

Patientskadlagen i teori och praktik

av **Ulf Hellbacher** och **Carl Espersson**, ordförande respektive sekreterare i Patientskadenämnden



Ulf Hellbacher

År 1975 tillkom en frivillig försäkringslösning, som innebar att patienter som skadats i samband med hälso- och sjukvård inte längre behövde väcka talan vid domstol och visa att fel eller försummelse förelåg för att få ersättning. I stället kunde ersättningsrätten bestämmas på objektiv grund enligt försäkringsvillkoren.

Den 1 januari 1997 trädde Patient- skadelagen i kraft. Den bygger



Carl Espersson.

till stor del på villkoren i den frivilliga försäkringen. I artikeln redogörs inledningsvis för huvuddragen av lagen och sättet för bestämmande av om rätt till ersättning föreligger. Därefter behandlas erfarenheterna av lagens tillämpning med tonvikt på de frågor där lagen inneburit en förändring i förhållande till den frivilliga försäkringen.

Bakgrund

Före tillkomsten av 1972 års skadeståndslag var möjligheten att få ersättning för skada i samband med hälso- och sjukvård liten. Skadeståndslagen innebar inte någon större förändring i detta hänseende, eftersom kravet på att i domstol visa att en skada uppkommit genom fel eller försummelse från vårdgivares eller dennes anställdas sida i samband med behandling för det mesta var svårt att uppfylla. Dessutom var en domstolsprocess oftast förknippad med betydande kostnader för den

enskilde. Före 1975 tilldömdes därför patienter endast i något 10-tal fall per år ersättning för personskada i samband med hälso- och sjukvård. Utöver detta lämnades i vissa fall ersättning direkt från en vårdgivares ansvarsförsäkring. Dessutom kunde i vissa speciellt ömmande fall en ex gratia-ersättning lämnas direkt från vårdgivaren. Sammanlagt kan ett hundratal patienter per år beräknas ha fått någon form av ersättning för uppkomna skador i samband med hälso- och sjukvård.

År 1975 tillkom på grund av de svårigheter

som förelåg för patienter som skadats i samband med hälso- och sjukvård att få ersättning *en frivillig kollektiv försäkringslösning*. Den 1 januari 1975 trädde landstingens frivilliga patientförsäkring i kraft och därefter infördes patientförsäkring för nästan all offentlig och privat sjukvård. Genom försäkringen åtog sig offentliga och privata vårdgivare att lämna ersättning för s.k. behandlingsskador som hade ett direkt samband med hälso- och sjukvård. En patient som ansåg sig ha blivit skadad behövde således inte som tidigare väcka talan vid domstol och visa att skadan orsakats av fel eller försummelse. Ersättning kunde i stället utgå på objektiv grund, oavsett fel eller försummelse, när en behandlingsskada enligt definitionen i försäkringsvillkoren hade uppkommit.

Efter patientförsäkringens tillkomst kom ersättning för skador i samband med hälso- och sjukvård att utgå i en helt annan utsträckning än tidigare. År 1975 anmäldes drygt 600 skador och av dessa ersattes knappt 1/3. Antalet anmälningar har sedan successivt ökat och i dag anmäls uppskattningsvis 9 500 skador eller behandlingskomplikationer per år. Ersättning utgår i cirka 45 procent av fallen. Den totala skadekostnaden per år kan för närvarande beräknas till omkring 300 Mkr.

Utöver dessa allmänt förbättrade möjligheter att få ersättning vid behandlingsskador medförde försäkringslösningen en större öppenhet och ökat förtroende mellan patienter och vårdpersonal samt ökad benägenhet från sjukvårdens sida att medverka till att skador blev anmälda.

Den 1 januari 1997 ersattes den frivilliga patientförsäkringens av *patientskadelagen*. För skador som uppkommit före lagens tillkomst gäller dock fortfarande den frivilliga försäkringen. Bakgrunden till lagregleringen var bl.a. att det frivilliga försäkringssystemet inte innebar något krav på att alla vårdgivare skulle teckna patientförsäkring. Därmed förelåg en risk för att patienter inte hade ett enhetligt

ekonomiskt skydd i alla vårdssituationer om de skulle skadas vid behandling. Vidare hade det försäkringskonsortium som handhaft patientförsäkringen sedan dess tillkomst upphört 1994 på grund av konkurrensbegränsningsförbudet i 1993 års konkurrenslag. Detta innebar att den förutsättning för en samlad uppföljning och utveckling av ersättningsbestämmelserna som förelegat genom ett nära samarbete mellan konsortiet och den offentliga hälso- och sjukvården inte längre förelåg. Även förväntade successiva strukturella förändringar av hälso- och sjukvården med bl.a. ett ökat antal privata vårdgivare medförde att behov av lagstiftning ansågs föreligga.

Dessutom hade man sedan lagstiftning av detta slag införts i Finland 1987 och i Danmark 1992 kunnat konstatera att även en lagreglering fungerade väl.

Patientskadelagen bygger på villkoren i den frivilliga patientförsäkringen och överensstämmer i stort med denna. Det finns dock vissa skillnader och nedan kommer tre principiellt viktiga förändringar att behandlas närmare.

Det gäller för det första skadebegreppet som har utvidgats till att gälla inte bara fysiska skador och med dessa sammanhängande psykiska skador utan även rent psykiska skador.

För det andra har i lagen införts ett s.k. facitresonemang även beträffande metodval, d.v.s. en bedömning i efterhand av om en skada hade kunnat undvikas om i stället för den valda behandlingsmetoden en annan metod hade använts. Enligt den frivilliga försäkringen gällde en sådan facitbedömning endast själva utförandet av den metod som valts.

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

Liksom tidigare har en patient alltid möjlig-

het att väcka talan vid domstol och yrka ersättning på skadeståndsrättslig grund i stället för att begära ersättning enligt patientförsäkringen. Detta är dock som konstaterats ovan en betydligt svårare och kostsammare väg för att få ersättning.

I det följande lämnas först en redogörelse för huvuddragen i patientskadelagen med en kort beskrivning av tillvägagångssättet vid bedömandet av om en ersättningsbar skada föreligger eller inte. Därefter redogörs för erfarenheterna av lagens tillämpning, varvid särskilt behandlas de principiellt viktiga nyheterna i lagen – skadebegreppet, facitresonemang beträffande metodval samt skälighetsbedömning vid infektionsskador – med den utveckling som hittills föreligger i praxis.

Patientskadelagen

Allmänt

Enligt lagen är både offentliga och privata vårdgivare skyldiga att ha en patientförsäkring som täcker ersättning för patientskada. Om en privat vårdgivare bedriver verksamhet efter avtal med en offentlig vårdgivare är det dock den offentlige vårdgivaren som skall ha försäkringen.

Vårdgivare i patientskadelagens mening är offentliga eller privata vårdgivare som driver och ansvarar för en hälso- och sjukvårdsverksamhet i vilken vårduppgifterna fullgörs av hälso- och sjukvårdspersonal. Offentliga vårdgivare är i första hand landstingen och de tre landstingsfria kommunerna Göteborg, Malmö och Gotland men även andra kommunala eller statliga vårdgivare. Inom den privata sektorn kan det vara fråga om såväl enskilda företagare som juridiska personer.

Patientskadelagen hänvisar beträffande definitionen av begreppet *hälso- och sjukvård* till verksamhet som avses i hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen eller annan

liknande medicinsk verksamhet samt verksamhet inom detaljhandeln för läkemedel. Till hälso- och sjukvården hör även ambulanstransporter och liknande sjuktransporter. Vidare omfattas bl.a. vaccinering, blodgivning och medicinsk rehabilitering.

En förutsättning är dock 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. Det innebär att exempelvis en icke legitimerad kiropraktor eller en privatpraktiserande fotvårdsspecialist inte omfattas av patientskadelagen.

Någon definition av begreppet *patient* finns inte i lagen. Av propositionen (prop. 1995/96:187) framgår dock att därmed avses alla som etablerat en kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal angående sitt eget hälsotillstånd. Det spelar därvid inte någon roll om kontakten etablerats på den enskildes initiativ eller om denna tagits på annat sätt. Meningen är att den som ges vård eller behandling eller genomgår en undersökning, oavsett anledning till åtgärden, skall betraktas som patient. Med patient jämställs den som frivilligt deltar som försöksperson i medicinsk forskning eller som donerar organ eller annat biologiskt material för transplantation eller annat medicinskt ändamål.

Patientskadeersättningen skall utges av den försäkringsgivare som vårdgivaren har anlitat. För att tillgodose patienternas skyddsintresse i sådana fall där en vårdgivare inte fullgjort sin försäkringsplikt, åläggs alla försäkringsgivare som meddelar patientförsäkring ett solidariskt ansvar för ersättning för skador som inträffar hos vårdgivare som saknat patientförsäkring. Försäkringsgivarna är skyldiga att ingå i en patientförsäkringsförening. Föreningen har bl.a. till uppgift att handlägga ersättningsfrågor rörande vårdgivare som inte tecknat försäkring.

Bland vårdgivarna är det landstingen och de tre landstingsfria kommunerna som svarar

för huvuddelen av vården i Sverige. Landstingen och de tre kommunerna anlitar en gemensam försäkringsgivare, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF), som svarar för det övervägande antalet ärenden rörande patientförsäkring.

LÖF har i sin tur uppdragit åt Personskadereglering AB (PSR) att handlägga ersättningsärendena. Det huvudsakliga antalet ärenden som behandlas enligt lagen, och även enligt den frivilliga patientförsäkringen, handläggs därför av PSR.

Slutligen kan nämnas att en förutsättning för att patientskadeersättning skall utgå är att skadan har uppkommit i samband med hälso- och sjukvård i Sverige. Patienter som vårdas utomlands måste därför försäkras genom frivilliga åtaganden av vårdgivaren.

Rätten till patientskadeersättning

Skadebegreppet

Som nämnts ovan innebär lagen på några viktiga punkter en ändring jämfört med vad som gäller enligt den frivilliga patientförsäkringen. Det gäller för det första vilken typ av skada som ersätts. Enligt den frivilliga försäkringen ersätts endast fysiska skador samt psykiska skador som har samband med en fysisk skada. Patientskadelagen innehåller inte någon sådan begränsning. Ersättning lämnas enligt lagen för all *personskada*, oavsett om det rör sig om en fysisk eller en psykisk skada.

Bevisregel

För att en skada skall kunna ersättas krävs att det finns ett orsakssamband mellan skadan och behandlingen. Det är patienten som har bevisbördan för att ett sådant orsakssamband föreligger. Beviskravet är dock uppfyllt om det är *övervägande sannolikt* att ett orsakssamband föreligger.

Ersättningsbara skador

De olika slag av skador som ersätts kan uppdelas i sex olika huvudtyper

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

Behandlingsskada

Patientskadeersättning lämnas om en skada 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 skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

Bedömningen av frågan om skadan kunnat undvikas under de angivna förutsättningarna görs i efterhand, den s.k. facitbedömningen.

Handlingsnormen vid bedömningen är den som gäller för en erfaren specialist eller annan erfaren yrkesutövare inom berört område. Den behandlande läkarens faktiska kompetens och erfarenhet saknar således betydelse vid bedömningen. Det innebär att specialistmåtstocken gäller även om det vid behandlingen inte fanns tillgång till en erfaren specialist.

Bevisbördan för att skadan kunnat undvikas åvilar patienten.

Bedömningen av om rätt till ersättning föreligger sker stegvis enligt följande:

- 1. Personskada – föreligger en skada av fysisk eller psykisk art?*
- 2. Orsakssamband – har skadan med övervägande sannolikhet varit en direkt följd av en vårdåtgärd?*

Skador som uppkommer eller utvecklas oberoende av vården undantas således. Direkta följer av den grundsjukdom som

förelåg vid vårdtillfället eller som utvecklades oberoende av vården omfattas därför inte av rätten till ersättning.

3. Medicinskt motiverad behandling – var behandlingen medicinskt motiverad?

Bedömningen är objektiviserad på så sätt att den sker med utgångspunkt från den kunskap som den erfarna specialisten har inom aktuellt område vid tidpunkten för behandlingen. Prövningen sker på grundval av vad som varit eller borde ha varit känt om patientens vårdbehov och hälsotillstånd i övrigt vid behandlingstillfället. Om prövningen leder fram till att behandlingen inte var medicinskt motiverad lämnas ersättning för skadan. Har behandlingen varit medicinskt motiverad går man vidare till nästa fråga.

4. Vedertagen metod – har valet av behandlingsmetod gjorts i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet?

Om prövningen visar att den valda behandlingsmetoden inte är en i praxis vedertagen metod lämnas ersättning för skadan. Har en vedertagen metod använts går man vidare till nästa fråga.

5. Annat utförande av den valda metoden – hade skadan kunnat undvikas genom ett annat utförande av den valda metoden?

Prövningen sker på grundval av den kunskap som vid skaderegleringstillfället finns om patientens konstitution vid behandlingstillfället. Det gäller såväl grundsjukdomen som eventuella avvikelser, anomalier, oavsett om förhållandena var kända eller ens möjliga att känna till när behandlingen utfördes. Även denna prövning sker med utgångspunkt från den erfarna specialistens kunskap på området.

Detta *facitresonemang* innebär en prövning av om skadan hypotetiskt, sedan kännedom om behandlingsresultatet erhållits, borde ha kunnat undvikas om den valda

behandlingsåtgärden hade utförts på ett annorlunda sätt men lika effektivt vad avser behandlingen av grundsjukdomen. Om resultatet blir att skadan hade kunnat undvikas genom ett sådant annorlunda utförande av den valda behandlingsmetoden lämnas ersättning.

Som exempel kan nämnas att ersättning har lämnats i ett fall där en större blödning uppkom då nålen vid njurbiopsi träffade en artärgren och njuren därför måste opereras bort. Med facit i hand hade det varit möjligt att undvika att träffa artärgrenen och därmed hade njurskadan inte uppkommit.

Om skadan inte hade kunnat undvikas genom ett annat utförande av den valda metoden går man vidare till nästa steg.

6. Val av annan metod – hade skadan kunnat undvikas genom val av en annan behandlingsmetod?

För att en skada skall kunna ersättas krävs att den alternativa metoden

- var tillgänglig vid behandlingstillfället
- tillgodosåg patientens vårdbehov
- gav en totalt sett lägre risknivå.

Det alternativa förfarandet skall således ha varit *tillgängligt* i den aktuella vårdsituationen, antingen inom berörd vårdenhet eller genom remittering till annan vårdenhet.

Kravet på att den alternativa behandlingsmetoden skall ha varit *mindre riskfylld* innebär att det inte är tillräckligt att det genom en annan metod varit möjligt att undvika skadan. Det krävs dessutom att metoden generellt sett skulle ha inneburit mindre risk för skada.

Materialskada

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

Diagnosskada

Patientskadeersättning lämnas om en skada har orsakats av felaktig diagnostisering. Här är det till skillnad från övriga patientskador fråga om att ersätta grundsjukdomens effekter och inte någon av sjukvården tillförd skada. En diagnosskada föreligger när faktiskt iakttagbara sjukdomstecken i samband med diagnostik förbisets eller tolkats på ett sätt som avviker från den handlingsnorm som gäller för en erfaren specialist inom det aktuella området och på grund härav behandlingsresultatet uteblivit, försämrats eller försenats.

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

Diagnosskadan består i att patientens grundsjukdom får ett annat förlopp än om man diagnostiserat grundsjukdomen vid ett tidigare tillfälle, en adekvat behandling försenas eller behandlingen får en felaktig inriktning.

Infektionsskada

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

Rätten till ersättning är dock utesluten i de fall omständigheterna är sådana att infektionen skäligen måste tålas. Hänsyn skall vid denna bedömning tas till arten och svårhetsgraden av grundsjukdomen, patientens hälsotillstånd i övrigt, möjligheten att förutse infektionen samt infektionens svårhetsgrad. Ju allvarligare grundsjukdomen är desto större komplikationer får patienten tåla utan rätt till ersättning. Likaså minskar möjligheten att få ersättning ju högre risk för infektion som

föreligger. Om risken för skada däremot varit ringa eller svår att förutse kan förutsättningarna för ersättning vara uppfyllda. Skälighetsbedömningen förutsätter således att man gör en samlad bedömning av de olika prövkriterierna.

Olycksfallsskada

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

En huvudprincip är att det skall vara fråga om sådana olycksfall som har samband med och är typiska för vårdverksamheten. Ersättningsrätten är därför begränsad till de för vården speciella riskerna. Från rätten till ersättning undantas de normala olycksfallsrisker som kan föreligga oberoende av vårdsituationen.

Medicineringsskada

Patientskadeersättning lämnas om en skada är en följd av att ett läkemedel förordnats eller lämnats ut i strid med föreskrifter eller anvisningar. Andra skador orsakade av läkemedel – läkemedelsbiverkningar – undantas från patientskadelagens tillämpningsområde. Dessa skador kan i stället prövas enligt läkemedelsförsäkringens ersättningsbestämmelser.

Undantag från rätten till patientskadeersättning

Patientskadeersättning lämnas inte om skadan är en följd av ett nödvändigt förfarande för diagnostisering eller behandling av sådan skada eller sjukdom som obehandlad är direkt livshotande eller leder till svår invaliditet. Med svår invaliditet avses här en mycket allvarlig, bestående funktionsnedsättning som medför att patienten inte kan återgå till normal livsföring.

Undantaget är tillämpligt vid skador som orsakats i nödsituationer där vårdbehovet är så akut att behandling måste sättas in trots att man inte haft möjlighet att vidta normala förberedelser. Det gäller även sådana situationer där man medvetet måste ta stora risker för att förebygga en mycket allvarlig utveckling av patientens skada eller sjukdom. Om det inte fanns någon annan behandlingsmöjlighet, även med kunskap om skaderisken, och om förutsättningarna i övrigt är uppfyllda, är en skada som inträffar inte att betrakta som en ersättningsbar skada.

Patientskadeersättningens bestämmande

Patientskadeersättningen bestäms enligt skadeståndslagens regler om ersättning för personskada. Ersättning lämnas således dels för ekonomisk skada, d.v.s. inkomstförlust och kostnader med anledning av skadan, dels för ideell skada, d.v.s. ersättning för sveda och värk, lyte och men samt olägenheter i övrigt. Vid dödsfall kan ersättning för begravningskostnader och förlust av underhåll lämnas.

Vissa avvikelser från skadeståndslagens regler finns dock. Avräkning skall alltid ske för en självrisk motsvarande en tjugondedel av basbeloppet. Vidare begränsas ersättningen för varje skadad person till 200 basbelopp och för varje skadehändelse till 1 000 basbelopp.

Preskription

Den som vill ha patientskadeersättning enligt patientskadelagen förlorar rätten till detta om talan inte väcks vid domstol inom tre år från det att den skadelidande fick kännedom om att anspråket kunde göras gällande och i varje fall inom tio år från den tidpunkt då skadan orsakades.

Tre grundläggande förutsättningar måste vara uppfyllda för att patienten skall anses ha fått kännedom om att anspråket kunde göras

gällande. För det första måste patienten ha fått kännedom om skadan. Han måste således ha insett att en skada uppkommit. Tidpunkten räknas från det att skadan blev märkbar, oavsett när den orsakades. För det andra måste patienten ha fått klart för sig att skadan kan ha samband med åtgärd från hälso- och sjukvårdens sida. Slutligen skall patienten veta mot vem han skall rikta sitt anspråk.

Har den som vill ha ersättning anmält skadan hos vårdgivaren eller försäkringsgivaren inom den angivna tiden föreligger alltid rätt att väcka talan inom sex månader efter det att patienten fått del av försäkringsgivarens slutliga ställningstagande i ärendet.

Patientförsäkringsföreningen

De försäkringsgivare som meddelar patientförsäkring skall som nämnts ingå i en patientförsäkringsförening. Föreningen skall handlägga frågor om ersättning för skador som uppkommit hos vårdgivare som saknar försäkring samt frågor om ersättning där flera försäkringsgivare svarar solidariskt. Bakgrunden är att alla patienter skall få samma skydd oberoende av vilken vårdgivare som anlitas.

Under 1999 anmäldes till Patientförsäkringsföreningen 27 skador som uppkommit hos vårdgivare som inte haft patientförsäkring.

Patientförsäkringsföreningen administrerar även Patientskadenämndens verksamhet.

Patientskadenämnden

Patientskadenämnden, som tillkom redan vid införandet av den frivilliga försäkringen, har till uppgift att på begäran av patient eller annan skadelidande, vårdgivare, försäkringsgivare eller domstol yttra sig över ersättningsfall enligt lagen. Nämnden får även yttra sig över ersättningsfall där skadan inträffat före lagens ikraftträdande och där fråga är om tillämpningen av ersättningsbestämmelserna

i den frivilliga patientförsäkringen vid behandlingsskada. Vidare får nämnden yttra sig över skadeståndsrättsliga krav från patient eller annan skadelidande som täcks av patientförsäkring om skadan inträffat 1975 eller senare.

Nämnden består av en ordförande samt sex andra ledamöter. Ordföranden skall vara eller ha varit ordinarie domare. Av övriga ledamöter skall tre företräda patienternas intressen, en vara medicinskt sakkunnig, en vara väl förtrogen med personskadereglering hos försäkringsgivare samt en ha särskild kunskap om verksamhet som rör hälso- och sjukvård.

Patientskadenämnden skall verka för en enhetlig och rättvis tillämpning av patientskadelagens och den frivilliga patientförsäkringens regler om ersättning. Nämndens yttranden är rådgivande men i princip följs de alltid av försäkringsgivaren.

Prövningen i nämnden är kostnadsfri för patienten.

Under perioden 1 januari 1975 – 31 december 1999 har Patientskadenämnden behandlat 7 223 ärenden. I cirka 10 procent av ärendena har nämnden gjort en annan bedömning än försäkringsgivaren.

Överprövning

Enligt den frivilliga patientförsäkringen kan en patient som inte är nöjd med det slutliga beslutet begära att frågan prövas i skiljenämnd. Denna möjlighet finns inte längre enligt patientskadelagen utan talan får i stället väckas vid allmän domstol för prövning enligt lagens bestämmelser.

Patientskadelagens tillämpning i praxis

Allmänt

Som ovan nämnts handläggs ersättningsärenden såväl enligt den frivilliga patientförsäkringen som enligt patientskadelagen huvud-

sakligen av Personskadereglering AB (PSR). De ärenden som i dag inkommer till PSR avser till största delen patientskadelagen men fortfarande handläggs ett antal ärenden enligt den frivilliga försäkringen.

Till och med den 31 juli 2000 hade något över 19 000 ärenden enligt lagen inkommit till PSR. Av dessa utgick ersättning i 41 % medan ersättning avböjdes i 41 %. Övriga ärenden är fortfarande under utredning.

Under samma tid har 431 lagärenden registrerats hos Patientskadenämnden. Av dessa har 260 ärenden prövats av nämnden.

Sammanfattningsvis kan konstateras att tillämpningen av patientskadelagen, med de undantag som behandlas nedan, inte inneburit några särskilda svårigheter eller några större förändringar när det gäller patienternas möjlighet att få ersättning.

Tillämpningen av nya bestämmelser i patientskadelagen

Tidigare har konstaterats att patientskadelagen i främst tre olika hänseenden har inneburit klara skillnader mot den frivilliga patientförsäkringen. Det gäller rent psykiska skador, facitresonemang beträffande metodval samt skälighetsbedömning vid infektionsskador. Nedan skall närmare redogöras för synen på dessa frågor vid lagens tillkomst, Patientskadenämndens erfarenhet av den praktiska tillämpningen samt synpunkter beträffande den framtida utvecklingen.

Rent psykiska skador

Enligt patientskadelagen kan ersättning lämnas för personskada. Det innebär till skillnad från den frivilliga försäkringen att inte bara fysiska skador eller psykiska skador som har samband med fysiska skador utan även rent psykiska skador som inte har samband med någon fysisk skada kan ersättas.

Vid remissbehandlingen framfördes från flera håll kritik mot att även rent psykiska skador skulle kunna ersättas. Kritiken gick

främst ut på att psykiska skador är svårutredda och att skaderegleringen därför kunde bli både omfattande och kostnadskrävande. Man menade också att möjligheten att få ersättning även för rent psykiska skador i många fall skulle medföra förhoppning om ersättning som inte skulle komma att infrias på grund av svårigheterna att avgöra vad som är ersättningsbart. Även beträffande denna typ av skador måste ju patienterna visa att det finns ett orsakssamband mellan behandling och skada samt att skadan hade kunnat undvikas.

Svenska Läkaresällskapet konstaterade i sitt remissvar att få vårdområden är så kontroversiella och föremål för misstro och anmälningar som det psykiatriska området samt att de psykiatriska behandlingsmetoderna ofta ifrågasätts. Läkaresällskapet menade vidare att möjligheten av att en betydande kostnadsökning kunde uppkomma med hänsyn till antalet anmälningar och ersättningskostnaderna på grund av dessa hade avfärdats i allmänna ordalag utan något empiriskt underlag. Enligt Svenska Läkaresällskapet var frågan om rent psykiska skador skulle innefattas i patientförsäkringen av sådan principiell betydelse att den förtjänade en mer ingående analys än vad som gjorts. Lagförslaget ansågs därför vara alltför dåligt underbyggt för att kunna ligga till grund för lagstiftning.

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

Under de drygt tre år som gått har endast ett fåtal fall som rör rent psykiska skador anmälts till PSR och inget renodlat fall har ännu prövats av Patientskadenämnden. Det befarade stora antalet anmälningar beträffande skador av detta slag har således hittills inte inkom-

mit. Om de svårigheter att bedöma rätten till ersättning som man pekat på vid remisskritiken verkligen föreligger kan man därför ännu inte uttala sig närmare om.

Att så få fall inkommit kan naturligtvis betyda att det även i framtiden kommer att röra sig om ett relativt begränsat antal ärenden som rör rent psykiska skador. Det finns dock omständigheter som pekar i en annan riktning. Erfarenheter från läkemedelsförsäkringen visar att det kan ta mycket lång tid innan vissa skador anmäls i någon större omfattning men att antalet sedan blir betydande. Först i slutet av 1980-talet, när läkemedelsförsäkringen funnits i cirka 10 år, började det komma in ett större antal anmälningar p.g.a. besvär efter användning av bensodiazepiner, exempelvis Sobril och Valium. Det finns förmodligen flera olika orsaker till detta. En av de främsta anledningarna kan dock antas vara att den grupp av patienter med psykiska besvär som det var fråga om startade en intresseförening vilken bättre kunde bevaka deras intressen.

Mot bakgrund av dessa erfarenheter från läkemedelsförsäkringen är det för tidigt att redan nu utgå ifrån att det även i fortsättningen kommer att ske relativt få anmälningar beträffande rent psykiska skador. Ett skäl är således att patienter med psykiska besvär jämfört med patienter som har renodlade fysiska besvär många gånger har svårare att göra sig hörda och ta tillvara sina intressen. Det finns därför anledning att räkna med att antalet ärenden kommer att öka när det blivit mera allmänt känt att även skador av ifrågasvarande slag kan ersättas enligt patientskadelagen och olika intressegrupper blivit medvetna om detta. Hur stor en sådan ökning i sådant fall blir får framtiden utvisa. Det måste under alla omständigheter konstateras att det generellt är svårare vid rent psykiska skador än vid fysiska skador att avgöra om det föreligger något samband mellan behandlingen, som inte sällan sker under lång tid, och den

anmälda skadan och likaså om skadan hade kunnat undvikas eller inte. Vidare att den medicinskt påvisbara effekt som krävs för att en skada skall anses föreligga är svårare att visa vid psykiska än vid fysiska skador. Detta medför som nämnts längre handläggnings-tider och ökade utredningskostnader samt även risk för att ersättning i många fall inte kan utgå.

Facitbedömning beträffande metodval

Enligt 6 § 1 st 1 p 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 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.*

Denna facitbedömning beträffande metodvalet saknas som tidigare nämnts i den frivilliga patientförsäkringen där facitbedömningen endast avsåg om skadan hade kunnat undvikas genom ett annat utförande av den valda behandlingsmetoden.

Liksom beträffande rent psykiska skador framfördes från flera håll kritik när det gällde förslaget att införa ett facitresonemang även på valet av behandlingsmetod. Man ansåg att det normalt inte förelåg något problem att skilja mellan metod och utförande samt att det skulle innebära stora utredningstekniska problem med tanke på de avsevärda tillämpningssvårigheter som föreligger med stort utrymme för tolkningstvister.

Regeringen menade dock att det var angeläget att de problem som ansågs föreligga, nämligen att det saknades exakta kriterier för en uppdelning mellan metod och utförande samt mellan undersökning och behandling, undanröjdes eftersom denna oklarhet inte

borde gå ut över patienterna i form av mistad rätt till ersättning. Därför infördes facitbedömning på metodval i patientskadelagen. I propositionen uttalades dock att det fanns skäl att följa utvecklingen i praxis av lagens tillämpning på denna punkt.

Av de lagärenden som hittills prövats av Patientskadenämnden är det endast i ett mindre antal fall som nämnden närmare behandlat frågan om skadan kunnat undvikas genom val av ett annat förfarande. I övriga fall där denna fråga har varit aktuell har nämnden bara kortfattat konstaterat att det inte föreligger något annat tillgängligt förfarande som enligt en bedömning i efterhand från medicinsk synpunkt skulle ha tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. I dessa fall har det överhuvudtaget inte funnits något alternativt förfarande att tillgå eller så har den alternativa behandlingsmetoden helt klart inte tillgodosett patientens vårdbehov på ett mindre riskfyllt sätt.

I rättsfallssamlingen *Rättsfall Försäkring och Skadestånd* (RFS) för 1998 och 1999 har refererats sammanlagt åtta fall där Patientskadenämnden mera ingående har analyserat frågan om skada kunnat undvikas vid ett facitresonemang.

I *RFS 1998:1* behandlas den principiella frågan om när icke-behandling eller s.k. konservativ behandling skall betraktas som en alternativ behandlingsmetod i lagens mening. I det aktuella fallet hade, vid misstanke om lungemboli, en nål för dropp, provtagning m.m. (venflon) satts i patientens handrygg. Efter lungscintigrafi togs nålen bort utan att man behövt använda den. Det visade sig senare att nålen orsakat en ytlig propp i handryggen. Nämnden skrev bland annat följande:

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.

Någon ersättningsbar skada ansågs inte föreligga.

I ärendet *RFS 1999:1*, som gällde en skada i samband med ett kosmetiskt ingrepp, ansågs vid en bedömning i efterhand att ett alternativt förfarande i och för sig hade tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. För att patientskadeersättning skall kunna lämnas krävs dock att det alternativa förfarandet finns tillgängligt vid behandlingstillfället. I detta fall hade patienten inte accepterat den alternativa behandlingsmetoden, varför det inte var möjligt att använda denna. Metoden kunde därför inte anses utgöra ett sådant annat tillgängligt förfarande som avses i lagen. Ersättningsbar patientskada ansågs därför inte föreligga.

Två fall av känselbortfall efter mandibularisbedövning i samband med tandbehandling har prövats av nämnden. I bägge fallen ansågs nervskadorna som orsakade känselbortfallen oundvikliga vid det valda förfarandet. I det ena fallet, *RFS 1999:3*, rörde det sig om behandling av kindtanden 46 och då finns ingen alternativ bedövningsform. Ersättningsbar patientskada ansågs därför inte föreligga. I det andra fallet, *RFS 1999:4*, gällde behandlingen tand 44 och vid behandling av denna tand finns en alternativ bedövningsmetod i form av infiltrationsbedövning. Nämnden ansåg att om man använt infiltrationsbedövning i stället för mandibularisbedövning så hade man kunnat undvika den uppkomna nervskadan. Infiltrationsbedövning, som var en tillgänglig bedövningsmetod, hade såväl

tillgodosett patientens behov av bedövning som varit en mindre riskfylld metod. Ersättningsbar patientskada ansågs därför föreligga.

Det är ännu för tidigt att mera bestämt uttala sig beträffande frågan om de problem som angavs vid remissbehandlingen har uppkommit och om omfattningen av dessa. För att få ett klart svar måste göras en djupare analys av de ärenden som handlagts av PSR men sedan inte gått vidare till Patientskadenämnden. Enligt uppgift har det förekommit ett antal fall hos PSR avseende skador inom olika specialistområden som har ersatts. Det torde dock vara klart att det kan uppkomma svåra gränsdragningsfrågor vid valet mellan olika metoder. Detta gäller i synnerhet när metoder inom olika specialistområden skall vägas mot varandra. Vid exempelvis behandlingen av en hjärntumör kan valet stå mellan att operera, strålbehandla eller medicinera. Att när vederbörande specialist inom sitt respektive område förespråkar "sin" metod kunna avgöra vilken metod som är den mindre riskfyllda kan då givetvis vara mycket svårt.

Skälighetsbedömning vid infektionsskador

Enligt 6 § 1 st 4 p patientskadelagen gäller som huvudregel att patientskadeersättning lämnas vid infektionsskador om skadan med övervägande sannolikhet är orsakad av överföring av smittämne som lett till infektion i samband med undersökning, vård, behandling eller liknande åtgärd. Rätten till ersättning är dock enligt 6 § 3 st utesluten i de fall där omständigheterna är sådana att infektionen skäligen måste tålas. Hänsyn skall därvid tas till arten och svårhetsgraden av grundsjukdomen, patientens hälsotillstånd i övrigt samt möjligheten att förutse infektionen.

I den frivilliga patientförsäkringen finns samma huvudregel som i patientskadelagen. Däremot innehåller villkoren i den frivilliga försäkringen inte något undantag grundat på en skälighetsbedömning. I stället undantas

vissa fall då det vanligen inte kan anses sannolikt att smitta överförts i samband med vårdåtgärd. Det gäller dels ingrepp i bakteriologiskt rena områden som tarmar och munhåla eller i vävnad med påtagligt nedsatt vitalitet, dels behandling som medför förhöjd infektionsrisk såsom långvarig kateterbehandling, dränage och liknande. Om en infektion inom de undantagna områdena med övervägande sannolikhet tillförts utifrån ersätts dock skador med anledning av infektionen. Normalt ersätts infektioner i s.k. rena områden som ögon, leder, muskler och andra mjukdelar.

Vid patientskadelagens tillkomst uttalades i propositionen att rätten till ersättning vid infektionsskador borde utformas på ett sätt som innebär att patienterna inte kommer i ett sämre läge än vad som gällde enligt den frivilliga försäkringen. Den reglering som fanns i den frivilliga försäkringen ansågs dock inte fullständig, eftersom den i fråga om undantaget för rena områden inte återspeglade den praxis som utformats och som innebar att även skada på grund av infektion i sådana områden ersattes om smittämnet med övervägande sannolikhet tillförts utifrån. I stället för att införa ytterligare undantag valde man, efter förebild i den danska patientskadelagen, att införa en bestämmelse om skälighetsprövning.

Införandet av en skälighetsbedömning innebär att den relativt klara gränsdragning som tidigare kunnat göras bland annat beträffande s.k. rena och rena områden inte längre kan ligga till grund för om ersättning för en infektionsskada skall utgå eller inte. I stället måste man med den reglering som valts i patientskadelagen alltid göra en avvägning mellan ett antal olika faktorer, vilket medför att gränsen mellan vad som får tålas och vad som inte får tålas utan rätt till ersättning kan vara svår att dra.

Som exempel på omständigheter som talar för rätt till ersättning kan nämnas följande.

Infektionen är allvarligare än grundsjukdomen eller står inte i rimligt förhållande till förutsättningarna för behandlingen. Infektionen har förorsakat ett livshotande tillstånd, långvarig behandling eller bestående men. Risken för infektion var ringa och infektionen var svår att förutse. Det förväntade operationsresultatet försämrades eller uteblev på grund av infektionen.

Av de ärenden som behandlats i Patientskadenämnden och där nämnden ansett att ersättning borde utges kan nämnas följande:

I ärendet *RFS 1998:2* fick patienten vid operation med anledning av fraktur på ringfingret en stafylokockinfektion i fingret. Patientskadenämnden ansåg att grundskadan var av mindre allvarlig art än infektionen samt att risken för infektion varit ringa och infektionen svår att förutse. Vidare konstaterade nämnden att infektionen hade brutit ned brosket i leden, vilket innebar en större risk för steloperation i framtiden än vad den obehandlade grundskadan hade gjort. Infektionen ansågs därför inte stå i rimligt förhållande till förutsättningarna för behandlingen, varför infektionen inte skäligen borde tålas utan rätt till ersättning.

Ärendet *RFS 1998:5* gällde en patient som i samband med en starroperation fick en inflammation i ögats inre struktur, vilket ledde till blindhet på detta öga. Patientskadenämnden konstaterade att ögonoperationen varit nödvändig för att försöka rädda synen på ögat samt att den ögonsjukdom patienten led av sannolikt hade lett till blindhet på ögat om operationen inte hade utförts. Vidare konstaterades att infektionen medfört att det förväntade operationsresultatet med en sannolikt förbättrad syn på ögat spolierats och att i stället total blindhet på ögat uppkommit. Dessutom att patienten fått genomgå en omoperation samt hade förorsakats smärta under själva infektionstiden. På grund av dessa omständigheter och då risken för infektion varit ringa och infektionen svår att förutse ansåg

Patientskadenämnden att ersättning skulle utgå.

Mot rätt till ersättning talar bl.a. följande faktorer. Infektionen har varit ringa och orsakat besvär under en kortare tid. Grundsjukdomen är avsevärt allvarligare än infektionen. Infektionen är en förväntad komplikation som man måste kalkylera med. Infektionen har inte påverkat behandlingsresultatet eller behandlingstiden.

Exempel på behandlingar med förhöjd infektionsrisk är vissa kateterbehandlingar, transplantationer och behandling som försämrar immunförsvaret. Infektioner som inträffar vid sådana behandlingar får därför ofta tålas. En annan typ av fall där förutsättningarna är sådana att skadan kan få godtas är då infektionen uppkommer i samband med en större operation i ett område med nedsatt blodcirkulation.

Av de ärenden som behandlats i Patientskadenämnden och där nämnden ansett att ersättning inte borde utges kan nämnas följande:

I ärendet *RFS 1998:4* hade en patient efter operation av en fotledsfraktur fått växt av stafylokocker i operationssåret. Detta medförde sår-läkningsproblem, men såret var efter cirka tre månader klart mycket mindre. Patienten var sjukskriven i fyra månader efter operationen. Patientskadenämnden konstaterade att fotledsfrakturen var betydligt allvarligare än infektionen samt att operationen varit nödvändig för att behandla frakturen. Vidare konstaterades att infektionen varit av relativt lindrig art samt att den akuta sjukdomstiden med övervägande sannolikhet inte hade förlängts med anledning av infektionen. Infektionen hade heller inte orsakat några kvarstående besvär. Nämnden ansåg därför, även om infektionsrisken varit ringa och infektionen svår att förutse, att infektionen skäligen fick tålas utan rätt till ersättning.

Ett annat ärende, *RFS 1998:3*, gällde en patient som hade grå starr och förhöjt tryck i ena ögat. Patienten opererades för att man

skulle försöka rädda synen på ögat. Efter operationen uppkom en inflammation i ögats inre struktur, vilket medförde glaskroppskirurgi. Infektionen förorsakade en förlängd läknings- och behandlingstid men läkte sedan ut utan att ha påverkat operationsresultatet. Patientens synskärpa förbättrades i förhållande till vad som varit fallet före operationen. Patientskadenämnden konstaterade att ögonsjukdomen varit betydligt allvarligare än infektionen samt att operationen varit nödvändig för att rädda synen på ögat, eftersom patienten annars sannolikt hade blivit blind på detta öga. Vidare konstaterade nämnden att infektionen varit av relativt lindrig art, att den orsakat besvär under en kortare period, att den läkt ut samt att den inte påverkat utgången av operationen. Även om infektionsrisken varit ringa och infektionen svår att förutse fick den därför skäligen tålas utan rätt till ersättning.

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

Ärendet *RFS 1999:7* gällde en patient som genomgått en kranskärlsoperation på grund av instabil angina pectoris efter flera hjärtinfarkter. Efter operationen fick patienten en infektion i lungmellanrummet, vilket ledde till operation med utrymning av infekterad vätska i lung- och hjärtsäck. Patienten vårdades sedan i respirator med dränage. Efter utskrivning återkom patienten på grund av fistelbildning och ny sårinfektion. Såret måste öppnas och en delhudstransplantation utföras. Efter utskrivning fick patienten fortsätta med antibiotikabehandling samt gå på regelbundna sårkontroller. Patientskadenämnden konstaterade att kranskärlssjukdomen var av allvarlig art samt att patienten löpt risk att utveckla en ny infarkt med dödlig utgång, varför operationen varit medicinskt motiverad. Det konstaterades också att det fanns en

ökad komplikationsrisk på grund av att patienten led av diabetes. Det framkom dock att patienten före operationen haft god kondition och varit vid god vigör, att patientens diabetes varit en åldersdiabetes som endast kostbehandlats samt att operationen inte varit akut utan planerad. Även om det funnits en risk för en ny hjärtinfarkt hade det enligt nämnden varit möjligt att patienten utan operation hade kunnat fortsätta att leva ett normalt liv. Vidare konstaterade nämnden att den djupa infektion som uppkom inte hade kunnat förutses samt att infektionen varit av ytterst allvarlig art och försatt patienten i ett livshotande tillstånd där akut operation med osäker utgång varit nödvändig. Det direkta akuta sjukdomsförloppet i anledning av infektionen var också långdraget med intensivvårdsbehandling och flera omoperationer. Slutligen konstaterade nämnden att sjukdomsförloppet även efter sjukhusvistelsen varit långdraget samt att det förelåg risk för att infektionen skulle kunna ge bestående besvär. Patientskadenämnden ansåg därför att infektionen inte stod i rimligt förhållande till grundsjukdomen, även om denna måste betecknas som mycket svår, varför ersättning borde utgå.

I ett annat fall, *RFS 1998:6*, genomgick en patient en kranskärlsröntgen efter en hjärtinfarkt, varvid beslutades om by-passoperation. På grund av infektion som tillförts vid röntgenundersökningen fick patienten blodförgiftning med septisk chock och vårdades i respirator. By-passoperation skedde sedan som planerat inom en månad från undersökningen med gott resultat. Patientskadenämnden konstaterade att patienten haft två hjärtinfarkter tätt inpå varandra och visat tecken på hjärtsvikt samt att kranskärlsröntgen därför varit absolut nödvändig. Vidare konstaterades att infektionen visserligen hade varit allvarlig men att den kunnat behandlas framgångsrikt samt att den planerade hjärtoperationen kunnat genomföras inom en månad från att det infektionen uppkommit. Det kon-

staterades också att infektionen inte gett några kvarstående besvär samt att den uppenbarligen inte hade äventyrat operationsresultatet. Därför och då infektionen ansågs ha varit av mindre svår karaktär än den mycket allvarliga hjärtsjukdomen borde infektionen, trots att infektionsrisken varit ringa och infektionen svår att förutse, skäligen tålas utan rätt till ersättning.

Den reglering som införts i patientskadelagen när det gäller rätt till ersättning för infektionsskador har fått till följd att sådana skador ersätts i mindre omfattning än tidigare. Hur stora skillnader som föreligger kan ännu vara för tidigt att uttala sig om innan fler fall har behandlats och en fastare praxis beträffande gränsdragningen mellan vad som måste tålas utan rätt till ersättning och vad som skall ersättas har utbildats. Tendensen är dock tydlig. I de fall där Patientskadenämnden fram till och med juni 2000 gjort en skälighetsbedömning vid tillförda infektionsskador har nämnden i cirka $\frac{3}{4}$ av fallen (73 procent) funnit att patienten skäligen får tåla infektionen utan rätt till ersättning. Om dessa ärenden bedömts enligt den frivilliga patientförsäkringens hade ersättning sannolikt kunnat lämnas i närmare $\frac{3}{4}$ av fallen. Detta indikerar att införandet av en skälighetsbedömning i patientskadelagen vid infektionsskador har inneburit en försämring av rätten till ersättning jämfört med tidigare. Eftersom antalet avgöranden i nämnden enligt patientskadelagen ännu inte varit så många (33 fall) och då det är svårt att avgöra hur representativa de aktuella fallen är, krävs dock ett större antal avgöranden innan man kan göra en mera ingående analys av lagens effekter. Det kan konstateras att den statistik som för närvarande föreligger när det gäller ärenden av detta slag hos PSR inte visat en lika dramatisk försämring av ersättningsrätten. Enligt uppgift har antalet ersättningsbara infektionsskador minskat med cirka 10 procent sedan patientskadelagen infördes.

Anledningen till den mera restriktiva bedömningen är främst följande. Enligt den frivilliga patientförsäkringen gäller som nämnts att ersättning enligt huvudregeln lämnas när en infektion med övervägande sannolikhet har överförts till patienten genom hälso- och sjukvårdande åtgärd. Undantag görs beträffande s.k. orena områden som tarmar och munhåla samt vid ingrepp i vävnad med påtagligt nedsatt vitalitet eller vid behandling som medför förhöjd infektionsrisk. Däremot ersätts infektionsskador normalt i s.k. rena områden och det även om det rör sig om en lindrig infektion vid ett större ingrepp.

Den skälighetsbedömning som skall göras enligt patientskadelagen innebär att patienter, som får mera triviala infektioner men som har en allvarlig grundsjukdom, till skillnad från vad som gäller enligt den frivilliga försäkringen inte får någon ersättning trots att det varit fråga om en utifrån tillförd infektion.

Ytterligare en negativ konsekvens av skälighetsbedömningen är att denna förutsätter en samlad bedömning av de olika kriterierna, vilket i många infektionsfall medför att utredningstiden blir betydligt längre än tidigare. Vid mera långvariga infektioner är det också svårt att avgöra de slutliga följderna eller den sannolika prognosen. Infektionsskador som på ett tidigt stadium inte bedöms som ersättningsbara kan med hänsyn till den fortsatta utvecklingen bli det senare.

Slutord

Avslutningsvis kan konstateras att patientskadelagen hittills i huvudsak fungerat väl. Det är dock för tidigt att avgöra om lagen inneburit några större skillnader vad avser möjligheten till ersättning jämfört med den frivilliga försäkringen. När det gäller rent psykiska skador och facitresonemang beträffande metodval får den fortsatta utvecklingen visa i vilken utsträckning farhågorna avseende tillämpningssvårigheter samt längre handläggningstider och ökade kostnader be-sannas. Under den tid patientskadelagen varit i kraft har den klaraste förändringen skett i fråga om rätten till ersättning för infektionsskador. Den skälighetsbedömning som införts har, som konstaterats, inneburit att ersättning utgår i mindre omfattning än tidigare, något som inte varit avsikten.

Det finns anledning att noga följa den fortsatta utvecklingen när det gäller de ändringar av ersättningsbestämmelserna som skett genom patientskadelagens tillkomst och då särskilt frågan om ersättning för infektionsskador. När en ökad erfarenhet av lagens tillämpning föreligger och en fastare praxis har utbildats bör en grundligare analys ske. Det får då visa sig i vad mån det finns skäl att på en eller flera punkter väcka frågan om en ändring av lagen.