

# REGERINGEN HAR LÅTIT UTFÖRA FEL UTREDNING

## Utred i stället hur man skall undvika fel i sjukvården

**Den utredning om »Förbättrad tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal» (SOU 1995:147) som i dagarna överlämnats till socialminister Ingela Thalén innebär ett beklagligt steg tillbaka till ökad bestraffning i stället för prevention. Fortfarande saknar vi en utredning om hur vi skall öka patientsäkerheten.**

Vad betänkandet huvudsakligen handlar om är »Utökade möjligheter att bestraffa hälso- och sjukvårdspersonal». I stället för prevention är det bestraffning som står i förgrunden. Att utredningen fått denna inriktning är inte i första hand utredarnas fel, utan beror

### Författare

SVEN-ERIK BERGENTZ

professor i kirurgi, Lunds universitet, överläkare, Universitetssjukhuset MAS, Malmö.

dels på deras direktiv, dels på utredningens sammansättning.

Direktiverna var att »utreda frågor om ytterligare former av sanktioner då fel begåtts inom hälso- och sjukvården, förutsättningar för interimistisk återkallelse av legitimation, samt möjligheter att inrätta ett riksövergripande register över hälso- och sjukvårdspersonal med uppgifter om disciplinpåföljd och därmed sammanhängande frågor».

Utredningens sammansättning har varit en garanti för att enbart juridiska och inga medicinska aspekter skulle tas upp. Utredarna har varit ett regeringsråd, en byråchef, en chefsjurist, en kamrarrättsassessor, en hovrättsassessor, en departementssekreterare, två förbundsjurister och en generaldirektör, tillika jurist.

### Två helt skilda problem

Utredningen handlar sålunda inte om patienter som kommit till skada i sjukvården, utan om bestraffningen av sjukvårdspersonal som begått fel, eller ansetts ha begått fel. Den diskuterar in-

### DEBATT

”Man finner då en lösning som i sin enkelhet är närmast genial: Den som synsdat skall ’själv bedöma vilka konkreta åtgärder som behöver vidtas (exempelvis vidareutbildning, förbättrade rutiner och egenkontroll)’.”

gående (och exemplifierar) sådana problem som hur man snabbare skall kunna delegitimera läkare som mördat och styckat liket, läkare som lurat sjukkas-sen genom att skicka räkning på fiktiva patienter, eller som skrivit ut narkotika till ungdomar.

Allt detta förefaller vara viktiga problem, men knappast särskilt kontroversiella. Här rör det sig om sjukvårdspersonal som begått brott.

I samma utredning behandlas pro-

## Få synpunkter från lagrådet

**Lagrådet har granskat regeringens förslag till ändringar i Hälso- och sjukvårdslagen bl a vad gäller införandet av verksamhetschef och förslaget till en ny lag om tillsyn. Lagrådet framför endast några få synpunkter på förslagen.**

Regeringens förslag att verksamhetschefen i frågor som rör annat än diagnostik eller vård och behandling skall följa de riktlinjer som den som bedriver verksamheten meddelar, anser lagrådet överflödigt och snarast ägnat att vålla problem. Lagrådet anser att verksamhetschefens lydnadsplikt i förhållande till vårdgivaren följer av vad som bestäms i anställningsavtal och dylikt. Lagrådet förordar att denna mening utgår.

Lagrådet diskuterar också regeringens förslag i det fall verksamhetschefen

saknar medicinsk kompetens och anser man bör använda en formulering med tillräcklig kompetens och erfarenhet.

Detta betyder att Lagrådet föreslår ny lydelse på hela första stycket i paragrafen om verksamhetschef: »Inom hälso- och sjukvård skall det finnas någon som svarar för verksamheten (Verksamhetschef). Verksamhetschefen får dock bestämma över diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter endast om han eller hon har tillräcklig kompetens och erfarenhet för detta.»

I regeringens förslag finns det med en följdförändring i Transplantationslagen som behövs när chefsöverläkaren tas bort. Anpassningen innebär en saklig skillnad i förhållande till nuvarande lydelse bl a genom att den formella möjligheten för den medicinskt ansvarige läkaren att delegera beslutsfattandet till annan än läkare blir obegränsad. Lagrådet anser inte att det är motive-

rat utan förordar att sådant beslutsfattande bara kan delegeras till läkare.

Regeringen har föreslagit att Hälso- och sjukvårdslagen skall tillföras en paragraf som stadgar att ledningen av hälso- och sjukvården skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.

Lagrådet konstaterar att paragrafen skall vara tillämplig på all hälso- och sjukvård. Man anser det motiverat att stadga om ledning som tillgodoser om patientsäkerhet och kvalitet även om den knappast får någon egentlig innebörd för småskalig privatvård.

Men med hänsyn till att paragrafen skall gälla privata företag påpekar lagrådet att det ter sig omotiverat att i lag meddela en föreskrift om att ledningen skall vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Lagrådet förordar att denna del av paragrafen utgår.

Kristina Johnson

blemen med den stora grupp läkare och sjuksköterskor som, utan att vara brottsliga, fått disciplinär bestraffning därför att de bedömts ansvariga eller delansvariga då en patient kommit till skada i sjukvården. Det kan gälla kirurger som lagt operationssnittet på fel sida, AT-läkare som felbedömt ett akut bukfall, eller sjuksköterskor som förväxlat två mediciner.

I verkligheten har dessa båda grupper mycket litet gemensamt. Problemen är helt olika, och den typ av åtgärder som vidtas borde också vara annorlunda: i den förra gruppen bestraffning, i den senare en analys av orsakerna och åtgärder för att hindra ett upprepande.

### Hur motiveras treårig provotid?

Ett av utredningens mer anmärkningsvärda förslag är införandet av en provotid på tre år för dem som fått varning som kan betecknas som allvarlig, eller fått flera varningar. Sådan provotid skall tydligen kunna utdelas både till dem som begått brott och till dem som straffas för ett helt oavsiktligt misstag.

Vad skall denna provotid innebära? Man diskuterar ingående hur vederbörandes teoretiska och praktiska kunskaper skall förbättras under denna tid, och hur och av vem de skall kontrolleras. Slutsatsen blir emellertid att det skulle kräva »tillskapande av utbildningsmöjligheter, övervakningssystem m m, som för närvarande inte existerar».

Man finner då en lösning som i sin enkelhet är närmast genial: Den som syndat skall »själv bedöma vilka konkreta åtgärder som behöver vidtas (exempelvis vidareutbildning, förbättrade rutiner och egenkontroll). Härigenom begränsas behovet av kontrollåtgärder från myndigheternas sida, samtidigt som den enskilde får förstärkt intresse av att han eller hon inte ånyo gör sig skyldig till fel eller försummelse.»

Detta skall »tvinga fram större noggrannhet i yrkesutövningen och, där det behövs, utbildning, handledning eller andra nödvändiga åtgärder, . . . som i förekommande fall arbetsgivaren får tillhandahålla»!

Kostnaderna för de olika föreslagna åtgärderna (såsom inrättandet av register och införandet av interimistisk återkallelse av legitimationen) kommer troligen, enligt utredningen, att helt kunna finansieras av »kostnadsbesparingar genom att färre fel eller försummelser begås». Denna förhoppning baseras inte på några försök till beräkningar.

### Viktig kunskap saknas

Man kan inte annat än beklaga att en »utredning» av det här slaget har gjorts. Den representerar ett steg tillbaka från den väg »från bestraffning till preven-

tion» [1] som Socialstyrelsen, om än försiktigt, har försökt beträda. Den försöker inte utreda hur stort problemet med missöden och skador inom sjukvården är, eller vad de beror på.

Någon motivering till att införa en provotid ges inte. Såvitt jag vet har man inte tagit reda på hur farlig den varnade är, och om farligheten verkligen upphör efter just tre år. Sådana kunskaper borde vara en förutsättning för att föreslå nya bestraffningsmöjligheter.

Än mer beklagligt är att utredningens uppdragsgivare inte tagit till sig den nya internationella kunskap som nu finns även inom sjukvården, och som visar att system som bygger på att människor inte gör misstag är dömda att misslyckas [2].

Vi har upprepade gånger kunnat visa att patienternas säkerhet inte kan bygga på att all personal »gör rätt». Vårdkedjan omfattar många rutiner och många människor som tillsammans utgör ett skyddsnet med många maskor [3].

### Revor i skyddsnetet

Misslyckanden i sjukvården beror ofta på stora revor i skyddsnetet. Genom att koncentrera sig på bestraffning av en eller flera involverade riskerar man att hamna i en »blame trap»: Man nöjer sig med bestraffningen och bryr sig inte om revorna i skyddsnetet. De finns kvar, och därför finns risk att liknande fel upprepas.

Inriktningen på bestraffning motverkar också incidentrapporteringen, vilket många andra myndigheter har insett.

Detta sätt att se på fel och misstag, som något som inte i första hand skall bestraffas utan förebyggas, har anammats även av det svenska Trafiksäkerhetsverket som funnit att vårt trafiksystem »inte är förlåtande. Ett felaktigt beslut eller ett misstag kan få livsavgörande konsekvenser. Det måste vi få bort. Vägtransportsystemet måste utformas så att mänskliga misstag, och konsekvenserna av dessa misstag, inte leder till död eller bestående ohälsa.» Man aviserar också en haverikommission som skall »djupanalysera alla dödsolyckor, försöka hitta orsaker, och vidta åtgärder» [4].

### Fel utredning har gjorts!

Fortfarande saknar vi inom sjukvården en utredning om hur vi skall öka patientsäkerheten. Den skall lämpligen heta »Åtgärder för att motverka fel och missöden i sjukvården» och gärna kompletteras med en haverikommission som skall analysera vissa typer av misstag och komma med förslag till hur man skall förhindra att de upprepas.

I utredningen, respektive kommis-

sionen, skulle ingå erfarna kliniker, som verkligen har förutsättning att utreda vad misstagen beror på. Med all respekt kanske man vågar hävda att detta är ett sjukvårdsproblem som är alltför viktigt för att helt överlåtas åt jurister.

### Litteratur

1. Ödegård S. Lex Maria – från straff till prevention. En studie av anmälningsärenden till Socialstyrelsen åren 1989–1993 – en tid med förändringar. Examensarbete för »Master of public health». Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göteborg, 1995.
2. Bogner MS, ed. Human error in medicine. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Ass Publishers, 1994.
3. Bergentz SE, Bauer GCH. När skyddsnetet brister. Lärdomar från Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. 2:a upplagan. Lund: Studentlitteratur, 1994.
4. Intervju med trafiksäkerhetsdirektör Claes Tingvall, SDS, 13 januari 1996.

## Ge er till känna!

Läkartidningen har som huvudregel att på insändar- och debattsidorna ej publicera anonyma insändare. Undantag kan dock göras t ex när författaren tar upp problem med viss allmängiltighet, men där ett offentliggörande av identiteten kan vålla skribenten personlig skada.

Författaren kan i sådana fall uttrycka önskemål om anonym publicering. Dock måste hans eller hennes identitet vara känd av redaktionen, bl a för undvikande av förfalskade inlägg. Vidare kan redaktionen behöva nå författaren beträffande oklarheter i texten, eller för att delge eventuella repliker etc.

Redaktionen förbehåller sig rätten att avgöra om inlägget skall publiceras eller ej. Vid publicering respekteras då självfallet önskemålet om anonymitet, såväl i den tryckta texten som i kontakter med eventuellt berörda instanser eller personer, som kan behöva beredas tillfälle till kommentar.

Därför: Uppge alltid författarnamnet i följebrev eller på annat sätt, med begäran om anonym behandling. Inlägg där författaren är okänd även för redaktionen publiceras aldrig.

Red