# HIV-SMITTADE

## – ERSÄTTNING FÖR IDEELL SKADA



SOU 1991:34

DELBETÄNKANDE AV KOMMITTÉN OM IDEELL SKADA

# HIV-SMITTADE

## – ERSÄTTNING FÖR IDEELL SKADA

SOU 1991:34

DELBETÄNKANDE AV KOMMITTÉN OM IDEELL SKADA

Statens offentliga utredningar
1991:34
Justitiedepartementet

# HIV-smittade

## - ersättning för ideell skada

Delbetänkande av kommittén om ideell skada
Stockholm 1991

SOU och Ds kan köpas från Allmänna Förlaget, som också på uppdrag av regeringskansliets förvaltningskontor ombesörjer remissutsändningar av dessa publikationer.

Adress: Allmänna Förlaget
Kundtjänst
106 47 Stockholm
Tel 08/739 96 30
Telefax: 08/739 95 48

Publikationerna kan också köpas i Informationsbokhandeln, Malmtorgsgatan 5, Stockholm.

REGERINGSKANSLIETS
OFFSETCENTRAL
Stockholm 1991

ISBN 91-38-10779-1
ISSN 0375-250X

**Till statsrådet och chefen för justitiedepartementet**

Genom beslut den 1 december 1988 bemyndigade regeringen chefen för justiedepartementet, statsrådet Laila Freivalds, att tillkalla en kommitté för att se över reglerna om ersättning för ideell skada i samband med personskada m.m.

Med stöd av bemyndigandet förordnade departementschefen den 1 oktober 1989 riksdagsledamoten, f.d. statsrådet Gertrud Sigurdsen som ordförande. Den 13 november 1989 förordnades som ledamöter riksdagsledamöterna Stig Gustafsson, Ewy Möller, Ingrid Ronne-Björkqvist och Martin Segerstedt samt dåvarande kanslichefen, hovrättsrådet Per Olding. Ewy Möller avled den 23 januari 1991.

Som sakkunniga förordnades den 13 november 1989 justitierådet Edvard Nilsson och departementsrådet Helena Starup.

Att som experter biträda kommittén förordnades samma dag direktören Alf Eckerhall, ombudsmannen Börje Grahn, förbundsjuristen Lennart Gustafsson, byråchefen Maria Renmyr, direktören Ola Schönning, byrådirektören Marie Svendenius och försäkringsjuristen Eva Tidefelt samt den 24 januari 1990 advokaten Ove Lind.

Till sekreterare förordnades den 13 november 1989 hovrättsassessorn Agneta Carlquist och till biträdande sekreterare fr.o.m. den 18 april 1990 numera

hovrättsassessorn Krister Maxedius.

Kommittén har antagit namnet kommittén om ideell skada.

Kommittén överlämnar härmed ett delbetänkande med rubriken HIV-smittade - Ersättning för ideell skada. Uppgifter av medicinsk karaktär har granskats av docenten Johan Wallin, sekreterare i AIDS-delegationen.

Särskilt yttrande har lämnats av experten Alf Eckerhall.

Stockholm i mars 1991

Gertrud Sigurdsen

Martin Segerstedt

Stig Gustafsson

Per Olding

Ingrid Ronne-Björkqvist

/

Agneta Carlquist

Krister Maxedius

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

## Sammanfattning

Vi behandlar i detta betänkande frågan om vilken ersättning för ideell skada som de som har smittats av HIV genom en skadeståndsgrundande handling kan anses berättigade till enligt nuvarande skadeståndsrättsliga principer.

En grundläggande princip inom skadeståndsrätten är att en skadelidande skall få full ersättning för sina skador. Vid personskada skall den skadelidande sålunda kompenseras inte bara för direkta ekonomiska förluster utan även för ideell skada, dvs. det lidande och de icke rent ekonomiska förluster som skadan har orsakat.

Ideell skada som uppkommer i samband med personskada ersätts enligt 5 kap. 1 § skadeståndslagen som sveda och värk, lyte eller annat stadigvarande men samt olägenheter i övrigt till följd av skadan.

Ersättningen för sveda och värk samt lyte och annat stadigvarande men bestäms i regel schablonmässigt. Därvid tillämpas vissa tabellvärden för olika vanligt förekommande skador. Vid allvarligare skadetyper tillämpas inte tabellerna. Dessa skadetyper betecknas som maximalfall; man skiljer därvid mellan större och mindre maximalfall.

Till större maximalfall hänförs typiskt sett skadade med förlamningstillstånd i samtliga extremiteter. Hit hänförs också skador som medfört total blindhet. Som mindre maximalfall räknas personer med förlamningstillstånd från midjan och nedåt och

liknande skador samt mycket svåra resttillstånd efter hjärnskador. Ersättningsnivån vid maximalskador ligger över högsta tabellersättningen och inkluderar ersättning för sveda och värk, lyte och annat stadigvarande men. Ersättningen, vars storlek är beroende av den skadelidandes ålder, utgår fr.o.m. den 1 januari 1991 för en 25 år gammal person vid större maximalfall med 555 000 kr. och vid mindre maximalfall med 420 000 kr.

När det gäller skador till följd av HIV är skadeföljderna på många sätt särpräglade. För kommittén har det varit angeläget att bilda sig en uppfattning om hur sådana skadeföljder skall värderas i jämförelse med andra skador.

Det som framför allt skiljer HIV-smitta från många andra skadetyper är att HIV-smitta i de flesta fall - såvitt man nu vet - leder till en för tidig död efter ett accelererande sjukdomsförlopp. Vetskapen om att livstiden kan bli begränsad och den ångest och oro som detta i flesta fall innebär är en faktor som måste tillmätas stor betydelse för ersättingens storlek. Sjukdomen kan också medföra betydande inskränkningar i den dagliga livsföringen. Förutom de besvär sjukdomen i sig medför drabbas den smittade av en rad psyko-sociala problem av mer eller mindre kronisk natur. Oron över den egna hälsan och sjukdomens utveckling återverkar i flera avseenden på den drabbades livssitutation. Detta kan ta sig uttryck i svårigheter att sköta ett arbete och ointresse för vidareutbildning samt oförmåga att på ett meningsfullt sätt utnyttja fritiden. Även familjelivet blir utsatt för stora påfrestningar. Det sociala umgänget blir i regel starkt begränsat. Redan rädslan inför hur omgivningen skall reagera vid ett avslöjande av sjukdomen bidrar till att den smittade undandrar sig

kontakter. Många som valt att berätta om sin sjukdom har mötts av sådana reaktioner att de upplevt sig "pestsmittade". Risken att föra smittan vidare inskränker handlingsfriheten och innebär stora påfrestningar. Därtill skall läggas alla de mycket svåra medicinska följderna av sjukdomen.

Vi har funnit att skadeverkningarna sammantagna för överväldigande flertalet av dem som har smittats av HIV måste innebära ett så stort lidande att de vid en tillämpning av nuvarande skadeståndsrättsliga principer närmast är att jämställa med de mindre maximalfallen.

# 1. Inledning

I Sverige har alla som tillfogas skada till sin person ett grundläggande ekonomiskt skydd genom socialförsäkringen, dvs. den allmänna försäkringen och arbetsskadeförsäkringen. Dessa försäkringar är obligatoriska och anslutningen automatisk. Det ekonomiska skydd som bereds genom socialförsäkringen gäller oavsett skadeorsaken.

Från socialförsäkringen ersätts läkarvård, sjukhusvård, mediciner m.m. I allmänhet lämnas full eller i det närmaste full ersättning. Den som har skadats i arbetet kan enligt arbetsskadeförsäkringen också få full kompensation för inkomstbortfall upp till 7,5 basbelopp (dvs. för närvarande ca 241 000 kr.). Däremot ger den allmänna försäkringen inte på samma sätt fullständig ersättning för inkomstförlust. Ingen av försäkringarna ersätter heller ideell skada.

Ett kompletterande skydd kan ges genom privata liv-, olycksfalls- och sjukförsäkringar. Sådana försäkringar tecknas individuellt eller som s.k. gruppförsäkringar. De ersätter i första hand inkomstförlust. I varje fall kapitalbeloppen ur liv- och olycksfallsförsäkringar är emellertid inriktade på att täcka också omställningskostnader av olika slag samt någon form av ideell skada.

Den som har tillfogats en personskada av någon som är ansvarig för skadan enligt skadeståndsrättsliga regler kan i vissa fall få ytterligare ersätt-

ning. Skadeståndsrätten vilar nämligen på grundsatsen om full gottgörelse vid varje inträffat skadefall. Av särskild betydelse är att ideell skada ersätts enligt de normer för sådan skada som under hand har utbildat sig inom skadeståndsrätten (se 5 kap. 1 § skadeståndslagen). Vid kränkning av den personliga integriteten genom vissa angivna brott kan skadestånd vidare utgå för lidande till följd av denna kränkning (se 1 kap. 3 § skadeståndslagen).

För skadeståndsansvar i allmänhet gäller i svensk rätt den s.k. culparegeln. Denna regel, som återfinns i 2 kap. 1 § skadeståndslagen, innebär att skadan skall ersättas av den som har vållat den uppsåtligen eller av oaktsamhet. Vid sidan av culparegeln har genom lagstiftning och rättspraxis utbildats vissa regler eller grundsatser om ett skadeståndsansvar för annans vållande, t.ex. det ansvar som enligt 3 kap. 1 § skadeståndslagen åvilar en arbetsgivare för skador som vållas av arbetstagare i hans tjänst. Vidare har för särskilt riskfyllda verksamheter utvecklats regler om ett s.k. strikt ansvar, dvs. ett ansvar oberoende av om vållande över huvud taget kan tillräknas någon.

Också i de fall när ersättning utgår enligt skadeståndsrättsliga principer kommer försäkringsväsendet ofta in i bilden. Om den skadeståndsskyldige skyddas av en ansvarsförsäkring, betalas skadeståndet av försäkringsbolaget inom försäkringssummans ram. På grund av den stora utbredning som denna försäkringsform har fått både inom närings- och yrkeslivet och i rent privata förhållanden torde det vara betydligt vanligare att skadestånd utges från en ansvarsförsäkring än att det betalas av den skadeståndsskyldige själv med egna medel.

Om skadan har orsakats genom en uppsåtlig (ofta

brottslig) handling, är det av försäkringstekniska skäl inte möjligt att ersätta den ur en ansvarsförsäkring, även om skadevållaren till äventyrs skulle hålla sig med en sådan. De flesta skadelidande har emellertid en hem- eller villahemförsäkring, som i regel innehåller ett skydd för personskador vid överfall (s.k. överfallsskydd). Detta försäkringsmoment, som brukar betecknas som ett slags omvänd ansvarsförsäkring, ger ersättning enligt skadeståndsrättsliga normer under förutsättning att den skadelidande har rätt till skadestånd av någon som är okänd eller inte kan betala skadeståndet. Och skadelidande som saknar hem- eller villahemförsäkring kan få ersättning enligt skadeståndsrättsliga normer av den statliga brottsskadenämnden i fall då skadan har tillfogats genom brott av någon som är okänd eller inte har förmåga att betala skadestånd.

De kollektiva försäkringssystem som ger ersättning enligt skadeståndsrättsliga normer för arbetsskador sedan år 1974 (trygghetsförsäkringen för arbetsskador), för behandlingsskador inom sjukvården sedan år 1975 (patientförsäkringen) och för läkemedelsskador sedan år 1978 (läkemedelsförsäkringen) kan sägas inta en mellanställning till ansvarsförsäkring och socialförsäkring. Dessa försäkringar grundar sig på frivilliga åtaganden av arbetsgivare, sjukvårdshuvudmän resp. läkemedelsföretag att utge ersättning för vissa skadefall utan att det behöver visas att ersättningsskyldighet föreligger enligt allmänna skadeståndsrättsliga regler.

En på senare tid alltmera uppmärksammad grupp av skadelidande utgörs av dem som har smittats av HIV. I de flesta fall torde smittan ha spritts utan att någon kan göras skadeståndsrättsligt ansvarig för detta. De skadelidande är då hänvisade till att få ersättning från socialförsäkringen och förekommande

liv-, olycksfalls- och sjukförsäkringar. I några fall kan HIV-smittan emellertid ha spritts genom en skadeståndsgrundande handling. Exempel är att någon med vetskap om att han är HIV-smittad lånar ut en av honom använd injektionsspruta till eller har samlag med en frisk person. I dessa fall kan den skadelidande ha rätt till skadestånd av skadevållaren. Och eftersom handlingen ofta torde utgöra ett brott (i vart fall vållande till kroppsskada eller sjukdom enligt 3 kap. 8 § brottsbalken) kan den skadelidande i regel få ersättning från brottsskadenämnden, om skadevållaren inte kan identifieras eller saknar förmåga att betala skadeståndet. Såvitt är känt har emellertid ersättningsanspråk av detta slag hittills inte förekommit vare sig vid de allmänna domstolarna eller i brottsskadenämnden (jfr avsnitt 2.1).

Däremot har ersättning lämnats från patient- och läkemedelsförsäkringarna till HIV-smittade som vid vård inom den allmänna sjukvården har erhållit blod eller någon form av blodprodukt som varit HIV-kontaminerad. I dessa fall har förutsättningarna för rätt till ersättning från försäkringarna ansetts uppfyllda, oavsett om skadeståndsskyldighet enligt allmänna regler har förelegat eller ej. Eftersom skadefallen inte utan vidare kunnat inpassas i det vanliga skademönstret har ersättningarna bestämts vid sidan av de annars tillämpliga ersättningsnormerna (se avsnitt 3.3).

I den allmänna debatten har ifrågasatts om den ersättning som lämnats till dem som har smittats av HIV inom sjukvården ligger på en rimlig nivå (se t.ex. SoU 1990/91:5 s. 21 f). Denna fråga hänger samman med frågan om vad som generellt sett kan anses utgöra en skälig ersättningsnivå inom skadeståndsrätten. Det gäller framför allt ersättning

för ideell skada, som ju inte kan uppskattas efter några objektiva grunder.

En huvuduppgift för kommittén är att överväga om ersättningsnivån vid ideell skada bör höjas. För att kunna ta ställning till denna fråga måste vi givetvis veta vilken ersättningsnivå som gäller i dag.

Till skillnad från vad som gäller i Danmark framgår det inte av lagstiftningen i vårt land vilken ersättning för ideell skada som skall utges till dem som har tillfogats en personskada. I stället har särskilda skadeprövningsnämnder som är verksamma inom det enskilda försäkringsväsendet - framför allt trafikskadenämnden, vars ordförande förordnas av regeringen och övriga ledamöter utses av försäkringsinspektionen - utbildat vissa tabellvärden för olika vanligen förekommande skador. Dessa värden justeras regelbundet med hänsyn till penningvärdets förändringar. Tabellerna, som har följts även av domstolarna, får anses ge uttryck för den ersättningsnivå som för närvarande gäller vid ideell skada.

Vissa personskador är emellertid av den karaktären att dessa tabeller inte utan vidare kan tillämpas på dem. Det gäller bl.a. skador till följd av HIV, där skadeföljderna på många sätt är särpräglade. För kommittén är det angeläget att bilda sig en uppfattning om hur sådana skadeföljder bör värderas i jämförelse med andra skador. Vi har därför valt att i en första etapp redovisa vår syn på frågan hur de bör bedömas vid en tillämpning av de skadeståndsrättsliga principer som gäller för närvarande.

# 2. Nuvarande skadeståndsmöjligheter

## 2.1 Skadestånd enligt skadeståndslagen

I 5 kap. 1 § skadeståndslagen stadgas om ersättning till den som åsamkats en personskada.

Begreppet personskada har inte definierats i skadeståndslagen. Förarbetena innehåller dock vissa uttalanden som belyser vad som är att hänföra till sådan skada (se bl.a. prop. 1975:12 s. 20). Enligt dessa räknas till personskada såväl kroppsliga som psykiska sjukdomstillstånd, vare sig de har framkallats med fysiska medel eller på annat sätt. Det kan alltså vara fråga om en direkt skada på den kroppsliga organismen (en krossad fot, köttsår, inre blödningar etc) eller en skada som har framkallats genom förgiftning eller strålning e.d. (förstörda vävnader, inre sjukdomstillstånd etc). Fall då en person drabbas av psykisk chock eller annan skada på den psykiska hälsan hör också hit.

En grundläggande princip inom skadeståndsrätten är att en skadelidande skall erhålla full ersättning för sina skador. Vid personskada skall den skadelidande sålunda kompenseras inte bara för direkta ekonomiska förluster, såsom inkomstbortfall och sjukvårdskostnader, utan även för det lidande och de icke rent ekonomiska förluster som skadan har orsakat.

Den ekonomiska skadan täcks till stor del av socialförsäkringen. Endast till den del skadan inte ersätts av det allmänna kan den kompenseras skadeståndsvägen. Därvid avräknas även vissa andra förmåner som utgår med anledning av skadan (se 5 kap. 3 § skadeståndslagen).

Ideell skada däremot ersätts inte av socialför-

säkringen utan får kompenseras genom skadestånd eller försäkringar som ger ersättning enligt skadeståndsrättsliga normer.

Gottgörelse för ideell skada sker i form av sveda och värk, lyte och annat stadigvarande men samt olägenheter i övrigt.

Med sveda och värk avses det lidande och obehag skadan fört med sig under den akuta sjuktiden. I viss mån kan även oro och ängslan för framtiden kompenseras med ersättning för sveda och värk (jfr Hellner, Skadeståndsrätt, 1985, s. 294). Ersättningen brukar ges i ett sammanhang sedan den akuta sjuktiden har övervunnits och förhållandena kan överblickas.

Med lyte och annat stadigvarande men avses bestående skadeföljder. Ersättningen för lyte tar sikte på bl.a. den förödmjukelse som kan upplevas på grund av vanställande kroppsfel, ärr, hälta, förlust av arm eller ben och liknande. Ersättningen för men avser framtida följder av skadan, alltså inte bara sådana som medför direkt smärta eller obehag utan också sådana som framkallar svårigheter för den skadelidande att klara sig i ett normalt liv. Bland de skadeföljder som i praxis ersätts som men kan nämnas bestående lidande och obehag som är förknippat med t.ex. rörelseinskränkning, dövhet, mistad eller nedsatt syn, lukt eller smak, liksom talfel, upphörd eller nedsatt potens, förlust av möjlighet att få barn m.m. Men även oron för att längre fram drabbas av sviter av skadan eller råka ut för skadefall som förvärrar följderna av det inträffade kan i vissa fall ersättas som men. Hit hör också förlust av möjligheten att ägna sig åt olika fritidssysselsättningar samt omgivningens reaktion, dvs. medvetandet eller misstanken om att av andra uppfattas som vanställd eller som mindre

dugande.

Självfallet är det svårare att bestämma ersättningen för ideell skada än för ekonomisk skada. Beträffande den ideella skadan går det inte att ställa upp några objektiva grunder för bedömningen av den förlust som skadan skall anses ha medfört. Förlusten måste därför uppskattas mera skönsmässigt. Svårigheten att värdera ideell skada i pengar, önskemålet att underlätta frivilliga uppgörelser och intresset av likabehandling har medfört att ersättningen kommit att bestämmas tämligen schablonmässigt.

Trafikskadenämnden har sedan 1950-talet upprättat och använt sig av hjälptabeller vid bestämmande av ersättning för sveda och värk samt lyte och annat stadigvarande men. Tabellerna har godtagits av riksdagen och av högsta domstolen i flera rättsfall (se NJA 1969 s. 469, 1972 s.81, 1979 s.129 och 1982 s. 793).

När det gäller sveda och värk är det i första hand skadans art och svårighet samt vårdformen som enligt tabellerna är utgångspunkt för bedömningen. Vid exempelvis svår värk och psykisk press, såsom livshot, liksom särskilt smärtsam behandling kan beloppet höjas med upp till 50 procent (se SOU 1973:51 s. 47). Sjukdomsförlopp, som att infektion tillstöter, kan också motivera en högre ersättning med hänsyn till den uppkomna oron för utgången (se Hörstadius i SvJt 1935 s. 22).

Tabellerna avseende lyte och men ger ledning vid bestämmande av ersättning vid ögonskador, amputation, ortopediska skador och skallskador. De olika ersättningsnivåerna fastställs med utgångspunkt i den skadelidandes ålder och medicinska invaliditet. Den medicinska invaliditeten är ett uttryck för en kroppslig funktionsnedsättning och anges i procent

av normal, allmän kroppsfunktion oberoende av yrke, arbetsförhållanden, social situation, ålder, kön och fritidssysselsättning. Syftet med invaliditetsgraderingen är att ge information om storleken på funktionsnedsättningen, uttryckt i en skala från 0 till 100 procent.

Vid vissa skador, såsom svårare förlamningsfall, tillämpas inte hjälptabellerna. Trafikskadenämnden betecknar dessa skadefall som maximalfall och skiljer mellan större och mindre maximalfall. Till större maximalfall hänförs typiskt sett skadade med förlamningstillstånd i samtliga extremiteter. Hit hänförs också skador som medfört total blindhet. Som mindre maximalfall räknas personer med förlamningstillstånd från midjan och nedåt och liknande skador samt mycket svåra resttillstånd efter hjärnskador. Mellan varje skadekategori finns två nivåer. För skadelidande över 25 år reduceras ersättningen i takt med stigande ålder, och för barn som är 15 år eller yngre höjs beloppen med tio procent. Ersättningsnivån vid maximalskador ligger över högsta tabellersättningen och inkluderar ersättning för sveda och värk, lyte och annat stadigvarande men. Den högsta nivån kan överskridas i extrema fall. Fr.o.m. den 1 januari 1991 utgör ersättningen för en 25 år gammal person vid större maximalfall 555 000 kr. och vid mindre maximalfall 420 000 kr. För en skallskadad 25-åring med en invaliditetsgrad om 100 procent utgör ersättningen 255 000 kr., medan ersättningen vid motsvarande ålder och invaliditet enligt hjälptabellen för ortopediska skador är 216 000 kr.

Rätten till ersättning för ideell skada är personlig och kan således inte ärvas. Avlider den skadade innan ersättningen har bestämts genom uppgörelse eller dom, faller rätten till ersättning

bort.

Ersättning för ideell skada är skattefri (se prop. 1976/77:50).

Frågan om ersättning för ideell skada till en HIV-smittad har inte prövats av svensk domstol. Däremot finns exempel på fall där domstol prövat frågan om ersättning för ideell skada för bl.a. oro och ångest som den skadelidande upplevt inför risken att ha blivit smittad med HIV-virus.

I rättsfallet NJA 1990 s. 186 var det fråga om en kvinnlig polis som i samband med ett gripande blev biten av en person, som för att skrämmas påstod sig vara HIV-smittad. Till följd av dessa uttalanden kom polismannen att känna rädsla och oro för att hon blivit smittad med HIV-virus. Hon betraktades av sin omgivning som smittad och upplevde detta som oerhört pressande och frustrerande. Hennes vänninor tillät inte att hon tog upp och höll i deras barn och vissa arbetskamrater ville inte längre dricka kaffe tillsammans med henne. En planerad operation ställdes in sedan den läkare som skulle utföra operationen avböjt detta efter att ha fått veta vad som hänt. Polismannen tvingades också avstå från sociala aktiviteter och tilläts t.ex. inte att bada i en offentlig badinrättning. Hennes oro och ängslan var av så allvarlig natur att hon av läkare remitterades till särskild psykoterapeutisk behandling. HD ansåg att polismannen var berättigad till ersättning för sveda och värk dels vad avsåg det fysiska lidande i form av smärta och obehag som hon känt under någon vecka efter händelsen, dels för det psykiska lidande hon åsamkats till följd av gärningsmannens uttalande om HIV-smitta. Med hänsyn till att den skadelidande inte kunde få några mer bestämda besked om hon blivit smittad eller inte, förrän tidigast sex månder efter händelsen, ansåg

HD att det psykiska lidandet varat åtminstone så länge. HD ansåg därtill att den kränkande behandling polismannen utsatts för vid kontakter med andra människor, som betraktat henne som HIV-smittad, var en förutsebar skadeföljd som berättigade till ersättning för lidande enligt 1 kap. 3 § skadeståndslagen. Enligt HD fanns det inte någon anledning att göra en uppdelning av skadeståndet på olika slag av ideell skada. Det belopp som hade yrkats, 10 000 kr., ansågs skäligt.

I rättsfallet RH 1989:116 yrkade en kvinna, som hade blivit våldtagen av en HIV-smittad man, skadestånd av denne med 230 000 kr., varav 200 000 kr. avsåg sveda och värk samt psykiskt lidande innefattande även hennes oro i medicinskt hänseende för de framtida följderna och fara för AIDS, medan resterande 30 000 kr. avsåg kränkning av hennes person. Tingsrätten dömde mannen för grov våldtäkt och förpliktade honom att utge skadestånd till kvinnan med 180 000 kr. I skadeståndsfrågan yttrade tingsrätten:

I enlighet med tingsrättens bedömning av skuldfrågan har gärningsmannen ådragit sig skadeståndsskyldighet gentemot den skadelidande. Mot bakgrunden av den praxis som på senare år utvecklats inom det här aktuella området får den yrkade ersättningen avseende kränkning, 30 000 kr., anses skälig. Vid prövningen av den skadelidandes skadeståndsyrkande i övrigt beaktar tingsrätten att gärningsmannen kan ha överfört smitta till den skadelidande som innebär att hon riskerar sjukdom som kan ha dödlig utgång och som för närvarande inte kan botas. Härtill kommer att den skadelidande till följd av risken att själv föra eventuell smitta vidare måste under avsevärd tid framåt anpassa sig till en helt ny livsföring. Smittorisken medför sålunda största tänkbara ingrepp i hennes rätt till ett eget samliv. Hennes möjligheter att bilda familj och skaffa barn har starkt beskurits för avsevärd tid. Till dessa omständigheter måste vidare adderas det synnerligen omfattande psykiska lidande som det innebär för den skadelidande - också för avsevärd tid

framöver - att sväva i ovisshet om hon blivit smittad av HIV-virus eller ej. Mot bakgrunden av det nu sagda anser tingsrätten att den del av skadeståndsyrkandet som avser sveda och värk samt psykiskt lidande skäligen bör bestämmas till 150 000 kr.

I hovrätten nedsattes ersättningen för sveda och värk samt för smittorisken till 70 000 kr., varvid hovrätten yttrande.

Utredningen i hovrätten visar att, med hänsyn till de provtagningsrutiner som tillämpas vid den infektionsklinik där den skadelidande är patient, en tid om sex månader anses tillräcklig för att utesluta att smittan överförts, om hon efter nämnda tid inte har antikroppar mot viruset. Denna uppgift bör läggas till grund när det gäller att bedöma längden av den osäkerhetsperiod för vilken den skadelidande är berättigad till ersättning. Dock skall beaktas att utredningen kan tyda på att i sällsynta undantagsfall smitta kan ha överförts utan att detta kan uppdagas förrän efter avsevärt längre tid än den ovannämnda. Mot bakgrund av den anförda kan den skadelidande inte, trots det intensiva lidande smittorisken måste medföra för henne, anses berättiga till ett så stort skadestånd som det tingsrätten dömt ut. Ersättningen till henne för sveda och värk samt smittorisken bör tillsammans inte sättas högre än 70 000 kr. och det sammanlagda skadeståndet skall följaktligen bestämmas till 100 000 kr.

## 2.2 Skadestånd från kollektiva ersättningsanordningar

### 2.2.1 Trygghetsförsäkringen vid arbetsskada

Trygghetsförsäkringen vid arbetsskada (TFA) kom till år 1974. Den administreras av AMF-trygghetsförsäkring, som är ett konsortium bestående av flera större försäkringsbolag. Försäkringen omfattar samtliga anställda i privat, kommunal och landstingskommunal tjänst som arbetar under gällande kollektivavtal. Försäkringen omfattar dessutom ett stort antal förvärvsarbetande, vars arbetsgiva-

re frivilligt anslutit sig till försäkringen. De statsanställda har ett motsvarande skydd genom ett avtal om ersättning vid personskada (PSA).

TFA gäller för skada genom olycksfall eller annan skadlig inverkan i arbetet, för arbetssjukdomar samt för olycksfall som inträffar vid resa till eller från arbetet. Villkorsbestämmelsen härom i TFA överensstämmer med lagen om arbetsskadeförsäkring. Ersättningen skall motsvara minst den som utgår enligt skadeståndsrättsliga regler.

Har skada som beror på annat än olycksfall framkallats av smitta gäller i fråga om försäkringen vissa begränsningar. Som arbetsskada godtas smittosam sjukdom som ådragits vid arbete i laboratorium där arbete med smittämnet bedrivits. Som arbetsskada på grund av annan skadlig inverkan godtas dessutom i vissa fall samhällsfarlig sjukdom som avses i smittskyddskungörelsen, resistenta stafylokockinfektioner samt vissa sjukdomar såsom smitta från djur till människa.

Ersättning från försäkringen utgår endast i den mån motsvarande ersättning inte utges från annat håll.

I likhet med lagen om arbetsskadeförsäkring innehåller TFA en för den försäkrade förmånlig bevisregel när det gäller det samband som måste finnas mellan skadan och olycksfallet. Har någon som omfattas av försäkringen varit utsatt för olycksfall eller annan skadlig inverkan i arbetet, skall skada som denne ådragit sig anses vara orsakad av den skadliga inverkan om inte betydligt starkare skäl talar mot det. Ersättning lämnas dock inte till den som uppsåtligen eller av grov oaktsamhet själv vållat skadan. Ersättning lämnas inte heller för skada föranledd av att den skadade varit uppenbarligen påverkad av alkohol eller annat berusningsmedel.

Under akut sjukdomstid lämnas ersättning för inkomstförlust, om arbetsoförmågan varat åtta dagar eller mer, samt för sjukvårdskostnad och andra utgifter liksom för sveda och värk, om arbetsoförmågan varar mer än 30 dagar eller - i fall av arbetssjukdom - 90 dagar. Har arbetsskadans art varit svår lämnas alltid ersättning för sveda och värk. Ersättning utgår enligt en särskild tabell, enligt vilken ersättningens storlek är beroende av skadans art, typ av behandling och läkningstidens längd.

Vid invaliditet lämnas ersättning för inkomstförlust dels för förfluten tid med vad den skadade faktiskt gått miste om i inkomst, dels för framtiden. En förutsättning är dock att arbetsförmågan blivit nedsatt med minst 1/15 och förlusten uppgår till minst 1/4 basbelopp. Ersättning från TFA lämnas inte heller i den mån ersättning utgår enligt lagen om arbetskadeförsäkring.

I de fall en skada ger upphov till medicinsk invaliditet utan att den skadade får någon framtida inkomstförlust och därmed inte heller någon livränta, har den skadade i stället rätt till en tilläggsersättning utöver den ersättning som lämnas för olägenheter i övrigt.

Ersättning för lyte och men betäms efter särskild tabell, som utgår från dels den medicinska invaliditetsgrad som kan förutses bli betående för framtiden, dels den skadades ålder när ersättningen lämnas. Därutöver kan ersättning ges enligt skadeståndsrättsliga regler, om lytet eller menet har medfört t.ex. vanprydande ärr, amputationsdefekt eller värk som inte har beaktats vid bestämmandet av den medicinska invaliditetsgraden. Vid bestående invaliditet utgår även ersättning för olägenheter i övrigt till följd av skadan med ett belopp motsvarande minst 70 procent av ersättningen för lyte och

men. Ersättning för framtida kostnader föranledda av den invaliditet som arbetsskadan medfört anses ingå i ersättning för lyte och men och ersättning för olägenheter i övrigt, såvida inte större framtida kostnader kan väntas uppkomma. I sådant fall lämnas ersättning i form av livränta eller för faktiskt uppkommen kostnad.

Vid dödsfall lämnas ersättning för begravningskostnad och för förlust av underhåll till efterlevande. Vid fastställande av ersättning vid förlust av försörjare beaktas den efterlevandes förmåga och möjligheter att genom eget arbete eller på annat sätt bidra till sin försörjning. En minimiersättning om 25 000 kr. utbetalas dock alltid till efterlevande make eller jämställd person, och till varje barn utgår alltid ersättning med ett belopp om 2 500 kr. för varje år som återstår till dess barnet fyller 20 år.

Försäkringens ansvar är för varje skadehändelse begränsat till ett belopp om 50 miljoner kr.

Om det inträffar en väsentlig och bestående ändring i de förhållanden som har legat till grund för bestämmande av ersättningen vid invaliditet kan ersättningsfrågan under vissa förutsättningar omprövas.

Tvister om ersättning från TFA prövas i första hand av en rådgivande nämnd, trygghetsnämnden. I sista hand finns möjlighet att få ersättningsfrågan prövad av en särskild skiljenämnd.

En anställd för vilken försäkringsvillkoren är bindande som kollektivavtal är förhindrad att på annan grund än dessa villkor föra talan om skadestånd för arbetsskada mot arbetsgivaren (se arbetsdomstolens dom 1988 nr 137; jfr Hellner, Skadeståndsrätt, 1985, s. 246 och Roos, Ersättningsrätt och Ersättningssystem, 1990, s. 81).

### 2.2.2 Patientförsäkringen

Patientförsäkringen tillkom för att förbättra skyddet för patienter som lidit skada inom sjukvården. Sverige var det första landet i Västeuropa som införde en patientförsäkring. Även i Finland och Norge finns numera en typ av patientförsäkring.

Försäkringen meddelas av ett konsortium av försäkringsbolag och gäller skador som inträffat från och med den 1 januari 1975. Staten, samtliga kommuner och landstingskommuner har avtal om patientförsäkring, och försäkringar med i allt väsentligt samma villkor har tecknats av de privatpraktiserande läkarna och tandläkarna. Detta innebär att patientförsäkringen nu gäller inom i stort sett all sjukvård och all tandvård här i landet.

Enligt försäkringsavtalet åtar sig försäkringskonsortiet gentemot sjukvårdshuvudmannen att i fråga om personskada som orsakas i samband med av sjukvårdshuvudmannen bedriven hälso- och sjukvård betala dels den ersättning som sjukvårdshuvudmannen åtagit sig att svara för gentemot patienten eller efterlevande till denne, dels det skadestånd som sjukvårdshuvudmannen enligt gällande skadeståndsrättsliga regler i övrigt kan bli skyldig att utge till patienten eller efterlevande till denne.

Försäkringens ersättningsbestämmelser har setts över vid flera tillfällen. De nu gällande bestämmelserna är från den 1 april 1989 och gäller för skador som inträffat från och med detta datum.

I princip utgår ersättning på grund av försäkringen utan att den skadelidande behöver bevisa att förutsättningar för skadeståndsansvar föreligger, dvs. att skadan har vållats genom fel eller försummelse.

Ersättning utgår för behandlingsskada som uppkommit i direkt samband med huvudmannens sjuk- eller hälsovårdande verksamhet. En förutsättning för all ersättning är att skadan har uppkommit i Sverige. Med behandlingsskada förstås skada eller sjukdom av kroppslig art som uppkommit som en direkt följd av undersökning, behandling eller annan dylik åtgärd och inte utgör en följd av en från medicinsk synpunkt nödvändig åtgärd. Med behandlingsskada avses också skada eller komplikation som utgör en direkt följd av en diagnostisk undersökning, såvida inte komplikationen skäligen måste godtas såsom en följd av ett sådant risktagande som är motiverat med hänsyn till arten och svårhetsgraden av den sjukdom eller skada som förelåg och den skadades hälsotillstånd i övrigt. Vidare föreligger behandlingsskada när skada eller komplikation uppkommit eller inte kunnat förhindras till följd av att med teknisk apparatur framtagna undersökningsresultat varit oriktiga eller faktiskt iakttagbara sjukdomssymtom i samband med diagnostik inte tolkats på sätt som överensstämmer med allmänt vedertagen praxis. Slutligen ersätts också skada eller komplikation till följd av olycksfall som har samband med behandlingen samt, med vissa begränsningar, skada eller komplikation som orsakats av infektion på grund av att smittämne överförts till patienten genom hälso- och sjukvårdande åtgärd.

Från försäkringen har undantagits sådan skada som är en följd av ett nödvändigt risktagande för att undvika ett livshotande eller ett svårt invalidiserande sjukdomstillstånd eller ett sådant tillstånd som innebär svårt lidande. Det har inte ansetts rimligt att ersätta skador som uppkommer vid operationer som krävs för att avvärja ett livshot, där risktagandet är medvetet och skadan inte orsakats

genom vårdslöshet.

Undantagna är även skador som orsakats av läkemedel. Ersättning för sådana skador lämnas från läkemedelsförsäkringen. Har läkemedlet emellertid använts på felaktigt sätt på grund av felaktig ordination, kan ersättning lämnas från patientförsäkringen.

Smärre skador omfattas inte av försäkringen. Sålunda fordras för att ersättning skall utgå att den skadelidande på grund av skadan sjukskrivits med minst halv arbetsoförmåga under längre tid än 30 dagar eller tillfogats motsvarande nedsättning av kroppsfunktionerna under längre tid än 30 dagar. Ersättning utgår emellertid även om den skadade till följd av skadan fått sin sjukhusvistelse förlängd med mer än tio dagar eller om han tillfogats stadigvarande men som inte är utan betydelse eller avlidit. Även om de angivna förutsättningarna inte föreligger utgår skälig ersättning för behandlingskostnader och inkomstförlust om dessa sammanlagt överstiger 700 kr.

De begränsningar som har nämnts har införts för att göra skaderegleringen billig och snabb samt därför att man önskat prioritera de allvarligaste skadorna. Därigenom undviker man problemet med att separera små behandlingsskador från en grundsjukdoms följder. Socialförsäkringssystemet anses här ge en grundläggande ekonomisk trygghet. Kan vållande visas, gäller dock inte några begränsningar i detta avseende.

Ersättning vid behandlingsskada bestäms enligt 5 kap. 1 - 5 §§ skadeståndslagen i den mån inte annat anges i villkoren. Ersättning för sveda och värk samt lyte och men beräknas enligt normer som fastställs av en av Landstingsförbundet och försäkringskonsortiet utsedd samrådsgrupp, som skall fun-

gera som ett kontaktorgan mellan sjukvårdshuvudmännen och konsortiet.

Skadestånd för sveda och värk samt lyte och men fastställs i praktiken med ledning av tabeller som upptar schablonbelopp vid olika grader av lidande och olika typer av skador. Tabellerna anger riktpunkter, och varje skada bedöms efter en prövning av förhållandena i det enskilda fallet.

Den tabell som används inom patientförsäkringen vid bestämmandet av ersättning för sveda och värk bygger på trafikskadenämndens motsvarande tabell.

Ersättning för lyte och men bestäms med ledning av den medicinska invaliditetsgraden - det vill säga enkelt uttryckt det funktionsbortfall som skadan orsakat. De tabellbelopp för lyte och men som tillämpas inom patientförsäkringen ligger högre än trafikskadenämndens motsvarande tabellbelopp. Anledningen till detta är att det inte skall te sig förmånligare att föra talan om skadestånd än att få ersättning från patientförsäkringen. Till skillnad från trafikskadenämnden har patientförsäkringen inte olika tabeller för ortopediska skador och skallskador.

Det bör i detta sammanhang påpekas att den som anmäler en skada till konsortiet ofta har en grundsjukdom och att den ersättning som kan lämnas avser den ytterligare sveda och värk respektive den ytterligare invaliditet som uppkommit till följd av behandlingsskadan.

Ersättningsbeloppen i tabellerna justeras varje år med hänsyn till förändringarna i penningvärdet.

Under posten olägenheter i övrigt lämnas ersättning för ökad anspänning i arbetslivet och privatlivet samt för merkostnader som behandlingsskadan har fört med sig och som inte ersätts i annan form. Patientförsäkringen uppställer som krav för denna

ersättning att patienten återgår i arbete. Olägenhetsersättningen är vidare helt schabloniserad och knuten till det ersättningsbelopp som lämnas för lyte och men. Denna schablonisering leder inte sällan till en lägre ersättningsnivå jämfört med trafikskadenämndens mer individuellt tillämpade ersättningspraxis vid bestämmandet av ersättningen för olägenheter i övrigt.

Till skillnad från skadeståndsrättslig praxis i övrigt innebär patientförsäkringen att framtida kostnader kan ingå i ersättning för lyte och men. Om behandlingsskadan medför att en skadelidande får större framtida merkostnader, lämnas ersättning i form av livränta. Ersättningen kan också utges i form av ett kapitaliserat engångsbelopp.

Vid skador med invaliditet som följd lämnas ersättning för framtida inkomstförlust i form av värdesäkrad livränta eller i vissa fall engångsbelopp.

Patientförsäkringen ersätter nettoförlusten, dvs. den förlust som kvarstår sedan ersättning utgått från arbetsgivare, stat, kommun, landsting, allmän försäkring, arbetsskadeförsäkring, sjuk- och olycksfallsförsäkring, avtalsenliga sjukersättningar och pensioner, trafikförsäkring, trygghetsförsäkring eller annan försäkring som ger ersättning på skadeståndsrättsliga grunder.

Den som vill kräva ersättning för behandlingsskada skall framställa sitt krav till försäkringskonsortiet inom tre år från den tidpunkt då skadan först visade sig, dock inte senare än tio år efter det att den skadegörande åtgärden vidtogs.

Ansvaret för försäkringen är för varje skadehändelse begränsat till ett belopp av sammanlagt högst 25 miljoner kr., dock högst 5 miljoner kr. för varje skadad person.

Principiella eller tvistiga skadeersättningsfall

kan på begäran bl.a. av den skadelidande underställas en särskilt tillsatt nämnd - patientskadenämnden - för utlåtande. En förutsättning är att detta begärs inom ett år från det att den skadelidande fick del av försäkringskonsortiets besked med anledning av hans skadeanmälan.

För det fall att en skadelidande inte är nöjd med patientskadenämndens utlåtande kan han få frågan prövad av skiljemän enligt lagen (1929:145) om skiljemän. Det finns inget som hindrar att den skadelidande i stället väcker talan vid allmän domstol, men han måste grunda sin talan på allmänna skadeståndsrättsliga regler.

### 2.2.3 Läkemedelsförsäkringen

Läkemedelsförsäkringen, som gäller från den 1 juli 1978, har till stor del konstruerats på samma sätt som patientförsäkringen. Den administreras också av ett konsortium. Genom läkemedelsförsäkringen har samtliga på den svenska marknaden verksamma läkemedelsföretag - tillverkare och importörer - åtagit sig att på vissa villkor och i viss ordning lämna ersättning för sjukdom eller annan skada av kroppslig art som har orsakats av läkemedel, s.k. läkemedelsskada. De ersättningsvillkor som gäller nu är från den 1 januari 1990.

En förutsättning för ersättning är att läkemedlet har lämnats ut yrkesmässigt i Sverige för förbrukning. Skada som orsakats av i utlandet anskaffat läkemedel omfattas således inte av försäkringen ens om läkemedlet har framställts av svensk tillverkare. Däremot gäller försäkringen oberoende av om den skadade är svensk medborgare eller ej och utan hänsyn till om skadan visat sig när den skadade befann sig i eller utanför Sverige.

Läkemedelsförordningen (1962:701) definierar läkemedel som sådan vara som är avsedd att vid invärtes eller utvärtes bruk förebygga, påvisa, lindra eller bota sjukdom eller sjukdomssymtom. Socialstyrelsen har i kraft av bemyndigande i läkemedelsförordningen utvidgat förordningens tillämpningsområde till vissa varor som i fråga om egenskaper och användning står läkemedel nära, bl.a. antikonceptuella medel, rökavvänjningsmedel, vissa bantningsmedel och hormonpreparat som höjer prestationsförmågan. Sådana preparat omfattas därmed också av läkekmedelsförsäkringen. I försäkringen har begreppet läkemedel vidare utvidgats till att gälla vissa preparat som inte omfattas av förordningen, nämligen radioaktiva läkemedel och preparat liksom sådana preparat som används vid försök på människor som ett led i utprovning av läkemedel. Däremot omfattar försäkringen inte helblod för infusionsändamål och inte heller naturläkemedel.

Såsom läkemedelsskada förstås endast sjukdom eller annan skada av kroppslig art. Mentala sjukdomar innefattas således inte i begreppet läkemedelsskada. Dock anses mentala symtom, som har sin orsak i eller är en följd av påvisbara anatomiska skador eller patofysiologiska rubbningar av läkemedel, vara av kroppslig art och därmed ersättningsbara.

En grundläggande förutsättning för att ersättning skall utgå från försäkringen är att skadan med övervägande sannolikhet har orsakats av läkemedel. Denna bevisregel är förmånligare för den skadelidande än den som normalt tillämpas i skadeståndsrätten.

Den avsedda effekten av ett läkemedel, liksom vanligen förekommande, normalt ofarliga biverkningar, kan i enstaka fall indirekt leda till att svåra skador inträffar. T.ex. lugnande medel eller

sömnmedel kan nedsätta reaktionsförmågan hos en bilförare så att en trafikolycka blir följden. En biverkan i form av yrsel kan leda till svåra olycksfall såsom drunkning, fallskador, etc. Sådana skador ersätts inte, om de har uppkommit i samband med en sådan aktivitet som den skadade på grund av läkemedlets verkningar hade bort avhålla sig från.

Skador som inte beror på läkemedlets verkan som läkemedel ersätts inte. Ersättning utgår alltså exempelvis inte för skador som är en följd av att någon halkar på utspillda läkemedel eller skär sig på läkemedelsförpackningen.

Läkemedelsförsäkringen bygger på tanken att en riskvärdering skall ske. Det är inte meningen att effekterna av förutsedda biverkningar skall ersättas annat än när dessa i kvalitativt eller kvantitativt hänseende mera påtagligt avviker från det normala. Ersättning utgår därför inte, om läkemedelsskadan skäligen hade bort godtas som en biverkan av läkemedlets användning med hänsyn till dels möjligheten och anledningen för fackmannen att förutse läkemedlets verkningar, dels arten och svårhetsgraden av sjukdom som behandlingen har avsett, den skadades hälsotillstånd i övrigt, skadans omfattning och andra omständigheter. Det har inte ansetts rimligt att läkemedelsförsäkringen skall svara för följderna av behandlingskomplikationer som patienten vid en skälighetsbedömning själv bör bära, t.ex. om det har varit nödvändigt att behandla en allvarlig sjukdom med ett läkemedel som är känt för att kunna ge svåra biverkningar. Ju allvarligare sjukdomen är, desto större risk - således i de allvarligaste fallen även risken för dödsfall - måste patienten godta utan rätt till ersättning. Det måste också beaktas att en patient med nedsatt allmäntillstånd lättare drabbas av skada och att om

skada uppkommer denna kan bli betydligt allvarligare än hos en i övrigt frisk person. Även sådana förhållanden är omständigheter som kan tala mot att en läkemedelsskada ersätts. Å andra sidan gäller att ju mer bagatellartad den sjukdom är som behandlas, desto ringare skada kan medföra rätt till ersättning. Riskvärderingen är således av avgörande betydelse för frågan om ersättning skall utgå.

Smärre skador omfattas inte av försäkringen. Ersättning utgår endast om den skadade till följd av läkemedelsskadan har sjukskrivits med minst halv arbetsoförmåga under längre tid än 14 dagar, i annat fall tillfogats motsvarande nedsättning av kroppsfunktionerna under längre tid än 14 dagar, tillfogats stadigvarande men som inte är utan betydelse eller avlidit. Utan hinder av detta utgår dock alltid skälig ersättning för kostnader och inkomstförlust i samband med behandling av läkemedelsskada i den mån dessa efter viss avräkning sammanlagt överstiger 1 000 kr.

Olika ageranden av den skadade kan föranleda att ingen ersättning alls eller endast jämkad ersättning utgår. Således bortfaller rätten till ersättning, om den skadade uppsåtligen eller genom uppenbart missbruk själv har vållat skadan. Vid självmord genom läkemedel har alltså de efterlevande inte någon rätt till ersättning.

Ersättning för läkemedelsskador bestäms enligt i stort sett samma regler som gäller för patientförsäkringen.

Ansvaret för läkemedelsskada enligt försäkringen är begränsat till 5 miljoner kr. för varje skadad person, inräknat värdet av kapitaliserad livränta, och till 100 miljoner kr. för varje serieskada eller sammanlagt 200 miljoner kr. för flera serieskador som skall hänföras till ett och samma kalender-

år. Med serieskada förstås skador som under ett eller flera kalenderår har tillfogats flera personer och som beror av samma slags egenskaper hos eller substans ingående i ett eller flera läkemedel.

En läkemedelsskada anses ha inträffat när den skadade första gången sökte behandling för sin skada eller, om han avlidit utan att ha sökt behandling, när han avled.

Krav på ersättning från läkemedelsförsäkringen skall framställas senast tre år från det att den skadelidande fick kännedom om att han åsamkats en läkemedelsskada. I vissa fall kan det dröja mycket lång tid innan en läkemedelsskada visar sig eller att den skadelidande får klart för sig att det kan föreligga ett orsakssamband mellan skadan och användningen av läkemedel. Treårsfristen börjar löpa först när den skadelidande har blivit medveten om att han blivit skadad och att skadan kan ha orsakats av läkemedel.

Även beträffande läkemedelsskador gäller att principiella eller tvistiga skadeersättningsfall kan underställas en särskilt tillsatt nämnd, läkemedelsskadenämnden.

Är den skadelidande inte nöjd med läkemedelsskadenämndens utlåtande kan man få ersättningsfrågan prövad av en skiljenämnd. I stället för att ta emot ersättning från försäkringen kan han väcka talan vid domstol om skadestånd under åberopande av allmänna skadeståndsrättsliga regler.

# 3. HIV-smittade

## 3.1 HIV och AIDS

AIDS är förkortningen av det engelska uttrycket "Aquired Immune Deficiency Syndrome" (på svenska "förvärvat immunbristsyndrom"). AIDS orsakas av ett virus, som numera kallas HIV (Human Immunodeficiency Virus; tidigare kallat LAV/HTLV-III).

HIV förekommer i blod och sädesvätska men också i modersmjölk och andra kroppsvätskor såsom sekret från slidan och livmodern, saliv och tårar. Smittspridningen sker vanligast på något av följande sätt.

- Vid samlag och andra former av sexuellt umgänge där infekterad sädesvätska eller slidvätska kommer i direktkontakt med en slemhinna.

- När infekterat blod eller infekterade blodprodukter kommer i kontakt med blod vid blodtransfusioner eller när t.ex. en oren injektionsspruta används av flera personer.

- Från mor till barn, antingen under graviditeten genom att infekterat blod från modern förs över till barnet genom moderkakan eller vid födseln.

Det finns inget belägg för att luftburen smittspridning är möjlig eller att smitta kan överföras genom exempelvis handslag och kramar.

HIV är ett s.k. kvardröjande virus, vilket innebär att den smittade själv märker mera påtagliga effekter av infektionen först efter en längre tid, ofta efter flera år. Redan några veckor efter

smittotillfället kan dock vissa sjukdomssymtom uppträda hos den smittade. Dessa visar likheter med symtomen vid vissa vanliga luftvägsinfektioner: halsont, feber, svullna lymfkörtlar, huvudvärk, muskel- och ledvärk, koncentrationssvårigheter samt hudutslag. Dessa symtom brukar avklinga efter någon vecka. När den akuta infektionen upphört känner sig den smittade oftast helt frisk (latentstadiet). Den smittades immunförsvar utvecklar normalt antikroppar mot HIV. Antikroppar kan påvisas tidigast tre veckor efter smittotillfället, men det kan i vissa fall ta flera månader för kroppen att bilda antikroppar mot viruset. Förekomsten av antikroppar innebär inte, som vid många andra sjukdomar, att viruset har försvunnit ur den smittades kropp och att han är immun mot smittämnet. Att antikroppar mot HIV påvisas kan därför ses endast som ett tecken på att personen i fråga någon gång har blivit smittad. Man utgår ifrån att den som en gång smittats av HIV kommer att vara smittbärare och smittsam under återstoden av sitt liv.

Sannolikt utvecklar samtliga smittade sjukdomstillståndet AIDS. Hur lång tid efter smittotillfället som AIDS-tillståndet inträder varierar kraftigt från individ till individ. För yngre personer (20-40 år) sker ett insjuknande i AIDS efter i genomsnitt tio år medan insjuknandet sker tidigare för dem som varit äldre vid smittotillfället.

Efter latentstadiet uppträder i regel en rad olika symtom utan att de fastställda typiska kriterierna för AIDS kan anses uppfyllda. Man talar om ARC (Aids Related Complex - aidsrelaterat komplex) som ett förstadium till AIDS, då de första mera allvarliga tecknen på immunbrist visar sig. Det kan vara fråga om symtom som svår trötthet, viktminskning, långdragna feberperioder, intensiva svettningar på

nätterna, diarréer och kraftigt förstorade lymfkörtlar (kallas LAS - Lymfadenopatisyndrom). Symtom från centrala nervsystemet kan också förekomma som minnesstörningar, depressioner och personlighetsförändringar.

Förvärvad immunbrist - AIDS - är beteckningen för slutstadiet i HIV-infektionen. Kriterierna för AIDS fastställdes år 1982 av USAs centrum för epidemiövervakning CDC (Centers for Disease Control) och omfattade då framför allt svåra opportunistiska infektioner och tumörsjukdomen Kaposis sarkom. Med tiden framstod dock dessa definitioner som alltför snäva. Fler och fler effekter av HIV upptäcktes. Men dessa symtom, som ibland ledde till döden, kunde inte klassificeras som AIDS eftersom de inte fanns med bland kriterierna för sjukdomen. Från den 1 september 1987 utvidgade därför CDC begreppet med den nya definitionen, som från årsskiftet 1987/1988 även tillämpas i Sverige. De viktigaste förändringarna är att de ofta mycket svåra hjärnskadorna - HIV-demens eller AIDS-demens orsakade av en långsam infektion i hjärnan - finns med, liksom de mycket karakteristiska avmagringssymtomen och vissa typer av tuberkulos.

AIDS är ett livshotande tillstånd som - enligt vad man för närvarande känner till - för majoriteten av de drabbade leder till döden inom några år. Den genomsnittliga överlevnadstiden från infektionstillfälle fram till dödsfall har antagits vara 16 år, varav 12 år som HIV-tid och resterande 4 år som AIDS-tid (antagandena grundar sig på ett underlag som har tagits fram vid infektionskliniken på Danderyds sjukhus).

Det är framför allt de opportunistiska infektionerna som skördar dödsfall bland de sjuka och som har det snabbaste förloppet. Opportunistiska infek-

tioner orsakas av flera olika typer av smittämnen, som ett normalt fungerande immunförsvar kan hantera och besegra. Den vanligaste opportunistiska infektionen ger upphov till lunginflammation. Långdragna och smärtsamma diarréer och viktminskning är också vanliga. Infektionerna är i regel svårare och aggressivare hos AIDS-sjuka än hos patienter som har immunbrist av andra orsaker, t.ex. transplanterade.

Kaposis sarkom, som är den andra huvudgruppen av AIDS-sjukdomar, är en tumörsjukdom som utgår från celler i blodkärlsväggarna och som sedan kan sprida sig till hud, slemhinnor, lymfkörtlar och inre organ. Tumörerna kan sitta var som helst på kroppen men debuterar ofta i ansiktet som runda blå-rödaktiga utslag. Överlevnadstiden vid Kaposis sarkom är längre än vid de opportunistiska infektionerna.

Sjukdomsförloppet kännetecknas också av att den sjuke mycket snabb genomgår en åldrande process fysiskt och psykiskt i kombination med dramatisk avmagring och allvarlig trötthet och utmattning.

Docenten och överläkaren Birgit Sköldenberg, klinikchef på Danderyds sjukhus i Stockholm, och avdelningsläkaren Anders Blaxhult vid samma sjukhus har i ett utlåtande den 12 januari 1989 pekat på några av de psyko-sociala konsekvenserna:

"Några personer förefaller efter HIV-smitta kunna fortsätta ett liv ungefär som tidigare. För någon förefaller det t.o.m. paradoxalt ha givit en ny dimension på tillvaron. För det överväldigande flertalet har emellertid smittan inneburit ett nästan ofattbart kroniskt lidande. För många är oron för den egna hälsan, familjen och vänners reaktioner m.m. en ständig följeslagare dag och natt. Rent konkret får sömnlöshet och att en stor del av den mentala kapaciteten är upptagen med att bearbeta reella och imaginära faror konsekvenser. Det påverkar förmågan att sköta ett arbete samt förmågan att njuta av fritidsaktiviteter. Det ger låsningar och oförmåga till naturlig närhet med familjemedlemmar och andra anhöriga. Än mer konkret

blir de problem både praktiska och emotionella som det innebär i en sexuell relation, att den ene är smittsam och ett potentiellt dödligt hot mot sin make/maka eller partner. För individer i reproduktiv ålder är den påtvingade barnlösheten en mycket stark konfliktkälla för de drabbade. För många har avslöjande av smittan inneburit förlust av vänner. Andra tvingas av rädsla för avslöjande till nödlögner och avledande manövrer gentemot arbetskamrater och anhöriga i samband med nödvändiga läkarkontroller m.m. Detta kräver ofta förutom mental energi också materiella resurser och utnyttjande av arbetstid eller fritid. Rent konkret innebär samhällets föreskrifter till de drabbade att de måste besöka specialtandkliniker m.m. med åtföljande kostnader. Ett sätt att försöka komma till rätta med en del av de psyko-sociala problem som smittan medför är att bilda stödgrupper bland de drabbade. För de som bor utanför storstadsregionerna innebär detta långa resor. - För flertalet finns således mer eller mindre invalidiserande kroniska psyko-sociala problem av själva smittan. Till detta kommer efter ett antal år de rent medicinska lidandena. Dessa är ofta medicinskt svårbemästrade, varför många under åratal lever med symtom som illamående, smärtor, matleda, diarréer etc. När sedemera AIDS utvecklas drabbas individen av livshotande tillstånd som kräver långvariga och upprepade sjukhusvistelser. Däremellan krävs av anhöriga stora, ofta både fysiska och känslomässiga insatser. I vetskap om att döden är slutresultatet upplever många under sitt sista år hur förutom att kroppen förtvinar även den intellektuella förmågan gradvis försämras."

HIV-infektioner och AIDS hos barn skiljer sig i hög grad från sjukdomsmönstret hos vuxna. Bland barnen dominerar svåra återkommande bakterieinfektioner, såsom vissa typer av ovanliga lunginflammationer med allvarliga andningssvårigheter, långdragna och smärtsamma diarréer, olika former av blodförgiftningar och svampinfektioner i mun och svalg liksom långa feberperioder. Hjärnskador är också mycket vanliga och medför en mängd olika symtom som t.ex. starkt försenad utveckling och demensliknande tillstånd. Hos barnen är sjukdomsförloppet snabbare och leder till döden inom två år för en majoritet av dem som är HIV-infekterade.

## 3.2 Statistiska uppgifter

Enligt statens bakteriologiska laboratorium (SBL) fanns det vid årsskiftet 1990/91 totalt 2 655 kända fall av HIV-infektion i Sverige. Av dessa hade 104 personer erhållit smittan genom faktorkoncentrat och 86 genom blodtransfusion. Det finns i övrigt inte någon känd smittoöverföring inom vården, vare sig till patienter eller personal.

Enligt SBL kan det inte uteslutas att det finns ytterligare fall som inte har registrerats. När det gäller mottagare av faktorkoncentrat har dessa emellertid genomgående blivit testade, varför utrymmet för okända fall i denna kategori är mycket begränsat. Bland smittade genom blodtransfusion finns sannolikt enstaka ännu ej upptäckta fall som kommer att diagnostiseras först vid insjuknande i AIDS. Deras antal torde enligt SBL röra sig om högst något tiotal personer.

Av de smittade hade 70 personer rapporterats avlidna vid utgången av januari 1991. Någon uppgift om hur många som avlidit till följd av HIV-smittan har inte gått att få fram. Av de avlidna hade emellertid 44 personer diagnostiserad AIDS. De överlevande fördelar sig på olika åldersgrupper enligt nedan.

| Åldersgrupp | Antal levande | Varav med diagnostiserad AIDS |
|---|---|---|
| 0-25 | 25 | 3 |
| 26-50 | 64 | 6 |
| 51-75 | 27 | 3 |
| 76- | 4 | 1 |
| | 120 | 13 |

Sett enbart till dem som smittats genom faktorkoncentrat är motsvarande siffror följande.

| Åldersgrupp | Antal levande | Varav med diagnostiserad AIDS |
|---|---|---|
| 0-25 | 22 | 2 |
| 26-50 | 47 | 5 |
| 51-75 | 12 | 0 |
| 76- | 0 | 0 |
| | 81 | 7 |

För de blodtransfunderade slutligen gäller följande siffror.

| Åldersgrupp | Antal levande | Varav med diagnostiserad AIDS |
|---|---|---|
| 0-25 | 3 | 1 |
| 26-50 | 17 | 1 |
| 51-75 | 15 | 3 |
| 76- | 4 | 1 |
| | 39 | 6 |

Det finns tio kända fall av sexuellt överförd HIV-smitta från personer smittade med faktorkoncentrat eller genom blodtransfusion.

## 3.3 Ersättning från patient- och läkemedelsförsäkringarna

### 3.3.1 Allmänt

I Sverige utgjordes vid årsskiftet 1990/91 cirka 7 procent (190 av 2655, källa statens bakteriologiska laboratorium) av alla kända HIV-smittade av människor som smittats genom att de vid vård inom den offentliga sjukvården erhållit blod eller någon form av blodprodukt som varit HIV-kontaminerad. De HIV-smittade indelas vanligtvis i två grupper, nämligen dels blödarsjuka (hemofilikerna) som är beroende av faktorkoncentrat framställt ur blodplasma, dels sådana som blivit blodtransfunderade i samband med operativa ingrepp. Den förra gruppen omfattar 104 personer och den senare 86.

Numera testas allt organiskt material som i någon form skall överföras till andra individer, och därtill värmebehandlas alla blodpreparat för att eventuell virussmitta skall elimineras. Dessa åtgärder bedöms vara tillräckliga för att förhindra HIV-smitta genom blod eller blodprodukter i framtiden. Så har t.ex. inga nya fall av HIV-smitta genom blod eller blodprodukter inträffat i Sverige efter hösten 1985.

Patient- och läkemedelsförsäkringarna har intagit ståndpunkten att redan förekomsten av antikroppar mot HIV i blodet innebär att det föreligger en skada av kroppslig art och att de som smittats genom blodtransfusion eller faktorpreparat i Sverige är berättigade till ersättning från dessa försäkringar. Har skadan uppkommit genom behandling i utlandet föreligger inte rätt till ersättning från försäkringarna. Sådan rätt föreligger inte heller om skadan har orsakats av läkemedel som anskaffats i

utlandet, även om det framställts av en svensk tillverkare. Av de 104 personer som i Sverige diagnostiserats med HIV-infektion erhållen genom faktorkoncentrat har med säkerhet sex personer ådragit sig smittan utomlands. Av övriga 98 personer har 94 erhållit ersättning från läkemedelsförsäkringen. Av de 86 personer som blivit smittade av HIV genom blodtransfusion har med säkerhet två blivit smittade i samband med behandling utomlands. I fyra fall är det oklart var smittan uppkommit. För resterande 80 personer har ersättning utgått från patientförsäkringen.

I några fall har ersättning från försäkringarna utgått trots att någon formell rätt härtill inte förelegat enligt försäkringsvillkoren. Det har gällt fall av s.k. sekundärsmitta, dvs. när en person blivit smittad av sin ersättningsberättigade partner. Av humanitära skäl har ersättning i dessa fall utgått under förutsättning att sådan sekundärsmittad person har levt i äktenskap eller under äktenskapsliknande förhållanden med smittgivaren och att smittan kan antas ha blivit överförd vid en tidpunkt då risken för smitta inte hade blivit känd. Totalt rör det sig om åtta personer som fått ersättning på denna grund. Ersättningen har bestämts enligt samma normer som gällt för de övriga smittade.

Ersättning har erbjudits i olika omgångar. År 1986 erbjöds ersättning för sådant men som förorsakats redan av att antikroppar mot HIV påvisats i blodet. Beloppet var åldersrelaterat och utgick oavsett om några symtom på HIV-infektion visat sig eller ej. År 1988 erbjöds ett engångsbelopp för sveda och värk samt olägenheter i övrigt. Slutligen erbjöds år 1991 ytterligare menersättning för främst den oro, ångest och sociala isolering som

anses prägla den HIV-smittades livssituation.

### 3.3.2 1986 års erbjudande om ersättning för bestående men under HIV-tid

Konsortiet för läkemedelsförsäkringen gick i början av år 1986 ut med ett erbjudande om ersättning till de blödarsjuka som blivit smittade av HIV. Erbjudandet lämnades sedan diskussioner hade förts med representanter för Blödarsjukas förening och läkare vid koagulationsmottagningarna i landet. De drabbade erbjöds ett engångsbelopp som ersättning för de följder som påvisandet av antikroppar mot HIV hade medfört. Ersättningen skulle utgå oavsett om symtom på HIV-infektion hade utvecklats eller inte.

Ersättningens storlek var åldersrelaterad och uppgick för en 30 åring till 75 000 kr., för en 50 åring till 50 000 kr. och för åldrarna däremellan till stegvis sjunkande belopp. För dem som var äldre än 50 år skulle ersättningen bestämmas enligt vissa statistiska beräkningar.

Någon individuell bedömning gjordes således inte, utan ersättningen bestämdes utifrån mera generella antaganden med beaktande av trafikskadenämndens normer. Variationerna mellan olika personers upplevelser av besvären bedömdes vara sådana att det inte gick att göra någon rättvisande individuell bedömning. Den valda modellen innebar samtidigt att det blev lättare att tillgodose de önskemål som - inte minst från de skadelidande - fanns om ett snabbt ställningstagande från konsortiets sida.

När de gällde att bestämma ersättningen utgick konsortiet från att konsekvenserna av ideell natur av HIV-infektionen kunde sammanfattas till sexuella inskränkningar och vissa psykiska besvär.

Vad avsåg de sexuella inskränkningarna gjordes en

jämförelse med den praxis som utvecklats i trafikskadenämnden. Ersättningen bestämdes där år 1986 utifrån ett totalt sexuellt bortfall - dvs. sterilitet och impotens - till 106 000 kr. för en 25-åring. Vid bedömning av ersättning för enbart sterilitet eller impotens var utgångspunkten 55 procent av totalbeloppet för sterilitet och 65 procent för impotens. För ersättningen från läkemedelsförsäkringen i HIV-fallen beaktades att det inte förelåg sterilitet men att de drabbade avrätts från barnalstring, vilket ansågs i praktiken innebära att konsekvenserna i många fall blev desamma som vid sterilitet. Vidare beaktades att HIV-infektion inte heller medför impotens eller påverkan av förmågan till ett sexuellt samliv men likväl innebär vissa begränsningar i detta avseende med hänsyn till de försiktighetsmått som tillståndet kräver.

När det gällde de psykiska besvären hade de HIV-smittade generellt framhållit en stark ångest m.m. och oro för framtiden. Eftersom utgångspunkten för ersättningens bestämmande var generella antaganden, ansågs individuella hänsyn inte kunna tas beträffande arten och graden av sådana besvär. Enbart oro eller nervositet bedömdes inte utgöra någon grund för särskild ersättning. Annorlunda förhöll det sig i fall då de psykiska besvären var av sådan omfattning att funktionsförmågan påverkats och besvären kunde antas bli bestående. I sådana fall ansågs besvären kunna invaliditetsgraderas, och ersättning lämnades för lyte och men. Även om ett egentligt invaliditetstillstånd i denna bemärkelse inte ansågs föreligga, fann man likväl att det vid en samlad bedömning av de problemställningar av ideell natur som förelåg vid HIV-infektion i sig var rimligt att sammanvägt beakta vad som generellt påtalats i fråga om psykiska besvär.

Ersättningsbeloppen har senare justerats i takt med den allmänna prisutvecklingen. Samtliga ersättningsberättigade har därvid kommit i åtnjutande av en höjning om 11,5 procent som gjordes vid årsskiftet 1986/87. Den lägsta ersättning som utgått till en HIV-smittad person i 30-års åldern är därför 84 000 kr. Motsvarande belopp för dem som uppburit ersättning under de senaste åren är 90 000 kr. för år 1988, 96 000 kr. för år 1989 och 103 000 kr. för år 1990.

Ersättningen var preliminär så till vida att den skadelidande, om han utvecklade sjukdomssymtom som kunde vara relaterade till HIV-infektionen och som medförde sjukskrivning eller sjukhusvistelse, kunde få ytterligare ersättning. I samband med att läkemedelsförsäkringen då på sedvanligt sätt kom att ersätta inkomstförluster och kostnader som sjukdomen för med sig och som inte täcks på annat håll skulle det göras en ny och individuell bedömning av vilken ersättning som totalt sett borde utgå i ideell ersättning under hela infektionstiden.

Bland de blödarsjuka har samtliga 81 personer som mottagit erbjudandet accepterat detta och i enlighet med villkoren i läkemedelsförsäkringen överlåtit sin rätt att kräva skadestånd av den som kan göras ansvarig för skadan till försäkringsgivaren.

Motsvarande belopp har också betalts ut från patientförsäkringen till dem som smittats genom blodtransfusion.

### 3.3.3 1988 års erbjudande om ersättning för sveda och värk samt olägenheter i övrigt m.m. under HIV- och AIDS-tid

Under senare delen av år 1988 upptog konsortiet för patientförsäkringen diskussioner med Kamratfören-

ingen NU, som bildats för att ta tillvara de transfusionssmittades intressen. Diskussionerna gällde formerna för den fortsatta skaderegleringen. Föreningen uttryckte därvid önskemål om att en beräknad total framtida ersättning skulle betalas ut som ett engångsbelopp. Därigenom skulle pengarna kunna komma till användning under tid då de drabbade fortfarande kunde ha utbyte av dem.

Utifrån en antagen genomsnittlig överlevnadstid från infektionstillfälle fram till dödsfall på 16 år, varav 12 år var att betrakta som HIV-tid och resterande 4 år som AIDS-tid (se avsnitt 3.1), erbjöd konsortiet för ett engångsbelopp om 145 000 kr. att utbetalas oavsett ålder och utöver den ersättning som tidigare utgått som menersättning. I beloppet ingick följande poster.

| | |
|---|---|
| 1. Sveda och värk under AIDS-tid | 60 000 kr. |
| 2. Inkomstbortfall/risker under tid från infektionstillfälle fram till AIDS-diagnos | 12 000 kr. |
| 3. Kostnader för resor, medicin, läkarbesök m.m. ca 1 600 kr./år | 26 000 kr. |
| 4. Ökade tandvårdskostnader | 20 000 kr. |
| 5. Olägenhetsersättning under HIV-tid | 27 000 kr. |
| | 145 000 kr. |

Enligt konsortiet var 60 000 kr. det belopp som maximalt kunde utgå för sveda och värk. Man stödde sig därvid bl.a. på ett särskilt yttrande av justitierådet Conradi i rättsfallet NJA 1972 s. 81, enligt vilket maximalt skadestånd för sveda och värk - motsvarande en sjukskrivningstid av tre år eller mera och mycket stort lidande - i dåvarande penningvärde ansågs vara 15 000 kr. Detta belopp motsvarade år 1989 - då ersättningen till de HIV-

smittade betalades ut - ca 60 000 kr.

Enligt trafikskadenämndens praxis uppgick maximal ersättning för sveda och värk år 1988 till cirka 55 000 kr.

När det gällde risken för inkomstförluster i samband med sjukskrivningsperioder under tid från infektionstillfälle fram till AIDS-diagnos bedömdes denna vara mycket liten. I de fall sjukskrivning trots allt blev aktuell skulle rätt sjukpenningplacering jämte förmåner från AGS-försäkring eller sjuklön/ITP för flertalet medföra att inkomstförlusterna blev marginella. Ett belopp om 1 000 kr. per år ansågs därför rimligt för att täcka de förluster som kunde uppstå.

Vad gäller kostnader för resor, medicin, läkarbesök m.m. ansågs 1 600 kr. per år - som föreningen själv föreslagit - vara ett rimligt belopp. Beloppet avsåg att täcka fyra läkarbesök per år, resor i samband med besöken, fördyrad kosthållning samt inköp av mediciner som inte omfattas av sjukförsäkringen. Man räknade med att genomsnittskostnaden i dessa avseenden under HIV-tid inte skulle överstiga 500 - 1 000 kr. per år, medan motsvarande kostnad under AIDS-tid - då sjukhusvistelser varvas med sjukskrivning i hemmet - skulle bli högre.

Ersättningen för ökade tandvårdskostnader motiverades av att det är mycket vanligt med svampbildning i munhålan som en direkt följd av HIV-infektionen. Med utgångspunkt från en beräknad mertid hos tandläkare om 4 tim/år och med beaktande av att tandvårdsförsäkringen betalar 40 procent av kostnaden ansågs ett belopp om 20 000 kr. vara skäligt för att ersätta de merkostnader som kunde tänkas uppstå.

Resterande belopp, 27 000 kr., är närmast en ersättning för olägenheter under HIV-tiden. Enligt

villkoren för patientförsäkringen kan sådan ersättning utgå endast om det går att fastställa en medicinsk invaliditetsgrad, något som konsortiet ansåg inte vara möjligt beträffande de HIV-smittade. Vid den slutliga uppgörelsen ansåg man det ändå skäligt att utge även sådan ersättning, och beloppet kom att bestämmas till 27 000 kr.

Inkomstförluster förorsakade av att den skadelidande erhållit sjukbidrag eller förtidspension innefattas inte i ersättningen och inte heller ersättning för begravningskostnader och underhållsersättning till efterlevande. Vidare har undantagits dels egenföretagare - vars inkomstförluster bedömdes kunna vara väsentligt större under sjukskrivningsperioder - dels barn för vilka vårdkostnaderna kunde vara betydande.

Bland de transfunderade accepterade 51 personer erbjudandet medan en person avstod.

Erbjudandet från patientförsäkringen till de transfusionssmittade följdes av ett liknande erbjudande från läkemedelsförsäkringen till de blödarsjuka. I de diskussioner som därvid fördes uttalade de blödarsjuka önskemål om att yngre smittade borde i de avseenden som var aktuella ha en något bättre kompensation än de äldre, bl.a. med hänsyn till sannolikt framtida behov av tillsyn av minderåriga barn vid ett tänkt sjukdomstillstånd.

Det slutliga erbjudandet från läkemedelsförsäkringen till de blödarsjuka kom därför att skilja mellan tre kategorier av smittade blödarsjuka, nämligen

1. de som redan hade insjuknat (även i ARC) och som erhållit periodisk ersättning för sveda och värk, kostnader och ersättning för eventuella inkomstförluster,

2. de som ännu inte insjuknat och som var under 35 år eller bodde tillsammans med make/sambo eller hade vård av minderåriga barn,

3. de som ännu inte insjuknat och inte uppfyllde villkoren enligt punkt 2.

Skadelidande i grupp 1 erbjöds en ersättning om 100 000 kr. avseende sveda och värk samt merkostnader till följd av skadan. Den ersättning i dessa avseenden som fortlöpande utbetalades från konsortiet skulle avbrytas då erbjudandet accepterades. Någon avräkning för de belopp som redan utgått skulle inte göras. Ersättning för inkomstförlust till följd av sjukskrivning föranledd av infektion låg utanför erbjudandet liksom ersättning som skulle utgå i samband med dödsfall.

Skadelidande i grupp 2 erbjöds ersättning med 160 000 kr., medan skadelidande i grupp 3 erbjöds ersättning med samma belopp som de transfusionssmittade dvs. 145 000 kr. För dessa grupper hade inkomstförlustrisker under sjukpenningtid beaktats i engångsbeloppet.

I det engångsbelopp som lämnades till skadelidande i grupperna 1-3 ingick inte inkomstförlust vid eventuellt sjukbidrag/förtidspension som uteslutande föranletts av HIV-infektion och alltså inte hade annan orsak och inte heller den ersättning som kunde bli aktuell vid dödsfall.

I ett särskilt tillägg till erbjudandet lämnade konstortiet också viss garanti för ersättning till yngre personer för inkomstförlust, om sådan skulle uppkomma i avvaktan på att sjukbidrag fastställs.

Av 87 tillfrågade accepterade 81 personer det angivna erbjudandet från läkemedelsförsäkringen.

### 3.3.4 Överprövning av patient- och läkemedelsskadenämnderna

Frågan om storleken av den ersättning som betalades ut under åren 1986-1989 har vid några tillfällen varit uppe till prövning hos patientskade- och läkemedelsskadenämnderna. Nämnderna har inte i något fall funnit skäl att frångå konsortiernas bedömningar (patientskadenämnden dnr 108/87 och 147/87 samt läkemedelsskadenämnden dnr 9-10/1989). Nämnderna har därvid framhållit bl.a. att de ersättningsbestämmelser och tabeller som rör frågan om ideell ersättning vid skada som omfattas av försäkringarna inte ger någon direkt ledning för hur ideell ersättning skall beräknas i ett fall med HIV-infektion utan sjukdomssymton. I likhet med konsortiet ansåg man att ersättningen måste bestämmas utifrån mer generella antaganden och att man därvid får utgå ifrån vad som är praxis vid skadefall som ger jämförbara konsekvenser. Ersättningen måste också ställas i relation till vad som maximalt kan lämnas för ideell skada enligt gällande regler.

### 3.3.5 1991 års erbjudande om ytterligare ersättning

Under februari månad 1991 beslutade konsortierna att betala ut ytterligare 100 000 kr. i ersättning till var och en av de HIV-smittade. Anledningen uppgavs vara nya rön som ytterligare tydliggjort de HIV-smittades utsatta livssituation med oro, ångest och sociala isolering.

## 3.4 Ersättning från staten

Regeringen har den 21 februari 1991 beslutat att de som direkt eller indirekt blivit HIV-smittade genom åtgärder inom hälso- och sjukvården eller genom s.k. faktorkoncentrat skall få vardera 100 000 kr i ersättning från staten. Enligt socialministern Ingela Thalén skall beslutet ses som ett uttryck för regeringens förståelse för den mycket svåra livssituation som dessa människor befinner sig i.

## 3.5 Ersättning i några andra länder

### 3.5.1 Allmänt

HIV är ett globalt problem. Frågan om ersättning till dem som drabbats av HIV har lösts på olika sätt i olika länder. Kommittén har valt att i möjligaste mån närmare undersöka förhållandena i Danmark, Finland, Norge, Storbritannien, Förbundsrepubliken Tyskland och Canada. Av de här berörda länderna har förutom Sverige även Norge och Finland patient- och läkemedelsförsäkringar. De norska försäkringarna har dock tillkommit så pass sent att de inte omfattar nu kända fall av HIV-smitta genom blodtransfusion och läkemedel. En läkemedelsförsäkring finns också i Tyskland, men den har i grunden en annan konstruktion än i de nordiska länderna.

I flera länder har ersättningens storlek bestämts utan hänsyn till där rådande skadeståndsrättsliga principer. Vanligtvis har ersättningen lämnats av staten. Beloppen varierar från land till land. Detsamma gäller kretsen av ersättningsberättigade. I exempelvis Storbritannien utgår ersättning av staten till endast blödarsjuka, medan de som smittats

genom blodtransfusion är hänvisade till att väcka skadeståndstalan vid domstol. Olikheter finns också vad gäller möjligheten för anhöriga att få ersättning. Några vägledande domstolsavgöranden i fråga om ersättningens storlek i de respektive länderna har inte gått att finna (jfr dock avsnitt 3.5.4).

Kommittén har funnit av visst intresse att också redovisa något om respektive lands socialförsäkringssystem.

### 3.5.2 Danmark

I Danmark har staten betalt ett engångsbelopp om 250 000 DKR till dem som smittats genom blodtransfusion eller av blodpreparat eller till deras efterlevande. Ersättningen har inte grundat sig på någon skadeståndsrättslig bedömning.

Något fall med partnersmitta har inte förekommit. Det är osäkert om ersättning skulle lämnas i ett sådant fall.

Ersättningen från staten har betalts ut vid sidan av ersättning från den allmänna sjukförsäkringen. Denna försäkring omfattar samtliga anställda. Övriga kan försäkra sig frivilligt. För att ersättning skall utgå måste vederbörande ha varit anställd under de senaste 13 veckorna som föregått frånvaron och under denna period ha varit sysselsatt i minst 120 timmar. För löntagare gäller inte någon karenstid. Egna företagare kan få dagpenning från första frånvarodagen, men först efter tre veckors sjukdom. De har dock möjlighet att teckna en frivillig försäkring som gäller de tre första veckorna av sjukperioden. Sjukpenningen uppgår till 90 procent av lönen och utgår normalt 52 veckor under 18 månader om inte särskilda skäl finns, t.ex. pågående rehabilitering.

### 3.5.3 Finland

Finland har en läkemedelsförsäkring sedan år 1984 och en patientförsäkring sedan år 1987.

Hittills har man upptäckt sju fall av HIV-infektion till följd av blodpreparat. Ersättning från försäkringen grundar sig på en skadeståndsrättslig bedömning och utgår först vid klinisk sjukdom. En person som smittats av HIV men som inte företer några tecken på sjukdom är således inte berättigad till någon ersättning. Den ersättning som utgår avser såväl kostnader som inkomstförlust - i den mån ersättningen inte motsvaras av vad som utgår från sjukförsäkringen - liksom sveda och värk och bestående men. Menersättningens storlek är beroende av den skadelidandes ålder. För en artonåring uppgår ersättningen under innevarande år till 180 000 FIM. Ersättningen för sveda och värk har i något fall bestämts till 8 000 FIM.

Några kända fall av sekundärsmitta finns inte.

Den finska sjukförsäkringen omfattar samtliga personer i åldrarna 16-64 år utom redan pensionerade. För att rätt till sjukpenning skall föreligga fordras dock att den försäkrade under en tid av tre månader omedelbart före insjuknandet har utfört arbete för egen eller för annans räkning eller att vederbörande är ofrivilligt arbetslös. Ersättning från sjukförsäkringen utgår inte för insjuknandedagen och de sju därpå följande vardagarna. Sjukpenningen uppgår normalt till 80 procent av inkomsten och utgår som längts uppemot 300 dagar.

### 3.5.4 Norge

I Norge har staten betalat en s.k. billighetser-

sättning till HIV-smittade. Ersättningen har som mest uppgått till 250 000 NKR per person. Ersättning har utgått i 34 fall. Av dessa har 27 personer erhållit maximal ersättning. Resterande sju fall har avsett ersättning till efterlevande med mellan 100 000 och 150 000 NKR. Ersättningen har bestämts efter en fast standard utan individuella hänsyn till exempelvis sjukdomens utveckling, ekonomiska förhållanden, ålder och efterlevande barn. I särskilda fall finns möjlighet att få högre ersättning.

I ett fall har staten ersatt en partnersmittad med högsta belopp, 250 000 NKR.

Bergen byrett har i dom den 17 september 1990 bestämt merersättning till en person, som smittats av HIV i samband med en operation, till en miljon NKR. Domstolen framhöll att bl.a. fallet var så speciellt att det inte kunde jämställas med andra tidigare skadefall. Följderna av HIV-smitta ansågs vara av helt annan art än de som andra skador medför. Mannen hade fått en villkorlig dödsdom i ung ålder och dramatiska inskränkningar i livskvaliteten. Detta sammantaget med den ångest och osäkerhet som smittan resulterat i försvarade, att man frångick vanliga riktlinjer vid bestämmande av menersättningens storlek. Samtidigt fästes vikt vid att sjukhuset underlåtit att undersöka om den blodplasma som mannen fick var HIV-kontaminerad eller inte. Domstolen ansåg därför att det av preventiva skäl fanns anledning att sätta skadeståndet högt. Rättens ordförande var skiljaktig och bestämde, efter en skälighetsbedömning, ersättningen för det men som uppkommit till 530 000 NKR.

Ersättningen från staten har utbetalats vid sidan av den allmänna sjukförsäkringen. Denna försäkring omfattar alla arbetstagare och självständiga yrkes-

utövare samt dem som har en kontinuerligt återkommande inkomst utanför tjänst. För rätt till sjukpenning gäller ett krav på 14 dagars försäkringstillhörighet och en viss minsta årsinkomst. För arbetstagare finns ingen karenstid. För självständig yrkesutövare och för den som har inkomst utanför tjänst gäller emellertid en karenstid på 14 dagar. För arbetstagare och dem som har inkomst utanför tjänst uppgår sjukpenningen till 100 procent av inkomstunderlaget medan den för självständiga yrkesutövare uppgår till endast 65 procent. Sjukpenning betalas ut under högst 250 dagar. Efter sex helt arbetsföra månader börjar en ny ersättningsperiod på 250 dagar att löpa.

### 3.5.5 Storbritannien

Staten ger inte någon automatisk ersättning till dem som smittats av HIV via blodtransfusion eller av blodpreparat. Däremot har de blödarsjukas förening under åren 1987 och 1989 fått ett belopp av staten om sammanlagt 34 miljoner pund att dela ut till de drabbade. Härutöver har staten år 1991 gett föreningen ett slutligt erbjudande om ytterligare 42 miljoner pund. För närvarande uppgår antalet HIV-smittade blödarsjuka till 1 050 personer. Ersättningens storlek till varje enskild är bl.a. beroende av dennes civilstånd, underhållsskyldighet och om den smittade är ett barn. Även makar till de drabbade erhåller ersättning enligt erbjudandet för psykisk trauma. Ersättningen utgår vid sidan av ersättning från den allmänna sjukförsäkringen.

De som inte omfattas av erbjudandet är hänvisade till att väcka skadeståndstalan vid domstol.

Det är inte känt om och i vad mån ersättning utgått till partnersmittade.

Det allmänna sjukförsäkringssystemet omfattar alla anställda och egna företagare med viss minimilön (f.n. 46 pund per vecka). Det krävs att den sjuke har betalat avgifter på inkomster om minst 50 gånger den nedre inkomstgränsen under det taxeringsår som har föregått det kalenderår då sjuklönen skall börja betalas ut. För inkomstlägena mellan 46 och 125 pund i veckan uppgår sjuklönen för närvarande till 39.25 pund per vecka medan inkomster över 125 pund i veckan ger ersättning om 52.50 pund per vecka. Sjuklönen beskattas och utgår endast de dagar den sjukskrivne annars skulle ha arbetat. Ersättningen betalas ut av arbetsgivaren. Många arbetsgivare har extra sjukförsäkringar för sina anställda som komplettering till de statliga beloppen.

Sjuklönen utgår först efter tre karensdagar och upphör efter 28 veckors sjukdom.

### 3.5.6 Förbundsrepubliken Tyskland

Ersättning från den tyska läkemedelsförsäkringen har utgått med mellan 50 000 - 160 000 DM. Genomsnittsersättningen ligger kring 60 000 - 80 000 DM. När ersättningen bestämts har hänsyn tagits till ålder, inkomst och familjesituation.

Den ersättning som har utgått från försäkringen är en klumpsumma till den smittade och dennes familjemedlemmar. Härigenom har även partnersmittade ersatts.

Det tyska sjukförsäkringssystemet omfattar löntagare, arbetslösa samt egna företagare som inte tjänar mer än ett visst maximalbelopp. Ersättningen utgår högst 78 veckor under en treårsperiod för en och samma sjukdom. Arbetsgivaren betalar 100 procent av lönen de första sex veckorna därefter be-

talar sjukkassan 80 procent av lönen i ersättning.

### 3.5.7 Canada

I Canada har staten lämnat ersättning till de blödarsjuka som smittats av HIV under åren 1978-1989. Ersättningen, som är skattefri, uppgår till 120 000 dollar och betalas ut med 30 000 dollar under fyra år. Ersättningen utgår vid sidan av de förmåner som följer av socialförsäkringen. Därutöver utgår i vissa delstater ersättning för begravningshjälp, underhåll till efterlevande, ersättning för kostnader för medicin och hemhjälp samt resor i samband med behandling.

## 4. Vår bedömning

I Sverige, liksom i många andra länder världen över, pågår sedan ett antal år tillbaka en smygande epidemi orsakad av ett virus benämnt HIV. Viruset har visat sig ha en rad speciella egenskaper som gör att det har ansetts vara ett av modern tids största hot mot människan. Bl.a. slår viruset ut vissa celler med vitala funktioner i vårt immunförsvar, med dödliga infektioner som följd. Någon bot finns inte och torde inte heller stå i sikte inom överskådlig framtid.

Den enskilde som drabbas av HIV-smitta utsätts för ett betydande lidande. Smittan i sig medför i många fall mer eller mindre invalidiserande psykosociala problem. Till detta kommer efter ett antal år de rent kroppsliga lidandena och slutligen döden.

Förekomsten av HIV i blodet utgör en defekt på immunförsvaret. Ett sådant tillstånd måste enligt vår mening betraktas som en personskada.

I de fall smittan har skett på ett sätt som grundar rätt till skadestånd uppkommer bl.a. frågan om och i vad mån det lidande som smittan för med sig berättigar till ersättning enligt de normer som gäller för skadeföljder av ideell natur. Av särskilt intresse är frågan om ersättning för stadigvarande men i dessa fall över huvud taget kan utgå enligt svensk skadeståndsrätt. Att ersättning för lyte knappast torde bli aktuell följer redan därav att med lyte avses kroppsfel som kan sägas vanställa den skadade och som utomstående direkt kan iaktta. Med annat stadigvarande men avses emellertid mycket mer. Till sådant räknas förlust eller nedsättning av syn, hörsel, lukt eller smak, kroppsfel som inte är vanställande, svårigheter att röra sig,

smärtor vid rörelser, bristande samsyn, talfel m.m. Hit hör också upphörd eller nedsatt potens, förlust av möjlighet att få barn men även oförmåga att ägna sig åt olika fritidsaktiviteter.

Vid bestämmande av ersättningen för men utgår man normalt från den medicinska invaliditetsbedömningen. Ersättningen börjar utgå från den tidpunkt när det medicinska invaliditetstillståndet inträder. Med medicinsk invaliditet avses en bestående funktionsnedsättning. Det torde emellertid inte vara något som hindrar att man i särskilda fall tillerkänner ersättning för stadigvarande men som följer av annat än en fysisk funktionsnedsättning.

När det gäller HIV-smitta är i detta sammanhang följande att beakta. Det är frågan om en helt ny skadetyp som knappast går att jämföra med någon annan typ av skada. Den drabbade utsätts för ett angrepp på immunförsvaret med allvarliga konsekvenser vad gäller liv och hälsa. Sålunda försämras hälsotillståndet undan för undan; enligt nuvarande vetenskapliga rön leder sjukdomen i flesta fall till en för tidig död. Dessförinnan har den drabbade tvingats genomlida en påtaglig försämring av livskvaliteten präglad av ångest, oro och isolering. Redan medvetenheten om att vara smittad och om vilka följderna är kan för många vara svår att bära och leder ofta till svåra psykiska problem. Några möjligheter att undgå skadeföljderna finns inte och torde såvitt nu kan bedömas inte heller finnas inom överskådlig tid.

Följderna av HIV-smitta kan därför i praktiken många gånger vara minst lika svåra som de som uppkommer vid en allvarligare invaliditet i vanlig bemärkelse.

Skadan är stationär i den mening att den som en gång drabbats av HIV-smitta alltid kommer att bära

på smittämnena och därmed de risker som detta är förknippat med.

Sammantaget anser kommittén att den bestående förändring av den mänskliga organismen som HIV-smitta med åtföljande skadeverkningar medför måste anses vara en sådan skada som berättigar till ersättning för stadigvarande men.

Principen att den skadelidande skall ha full kompensation för den skada han lidit anses i och för sig gälla även i fråga om ersättning för ideell skada. I praktiken ger denna princip dock knappast någon ledning när det gäller att bestämma skadeståndets storlek i detta fall, eftersom det inte går att fullt ut kompensera en ideell skada i pengar. Ytterst blir det fråga om rättspolitiska överväganden: hur stort skadestånd är rimligt med hänsyn till den allmänna rättsuppfattningen och till de samhällsekonomiska konsekvenser som högre ersättningar kan få?

Någon klar och alltigenom konsekvent skiljelinje mellan skadeföljder av ideell och ekonomisk natur finns inte. Ideell skada i traditionell mening avser dels det direkta fysiska eller psykiska lidande som skadan har medfört under den akuta sjukdomstiden eller som den kan medföra i framtiden, dels andra framtida följder av skadan som innebär svårigheter för den skadelidande att klara ett normalt liv. Även indirekta psykiska påfrestningar, t.ex. de som följer av ett vanställt utseende eller minskade möjligheter att njuta av glädjeämnen i livet, hör hit. Med ideell skada avses emellertid ibland även särskilda kostnader som har uppkommit för den skadelidande och som inte ersätts på annat sätt.

När det gäller att försöka fastställa ett rimligt skadestånd till dem som blivit HIV-smittade är det givetvis av stort intresse att göra en jämförelse

med ersättningsnivåerna enligt skadeståndsrättsliga principer såsom de utvecklats i trafikskadenämndens tabellverk. En strävan måste vara att passa in HIV-skadan i det existerande systemet.

De hjälptabeller som används vid bestämmande av ersättning för lyte och men innebär att de olika ersättningsnivåerna fastställs med utgångspunkt i invaliditetsgrad och ålder. Tabellerna har setts över med jämna mellanrum och kompletterats i olika hänseenden. I dag ger de ledning vid bestämmande av ersättning för lyte och men vid ögonskador, amputationer, ortopediska skador, skallskador samt vissa andra skadetyper av speciell art. När det gäller de ortopediska skadorna och skallskadorna sträcker sig tabellersättningarna upp till invaliditetsgrader på 100 procent. Vid vissa skador, såsom svåra förlamningsfall, tillämpas dock inte hjälptabellerna. Dessa skadefall betecknas som maximalfall, och man skiljer därvid på större maximalfall och mindre sådana fall. Till större maximalfall hänförs typiskt sett skadade med förlamningstillstånd i samtliga extremiteter liksom skador som har medfört fullständig blindhet. Som mindre maximalfall räknas personer med förlamningstillstånd från midjan och nedåt samt personer med liknande skador. Även hjärnskador med särskilt allvarliga följder, såsom en avsevärd intelligenssänkning och svåra beteendemässiga störningar, hör hit.

Vid flertalet av maximalfallen uppkommer skadeeffekterna redan vid skadetillfället. Vidare hör ofta till skadebilden att den skadelidande vårdas på sjukhus lång tid efter olyckstillfället eller att han för all framtid kommer att vara i behov av vård.

Ersättningsnivån för maximalskador - som inkluderar ersättning för såväl sveda och värk som lyte

och men - har alltid legat över de tabellersättningar som fastställts för ortopediska skador och skallskador vid invaliditetsgrader om 100 procent. Mellan de olika skadekategorierna finns två mellannivåer.

I praxis bestäms alltså ersättningen för ideell skada regelmässigt efter schablon. Detta utesluter dock inte att avvikelser från resultatet enligt en schablonmässig bedömning kan ske om förhållandena i det enskilda fallet påkallar det.

I HIV-fallen ger de schabloner som utvecklats i praxis för andra skador inte någon omedelbar ledning. Det är därför nödvändigt att se till de enskilda skadeverkningarna och utifrån en samlad bedömning av dessa och med andra skadetyper som referensram söka nå fram till en rimlig ersättningsnivå. I detta sammanhang är det väsentligt att framhålla att det sätt på vilket skadan uppkommit inte har betydelse för ersättningens storlek. Det är i stället det lidande och de besvär skadan i sig kan anses medföra som skall ligga till grund för bedömningen.

En svårighet att bestämma ersättningen till dem som drabbats av HIV är att verkningarna av skadan uppträder efter hand under en följd av år. Problemet är nämligen om ersättningen kan avse även sådana följder av skadan som inträder efter den tidpunkt då ersättningen bestämts. Frågan har hittills inte varit föremål för prövning eller diskuterats i doktrinen. Detta bör, enligt vår mening, inte hindra att man vid en bedömning av ersättningen i HIV-fallen beaktar även de skadeföljder som är att vänta, i synnerhet som dessa i stor utsträckning går att förutse och ännu så länge inte torde vara möjliga att undvika. Med hänsyn till skadans art och den särskilda svårigheten i detta fall att fastställa

skiljelinjen mellan sveda och värk samt varaktigt men bör dessa poster bestämmas som ett gemensamt belopp.

Vid en jämförelse med andra skadetyper ligger det närmast till hands att utgå från maximalfallen och se till vilka skillnader och likheter som finns mellan de olika skadeverkningarna.

Som exempel på fall där ersättningen bestämts i nivån mellan 100-procentig tabellersättning och mindre maximalfall kan nämnas ett där en person drabbades av svår skallskada med bl.a. grovt motoriskt handikapp som följd. Skadan medförde att den skadelidande kunde gå endast långsamt med kryckkäppar. Han hade spastiska rörelser i såväl händer som ben, talade långsamt och med svag stämma. Vidare saknade han möjlighet att kontrollera sina känsloyttringar, vilket innebar att han skrattade när det förväntades att han skulle gråta eller känna sorg och vice versa. - På samma sätt har man bedömt en tetraparés - dvs. en person med försvagning eller lägre grad av förlamning i samtliga extremiteter - till följd av ett brott på en halskota med bestående skada på ryggmärgen. Särskilt vid kyla uppstod problem med rörelseförmågan i händerna som exempelvis gjorde det svårt att hålla i en penna. - Som ytterligare exempel kan nämnas ett fall där en person ådrog sig hjärnkontusion med hjärnstamsskada, vilket medförde bl.a. kvarstående tetraparés med spasticitet i ben och arm. Han hade besvär att förflytta sig; bl.a. släpade han benet efter sig. Utomhus använde han rollator och vid längre förflyttningar rullstol. Utöver denna inskränkta gångförmåga hade han tal-, minnes- och inlärningssvårigheter.

Som mindre maximalfall räknas paraplegi - dvs. dubbelsidig förlamning i de övre eller nedre extre-

miteterna - och därmed jämförliga skador samt vissa hjärnskador.

Exempel på fall där ersättningen bestämts i nivån mellan mindre och större maximalfall är att en person blev förlamad i båda benen och fick mycket svår smärta och ständig värk. Det senare var avgörande för att skadan inte ansågs kompenserad fullt ut med ersättning i den nivå som gäller för mindre maximalfall. Ytterligare ett sådant exempel är ett fall då en person blev förlamad från mitten av bröstkorgen och nedåt. Han hade dessutom nedsatt kraft i höger arm och hand. I detta fall ansågs den skadade sämre ställd än ett mindre maximalfall. Slutligen kan nämnas en tetraplegiker - dvs. totalförlamad i samtliga extremiteter - med en viss bibehållen funktion i armarna. Detta fall ansågs i det närmaste, om än inte helt, som ett större maximalfall.

Till större maximalfall hänförs såväl tetraplegi som total blindhet. Ersättningen härför är i princip den högsta som kan utgå. Endast vid extrema skadefall har denna gräns kunnat överskridas. Exempel på ett sådant fall är att en person vid skadetillfället förlamades från midjan och nedåt. På grund av infektioner och benröta kom så småningom och i flera omgångar båda benen att amputeras i höjd med höftlederna. Den skadelidande hade kroniska, outhärdliga smärtor som krävde ständig tillförsel av narkotiska preparat i så stora mängder som det överhuvudtaget var möjligt att ge. Ett annat fall är att en person förlamades i armar och ben samt dessutom drabbades av oförmåga att tala. Han hade intellektet i behåll och var helt medveten om sin situation.

Utöver skadeverkningar av rent medicinsk karaktär har de skadetyper som nu nämnts även en rad olika följder av annat slag. Till en början kan det vara

fråga om en oförmåga att själv kunna tillgodose grundläggande behov i den vardagliga livsföringen, t.ex. att sköta den personliga hygienen, laga mat eller äta. Detta skapar beroende av andra personer samtidigt som det omöjliggör ett normalt familjeliv. Svårigheten att förflytta sig kan också begränsa möjligheterna till ett socialt umgänge liksom förmågan att upprätthålla ekonomiskt oberoende. Här kan också nämnas svårigheterna att använda tiden på ett för individen normalt sätt. Livskvaliteten blir sålunda i flertalet fall avsevärt försämrad. Det är därför naturligt att dessa skadetyper oftast är förenade med svåra psyko-sociala problem.

Betydligt svårare kan det vara att bilda sig en uppfattning om det lidande som är förknippat med olika slags hjärnskador och skador av liknande karaktär. I dessa fall är skadeföljderna inte lika uppenbara. Många gånger är det också svårt för den skadelidande att förmedla sina upplevelser av skadan. Det kan tänkas att en person med en allvarlig hjärnskada just till följd av skadans art upplever endast ett begränsat lidande. Det torde emellertid vara minst lika vanligt att en hjärnskadad person väl inser sin belägenhet och lider mycket av exempelvis den isolering som oftast följer i skadans spår och oförmågan att klara ens de mest vardagliga sysslor. Det kan därför knappast råda någon tvekan att situationen allmänt sett kan te sig minst lika bekymmersam för en hjärnskadad person som för en person som är förlamad i benen. I ett hovrättsavgörande bedömdes en allvarlig hjärnskada som ett mindre maximalfall. Målet rörde en pojke med en allvarlig skallskada. Han hade till följd därav en avsevärd intelligensnedsättning och en psykisk avvikelse med en för honom besvärlig labilitet. Det fanns enligt hovrättens mening fog för att anta att

skadeverkningarna sammantagna kom att medföra att den skadelidande till stor del utestängdes från det kamratskap och umgänge som han skulle kunna få del av inom ramen för en institutionell vård. Vidare konstaterade hovrätten att den skadelidande i allt väsentligt berövats de livskvaliteter i form av t.ex. kunskapsinhämtande och annan intellektuell verksamhet samt mänskliga kontakter som en förlamad person kan uppleva. Slutligen angav hovrätten att den skadelidande var medveten om sitt handikapp och led av detta (Svea hovrätts dom den 19 september 1986, DT 30).

Det som framför allt skiljer HIV-smitta från nu redovisade skadetyper är att HIV-smitta i de flesta fall - såvitt man nu vet - leder till en för tidig död efter ett accelererande sjukdomsförlopp. Vetskapen om att livstiden kan bli begränsad och den ångest och oro som detta i flesta fall innebär är en faktor som måste tillmätas stor betydelse för ersättningens storlek. Den resterande livstiden kommer nämligen i hög grad att präglas av de psykiska problem och lidanden som blir en följd av denna insikt.

Även för HIV-smittade kan sjukdomen medföra betydande inskränkningar i den dagliga livsföringen. Visserligen kan de smittade, om man enbart ser till de kroppsliga funktionerna, under en följd av år leva ett i det närmaste normalt liv. För de flesta blir verkligheten dock annorlunda. Förutom de besvär sjukdomen i sig medför drabbas den smittade av en rad psyko-sociala problem av mer eller mindre kronisk natur. Svårigheterna är i många fall av sådan art att de mycket väl kan jämställas med vissa maximalfall. Oron över den egna hälsan och sjukdomens utveckling återverkar i flera avseenden på den drabbades livssituation. Detta kan ta sig uttryck i

svårigheter att sköta ett arbete och ointresse för vidareutbildning samt oförmåga att på ett meningsfullt sätt utnyttja fritiden. Även familjelivet blir utsatt för stora påfrestningar. Det sociala umgänget blir i regel starkt begränsat.

Redan rädslan inför hur omgivningen skall reagera vid ett avslöjande av sjukdomen bidrar till att den smittade undandrar sig sociala kontakter. Flera som valt att berätta om sin sjukdom har mötts av sådana reaktioner att de upplevt sig "pestsmittade". Det är därför inte ovanligt att andra hemlighåller sin sjukdom. I förhållande till myndigheter och sjukvårdande organ har detta kunnat ta sig uttryck i ett starkt krav på anonymitet och en känsla av maktlöshet. Risk finns därför att behovet av vård och hjälp inte blir tillgodosett. I de fall vården anlitas är också behandlingen ofta förknippad med säkerhetsarrangemang som kan upplevas förnedrande. Vidare kan ett avslöjande av sjukdomen leda till stora konsekvenser i arbetslivet. Sålunda finns det exempel på att den drabbade har blivit omplacerad till andra för denne mindre stimulerande arbetsuppgifter.

Risken att föra smittan vidare inskränker handlingsfriheten och innebär stora påfrestningar. Detta gäller i hög grad sexuallivet. För den ensamstående lägger detta av förklarliga skäl hinder i vägen att knyta kontakter med andra. Även i etablerade förhållanden kan den omständigheten att den smittade utgör ett potentiellt dödshot mot sin partner medföra att sexuallusten avtar eller rent av upphör. Därtill kommer en i många fall påtvingad barnlöshet.

Till detta skall läggas alla de mycket svåra medicinska följderna av sjukdomen.

Den samlade skadebilden när det gäller HIV-smit-

tade inrymmer således ett mycket stort och komplext lidande. Allvarligast är kanske det lidande som är förknippat med medvetenheten om att sjukdomen kommer att förkorta livet. Därtill kommer de psykosociala konsekvenserna som i flera avseenden skiljer sig från andra skadetyper. Skadeverkningarna måste för överväldigande flertalet innebära ett så stort lidande att HIV - med nu angivna utgångspunkter - kan jämställas med de allvarligare invaliditetstillstånden.

Sammantaget anser kommittén att övervägande skäl talar för att ersättningen vid en tillämpning av nuvarande skadeståndsrättsliga principer ligger kring den nivå som gäller för ett litet maximalfall.

**Särskilt yttrande av experten Alf Eckerhall**

Kommittén om ideell skada har fått i uppgift att överväga vilka ersättningsprinciper som bör tillämpas för ideell ersättning i samband med personskada samt om den nuvarande ersättningsnivån bör höjas och hur normerna för att bestämma ersättningen bör fastställas. Utöver dessa huvuduppgifter skall kommittén behandla vissa andra frågor. En av dessa gäller frågan om ersättning för ideell skada skall kunna ges för den oro för framtida skador som kan upplevas av dem som genom en skadeståndsgrundande handling har utsatts för t.ex. viss strålning eller har blivit smittade av HIV-virus. Kommittén skall ta ställning till hur eventuell ersättning för obehag skall avvägas mot den personskadeersättning som lämnas till dem som sedan verkligen blir sjuka. Kommittén har däremot inte fått i uppgift att särbehandla frågan om ersättning till HIV-smittade.

Kommittén känner inte till något HIV-fall i rättspraxis vilket prövats på grund av skadeståndsgrundande handling. Kommittén har däremot tagit del av hur patient- och läkemedelsförsäkringarna har bedömt HIV-fall som smittats i samband med vård inom den allmänna sjukvården. Det är knappast troligt att det föreligger någon skadeståndsgrundande handling i något av dessa fall. Ersättning enligt försäkringarna utges även om skadeståndsansvar inte föreligger.

Kommittén anger att HIV-smitta är en skadetyp som knappast går att jämföra med någon annan typ av skada, och att skadeföljderna på många sätt är särpräglade. I betänkandet anges olika skadeföljder som HIV-smitta medför. Likartade skadeföljder finns emellertid i andra skadetyper, och det hade därför

varit lämpligt att kommittén hade gjort sina överväganden i ett större sammanhang.

Kommitténs ställningstagande beträffande huvuduppgifterna bör i stor utsträckning bli avgörande för kommitténs ställningstaganden i övriga frågor. Kommittén borde således ha gjort en helhetsbedömning av samtliga frågor och därefter redovisat en samlad bedömning.

# Statens offentliga utredningar 1991

## Kronologisk förteckning

1. Flykting- och immigrationspolitiken. A.
2. Finansiell tillsyn. Fi.
3. Statens roll vid främjande av export. UD.
4. Miljölagstiftningen i framtiden. M.
5. Miljölagstiftningen i framtiden. Bilagedel. Sekretariatets kartläggning och analys. M.
6. Utvärdering av SBU. Statens Beredning för Utvärdering av medicinsk metodik. S.
7. Sportslig och ekonomisk utveckling inom trav- och galoppsporten. Fi.
8. Beskattning av kraftföretag. Fi
9. Lokala sjukförsäkringsregister. S.
10. Affärstiderna. C.
11. Affärstiderna. Bilagedel. C.
12. Ungdomarna och makten. C.
13. Spelreglerna på arbetsmarknaden. A.
14. Den regionala bil- och körkortsadministrationen. K.
15. Informationens roll som handlingsunderlag - styrning och ekonomi. S.
16. Gemensamma regler - lagstiftning, klassifikationer och informationsteknologi. S.
17. Forskning och utveckling - epidemiologi, kvalitetssäkring och Spris utvecklingsprojekt. S.
18. Informationsstruktur för hälso- och sjukvården - en utvecklingsprocess. S.
19. Storstadens trafiksystem. Överenskommelser om trafik och miljö i Stockholms- Göteborgs- och Malmöregionerna. K.
20. Kapitalkostnader inom försvaret. Nya former för finansiell styrning. Fö.
21. Personregistrering inom arbetslivs-, forsknings- och massmedieområdena, m.m. Ju.
22. Översyn av lagstiftningen om träfiberråvara. I.
23. Ett nytt BFR - Byggforskningen på 90-talet. Bo.
24. Visst går det an! Del 1, 2 och 3. C.
25. Frikommunförsöket. Erfarenheter av försöken med en friare nämndorganisation. C.
26. Kommunala entreprenader. Vad är möjligt? En analys av rättsläget och det statliga regelverkets roll. C.
27. Kapitalavkastningen i bytesbalansen. Tre expertrapporter. Fi.
28. Konkurrensen i Sverige - en kartläggning av konkurrensförhållandena i 61 branscher. Del 1 och 2. C.
29. Periodiska hälsoundersökningar i vissa statliga, kommunala och landstingskommunala anställningar. C.
30. Särskolan -en primärkommunal skola. U.
31. Statens arkivdepåer. En utvecklingsplan till år 2000. U.
32. Naturvårdsverkets uppgifter och organisation. M.
33. Branden på Sally Albatross. Den 9-12 januari 1990. Fö.
34. HIV-smittade - ersättning för ideell skada. Ju.
35. Några frågor i anslutning till en arbetsgivarperiod inom sjukpenningförsäkringen. S.

# Statens offentliga utredningar 1991

# Systematisk förteckning

## Justitiedepartementet

Personregistrering inom arbetslivs-, forsknings- och massmedieområdena, m.m. [21]
HIV-smittade - ersättning för ideell skada. [34]

## Utrikesdepartementet

Statens roll vid främjande av export. [3]

## Försvarsdepartementet

Kapitalkostnader inom försvaret. Nya former för finansiell styrning. [20]
Branden på Sally Albatross. Den 9-12 januari 1990. [33]

## Socialdepartementet

Utvärdering av SBU. Statens Beredning för Ut-värdering av medicinsk metodik. [6]
Lokala sjukförsäkringsregister [9]
Informationens roll som handlingsunderlag - styrning och ekonomi. [15].
Gemensamma regler - lagstiftning, klassifikationer och informationsteknologi. [16].
Forskning och utveckling - epidemiologi, kvalitetssäkring och Spris utvecklingsprojekt. [17].
Informationsstruktur för hälso- och sjukvården - en utvecklingsprocess. [18].
Några frågor i anslutning till en arbetsgivarperiod inom sjukpenningförsäkringen. [35]

## Kommunikationsdepartementet

Den regionala bil- och körkortsadministrationen. [14]
Storstadens trafiksystem. Överenskommelser om trafik och miljö i Stockholms- Göteborgs- och Malmöregionerna. [19]

## Finansdepartementet

Finansiell tillsyn. [2]
Sportslig och ekonomisk utveckling inom trav- och galoppsporten. [7]
Beskattning av kraftföretag. [8]
Kapitalavkastningen i bytesbalansen.
Tre expertrapporter. [27]

## Utbildningsdepartementet

Särskolan -en primärkommunal skola. [30]
Statens arkivdepåer. En utvecklingsplan till år 2000. [31]

## Arbetsmarknadsdepartementet

Flykting- och immigrationspolitiken. [1]
Spelreglerna på arbetsmarknaden. [13]

## Bostadsdepartemntet

Ett nytt BFR - Byggforskningen på 90-talet. [23]

## Industridepartementet

Översyn av lagstiftningen om träfiberråvara. [22]

## Civildepartementet

Affärstiderna. [10]
Affärstiderna. Bilagedel. [11]
Ungdomarna och makten.[12]
Visst går det an! Del 1, 2 och 3. [24]
Frikommunförsöket. Erfarenheter av försöken med en friare nämndorganisation. [25]
Kommunala entreprenader. Vad är möjligt? En analys av rättsläget och det statliga regelverkets roll. [26]
Konkurrensen i Sverige - en kartläggning av konkurrensförhållandena i 61 branscher. Del 1 och 2. [28]
Periodiska hälsoundersökningar i vissa statliga, kommunala och landstingskommunala anställningar. C. [29]

## Miljödepartementet

Miljölagstiftningen i framtiden. [4]
Miljölagstiftningen i framtiden. Bilagedel.
Sekretariatets kartläggning och analys. [5]
Naturvårdsverkets uppgifter och organisation. [32]