



Valgeir Pálsson, héraðsdómslögmaður

## Bótaábyrgð lækna

### I. Aðfararorð

Á síðari árum hefur færst í vöxt að sjúklingar, sem telja sig hafa orðið fyrir tjóni vegna mistaka lækna í störfum sínum, hafi krafist skaðabóta vegna tjóns sem þeir telja sig hafa orðið fyrir. Ástæður slíkrar fjölgunar kunna að vera margvíslegar, en á meðal lögfræðinga hafa eftirtaldir ástæður meðal annars verið nefndar:

1. Aukin velmegun fólks og kröfur um heilbriggt líf.
2. Læknisfræðileg þekking almennings hefur aukist, þannig að hann gerir sér betur grein fyrir því nú en áður hvort heilsutjón verði rakið til sjúklegra ástæðna eða mistaka læknis.
3. Fólk á auðveldara með að sækja rétt sinn en áður var meðal annars fyrir dómstólum.
4. Samskipti læknis og sjúklings eru ef til vill ekki eins persónuleg og náin og áður í fámennu samfélagi fyrri tíma. Þannig kann það að vera minna mál fyrir sjúkling í dag að krefja lækni um skaðabætur, sem aðeins einu sinni hefur haft afskipti af sjúklingnum heldur en þegar sjúklingur hyggst sækja til saka lækni, sem er hans eini læknir og sjúklingur á allt sitt undir honum í bráð og lengd (1).

Þegar afstaða er tekin til bótaábyrgðar læknis þá er það meginregla að skaðabótaskylda læknis hvílir á sömu réttarreglum og almennt gilda í hinu daglega lífi. Það eru ólögfestar reglur, sem fyrst og fremst hafa verið skapaðar með dómsúrlausnum í tímans rás. Þótt reglur þessar séu um margt skýrar og hafi náð öruggri fötfestu í réttarkerfinu þá hafa þær aðallega mótast af þeim tilvikum sem komið hafa til úrlausnar hjá dómstólum og þeim réttarvenjum sem skapast hafa við úrlausn hliðstæðra tilvika. En að því marki sem dómsúrlausnum eða öðrum réttarheimildum

er ekki til að dreifa kunna réttarreglur að vera óskýrar. Á það ekki síst við um ýmis atriði varðandi bótaábyrgð lækna þar sem dómsúrlausnir, að minnsta kosti hérlendis, eru tiltölulega fáar.

### II. Bótaábyrgð samkvæmt sakarreglunni

#### II. 1. Inngangur

Sú ólögfesta réttarregla, sem bótaábyrgð lækna og annarra er einkum reist á, er á meðal lögfræðinga nefnd almenna skaðabótareglan (2). Hún er einnig oft nefnd sakarreglan, þar sem helsta inntak hennar er að bótaskylda þess, sem valdið hefur tjóni, verður að byggjast á sök hans. En víkjum nánar að því sem í almennu skaðabótareglunni felst. Af innlendum fræðimönnum hefur efni eða inntak reglunnar verið orðað þannig: »Maður ber skaðabótaábyrgð á tjóni, sem hann veldur með saknæmum (þ.e. af ásetningi eða gáleysi) og ólögætum hætti, enda sé tjóni sennileg afleiðing af hegðun hans og raski hagsmunum, sem verndaðir eru með skaðabótareglum (3)«. Hér þarf ýmislegt frekari útskýringa við og þá einkanlega með tilliti til þeirra sérstöku aðstæðna sem eiga við í störfum lækna.

Það sem fyrst ber að víkja að, er hvað átt sé við með saknæmri háttsemi. Þá er átt við hina hugrænu afstöðu læknis til verknaðarins, sem tjóni olli, það er hvort tjóni hefur verið valdið með ásetningi eða gáleysi. Ég tel óþarfa að eyða orðum að afleiðingum þess, ef læknir bakar sjúklingi sínum tjóni af ásetningi, enda er tæpast um slík tilvik að ræða. Þegar meta þarf hins vegar sök vegna gáleysis má miða við hvað eðlilegt og forsvaranlegt hefði verið að góður og gegn læknir hefði gert samkvæmt þeirri þekkingu og viðhorfum, sem ætlast má til að hann búi yfir og tileinki sér í störfum sínum.

Með hliðsjón af þessu er mikilvægt atriði að læknir búi yfir þeirri þekkingu og færni í starfi, sem nauðsynleg er til að geta innt af

hendi þau verkefni, sem hann tekur að sér. Til að árétta mikilvægi þessa er í 1. mgr. 9. gr. læknaálaganna nr. 53 frá 19. maí 1988 kveðið á um að lækni beri að sinna störfum sínum af árvekni og trúmennsku, halda við þekkingu sinni og fara nákvæmlega eftir henni.

Þá er ennfremur brýnt að læknir framkvæmi það í störfum sínum, sem einungis teljist vera læknisfræðilega rétt og forsvaranlegt. Sé út af því brugðið kann það að stafa af gáleysi, sem metið verði sem saknæm háttsemi og getur leitt til skaðabótaskyldu, ef tjón hefur hlotist af (4). Skal nú drepið á fáein lögfræðileg sjónarmið, sem þannig kunna að koma upp í læknisstörfum.

## II. 2. Rannsóknir

Þegar um er að ræða rannsóknir á sjúklingi er talið eðlilegt að gera tiltölulega strangar kröfur til árvekni hjá lækni, þannig að hann framkvæmi eins ítarlegar rannsóknir og kostur er, leiti aðstoðar sérfræðimenntaðra starfsbræðra sinna sé þess þörf og noti nauðsynleg rannsóknatæki. Engu að síður verður að gæta þess að rannsóknir valdi ekki óþarfa fjárútlátum, hvorki hjá sjúklingi né öðrum, sem greiða skulu læknskostnað. Hér má geta um fáeina norska dóma. Í fyrsta lagi eru tveir dómur þar sem læknar voru dæmdir bótaskyldir fyrir að hafa vanrækt að framkvæma nauðsynlegar rannsóknir. Í dómi frá 1938 (RG 1938, 717) var lækni dæmdur bótaskyldur fyrir að sjúklingur með flís í auga var ekki rannsakaður með röntgentækjum. Að þessari niðurstöðu var komist eftir að sérfróðir meðdómendur höfðu talið að lækni hefði átt að framkvæma slíka rannsókn. Í dómi frá 1981 (RG 1981, 655) var lækni sömuleiðis dæmdur bótaskyldur. Upphandleggur á 10 ára dreng hafði brotnað, en vegna ónógrar rannsóknar leiddu meiðslin til varanlegrar örorku, þar sem ekki hafði verið hugað að því að slagæð hafði einnig skaddast. Í tveimur öðrum dómum var spurning um forsvaranlegar rannsóknadferðir. Í fyrri dómnum (Rt. 1981, 728) voru málsatvik þau, að 11 ára drengur varð fyrir taugaskaða, er hann gekkst undir rannsókn á sogæðakerfi. Við rannsóknina hafði verið beitt staðdeyfingu en ekki svæfingu. Í dómi Hæstaréttar Noregs var deyfingaraðferð sú sem notuð var ekki talin óforsvaranleg og lækni því sýknaður af skaðabótakröfum. Þá er rétt að nefna einn dóm frá árinu 1980 (Oslo

byrett 18.12.1980). Við athugun á lungum sjúklings var beitt nálarstunguáðferð, sem leiddi til þess að sjúklingurinn lamaðist fyrir neðan brjóst. Þessi aðferð var mikið notuð og ekki talin hafa mikla hættu í för með sér. Hún var því talin forsvaranleg og skaðabótakrafa því ekki viðurkennd.

## II. 3. Sjúkdómsgreining

Þegar rannsókn er lokið er komið að því að sjúkdómsgreina sjúkling. Þá kunna að koma upp lagaleg vandamál einkum varðandi ábyrgð vegna rangrar sjúkdómsgreiningar. Við mat á sök kann að vera nauðsynlegt að svara þeirri spurningu hvernig hefði gegn og skynsamur lækni sjúkdómsgreint viðkomandi sjúkling miðað við þær upplýsingar um sjúkdómsástand sem fyrir hendi eru og eðlilegt er að afla. Í þessu sambandi má nefna íslenskan Hæstaréttardóm frá árinu 1983 (Hrd. 1983, 44). Kona leitaði til slysadeildar Borgarspítalans 23. febrúar 1972 vegna þrauta í fingrum vinstri handar. Læknir, sem skoðaði hana, taldi hana vera með ígerð í löngutöng vegna flísar. Stungið var í fingurinn, en einungis kom út blóð. Samkvæmt sjúkrákrá var henni sagt að koma aftur til skoðunar 25. febrúar. Það gerði hún ekki, en kvaðst vera viðþolslaus í hendinni eftir aðgerðina á slysadeild. Leitaði hún af þeim sökum til lækna á hverjum degi uns hún var lögð inn á Landspítalann 28. febrúar. Þar kom í ljós blóðrásartruflun í aðalslagæð vinstri handlims og af því hlaust varanlegt drep í fremstu kjúkum fjögurra fingra vinstri handar. Konan krafði borgarsjóð Reykjavíkur um skaðabætur vegna mistaka við sjúkdómsgreiningu á slysadeild. Ekki þótti sannað, að konan hefði haft greinileg einkenni, sem bentu til þess sjúkdóms er raunverulega þjáði hana. Ekki var heldur talið að sjúkdómurinn hefði fundist þótt röntgenmynd hefði verið tekin. Þá var heldur ekki álitid að lækni meðferð, sem konan hlaut á Borgarspítalanum, hefði haft skaðleg áhrif, enda var lagt til grundvallar að hún átti að koma til eftirlits tveimur dögum síðar. Borgarsjóður var því sýknaður.

## II. 4. Val á lækni meðferð – samþykki

Þegar lækni stendur frammi fyrir því að velja meðferð fyrir sjúkling verður hann að velja þá meðferð, sem sjúklingi er fyrir bestu

og þjónar fyrst og fremst hagsmunum hans. Læknir kann því að þurfa að vísa sjúklingi til annars starfsbróður síns til áframhaldandi meðferðar ef það er hagsmunum sjúklings fyrir bestu. Á þess háttar tilvik reyndi í einum dómi Hæstaréttar frá árinu 1987 (Hrd. 1987, 1168). Leitað var til slysadeildar sjúkrahúss með 11 ára telpu eftir að hún hafði misst tvær framtönnur og laskað sex aðrar. Önnur framtönnin mun hafa losnað en hin datt úr og mun hún hafa verið meðferðis á slysadeildina. Þar var gert að meiðslum telpunnar. Þó var framtönnunum ekki komið fyrir og ráðlagði læknir deildarinnar, að farið yrði með hana til tannlæknis daginn eftir. Að áliti sérfróðra meðdómenda var álitnið að læknirinn hefði átt að koma framtönnunum fyrir í tannholunum og kalla síðan á tannlækni. Taldar voru verulegar líkur að með því hefði mátt græða framtönnurnar í. Var tjónið rakið til vanrækslu læknisins og eiganda sjúkrahússins dæmdur skaðabótaskyldur.

Jafnframt er mikilvægt við val á læknismeðferð að leitað sé samþykkis sjúklings einkum ef um er að tefla meiri háttar meðferð, til dæmis skurðaðgerð og sjúklingur er fær um að taka sjálfur ákvörðun um hvort hann gangist undir aðgerðina eða ekki (5). En til að sjúklingur geti gefið samþykki af fúsum og frjálsum vilja verður hann að hafa fengið ítarlegar upplýsingar um hina fyrirhuguðu aðgerð og þær hættur sem henni kunna að vera samfara. Þótt mikilvægt sé að afla samþykkis sjúklings áður en meðferð hefst má skortur á samþykki ekki leiða til þess að nauðsynleg aðgerð dragist úr hömlu þannig að heilsufarslegir hagsmunir kunni að vera í húfi. Kann þetta einkum að eiga við, ef engin ástæða er til að ætla að meðferð yrði hafnað. Í dómi Hæstaréttar Íslands frá febrúar síðastliðnum (Hrd. 8.2.1989) er meðal annars fjallað um skyldu læknis til skjótrar ákvörðunar um val á læknismeðferð þegar um líf eða dauða er að tefla. Þunguð kona kom síðla dags inn á fæðingardeild sjúkrahúss til að fæða barn sitt. Við skoðun sást að lega fóstursins var óregluleg og röntgenmyndataka sýndi að fóstrið lá þvert í móðurkviði. Gerði læknir svonefnda »ytri vendingu«. Um kvöldið féll naflastrengur fram með þeim afleiðingum að lífsband fóstursins við fylgjuna rofnaði. Eftir það fékk fóstrið ekki súrefni um naflastrenginn.

Að sögn konunnar hugðist læknirinn í fyrstu framkalla fæðingu með sogklukku, en frá því hafi verið horfið. Tuttugu og átta mínútum eftir að naflastrengurinn féll fram var konan svæfð fyrir keisaraskurðaðgerð og þannig náðist barnið út 5 mínútum síðar, en hafði þá skaddast á heila og lést síðar. Dánarbú barnsins og foreldrar þess höfðuðu skaðabótamál á hendur eigenda sjúkrahússins. Héraðsdómur, sem skipaður var einum löglærðum dómara og tveimur læknum, áleitt ekkert benda til að fóstrið hafi skaddast á meðgöngutíma. Héraðsdómarar töldu líklegt, að barnið hafi orðið fyrir súrefnisskortum við það að naflastrengur féll fram eða eftir það, þar til það var tekið með keisaraskurði 33 mínútum síðar. Héraðsdómur taldi ósannað, að læknirinn hefði gert allt sem hann gat til að ná barninu út á sem skemmstum tíma eftir að naflastrengurinn féll fram. Segir í dómnum að við þessar aðstæður verði læknir að meta í skyndi hvaða aðgerð sé vænlegust til að ná barni út á sem skemmstum tíma og með minnstri áhættu. Viðbrögð læknis þurfi að vera markviss og ákveðin. Ætla megi að tíminn frá því að naflastrengurinn féll fram þar til konan var svæfð fyrir keisaraskurð kunni að hafa skipt sköpum um ástand barnsins og líkur þess til að komast óskaddað úr fæðingunni. Sönnunarbyrði um ofangreind atriði var felld á eiganda sjúkrahússins og hann dæmdur skaðabótaskyldur vegna tjónsins. Í Hæstarétti var niðurstaða héraðsdóms um bótaskyldu staðfest.

## II. 5. Hæfi læknis

Þegar tiltekin meðferð hefur verið ákveðin er mikilvægt að hún sé framkvæmd af lækni sem til þess er hæfur. Að öðrum kosti er viðbúið að læknir sem meðferðina annast baki sér bótaábyrgð og eftir atvikum sá læknir sem undir venjulegum kringumstæðum hefði átt að annast hana og var til þess hæfur. Til er norskur Hæstaréttardómur (Rt. 1962, 944), þar sem aðstoðarlæknir skaddaði andlitstauga í sjúklingi, sem gekkst undir aðgerð vegna kýlis. Bæði yfirlæknir og aðstoðarlæknir voru taldir hafa hagað sér á óforsvaranlegan hátt. Aðstoðarlæknirinn var ekki hæfur til að framkvæma aðgerðina og yfirlæknirinn, sem vissi að aðstoðarlæknirinn ætlaði að framkvæma aðgerðina, fór af sjúkrahúsinu áður en aðgerðin hófst.

## II. 6. Áhætta samfara lækniáðgerð

Þá vil ég víkja að öðrum norskum dómi (RG 1960, 372), sem einnig fjallar um skemmda taug, en af allt öðru tilefni. Með aðgerð voru þrjú þykkildi fjarlægð af hálsi á konu og við síðari rannsókn kom í ljós að í þeim voru berklar. En í aðgerðinni hafði lækni skaddað taug, sem leiddi til varanlegrar örorku. Læknirinn var sýknaður í skaðabótamáli gegn honum. Var talið ósannað að tjónið yrði rakið til vanrækslu eða lækniáðgerðilegra eða tæknilegra mistaka. Þá sagði í forsendum dómsins að umrætt tjón hafi ekki verið fyrir utan þá áhættu, sem eðlilegt er að ætla að sérhver sjúklingur verði að taka á sig er hann gengst undir lækniáðgerð. Ég tel að í þessum dómi komi fram viðhorf, sem viðbúið er að íslenskir dómstólar muni taka undir að óbreyttum réttarreglum, það er að í lækniáðgerðum felist ætíð viss hættu á að eitthvað fari úrskaiðis með þeim afleiðingum að sjúklingur verði fyrir tjóni, sem ekki var reiknað með. Ef ekki er sýnt fram á saknæma háttsemi lækni við aðgerð, gáleysi eða mistök, þá verði hann ekki talinn bótaskyldur fyrir slíku tjóni.

## II. 7. Formreglur

Undir vissum kringumstæðum kann lækni að þurfa að gæta vissra formreglna svo honum sé heimilt að framkvæma aðgerð, sem ella kann að leiða til skaðabótaskyldu. Á gildi slíkra formreglna reyndi í dómi Hæstaréttar frá árinu 1979 (Hrd. 1979, 1285). Tvítug stúlka, andlega vanheil, gekkst undir botnlangaaðgerð árið 1961. Læknirinn notaði tækifærið og rauf báða eggjaleiðara konunnar í sömu aðgerð og gerði hana þar með ófrjóa. Í sjúkraskýrslu sagði að þetta hafi verið gert fyrir brýna beiðni aðstandenda stúlkunnar og nánustu ráðamanna og með hliðsjón af andlegri heilsu hennar. Hins vegar yfirsást lækninum að leita leyfis landlækni til að framkvæma ófrjósemisaðgerðina, en slíkt var fortakslaust skilyrði samkvæmt ákvæðum í þágildandi lögum nr. 16/1938 um ófrjósemisaðgerðir og fleira. Sakir þessa heimildarskorts ályktaði Læknaráð að aðgerðin hafi ekki verið tilhlýðileg. Á sama grundvelli var læknirinn og sjúkrahúsið, þar sem aðgerðin var framkvæmd, dæmd bótaskyld gagnvart stúlkunni.

## II. 8. Sönnun og sönnunarbyrði

Ekki er skilyrði fyrir sök að lækni hafi með athöfn sinni eða athafnaleysi brotið lagareglur eins og til dæmis einhver ákvæði læknalaganna. Þó kann það að auðvelda sönnun fyrir sök, ef hægt er að sýna fram á að lækni hafi brotið gegn einhverjum ákveðnum settum lagareglum. Sem dæmi má nefna ef sýnt er fram á að lækni hafi brotið gegn 13. gr. læknalaganna um skyndihjálpi og heilsutjón orðið, þá er til muna auðveldara en ella að staðreyna að háttsemi lækni hafi einnig verið saknæm og bótaskylda því til staðar.

Samkvæmt almennu skaðabótareglunni, sem fyrir var nefnd, er það meginregla, að sá sem fyrir tjóni verður skal sanna að annar maður hafi valdið tjóninu með saknæmum hætti. Sem meginregla gildir þessi regla einnig varðandi sönnun á meintum skaðaverkum lækna. Oft eru aðstæður þó þannig að tjónþoli á erfitt með að afla tilskilinna sönnunargagna. Kemur þá bæði til að lækni býr einn yfir sérfræðilegri þekkingu um málsatvik og hann einn hefur undir höndum öll gögn varðandi sjúkling og hans sjúkdóm, til dæmis sjúkraskýrslur. Þegar þannig háttar getur verið rétt að slaka á meginreglunni um sönnun til hagsbóta fyrir tjónþola það er sjúkling. Getur sönnunarbyrði þá snúist við og lækni gert að færa sönnun á tilvik sem til dæmis eiga að vera skráð í sjúkraskýrslu. Á slíka undantekningu frá meginreglunni reyndi til dæmis í fyrrgreindum Hæstaréttardómi frá í febrúar síðastliðnum. Eftir að konan hafði lagst inn á fæðingarveild sjúkráðsins var tengdur við hana síriti. Fram kom í málinu, að strimill úr síritanum hafði upphaflega fylgt sjúkraskýrslu um konuna en týnst síðar af ókunnum orsökum. Í dómi var talið að skráningu í skýrslu deildarinnar hafi verið verulega ábótavant, jafnframt að nefndur strimill, sem var mikilsvert gagn, hafi farið forgörðum. Athuganir á vegum sjúkráðsins hafi ekki skýrt frekar þau atriði, sem á skorti. Eigandi sjúkráðsins var því látinn bera halla af skorti á sönnun um atvik að því er barnið fæddist með heilasköddun.

## II. 9. Orsakasamband og sennileg afleiðing

Þótt sök sé sönnuð þá er og skilyrði fyrir bótaskyldu að orsakasamband sé á milli hinnar saknæmu háttsemi og þess tjóns,

sem á að hafa hlotist af háttseminni. Einnig verður tjónið að vera sennileg afleiðing af háttseminni, en í því felst að læknir hefði átt að gera sér grein fyrir því að tjón gæti hlotist af þeirri háttsemi, sem talin var saknæm. Um þetta er fjallað í máli sem nú er til meðferðar í Hæstarétti. Þrjátíu og sjö ára gömul kona gekkst undir skurðaðgerð á sjúkrahúsi vegna svonefndrar fjöltaugabólgu og fólst aðgerðin í því að taugahnoð voru fjarlægð. Ígerð komst í skurðsárin, sem að áliti konunnar leiddi til líkamstjóns. Tveir læknar mátu varanlega örorku hennar. Í mati annars segir, að ekkert verði fullyrt um, hvort núverandi einkenni konunnar eigi eingöngu rætur að rekja til aðgerðarinnar. Í örorkumati hins læknisins virðist byggt á því, að örorka konunnar verði eingöngu rakin til aðgerðarinnar. Í ályktun Læknaráðs kemur fram, að ráðið telur varanlega örorku hennar vera 75%. Konan stefndi eiganda sjúkrahússins og lækninum, sem gerði aðgerðina, til greiðslu bóta fyrir örorku og miska. Reisti hún kröfum sínar aðallega á því, að ígerð í skurðsárum hefði valdið varanlegri örorku hennar og starfsmenn sjúkrahússins hefðu gerst sekir um gáleysi við meðferð og umönnun hennar eftir skurðaðgerðina. Héraðsdómur, sem skipaður var tveim löglærðum dómendum og einum lækni, sýknaði stefndu af öllum kröfum (dómur Bæjarþings Reykjavíkur 25.4.1988). Þótti héraðsdómendum ekki vera komin fram næg sönnun um, að ígerð í skurðsárum konunnar hafi leitt til varanlegrar örorku. Studdist þessi niðurstaða héraðsdóms einkum við álitsgerð þriggja dómkvaddra lækna. Hæstiréttur hefur nú vísað málinu til umsagnar Læknaráðs og þá einkum um niðurstöðu læknanna þriggja, sem dómkvaddir voru í héraði. Að svo stöddu skal ósagt látið hver verður niðurstaða Hæstaréttar á endanum, en samt sem áður má ætla að það verði tímamótadómur varðandi orsakasamband og bótaábyrgð lækna.

### III. Hlutlæg bótaábyrgð

Ég hef nú gert að umtalsefni lagasjónarmið varðandi bótaábyrgð lækna á sakargrundvelli. En kann læknir að vera bótaskyldur þótt ekki sé um að ræða sök hjá honum sjálfum? Þessari spurningu verður að svara játandi. Slík ábyrgð sem oft er nefnd hlutlæg ábyrgð eða ábyrgð án sakar, getur einkum komið

fram með tvennum hætti hvað ábyrgð lækna varðar. Í fyrsta lagi þegar sjúklingur verður fyrir tjóni, sem rekja má til bilunar eða galla í tækjum. Í öðru lagi, ef tjón verður rakið til saknæmrar háttsemi starfsmanns hans, til dæmis aðstoðarmanns á læknastofu. Á Norðurlöndum hefur mátt lesa úr dómum að viðleitni sé til að leggja strangari ábyrgð, það er hlutlæga ábyrgð, þegar um er að ræða bilun eða galla í flóknum tækjabúnaði (6). Ég veit ekki til þess að reynt hafi á þess háttar tilvik fyrir íslenskum dómstólum. En gera má ráð fyrir að viðhorf hérlendra dómstóla yrðu með svipuðum hætti og á Norðurlöndum. Ábyrgð lækna á skaðaverkum starfsmanna sinna byggir ekki á reglum sem einvörðungu eiga við um lækna. Heldur byggist hún á almennum reglum í skaðabótarétti um svokallaða húsbónðaábyrgð eða vinnveitandaábyrgð, en í þeim felst almennt að vinnuveitandi ber ábyrgð á tjóni sem starfsmaður hans veldur öðrum. Íslenskir dómur eru ekki fyrir hendi um ábyrgð lækna á grundvelli húsbónðaábyrgðar. Hins vegar eru fjölmörg dæmi um að eigendur sjúkrahúsa, einkum ríki og sveitarfélög, hafi verið dæmd bótaskyld samkvæmt reglum um húsbónðaábyrgð vegna skaðaverka, sem læknar hafa valdið sem starfsmenn á sjúkrahúsum.

### IV. Vátryggingar

Þrátt fyrir meginregluna, að skaðabótaábyrgð lækna skuli vera byggð á sök, sem tjónþola ber að sanna, þá hefur þróun mála á öðrum Norðurlöndum, einkum Svíþjóð, Finnlandi og Noregi, verið sú að teknar hafa verið upp svokallaðar sjúklingatryggingar (7). Samkvæmt þeim er bótaréttur sjúklinga tryggður án tillits til sakar læknis eða annarra starfsmanna í heilbrigðisþjónustu. Í Svíþjóð og Finnlandi eru sjúklingatryggingar bæði víðtækar og almennar. Í Svíþjóð hafa þessar tryggingar verið í gildi frá 1975 og byggjast á samkomulagi á milli annars vegar aðila sem starfrækja heilbrigðisþjónustu, hvort sem það eru opinberir aðilar eða einkaaðilar, og hins vegar einkavátryggingafélaga. Í Finnlandi eru aftur á móti í gildi lög frá 1986 um sjúklingatryggingar. Í báðum löndunum ná tryggingarnar til tjóna sem verða á sjúkrastofnunum svo og tjóna sem verða þegar sjúklingar eru í meðferð hjá

einkaaðilum og ekki skiptir máli hvort það eru lækna, tannlækna, hjúkrunarfræðingar eða aðrar heilbrigðisstéttir, sem hlut eiga að máli. Í Noregi hafa verið í gildi frá árinu 1987 sérstakar reglur um skaðabætur til sjúklinga, sem verða fyrir tjóni. Þeim er einungis ætlað að gilda í þrjú ár á meðan beðið er eftir sérstakri löggjöf um skaðabætur til sjúklinga og sjúklingatryggingar. Bótaréttur samkvæmt hinum norsku reglum er mun takmarkaðri en bótaréttur samkvæmt sænsku og finnsku reglunum. Þannig eru til dæmis bótareglurnar í Noregi takmarkaðar við tjón sem verða á sjúkrahúsum, sem annast líkamlega sjúkdóma. Þær ná því til dæmis ekki til tjóna sem verða á geðsjúkrahúsum eða einkastofnunum lækna (8).

Með lögum nr. 74 frá 31. maí 1989 um breytingu á almannatryggingalögum nr. 67/1971 var lagður grunnurinn að rétti íslenskra sjúklinga til tryggingabóta vegna tjóns við læknismeðferð án tillits til sakar. Þótt löggjöf þessi sé ef til vill um margt

ófullkomin er hún vonandi upphafið að því að hér taki gildi fullkomnari reglur eða löggjöf um bótarétt sjúklinga og þá í samræmi við það sem hefur verið að gerast í þessum efnum á Norðurlöndum.]Að lokum vil ég þakka aðstandendum Læknablaðsins fyrir framtak þeirra að halda þennan fund og Læknablaðinu sjálfu óska ég velfarnaðar um ókomna tíð.

#### HEIMILDIR

1. Nygaard N. Skade og ansvar. 3. útg. Bergen, 1985: 413.
2. Vilhjálmsson Þ. Ábyrgð lækna. Læknaneminn 1972; 2: 8. (Sérprentun).
3. Björnsson A. Skaðabótaréttur. Reykjavík, 1986: 54.
4. Andersen K. Skadeforvoldelse og erstatning. 3. útg. Oslo, 1976: 177, 183.
5. Pálsson V. Um refsíábyrgð lækna. Útfljótur 1980; 3: 113 og áfram. Sjá ennfremur (1): 418-20.
6. Trolle J. Risiko og skyld i erstatningspraxis. 2. útg. Kaupmannahöfn, 1969: 146-7.
7. Forsikringstidende 1989; 1/2: 46-8, 1989; 5: 38-9.
8. Bull KS. Midlertidig ordning med pasientskade-erstatning. Erfaring etter ett år. Lov og Rett 1989; 6: 244-5.