

Patientskadenämnden säkrar Patientskadelagens tillämpning

Målet är en rättvis och enhetlig praxis

HENRY JOHANSSON, professor emeritus, Uppsala
henry.e.johansson@bredband.net



På sistone har frågor om patientskador i svensk sjukvård aktualiserats. Nyligen belystes i Läkartidningen patientskadornas ekonomiska konsekvenser [1]. I artikeln framhölls att den enskilda skadan är dyr men att sjukvårdens skador utgör ett mindre problem än trafikskador eftersom patientskador är relativt få. Samtidigt har dock ifrågasatts om vår officiella statistik speglar den verkliga bilden av skador i vården. Amerikanska data [2] talar för att patientskador är vanligare dödsorsak än trafikskador, och enligt internationella studier [3-11] är det rimligt att anta att cirka 10 procent av inlagda patienter vårdas för skador orsakade i sjukvården [12, 13]. Omsatt till svenska förhållanden skulle i så fall patientskadorna i vården väsentligt överskrida de 9 000-10 000 skador per år som den officiella statistiken visar [14], eftersom vi årligen har ungefär 1,4 miljoner vårdtillfällen i den svenska sjukvården [15].

Syftet med denna artikel är att mot bakgrund till nuvarande patientskadelaag (Fakta 1) och dess ersättningsgrunder (Fakta 2) söka belysa den roll som Patientskadenämnden (Fakta 3) har som rådgivande organ när det gäller tillämpningen av Patientskadelaagen.

Patientskadenämndens bedömning av 2004 års ärenden

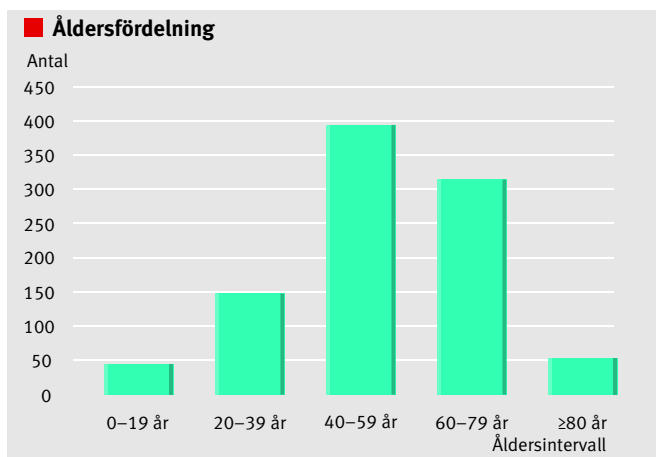
Under 2004 underställdes sammanlagt 1 006 ärenden Patientskadenämnden för att bedöma huruvida ändringar av tidigare beslut var berättigade eller inte. Åldersfördelningen av patienterna i materialet framgår av Figur 1, medelåldern var 53,3 år (SD ± 17,7). Patienterna bestod av 384 män (medelålder 53,1 ± 19,2) och 622 kvinnor (medelålder 53,2 ± 17,3).

I 110 av ärendena föreslog nämnden ändring av det tidigare beslutet, det vill säga i 10,9 procent av ärendena ändrades beslutet till patientens fördel. Hur nämndens ändringar fördelades framgår av Tabell I.

Ersatta diagnos- och behandlingsskador

Medelåldern för denna grupp (n=66) var 51,7 år (SD ± 21,2). Kvinnor utgjorde merparten (62 procent). I hälften (n=33) av ärendena ansåg nämnden att det fanns en diagnosfördröjning eller diagnosmiss. I drygt 40 procent av dem (n=28) rörde det sig om en behandlingsskada, som kunnat undvikas genom en annan metod eller annat utförande av det valda ingreppet. I ett ärende, som redogörs för nedan, ansågs behandlingen inte ha utförts med en vedertagen metod.

Inte vedertagen metod. En 62-årig man med vänstersidig torticollis av svår spastisk typ hade fått intratekal behandling med bupivakain efter försök med injektioner av botulinumtoxin. Vid behandlingen hade infusionskatetern sannolikt inte hamnat rätt, och efter behandlingen hade patienten fått kvarstående besvär av känselnedsättning i vänster sida från midjan och neråt.



Figur 1. Åldersfördelning av patienterna i Patientskadenämndens material för 2004.

Nämnden menade att intratekal behandling får anses vara en vedertagen metod för svåra smärttillstånd vid cancer men däremot inte vid behandling av muskelkramp, inte ens om det som här rörde sig om uttalade besvär. Nämnden menade vidare att det med övervägande sannolikhet fanns ett samband mellan behandlingen och de uppkomna neurologiska besvären. Felläget av katetern borde ha uppmärksamats tidigare än vad som skedde och behandlingsförsöket kontrollerats noggrannare. En ersättningsbar skada förelåg.

Diagnos- och behandlingsskadornas fördelning på olika kliniska ämnesområden illustreras i Tabell II. Nämnden ansåg att skadorna hade orsakat onödigt lidande i 55 procent av fallen (36/66) och i resten, utöver detta, även en bestående skada. I tre fall hade skadan dessutom medfört ett psykiskt lidande. Skadeföljderna framgår av Tabell III. I två förlossningsärenden ansåg nämnden att Personskadereglering AB (PSR) inte tillämpat facitbedömningen korrekt, ett av dessa refereras nedan. Även i övrigt ges här kortfattat några exempel på ärenden där nämnden inte delade PSRs bedömning.

Diagnosfördröjning. En äldre dam hade sökt vårdcentral för nytillkomna smärtor från ena foten, där små sår hade tillkommit. Hon hade en nedsatt perifer cirkulation, och remitterades

SAMMANFATTAT

Nuvarande patientskadelaag omfattar både fysiska och psykiska skador.

Årligen skaderegleras 9 000-10 000 ärenden, varav knappt hälften ersätts.

Patientskadenämnden ändrade under 2004 tidigare beslut

i 11 procent av ärendena till patientens fördel.

Studien visar att Patientskadenämnden som överinstans har en viktig roll i att verka för att Patientskadelaagen tillämpas rättvist och enhetligt.

FAKTA 1. Nuvarande patientskadslag

År 1975 tillkom en frivillig patientförsäkring som innebar att man som tidigare inte längre behövde väcka talan vid domstol för att få ersättning för skador inom vården. I stället kunde man vända sig direkt till försäkringsgivaren.

Från och med 1997 har den frivilliga patientförsäkringen ersatts av Patientskadelagen, som i stort bygger på villkoren i den frivilliga försäkringen. En väsentlig skillnad är att Patientskadelagen föreskriver att vårdgivaren är skyldig att ha en patientförsäkring. Lands- och regioner samt Gotlands kommun är försäkrade

genom Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF). LÖF har i sin tur uppdragit åt Personskadereglering AB (PSR) att handlägga ersättningsärenden. Eftersom LÖF är försäkringsgivare för merparten av hälso- och sjukvården i vårt land handläggs mer än 90 procent av patientsskadeärendena av PSR. För 2004 reglerades cirka 9 000 ärenden av PSR, ersättning utgick i 41 procent av dem. En patient som känner sig missnöjd med PSRs eller annan försäkringsgivares beslut har rätt att begära överprövning i Patientsskadenämnden.

FAKTA 2. Ersättningsgrunder

Patientskadelagen omfattar både fysiska och psykiska skador. Ett oavvisligt krav är att det finns ett samband mellan skadan och vården och att skadan har varit möjlig att undvika. De huvudtyper av skador som ersätts är diagnos- och behandlingsskador, infektionsskador, materialskador, olycksfallsskador och medicineringskador.

En diagnosskada föreligger när faktiskt iakttagbara sjukdomstecken förbisätts eller tolkats på ett avvikande sätt. Ersättning för behandlingsskador kan lämnas om det vid en efterhandsbedömning, så kallad facitbedömning, kan konstateras att skadan hade kunnat undvikas, endera genom ett annat utförande av den valda behandlingsmeto-

den eller genom val av en annan tillgänglig behandlingsmetod och som samtidigt hade tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt.

En infektionsskada kan ersättas om skadan orsakats av ett smittämne som överförts till patienten vid undersökning, vård eller behandling. Dock ges ingen ersättning om infektionen skäligen måste tålas. I denna bedömning vägs infektionens svårhetsgrad mot grundsjukdomens allvarlighet.

För att en skada inte skall anses preskriberad måste den anmälas inom tre år efter det att patienten fick kännedom om skadan och i vart fall inte senare än tio år från den dag skadan orsakades.

FAKTA 3. Patientskadenämnden

Patientskadenämnden har flera uppgifter. Den utgör ett organ för tvistlösning. Förutom att verka för en enhetlig praxis får patienter före en eventuell domstolsprocess en kostnadsfri och sakkunnig prövning av ersättningsanspråken. Nämnden ger ett rådgivande yttrande över ersättningsfall som patient, vårdgivare eller försäkringsgivare underställer den. Nämnden består av ord-

förande, som skall vara eller ha varit ordinarie domare, och sex andra ledamöter. Av dessa skall tre företrädare patienternas intressen, en vara medicinskt sakkunnig, en vara väl förtrogen med personskadereglering hos försäkringsgivare och en ha särskild kunskap om verksamhet som rör hälso- och sjukvård.

TABELL 1. Fördelning av nämndens ändrade beslut på olika typer av ärenden.

| | Ändrade beslut | |
|--------------------------------|----------------|---------|
| | Antal | Procent |
| Diagnos- och behandlingsskador | 66/765 | 8,6 |
| Ytterligare ersättning | 40/197 | 20,3 |
| Preskription | 4/44 | 9,1 |
| Totalt | 110/1006 | 10,9 |

det hade försämrats, men först drygt en månad senare hade patienten kommit till kirurgisk klinik. Då hade ett snabbt progredierande gangrän förelegat, och även om angiografin hade visat att kärlrekonstruktion var möjlig hade skadorna i foten varit alltför utbredda för en sådan, och en underbensamputation hade blivit nödvändig. Nämnden ansåg att en så kallad kritisk ischemi hade förelegat redan vid besöket på vårdcentralen. Om patienten hade remitterats i ett tidigare skede hade en kärllirurgisk operation varit möjlig, och man hade sannolikt kunnat undvika amputation.

»Diagnosmiss«. Den histopatologiska undersökningen av vävnad från en mellannålsbiopsi av en brösttumör hade övervärderats, och patienten hade fått en felaktig cancerdiagnos. Efter att tumören en månad senare hade avslägnats bekräftade den mikroskopiska undersökningen att det hade rört sig om ett benigt fibroadenom. Nämnden menade att det psykiska lidande som den felaktiga cancerdiagnosen orsakade var en ersättningsbar patientskada.

Behandlingsskada – annan behandlingsmetod. En kvinna hade opererats med ablatio mammae och axillarutrymning sedan mammografi och cytologi hade givit anledning till misstanke om cancer i en cirka 5 cm stor central förhårdnad i bröstet. Senare histopatologisk undersökning hade visat att det rörde sig om cancer in situ. Nämnden menade att axillarutrymningen hade kunnat undvikas om man vid ingreppet hade nöjt sig med ablatio och inväntat den definitiva mikroskopiska undersökningen.

Behandlingsskada – annat utförande av det valda ingreppet. En ung man som hade fått en pacemaker implanterad för så kallat AV-block. Bipolär skruvelektrod hade använts. Elektrods-petsen i höger förmak hade placerats ventralt i förmaket, det vill säga i väggen som angränsar mot perikardiet. I efterförloppet hade patienten fått recidiverande perikarditer med utgjutningar som krävde punktioner. Efter att patienten hade opererats på nytt och elektroden placerats i förmaksseptum (som inte gränsar mot perikardiet), hade patienten blivit besvärsfri. Nämnden menade att om detta förfarande hade valts från början hade patientens besvär kunnat undvikas.

Förlossningsskada. Patientens var en 38-årig förstföderska. Hon hade kommit in i graviditetsvecka 40 +2 med svaga kontraktioner. Fostervattnet hade varit missfärgat. Vid ankomsten hade hon ingen feber, men senare hade hon en viss temperaturstegring. Antibiotikabehandling hade givits. Under förlossningen hade takykardi noterats av och till hos fostret, i övrigt hade CTG(kardiotokografi)-kurvan bedömts vara normal. Förlossningen hade stimulerats med värfkförstärkande dropp, men trots detta hade sekundär värfksvaghet utvecklats. Förlossningen hade komplicerats av en skulderdystoci som ledde till stora svårigheter att förlösa axlarna. Barnet, som hade kunnat förlösas

för klinisk-fysiologisk cirkulationsundersökning inför senare kirurgisk bedömning. Smärtstillande läkemedel hade givits och sårömläggningar ombesörjts av distriktssköterskan. Tillstån-

TABELL II. Diagnos- och behandlingsskadornas fördelning på olika ämnesområden.

| Ämnesområde | Antal |
|----------------------|-------|
| Kirurgi-ortopedi | 32 |
| Gynekologi/obstetrik | 8 |
| Medicin | 5 |
| Ögon | 3 |
| Öppen vård | 5 |
| Tandvård | 8 |
| Övriga | 5 |
| Totalt | 66 |

först 5–7 minuter efter det att huvudet hade passerat förlossningskanalen, visade vid framfödandet mycket dåliga livstecken. Barnet hade avlidit efter fyra dygn. Modern fick sfinkterruptur och blödning.

För nämnden hade frågan varit om skadorna hade kunnat undvikas genom val av ett annat tillgängligt förfarande, som enligt en bedömning i efterhand hade tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Denna bedömning skulle avse såväl barnet som modern. Mot denna bakgrund ansåg nämnden att ett kejsarsnitt hade varit ett realistiskt förlossningsalternativ vid tidpunkten när man valde sugklocka. I riskbedömningen kunde konstateras att patienten var en äldre förstföderska, som

TABELL III. Typ av skador orsakade av »undvikbara« diagnos- och behandlingsskador.

| Skadetyper | Antal |
|--|-------|
| Hjärnskador (inklusive förlossningsskador) | 4 |
| Nervskador | 12 |
| Skador, rörelseorganen | 17 |
| Kärlskador | 4 |
| Tandskador | 8 |
| Psykiska skador | 3 |

vid ankomsten hade haft en långvarig vattenavgång med missfärgat fostervatten, och att fostret hade visat tecken på takykardi redan innan värkarbetet hade kommit igång. Fostrets verkliga vikt var 4 780 gram, det vill säga närmare 5 kg – en kunskap som måste vägas in i facitbedömningen.

Vid en samlad facitbedömning ansåg nämnden att ett kejsarsnitt hade tillgodosett vårdbehovet på ett mindre riskfyllt sätt. Nämnden konstaterade att kombinationen värksvaghet och ett stort barn innebär en stor risk för skulderdystoci, som i sin tur innebär risk för skador på såväl moder som foster. Om ett kejsarsnitt hade genomförts skulle moderns sfinkterruptur och blödning samt barnets hjärnskada ha kunnat undvikas.

Vid en prövning i efterhand av metodvalet ansåg Patientska-

halv liggande annons

denämnden att vårdbehovet hade tillgodosetts på ett mindre riskfyllt sätt om förlossningen genomförts med kejsarsnitt. Ersättningsbara patientskador förelåg.

Ytterligare ersättning berättigad

Medelåldern för denna grupp (11 män, 29 kvinnor) av patienter som hade fått ersättning var 55,2 år (SD \pm 11,2). Nämnden ansåg att i 7/40 fall var ytterligare ersättning motiverad för en diagnosmiss, i 32/40 ärenden för en behandlingsskada som kunde ha undvikits och i 1/40 att patienten inte borde ha behövt tåla den infektion som uppstod. Skadorna medförde hos 14/40 onödigt lidande, och i lika många fall ansåg nämnden att invaliditetsgraden inte var korrekt. I vissa fall tillerkändes patienterna ytterligare kompensation för kostnader och inkomstbortfall. I tre fall ansågs skadan även ha medfört ett psykiskt lidande.

Preskription

I 4 av 44 ärenden ansåg nämnden, i motsats till försäkringsbolaget, att ärendet inte var preskriberat.

DISKUSSION

Merparten av Patientskadenämndens ärenden (sammanlagt 1 006) kom från PSR (913) och resten från andra försäkringsbolag. Nämnden ändrade PSRs eller annat bolags beslut i nära 11 procent av fallen. Denna »ändringsprocent« måste anses god-

tagbar mot bakgrund av patientskadornas ofta komplicerade natur, och för 2004 är siffran överensstämmande med erfarenheter från tidigare års verksamhet i nämnden – åtminstone sedan 1997 då Patientskadelagen tillkom. När det gäller diagnos- och behandlingsskador ansåg nämnden att man i hälften av fallen inte tolkat iakttagbara symtom på ett riktigt sätt och att detta lett till att behandlingen fördröjts eller försämrats, i några fall med allvarliga konsekvenser som följd. Diagnosskador utgjordes i flera fall av förbisedda frakturer och nervskador. Huruvida en undvikbar diagnosskada föreligger eller inte är många gånger svårt att avgöra. Patienten har ofta sjukdomstecken som initialt är diffusa och först senare blir möjliga att diagnostisera. Diagnosfördröjningen behöver inte påverka behandlingens utformning, men för cancerpatienter kan prognosen försämrats. För den drabbade patienten kan detta innebära ett psykiskt lidande, som bör berättiga till ersättning. I det fall som illustrerats ovan som »diagnosmiss« gavs ideell ersättning med 25 000 kronor.

I de ärenden där nämnden, i motsats till bolagen, ansåg att det fanns en behandlingsskada, hade bolagen i flera fall inte tillämpat facitresonemanget, vilket kan tyda på att här finns en principiell skillnad i bedömningen av denna lagparagraf. Facitbedömningen grundas på en prövning av om skadan med kännedom om erhållna behandlingsresultat rent hypotetiskt hade kunnat undvikas. Ur strikt medicinsk synvinkel kan patienten

halv liggande

ha fått en korrekt handläggning trots att skadan enligt facitbedömningen berättigar till ersättning. Nämndens erfarenhet är att facitresonemanget har varit särskilt svårt att tillämpa på förlösningsskador – ett exempel på en sådan typ av skada, som nämnden ersatte, har relaterats ovan. I facitresonemanget måste man pröva om skadan kunnat undvikas antingen genom en annan behandlingsmetod eller genom ett annat utförande av den valda terapiformen, förutsatt att behandlingen och utförandet samtidigt varit mindre riskfyllt för patienten. I en facitbestämning är det med andra ord viktigt att samtidigt beakta de medicinska och de juridiska aspekterna för att därigenom tillgodose den skadedrabbades möjlighet till ersättning.

Medelåldern för patienterna i denna studie var drygt 50 år. Det var en dominans (drygt 60 procent) av kvinnor. Dessa data är i linje med den statistik som redovisas i Socialstyrelsens patientregister för 2001–2003 [15]. Av samtliga vårdade patienter var nära 60 procent över 45 år, och av totalt nära 1,5 miljoner vårdtillfällen utnyttjades 55 procent av kvinnor. Samma rapport visar också att kvinnor i större utsträckning än män genomgår olika former av operationer. De flesta skador, där nämnden ändrade bolagens avslagsbeslut, återfanns inom kirurgi/ortopedi. Andra har också visat att ortopedin är den specialitet som genererar mest vårdskador i vårt land [16]. I drygt 10 procent av fallen påvisades de skador som ansågs undvikbara inom gynekologi och obstetrik, några av dem hade allvarliga följder. Nervskador och skador på rörelseorganen dominerade. I några fall ansåg nämnden att en infektion, som skäliken inte hade behövt tålas, hade äventyrat förloppet av ortopedisk operation med sämre slutresultat som följd. De skadeföljder som påvisades i denna studie är i överensstämmelse med tidigare erfarenheter av vårt patientskadesystem. I cirka 90 procent

av alla ärenden fann nämnden ingen anledning att ändra bolagens beslut; skadan bedömdes vara en oundviklig följd av vårdtätgården.

Patientsäkerheten är en viktig fråga i sjukvården, och den måste till fullo beaktas. Patientskadelagen tillvarar patienternas intresse, så att personer som råkar ut för »undvikbara skador« kan få ersättning; dessutom utan att riskera »rättegångskostnader«. En annan fördel med Patientskadelagen är att den är helt fri från bestraffning och att den inte har någon koppling till vare sig Lex Maria eller HSN (Hälsa- och sjukvårdens ansvarsnämnd). Rätten till ersättning bestäms på objektiv grund enligt bestämmelserna i lagen, och den organisation som byggs upp för bedömning av patientskador måste anses fungera väl. Patientskadenämnden har här en väsentlig roll att som »överinstans« ge rådgivande yttranden i ärenden som tillförs nämnden från patienter eller andra skadelidande, vårdgivare, försäkringsgivare eller domstol. Nämnden har här sin viktiga uppgift att verka för att Patientskadelagen tillämpas rättvist och enhetligt. För att ge kännedom om ärenden som är principiellt intressanta publiceras dessa (så kallade referatfall) sedan 1992 årligen i del B av serien Rättsfall, Försäkring och Skadestånd (RFS), som ges ut av Sveriges Försäkringsförbund. Referatfallen kan man numera ta del av på Patientförsäkringsförbundets webbplats <<http://www.pff.se>>. Patientskadenämnden har också i början av detta år givit ut en skrift [17], vars syfte är att sprida kännedom om Patientskadelagen och de bestämmelser som ligger till grund för skadeersättning.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Författaren har tidigare varit ledamot i Patientskadenämnden, är numera konsult i nämnden.*

REFERENSER

- Persson U, Svensson M. Patientskador i svensk sjukvård får långvariga samhällsekonomiska effekter. Den enskilda skadan är dyr, men totalantalet skador är relativt litet. *Läkartidningen*. 2005;102:3020-5.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: Institute of Medicine, The National Academy Press. 1999.
- Vincent C, Neale G, Woloshyowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ*. 2001;322:517-9.
- Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio R, Lawthers A, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study 1. *N Engl J Med*. 1991;324:370-6.
- Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care*. 2000;38:261-71.
- Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian Health Care Study. *Med J Australia*. 1995;163:458-71.
- Schiöler T, Lipczak H, Pedersen BL, Mogensen TS, Bech KB, Stockmarr A, et al. Forekomsten af utilsigtede hændelser på sygehuse. *Ugeskr Laeger*. 2001;163:5370-8.
- Davis P, Lay-Yee R, Briant R, Scott A. Preventable in-hospital medical injury under the »no fault« system in New Zealand. *Qual Saf Health Care*. 2003;12:251-6.
- Davis P, Lay-Yee R, Briant R, Schug S, Scott A, Johnson S, et al. Adverse events in New Zealand public hospitals: principal findings from a national survey. Wellington: Ministry of Health; 2001. Occasional Paper No 3. Available from: <http://www.moh.govt.nz>
- Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ*. 2004;170:1678-86.
- Michel P, Quenon JL, de Sarasqueta AM, Scemama O. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. *BMJ*. 2004;328:199.
- Hjort PF. Helsetjenesten mot år 2030 – tanker om utfordringene. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2006;126:32-6.
- Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten – forebygging og håndtering. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2000;120:3184-94.
- Statistik för Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF) för 1997–2004. Tillgänglig på: www.patientforsakring.se
- Hälsa- och sjukvårdens verksamhet. Socialstyrelsen; 2005. Tillgänglig på: <http://www.socialstyrelsen.se>
- Öhrn A, Tropp H, Scheer J, Horn B, Rutberg H, Elfström J. Flest vårdskador inom ortopedi, visar Patientförsäkringen. Skadepanorama och vårdkonsumtion för denna patientgrupp har kartlagts. *Läkartidningen*. 2006;103:534-9.
- Hellbacher U, Espersson C, Johansson H. Patientskadeersättning vid skador inom sjukvården. Patientskadenämnden; Stockholm. 2006.

42 nummer per år.

Ring vår annonsavdelning, 08-790 35 30, och boka utrymme i *Läkartidningen*.

Utmanande saklig **Läkartidningen**