

Vållande till annans död eller justitiemord?

Kommentarer till ett rättsfall där en psykiater dömdes efter en patients självmord

Situationen för både läkare och annan sjukvårdspersonal skulle lätt kunna bli totalt outhärdlig om det blev regel att begångna misstag rubricerades som brott.

Den 25 mars 2004 blev psykiater J instämnd till tingsrätten för påstått grovt vållande till annans död. Dödsfallet inträffade natten mellan den 25 och 26 augusti 1999. Psykiater J hade vid 17-tiden den 25 augusti 1999 bedömt att P, en man född 1980, inte uppfyllde kriterierna för tvångsintagning enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Följaktligen kunde hon inte tvångsintaga honom men uppmanade honom till inläggning. Han avböjde och återvände hem, där han suiciderade. Målsägande i rättegången var hans mor.

Den 30 september 2004 dömdes J av tingsrätten till villkorlig dom, som inte förenades med böter, för vållande till P:s död (inte grovt vållande). Moderns yrkande om skadestånd bifölls inte. Domen överklagades ej och har alltså vunnit laga kraft.

Problemen

I anslutning till ett referat av ärendet i Läkartidningen uttryckte Läkarförbundet oro och upprördhet över att allmän domstol handlade den här typen av mål. Emellertid kan också läkares misstag vara så grova att de måste nå allmän domstol, även om det inte var fallet här, enligt min mening.

Jag ser två andra problem. Det första är den allmänna domstolens psykiatriska kompetens, som jag strax återkommer till. Det andra är att domen inte överklagades. Med all sympati för J:s personliga skäl att inte överklaga, behöver en så här kontroversiell dom granskas i högre instans. I brist på en sådan granskning blir behovet av en offentlig, kritisk debatt särskilt stort.

Det kliniska förloppet

P hade redan vid 12 års ålder varit i kontakt med barnpsykiatrisk klinik för depression. Han hemföll senare åt ett avancerat blandmissbruk. Under sommaren 1999 utgjorde det ett synnerligen allvarligt kliniskt problem, som tycks ha varit avgörande för den fatala utgången.

P lärde 1997 känna psykiater S, som sedermera blev sambo med P:s mor. Våren och sommaren 1999 fungerade S som hans behandlande psykiater när P

inte var inlagd för vård. S ordinerade Cipramil, men P fullföljde inte behandlingen. Före det aktuella tillfället hade P under 1999 LPT-vårdats på grund av intoxication under två veckor i mitten av juni och två dygn en dryg månad senare. Även den 25 augusti hade han intoxikerat sig och vårdats i respirator innan han kom med polis och vårdintyg till J för den LPT-bedömning jag nämnde inledningsvis.

Efter att vid 17-tiden den 25 augusti ha ringt sin mor fick P skjuts av psykiater S från vårdinrättningen till sin bostad. I lägenheten träffade P sin mor. När en kamrat till P kom på besök, lämnade modern lägenheten och återvände till S.

Denne tog vid 18-tiden telefonkontakt med psykiater J, som omedelbart efter samtalet faxade en handräckningsbegäran till polisen att föra P tillbaka till vårdinrättningen.

Senare på kvällen gjorde S och P:s mor och far ett besök i P:s bostad. Någon polis hade då ännu inte kommit. De tre besökarna lämnade snart lägenheten i tro att polisen skulle anlända inom kort.

Alltifrån bilresan och tills han för sista gången lämnades ensam uttryckte P suicidtankar och uppträdde mer eller mindre obehärskat. Han sprang omkring i sin lägenhet, verkade »påverkad« och viftade med en kniv som han även riktade mot sig själv. Polisen sökte P i lägenheten först vid middagstid nästa dag. Han var då död.

Den rättsmedicinska undersökningen bekräftade blandmissbruket, som omfattade psykofarmaka, kodein, amfetamin, alkohol och anabola steroider. Dödsorsaken var läkemedelsintoxikation.

Det juridiska förloppet

P:s suicid anmäldes i vanlig ordning enligt Lex Maria. Hans mor anmälde J till Ansvarsnämnden och till Åklagarmyndigheten. Ansvarsnämnden gav J en varning, men länsrätten ändrade beslutet till en erinran. Detta beslut upphävdes sedan av kammarrätten, eftersom J då hade fått sin dom av tingsrätten.

Tingsrättens domsmotivering

Tingsrättens motivering har redovisats i Läkartidningens referat. I korthet gick den ut på att J som läkare haft en särskild ställning i förhållande till P och att tingsrätten ansåg sig ha visat att det förelåg adekvat kausalitet och oaktsamhet. Jag

fördjupar mig här endast i frågan om kausalitet, som är den mest kontroversiella.

Enligt min mening förelåg inget direkt kausalt samband mellan J:s beslut och P:s död. Den enda direkta kausalitet man kan tala om är den mellan intoxicationen och döden. Vållande till P:s död i egentlig bemärkelse var alltså han själv.

Det kan naturligtvis hävdas att det ytterst förelåg någon form av kausalsamband även mellan J:s beslut och P:s död. För att J skall kunna fällas till ansvar för vållande till P:s död krävs dock att sambandet var vad som i juridiskt språkbruk kallas adekvat. Frågan är om detta krav verkligen var uppfyllt.

Tingsrättens motivering för att det förelåg adekvat kausalitet återges här i sin helhet (kursiveringen är min):

»Därvid skall jämförelse göras med vad som hänt eller inte hänt om den underlåtna handlingen företagits, dvs om J beslutat inta P med stöd av LPT. Om P hade intagits på sjukhuset kan det hållas för visst att han inte skulle haft den möjlighet att begå självmord som han nu fick. Underlåtenheten är således relevant för effekten.

Därvid saknar det betydelse vad som inträffat under mellantiden, dvs från det att P lämnade sjukhuset till dess han tog sitt liv.

Inte heller skall beaktas vad han eventuellt skulle komma att göra mot sig själv vid något annat tillfälle. Det är bedömningen i förhållande till den nu inträffade effekten som är avgörande. Att kausalitet mellan underlåtenheten och P:s dödsfall föreligger är utrett. Självmordsrisken var den centrala frågan som skulle bedömas och det var självmord som inträffade. Därför är kausaliteten också adekvat.«

Kritik av kausalitetsresonemanget

På tvärs med tingsrättens påstående visar tung erfarenhet att det inte kan »hållas för visst« att P om han tvångsintagits »inte skulle ha haft den möjlighet att begå självmord som han nu fick ...«

Detta argument för kausalitetsrekvisitet är alltså svagt. Det är möjligt att risken skulle ha minskat, men inte ens om det kan man vara viss. J:s bedömning skulle ha varit avgörande. Hade hon ansett risken för suicid på avdelningen obefintlig skulle hon inte ha försett P med extravak. En högsuicidal patient har då inga svårigheter att ta livet av sig. Enligt de bedömningar som i efterhand

gjorts av andra men inte av J var P hög-suicidal.

»Självmordsrisken var den centrala frågan som skulle bedömas och det var självmord som inträffade. Därför är kausaliteten också adekvat.«

Detta är ännu ett svagt argument. I en LPT-bedömning är »allvarlig psykisk störning« den centrala fråga som skall bedömas. Självmordsrisken skall också bedömas men är inte lika central. Föreligger självmordsrisk men ingen allvarlig psykisk störning kan patienten inte tas in enligt LPT. Psykiater J kunde inte finna belägg för allvarlig psykisk störning, alltså kunde hon inte fatta in-tagningsbeslut. Den vårdintygsskrivande psykiaterns bedömning av P som de-primerad och suicidal ingick i J:s be-dömningsunderlag.

Man skulle kunna säga att J genom att självständigt göra en bedömning på det faktaunderlag hon hade, levde upp till den grundläggande rättsäkerhetstanken bakom systemet med 2-läkarprövning.

När blir sambandet alltför uttunnat?

Hur lång tid får förflyta mellan en under-låtenhet och ett dödsfall innan det kau-sala sambandet blir alltför uttunnat? I detta fall förlöt många timmar. Under tiden hann P möta och bli lämnad ensam av fyra andra personer vid fyra tillfällen, bland dessa sin behandlande läkare, psy-kiater S. P intog med all sannolikhet nar-kotika och alkohol. Den tid som hann förflyta var tillräckligt lång för att även andra händelser kan ha inträffat, om vilka vi saknar kännedom. Ändå ansåg tingsrätten inte att kausaliteten mellan J och P bröts.

I stället anmärkte tingsrätten, med tydlig syftning på dessa omständigheter, »Därvid saknar det betydelse vad som

inträffat under mellantiden, dvs från det att P lämnade sjukhuset till dess han tog sitt liv«. Satsen ger ett godtyckligt, när-mast obegripligt, intryck men torde ha tillkommit för att ta udden av försvarets påstående att de anhörigas inträde på scenen bröt kausaliteten.

Min allvarligaste invändning mot tingsrättens dom är att man underlät att i tillräcklig utsträckning analysera om det verkligen förelåg adekvat kausalitet mellan J:s beslut och P:s död. I stället gömde man sig bakom ett blankt konstaterande att ingen hänsyn skulle tas till allt det som hände P efter mötet med J. Man sökte ett enkelt orsakssamband och tyckte sig finna det genom att med ett ve-ritabelt Alexanderhugg eliminera alla faktorer utom en.

Avslutande kommentarer

Tingsrättens dom ser i mina ögon ut som ett justitiemord. Dessutom skulle den ha kunnat få oerhörda konsekvenser för svensk akutsjukvård, om den hade varit prejudicerande. Situationen för både läkare och annan sjukvårdspersonal skulle lätt kunna bli totalt outhärdlig om det blev regel att begångna misstag rubrice-rades som brott. Lyckligtvis är emeller-tid en tingsrättsdom inte prejudicerande. Likväl ger domen en signal om hur jurister i värsta fall kan tänkas se på den här typen av situationer.

Vad som ytterligare förtjänar påpekas är att tingsrätten inte anlidade någon psykiatriskt sakkunnig utan uteslutande förlitade sig på sin egen kompetens. Enligt min mening hade psykiatrisk sakkunskap kunnat vara till stor nytta.

Av intresse i sammanhanget är rättegångsreglerna i LPT. Från början var kravet på psykiatrisk sakkunskap i läns-rätten fakultativt (»Om det behövs ...«),

vilket år 2000 ändrades till »Om det inte är uppenbart obehövligt ...«.

Erfarenheten hade visat att länsrätter-nas juridiska kompetens inte ensamt var tillräcklig för dessa ofta mycket speciella ärenden. Domargruppen uttryckte det redan 1992 så här i Socialstyrelsens in-ventering av erfarenheter av den då nya lagen:

»Genom att formulera adekvata frågor till parterna kan den sakkunnige utreda komplicerade medicinska orsakssammanhang och belysa sjukdomsbild, diagnoser och medicinerings på ett sätt som länsrätten och det offentliga biträdet inte alltid förmår.«

Det var klokt sagt. För de allmänna domstolarna borde gälla motsvarande krav på att anlita sakkunskap i mål av det nu aktuella slaget. Läkarförbundet har god anledning driva den frågan.

Hans Bendz

överläkare, verksamhetsområde psykiatri, Universitetssjukhuset i Lund
hans.bendz@skane.se

Jag har inga bindningar av personlig eller annan art till någon av de i ärendet inblandade.

Källmaterial

1. Göteborgs Tingsrätt mål nr B 10554-03.
2. HSN 2638/99B:2.
3. Kammarrätten i Stockholm mål nr 2625-01.
4. Läkartidningen 2005;102(12-13):966-967.
5. Länsrätten i Stockholms län mål nr 8145-00.
6. Psykiatrisk Tvångsvård 1992 nr 2, sidan 11. Tillfälligt periodiskt informationsblad från Socialstyrelsen.
7. Rättsmedicinalverket i Göteborg Fnr E99-0749.
8. SFS 1991:1128 och 2000:353, i båda fallen 37 §, 2 stycket.
9. Socialstyrelsen 41-11891/99.
10. 3:e åklagarkammaren i Göteborg, Dnr C 3-1-3291-99.

Utan riskanalyser får man göra orsaksanalyser. Det är rubriken på ett seminarium vid en ny nationell patientsäkerhetskonferens i höst.

II I det seminariet, som är ett av många, beskrivs den teoretiska bakgrunden till risk- och orsaksanalyser. Där redovisas ett utbildningsprogram för hälso- och sjukvård och praktiska råd om hur det ska användas.

I ett uppföljningsseminarium diskuteras illustrativa exempel från enskilda patientfall och organisationer. Praktiska övningar genomförs.

Konferensen är den andra i sitt slag och hålls den 15-16 september i Stockholm. Den första nationella konferensen hölls delad med en dag vardera i

september 2003 och i januari 2004.

Konferensen arrangeras av Sveriges kommuner och landsting, Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag och Socialstyrelsen i samverkan med Läkarförbundet, Läkareallskapet, Vårdförbundet och Svensk sjuksköterskeförening.

Övergripande riktar sig arrangörerna till alla i hälso- och sjukvården med ansvar och intresse för patientsäkerhetsfrågor. Ledorden för konferensen är »Från ord till handling«.

I konferensen finns också internationella föreläsare. En rubrik är: Dansk patientsäkerhetsarbete – vad kan vi lära?

Ny nationell konferens om patientsäkerhet hålls i höst

Bakgrunden är att Danmark sedan den 1 januari i fjol har en ny lag om säkerhet i sundhetsväsendet. Där finns bland annat en regel om att »utsläppta« händelser ska rapporteras till och registreras av Sundhetsstyrelsen.

Rapporteringen ska ske anonymt angående både patient och sundhetsperson. En sådan rapport kan inte ligga till grund för disciplinär sanktion eller straffrättslig sanktion av domstol.

Det danska säkerhetsarbetet har inspirerats av Veterans Affairs i USA. Och därifrån kommer en föreläsare för att redogöra för amerikansk »Experience from building patient safety«.