. Frågan har i detta fall besvarats nekande eftersom smittan med övervägande sannolikhet inte överförs vid förlossning eller någon annan vårdåtgärd.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 4 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en nyfödd flicka, som vid fyra veckors ålder drabbades av hjärnhinneinflammation orsakad av B-streptokocker (GBS-meningit). Flickan avled den 15 juli 2005.

Av den medicinska utredningen framgår att patientens mor den 20 april 2004 i graviditetsvecka 36+4 kom in till förlossningsavdelningen vid ett centrallasa-

rett på grund av misstänkt vattenavgång. Undersökning kunde dock inte bekräfta vattenavgång och modern fick gå hem. Hon återkom den 21 april 2004 och undersökning visade då att vattnet gått. Vidare undersökning med CTG var normal och ultraljud visade normal mängd fostervatten. Då hon inte hade någon feber ombads hon återkomma nästa dag för induktion. Den 22 april 2004 visade undersökning samma förhållanden som tidigare. Då det var fullbelagt på förlossningsavdelningen fick hon åter gå hem men skrevs in den 23 april 2004. Vid undersökning avgick klart fostervatten. CTG var fortsatt normal medan mängden fostervatten minskat något. Induktionen startades med läkemedel och behandlingen upprepades men utan att värkarbetet startade. Vid undersökning på eftermiddagen den 24 april 2004 hade hon smärtsamma sammandragningar men något värkarbete hade inte etablerats. Det beslöts att hon till natten skulle få läkemedel för att kunna sova och att ytterligare försök att stimulera värkarbete skulle göras påföljande dag. Värkarbetet startade dock på kvällen och den 25 april 2004 kl. 03.15 förlöstes barnet med sugklocka. Hon mådde bra och fick apgar scoore 9-10-10. På grund av den tidiga vattenavgången kontaktades barnkliniken som ordinerade temperaturkontroller av barnet samt infektionsprover. Mor och barn skrevs ut den 28 april 2004. Infektionsprover visade inte några tecken på infektion. Den 24 maj 2004 insjuknade barnet i GBS och vidare utredning visade svåra hjärnskador. Flickan avled den 15 juli 2005.

PATIENTENS MOR har anmält att patienten drabbats av GBS som orsakat en svår hjärnskada, till följd av vilken patienten senare avled. Modern anser att hon själv borde ha givits antibiotika och att kejsarsnitt borde ha utförts i stället för att hon skickades hem. Modern anför i huvudsak att hon inte håller med om att patienten med största sannolikhet smittades vid ett senare tillfälle. Patienten kunde med lika stor sannolikhet ha blivit smittad vid förlossningstillfället. En läkare som hon varit i kontakt med ansåg att patienten troligen kunde ha blivit smittad vid förlossningen men att hon inte blivit sjuk i det akuta skedet utan att infektionen legat latent och brutit ut senare.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Av den medicinska utredningen framgår att den infektion som orsakade patientens hjärnskada med övervägande sannolikhet inte överfördes i samband med förlossningen. Någon vid vård och/eller behandling orsakad personskada föreligger då inte. Vidare framgår att rutiner och övervakning angående moder och barn sköttes på ett korrekt sätt under hela förloppet från det patienten första gången kom in till förlossningsavdelningen den 20 april 2004. Någon på grund av felaktig/fördröjd diagnostisering orsakad personskada föreligger då inte heller.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att ersättningsbar patientskada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

En första förutsättning för att patientskadeersättning skall kunna lämnas för en uppkommen infektion är att det föreligger övervägande sannolikhet för att infektionen har orsakats av att smittämne överförts till patienten i samband med undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd. För att ett smittämne skall anses ha överförts i samband med en vårdåtgärd är det alltså inte tillräckligt att infektionen kan ha orsakats på detta vis, utan denna orsak skall vara mer sannolik än någon annan tänkbar förklaring till infektionen.

I detta ärende har man inte med säkerhet kunnat fastställa uppkomstmekanismen till den hjärnhinneinflammation som så tragiskt drabbade patienten och som orsakade hennes död. Det som emellertid talar emot en vid vård eller behandling överförd smitta är att patienten först cirka en månad efter förlossningen insjuknade i en hjärnhinneinflammation. Om infektionen hade tillförts i samband med sjukhusvistelsen i april 2004 hade den normalt sett visat sig i nära anslutning till förlossningen. Nämnden delar därför PSR:s bedömning att hjärnhinneinflammationen inte med övervägande sannolikhet orsakats av B-streptokocker som överförts vid förlossningen eller vid någon annan vårdåtgärd i samband med flickans sjukhusvistelse i april 2004.

Det föreligger med hänsyn till vad som nu sagts och på de skäl PSR i övrigt anfört inte någon ersättningsbar patientskada.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 972/2007

2008:08

Patientskadenämnden är inte behörig att ta upp frågor som gäller ränta på utbetald ersättning.

TILLÄMPLIGT LAGRUM
Patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 44-årig man som genomgått naprapatbehandling på grund av besvär från fingrar och höger höft. Behandlingen bestod bland annat av rotationsmanipulation av halsryggen. I samband med behandlingen fick patienten smärtor i nacken med tillkomst av domningskänsla i båda händerna samt muskelsmärta i käkmuskulaturen. Dessa besvär har av försäkringsbolaget godkänts som ersättningsbara patientskador.

PATIENTEN förde ärendet vidare till Patientskadenämnden och gjorde gällande *dels* att den medicinska invaliditetsgraden på grund av patientskadan var högre än av bolaget fastställda 3 %, *dels* att han hade rätt till ränta på patientskadeersättningen.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade försäkringsbolagets uppfattning i fråga om den medicinska invaliditetsgraden och gjorde följande uttalande när det gällde räntefrågan.

— — —

Ränta

Enligt arbetsordningen för Patientskadenämnden (§ 1) skall nämnden avge rådgivande yttranden i ärenden om ersättning enligt patientskadelagen (1996:799). Nämnden får också i sådana ärenden yttra sig över skadeståndsrättsliga krav. Av detta följer att frågor som faller utanför patientskadelagen och skadeståndslagen (1972:207) inte kan behandlas av nämnden.

Några bestämmelser om ränta finns varken i patientskadelagen eller i skadeståndslagen. Nämnden är därför inte behörig att ta upp frågor som gäller ränta på utbetald ersättning. Tvister mellan försäkringsbolaget och den skadade angående räntekrav får, om enighet inte kan nås, prövas av allmän domstol.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 611/2003

2008:09

Icke medicinskt motiverad åtgärd. Ersättning.

En 67-årig patient med långvariga besvär av förslitningsskador i axlar och nacke har av sin arbetsgivare hänvisats till företagshälsovården för funktionsbedömning. Vid testet uppstod en akut bristning av den muskelgrupp som stabiliserar vänster skuldra. Med hänsyn till patientens sjukdomshistoria borde testet inte ha utförts.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 67-årig man med besvär från axlar och nacke. Hans besvär i höger axel började redan i 20-årsåldern. Sedan 1970-talet även besvär med vänster axel. Han har sysslat med anläggningsarbeten och fick år 1988 skadorna godkända som arbetsskador. Vid en läkarkontakt år 1989 fick han diagnosen

rotator cuff syndrome (rotatorkuffen är en muskelgrupp som stabiliserar skuldran) och fick rådet att söka lindrigare arbete. Han hade röntgenverifierade artrosförändringar i båda axlarna och beskrevs i en sjukgymnastjournal som en ”man med mångåriga problem från utslitna axlar”. År 2002 råkade han ut för en fallolycka och opererades år 2004 i höger axel p.g.a. acromioclavicularledsartros (förlitning i leden mellan nyckelbenet och skulderbladet).

Den 21 april 2005 hade han fortfarande heltidsanställning och kallades på sin arbetsgivares initiativ till företagshälsovård för ”Funktionsbedömning och Rörelseanalys”. Vid testet uppstod en akut bristning av rotatorkuffen i vänster axel. Före testet hade patienten fått fylla i en sjukdomshistorik enligt formulär som underlag för bedömning av hur testet skulle utföras. Vid det aktuella testet hade sjukgymnasten anpassat testet med hänsyn till sjukhistorien. Sjukgymnasten lade på ett manuellt isometriskt motstånd och i samband med att patienten skulle hålla emot med höjd armbåge med överarmen intill kroppen uppstod muskelbristningen.

PATIENTEN har som patientskada anmält att han efter testet inte kunde röra vänster arm. Vid ett besök på ortopedklinik vid ett universitetssjukhus den 2 maj 2005 konstaterade man att en sena i vänster axel var av. Patienten blev inlagd för operation. Han sjukskrevs den 24 april 2005. Han begärde ersättning för personskada och inkomstförlust.

Försäkringsgivare i detta ärende är **CRAWFORD & COMPANY**. Bolaget avböjde ersättning med följande motivering:

Två av bolagets medicinska rådgivare i ortopedi har samstämmt kommit fram till slutsatsen att skadan inte skulle ha uppstått i normal (frisk) muskelfävnad. Man har ansett att det föreligger åldersrelaterade degenerativa förändringar och oavsett behandlingen skulle samma skada ha uppstått i samband med exempelvis dammsugning. Sjukgymnasten har vidtagit alla de försiktighetsåtgärder man rimligen kan begära. Bolaget anser att undersökningen utförts på ett korrekt sätt. Skadan kan inte betraktas som en behandlingsskada och någon ersättning kan inte utges.

PATIENTEN har fört ärendet vidare till Patientskadenämnden och yrkat bifall till sina ersättningsyrkanden.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ersättningsbar patientskada förelåg och gjorde följande bedömning:

Patienten har dubbelsidig acromioclavicularledsartros. Detta förhållande ökar avsevärt risken för utveckling av degeneration i rotatorcuffen. Det var emellertid först vid funktionsbedömningen av vänster axel den 21 april 2005 som patienten fick en bristning i den degenererade cuffen. Denna ruptur skulle i och för sig ha kunnat uppkomma oberoende av den aktuella funktionsbedöm-

ningen, men när detta i sådant fall skulle ha skett kan inte bedömas. Det hade kunnat dröja flera år innan bristningen uppstått. I detta ärende är det således den aktuella funktionsbedömningen som har orsakat skadan. Om åtgärden inte hade vidtagits skulle bristningen inte ha uppkommit. Skadan är med andra ord en direkt följd av undersökningen.

Med hänsyn till patientens acromioclavicularledsartros och besvär borde enligt nämndens mening funktionsbedömningen inte ha utförts, eftersom det förelåg en uppenbar risk för att en bristning i cuffen skulle kunna uppkomma vid en sådan undersökning. Ingreppet kan således inte anses ha varit medicinskt motiverat och den bristning som uppkom vid funktionsbedömningen får därför anses utgöra en ersättningsbar patientskada i lagens mening. Rätt till patientska-deersättning föreligger således.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 61/2008

2008:10

Olycksfallsskada. Olycksfallet har ett sådant samband med vården att det föreligger rätt till patientskadeersättning.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 5 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 77-årig kvinna med cancer i livmodern. Patienten kom in till kvinnoklinik 2003-06-17 för en planerad hysterektomi. Operationen utfördes 2003-06-18. Postoperativt mådde patienten illa men kräktes inte. 2003-06-20 kunde hon äta kvällsmat utan att må illa. Hon mådde mycket bättre under kvällen och låg och läste.

2003-06-21 kl. 22.00 mådde patienten mycket bättre och låg och läste. Kl. 01.50 hördes en duns. Patienten satt då på golvet vid toalettdörren. Hon hade slagit upp en bula i bakhuvudet. När hon försökte resa sig kanade hon med handen och slog upp ett sår på vänster ögonbryn. Hon fick strips och tryckförband på ögonbrynet. Under eftermiddagen och kvällen fick patienten tilltagande yrsel med snedsteg åt höger, sluddrigt tal och var periodvis förvirrad. Akut remiss för CT-hjärna utfärdades för att utesluta blödning. Undersökningen visade ingen blödning eller färsk infarkt.

2003-06-22–2003-06-25 vårdades patienten på intensivvårdsavdelning på grund av rubbad natrium-kaliumbalans.

PATIENTEN har som patientskada anmält att hon i samband med vård efter hysterektomioperationen ramlat ur sängen. Olycksfallet medförde yrsel, dövhet på vänster öra och dimsyn till flöjd av skada på hjärnstammen. Olycksfallet inträffade 2003-06-21 på kvinnokliniken vid ett lasarett.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

PSR utgår från att journalföringen skett på vedertaget sätt och att alla uppgifter av vikt noterats.

Försäkringen gäller bara för sådana skador som har orsakats i samband med undersökning, behandling eller annan åtgärd som har med vården att göra. Försäkringsskyddet omfattar inte de normala olycksfallsrisker som kan föreligga oberoende av vårdssituationen. Enligt vår bedömning har olycksfallet inte sådant samband med vården som avses i patientskadelagen. Patientens hälsotillstånd var inte sådant att hon behövde särskild tillsyn i samband med toalettbesök eller att sänggrindar var nödvändiga. Hon har således inte försatts i en situation som ger en förhöjd olycksfallsrisk. Under sådana förhållanden föreligger inte rätt till patientskadeersättning. Patientens ersättningskrav har därför avvisats.

PATIENTEN har fört ärendet vidare till Patientskadenämnden och motiverat sitt krav på följande sätt:

Verkligheten stämmer inte överens med journalen. Efter tre timmars operation med efterföljande två dagars kräkningar, mår man inte bra och det är en omöjlighet att läsa något överhuvudtaget. Ögonen, synen klarar inte detta efter så lång narkos. Dagen efter fallet berättades för patientens anhöriga att nattpersonalen hittat henne liggande på golvet bredvid sängen och att hon hade fått droppställningen över sig. Den hade slagit hårt mot vänster ansiktshalva och slagit upp vänster ögonbryn cirka 4 cm.

Vid anhörigas förfrågan om varför sideskydden på sängen inte dragits upp fick de till svar att det skulle patienten själv säga till om och att det fanns risk för att patienten då skulle ha klättrat över och fallit ändå högre. Patienten anser vidare att det bör åläggas sjukhuspersonalen att ha omdöme att skydda omtumlade, nyopererade patienter från fall.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ersättningsbar patientskada förelåg och gjorde följande bedömning:

Ersättning kan lämnas för skada som med övervägande sannolikhet är orsakad av olycksfall i samband med undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd.

Operationen (hysterektomi) utfördes den 18 juni 2003 och enligt sköterskeanteckningar förbättrades patientens tillstånd under de närmast följande dygnen fram till kvällen före olyckstillfället. Olycksfallet skedde natten mot den 21 juni och samma dag befanns patienten ha en rubbad natrium-kaliumbalans och hon

blev behandlad på intensivvårdsavdelning med korrigering av elektrolyter. En abnorm ADH-insöndring, som medförde saltrubbning, konstaterades och denna har med stor sannolikhet givit patienten yrsel och motorikrubbning samt relativ förvirring och varit bidragande orsak till olycksfallet. ADH-insöndring är ett tillstånd som kan ha olika orsaker men enligt nämndens bedömning kan vätskebehandlingen under operationen starkt ha bidragit till att framkalla det tillstånd under vars inflytande olycksfallet inträffade. Nämnden anser att olycksfallet därför får anses ha ett sådant samband med vården att det enligt 6 § första stycket 5 patientskadelagen föreligger rätt till patientskadeersättning för de skador som uppkommit genom olycksfallet.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 149/2008

2008:11

Diagnosskada? Innebörden av begreppet ”erfaren specialist”. Ej ersättning.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 3 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 52 årig man med en högersidig axelskada. 2004-08-22 sökte patienten en ortopedisk klinik. Han hade under natten fallit framåt i en båt och slagit i höger axel och kunde inte använda armen. Axeln visade ingen luxation, det fanns aktiv abduktion (kunde lyfta armen utåt) cirka 20 grader, passiv abduktion 180 grader, motorik för biceps (muskel på överarmens framsida) u.a. och triceps (muskel på överarmens baksida) lätt smärtande. Ruptur på rotatorcuffen (senplatta i skulderleden) kunde inte helt uteslutas varför patienten fick en återbesöks tid för kontroll efter 7 dagar.

2004-08-30 var patienten på återbesök och vid undersökning hade han normal elevation (kunde lyfta armen framåt), abduktion, bakåtextension. Med handen kom patienten upp på rumpan men inte helt upp på ryggen. Patienten märkte av smärtprovokation både vid inåt- och utåttrotation. Det var jämförbar styrka med vänster arm, ingen palpationsömheter över rotatorcuffen. Patienten bedömdes ha restsymtom efter kontusion av axeln med föga misstanke om rotatorcuffskada varför man inte skulle utreda denna vidare. Patienten fick information om uppträning, rörelseträning och styrketräning samt att höra av sig om besvären skulle dra ut på tiden mer än 2 månader.

2005-01-17 uppsökte patienten Sophiahemmet eftersom han hade kvarstående besvär av viss svaghet och smärtor i vissa lägen. Han skickades på MRT för att kartlägga skadan. MRT visade en total ruptur av subscapularisssen (utgör en del av senplattan i rotatorcuffen).

PATIENTEN har som skada anmält förlängt och ökat lidande till följd av felaktig diagnos och behandling av en högersidig axelskada från 2004-08-22.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

För att diagnostisering ska vara felaktig krävs att den avviker från allmänt vedertagen praxis. Denna anger en standard som anknyter till ett inom praktisk medicin utvecklat handlingsmönster vid utredning och tolkning av ett speciellt symtom. Om en läkare på grund av iakttagbara symtom ställer en diagnos som senare visar sig vara felaktig, blir en följdskada av detta inte i och för sig en skada som ska ersättas. Endast om en inom aktuellt specialistområde erfaren läkare borde ha dragit rätt slutsats av iakttagbara symtom kan ersättning bli aktuell.

Trots liten misstanke om cuffruptur föranstaltades om klinisk kontroll efter en vecka. Status då hade förbättrats varför ingen ytterligare diagnostik drevs. Patienten uppmanades dock att höra av sig vid kvarvarande besvär längre än två månader. Vid fortsatta symtom i slutet av oktober hade sannolikt MRT utförts om patienten hade kontaktat sjukhuset. Suturen hade då kunnat ske inom tre månader, d.v.s. innan kroniska muskelfiberförändringar hade hunnit uppstå.

Mot bakgrund av ovan nämnda förhållanden finner vi att faktiskt iakttagbara symtom tolkats i överensstämmelse med allmänt vedertagen praxis. Vi anser följaktligen att patienten fått en riktig vård och behandling för sina besvär.

PATIENTEN förde ärendet vidare till Patientskadenämnden. Han ansåg att PSR:s beslut vilar på felaktig grund. Beslutet utgår från uppfattningen att behandlande läkare har dragit rätt slutsats av vid skadetillfället och därefter iakttagbara symtom. Patienten menar att en inom aktuellt specialistområde erfaren läkare borde ha dragit helt andra och därmed korrekta slutsatser av vid tiden iakttagbara symtom. Patienten åberopar intyg från två av Sveriges mest erfarna ortopedier inom området, intyg från docent Anders Ekelund samt även intyg från Dr Karel Zyto.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning och gjorde följande bedömning:

Patienten uppsökte den 22 augusti 2004 akut ortopediska kliniken på Södersjukhuset efter att ha slagit i höger axel. Det förelåg vid undersökningen ingen fraktur eller luxation, men det fanns viss misstanke om rotatorcuffruptur. Patienten fick därför återkomma för en ny undersökning den 30 augusti 2004. Det

fanns då kvar en del besvär i axeln men misstanken om rotatorcuffskada var mycket liten eftersom det t.ex. inte förelåg någon ömhet över cuffen. Det förelåg dock en inskränkt inåttrotation i axelleden, varför patienten uppmanades att återkomma inom två månader om han då hade kvarstående besvär.

Patienten återkom emellertid inte inom två månader utan först efter ungefär fyra och en halv månad uppsökte han Sophiahemmet där det då gjordes en MR-undersökning och subscapularisrupturen upptäcktes. Den efterföljande operationen försvårades av att muskelfiberförändringar då hade uppstått.

Enligt nämndens bedömning har patientens besvär den 22 och den 30 augusti 2004 undersökts och tolkats på ett riktigt sätt i enlighet med vedertagna behandlingsprinciper. Vid bedömningen av om faktiskt iakttagbara sjukdomstecken i samband med diagnostik tolkats i överensstämmelse med allmänt vedertagen medicinsk praxis ska den handlingsnorm tillämpas som gäller för en erfaren specialist inom området. Eftersom patienten uppsökte en ortopedklinik ska man enligt gällande praxis utgå från hur en erfaren ortoped skulle ha tolkat aktuella symtom och vilka åtgärder denne skulle ha vidtagit. Man kan däremot inte utgå från hur en specialist på just axelskador skulle ha handlat. Det är nämndens uppfattning att en erfaren ortoped skulle ha handlat på samma sätt som läkarna har gjort i detta fall.

Nämnden anser således att patientens besvär i augusti 2004 utretts och tolkats enligt allmänt vedertagen praxis. Om patienten vid fortsatta besvär hade uppsökt Södersjukhuset inom två månader, som han hade uppmanats till, hade med största sannolikhet en MR-undersökning gjorts som då skulle ha påvisat subscapularisrupturen och bristningen hade vid denna tidpunkt fortfarande varit möjlig att reparera på ett adekvat sätt. Nu dröjde det ytterligare cirka två och en halv månad innan patienten sökte vård för sina besvär.

Mot bakgrund av ovanstående anser nämnden att någon felaktig diagnostisering enligt patientskadelagens mening inte föreligger. Patienten har därför inte rätt till patientskadeersättning.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 158/2008

2008:12

Icke medicinskt motiverad åtgärd. Ersättning.

En 65-årig patient med insulinbehandlad diabetes, Crohns sjukdom samt MS (multipel skleros) och neurogen blåsrubbning sekundär till MS har genomgått en komplicerad tarmoperation efter bl.a. byte av urinvägskateter. Ingreppet har inte ansetts medicinskt motiverat.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 patientskadlagen (1996:799)

Ärendet gäller en 65 årig kvinna med insulinbehandlad diabetes, Crohns sjukdom samt MS (multipel skleros) och neurogen blåsrubbning sekundär till MS. Patienten hade stomi.

Hon har tidigare tömt blåsan intermittent med hjälp av kateter. Sedan 1996 har hon haft en kvarliggande kateter i blåsan. Man gjorde ett försök 2005-12-08 att förse patienten med en suprapubisk blåsfistel (kateter som via nedre delen av buken förs in i urinblåsan), men detta fick avbrytas. Hon genomgick ett nytt kirurgiskt ingrepp 2006-01-09 då man med hjälp av ultraljud anlade en blåsfistel utan några större besvär. Hon mådde efter ingreppet väl. Hon återkom sedan 2006-01-14 med kräkningar och smärtor i buken som även var uppspänd. Hon uppger att hon haft avföring i stomin dagen innan. Hon opererades därför 2006-01-16 med aderenhslösning (frigörande av sammanväxningar) och ileocekalresektion (borttagande av tunntarm). En meter av tunntarmen avlägsnades och man tog bort den tidigare inopererade katetern och en annan kateter (KAD) placerades i urinröret. Efter utskrivningen har hon haft fortsatta buksmärtor och har knappast kunnat äta. Hon lades in 2006-03-20 och vårdades inneliggande t.o.m. 2006-04-20. Patienten hade stegrade inflammationsvärden men ingen feber. Hon behandlades med Betapred (kortisonpreparat) och antibiotikum samt fick även blodtransfusioner. Förbättrades kliniskt men hade fortsatta tarmbesvär från sin grundsjukdom d.v.s. Crohns sjukdom.

PATIENTEN har som patientskada anmält att hon i samband med inläggande av kateter i urinblåsan 2006-01-09 vid urologisk/röntgenklinik har drabbats av tarmvred vilket medfört att man fick ta bort en meter av nedre delen av tunntarmen. Detta har lett till att hennes tarmsjukdom Mb Crohn har försämrats.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Vi har bedömt att det var medicinskt motiverat att operera. Ingreppet utfördes enligt en medicinskt vedertagen metod och på vedertaget sätt. Trots att ingreppet utfördes med försiktighet med hjälp av ultraljud uppkom skada. Det går inte att

med ultraljud urskilja att tarmkåset (våvnader som ligger i det dubbelveck av bukinnan i vars yttre del av tarmen ligger och fäster tarmen mot bukväggen) skulle ligga framför urinblåsan, vilket också är mycket ovanligt. Ingreppet med hjälp av ultraljud får betraktas som ett halvblint förfarande. Skadan har med tillämpning av facitresonemang inte varit möjlig att undvika. Någon annan behandlingsmetod som tillgodosett vårdbehovet på ett totalt sett mindre riskfyllt finns inte.

PATIENTEN har fört ärendet vidare till Patientskadenämnden och motiverat sitt krav på följande sätt:

Hon hade fått information om att det skulle röra sig om ett mindre ingrepp i syfte att slippa svidningar i underlivet och göra livet lättare. Då det inte rörde sig om en livsnödvändig operation hade hon avstått från ingreppet om hon vetat hur det kunde gå. Det har skett en försämring i hennes grundsjukdom, d.v.s. Crohns sjukdom. Hon anser därför att hon är berättigad till patientskadeersättning.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ersättningsbar patientskada förelåg och gjorde följande bedömning:

Patienten har insulinbehandlad diabetes, Mb Chron och MS. MS-sjukdomen har medfört en neurogen blåsrubbning som kräver ständigt blåsdränage. Sedan 1996 har hon haft kvarliggande kateter i blåsan, vilket innebär ökad risk för infektioner. P.g.a. problem med kateterstopp och sveda i underlivet, bytte man ut katetern (KAD) mot suprapubisk blåsfistel i januari 2006. Vid ingreppet perforerades tunntarmsmesenteriet. Tarmperforationen krävde operation med adhe-renslösning (frigörande av sammanväxningar) och ileocekalresektion (borttagande av tunntarm). Det postoperativa förloppet var komplicerat med buksmär-tor, kräkningar och svårigheter att äta. Skadan har medfört kvarstående besvär med buksmärter och en försämring av patientens tarmsjukdom Mb Chron.

Nämnden anser att indikationen för att anlägga blåsfistel var relativ. Patienten hade besvär med lokal irritation, men inga febrila urinvägsinfektioner. Infek-tionsrisken är lika stor vid KAD och suprapubisk kateter. Riskerna för läckage är också likvärdiga vid de båda behandlingsalternativen och skillnaden i han-te-ring av dem är marginell. Med beaktande av patientens grundsjukdomar får indi-kationen också betraktas som så tveksam att det vid en samlad bedömning enligt nämndens mening inte var medicinskt motiverat att göra detta ingrepp. Patien-ten är således berättigad till ersättning för följderna av detta.

Ersättningsbar patientskada föreligger.

PATIENTSKADENÄMNDEN
176/2008

2008:13

Ersättningstvist. Bevisbördans fördelning.

En patient har drabbats av patientskada där försäkringsgivaren ansett patienten berättigad till ersättning för inkomstförlust under en viss begränsad tid. Tvisten gäller i vilken omfattning patientens fortsatta arbetsoförmåga beror på patientskadan.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

8 § patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 59-årig kvinna med MS (multipel skleros). Patienten opererades 2003-11-20 med totalprotes enligt Lubinus på grund av vänstersidig coxartros (artros i höftleden). Efter operationen drabbades hon av tidig cuplossning vilket 2004-01-28 föranledde revision med bentransplantat från vänster crista (höftbenskammen) samt byte till Variokopf-protes. Patienten drabbades därefter av instabilitet och luxationer och opererades på nytt 2004-02-17, denna gång med Girdlestoneplastik. I efterförloppet drabbades patienten av lokala besvär från tagstället av bentransplantat med smärtor och kramper. Hon opererades med rekonstruktion av cristadefekt 2004-06-07.

PATIENTEN har i sin skrivelse till Patientskadenämnden framfört att hon bad läkaren att göra en så kallad ”slinkled” vid den andra operationen (2004-01-28). I stället byggdes en helt ny led upp med hjälp av transplantat från bl.a. höftkammen. Leden höll i 14 dagar och rasade samman på 2 timmar vilket orsakade en skada på bäckenet. Efter detta krävde patienten att få en ny läkare som tog ur allt i höften vilket resulterade i att benet blev 7 cm kortare. Patienten hade så kraftiga kramper att hon inte kunde ligga i en säng. Kramperna förbättrades dock efter att några starka muskler i lumsken hade kapats.

Det är den andra operationen som är orsak till det lidande som hon har i dag från de tre operationssåren vid höften, bäckenet och lumsken. Hon har fantomsmärtor och värk i vänster sida. Hon kan inte sitta på en vanlig stol. Värst är det dock då patienten ska sova. Avslutningsvis framför patienten att orsaken till att hon bad om hel sjukpension var att hon blivit så trött, stressad, okoncentrerad och vilsen. Hon skulle aldrig ha slutat sitt arbete i förtid annars. Jobbet var patientens livlina och hennes chans att få social gemenskap.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) har ansett att patienten är berättigad till patientskadeersättning på grund av suboptimal operativ behandling av coxartros under åren 2003–2004, vilket lett till förlängt lidande och förvärrade besvär, reoperationer samt lokala besvär från tagstället av bentransplan-

tat 2004-01-28 med smärtor och kramper. Enligt PSR:s bedömning borde en Girdlestoneplastik ha utförts redan vid den första operationen, 2003-11-20.

Ersättning för sveda och värk har lämnats för perioden 2003-11-20 till 2004-08-31. PSR har bedömt att den totala medicinska invaliditeten uppgår till 25 %, varav patientskadan utgör 10 %.

Ersättning för inkomstförlust kan lämnas om patientskadan medför inkomstförlust och patienten inte samtidigt är arbetsoförmögen på grund av grundsjukdomen, annan sjukdom eller andra orsaker.

Patienten hade sedan tidigare halv sjukersättning. Ersättning har lämnats för inkomstförlust med 7 319 kronor (brutto) under perioden 2004-03-21 till 2004-08-07. Efter samråd med medicinska rådgivare inom ortopedi har vi bedömt att patientens arbetsoförmåga från 2004-08-08, som senare lett till hel sjukersättning från och med januari 2006, inte är orsakad av patientskadan.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att patienten hade rätt till ersättning för den tillkommande arbetsoförmågan fr.o.m. 2004-08-08 och gjorde följande bedömning:

Patienten har bevisbördan för att en patientskada har inträffat. Försäkringsgivaren har då bevisbördan – utan bevislättning – för sitt påstående att patienten även om patientskadan inte inträffat, skulle ha varit helt eller delvis arbetsoförmögen på grund av konkurrerande skadeorsaker.

Patientskadan utgörs av följderna av icke adekvat operativ behandling av coxartros åren 2003–2004.

Patienten uppbar halv sjukersättning, så som det får förstås av tillgängligt underlag, från slutet av 90-talet till följd av MS. Fr.o.m. november 2003 blev hon helt sjukskriven p.g.a. tilltagande besvär med vänstersidig coxartos som hon opererades för första gången 2003-11-20. Hon reopererades sedan flera gånger och har därefter utvecklat ett kroniskt smärt- och kramptillstånd i höftregionen. Nämnden anser att större delen av smärttillståndet är en följd av patientskadan.

Vid tidpunkten för patientskadans inträffande arbetade patienten halvtid i ett handikappanpassat arbete som kontorist. Hon var rullstolsburen, men klarade ändå att utföra sitt halvtidsarbete. I försäkringskassans handlingar anges flera sjukskrivnings-/rehabiliteringsperioder, som nämnden uppfattat det till följd av MS, dock inte året innan hon sjukskrevs till följd av höftbesvären. Patienten beviljades hel sjukersättning fr.o.m. januari 2006 p.g.a MS och smärttillståndet i höften.

Patienten har själv anfört att hon inte skulle ha ansökt om hel sjukersättning om det inte vore för smärttillståndet i höften, som utöver ständig värk även medfört sömnsvårigheter och åtföljande trötthet och koncentrationssvårigheter.

PSR har initialt lämnat ersättning för inkomstförlust t.o.m. 2004-08-07. Därefter anser bolaget, utan motivering, att den fortsatta arbetsoförmågan beror på patientens grundbesvär. Nämnden anser, vid en sammantagen bedömning, att PSR inte har styrkt att patienten, om patientskadan inte hade inträffat, skulle ha

varit helt arbetsoförmögen fr.o.m. 2004-08-08. Patienten bör således erhålla ersättning för den inkomstförlust hon drabbats av fr.o.m. detta datum (skillnaden mellan halv sjukersättning och hel sjukpenning/hel sjukersättning).

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 181/2008

2008:14

**Facitbedömning. En patient med bröstcancer har opererats och där-
efter fått omfattande tilläggsbehandlingar. Patienten gör gällande att
tilläggsbehandlingarna meddelats i strid mot gällande vårdprogram.
Patientskada har inte ansetts föreligga.**

TILLÄMPLIGT LAGRUM

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

Ärendet gäller en 51-årig kvinna som opererades 2000-04-17 på kirurgiska kliniken vid sjukhus B för en nyupptäckt vänstersidig bröstcancer med vänstersidig sektorresektion och partiell utrymning av lymfkörtlar i armhålan. Cancern angavs radikalt avlägsnad, lågt differentierat adenocarcinom med 17 mm diameter och cancer i 4 av 7 undersökta lymfkörtlar (T1N1). Postop förloppet var ua. Patienten skrevs ut från sjukhuset 2004-04-20.

Hon ordinerades efter information 2000-04-27 antiöstrogenbehandling (Nolvadex/Tamoxifen, 20 mg/dag) och remitterades för strålbehandling mot kvarvarande vävnad i vänster och mot regionala lymfkörtelstationer.

Strålbehandling inleddes 2000-06-29. Vid kontroll 2000-07-17, (vid till hälften genomförd strålbehandling), angavs att hon tolererade strålbehandlingen väl.

Patienten hade kontaktat sjukhus B och frågat varför hon inte fick kemoterapi (cellgiftsbehandling) och informerats om att man först ville avvakta den slutgiltiga mikroskopiska bedömningen, bl.a. med bestämning om tumören var s.k. receptorpositiv, innan man kunde ta ställning till cellgiftsbehandling. Patienten fortsatte med strålbehandlingen och med Tamoxifen.

Efter att patienten hade lämnat mottagningen kom PAD-svaret (mikroskopiska undersökningen av operationspreparatet). Med ledning av detta bedömdes att patienten skulle erbjudas cellgiftsbehandling efter avslutad strålbehandling samt fortsätta med Tamoxifen i sammanlagt fem år.

2000-07-28 hade patienten fått 23 av 25 planerade strålfractioner. Hon hade då lätt strålreaktion. Hon tyckte det kändes hårt i vänster armhåla och hade

också noterat en resistens i höger bröst. På djupet strax utanför höger bröstvärta palperades en långsträckt resistens, och i vänster armhåla en 5 x 4 cm relativt hård resistens. Punktionerna från axillen och höger bröst var utan anmärkning.

Man föreslog efter samråd med universitetssjukhuset adjuvant (förstärkande, tilläggsbehandling) cytostatikabehandling i nio omgångar. Strålbehandlingen avslutades 2000-08-02.

Patienten var upprörd över att man vid sjukhus B hade gjort en annan bedömning av PAD-svaret och där förordat endast adjuvant behandling med Tamoxifen medan man från universitetssjukhuset föreslog cellgiftsbehandling men förklarade för patienten att "man kan göra olika bedömningar av prognostiska faktorer".

Den kompletterande cellgiftsbehandlingen genomfördes under samtidig anti-hormonell behandling med Tamoxifen på sjukhus B från 2000-08-22 till 2001-02-06.

Patienten har som patientskada anmält att hon efter operationen behandlades på felaktigt sätt vad beträffar adjuvant terapi och timing av denna. Detta har försämrat hennes prognos. Till följd av den felaktiga behandlingen har hon lidit skada både fysiskt och psykiskt.

Patienten har sänt in ett omfattande material för att bevisa att felaktig handläggning har skett både beträffande behandlingsval och vid behandlingens ordningsföljd. Hon anger att föreskrifter i gällande vårdprogram inte har följts. Inte heller har man utgått från hennes individuella behandlingsbehov då behandlingsplanen beslutades 2000-04-27. Det är lagstadgat att varje patient har rätt att få vård och behandling utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och vårdprogrammen är resultatet av detta arbete.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) har avböjt ersättning med följande motivering:

Behandlingen av patientens tumörsjukdom har skett i samråd mellan sjukhus B och universitetssjukhuset i syfte att så långt som möjligt minimera riskerna för återfall i sjukdomen. Behandlingen har utförts enligt vedertagna metoder och på riktigt sätt. Det förelåg indikation för såväl strålbehandling, cellgiftsbehandling och anti-hormonell behandling. Det finns dock inga generella regler om i vilken ordning de olika terapiformerna ska ges. Socialstyrelsen har inte utfärdat några nationella riktlinjer för bröstcancervården. Det finns inte heller några av Socialstyrelsen utfärdade föreskrifter eller allmänna råd på området. De riktlinjer för behandling av bröstcancer som anges i de svenska vårdprogrammen är således inte absoluta regler eller lagar utan endast rekommendationer. Då det finns olika vårdprogram för olika regioner i Sverige föreligger således ingen nationell samstämmighet för behandling av bröstcancer. Behandlingsprinciperna skiljer sig från region till region.

I detta fall tog man ställning till behandlingsuppläggningsen först efter det att strålbehandlingen hade påbörjats. Cellgiftsbehandlingen gavs därför efter avslu-

taid strålbehandling. Med övervägande sannolikhet har detta inte haft någon betydelse för behandlingsresultatet eller sjukdomens prognos. Patienten har inte tillfogats någon skada till följd av behandling eller felaktig diagnostisering.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att ersättningsbar patientskada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

Nämnden konstaterar inledningsvis att det vid den aktuella tidpunkten år 2000 inte fanns någon nationell samstämmighet vid behandling av bröstcancer. Det nationella vårdprogrammet för bröstcancer anger således inga absoluta regler utan endast rekommendationer som inte måste följas. Den efterbehandling som gavs i nu aktuellt fall har följt de riktlinjer som gällde vid berörda vårdinrättningar. Vården kan således inte anses ha stridit mot vetenskap och beprövad erfarenhet.

Det fanns vid aktuell tidpunkt inget entydigt vetenskapligt underlag för att hävda att turordningen av den adjuvanta behandling som gavs i detta fall, d.v.s. hormonbehandling, strålbehandling och cellgiftsbehandling, med övervägande sannolikhet har lett till en sämre prognos än om behandlingen getts i den omvända ordningen. Inte heller det förhållandet att patienten i detta fall samtidigt fått cellgiftsbehandling och hormonell behandling kan med övervägande sannolikhet ha lett till en sämre prognos än vid enbart cellgiftsbehandling. Enligt handlingarna i ärendet är patienten efter åtta år fortfarande recidivfri. Någon patientskada i patientskadelagens mening kan därför inte anses föreligga. Ersättningsbar patientskada föreligger alltså inte.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 431/2008

2008:15

Ersättningstvist. En kvinna har fått livmoder och ändtarm perforerade i samband med skrapning. Skadan har också orsakat sterilitet. Fråga om kvinnans ålder borde medföra att ersättning inte skall utgå för steriliteten.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

8 § patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 41-årig kvinna som i samband med skrapning utförd vid ett universitetssjukhus 2002-02-25 orsakats perforation av uterus och rectum (liv-

modern och ändtarmen). Den godkända patientskadan består av mag-tarmvredslignande besvär som bl.a. krävt kirurgisk behandling.

Twisten gäller ersättning för sveda och värk. Twisten gäller även den åsatta medicinska invaliditetsgraden och ersättningen för men samt för infertilitet.

PATIENTEN är inte nöjd med den ersättning hon fått för sveda och värk med 11 000 kronor. Den ersättningen understiger kostnaderna hon haft för barnvakt. Hon är inte heller nöjd med den åsatta medicinska invaliditetsgraden (5 %) och den ersättning för bestående men hon fått med 46 000 kronor. Hon anser att hon i samband med ingreppet 2002-02-25 också blev steril.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ytterligare ersättning med följande motivering:

Ersättning för sveda och värk har betalats ut med totalt 16 400 kronor. Ersättningen har beräknats för perioderna 2002-02-25–2002-07-03, 2005-11-21–2005-12-21 och 2006-06-25–2006-07-25. Vid beräkningarna har hänsyn tagits till tid då hon vårdats på sjukhus.

Enligt vår bedömning har patientskadan medfört kvarstående besvär för framtiden med en medicinsk invaliditetsgrad som uppgår till 5 % och invaliditetstillståndet har bedömts inträda 2002-07-04 då den akuta tiden upphört. Ersättningen för lyte och men har beräknats enligt gällande tabell och efter åldersreducering uppgår ersättningen till avrundat 46 000 kronor.

Vi har bedömt patientens möjlighet att bli gravid och föda ett levande barn vid 42 års ålder är mycket små. Med stor sannolikhet har patientskadan förstört tubarfunktionen (äggledarfunktionen) helt. Patientskadan förutom hade hennes fertilitet (chansen att föda levande barn) varit nedsatt med minst 80 %. Det är därför inte klart mer sannolikt att orsaken till patientens nedsatta fertilitet beror på patientskadan än på åldersrelaterade faktorer. Hon är därför inte berättigad till ersättning för infertilitet.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning utom beträffande steriliteten och gjorde följande bedömning:

— — —

Sterilitet

Patienten anser att patientskadan medfört att hon blivit steril medan PSR hävdar att patienten även om patientskadan inte hade inträffat hade haft en fertilitet som varit nedsatt med minst 80 % och att det inte är klart mera sannolikt att patientens nedsatta fertilitet beror på patientskadan än på åldersrelaterade faktorer.

Av handlingarna i ärendet framgår att patientskadan med övervägande sannolikhet har förstört äggledarfunktionen och att de sammanväxningar som uppkommit postoperativt omöjliggör framtida graviditet. Nämnden konstaterar vidare att patienten vid skadetillfället var 41 år och tre månader och att hon nyli-

gen hade varit gravid även om denna graviditet avbröts genom ett missfall. De hormonprover som togs år 2005 och 2006, d.v.s. flera år efter skadetillfället 2002, påvisar inte säkert att patienten då hade kommit i klimakteriet. Enbart det förhållandet att patienten var underviktig och hade oregelbundna menstruationer medför inte någon övervägande sannolikhet för sterilitet.

Sammanfattningsvis konstaterar nämnden att patientskadans konsekvenser medför sterilitet. Den föreliggande utredningen ger enligt nämndens mening inte stöd för att patienten med övervägande sannolikhet skulle ha varit steril även om inte patientskadan inträffat. Under sådana förhållanden är patienten enligt nämndens uppfattning berättigad till ersättning för sterilitet. Tilläggas kan att tabellverket omfattar sterilitet hos kvinnor intill 50 års ålder. Det ankommer på bolaget att beräkna ersättningens storlek.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 445/2008

2008:16

Beviskrav för orsakssamband. Vid vänstersidig höftledsplastik har en patient felaktigt fått en protesstam avsedd för höger höft i stället för vänster höft inopererad. Ersättning.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 74-årig kvinna, som 2006-09-27 genomgick en vänstersidig höftprotesoperation (total höftledsartroplastik ad modum Lubinus SP II med cement) på grund av höggradiga artrosförändringar med nästan helt destruerat ledbrosk i höftleden. Postoperativt noterades att man i vänster lårben cementerat in en R2-protes i stället för en L2-protes. Man ansåg dock att det inte skulle bli några problem avseende stabilitet eller komfort för patienten.

Vid kontrollbesök 2007-02-05 uppgav patienten att den tidigare värken hade försvunnit men att hon hade besvär som uppfattades ligga till höger i ryggen ned glutealt (ned mot sätet). Vidare hade patienten en nedsatt tolerans mot rörelser i ryggen och framåtböjning. Patienten hade svårt att städa, bädda etc. Vid undersökning observerades att patienten rörde sig med viss stelhet i ryggen och rörligheten vid sidoböjning åt höger var minskad. Något samband mellan den felvalda proteskomponenten och patientens besvär hade behandlande läkare svårt att se.

PATIENTEN har som patientskada anmält att hon fått en felaktig protesstam inopererad i vänster lårben i samband med höftprotesoperation. Av misstag cementerades en protesstam avsedd för höger lårben in i vänster lårben. Detta har orsakat patienten bestående besvär i form av oförmåga att lyfta vänster ben liggande, svårigheter med ADL (Activities of Daily Living, ”det dagliga livets aktiviteter”), gångsvårigheter (patienten fastnar med foten och snubblar), försämrad balans, ont i ryggen och benet viker sig.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Enligt 6 § första stycket 1 i patientskadelagen lämnas ersättning för personskada på patient om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd, under förutsättning att skadan kunnat undvikas antingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. För att rätt till patientskadeersättning skall anses föreligga krävs således att det finns ett orsakssamband mellan skadan och vården. Det är således inte tillräckligt att patientens skada eventuellt kan ha orsakats av undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd, utan denna orsak skall vara mer sannolik än någon annan tänkbar förklaring till skadan. Bevisbördan för detta ligger i det enskilda fallet hos patienten. Beviskravet är uppfyllt om det är övervägande sannolikt att det finns ett orsakssamband.

Enligt vår bedömning ger utredningen inte stöd för att den felaktiga protesstam som inopererades i vänster lårben skulle ha orsakat patienten någon personskada. Patientens kvarstående besvär beror med övervägande sannolikhet inte på den felaktiga protesstam som cementerades in i lårbenet eller på att patienten i samband med operationen 2006-09-27 fått någon personskada, d.v.s. fysisk och/eller psykisk funktionsnedsättning som gått att undvika antingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Någon ersättningsbar patientskada föreligger därmed inte.

Om några framtida komplikationer skulle uppkomma till följd av den felvalda proteskomponenten i vänster lårben har patienten rätt att återkomma till oss med nya ersättningsanspråk. Vi kommer då att förutsättningslöst pröva om patientens nya besvär är en följd av den felvalda protesstammen. Rätten att återkomma med nya ersättningsanspråk gäller under tio år (enligt preskriptionslagen).

PATIENTEN har i sin skrivelse till Patientskadenämnden framhållit att hon anser att den felaktigt inopererade R2-protesen är orsaken till hennes bestående besvär som består av oförmåga att lyfta vänster ben liggande, svårigheter med ADL,

gångsvårigheter (patienten fastnar med foten och snubblar), försämrad balans, ont i ryggen och benet viker sig.

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

Patienten har genomgått en vänstersidig höftledsplastik p.g.a. höftledsartros. Vid operationen fick hon felaktigt inopererat en protesstam avsedd för höger höft i stället för vänster höft. Hon har tidigare genomgått en högersidig höftledsplastik med bra operationsresultat.

Patienten har fått en felaktig protesstam inopererad. Mot bakgrund av att patienten inte haft några motsvarande problem efter den tidigare högersidiga operationen och i avsaknad av andra, alternativa förklaringar till de nuvarande besvärerna, framstår den ”felaktiga” protesen som den mest sannolika orsaken till patientens besvär med svag- och stelhetssänsla kring höftleden, ”upphakningar” i höften och att benet inte följer med ordentligt. Hon bör därför medges rätt till patientskadeersättning för dessa besvär.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 465/2008

2008:17

- 1. Facitbedömning. Operation avsedd att förbättra patientens hörsel har lett till dövhet. Om man hade avstått från operationen och patienten i stället hade fått en hörapparat hade skadan undvikits. Alternativet med användning av hörapparat har dock uteslutits eftersom det inte skulle ha tillgodosett patientens vårdbehov. Operationen var medicinskt motiverad. Ej ersättning.**
- 2. Bristande information? Ej ersättning.**

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 patientskadelagen (1996:799) och allmänna skadeståndsrättsliga regler

Ärendet gäller en 48-årig man med cholesteatom (pärlsvulst) i vänster öra. Av journalanteckning 2003-12-01 från otokirurgisk klinik framgår att patienten sedan barndomen haft återkommande sekretion (avsöndring) från vänster öra och att han opererats utomlands vid två tillfällen för en vänstersidig kronisk otit (öroninflammation). Sedan dess hade han en radikalhåla som ständigt fuktade. Det noterades också att han inte kunde använda hörapparat på vänster sida då

det i sådana fall fuktade ännu mer. Patienten opererades 2003-12-03 på grund av cholesteatombildning i vänster öra. Då detta ingrepp inte åstadkom hörselbättring, på grund av att stigbygelväxten växt fast, gjordes i en andra operation 2004-11-17 ett hörselbättrande ingrepp. Efter operationen var patienten yr och senare konstaterades att patienten blivit döv på vänster öra. Yrseln gick i regress men dövheten med tinnitus bestod.

PATIENTEN har som patientskada anmält vänstersidig dövhet och tinnitus efter en operation med stapedotomi (stigbygeloperation) 2004-11-17. Han har också framhållit att han före denna operation fått information om att ingreppet var riskfritt.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Operationen i november 2004 var medicinskt motiverad och utfördes på riktigt sätt enligt vedertagen metod. I samband med operationen har patienten tillförts skada i form av vänstersidig dövhet och sannolikt utslagande av balanssinne. Enligt vår bedömning hade denna komplikation inte kunnat undvikas vare sig genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

Med anledning av patientens uppgifter om bristande information vill vi framhålla att patientskadelagen inte innehåller någon bestämmelse om ersättning vid brister i den information som lämnas en patient före behandlingen om de särskilda behandlingsrisker som kan förekomma. Utredningen ger inte heller stöd för att det föreligger sådan brist i informationen att det uppkommit skadeståndsskyldighet enligt allmänna skadeståndsrättsliga regler.

PATIENTEN har i sin skrivelse till Patientskadenämnden framhållit att han har rätt till ersättning från patientförsäkringen. Enligt patienten är det klarlagt att öronoperationen 2004-11-17 orsakat patientskada i form av total dövhet, tinnitus och "sannolikt utslagande av balanssinne". Skadan förorsakar patienten ett betydande lidande och en väsentlig nedsättning av livskvaliteten.

Den skada som patienten drabbats av hade kunnat undvikas genom att operationen inte utförts och alternativ behandling hade erbjudits.

Patienten framför vidare att formuleringarna i specialistläkare Kjell Karlssons utlåtande daterat 2006-08-04 att "komplikationen hade inte gått att undvika" och att "komplikationen är känd" indicerar att *riskerna för komplikationer vid ifrågavarande ingrepp ej är helt obetydliga*. Vidare är det inte utrett i ärendet om tidigare öronkirurgiska ingrepp, som han genomgått och som omnämns i specialistläkarens utlåtande, haft betydelse för en bedömning av risken för komplikationer vid det skadeanmälda ingreppet.

Formuleringen ”Denna komplikation är känd till all öronkirurgi och informeras rutinemässigt preoperativt” *betyder inte att patienten* erhållit relevant information om riskerna för komplikationer vid ingreppet. Patienten finner det inte utrett i ärendet att han erhållit sådan relevant information preoperativt.

Patienten uppger att han före ingreppet fick information från behandlande läkare att ingreppet var 100 % riskfritt och att operationen skulle medföra god hörsel och en väsentlig förbättring av befintlig hörselnedsättning. Patienten fick således ingen information innan ingreppet om riskerna för komplikation. Efter ingreppet framförde behandlande läkare även att detta aldrig hänt henne tidigare.

Patienten finner det sannolikt att behandlande läkare underskattat, och möjligen inte tillräckligt utrett, riskerna med ingreppet och därför förmedlat bilden till patienten om att allt skulle gå bra med 100 % säkerhet.

Patienten har dessutom betydande och uppenbara svårigheter när det gäller kommunikation, framförallt av språkliga skäl. I sådana fall är det av synnerlig vikt att behandlande läkare säkerställer att relevant information förmedlas och uppfattas korrekt av mottagaren.

Om patienten inför ingreppet hade informerats på ett korrekt sätt om att det förelåg risk för komplikation av allvarlig art så hade ingreppet aldrig genomförts utan han hade valt en alternativ behandling.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning och gjorde följande bedömning:

Enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen lämnas ersättning för personskada på patient om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd, under förutsättning att skadan kunnat undvikas antingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

Vid en prövning av patientens rätt till ersättning enligt ovan nämnda lagrum skall nämnden således först ta ställning till om de anmälda besvären hade kunnat undvikas genom ett annat utförande av det valda förfarandet. Vid denna bedömning finner nämnden att operationen den 17 november 2004 var medicinskt motiverad och att den utfördes på ett riktigt sätt enligt en vedertagen operationsmetod. De komplikationer som uppkom i samband med ingreppet i form av bestående tinnitus, dövhet på vänster öra och yrsel har inte kunnat undvikas genom ett annorlunda utförande av operationen.

Nämnden har då att ta ställning till om skadan kunnat undvikas genom val av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Om man hade avstått från operationen och patienten i stället hade fått en hörapparat hade skadan undvikits. Enligt nämndens bedömning ger emellertid inte

en lyckad hörapparat användning ett lika bra behandlingsresultat som en lyckad operation. Användning av hörapparat hade därför inte tillgodosett patientens vårdbehov i samma utsträckning som en operation. Mot bakgrund av ovanstående finner nämnden att någon ersättningsbar patientskada inte föreligger enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen.

Med anledning av patientens uppgifter om bristande information vill nämnden framhålla att patientskadelagen inte innehåller någon bestämmelse om ersättning vid eventuella brister i den information som lämnas en patient före behandlingen om de särskilda behandlingsrisker som kan förekomma. Nämnden har av denna anledning även prövat om det förelegat sådan brist i informationen att ersättning kan lämnas enligt allmänna skadeståndsrättsliga regler.

Vid en sådan prövning konstaterar nämnden att patienten, enligt utlåtande av överläkare Karin Strömbäck den 12 december 2006, inför operationen muntligen informerades om olika behandlingsalternativ vid öronkirurgi. Enligt ett senare intyg från den 6 februari 2007 framhåller överläkare Strömbäck att man i samband med information inför operation alltid informerar patienterna om riskerna och då framförallt risken för dövhet. I nämnda intyg anges även att patienten alltid erhåller en skriftlig information inför operationen. I denna patientinformation som bifogas intyget framgår att risker vid stigbygeloperation är dövhet, yrselkänningar och tinnitus. Vårdgivaren får därmed anses ha gjort sannolikt att informationsskyldigheten gentemot patienten uppfyllts. Rätt till ersättning enligt skadeståndsrättsliga regler föreligger därför heller inte.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 549/2008

2009:01

Preskriptionsfråga. Preskription har inte ansetts föreligga. För att preskription skall kunna åberopas krävs att det klart och tydligt anges vilken tidpunkt som görs gällande som utgångspunkt för preskriptionstiden beträffande varje skada. Det räcker alltså inte att endast lämna en allmän hänvisning till att patienten får anses ha haft kännedom om skadan i nära anslutning till en viss händelse.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

§ 8 i ersättningsbestämmelserna från 1995 och 23 § patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en vid behandlingstillfället 51-årig kvinna, som åren 1996 och 1997 vid två tillfällen opererades för hallux valgus i vänster stortå. Skadeanmälan kom in till bolaget 2004-03-30. Patienten har som patientskada anmält att utförandet av operationerna medfört onödigt lidande, merkostnader och inkomstförlust under en förlängd sjukdomstid samt kvarstående besvär. Bolaget (PSR) har bedömt att ersättningsbar skada föreligger och har utbetalt ersättning för bestående besvär (lyte och men). Däremot har bolaget bedömt att preskription föreligger avseende patientens krav på ersättning för merskada under den akuta sjukdomstiden.

PATIENTEN anger i sin skrivelse till Patientskadenämnden att utredningen har försvärats av att behandlande läkare inte fört journal enligt gängse principer och krav. Journalens innehåll kom till patientens kännedom för första gången i och med att hon bad om en kopia från PSR. Patienten blev aldrig informerad om att någon risk för bestående men fanns eller att något överhuvudtaget inte gått som planerat.

Patienten yrkar på maximal ersättning där det också ingår ersättning för sveda och värk för den tid hon var sjukskriven efter operationerna.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) gjorde följande bedömning:

Skadeanmälan kom in till PSR 2004-03-30.

Enligt tillämpliga ersättningsbestämmelser måste den som vill kräva ersättning för behandlingsskada anmäla skadan inom tre år från det han fick kännedom om skadan men aldrig senare än tio år från det den åtgärd som orsakade skadan vidtogs. Den treåriga tidsfristen (preskriptionstiden) börjar löpa när den skadelidande fått kännedom om skadan d.v.s. han ska ha insett att en skada uppkommit och att den kan ha samband med en åtgärd från sjukvården.

Av utredningen framgår att patienten haft kännedom om sambandet mellan sina besvär och utförda operationer 1996-10-23 respektive 1997-06-10 och att hon därmed i nära anslutning till dessa tidpunkter kan anses ha haft kännedom om skadan respektive om att anspråk på ersättning avseende sveda och värk, inkomstbortfall samt kostnader kunde göras.

När det gäller bestående skada som kan ge rätt till ersättning för lyte och men har vi, med ledning av det medicinska underlaget och patientens egna uppgifter, bedömt att hon inte före 2003 haft kännedom om att hon drabbats av bestående skada och att hon därför har rätt att få frågan avseende bestående skada prövad.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att preskription inte förelåg avseende patientens krav på ersättning för sveda och värk, kostnader och inkomstförlust under den akuta sjukdomstiden på grund av behandlingsskadan och gjorde följande bedömning:

PSR har gjort gällande att patientens ersättningsanspråk är preskriberade enligt bestämmelserna om treårig preskriptionstid. Utgångspunkten för denna preskriptionstid är den tidpunkt då patienten fått kännedom om skadan. Detta gäller beträffande varje anmäld skada och preskriptionstiden kan således börja vid olika tidpunkter i ett och samma ärende när skilda skador föreligger. Som framgår av praxis är också kännedomskriteriet och vad som ska läggas i detta inte alltid lätt att bedöma. Mot bakgrund av detta krävs det, när man som PSR vill åberopa preskription, att det klart och tydligt anges vilken tidpunkt som görs gällande som utgångspunkt för preskriptionstiden beträffande varje skada. Det är således inte tillräckligt att, som bolaget gjort i detta fall, lämna en allmän hänvisning till att patienten får anses ha haft kännedom om skadan i nära anslutning till de aktuella operationerna åren 1996 och 1997.

Läkningsförloppet efter en hallux valgus-operation kan ofta bli långdraget och besvärligt. Om så blir fallet får patienten som regel antas bedöma att det är fråga om ett normalt men långdraget sjukdomsförlopp. Patienten framhåller i detta ärende att det var först under år 2003 som hon började misstänka att det kunde röra sig om en operationsskada. Före år 2003 hade inte någon vårdpersonal talat om någon tillförd skada. När husläkaren i juli 2003 sände remiss till ortopedkliniken ansåg han att operationsresultatet i hans ögon var utan anmärkning. På misstanke om att en behandlingsskada kunde föreligga sände patienten redan i februari 2004 in en skadeanmälan till PSR. Enligt nämndens mening är det inte visat att patienten före denna tidpunkt haft kännedom om behandlingsskadan. Patienten får således även när det gäller kraven på ersättning för de akuta besvär som behandlingsskadan förorsakat henne anses ha gjort skadeanmälan i rätt tid. Det ankommer på PSR att beräkna ersättningens storlek.

PATIENTSKADENÄMNDEN

DNR 615/2008

2009:02

Preskriptionsfråga. Preskription har ansetts föreligga enligt § 8 i 1991 års ersättningsbestämmelser med utgångspunkt i patientens egna uppgifter om när skadan inträffade.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

§ 8 i ersättningsbestämmelserna från år 1991. Numera 23 § patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en vid behandlingstillfället 33-årig kvinna, som den 19 september 1994 genomgick en s.k. MRT-hjärnundersökning. Enligt journalanteckningar konstaterades vid undersökningen förändringar som överensstämde med MS (multipel skleros). Patienten underrättades emellertid endast om att det rörde sig om immunopati för vilket det vid denna tidpunkt inte fanns några behandlingsmöjligheter.

PATIENTEN har som patientskada anmält psykiskt lidande på grund av försenad diagnos och behandling av sin MS. Hon fick först år 2005 kännedom om denna skada och har alltså inte kunnat anmäla skadan tidigare.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) ansåg att preskription förelåg och gjorde följande bedömning:

Enligt tillämpliga ersättningsbestämmelser måste den som vill kräva ersättning för behandlingsskada anmäla skadan inom tre år från det han fick kännedom om skadan men aldrig senare än tio år från det den åtgärd som orsakade skadan vidtogs. Den treåriga tidsfristen (preskriptionstiden) börjar löpa när den skadelidande fått kännedom om skadan d.v.s. han ska ha insett att en skada uppkommit och att den kan ha samband med en åtgärd från sjukvården. Om treårspreskriptionen börjar löpa så sent att det är mindre än tre år kvar till dess att tioårspreskription inträder minskar den tid som återstår för att anmäla skadan till den tid som återstår av tioårspreskriptionen.

Patienten utreddes 1994 och MRT hjärna visade förändringar överensstämmande med multipel skleros. 2005 fick hon debut av domningar i fingrar vilket ledde till utredning med remiss till neurolog där förnyad utredning med MR hjärna 2005-11-22 talade för att hon hade multipel skleros.

Patientens anmälan inkom till PSR 2006-10-10 således mer än 10 år från att MS första gången konstaterades. Hon fick kännedom om sin sjukdom MS under 2005, även vid denna tidpunkt, mer än 10 år från att sjukdomen först konstaterades. På grund av preskription kan ärendet inte sakprövas.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att preskription förelåg och gjorde följande bedömning:

Den 19 september 1994 genomgick patienten en s.k. MRT-hjärnundersökning sedan hon uppvisat bortfallssymtom med domningar bl.a. runt höger öga. Vid undersökningen konstaterades enligt journalanteckning förändringar som överensstämde med multipel skleros, MS. Patienten synes dock inte ha underrättats om diagnosen MS utan fick besked om att undersökningen påvisat en genomgången nervinflammation.

Patienten har, som det får förstås, gjort gällande att det föreligger en behandlingsskada på grund av fördröjd diagnos med anledning av att hon inte vid detta undersökningstillfälle utan först vid ny undersökning år 2005 fick vetskap om diagnosen MS. Patientens skadeanmälan inkom till PSR den 10 oktober 2006.

Enligt § 8 i de i ärendet tillämpliga ersättningsbestämmelserna från år 1991 måste den som vill kräva ersättning för behandlingsskada anmäla skadan inom tre år från kännedom om skadan men aldrig senare än tio år från det den åtgärd som orsakade skadan vidtogs.

Den åtgärd som enligt patienten orsakade skadan var att diagnosen MS inte ställdes, eller att hon i vart fall inte underrättades om denna diagnos, efter undersökningen den 19 september 1994. Nämnden konstaterar att patienten, såvitt framgår av utredningen i ärendet, efter år 1994 inte förrän i mars 2005 kontaktat sjukvården angående besvär av det slag hon undersöktes för år 1994. När skadeanmälan inkom den 10 oktober 2006 hade det således förflutit mer än 10 år från det att den enligt patienten orsakade skadan uppkommit. I enlighet med 10-årsregeln i § 8 i ersättningsbestämmelserna föreligger således preskription. Det förhållandet att patienten år 1994 inte uttryckligen underrättades om diagnosen MS förändrar inte denna bedömning.

Nämnden delar således PSR:s uppfattning att preskription föreligger.

PATIENTSKADENÄMNDEN

DNR 781/2008

2009:03

Facitbedömning. Styrketest hos sjukgymnast efter knäoperation för korsbandsskada har lett till meniskskada i det icke opererade knäet. Skadan hade inte kunnat undvikas vare sig genom annat utförande av det valda förfarandet eller genom användande av någon annan metod, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Ej ersättning.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 38-årig kvinna, vars vänstra knä opererades den 1 juni 2006 för en korsbandsskada. Den 13 december 2006 var hon på ett uppföljande besök hos sjukgymnast. I uppföljningen ingick att göra ett styrketest av det opererade knäet. Detta gjordes i ett så kallat Biodextest, vilket går till på så sätt att patienten skall sparka så hårt som möjligt med ett ben i taget fastspänt på en skena som är kopplad till en dator. Syftet är att man skall kunna jämföra kraften i det skadade benet med det friska.

Patienten fick ont i det friska benet under testet, varför fortsatt undersökning avbröts. Vid undersökning av det tidigare friska högra knäet konstaterades en meniskskada. Artroskopi visade att patienten hade åldersförslitningar på menisken.

PATIENTEN ansåg att hon har rätt till patientskadeersättning eftersom skadan kunnat undvikas. Dels påpekade hon mitt under testet för sjukgymnasten att ”det känns som benet skulle gå av”. På detta hade denne svarat ungefär ”nej det tror jag inte är möjligt”. Dels borde man före testet ha undersökt om det förelåg åldersförslitningar, eftersom det i sådant fall fanns risk för att knäet skulle skadas. Dels borde man ha övervägt att använda en annan metod. Patienten ansåg att det var ett typiskt olycksfall i samband med vård, undersökning, behandling eller liknande åtgärd.

BOLAGET (Zurich) avböjde ersättning med följande motivering:

När det gäller vad som sagts av sjukgymnasten respektive patienten under själva styrketestet så har de olika versioner av detta. Eftersom Zurich inte har möjlighet att ta upp vittnesmål under ed kan utredningen enbart baseras på journalhandlingar samt vad vårdgivaren själv vidgår. Sjukgymnasten har i detta fall skrivit och meddelat att han inte uppfattat att patienten inte tyckte att det kändes bra förrän efter det att testet hade gjorts och det var också därför som det andra

testet ströks. Patienten menar att hon klargjorde detta under testet, men då hon inte kunnat styrka detta kan det inte tas i beaktande vid utredningen.

Zurichs uppfattning är att det är övervägande sannolikt att meniskskadan i höger knä uppstod under styrketestet. Däremot är det Zurich's uppfattning att skadan inte hade kunnat undvikas genom ett annat utförande av metoden. Då knäet redan innan hade åldersförslitningar så krävdes inte mycket för att skadan skulle uppstå och den hade också kunnat uppstå vid en normal, alldaglig aktivitet. Vi anser att det inte heller funnits en annan metod som uppfyllt vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

Zurichs bedömning är vidare att det inte är visat att skadan skulle ha berott på fel hos medicinteknisk produkt eller felaktig hantering av densamma.

Zurichs bedömning är slutligen att skadan inte är ett olycksfall i samband med vård. Med definitionen olycksfall menar man någonting som är plötsligt och oväntat. Att patienten sparkat hårt under styrketestet är varken plötsligt eller oväntat. Åldersförändringarna i knäet sedan tidigare är inte heller utifrån kommande.

Zurich har därför avböjt ärendet med stöd av 6 § första stycket 1, 2 och 5 patientskadelagen.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade Zurich's uppfattning att ersättningsbar skada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

Enligt 6 § första stycket 1 patientskadelagen lämnas ersättning för personskada på patient om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd, under förutsättning att skadan kunnat undvikas antingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

Det test som utfördes på patientens vänstra knä är en vanlig och vedertagen metod i syfte att fastställa värdet på styrkan i knäet efter en operation. Det finns inget annat utförande av detta förfarande, eller någon annan metod som tillgodoser vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Det inträffade är således en icke undvikbar komplikation. Nämnden gör vidare den bedömningen att, även om man känt till patientens åldersförändringar i det högra knäet, skulle man ha utfört testet.

Någon ersättningsbar patientskada föreligger därför inte.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 581/2008

Jämför referat 2008:09

2009:04

Olycksfallsskada. Olycksfallet har inte sådant samband med vården att det föreligger rätt till patientskadeersättning.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 5 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 51-årig man, som den 7 september 2006 fått vänster ben amputerat på grund av diabetes.

Av den medicinska utredningen framgår att patienten den 7 september 2006 på grund av fula infekterade sår orsakade av diabetes genomgått amputation av vänster ben. Under perioden den 18 september till och med den 9 oktober 2006 vistades patienten inlagd vid rehabiliteringskliniken, där han mobiliserades relativt snabbt och komplikationsfritt. Under perioden hade patienten haft flera permissioner, kunde köra bil med automatväxel och var ADL-mässigt (allmänna dagliga livsfunktioner) helt självständig. Den 2 oktober 2006 kl. 06.30 ramlade patienten när han i samband med toalettbesök skulle vända sig om och slog i amputationsstumpen. Undersökning visade att operationssåret öppnat sig på mitten och blött lite. Såret tvättades och syddes på nytt. Patienten skrevs ut till hemmet den 9 oktober 2006.

PATIENTEN har som patientskada anmält, att han den 2 oktober 2006 under vistelse på en rehabiliteringsklinik ramlade omkull i samband med ett toalettbesök varvid amputationssåret trasades sönder. Han hade visserligen varit hemma kortare perioder och klarat av att köra automatväxlad bil. Men när olycksfallet inträffade var han inlagd på rehabiliteringskliniken. Någon vård hade inte påbörjats för dagen då klockan bara var 7.30. Olycksfallet fördröjde markant hans rehabilitering då det sönderrivna såret inte ville läka med många och täta omläggningar som följd. Såret var vid olyckstillfället läkt och han skulle skrivas ut samma dag. Han anser att detta om något måste vara ett olycksfall och att ersättning ska utgå.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Försäkringen gäller för olycksfallsskada som orsakats i samband med vård och behandling. Med olycksfall avses en plötslig och oförutsedd yttre händelse. Ersättning kan lämnas om olycksfallet inträffat när vården och behandlingen försatt patienten i en situation med förhöjd olycksfallsrisk. Av utredningen framgår att olycksfallet inträffade vid toalettbesök då patienten vårdades inlagd på rehabiliteringsklinik en knapp månad efter amputationen av vänster ben och att han dessförinnan vistats i hemmet. Olycksfallet har således inträffat

under en vardaglig händelse och hade även kunnat inträffa i hemmet. Vidare framgick det av utredningen att patienten ADL-mässigt var helt självständig. Under dessa förhållanden föreligger det inte någon rätt till patientskadeersättning.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att ersättningsbar skada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

Nämnden gör samma bedömning som PSR och anser på de skäl bolaget anfört att det inte föreligger någon rätt till patientskadeersättning enligt 6 § första stycket 5 patientskadelagen.

PATIENTSKADENÄMNDEN

DNR 810/2008

2009:05

Diagnosskada. Patientens besvär borde ha följts upp på ett mer aktivt sätt vid hans besök på en vårdcentral. Detta har lett till försenad diagnos och behandling av patientens hjärtsvikt. Ersättning.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 3 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 70 årig man, som 2003-02-03 besökte en hälsocentral efter att han fallit baklänges vid snöskottning och skadat vänster hand. Vid besöket påpekade patienten också att han de senaste månaderna haft mer ansträngd andning.

Av den medicinska utredningen framgår att patienten sökte hälsocentralen 2003-02-03 på grund av skada i vänster hand som han ådragit sig vid fall bakåt i samband med snöskottning. Vid fallet tog patienten emot sig med vänster hand. En viss svullnad noterades över grundleden till vänster tumme samt strax ovanför leden och diagnosen skrubbsår ställdes. Röntgen av vänster handled och vänster tumme visade ingen synlig skelettskada.

Vid besök på hälsocentralen 2005-05-30 framförde patienten att han hade haft en mer ansträngd andning de sista månaderna. Hjärt- och lungundersökning visade inget avvikande. Det bedömdes att det förelåg en möjlig astma bakom patientens andningsbesvär och man provade Turbuhaler Symbicort (bronkvidgande och antiinflammatoriskt preparat för inhalation). 2005-06-03 skedde ytterligare en kontroll vid hälsocentralen.

2006-05-15 sökte patienten hälsocentralen på grund av försämrad andning med hosta. Han hade haft feber sedan några dagar tillbaka. Det konstaterades att

patientens allmäntillstånd var gott och att han var kompenserad, d.v.s. att han inte visade några tecken till hjärtsvikt. Vid lungauskultation (avlyssning av ljud från lunga) noterades orena andningsljud, speciellt över höger lungbas. CRP var förhöjt (141 mg/L). Patienten ordinerades Doxyferm (antibiotikum) och hostmedicin. Patienten uppmanades höra av sig vid försämring eller vid utebliven förbättring.

Patienten uppsökte hälsocentralen på nytt 2006-05-18 då han hade fortsatta besvär med andningen. CRP hade minskat från 140 mg/L till 43 mg/L. Patienten ordinerades Turbohaler Symbicort och rekommenderades höra av sig vid utebliven förbättring.

Patienten remitterades till medicinkliniken vid Östersunds sjukhus 2006-05-20 på grund av hosta och andnöd. Utredningen visade aortadissektion samt en genomgången hjärtinfarkt. Patienten genomgick 2006-05-24 operation med insättande av stent på Thoraxkliniken vid Norrlands Universitetssjukhus.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Patientskadeersättning lämnas (enligt 6 § första stycket 3 patientskadelagen) om en personskada har orsakats av felaktig diagnostisering. En diagnosskada föreligger när faktiskt iakttagbara sjukdomstecken i samband med diagnostik förbisetts eller feltolkats och på grund härav behandlingsresultatet uteblivit, försämrats eller försenats. Bedömningen av den ifrågasatta diagnosen skall (enligt 6 § andra stycket patientskadelagen) göras med utgångspunkt i hur en specialist eller annan erfaren yrkesutövare inom området skulle ha gjort eller vilka slutsatser denne skulle ha dragit av de undersökningsresultat som låg till grund för diagnosen. Det är således den kunskap som den erfarna specialisten besitter vid diagnostidpunkten som är relevant. Detta innebär att hänsyn inte skall tas till kunskaper som tillkommit efter diagnostiseringstillfället. Om det sålunda visar sig att diagnosen mot bakgrund av de kunskaper som var kända vid diagnostiseringstillfället var korrekt, utgår ingen ersättning.

Vi har funnit att faktiskt iakttagbara symtom tolkats i överensstämmelse med allmänt vedertagen medicinsk praxis vid Hälsocentralen Gäddede. De undersökningar, utredningar och behandlingar patienten har genomgått har varit adekvata och korrekta i förhållande till iakttagbara symtom. Enligt vår bedömning uppvisar patienten inte några besvär som borde ha föranlett remiss för lungröntgen. Vi anser följaktligen att patienten fått en riktig vård och behandling för de besvär han uppvisat samt att det inte var medicinskt motiverat att behandla honom annorlunda än som nu blev fallet. Under sådana förhållanden har patienten inte rätt till patientskadeersättning enligt 6 § första stycket 3 patientskadelagen.

PATIENTEN framförde i sin skrivelse till Patientskadenämnden att PSR missuppfattat hans anmälan. Skadan som han anmält är att han fått fel diagnos,

astma, i stället för som det var, vatten i lungsäcken. Patienten framförde vidare att det vid samma tillfälle upptäcktes att kroppspulsådern höll på att spricka vilket ledde till att han opererades i Umeå. Han vet inte om detta möjligen är orsakat av den felaktiga diagnos som han fick ifrån början.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ersättningsbar skada förelåg och gjorde följande bedömning:

Patienten sökte i maj och juni 2005 flera gånger vårdcentralen på grund av ansträngd andning. Man tolkade andnöden som eventuellt betingad av astma och patienten sattes in på läkemedlet Symbicort. Någon röntgen av hjärta och lungor utfördes inte och diagnosen astma var tveksam.

Först den 15 maj 2006, d.v.s. ett år senare, sökte patienten vårdcentralen på grund av ytterligare försämrad andning och hosta samt feber och förhöjd CRP. I status noterades inte tecken på hjärtsvikt, men patienten angav att han var rosslig. Patienten återkom tre dagar senare med fortsatta besvär av andnöd. Fortsatt astmamedicinering förordades. Ytterligare två dagar senare, den 20 maj 2006, remitterades patienten till medicinkliniken på Östersunds sjukhus där det visade sig att han hade ett dissekerande aortaaneurysm samt att han hade genomgått en hjärtinfarkt och att han led av grav hjärtsvikt. Patienten opererades med stent i aorta vid Norrlands universitetssjukhus i Umeå i maj 2006.

Nämnden anser att de besvär som patienten uppvisade i maj och juni 2005 borde ha följts upp på ett mer aktivt sätt. Dels var astmadiagnosen tveksam och dels borde patienten ha genomgått hjärt- och lungröntgen med tanke på diabetes och hypertonisjukdom. Enligt nämndens bedömning föreligger därför en diagnos- och behandlingsförsening av patientens hjärtsvikt från och med den 3 juni 2005. Följderna av denna försening berättigar patienten till patientskadeersättning. Det ankommer på PSR att utreda diagnosskadans omfattning.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 895/2008

2009:06

Fråga om skadestånd på grund av försenad information. Sex medlemmar av samma familj, fördelade på tre generationer, har råkat ut för att provsvar som visade på anlag för en ärftlig hjärtsjukdom kommit på avvägar under drygt två år. Fem av familjemedlemmarna, som kommit till vuxen ålder, har ansetts berättigade till ersättning för ideell skada. Den sjätte medlemmen, som endast var drygt ett år gammal, har inte ansetts berättigad till ideell ersättning.

Barnets moder har inte ansetts berättigad till ersättning för missad möjlighet till fostervattenprov och alternativ graviditet.

Dessutom fråga huruvida det minderåriga barnets medfödda hjärtsjukdom var orsakad av sjukvården samt om barnets födelse kan anses vara en personskada hos barnet.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 och 3 patientskadelagen (1996:799). Jfr 1995:02 och 1995:03

Referatet gäller sex medlemmar av samma familj där medlemmar har visat sig vara bärare av en ärftlig mutation i genen RYR2 (c.1259G>A). Mutationen ger upphov till en genetisk, autosomt dominerande, hjärtsjukdom som medför risk för hjärtarytmier och plötslig död. Familjemedlemmarna betecknas i referatet med bokstäverna A–F. De tillhör tre olika generationer och den tid under vilken besked om provsvar uteblev, varade från 15 april 2005 till 25 augusti 2007.

Familjemedlem A (man) var 46 år gammal år 2007 och tillhör ensam den första generationen.

Familjemedlemmarna B–E tillhör alla mellangenerationen. B och C är syskon och brorsbarn till A medan D och E likaså är syskon men barn till A. B (man) var 24 år, C (man) var 16 år, D (kvinna) var 24 år och E (kvinna) var 22 år.

Familjemedlem F (pojke) var barn till E, barnbarn till A och endast ett år gammal.

Händelseförloppet.

Sedan en systerson till patienten A i samband med ett akut hjärtstillestånd diagnostiserats med den ärftliga genmutationen genomfördes provtagning av patienterna A–E i april 2005. (Systersonen tillhör inte gruppen patienter A–F) Proven visade att patienten A, liksom hans dotter E och brorson C, var bärare av den ärftliga mutationen i RYR2-genen. Däremot var patienten A:s dotter D och brorson B inte bärare av genmutationen. Patienten F, sonson till A, var inte född

när provtagningen gjordes men har senare visat sig vara bärare av den ärftliga sjukdomen.

Svaren från provtagningarna i april 2005 upptäcktes dock inte förrän den 25 augusti 2007 i samband med att patienten A:s brorson C drabbades av ett akut hjärtstillestånd.

Samtidigt visar journalhandlingar för patienten A från den 21 oktober 2005 att han genomgått arbetsprov med anledning av misstanke om hjärtsjukdom. Detta visade förekomst av arytmier och patienten insattes på läkemedlet Selen ZOC (betablockare). Den 11 november 2005 bedömdes det som troligt att han led av den ärftliga hjärtsjukdomen och var bärare av samma genmutation som kom att orsaka hans brorson C det plötsliga hjärtstilleståndet i augusti 2007. Någon säker diagnos sattes dock inte eftersom provsvaret förkommit och inte återfanns förrän i augusti 2007. Patienten fick dock en form av pacemaker med automatisk defibrillator inlagd (s.k. ICD-system). Operationen utfördes komplikationsfritt den 21 april 2006 och av de vidare journalhandlingarna framgår att ICD-systemet har fungerat väl.

Patienternas anmälda skador.

Patienterna A, B och E har anmält att de drabbats av fysiskt och psykiskt lidande till följd av fördröjd diagnostisering från den 15 april 2005 till augusti 2007 av den genetiska hjärtsjukdom som orsakas av mutationen i genen RYR2.

Patient C, 16 år gammal och den vars hjärtstopp i samband med idrottsutövning i augusti månad 2007 ledde till att provsvaret hittades, har som patient-skada anmält dels det lidande som han drabbats av genom hjärtstoppet i augusti 2007, vilket sannolikt hade kunnat undvikas om han redan år 2005 hade fått ett ICD-system insatt, dels fysiskt och psykiskt lidande till följd av fördröjd diagnostisering från den 15 april 2005 till augusti 2007 av den genetiska hjärtsjukdomen.

Patienten D, som inte är bärare av den ärftliga mutationen, har trots detta fått ett ICD-system inopererat efter ett svimningsanfall under hösten 2005. Hon anses ha begärt ersättning för lyte och men samt olägenheter i övrigt ävensom för sveda och värk och för kostnader och ärr.

Patienten F, ett år gammal, har begärt ersättning genom sin mor, patienten E. Modern uppger att patient F fått den ärftliga mutationen via sin mor. Innan modern blev gravid var hon i kontakt med sjukvården för att höra om det gick bra att skaffa barn. Hon fick svaret ja. Om modern fått reda på att hon bar på den ärftliga mutationen skulle hon aldrig ha skaffat barn på det sätt som hon nu gjort. Hennes son måste nu ta flytande medicin tre gånger per dag och han kommer att behöva medicinera hela livet och genomgå en operation när han blir större.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) konstaterade att provsvaren borde ha kunnat meddelas patienterna redan i juni månad 2005 men avböjde ersättning beträffande patienterna A, B, E och F. Beträffande patienten C tillerkände PSR honom ersättning med 2 000 kr. för sveda och värk på grund av det

kortvariga hjärtstoppet i augusti 2007. Beträffande patienten D tillerkände PSR henne ersättning för sveda och värk med 11 000 kr, för ärr med 11 000 kr, för medicinsk invaliditet med 34 000 kr, och för kostnader med 3 060 kr. allt för den icke medicinskt motiverade behandlingen under hösten 2005.

Ersättning till patienterna A, B och E avböjdes med motivering att dessa inte orsakats någon personskada genom diagnosförseningen.

Vad slutligen angår patient F, den ettåriga pojken, har PSR konstaterat att dennes hjärtsjukdom är medfödd och inte orsakad av sjukvården på sätt som anges i patientskadelagen samt att det inte kan anses som en personskada att vara född med liv.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att ersättningsbar skada förelåg i samtliga fall utom beträffande patient F och gjorde följande bedömningar, som redovisas för varje patient för sig:

Patient A.

Som patientskada är anmäld att patienten drabbats av fysiskt och psykiskt lidande till följd av fördröjd diagnostisering från april 2005 till augusti 2007 av den genetiska hjärtsjukdom som orsakas av mutationen c.1259G>A i genen RYR2.

Patienten borde ha blivit informerad om analyssvaret och sjukdomsdiagnosen så snart resultatet meddelats till sjukvården, senast i juni 2005. Socialstyrelsen har konstaterat att patienten har utsatts för väsentliga patientsäkerhetsrisker, psykiskt lidande och rädsla i samband med vardagliga aktiviteter även om vissa åtgärder ändå hade vidtagits i förebyggande syfte.

Nämnden gör bedömningen att någon fysisk personskada inte uppkommit på grund av diagnosfördröjningen. På grund av det uteblivna analyssvaret har patienten emellertid under betydande tid levt i ovisshet om huruvida han var bärare av den muterade genen. Denna ovisshet måste enligt nämndens mening ha inneburit ett lidande med oro och ångslan för att han obehandlad eller med ofullständig behandling bar på den allvarliga ärftliga hjärtsjukdomen och därmed riskerade hjärtarytmier och plötslig död. Under dessa förhållanden anser nämnden att ersättning för ideell skada bör betalas med 25 000 kronor för det psykiska lidandet. Självrisk bör inte avräknas.

Patient B.

Som patientskada är anmäld fysiskt och psykiskt lidande på grund av att svar efter provtagning i april 2005, utvisande att patienten inte var bärare av den genetiska hjärtsjukdom som orsakas av mutationen c.1259G>A i genen RYR2, förkommit och inte meddelats förrän i augusti 2007.

Patienten borde ha blivit informerad om analyssvaret och att han inte var bärare av genen så snart resultatet meddelats till sjukvården, senast i juni 2005.

På grund av det uteblivna analysvaret har patienten under betydande tid levt i ovisshet om huruvida han var bärare av den muterade genen. Denna ovisshet måste enligt nämndens mening ha inneburit ett lidande med oro och ångslan för att han obehandlad bar på den allvarliga ärftliga hjärtsjukdomen och därmed riskerade hjärtarytmier och plötslig död. Under dessa förhållanden anser nämnden att ersättning för ideell skada bör betalas med 25 000 kronor för det psykiska lidandet. Självrisk bör inte avräknas.

Patient C.

PSR har som patientskada godkänt att patienten orsakats ett lidande till följd av hjärtstopp den 19 augusti 2007. Skadan hade kunnat undvikas om patienten fått ett ICD-system insatt under sommaren 2005 vilket hade blivit fallet om vårdgivaren på ett adekvat sätt omhändertagit informationen att patienten var anlagsbärare av mutationen c.1259G>A i genen RYR2. Ersättning har lämnats med 2 000 kronor för sveda och värk utan avdrag för karensbelopp.

Nämnden anser att den ersättning som lämnats för hjärtstoppet och dess följder är för låg. Det är rimligt att anta att skadan erfordrar en återhämningsperiod både fysiskt och psykiskt som sträcker sig över en längre tid än vad som enligt gällande ersättningsnormer motsvarar det belopp som utbetalats. Nämnden gör bedömningen att ersättningen för hjärtstoppet och den rehabilitering som följer på detta bör beräknas till 10 000 kronor.

Därutöver har patienten, på grund av det uteblivna analysvaret, under betydande tid levt i ovisshet om huruvida han var bärare av den muterade genen. Denna ovisshet måste enligt nämndens mening ha inneburit ett lidande med oro och ångslan för att han obehandlad bar på den allvarliga ärftliga hjärtsjukdomen och därmed riskerade hjärtarytmier och plötslig död. Under dessa förhållanden anser nämnden att ersättning för ideell skada bör betalas med 25 000 kronor för det psykiska lidandet. Ersättningsbeloppet ska utbetalas utan samordning med övrig ideell ersättning.

Patient D.

PSR har som patientskada godkänt att patienten har fått ett ICD-system insatt trots avsaknad av adekvat medicinsk indikation. Ersättning har lämnats för sveda och värk, lyte och men samt olägenheter i övrigt, ärr och merkostnader. Nämnden anser att den ersättning som utbetalats för detta onödiga ingrepp är beräknad i enlighet med gällande ersättningsnormer. Förbehåll har lämnats med rätt för patienten att återkomma vid tillkommande besvär. Därmed föreligger inte rätt till ytterligare ersättning för följderna av insättande av ICD-systemet.

Dock anser nämnden att patienten genom denna ersättning inte är fullt kompenserad för den personskada som orsakats av det uteblivna analysvaret. Patienten borde ha blivit informerad om analysvaret och att hon inte var bärare av genen så snart resultatet meddelats till sjukvården, senast i juni 2005. På grund av det uteblivna analysvaret har patienten under betydande tid levt i

ovisshet om huruvida hon var bärare av den muterade genen. Denna ovisshet måste enligt nämndens mening ha inneburit ett lidande med oro och ångslan för att hon med ofullständig behandling bar på den allvarliga ärftliga hjärtsjukdomen och därmed riskerade hjärtarytmier och plötslig död. Under dessa förhållanden anser nämnden att ersättning för ideell skada bör betalas med 25 000 kronor för det psykiska lidandet. Ersättningsbeloppet ska utbetalas utan samordning med övrig ideell ersättning. Självrisk bör inte avräknas i ärendet.

Patient E.

Som patientskada är anmäld att patienten drabbats av fysiskt och psykiskt lidande till följd av fördröjd diagnostisering från april 2005 till augusti 2007 av den genetiska hjärtsjukdom som orsakas av mutationen c.1259G>A i genen RYR2.

Patienten borde ha blivit informerad om analyssvaret och sjukdomsdiagnosen så snart resultatet meddelats till sjukvården, senast i juni 2005. Socialstyrelsen har konstaterat att patienten har utsatts för väsentliga patientsäkerhetsrisker, psykiskt lidande och rädsla i samband med vardagliga aktiviteter.

Nämnden gör bedömningen att någon fysisk personskada inte uppkommit på grund av diagnosfördröjningen. På grund av det uteblivna analyssvaret har patienten emellertid under betydande tid levt i ovisshet om huruvida hon var bärare av den muterade genen. Denna ovisshet måste enligt nämndens mening ha inneburit ett lidande med oro och ångslan för att hon obehandlad bar på den allvarliga ärftliga hjärtsjukdomen och därmed riskerade hjärtarytmier och plötslig död. Under dessa förhållanden anser nämnden att ersättning för ideell skada bör betalas med 25 000 kronor för det psykiska lidandet. Självrisk bör inte avräknas.

Någon särskild ersättning för utebliven möjlighet till fostervattensprov och alternativ graviditet kan inte lämnas enligt gällande skadeståndsrättsliga ersättningsprinciper.

Patient F.

Nämnden delar PSR:s bedömning att patientens hjärtsjukdom inte är orsakad av vården och att det faktum att ett barn föds med liv inte kan utgöra en personskada.

Nämnden har i ett annat ärende (Dnr 2009/0201) konstaterat att det i fråga om barnets moder föreligger en fördröjd diagnostisering från april 2005 till augusti 2007 av den genetiska hjärtsjukdom som orsakas av mutationen c.1259G>A i genen RYR2. Om analyssvaren beträffande henne inte hade förekommit skulle sjukdomen sannolikt ha diagnostiserats tidigare även beträffande barnet. Det föreligger därför en fördröjd diagnostisering av hjärtsjukdomen under ett antal månader från den tidpunkt DNA-analys hade kunnat slutföras efter barnets födelse i augusti 2006 och fram till hösten 2007. Enligt nämndens uppfattning har diagnosfördröjningen dock inte medfört någon merskada hos barnet vare sig

fysiskt eller psykiskt. Den oro och ängslan som nämnden funnit att bl.a. barnets mor drabbats av på grund av det uteblivna analysresultatet kan ett nyfött barn enligt nämndens uppfattning inte ha känt. Under dessa förhållanden föreligger inte någon rätt till patientskadeersättning.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 196–199, 201 OCH 202/2009

2009:07

Tillämpning av undantag från rätt till patientskadeersättning vid behandling av skada eller sjukdom som utan behandling var direkt livshotande. Även fråga om ersättning för medicineringskada.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 6 samt 7 § 1 och 2 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 48-årig kvinna med buksmärtor.

2007-12-08 genomgick patienten skiktröntgenundersökning av buken. Efter det att röntgenundersökningen var slutförd fick patienten andningspåverkan och kraftig andnöd. Tillståndet tolkades som anafylaktisk chock (häftigt eller plötsligt inträdande överkänslighetsreaktion med allvarligt symptomkomplex – hudutslag, vätskesvullnad, andningsbesvär och blodtrycksfall) förorsakad av intravenös kontrastinfusion. I avvaktan på att narkospersonal skulle anlända till röntgenlabbet administrerades adrenalin i koncentration 1 mg/ml i den intravenösa infartskanylen. Först injicerades en halv ml utspädd adrenalinlösning utan påtaglig effekt på andningsbesvären varför ytterligare en halv ml utspädd adrenalinlösning gavs. Någon koksaltampull för att späda adrenalinlösningen kunde ej hittas i röntgenklinikens låda för akuta mediciner.

Efter andra adrenalininjektionen fick patienten kraftiga bröstsmärtor och huvudvärk. Hon erhöll 100 mg Solu-cortef via den intravenösa infartskanylen. Efter att narkosläkaren hade anlänt erhöll patienten allergimedikiner i form av antihistamin. Hon överfördes därefter från röntgenlabbet till intensivvårdsavdelningen. Patientens tillstånd förbättrades därefter snabbt.

PATIENTEN anmälde att hon efter en injektion med adrenalin i utspädd form drabbades av hjärtskada, hjärtsvikt, andningsoförmåga, lungödem och posttraumatisk stress. Injektionen gavs på grund av anafylaktisk chock som uppstod i samband med kontrastsiktröntgen. Behandlingen utfördes 2007-12-08 på röntgenkliniken, Norrlands Universitetssjukhus.

Patienten anför i sitt överklagande att hon är på det klara med att den anafylaktiska chocken var en läkemedelsbiverkan som inte handlar om någon felbehandling som kan omfattas av patientförsäkringen. Det som föranleder hennes skrivelse till Patientskadenämnden är den livshotande situation som behandlande läkare (doktor A) bedömde som felbehandling och anmält till Socialstyrelsen. Doktor A var en kirurg som av en händelse befann sig i närheten. Doktor A:s insats räddade hennes liv men innebar likafullt att ett nytt allvarligt tillstånd orsakades. Att adrenalinbehandlingen blev en felbehandling var en följd av brister i den medicinska utrustningen.

Utlåtandet från röntgenkliniken att akutväskan innehöll såväl utspädd som outspädd adrenalinlösning stämmer inte med doktor A:s redogörelse. Han hävdar i sin anteckning 2007-12-14 att han inte kunde finna någon ampull med utspädd adrenalin. Med tanke på akutväskans begränsade innehåll och hur angeläget det var för honom att hitta adrenalin i utspädd form är det rimligt att dra den slutsatsen av hans information att sådant adrenalin saknades. Han beskriver hur han befann sig i en valsituationen om han skulle injicera koncentrerat adrenalin eller invänta narkosläkaren som kallats till platsen men som dröjde. Patienten vill absolut inte kritisera dr A för något eftersom han gjorde vad han kunde under de förutsättningar som gällde. Det är adekvat att som handläggaren gör i sin skrivelse beteckna hans insats som "ett nödvändigt risktagande" men insatsen är likafullt en felbehandling av en art som absolut inte får förekomma och som sjukhusets personal och ledning bedömer som en allvarlig avvikelse från vad en patient har rätt att förvänta sig. Detta risktagande hade inte fått dessa allvarliga följder om akutväskan varit uppdaterad med utspädd adrenalinlösning. Denna brist i beredskapen har upprört sjukvårdspersonal på bland annat intensivvårdsavdelningen och förefaller vara en avvikelse från rutiner vid andra avdelningar på sjukhuset.

En huvudpunkt i patientens argumentering är att doktor A över huvud taget inte hade behövt ingripa om röntgenpersonalen haft kompetens eller initiativ att omgående starta adekvat behandling eller om narkosläkaren kommit omgående. Som framgick vid samtal med doktor A råder oklarhet om varför narkosläkaren dröjde. Det måste anses vara ett rimligt anspråk att personal vid en röntgenavdelning har beredskap att hantera en anafylaktisk chock som visserligen är ovanlig men som kan förekomma. Patienten kan inte se det på annat sätt än att denna brist i patientsäkerheten bör vägas in när det ska bedömas om patientförsäkringen är tillämplig. Situationen hade blivit katastrofal om inte doktor A råkat finna sig i närheten. Det kan inte heller vara förenligt med sjukhusets regler att akutväskan saknade utspädd adrenalinlösning. Andningsförmåga, lungödem och extremt stark påverkan på hjärtat av adrenalinchocken innebär stor risk för allvarlig hjärtskada enligt expertis på hjärtintensiven. Injektion av outspädd adrenalin direkt i blodet beskrivs av doktor A själv som felaktig. Han beklagar att han inte gav injektionen intramuskulärt i stället för intravenöst något som hade lindrat effekten. Doktor A och sjukhuset har tagit sitt ansvar genom att

anmäla ärendet som ett Lex Mariaärende i syfte att få till stånd en granskning av rutinerna på sjukhuset.

Patienten vill alltså göra gällande att behandlingen av den anafylaktiska chocken på grund av bristande rutiner och brister i utrustning försatte henne i ett livshotande tillstånd som krävde intensivvård och lång rehabilitering, fysiskt och psykiskt.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Enligt 6 § första stycket 6 och 7 § 2 är en förutsättning för att man ska få ersättning för en skada som orsakats av medicinering att medicineringen skett i strid med föreskrifter eller anvisningar. Den anafylaktiska chocken var en läkemedelsbiverkan orsakad av kontrastmedlet Omnipaque. Kontrastmedlet har givits i enlighet med föreskrifter och anvisningar.

Enligt 7 § 1, patientskadelagen lämnas inte ersättning om skadan är en följd av ett nödvändigt förfarande för diagnostisering eller behandling av en sjukdom eller skada som utan behandling är direkt livshotande eller leder till svår invaliditet.

Om patienten ej hade tillförts Adrenalin så pass snabbt, om även i hög dos, hade risken för att hon skulle avlida i samband med den anafylaktiska chocken varit stor. Tack vare att hon fick Adrenalin kunde den anafylaktiska chocken hävas. Såväl en kraftigt uttalad anafylaktisk chock som en hög Adrenalin dos kan bidra till att utveckla de symtom avseende hjärtinsufficiens och lungödem som förelåg kliniskt efter behandlingen. Det väsentliga i sammanhanget är att patienten fick behandling för sin anafylaktiska chock som annars hade kunnat leda till en tragisk utgång.

Sammanfattningsvis har PSR bedömt att patientens tillstånd var direkt livshotande och fordrade en omedelbar åtgärd. Att i den situationen, doktorn inte lyckades återfinna den spädda adrenalinlösningen eller koksalt att späda med var en nödsituation. Under sådana förhållanden föreligger inte rätt till patientskadeersättning.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att ersättningsbar patientskada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

I samband med att patienten genomgick skiktröntgenundersökning av buken fick hon kontrastmedel och drabbades därefter av en anafylaktisk chock som behandlades med outspädd adrenalin.

Nämnden anser i likhet med PSR att den anafylaktiska chocken orsakades av kontrastmedlet Omnipaque samt att kontrastmedlet givits i enlighet med föreskrifter och anvisningar. Patienten har i PSR:s beslutsbrev daterat 2008-12-08 informerats om att hon kan vända sig till försäkringsbolaget Zürich om hon önskar att läkemedelsförsäkringen ska pröva hennes ärende.

Enligt 7 § 1 patientskadelagen lämnas inte patientskadeersättning om skadan är en följd av ett nödvändigt förfarande för diagnostisering eller behandling av en sjukdom eller skada som utan behandling är direkt livshotande eller leder till svår invaliditet. Bestämmelsen ska tillämpas i de situationer där vårdbehovet är så akut att behandlingen måste sättas in trots att man inte haft möjlighet att vidta normala förberedelser. Bestämmelsen är även tillämplig i sådana situationer där man medvetet måste ta stora risker för att kunna förebygga en mycket allvarlig utveckling av patientens skada eller sjukdom (se prop. 1995/96:187 s. 85).

Av utlåtande från röntgenkliniken framgår att akutväskan innehöll såväl utspädd som outspädd adrenalinlösning. Läkaren lyckades dock inte finna den utspädda adrenalinlösningen eller koksalt att späda med, utan patienten fick adrenalin i outspädd form. Efter detta fick patienten kraftiga bröstsmärtor och huvudvärk.

Liksom PSR anser nämnden att det var nödvändigt att patientens anafylaktiska chock behandlades omgående med adrenalin då detta tillstånd är direkt livshotande. Patientens vårdbehov var så akut att behandlingen med adrenalin måste sättas in trots att läkaren inte lyckades finna adrenalin i rätt koncentration. Enligt nämndens bedömning har läkaren således agerat korrekt i den nödsituation som faktiskt förelåg. Vid en samlad bedömning finner nämnden därför att undantagsbestämmelsen i 7 § 1 patientskadelagen är tillämplig och att någon ersättningsbar patientskada inte föreligger.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 798/2009

2009:08

Ersättning för tandextraktion som skett utan tillräcklig indikation.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

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

Ärendet gäller en kvinna född 1958 som under 2005 sökte akut tandvård p.g.a. besvär från vänster underkäke.

PATIENTEN anmäler att det var en felaktig behandling 2005-07-21 med att påbörja rotbehandling av tand 35 utan diagnos. Detta har medfört förlängt lidande, nervskada och senare onödig förlust av tanden 35. Vidare anmäls att tanden 34 skadats i samband med avlägsnandet av tand 35. Initialt anmäls FTV (Folk tandvården) A 2005-07-21 och därefter behandling vid FTV B.

I BOLAGETS (PSR:S) UTREDNING anges att patienten kom som ny patient till FTV B 2004-05-11. Amalgamfyllningen i tand 35 hade frakturerat och patienten hade haft ont av och till. Karies avlägsnades och tanden försågs med en temporär fyllning i avvaktan på symptomfrihet. En konventionell lagning med compositematerial applicerades i tanden 2004-08-24. Fyllningen var pulpanära, d.v.s. i nära anslutning till tandens kärlrika inre.

2005-07-20 uppsöktes FTV A akut. Sedan två veckor tillbaka förelåg tilltagande besvär från vänster underkäke. Olika tester utfördes för att få fram vilken tand som var orsaken till besvären. Den djupa fyllningen i tand 35 misstänktes vara orsak till värken. Dagen efter var tanden så känslig vid sondering och smärtade så kraftigt, att beslut togs att inleda rotbehandling till följd av pulpitisiska symptom (akut inflammation i tandens kärlrika inre). Tanden akutrensades samma dag, d.v.s. 2005-07-21. Rotbehandling av tanden 35 fortsatte 2005-08-08 vid FTV B. Tanden rotfylldes definitivt 2005-09-09, då besvären avklingat mer och mer.

2006-03-09 uppsöktes FTV B akut då värk förelåg från vänster underkäke och som periodvis förelegat. Den gamla rotfyllningen i tanden avlägsnades och tanden försågs med ett vävnadsvänligt medikament. Ingen sprickbildning i tanden kunde dock konstateras. Besvären försvann för en tid men återkom senare. 2006-06-22 beslutades om remiss till rotfyllningsspecialist. Smärtan misstänktes ha karaktären av utlöst neuralgi (nervsmärta).

Tanden 35 avlägsnades 2006-10-03 till följd av utebliven symptomfrihet. Själv avlägsnandet förlöpte komplikationsfritt. Därefter har besvär påtalats i varierande grad. Patienten har även påtalat att tanden 34 flyttat på sig. Detta har dock inte kunnat verifieras.

Vid inspektion av tanden under rotbehandlingsförloppet, vid revidering av den gamla rotfyllningen och efter att tanden avlägsnats har inga sidokanaler eller sprickbildningar kunnat konstateras. Detta kan utläsas ur journal samt utlåtande från tandläkare E.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) har bedömt att all behandling varit odontologiskt motiverad och utförts enligt vedertagen metod och på ett korrekt sätt. Tanden uppvisade en symptombild av pulpitis d.v.s. akut inflammation i tandens kärlrika inre. Befintlig fyllning var omfattande och låg i nära anslutning till pulparummet (tandens kärlrika inre).

Vid bedömning om en felaktig diagnos/behandling föreligger eller inte utgår man ifrån vilka besvär som uppvisats vid undersökningstillfället, vilka undersökningar som gjorts samt hur symptom och undersökningsresultat har tolkats. PSR anser att man utfört lämpliga undersökningar/behandlingar och att man har tolkat undersökningsresultatet/-n på ett rimligt sätt, och mot bakgrund av detta förhållande finner vi att de faktiskt iakttagbara symptomen tolkats i överensstämmelse med allmänt vedertagen praxis. PSR anser följaktligen att patienten fått en riktig vård och behandling med hänsyn till detta. Någon felaktig behand-

ling kan inte verifieras i den mening som avses i patientskadelagen. Ersättning har därför avböjts från landstingens patientförsäkring.

PATIENTEN godtar inte PSR:s bedömning i ärendet. Tandens felaktigt behandlade vilket resulterat i en nervskada (bestående smärta/värk i området). Värken har inte försvunnit även om tanden avlägsnats. Det kan inte vara påstådda sidokanaler i tanden 35 som varit orsak till hennes smärta/värk. Tandläkare som undersökt tanden efter att den avlägsnats, har inte kunnat finna några sidokanaler. Patienten yrkar ersättning för lidande och merkostnader som det får förstås.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att det förelåg rätt till patientskadeersättning för förlusten av tanden 35 och gjorde följande bedömning:

Nämnden anser att symtombilden successivt utreddes, tolkades och behandlades korrekt fram till dess att man avlägsnade tand 35 den 3 oktober 2006. Enligt nämndens uppfattning fanns det vid denna tidpunkt inte tillräcklig indikation för att dra ut tanden. Specialisten i endodonti hade den 15 augusti 2006 rekommenderat en avvaktande hållning. Att det i brevet från detta datum anmärks att det eventuellt på lång sikt kunde bli frågan om extraktion gav inte grund för extraktion endast en och en halv månad därefter. Patienten hade inte ens haft en ihållande besvärssbild under den mellanliggande perioden. I september månad uppgav patienten i stället att det förelåg en förbättring. Enligt nämnden är patienten därmed berättigad till ersättning för förlusten av tand 35.

Enligt nämndens bedömning är det däremot inte övervägande sannolikt att någon skada tillfogats tand 34 i samband med tandutdragningen av tand 35. Rätt till ersättning för skada på tand 34 föreligger därmed inte.

Det smärttillstånd som patienten drabbats av utgör inte någon ersättningsbar patientskada då den behandling som utförts utöver tandutdragningen skett i enlighet med gällande handlingsnormer. I den mån smärttillståndet har samband med utförd behandling har detta inte kunnat undvikas genom ett annat utförande av behandlingen eller genom val av någon annan behandlingsmetod som tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 307/2009

2009:09

Ersättningstvist. Ersättning för bostadsanpassningskostnader kan inte lämnas utöver den ersättning som beviljats genom kommunalt bostadsanpassningsbidrag.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

8 § patientskadelagen (1996:799) och 5 kap. 1–5 §§ skadeståndslagen (1972:207)

Ärendet gäller en 8-årig flicka (A) som i samband med förlossningen fick en hjärnskada på grund av syrebrist. Ersättningsbar patientskada föreligger och den medicinska invaliditetsgraden har bedömts till 99 %. Tvisten gäller ersättning för bostadsanpassning.

PATIENTEN/MÅLSMAN anför att kommunen inte tillstyrkte deras ansökan om bidrag för en tillbyggnad utan kom med ett eget förslag på bostadsanpassning. Detta förslag skulle innebära en invändig ombyggnad samt en tillbyggd groventré på 3 x 3 meter mitt på husets långsida. Den invändiga ombyggnaden skulle göra A:s rum större (från 10 till 21 m²) och skulle då ta yta från vardagsrummet. Den ytan skulle efter kommunens förslag på anpassning bli 24 m² mot tidigare 35 m².

Man ska ha i åtanke att familjen består av 5 personer plus en assistent. Då kommunens förslag försämrar och är till stor nackdel för husets övriga boende och ägare, samt att deras förslag stoppar A i hennes deltagande med den övriga familjens aktiviteter i vistelseplanet så finner målsman inte deras förslag acceptabelt.

Då kostnaden för målsmans tilltänkta tillbyggnad skulle vara 640 000 kronor och kommunen kan bidra med 200 000 kronor så återstår det alltså 440 000 kronor. A:s skada förutan hade denna tillbyggnad inte varit aktuell. Därför är detta absolut en skadebetingad merkostnad.

För att minimera kostnaderna för A:s anpassning så skulle man kunna göra en tillbyggnad med enbart en groventré samt sov/aktivitetsrum åt A, d.v.s. utan toalett som redan finns i den befintliga huskroppen. Groventré samt större sovrum är ytor som är absolut nödvändiga för A:s hjälpmedel, aktivitetsmöjligheter m.m. Den yta som då skulle vara aktuell är ca 30 m² (10 m² till groventré, 20 m² sovrum för A). Då detta är nästan helt ”torra” ytor beräknas m²-priset till 12 000 kronor/m². Det skulle ge en totalkostnad på 360 000 kronor. Kommunen står enligt ovan för 200 000 kronor vilket gör att det är 160 000 kronor kvar efter att en minimering av kostnaderna har genomförts.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) gjorde följande bedömning:

Enligt skadeståndslagen 5 kap. 1 § första stycket 1 skall skadestånd till den som har tillfogats personskada omfatta ersättning för sjukvårdskostnad och andra kostnader. En grundläggande princip är att endast skadebetingade merkostnader ersätts, d.v.s. kostnader som står i direkt orsakssamband med skadan (patientskadan). Kostnader som den skadelidande skulle ha drabbats av oavsett skadan ersätts inte genom skadestånd. För att vara ersättningsgilla ska kostnaderna även vara nödvändiga och skäliga samt ligga inom ramen för normal standard.

PSR delar kommunens bedömning om vilka kostnader för bostadsanpassning som kan ersättas och anser att kommunens förslag om ombyggnad tillgodoser A:s behov. Bidrag utöver det som kommunen beviljat för bostadsanpassning har således bedömts som ej nödvändiga och skäliga merkostnader.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att ytterligare ersättning för bostadsanpassning inte ska betalas och gjorde följande bedömning:

Enligt 8 § patientskadelagen ska patientskadeersättning bestämmas enligt bland annat 5 kap. 1–5 §§ skadeståndslagen. Detta innebär att skadestånd till den som tillfogats en personskada ska omfatta ersättning för sjukvårdskostnad och andra kostnader för den skadelidande. Enligt skadeståndsrättsliga principer måste utgifterna vara såväl nödvändiga som skäliga för att ersättning ska betalas.

Att anpassa en handikappads bostad är en kommunal angelägenhet. Bestämmelserna om detta finns i lagen (1992:1574) om bostadsanpassningsbidrag m.m. Kommunens beslut i dessa avseenden kan överklagas hos allmän förvaltningsdomstol.

Det kommunala bostadsanpassningsbidraget avser att täcka de kostnader som uppkommer för att göra bostaden ändamålsenlig med hänsyn till den handikappades behov. Bidraget motsvarar därför vad som vid en skadeståndsrättslig bedömning kan anses vara nödvändiga och skäliga kostnader för anpassning av en bostad.

Nämnden gör därför samma bedömning som PSR och anser då att någon ersättning för bostadsanpassning inte kan betalas enligt patientskadelagen.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 335/2009

2009:10

Ersättning för psykisk skada till följd av felaktig journaluppgift om allvarlig sjukdom.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

3 och 6 §§ patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en 31-årig kvinna som i juli 2005 diagnostiserades med ändtarms-tumör (rektalcancer). Hon anmäler psykiskt och fysiskt lidande till följd av att hon tagit del av PAD-utlåtande 2005-08-19, som felaktigt angav att det förelåg cancer stadium Dukes B, vilket är ett allvarligare stadium än Dukes A som hade varit den korrekta klassificeringen.

Patienten genomgick 2005-06-29 rektoskopi med provtagning från slemhinnan. PAD-utlåtande 2005-07-07 talade för adenocarcinom av minst in situ – typ men sannolikt förelåg ett invasivt coloncarcinom. Magnetkameraundersökning utfördes 2005-07-15 som bedömdes visa en ändtarmstumör i stadium T2.

2005-08-03 opererades patienten med låg främre resektion (avlägsnande av rektum med bevarande av anus) med colonreservoar (en reservoar görs av colon som sedan kopplas till anus) samt uppläggning av en loopileostomi (en tillfällig avlastande stomi).

I PAD-utlåtande 2005-08-19 anges att det förelåg cancer stadium Dukes B.

I journalanteckning 2005-08-29 anges ”PAD-konferens: PAD har visat T2-tumör som växer i muscularis propria men inte igenom. Noll växt i 20 undersökta körtlar.”

Vid läkarbesök 2005-10-17 ville patienten att man skulle gå igenom PAD-utlåtande 2005-08-19 där patologen beskrivit en T2-tumör men angivit Dukes B som stadium.

2005-11-28 fick patienten besked om att det var fråga om en tumör av typen Dukes A T2.

PATIENTEN har som patientskada anmält att hon drabbats av psykiskt och fysiskt lidande p.g.a. att man i PAD-utlåtande 2005-08-19 angivit felaktig stadiindelning av hennes cancertumör. Patienten fick före operationen 2005-08-03 besked om att cancertumören befann sig i stadium Dukes A. I PAD-utlåtandet 2005-08-19 anges felaktigt Dukes B som stadium.

Hennes fysiska besvär yttrar sig i form av sömnsvärigheter, huvudvärk, rädsla för vårdpersonal, misstro mot myndighetspersoner, mardrömmar, magproblem, leda, ätstörningar/ingen matlust, viktnedgång med mera. De psykiska besvären – i form av depression, ångest, oro och annat – är mycket stora. Efter stor påtryckning från patienten och hennes mamma fick man läkarna att kontrollera

preparatet igen och rätta till feldiagnostiseringen i journalen. Läkarna tog själva inte initiativ till detta.

På grund av feldiagnostiseringen mår patienten psykiskt dåligt och hon har tvingats gå till psykolog/psykiatriker och ha tät kontakt med en psykiatrisjuk-sköterska. Hon oroar sig ännu över om det verkligen var en cancer i stadium Dukes A. Patienten har bifogat ett intyg från överläkare vid Psykiatrisk öppenvård, som beskriver hur dåligt hon mår efter feldiagnostiseringen.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) gjorde följande bedömning:

Patientskadeersättning lämnas för personskada på patient om det är övervägande sannolikt att skadan är orsakad av undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd under förutsättning att skadan kunnat undvikas antingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt (6 § första stycket 1 patientskadelagen), eller att skadan är orsakad av felaktig diagnostisering (6 § första stycket 3 patientskadelagen). En diagnosskada föreligger när faktiskt iakttagbara sjukdomstecken i samband med diagnostik förbisetts eller feltolkats och på grund härav behandlingsresultatet uteblivit, försämrats eller försenats. Vid prövning av rätt till ersättning enligt punkterna 1 och 3 skall den handlingsnorm tillämpas som gäller för en erfaren specialist eller annan erfaren yrkesutövare inom området.

Enligt journalhandlingar från kirurgkliniken, SU/Östra, hade patienten en ändtarmstumör i stadium Dukes A. Patienten har av eget val skaffat kopia av PAD-utlåtande 2005-08-19 där felaktig stadieindelning (Dukes B) angivits av hennes cancertumör.

Enligt vår bedömning har patienten utretts, bedömts och behandlats på medicinskt vedertaget sätt. Det missvisande PAD-utlåtandet 2005-08-19 har inte lett till felaktig vård och behandling och inte heller legat till grund för felaktig information till patienten. Handlingarna i ärendet ger inte med övervägande sannolikhet stöd för att patienten tillförts en fysisk eller psykisk skada som en direkt följd av vård och behandling. Under sådana förhållanden föreligger ingen patientskada.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att patientskada förelåg och gjorde följande bedömning:

Patienten har som patientskada anmält att hon drabbats av psykiskt och fysiskt lidande p.g.a. att man i PAD-utlåtande den 19 augusti 2005 angivit felaktig stadieindelning av hennes rektalcancertumör.

Patienten opererades den 3 augusti 2005. Efter operationen fick patienten besked om att cancertumören befann sig i stadium Dukes A, vilket är den lindrigaste formen av cancer på Dukes skala från A till D med en tumör som är begränsad till tarmens slemhinna. I PAD-utlåtandet efter operationen angavs fel-

aktigt den allvarligare formen Dukes B som stadium. Av texten i övrigt i utlåtandet framgick dock genom beskrivningen av hur tumören växt att det var fråga om stadium Dukes A.

Patienten rekviderade efter operationen sina journalhandlingar och fick då också PAD-utlåtandet i vilket hon kunde läsa att hennes cancer hade stadium Dukes B. Med anledning av de motsägelsefulla uppgifterna om vilket stadium på Dukes skala som hennes cancer hade, kontaktade patienten sjukvården. Av journalanteckning den 17 oktober 2005 framgår att hon vid läkarbesök tagit upp frågan om de motsägelsefulla uppgifterna i PAD-utlåtandet och begärt att man ytterligare en gång skulle gå igenom uppgifterna så att hon kunde vara säker på diagnosen. Enligt journalanteckning den 28 november 2005 fick hon sedan besked om att PAD-svaret skulle vara Dukes A.

PSR har konstaterat att det missvisande PAD-utlåtandet inte lett till felaktig vård och behandling och ansett att utlåtandet inte heller legat till grund för någon felaktig information till patienten. Det föreligger därför enligt PSR inte någon övervägande sannolikhet för att patienten tillförts en fysisk eller psykisk skada som en direkt följd av vård och behandling och således inte orsakats någon patientskada.

Nämnden delar PSR:s uppfattning att det missvisande PAD-utlåtandet inte har lett till felaktig vård och behandling. Däremot menar nämnden att utlåtandet, som patienten tagit del av, med hänsyn till den felaktigt angivna stadieindelningen har inneburit att patienten fått en felaktig information från vårdens sida. Det har därvidlag inte någon betydelse att utlåtandet inte tillställts patienten på vårdgivarens initiativ utan efter egen begäran.

Frågan är då om det har uppkommit någon skada. Utlåtande har inhämtats från bland andra specialisten i psykiatri och socialmedicin professorn Claes-Göran Westrin. Mot bakgrund av att det missvisande PAD-svaret inte synes ha haft någon betydelse för vården och behandlingen vid den aktuella kirurgkliniken och inte heller, enligt Claes-Göran Westrin, legat till grund för felaktig information till patienten, har han angett att det inte är övervägande sannolikt att patienten tillförts en psykiatrisk skada som en direkt följd av vård och behandling. I utlåtandet konstaterar han dock även att patienten sedan tidigare lider av ett svårt och plågsamt tvångsneurotiskt syndrom och att det centralt i patientens besvärssbild finns ett starkt behov av att i olika avseenden försöka få kontroll över tillvaron i alla dess detaljer. Vidare menar han att detta medför en synnerligen stor sårbarhet vid alla händelser och all information som kan skapa känslor av osäkerhet. Claes-Göran Westrin uttalar sedan att man mot den bakgrunden har att förstå att den text som patienten sökt upp i PAD-utlåtandet kommit att innebära en psykisk påfrestning som förvärrat hennes olika symptom. I den sammanfattande bedömningen anför Claes-Göran Westrin, utöver det som angetts tidigare, att handlingarna i ärendet indikerar att en viss försämring skett beträffande patientens sjukdomssymptom sedan hon fått det missvisande PAD-svaret.

Enligt nämndens mening är det genom Claes-Göran Westrins yttrande klarlagt att patienten, mot bakgrund av det tvångsneurotiska syndrom hon lider av, genom den missvisande information hon fått på grund av felaktigheten i PAD-utlåntagandet har orsakats en försämring av sina tidigare sjukdomssymtom. Hon har således drabbats av en skada. Att hon innan hon tog del av PAD-utlåntagandet fått ett korrekt besked om vilket stadium det var fråga om och även efter det att hon tagit upp frågan om PAD-utlåntagandet fått samma besked om det rätta förhållandet föranleder inte någon annan bedömning.

Av 3 § patientskadelagen framgår att en förutsättning för att man ska kunna få ersättning enligt lagen är att skadan har uppkommit i samband med hälso- och sjukvård. Nämnden har tidigare tagit ställning till frågan om hanteringen av journaluppgifter faller in under begreppet hälso- och sjukvård och konstaterat att detta är fallet (Patientskadenämndens referatsamling nr 2005:06). I enlighet med detta synsätt har den aktuella skadan enligt nämndens mening uppkommit i samband med hälso- och sjukvård och det oavsett att patienten själv begärt att få ut det missvisande PAD-utlåntagandet.

Sammanfattningsvis har patienten således drabbats av en personskada i samband med hälso- och sjukvård. Det ankommer på PSR att ta ställning till ersättningsfrågan.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 495/2009

2009:11

Skada på foster som inte föds med liv betraktas som skada på modern. Ersättning för nära anhörigs död kan inte lämnas men däremot ersättning till modern för förlust av foster.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

8 § patientskadelagen (1996:799) och 5 kap. 2 § första stycket 3 skadeståndslagen (1972:207)

Patientskadan utgörs av att mamman har drabbats av en personskada, då barnet avled intrauterint (i livmodern). Detta till följd av att rutinerna ej följts vid Danderyds sjukhus i juni 2006. Tvisten gäller rätt till ersättning för nära anhöriga.

FAMILJEN anser att rätt till ersättning föreligger för nära anhöriga d.v.s. för pappa och syskon.

Pappa och syskon följde med spänning tillväxten i magen och såg honom på ultraljuden och kände hans rörelser och hörde hjärtslagen. De pratade med honom och han svarade med en boxning på rösterna. Han var efterlängtdad och älskad och bortgången chockade alla svårt.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) bedömde att en ersättningsbar patientskada avseende mamman föreligger. Ersättning har enligt gällande praxis (Trafikskadenämndens normer) utbetalats med 69 000 kronor. Begravningskostnader har ersatts med 42 145 kronor.

Då barnet inte föddes med liv kan kriteriet för hushållsgemenskap inte anses vara uppfyllt. Mamman, pappan och syskon har därför inte bedömts vara berättigade till ersättning med 25 000 kronor var.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s uppfattning att det inte förelåg rätt till ersättning enligt 5 kap. 2 § första stycket 3 skadeståndslagen och gjorde följande bedömning:

Enligt 8 § patientskadelagen (1996:799) bestäms patientskadeersättning enligt bland annat 5 kap. 1–5 §§ skadeståndslagen. I 5 kap. 2 § första stycket 3 i sistnämnda lag anges att om en personskada lett till döden skall ersättning betalas för ”personskada som till följd av dödsfallet åsamkats någon som stod den avlidne särskilt nära”.

Nämnden har i tidigare ärenden slagit fast att ett foster som blir föremål för behandling eller utebliven behandling är att betrakta som en patient och omfattas av patientskadelagen, endast under förutsättning att fostret senare föds med liv. Så skedde tragiskt nog inte i detta fall. Om ett foster skadas och därefter inte föds med liv, anses skadan enligt praxis vara en skada på modern. Patientskadeersättning för ideell skada kan då lämnas till henne vilket också har skett i detta fall. För förlust av foster utgår enligt fast praxis ersättning med ett belopp motsvarande vad som lämnas vid missfall. Varken modern, fadern eller syskonen har däremot någon rätt till ersättning enligt 5 kap. 2 § första stycket 3 skadeståndslagen.

Med hänsyn till vad som nu sagts kan någon ytterligare patientskadeersättning inte lämnas i detta ärende.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 251/2009

2009:12

Lång väntetid på operation beroende på resursbrist medför inte rätt till patientskadeersättning.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

6 § första stycket 1 patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en nu 38 årig man med en högersidig handledsfraktur.

Patienten har anmält onödigt lidande och att steloperation av högersidigt handledsbrott blev nödvändigt på grund av feldiagnos. Han har sedan 2003 varit föremål för utredning vid Piteå Älvdals sjukhus ortopediska klinik och Sunderby sjukhus ortopediska klinik.

Patienten bröt i Thailand 2001 höger handled i samband med en MC-olycka. Han erhöll gipsbehandling under en månads tid.

Han sökte Piteåhälsan 2003-01-16 då han sedan ett halvår haft mycket smärtor i handleden och hade svårt att använda handen. Röntgenundersökning utförd 2003-03-13 visade status efter distal (handledsnära) radiusfraktur (underarmens strålben), sannolikt en Smith's variant. Frakturen var läkt i betydande felställning i form av 40 grader volart öppen vinkel samt betydande axial och måttligt uttalad radial kompression. Inga övertygande arthrosförändringar (nedbrytande ledförändringar) kunde ses.

I remissvar från Piteå Älvdals sjukhus 2003-10-16 anges att patienten beskrev smärtor vid i princip alla rörelser i handleden och att smärtans intensitet varierade. Man diskuterade operativ åtgärd med osteotomi av radius (operativ korrektion av felställningen) men detta ingrepp kunde ej garantera bättring utan risk för försämring förelåg. Man ordinerade handledsstöd och remiss till arbetsterapeut utfärdades. Efter diskussion med patienten kom man fram till att i första hand pröva handledsstöd men om han skulle uppleva besvären som grava skulle han höra av sig om han då var beredd att ta den risk som en operation skulle medföra.

Han återkom 2004-12-07 till mottagningen och hade då rörelsekorrelerade smärtor med strålning ut i ring- och lillfinger. Han hade tämligen god rörlighet och ingen påtaglig vilovärk. Remiss utfärdades till Sunderby sjukhus för handkirurgisk bedömning 2004-12-10.

Han kom 2006-04-04 till Sunderby sjukhus ortopediska klinik där man kompletterade tidigare utförda röntgenbilder med en MR-undersökning som visade arthros. Patienten meddelades röntgensvaret per telefon och fick då besked om att en artrodesoperation var lämplig, d.v.s. en form av steloperation av leden. Patienten meddelade 2007-02-14 att han hade stora besvär och önskade därför att få operation utförd.

Han opererades 2007-04-18 på grund av posttraumatisk arthros med handledsartrodes med skruv och platta och bentransplantat taget från höftkam.

PATIENTEN anger att han vid första besöket vid Piteå Älvdals sjukhus informerades om att det var osäkert om en operation skulle förbättra hans situation. Han fick ett handledsskydd utprovat med uppföljning efter ett år. Då värken tilltagit blev han vid andra besöket remitterad till Sunderbys sjukhus ortopediska klinik. Det blev en fördröjning och väntan med oerhörd värk från 2002–2007 på grund av remisshanteringen, vilket borde ha kunnat undvikas. Nu blev det enda alternativet att steloperera på grund av den arthros som uppkommit under fördröjningen. Han anser därför att han borde vara berättigad till ersättning.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) gjorde följande bedömning:

Vi har bedömt att man med hänsyn till uppvisade symptom har ordinerat adekvata undersökningar och tolkat undersökningsresultaten på sätt som överensstämmer med allmänt vedertagen medicinsk praxis. Någon fördröjning med att ställa rätt diagnos föreligger enligt vår bedömning inte. Vidare har vi bedömt att det inte förelegat någon absolut indikation för att operera tidigare än vad som blev fallet. Operationen utfördes enligt en medicinskt vedertagen metod och på riktigt sätt. Även om operation utförts tidigare hade den utförts på samma sätt och någon osteotomi av radius hade inte varit aktuell.

PATIENTSKADENÄMNDEN delade PSR:s bedömning att ersättningsbar patientskada inte förelåg och gjorde följande bedömning:

Nämnden delar PSR:s bedömning att patientens besvär successivt har utretts, tolkats och behandlats enligt vedertagna medicinska behandlingsprinciper. Någon skada har inte tillförts vid behandlingen.

Beklagligtvis var väntetiden mycket lång från det att patienten remitterades till handkirurg i december 2004 till dess att steloperationen utfördes i april 2007. Denna långa väntetid beror emellertid på en sådan resursbrist som inte medger rätt till ersättning enligt patientskadelagen. Ersättningsbar patientskada föreligger således inte.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 284/2009

2009:13

Fråga om under vilken tid och med vilket belopp inkomstlivränta ska utbetalas/fördelas när det maximala belopp som för varje skadehändelse kan utbetalas till en skadad patient inte räcker för att kompensera den faktiska inkomstförlusten.

TILLÄMPLIGA BESTÄMMELSER

§§ 5.5 och 11 i tillämpliga ersättningsbestämmelser från år 1991. Numera 8 och 10 §§ patientskadelagen (1996:799)

Behandlingsskadan utgörs av en hjärnskada som har uppkommit till följd av försenad diagnos och behandling av svimningsattacker. Diagnosförseningen, som orsakades 1994, har lett till ett hjärtstillestånd som sedan har medfört en hjärnskada. Behandlingsskadan medför 83 % medicinsk invaliditet i 1996 års medicinska tabellverk.

TVISTEN GÄLLER om patienten har rätt att få ersättning för verklig inkomstförlust, beräknad som skillnaden mellan inkomst som oskadad och utgående samordningsförmåner, utbetald så länge försäkringsbeloppet räcker, vilket yrkas av patienten.

PSR/LÖF har som inställning att detta inte kan medges. Försäkringsbeloppet är begränsat till 5 000 000 kr i skadan. Det kvarvarande försäkringsbeloppet räcker inte till för att täcka den inkomstförlust som skadan medför. Kvarvarande försäkringsbelopp ska i ett fall som detta, där arbetsoförmågan är total och definitiv, betalas ut genom en årlig inkomstlivränta som fördelas under samtliga år då inkomstförlust uppkommer och under samtliga år som pensionsförlust uppkommer.

I **UTREDNINGEN** anges att när ersättningen i skadan hade avräknats till och med 2005, återstod 2 908 377 kr av försäkringsbeloppet. Livräntekostnaden motsvarande skälig levnadsnivå uppgick till 3 251 051 i januari 2006. LÖF beviljade belopp ex gratia, utöver det enligt försäkringsvillkoren gällande försäkringsbeloppet, för att täcka kostnaden för en livränta motsvarande skälig levnadsnivå. En sådan skälig levnadsnivå låg på en total årsinkomst, livränta och samordningsförmåner, på ca 210 000 kr 2006.

Vid en slutlig beräkning i juni 2006 bestämdes så livränta att utgå fram till 65 år till 116 040 kr per år. Från och med 65 års ålder sänks livräntan till hälften. Ersättningen från 65 år utgör ersättning för pensionsförlust. Med livräntan beräknad på detta sätt uppgick patientens totala inkomster – inklusive sjukersättning till 211 926 kr per år räknat i juni 2006.

LÖF kan i och för sig vitsorda att patientens inkomster skulle ha uppgått till 373 700 kr per år 2006, om behandlingsskadan inte hade inträffat. Det är otvivelaktigt i sig att det är behandlingsskadan som är orsak till patientens totala och bestående arbetsförmåga.

PATIENTEN yrkar på att ersättning för inkomstförlust ska betalas genom livränta. Inkomstförlusten ska då beräknas som den inkomst han hade haft om skadan inte hade inträffat, minus samordningsförmåner och förlusten ska ersättas fullt ut till dess att försäkringsbeloppet är förbrukat.

Patienten avser att kräva Uppsala läns landsting på full ersättning för inkomstförlust, när försäkringsbeloppet är förbrukat. Han anser att han därmed inte är beroende av LÖF – ersättningen för sin försörjning, eftersom han anser sig ha ett avtal med Uppsala läns landsting som innebär ett åtagande från landstinget att svara för ersättningen när försäkringsbeloppet i patientförsäkringen är förbrukat.

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) gjorde följande bedömning:

Försäkringsbeloppet är således begränsat till 5 000 000 kr i skadan. Försäkringsbeloppet i skadan räcker inte till att kompensera för den faktiska inkomstförlust som skadan medför. Se ovan under *Twisten gäller*. För att tillförsäkra patienten en skälig levnadsnivå har försäkringsgivaren LÖF medgivit ett belopp ex gratia.

Enligt gällande försäkringsvillkor Patientförsäkring vid behandlingsskada, ersättningsbestämmelser från och med 1991-07-01 § 5 punkt 5, ska ersättning för inkomstförlust lämnas i form av livränta om ersättningen är av väsentlig betydelse för den skadades försörjning och särskilda skäl inte talar däremot. Detta synsätt överensstämmer också med skadeståndslagens bestämmelser, så som de uttrycks i lagens förarbeten.

I detta fall uppbär patienten ersättning på garantinivån för sjukersättning, ca 95 000 kr per år 2006, utöver livräntan. Livräntan är därmed av väsentlig betydelse för patientens försörjning och kommer så att vara allt framgent. Det är därmed inte möjligt att betala ersättningen för inkomstförlust under annan period. Det förhållandet att patienten eventuellt kan få ersättning från annan betalare för skadan förändrar inte det förhållandet att patientförsäkringen primärt har att kompensera förlusten, inom ramen för försäkringsbeloppet.

Noteras ska att när det gäller den del av ersättningen som är beviljad ex gratia, så är det LÖF som exklusivt äger rätt att besluta om denna. LÖF har beviljat ex gratiabeloppet helt under förutsättningen att patienten ska tillförsäkras en skälig levnadsnivå i ett livsvarigt perspektiv, inklusive ersättning för pensionsförlust. För närvarande, 2008, uppgår den livränta som patienten uppbär från LÖF till 119 830 kr per år.

PATIENTEN anförde följande:

Twisten gäller, hur inkomstförlusten skall beräknas i fall, då försäkringsbeloppet är begränsat. Vägledning ges i gällande ersättningsbstämmelser fr.o.m. 1991-07-01. Här hänvisas till 5 kap. 1–5 §§ skadeståndslagen. Ett flertal avgöranden i HD fastslår, att den skadelidande skall försättas i samma ekonomiska situation som om skadan inte alls hade inträffat, se exempelvis NJA 1998:58. B har ingett ett omfattande material, som visar vad B borde ha haft som inkomst, om han varit oskadad. PSR har varit medveten om hur inkomstunderlaget införskaffats och vitsordar i upprättat PM, att årsbeloppet för B per år 2006 skulle ha uppgått till 373 700 kr. Skulle en så beräknad inkomstförlust ersättas, räcker inte försäkringsbeloppet under B:s beräknade återstående livstid. Fråga är då, om inkomstförlusten skall ersättas fullt ut eller nedsättas. Härvid bör stor vikt tillmätas B:s egen uppfattning. Det kan vara betydelsefullt för honom att kunna planera sin framtid efter de förhållanden som skulle ha gällt, skadan förutan. I doktrin, se bl.a. Hellner, uttalas, att äldre tiders mer förmyndaraktiga inställning skall få vika till förmån för individens egen bestämmanderätt. Högre ersättning nu ger B större möjligheter att leva ett liv med bättre livskvalitet.

B har fått vissa kostnader ersatta av PSR och den allmänna sjukvården ersätter vad man kan kalla grundförmåner. Mer kvalificerad vård ersätts dock inte. Det finns privata vårdgivare som ger kvalitativ individanpassad neurorehabilitering. Som exempel kan nämnas företaget NeuroOptima, som specialiserat sig på att ge vård i s.k. berikad miljö. Resultaten har varit goda och vården är vetenskapligt beskriven. Sådan rehabilitering är riktad mot såväl fysiska som kognitiva problem. B har på egen bekostnad deltagit i sådan vård, som han upplever mycket positiv. B har fem assistenter, som kan delta i vården för att hemmavid sedan praktisera sina erfarenheter. Bekymret är att vårdkostnaden är hög. Skulle B uppbära den inkomst han borde ha enligt också PSR:s uppfattning, skulle han kunna tillgodogöra sig sådan utvecklande vård i större utsträckning. Kalmar saknar denna kompetens. Det finns även en hel del vardagsnyttigheter som skulle kunna hjälpa B. Som exempel kan nämnas taktil massage, kognitiv undervisning, musikterapi, möjlighet gå på gym oftare, kunna köpa tandemcykel och annan mer exklusiv maskinell utrustning m.m. B är i dag 37 år gammal. Han är således i en ålder, då han fullt ut kan tillgodogöra sig träning om förutsättningar i övrigt föreligger.

Man måste också se till B:s totala livssituation. Hans föräldrar har byggt upp ett försäkringsskydd. Jag bilägger kopia av inhämtade upplysningar (med uppgift om fondförsäkringar med aktuellt värde på sammanlagt 579 906 kr) och påpekar, att värdena för dagen är låga – påverkade av den finansiella oron. Kapitalförsäkringarna kan lyftas, när behov uppstår. B:s fader är född 1931, modern är född 1933. De har byggt upp en förmögenhet om ca 5 miljoner, varvid bostadsfastigheten är upptagen till taxeringsvärdet. B är en av tre arvtagare och kommer sålunda att kunna räkna med en tredjedel i arv. B själv har en förmö-

genhet om ca tre miljoner, varvid bortses från värdet på den fastighet han bebor jämte sina assistenter.

Som framgår av Patientskadelagen har B rätt att kräva skadestånd av skadevällaren. B har så gjort och jag bilägger kopia av en 06 11 21 daterad skivelse som ett tidigare ombud lämnat till Landstinget i Uppsala län. Landstinget bekräftar i brev 2007-07-02, att Landstinget påtar sig ansvaret för den fortsatta ersättningen till B, när kostnadstaket har uppnåtts. PSR omnämner detta förhållande i förbigående och nämner inte alls att Landstinget gett ett bindande åtagande. PSR talar om att patienten eventuellt kan få ersättning – – –”. PSR:s skrivsätt förvånar. Tidigare ombudet har fått ett förtydligande, se brev 2009-03-30. Här framgår än en gång att B kan räkna med att livräntebetalningen kommer att fortsätta, när pengarna tar slut hos PSR. Landstinget har härvid som underlag för sitt beslut haft B:s skivelse till Landstinget, där B nämner att han förbehåller sig rätten att begära högre ersättning, som motsvarar skälig livränta.

Sammanfattning

PSR framhåller som stöd för sin uppfattning, att livräntan måste vara av väsentlig betydelse för patientens försörjning. Som framgår av ovanstående finns resurser att tillgå, om nödsituationer skulle uppstå.

I SOU 1995:33, om ersättning för ideell skada vid personskada, s. 75, framhålls att man i stor utsträckning bör ta hänsyn till den skadelidandes önskemål vid bestämmande av livränta. B bör ersättas efter den förlust han gjort. Garantier finns att B ej förlorar på bifall till talan. Syftet med PSR:s verksamhet är givetvis, att en skadelidande skall få maximal nytta av försäkringen. Skulle PSR:s uppfattning bli gällande, motarbetas syftet med lagstiftningen. Jag hemställer om bifall till B:s yrkande.

Till ombudets brev bifogades kopior av

1. tidigare ombuds *brev 2006-11-21 till landstinget* i Uppsala där det framställdes krav att landstinget, med hänsyn till det kostnadstak PSR har att ta hänsyn till, åtar sig att betala fortsatt ersättning till B när beloppet tagit slut hos PSR. B förbehåller sig rätten att hos PSR få fastställt vad skälig livränta borde vara.
2. *landstingets brev 2007-07-02*, där det bekräftas att Landstinget i Uppsala län påtar sig ansvaret för den fortsatta ersättningen till B när kostnadstaket hos PSR har uppnåtts.
3. *landstingets brev 2009-03-30*, där man efter ombudets begäran om förtydligande av landstingets åtagande i brev 2007-07-02, anförde följande:

Då brevet skrevs utgick landstinget från att pengarna från PSR inte skulle räcka livsvarigt. Livräntebeloppet angavs därvid, på sätt som även anges i brev 2006-11-22 från advokatfirman, till 114 108 kronor per år. Vad landstinget åtog sig var således att fortsätta livräntebetalning om 114 108 kronor per år när pengarna tagit slut hos PSR. Sedvanlig uppräknning enligt lag om ändring av skadeståndslivräntor, Lag 1973:213, skulle givetvis tillkomma.

PSR/LÖF ANFÖRDE med anledning av de nytillkomna handlingarna efter delgivning följande:

Det förhållandet att patienten kan få ersättning från annan betalare för skadan förändrar inte det förhållandet att patientförsäkringen primärt har att kompensera förlusten, inom ramen för försäkringsbeloppet. LÖF avstår från att tolka innehållet i Landstingets erbjudande.

Patienten är relativt ung och de tillgångar som anges av patienten ger enligt vår bedömning inte några livsvariga garantier om försörjning.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att patienten har rätt att få ersättning för den verkliga inkomstförlusten, beräknad som skillnaden mellan den uppskattade inkomsten som oskadad och utgående samordningsförmåner, utbetald i form av livränta så länge försäkringsbeloppet på 5 000 000 kr räcker och lämnade följande motivering:

På grund av diagnosförsening drabbades patienten av hjärtstillestånd som ledde till en hjärnskada, vilken godkänts som behandlingsskada. Det är ostridigt att behandlingsskadan är orsak till patientens totala och bestående arbetsoförmåga. Av utredningen framgår att försäkringsbeloppet på 5 000 000 kr inte räcker till för att kompensera patienten för den faktiska inkomstförlust som skadan medför. PSR har vitsordat att patientens inkomster år 2006 skulle ha uppgått till 373 700 kr per år om behandlingsskadan inte hade inträffat. Enligt PSR uppgår det försäkringsmässigt beräknade kapitalbeloppet vid utgången av år 2005 till 2 908 377 kr.

Patienten har yrkat att ersättning för inkomstförlust ska betalas som livränta och att denna ska beräknas på grundval av den inkomst han skulle ha haft om skadan inte hade inträffat, minskad med samordningsförmåner. Han har vidare yrkat att full ersättning ska betalas till dess att försäkringsbeloppet är förbrukat. Som grund för detta har han angett att Landstinget i Uppsala län åtagit sig att, när försäkringsbeloppet är förbrukat, fortsätta utbetalning av livränta med ett belopp om i vart fall 114 108 kr per år jämte sedvanlig uppräkning enligt lag om skadeståndslivräntor. Vidare har han hänvisat till sina och föräldrarnas förmögenhetsförhållanden, varvid han bl.a. angett att han har en egen förmögenhet på ca tre miljoner kr. Därutöver har han som skäl för att utbetalning av livräntan ska ske med belopp som motsvarar den faktiska inkomstförlusten angett att han då kan tillgodogöra sig utvecklande vård på ett annat sätt än han nu har möjlighet till samt i ökad utsträckning få del av olika nyttigheter i sin vardag.

PSR har bestritt att livräntan ska betalas ut på det sätt som yrkats och gjort gällande att utbetalning ska ske genom en årlig inkomstlivränta som fördelas under samtliga år som inkomstförlust uppkommer och under samtliga år som pensionsförlust uppkommer. Som grund har angetts att livräntan är och kommer att vara av väsentlig betydelse för patientens försörjning, varför det inte är möjligt att betala ersättning för inkomstförlust under annan period än den PSR angett.

Enligt § 5 punkt 5.5 i tillämpliga ersättningsbestämmelser ska ersättning för inkomstförlust lämnas i form av livränta om ersättningen är av väsentlig betydelse för den skadades försörjning och särskilda skäl inte talar mot detta. Bestämmelsen motsvarar vad som anges i 5 kap. 4 § första stycket skadeståndslagen (1972:207). Parterna är överens om att utbetalning ska ske i form av livränta. Tvisten gäller således inte formen för utbetalning av ersättningen utan under vilken tid och med vilka belopp livräntan ska betalas ut.

Livränta innebär att ersättning betalas med periodiska belopp under kortare eller längre tid. Några särskilda regler i övrigt om det sätt på vilket livränta ska betalas finns inte. Parterna får själva komma överens om tiden för utbetalning av livränta. I princip ska en livränta bestämmas så att den följer den beräknade förlusten så nära som möjligt.

I det aktuella ärendet har redan genom valet av ersättningsform beaktats att ersättningen är av väsentlig betydelse för den skadelidandes försörjning. Beträffande tiden för utbetalning av livränta bör, i enlighet med vad som sägs i skadeståndslagens förarbeten, i stor utsträckning hänsyn tas till den skadelidandes önskemål (prop. 1975:12 s. 114 f. och 167 f.). Vidare ska andra förmåner som den skadelidande uppbär och dennes inkomstförhållanden i övrigt vägas in vid bedömningen.

Nämnden anser att det med hänsyn till såväl det åtagande som gjorts från Landstingets i Uppsala län sida som patientens ekonomiska förhållanden i övrigt, inte finns skäl att mot patientens vilja betala livräntan på det sätt som PSR angett. Ersättning bör därför betalas i form av livränta med utgångspunkt från patientens verkliga inkomstförlust, beräknad som skillnaden mellan den uppskattade inkomsten som oskadad och utgående samordningsförmåner, så länge försäkringsbeloppet på 5 000 000 kr räcker.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 431/2009

2009:14

Vid nervskador betalas ersättning för sveda och värk under en anpassningstid även om skadan blir omgående bestående.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

8 § patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en kvinna som efter bedövning vid extraktion av tand 38 drabbats av känselbortfall i vänstra delen av tungan och halva nedre delen av känen.

IF SKADEFÖRSÄKRING har bedömt att det föreligger en ersättningsbar patientskada enligt 6 § första stycket patientskadelagen. I samråd med medicinsk rådgivare har bolaget bedömt den medicinska invaliditeten till 4 % och den akuta tiden till en månad. Ersättning har lämnats för lyte och men med 38 000 kronor samt för sveda och värk med 2 200 kronor.

PATIENTEN har begärt omprövning av den lämnade ersättningen och motiverat sitt krav med att hon drabbats av svåra bestående skador.

PATIENTSKADENÄMNDEN ansåg att det förelåg rätt till ytterligare ersättning för sveda och värk och gjorde följande bedömning när det gällde ersättningen för sveda och värk:

— — —

En nervskada av aktuellt slag medför i princip inte någon akut sjukdomstid utan skadan blir omgående bestående. Enligt den praxis som utvecklats inom patientförsäkringen lämnas emellertid ersättning för sveda och värk under en anpassningstid på tre månader. En sammanlagd ersättning för sveda och värk bör därför lämnas med 7 000 kronor. Patienten har således rätt till ytterligare ersättning.

— — —

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 658/2009

2009:15

Ersättning med 25 000 kr för oro och ångslan vid fördröjd diagnos och behandling av cancersjukdom kan lämnas även om någon objektivt mätbar tumörtillväxt inte föreligger.

TILLÄMPLIGT LAGRUM

8 § patientskadelagen (1996:799)

Ärendet gäller en vid behandlingstillfället 60-årig kvinna som anmält ökat fysiskt och psykiskt lidande samt försämrad prognos på grund av fördröjd/felaktig diagnos och behandling av cancer i höger äggledare. Fördröjning har skett från och med april 2002 och behandlingen har skett på kvinnokliniken vid ett centrallasarett. 2003-04-22 opererades hon akut med borttagande av livmodern. Hade denna operation gjorts hösten 2002 hade patienten säkert varit frisk i dag. Nu går hennes sjukdom ej att bota.

Av bolagets (PSR/LÖF:s) **UTREDNING** framgår att patienten 2002-04-26 kom på remiss från vårdcentralen till kvinnokliniken vid centrallasarettet på grund av besvär nere till höger i buken, ökad mängd flytningar och spottings (småblödningar). Patienten hade kommit i klimakteriet vid cirka 45 års ålder. Hon hade hereditet för bröstcancer, 2 systrar hade insjuknat i detta. Därutöver hade hon en hel del hjärtbesvär, tablettbehandlad hypertoni, kärlkramp samt enligt patienten ett aortaaneurysm som ej var nödvändigt att operera. Hon hade även haft en misstänkt mindre hjärtinfarkt.

2002-05-28 opererades patienten med hysteroskopi och abrasio (skrapning av livmodern) på grund av blödningar från livmodern. Den mikroskopiska undersökningen av skrapmaterialet visade en godartad bild. Man bedömde att patienten behövde hormonbehandling av slemhinnorna i underlivet som var väldigt tunna och lättblödande.

2002-10-02 sökte patienten på nytt på grund av problem med blödningar. Efter undersökning och ultraljud bedömdes patienten ha blödning på grund av atrofi av livmodersslemhinnan och hon rekommenderades hormonbehandling (Ovestrin). Vidare remitterades patienten för colonröntgen samt rektoskopi.

2002-12-03 sökte patienten på nytt på grund av blödningar som tilltagit och hon hade ont i högra nedre delen av buken som vid kraftig mensvärk och även ont i korsryggen. Ny remiss för ultraljudsundersökning utfärdades för ställningstagande till ytterligare åtgärd.

2002-12-09 var patienten på ultraljudsundersökning varvid slemhinnorna i livmodern bedömdes vara lite tjockare (5 mm), varför en ny hysteroskopi och skrapning utfördes 2003-01-14. Man utförde även cystoskopiundersökning av blåsan för att se om blödningen möjligen kom därifrån. Även denna gång fick man en godartad cellbild vid mikroskopisk undersökning av slemhinnan från livmodern.

2003-02-20 vid ny bedömning och undersökning hade patienten sparsam brun flytning från livmoderhalsen. Man kände möjligen någon resistens upp till höger, (ultraljud hade tidigare visat på myommisstänkt förändring i livmodern). På grund av patientens uttalade besvär och svårigheten att komma till diagnos, beslöt man att gå vidare med operation med borttagande av livmodern, trots patientens komplicerade medicinska sjukdomar. En remiss skrevs till medicinkliniken för bedömning av operabiliteten. Under tiden kontaktade patienten kvinnokliniken vid ett universitetssjukhus då hon önskade bli opererad där i stället.

2003-04-09 sökte patienten vårdcentralen för en nyupptäckt knuta på halsen. Knutan punkterades och man fann maligna celler. Av denna anledning inkom patienten 2003-04-14 till medicinkliniken. I samband med detta gjordes den tidigare begärda medicinska bedömningen av patienten och man ansåg att hon ur kardiell synvinkel kunde genomgå den tidigare planerade operationen med borttagande av livmodern. Patienten planerades för operation till 2002-05-14 men 2003-04-21 inkom patienten akut för fortsatt cancerutredning.

2003-04-22 opererades patienten subakut med borttagande av livmodern, äggstockar och äggledare. Den mikroskopiska undersökningen som gjordes visade cancer utgången från höger äggledare med spridning till oment (tarmkåx). Då det även fanns spridning till lymfkörtel ovanför nyckelbenet rörde det sig om en spridd sjukdom (stadium IV).

PERSONSKADEREGLERINGSBOLAGET (PSR) avböjde ersättning med följande motivering:

Enligt 6 § första stycket 3 patientskadelagen förstås med patientskada en personskada som orsakats av felaktig diagnostisering.

För att diagnostisering ska vara felaktig krävs att den avviker från allmänt vedertagen praxis. Denna anger en standard som anknyter till ett inom praktisk medicin utvecklat handlingsmönster vid utredning och tolkning av ett speciellt symtom. Om en läkare på grund av iakttagbara symtom ställer en diagnos som senare visar sig vara felaktig, blir en följdskada av detta inte i och för sig en skada som ska ersättas. Endast om en inom aktuellt specialistområde erfaren läkare borde ha dragit rätt slutsats av iakttagbara symtom kan ersättning bli aktuell.

Utredning och bedömning av patientens symtom har skett på vedertaget sätt. Det fanns inte skäl att föreslå hysterektomi tidigare än som skedde. Dessutom behövde man utreda om patientens övriga sjukdomar utgjorde kontraindikation. Ca 125 är ett prov som endast tas på misstanke om äggstockscancer och då ska också ultraljud ha påvisat förändring på äggstocken. Datortomografi används inte för diagnostisering av äggledarcancer.

Mot bakgrund av ovan nämnda förhållanden finner vi att faktiskt iakttagbara symtom tolkats i överensstämmelse med allmänt vedertagen praxis. Vi anser följaktligen att patienten fått en riktig vård och behandling för de besvär hon uppvisat samt att det inte var medicinskt motiverat att behandla henne tidigare än som nu blev fallet. Under sådana förhållanden föreligger ingen patientskada. Patientens ersättningskrav har därför avvisats.

PATIENTEN ville i sin skrivelse till Patientskadenämnden framförallt framhålla att det tog tid mellan hennes första kontakt med sjukvården och operationen, från maj 2002 till april 2003. Tidigare vård hade med säkerhet minskat cancers spridning, förlängt hennes liv och eventuellt hade hon sluppit efterbehandling med cellgifter. Cellgiftsbehandlingen har lämnat efter sig bestående men som patienten kommer att få leva med resten av sitt liv, t.ex. förlust av känsel i händer och fötter. Nu har canceren kommit igen, varför hon återigen går på cellgifter.

PSR har därefter översänt ärendet till Patientskadenämnden med frågeställningen om ersättningsbar patientskada föreligger.

PATIENTSKADENÄMNDEN gjorde en första bedömning av ärendet i april 2008 varvid ärendet bordlades och återremitterades till PSR för ytterligare utredning.

PSR bedömde att man borde ha utrett patienten ytterligare efter den ultraljudsundersökning som gjordes 2003-02-20. Om så hade skett, hade en operation kunnat påskyndas och utförts fyra veckor tidigare. Fördröjningen på fyra veckor har inte förändrat behandlingsupplägget eller prognosen. Det är inte heller övervägande sannolikt att fördröjningen medfört någon objektivt mätbar tumörtillväxt.

Ärendet skickades på nytt till Patientskadenämnden, nu med frågeställningen om det föreligger diagnosfördröjning utöver de fyra veckor PSR har godkänt och om diagnosfördröjningen har medfört patientskada utöver den akuta tiden på fyra veckor.

PATIENTSKADENÄMNDEN gjorde följande bedömning:

Nämnden gör samma bedömning som PSR och anser på de skäl bolaget anfört att diagnosfördröjningstiden uppgår till fyra veckor.

Med utgångspunkt från med. dr Christina Hisings yttrande 2009-01-16 anser nämnden att diagnosfördröjningen inte har haft någon inverkan på behandlingens utformning eller sjukdomsprognosen.

Vid diagnosfördröjning av cancersjukdom, där den försenade diagnostiken med övervägande sannolikhet har medfört en tillväxt av tumören, lämnas enligt praxis en ideell ersättning med 25 000 kr för det psykiska lidande som patienten därigenom drabbats av med oro och ängslan för att risken för återfall och försämring av prognosen kan ha ökat.

Enligt PSR:s medicinske rådgivare i onkologi är det inte övervägande sannolikt att fördröjningen medfört någon objektivt mätbar tumörtillväxt. Det ligger dock i sjukdomens natur att tumörstorleken ökar kontinuerligt, även om tillväxten är svår att objektivt verifiera. Det är därför rimligt att patienten upplever en oro för att den fördröjda diagnosen/operationen ändå kan ha fått konsekvenser för sjukdomsförloppet. Patienten har i sina skrivelser till PSR också starkt påtalat en oro för ett framtida återinsjuknande. Då det rör sig om en ideell ersättning enligt schablon, anser nämnden att man bör vara relativt generös med att medge sådan ersättning, även då det, som i detta fall, föreligger en kortare fördröjningsperiod. Nämnden anser således att patienten är berättigad till ideell ersättning med 25 000 kr för det psykiska lidande som den fördröjda diagnosen har medfört.

PATIENTSKADENÄMNDEN
DNR 819/2007

Bilaga 1

PATIENTSKADELAG (1996:799)

Prop. 1995/96:187, bet. 1995/96:LU27.

INLEDANDE BESTÄMMELSER

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

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

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

4 § Rätten till patientskadeersättning får inskränkas endast på grund av omständighet som har inträffat efter skadehändelsen och som enligt försäkringsavtalslagen (2005:104) kan medföra begränsning av försäkringsgivarens skyldighet att utge försäkringsbelopp. *Lag 2005:118.*

5 § I denna lag avses med

hälso- och sjukvård: sådan verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), tandvårdslagen (1985:125) eller lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar, annan liknande medicinsk verksamhet samt verksamhet inom detaljhandeln med läkemedel, allt under förutsättning att det är fråga om verksamhet som utövas av personal som omfattas av 1 kap. lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område,

vårdgivare: statlig myndighet, landsting eller kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig verksamhet) samt enskild som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare). *Lag 2001:501.*

RÄTTEN TILL PATIENTSKADEERSÄTTNING

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

1. undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd under förutsättning att skadan kunnat undvikas antingen genom ett annat utförande av det valda förfarandet eller genom val av ett annat tillgängligt förfarande som enligt en

- bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt,
2. fel hos medicinteknisk produkt eller sjukvårdsutrustning använd vid undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd eller felaktig hantering därav,
 3. felaktig diagnostisering,
 4. överföring av smittämne som lett till infektion i samband med undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd,
 5. olycksfall i samband med undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd eller under sjuktransport eller i samband med brand eller annan skada på vårdlokaler eller utrustning, eller
 6. förordnande eller utlämnande av läkemedel i strid med föreskrifter eller anvisningar.

Vid prövning av rätt till ersättning enligt första stycket 1 och 3 skall den handlingsnorm tillämpas som gäller för en erfaren specialist eller annan erfaren yrkesutövare inom området.

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

UNDANTAG FRÅN RÄTTEN TILL PATIENTSKADEERSÄTTNING

7 § Patientskadeersättning lämnas inte om

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

HUR PATIENTSKADEERSÄTTNINGEN BESTÄMS

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

9 § När patientskadeersättning bestäms avräknas ett belopp om en tjugonde-del av det basbelopp enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring som gäller när ersättningen bestäms.

10 § Patientskadeersättning är för varje skadehändelse begränsad till högst 1 000 gånger det basbelopp enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring som gäller när ersättningen bestäms. För varje skadad patient lämnas dock för varje skadehändelse patientskadeersättning med högst 200 gånger detta basbelopp.

De belopp som anges i första stycket innefattar inte ränta eller ersättning för rättegångskostnader.

11 § Om det ansvarighetsbelopp som gäller enligt 10 § första stycket första meningen inte räcker till gottgörelse åt dem som är berättigade till ersättning, nedsätts deras ersättningar med samma kvotandel för var och en.

Kan det efter inträffat skadefall befaras att nedsättning enligt första stycket fordras, kan regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer förordna att ersättning tills vidare skall lämnas endast med viss kvotdel.

FÖRSÄKRINGSSKYLDIGHET M.M.

12 § Vårdgivare skall ha en patientförsäkring som täcker ersättning för skador som omfattas av denna lag. Bedrivs verksamheten av privat vårdgivare efter avtal med offentlig vårdgivare, är det den offentlige vårdgivaren som skall ha försäkringen.

13 § Patientskadeersättningen utges av försäkringsgivaren. Om flera patientförsäkringar täcker samma skada, svarar försäkringsgivarna solidariskt för ersättningen. Försäkringsgivarna skall i sådant fall sinsemellan ta lika del i ersättningsansvaret.

14 § Saknas patientförsäkring, svarar de försäkringsgivare som ingår i patientförsäkringsföreningen enligt 15 § solidariskt för den patientskadeersättning som skulle ha lämnats, om en patientförsäkring hade funnits. Föreningen företräder i sådant fall försäkringsgivarna.

Försäkringsgivarnas inbördes ersättningsansvar fördelas efter förhållandet mellan beloppen av de premier för patientförsäkring som för var och en av dem belöper på närmast föregående kalenderår.

PATIENTFÖRSÄKRINGSFÖRENING

15 § De försäkringsgivare som meddelar patientförsäkring skall ingå i en patientförsäkringsförening.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer fastställer stadgar för föreningen.

PATIENTFÖRSÄKRINGSavgift

16 § Patientförsäkringsföreningen har rätt till gottgörelse (patientförsäkringsavgift) av vårdgivare för den tid vårdgivaren saknat försäkring enligt denna lag.

Patientförsäkringsavgift får högst tas ut med ett belopp som för år räknat motsvarar femton procent av det basbelopp enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring som gäller när avgiften bestäms. Om det belopp som motsvarar två gånger den årliga försäkringspremie som gäller för vårdgivare i motsvarande kategori när avgiften bestäms är högre, får avgiften i stället beräknas på grundval av detta belopp.

PATIENTSKADENÄMND

17 § De försäkringsgivare som ingår i patientförsäkringsföreningen skall tillsammans upprätthålla och bekosta en patientskadenämnd. I nämnden skall det ingå företrädare för patienternas intressen. Ytterligare föreskrifter om nämndens sammansättning lämnas av regeringen som också skall godkänna nämndens arbetsordning.

Nämnden skall på begäran av patient eller annan skadelidande, vårdgivare, försäkringsgivare eller domstol yttra sig över ersättningsfall.

SKADESTÅND

18 § Trots att patientskadeersättning kan lämnas enligt denna lag får den skadelidande i stället kräva skadestånd enligt vad som gäller därom.

19 § Den som har utgett skadestånd med anledning av skada som avses i denna lag inträder intill det utgivna beloppet i den skadelidandes rätt till patientskadeersättning. Detta gäller dock inte om patientskadeersättningen skulle ha kunnat krävas tillbaka av den skadeståndsskyldige enligt 20 § första stycket.

ÅTERKRAV

20 § Har patientskadeersättning lämnats för en skada som vållats uppsåtligen eller genom grov vårdslöshet, inträder försäkringsgivaren intill det utgivna beloppet i den skadelidandes rätt till skadestånd.

Om patientskadeersättning har betalats för en skada som omfattas av produktansvarslagen (1992:18), inträder försäkringsgivaren intill det utgivna beloppet i den skadelidandes rätt till skadestånd enligt den lagen.

Omfattas en skada av trafikförsäkring enligt trafikskadelagen (1975:1410) och har patientskadeersättning lämnats för skadan, inträder försäkringsgivaren intill det utgivna beloppet i den skadelidandes rätt till trafikskadeersättning.

21 § Har patientskadeersättning lämnats enligt 14 § första stycket, får ersättningen krävas tillbaka från den vårdgivare som varit skyldig att teckna patientförsäkring. Patientförsäkringsföreningen företräder i sådant fall försäkringsgivarna.

22 § En vårdgivare som har krävts på belopp enligt 21 § inträder intill det utgivna beloppet i den rätt som enligt 20 § tillkommer försäkringsgivaren.

PRESKRIPTION

23 § Den som vill ha patientskadeersättning enligt denna lag förlorar rätten därtill, om han inte väcker talan inom tre år från det han fick kännedom om att anspråket kunde göras gällande och i varje fall inom tio år från den tidpunkt då skadan orsakades.

Har den som vill ha ersättning anmält skadan hos vårdgivaren eller försäkringsgivaren inom den tid som angetts i första stycket, har han alltid sex månader på sig att väcka talan sedan han fått del av försäkringsgivarens slutliga ställningstagande i ärendet.

Vad som sägs i andra stycket om försäkringsgivaren skall, i fall som avses i 14 § första stycket, gälla patientförsäkringsföreningen.

Denna lag träder i kraft d. 1 jan. 1997.

Bilaga 2**FÖRTECKNING AV REFERATEN**

1995:02 ... 13	2000:22 91	2004:05 ... 168	2007:07 ... 255
1995:03 ... 17	2001:01 92	2004:06 ... 172	2007:08 ... 258
1995:04 ... 20	2001:03 93	2004:07 ... 174	2007:09 ... 260
1998:01 ... 23	2001:06 94	2004:08 ... 175	2007:10 ... 264
1998:02 ... 25	2001:08 96	2004:09 ... 179	2007:11 ... 266
1998:03 ... 26	2001:10 97	2004:10 ... 181	2007:12 ... 268
1998:04 ... 28	2001:12 99	2004:11 ... 182	2008:01 ... 270
1998:05 ... 30	2001:13 101	2004:12 ... 184	2008:02 ... 273
1998:06 ... 31	2001:14 103	2004:13 ... 185	2008:03 ... 274
1998:08 ... 33	2001:15 105	2004:14 ... 188	2008:04 ... 276
1998:09 ... 35	2001:17 107	2005:01 ... 190	2008:05 ... 278
1999:01 ... 36	2002:01 110	2005:02 ... 191	2008:06 ... 280
1999:03 ... 38	2002:02 112	2005:03 ... 193	2008:07 ... 281
1999:04 ... 40	2002:03 114	2005:04 ... 195	2008:08 ... 283
1999:06 ... 41	2002:04 116	2005:05 ... 197	2008:09 ... 284
1999:07 ... 43	2002:05 118	2005:06 ... 199	2008:10 ... 286
1999:08 ... 46	2002:08 121	2005:07 ... 201	2008:11 ... 288
1999:09 ... 47	2002:09 124	2005:08 ... 204	2008:12 ... 291
1999:17 ... 50	2002:10 127	2005:09 ... 206	2008:13 ... 293
2000:01 ... 52	2002:11 130	2005:10 ... 208	2008:14 ... 295
2000:02 ... 55	2002:12 131	2005:11 ... 209	2008:15 ... 297
2000:04 ... 57	2002:13 133	2005:12 ... 211	2008:16 ... 299
2000:05 ... 58	2002:15 134	2005:13 ... 214	2008:17 ... 301
2000:06 ... 60	2003:01 136	2006:01 ... 217	2009:01 ... 305
2000:07 ... 60	2003:02 138	2006:02 ... 221	2009:02 ... 307
2000:08 ... 63	2003:03 141	2006:03 ... 224	2009:03 ... 309
2000:09 ... 66	2003:04 143	2006:04 ... 227	2009:04 ... 311
2000:10 ... 68	2003:06 144	2006:05 ... 230	2009:05 ... 312
2000:11 ... 71	2003:07 147	2006:06 ... 232	2009:06 ... 315
2000:12 ... 73	2003:09 149	2006:07 ... 235	2009:07 ... 320
2000:14 ... 75	2003:10 150	2006:08 ... 237	2009:08 ... 323
2000:15 ... 76	2003:13 153	2006:09 ... 240	2009:09 ... 326
2000:16 ... 78	2003:14 155	2007:01 ... 242	2009:10 ... 328
2000:17 ... 81	2003:15 157	2007:02 ... 245	2009:11 ... 331
2000:18 ... 82	2004:01 159	2007:03 ... 246	2009:12 ... 333
2000:19 ... 85	2004:02 160	2007:04 ... 249	2009:13 ... 335
2000:20 ... 87	2004:03 163	2007:05 ... 251	2009:14 ... 340
2000:21 ... 89	2004:04 165	2007:06 ... 253	2009:15 ... 341

PATIENTSKADENÄMNDENS REFERATSAMLING

Avgöranden enligt patientskadelagen 1998–2009

Genom patientskadelagen (1996:799), som trädde i kraft den 1 januari 1997 och som ersatte den tidigare frivilliga patientförsäkringen, kan patienter som drabbas av skador vid hälso- och sjukvård få ersättning oberoende av om det förelegat fel eller försummelse i samband med vården. Rätten till ersättning avgörs i stället på grundval av de objektiva kriterier som anges i lagen. Principiella eller tvistiga ersättningsfall kan hänskjutas till Patientskadenämnden för utlåtande. Nämndens uppgift är att verka för en enhetlig och rättvis praxis vid tillämpningen av de bestämmelser som reglerar rätten till patientskadeersättning.

Patientskadenämnden har sedan patientskadelagens tillkomst fortlöpande gett ut häften med referat av viktigare yttranden som avgetts av nämnden. För att få en mer samlad bild har i denna bok sammanställts dels flertalet av de tidigare publicerade referaten, däribland även några fall enligt den frivilliga patientförsäkringen vilka fortfarande har betydelse för nämndens synsätt, dels nytillkomna avgöranden fram till och med år 2009.

