

Patientsäkerheten – USA lämnar den väg som utredning föreslår i Sverige

I regeringens betänkande »Patientsäkerhet – Vad är gjort? Vad behöver göras?» betonas lärande i stället för bestraffning, och systemperspektivet, medan det individuella ansvaret nedtonas. Flera av remissvaren pekar på att detta kan leda till fler polisanmälningar av den typ som nyligen varit hett debatterade i massmedierna.

Betänkandet (SOU 2008:117) handlar i grunden om två viktiga aspekter som berör eller kommer att beröra alla medborgare. Den första är förväntan om att vården, liksom flyget och kärnkraftsindustrin, kontinuerligt ska arbeta för inget ska gå fel. Den andra aspekten handlar om att kunna upprätthålla ett förtroende och en tillit till vårdens kompetens. Eftersom behandling av sjukdom inte går att reducera till teknik och rutiner i lika hög utsträckning som flyget, blir frågan om att kunna behålla ett förtroendekapital än viktigare. Det är i detta sammanhang som hanterandet av patientsäkerhetsfrågor blir komplext och där betänkandet brister i analys. Frågor som aktualiseras är:

- Hur kommer lagändringen att påverka balansen mellan det individuella yrkesansvaret och verksamhetschefens ansvar för säkerheten i systemet?
- Vilken grad av oskicklighet, okunskap och slarv från individens sida ska ett system kompensera för?
- Hur påverkas rättssäkerheten av att Socialstyrelsen blir uttolkare av begrepp i lagtexten som »det kan befaras», »andra omständigheter», »personliga egenskaper» och »bristande vilja och förmåga»?
- Var finns den analys som ligger till grund för idén om en kultur för lä-

rande, eller är det bara en from förhoppning?

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) har, tillsammans med Socialstyrelsen, spelat en central roll när det gäller att hantera patienternas klagomål på fel och brister i vården. HSAN inrättades som en självständig myndighet år 1980, sedan rättssäkerhetsbrister m m i den dåvarande ordningen blivit uppenbara. Ett tungt vägande skäl var att man ville ge hanterandet av ansvarsfrågor en mer fristående ställning i förhållande till tillsynsmyndigheten, dvs Socialstyrelsen. Dåvarande departementschefen anförde i propositionen (1978/79: 220) bl a: »... förslaget är ägnat att stärka allmänhetens och personalens förtroende för nämndens saklighet och opartiskhet». HSANs sammansättning hade ambitionen att stärka just saklighet och opartiskhet, samtidigt som den juridiska aspekten när det gäller hanterandet av ärenden blev tydligare, bl a när det gäller möjligheten till överklagande. Kort sagt: HSAN fick karaktär av medicinsk specialdomstol för fel begångna i sjukvården.

Det hälso- och sjukvårdsrättsliga ansvarssystemet ska fylla flera olika funktioner. Det primära syftet är att säkerställa att patienter får god och säker vård. Det sekundära syftet är att bidra till att upprätthålla allmänhetens förtroende för hälso- och sjukvården. Utöver detta ska ansvarssystemet möjliggöra en sakkunnig bedömning av vad som är rätt och fel handlande i hälso- och sjukvården. Syftet är inte enbart att skydda patienterna; regelverket ska också skydda hälso- och sjukvårdspersonal mot obefogade och grundlösa anklagelser. En del i ansvarssystemet bygger på tanken att staten går i god för att

yrkesutövaren har erforderlig kunskap och skicklighet, och inte av annat skäl är olämplig, genom att legitimera yrkesutövaren. För att detta förtroende ska upprätthållas ska staten kunna återkal- la legitimationen om yrkesutövaren inte längre uppfyller kraven. Den andra delen i ansvarssystemet, disciplin- påföljden, bygger på samma teori som straffrätten, dvs på tanken om straffets allmänpreventiva och individualpre- ventiva funktion.

Det är en vedertagen uppfattning att det hälso- och sjukvårdsrättsliga ansvarssystemet förhindrar att ansvarsfrågor blir föremål för polisutredningar. Samtidigt är det värt att notera att det hälso- och sjukvårdsrättsliga ansvarssystemet inte är ett alternativ till eller överordnat brottsbalken. Brottsbalkens regler gäller alla människor oavsett vilket yrke de har, och en åklagare är som huvudregel skyldig att inle- da förundersökning om det finns anledning anta att ett brott som hör under allmänt åtal har förövats. Det finns så- ledes ingenting i nuvarande system som hindrar att handlingar inom sjukvår- den som misstänks kunna brottsrubri- ceras hamnar hos polis för utredning och i domstol för prövning.

Defensive medicine: Medical practices designed to avert the future possibility of malpractice suits. In defensive medicine, responses are undertaken primarily to avoid liability rather than to benefit the patient. Doctors may order tests, procedures, or visits, or avoid high-risk patients or procedures primarily (but not necessarily solely) to reduce their exposure to malpractice liability. Defensive medicine is one of the least desirable effects of the rise in medical litigation. Defensive medicine increases the cost of health care and may expose patients to unnecessary risks.
<http://www.medterms.com>

I USA finns en tradition att pröva klagomål mot sjukvården i domstol. Det har skapat vad som kommit att kallas »defensive medicine» med mängder av onödiga test och åtgärder. I rutan återges en definition av begreppet.



OLLE HOLLERTZ

chefläkare, psykiatriförvaltning- en, Kalmar läns landsting, överläkare, psykiatriska öppen- vårdsmottagningen, Oskarshamn; skattmästare, Svenska psykiatriska föreningen
OlleH@ltkalmars.se

Patienternas ställning inom hälso- och sjukvården har successivt stärkts genom olika lagändringar. Patienterna har givits en mer aktiv roll, och deras rätt att få information och tillfälle till samtycke har blivit naturliga inslag i vården. Med stor sannolikhet kommer detta att leda till att vården kommer att vara mer ifrågasatt av patienter som är bättre informerade och mer delaktiga än tidigare.

Kraven på sjukvården kommer följaktligen att öka och med dem också en benägenhet att utkräva ansvar i större utsträckning än tidigare. Ett tecken på detta är att patientanmälningarna till HSAN i stort sett utan undantag ökar från år till år och beräknades att under år 2008 uppgå till närmare 4 700. Det kommer därför att bli en svår balansgång mellan patienternas berättigade krav på säker vård och ett klokt sätt att hantera missnöjet när det trots allt går fel, oavsett om orsaken är oskicklighet eller inte. Det kommer att innebära en pedagogisk och kommunikativ utmaning att bibehålla patienternas förtroende, som är en av sjukvårdens största tillgångar.

När patienternas missnöje och berättigade klander inte kunnat hanteras internt av vården har problemen kunnat lösas externt genom handläggning i patientnämnder och i HSAN. Genom en anmälan till HSAN har patienterna fått komma till tals och fått en fristående prövning i ett organ med ledamöter utsedda efter förslag från organisationer som företrädere patienter och olika yrkesgrupper i vården. Tack vare detta förfaringssätt har samtidigt rimliga krav på insyn, patientmedverkan, kunskapsspridning och rättssäkerhet för yrkesutövaren uppnåtts. Detta har skett på ett sätt som förefaller överlägset den modell som utredningen föreslår, där patienternas klagomål, frågor och oro för brister i vården handläggs av Socialstyrelsens tjänstemän i slutna rum. Det kan då finnas en risk att patienterna upplever Socialstyrelsen som alltför överseende med hänvisning till systemperspektivet och att patienterna i stället polisanmäler i större utsträckning när de anser att sjukvårdspersonal betett sig oskickligt med allvarliga konsekvenser som följd.

Kortsiktigt finns det inte skäl att förvänta sig några dramatiska förändringar i och med att Socialstyrelsen ges ett större och mer övergripande ansvar för patientsäkerhet och tillsyn. Min personliga erfarenhet hittills av Socialsty-

»Ur svensk synvinkel och mot bakgrund av patientsäkerhetsremissen är det intressant att notera att det i USA finns förslag på att inrätta något som vi är på väg att avskaffa i Sverige, nämligen en medicinsk specialdomstol, HSAN.«

relsens tillsyn är att man pratar om ett systemperspektiv, men att det i dagsläget är ett fint ord utan reellt innehåll. Socialstyrelsens bedömning tenderar att i stället bli redovisning av analyser av en serie enskilda händelser, utan några djupdykningar i möjliga systemfel.

Socialstyrelsen kommer nu enligt förslaget att även få ansvar för individperspektivet, som hittills har varit HSANs domän; en ordning som nu uppfattas som alltför begränsad. Det positiva har dock varit att HSAN hanterat individärenden utifrån ett regelverk med juridiska förtecken och på så sätt kunnat hantera anmälningar om fel i vården på ett formellt förutsägbart sätt. Patienternas missnöje har på detta sätt kanaliserats till en domstolsliknande instans, vilket bidragit till att dessa ärenden inte hamnat i vanlig domstol.

När nu ansvaret för individärenden enligt förslaget överförs till Socialstyrelsen riskerar hanteringen och bedömningarna att variera över landet och över tid. Handläggningen blir mindre förutsägbart och både patient och vårdpersonal kan känna sig mer utlämnad åt Socialstyrelsens »tyckande«. Lagstiftningen kommer i vissa delar att präglas av »gummiparagrafer«, vilkas tillämpning riskerar att bli alltför godtycklig för att tillfredsställa kraven på rättstillämpning. Reglerna kan således slå åt olika håll, men om patienterna känner att de inte får gehör i enskilda



New York Presbyterian, ett av flera sjukhus i USA som förklarat sig villiga att inrätta medicinska specialdomstolar.

ärenden finns säkert en uppenbar risk att de vänder sig till polisen. Skulle å andra sidan vårdpersonal uppleva att de orättmätigt jagades med »blåslampa« kommer vi att se en räddhågsen personal som allt mindre kommer att agera självständigt under eget yrkesansvar.

I USA har man en tradition att pröva klagomål mot sjukvården i domstol, med kända konsekvenser för sjukvårdspersonal. Den gängse uppfattningen på båda sidor av Atlanten är att detta system är kontraproduktivt och kostar åtskilliga miljarder i onödan. Det juridiska systemet terroriserar främst doktorerna och skapar vad som kommit att kallas »defensiv medicin«, med mängder av onödiga test och åtgärder. Denna ångslan för att bli anmäld och stämd urholkar relationen mellan läkare och patient. Advokaterna råder sina klienter – läkarna – på grund av detta system att aldrig be om ursäkt eller försöka förklara när något gått snett. Andra absurda konsekvenser är att läkarna ibland undviker att använda e-post för att inte lämna skriftliga spår, anlitar vittnen vid patientmöten och att patienterna begär en »second opinion« även vid oskyldiga åkommor.

Genomgång av domar har visat att det inte finns någon garanti för att utslaget tagit hänsyn till medicinsk kunskap och praxis, samt att skadestånd har dömts ut i 25 procent av fallen utan att det finns belägg för oskicklighet eller felbehandling.

För att försöka råda bot på detta dysfunktionella system har flera prominenta sjukhus i USA, bl a New York Presbyterian, förklarat sig villiga att på försök inrätta medicinska specialdomstolar. Medicinska specialdomstolar införs inte för att stoppa skadelämnningar utan argumentet är de ska leverera snabba, rättvisa och pålitliga domar. Domarna ska sammanställas och spridas för att sjukvården ska kunna lära sig av de misstag som begåtts.

Ur svensk synvinkel och mot bakgrund av patientsäkerhetsremissen är det intressant att notera att det i USA finns förslag på att inrätta något som vi är på väg att avskaffa i Sverige, nämligen en medicinsk specialdomstol, HSAN.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Fler debattinlägg på sidan 1492.