

Skall läkare stå över lagen?

KORRESPONDENS

Sanktionssystemet mot felbehandlande läkare har varit föremål för debatt i årtionden. Jag har i debatten hävdad att det behövs ett resolutare sanktionssystem med bl a ökade möjligheter att dra in läkarlegitimationen m m.

Utredningen »Förbättrad tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen» (SOU 1995: 147) har nu lagt ett förslag om att legitimationen för vårdpersonal skall kunna återkallas tillfälligt. Det skall ske vid misstanke om grov oskicklighet eller annan olämplighet för yrket. Utredaren föreslår också att en treårig provotid införs för legitimerad personal som varit vårdslös eller allmänt oskicklig när den utövats sitt yrke.

Alltför tandlöst

Förslaget är enligt min mening inte tillräckligt långtgående. Man borde utöver de föreslagna åtgärderna även ha tittat på patienternas möjligheter att få ekonomisk kompensation vid felbehandling. Men jag måste ändå medge att förslaget i varje fall är ett steg i rätt riktning. Det är en skärpning i förhållande till nuläget. Det hittillsvarande sanktionssystemet med varning och erinran är alltför tandlöst och kan knappast kallas för ett sanktionssystem.

Helt i linje med sin debattteknik i tidigare artiklar använder sig Sven-Erik Bergentz (Läkartidningen 11/96) flitigt av ordet »misstag» för att beskriva de felbehandlingar som görs inom sjukvården. Genom att flitigt använda detta ord så får man en föreställning om att ingen är ansvarig för de fel som begås. I Bergentz föreställningsvärld finns det bara anledning att ha ett sanktionssystem mot en kategori av läkare, nämligen läkare som begått brott. Allt annat kallar han för »misstag» som man därför inte skall reagera emot med sanktioner. Genom att låtsas som om oaktsamhet (culpa), slarv och nonchalans inte existerar bland läkare så försöker han driva »misstagsläran». Bergentz menar att det inte går att jämföra dem som begått brott med dem som bara har begått »misstag».

Alla fel »misstag»!

Ja, så är det förvisso. Det händer saker i en sådan komplicerad verksamhet som sjukvård som ingen enskild individ kan lastas för. Instrument kan

gå sönder och operationer kan misslyckas även om ingen har gjort fel osv. Men det tankefel som Bergentz gör är att han klassar alla fel som »misstag» där ingen är ansvarig. Självklart finns det inom sjukvården – liksom på alla andra områden inom samhällslivet – också fall där ett handlande kan betecknas som kulpöst utan att det därför också måste vara brottsligt.

I trafiken, som Bergentz hänvisar till, fastställer man alltid skuldfrågan. Ibland är det fråga om brott som vårdslöshet i trafik eller fortkörning men ibland, exempelvis när två bilar kolliderar, fastställer man också skuldfrågan (även om inget brott begåtts) för att avgöra vem som skall stå för kostnaderna. Det går alltså inte att gömma sig bakom att kollisionen var ett »misstag».

Och självklart måste det finnas normer även för personalens handlande inom sjukvården.

Felbehandlingsdebatten har lärt mig att det ofta är nödvändigt att vara mycket konkret för att klargöra frågeställningen. Jag skulle därför vilja ställa följande fråga till läkarkåren: Ert barn eller make/maka drabbas på grund av uppenbart slarv av en läkarkollega till er av tragedin att få sitta i rullstol resten av livet. Anser ni att det i detta läge är tillräckligt med en incidentrapportering till Socialstyrelsen eller skulle ni vilja ha ett mer konkret ansvarsutkrävande system mot kollega?

Dennis Brinkeback
jur kand, Stockholm

Rädsla för hepatitmitta får ej bagatelliseras

Jag instämmer helt med Sven Öberg när han i sin medicinska kommentar till artiklarna om hepatit B-vaccination (Läkartidningen 10/96) anser att vi inte bör vaccinera oss mot »smittspridning som saknar betydelse för folkhälsan». Jag tror dock inte att alla delar Öbergs bagatellisierande syn på spridningen av hepatit B-infektionen, bl a illustrerat i en artikel från smittskyddssektionen i

Stockholm [1]. Jag undrar också på vilka data Öberg grundar påståendet att infektionen saknar betydelse för folkhälsan.

Längre fram i artikeln konstaterar Öberg helt riktigt att det inte går »att vaccinera sig mot felaktiga vårdmetoder». Därefter drar han slutsatsen att motiv att vaccinera vårdskoleelever saknas, eftersom risken att smittas i vården idag är så liten. Icke desto mindre inträffar (beräknat på hepatit B-immunglobulinförbrukningen) ca 700 tillbud/år där smittrisken bedöms så stor att post-expositionsprofylax ges. Om siffran är riktig innebär det att ca 5 procent av all vårdpersonal vid något tillfälle råkar ut för ett signifikant yrkesrelaterat tillbud. Detta borde vara tillräckligt för att av humanitära skäl erbjuda alla som påbörjar vårdutbildning vaccination, vilket enligt förslaget skulle kosta ca 150 kr inklusive antikroppstest.

Aktivt handlande

När Öberg argumenterar för ett fortsatt riktat vaccinationsprogram mot hepatit B hoppar han helt över att det inte räcker med rekommendationer. Det krävs att någon aktivt ser till att programmet genomförs, vilket hittills inte varit fallet [2–4].

Öberg undviker att beröra den stigmatisering och de sociala konsekvenser det kan medföra att placera smittförande barn i barnomsorg. I den tidigare refererade artikeln [1] t ex pekar flera smittade, ibland orgrundat, ut invandrare som smittspridare.

Väljer vi att avstå från allmän vaccination måste någon ta ansvar för att få till stånd en attitydändring, dels genom att informera allmänheten om att blodsmitta är en av de risker som kan förekomma ute i samhället, dels genom att utbilda olika personalgrupper i hur man handskas med blod från andra personer.

De lägre kostnaderna för rekombinantframställda vacciner har visserligen underlättat vaccination av småbarnsgrupper, men problemet upphör inte med att någon står för kostnaden. Det kan alla vittna om som deltagit i ett föräldramöte föranlett av att ett smittbärande barn ska placeras i en viss dagisgrupp. Ofta får man under långa och hätska debatter förklara varför ett smittförande

barn ska få börja i just den grupp som de närvarande föräldrarna har sitt barn i.

Johan Struve
biträdande överläkare,
infektionskliniken,
Danderyds sjukhus

Litteratur

1. Christenson B, Sylwan S. Lärdomar om utredningar om hepatit B: Risk för hepatitmitta via barn underskattas. Läkartidningen 1995; 92: 876-7.
2. Åhman M, Alexandersson R, Magnus L. Förhöjd prevalens av hepatit B-markörer hos personal som vårdat HBsAg-bärare. Läkartidningen 1990; 87: 110-2.
3. Struve J, Käll K, Oksanen A, Stendahl P. Erbjuds intravenösa missbrukare hepatit B-vaccination? Läkartidningen 1993; 90: 2225-7.
4. Burman LG, Fryklund B, Linglöf T. Sjukvårdspersonal vaccineras mot hepatit B. Lokal anpassning till Socialstyrelsens rekommendation. Läkartidningen 1996; 93: 566-8.

Replik:

Vi måste lära oss hantera smittan

Behovet av hepatit B-vaccinering bör bygga på en beräkning av hur många fall av hepatit B-sjukdom man tror sig förebygga med åtgärden. Att räkna antalet doser av immunglobulin, anmälda blodiga tillbud i vården eller omotiverade fall av rädsla för en smittrisk som inte finns i verkligheten är en dålig grund för en åtgärd som berör hela befolkningen.

Risken för blodöverförd smitta kan inte vaccineras bort. Vi måste lära oss att dessa smittämnen finns och lära oss att hantera dem.

Sven Öberg
överläkare,
infektionskliniken,
Uddevalla sjukhus

Alla barn bör erbjudas vaccination mot hepatit B

Riksföreningen för familjer med hepatit B-smittbärande barn (RFHB) instämmer helt i Johan Struves slutsatser i arti-