

# Hur riskabelt är det att vara konsultläkare?

Läkare som arbetar som konsulter, inklusive hyrläkare, är ofta omedvetna om sitt behov av försäkringsskydd om patienten skulle drabbas av skada efter felbehandling. Att se över detta är en uppgift för berörda kolleger, Läkarförbundet, försäkringsbolag och bemanningsföretag.



Foto: Colourbox

**U**nder de senaste decennierna har ett mycket stort antal kolleger tjänstgjort/tjänstgör som sjukvårdskonsulter; »hyrläkare med eget företag« inkluderas i gruppen. Dagens exakta antal är okänt men det rör sig säkert om flera tusen, varav de flesta samtidigt är anställda av det offentliga och är konsulter vid sidan om.

Att vara konsult betyder att all ersättning går till ett företag. De flesta konsulter känner inte till ansvarsskillnaderna mellan anställning och företagande eller att vara inhyrd av offentlig respektive privat vårdgivare. Ägare av eller chefer för privata vårdföretag, inklusive bemanningsföretag, känner förmodligen inte heller till dessa skillnader.

Det ska poängteras att inlägget inte handlar om vårt enskilda professionella läkaransvar, det som HSN och Socialstyrelsen övervakar. Däremot kan en egen ansvarsförsäkring behövas.

Traditionellt har de flesta av oss, åtminstone medlemmar i Läkarförbundet, tecknat en yrkesförsäkring hos SalusAn-

svar. Olika nivåer erbjuds och därmed olika premier: från student, pensionär och anställd till fritids- och hel-tidspraktiker. Det kan tidigare ha varit en adekvat skala, men eftersom konsulter nu finns är det en brist att deras försäkringsbehov inte täcks. Det vill säga allt som kan vara rimligt för en konsult att känna till, inklusive vilka individuella risker som bör försäkras.

SalusAnsvar har högre premier för kolleger som inte är medlemmar i Läkarförbundet. Man kan anta att en hel del av dessa är oförsäkrade.

En anställd behöver kanske inte en yrkesförsäkring, men som oförsäkrad bör man aldrig hjälpa anhöriga med t ex recept, och man bör noga akta sig för att hjälpa till vid olyckor eller akut sjukdom (det vill säga undvika att vara en barmhärtig samarit). Oförsäkrade konsulter lever väldigt riskabelt.

Anställda hyrläkare bör ta reda på sitt bemanningsföretags – arbetsgivarens – försäkringar. Är de bristfälliga bör hyrläkaren lämna företaget eller själv försäkra sig.

Patientskadelagen stadgar att en vårdgivare ska ha en försäkring som ger patienten ersättning vid skada efter felbehandling. Ersättning enligt

Se upp! och se över försäkringsskyddet. Det är Johan Fischers råd till konsultläkare och övriga aktörer i branschen.

lagen utgår primärt ur vårdgivarens försäkring. En offentlig vårdgivare är skyldig att i sin försäkring inkludera all verksamhet, även den som bedrivs av privata vårdgivare som har avtal med honom.

En privat vårdgivare, däremot, behöver inte teckna en sådan försäkring för inhyrda konsulter, vilka därför är skyldiga att ha en egen patientförsäkring (förhoppningsvis kombinerad med en ansvarsförsäkring). Samma sak måste gälla för en läkarbemanningsfirma med anställda.

Patientförsäkringen ersätter i huvudsak personskada på patient till följd av felbehandling. Den blir tillämplig vid patientskada orsakad av 1) undersökning, vård eller behandling, 2) fel hos medicinsk produkt, 3) felaktig diagnostisering, 4) överföring av smittämne som lett till infektion, 5) olycksfall under un-

**»Till Läkarförbundet: utred konsulter och privatanställdas ansvar och det allmänna rättsläget.«**

dersökning, vård eller behandling, och 6) felaktigt utlämnande eller ordination av läkemedel. Om detta inte är tillämpligt kan en ansvarsförsäkring träda in.

En ansvarsförsäkring ska i första hand täcka person- och sakskada samt förmögenhetsskada som är en direkt följd av skada och som drabbat den skadelidande och som inte täcks av patientförsäkringen. Ansvarsförsäkringen täcker även ett försäkringsbolags utredningskostnader i samband med skadeståndskrav.

En »ren« förmögenhetsskada omfattas i princip inte av en traditionell ansvarsförsäkring (och inte heller av patientförsäkringen). Med ren förmögenhetsskada eller ren förmögenhetsförlust menas en skada som saknar samband med den person- eller sakskada som drabbat den skadelidande. En vårdgivare kan rikta ett skadeståndskrav mot en konsult för att denne utfört ett uppdrag dåligt, så att uppdragsgivaren därför drabbas av goodwillförlust, extrakostnader och inkomstbortfall.



**JOHAN FISCHER**  
leg läkare,  
Nyhamnsläge  
johan.fischer@  
olfactorius.se

»Till alla kolleger: en konsult bör absolut inte vara oförsäkrad, liksom heller ingen annan anställd – offentlig som privat – kollega.«

Advokater och mäklare är skyldiga att vara försäkrade mot ren förmögenhetsskada. Något för våra försäkringar?

När en konsult anlitas av landstinget omfattas han/hon av landstingets patientförsäkring. Om konsulten felbehandlingar en patient och skadan är ersättningsgill enligt patientskadelagen kan patienten vända sig till landstinget med en skadeanmälan. Landstingets patientförsäkring ersätter då skadan. Enligt lagen krävs uppsåt eller grov vårdslöshet hos den som vållat skadan för att försäkringsbolaget som utbetalat ersättning ska ha rätt att kräva beloppet åter av konsultläkaren.

En kollega är inhyrd av ett privat företag som har egna patienter. Kollegan begär ett misstag och orsakar en skada. Patienten kräver företaget på skadestånd, antingen ur företagets patientförsäkring eller enligt allmänna skadeståndregler. Företaget eller dess försäkringsbolag betalar skadeståndet och återkräver beloppet av konsulten.

Om det privata företagets patientförsäkring (om det har en sådan) tas i anspråk blir konsultläkaren ersättningskyldig endast om han har agerat uppsåtligt eller grovt vårdslöst (enligt patientskadelagen). Alltså samma regler som om man är inhyrd av ett landsting.

Men om företaget däremot fått betala ersättning vid sidan av patientförsäkringen, det vill säga ur ansvarsförsäkringen, blir konsulten ansvarig även vid »normal« oaktsamhet. SalusAnsvars ansvarsförsäkring tycks gälla generellt och därför även vid dessa regressanspråk, det vill

säga om någon kräver skadestånd av konsulten på grund av utbetalad ersättning för (direkt) skada orsakad av honom.

Ett företag har anlitat en konsult/hyrläkare som utför en vårdslös felbehandling av en patient. Varken patient eller företaget har lidit person- eller sakskada, men företaget har åsamkats en ren förmögenhetsförlust. Täcks det av ansvarsförsäkringen? Sannolikt inte, enligt vad som ovan sagts. Men det kan vara trösterikt att veta hur vanskligt (och dyrt) det kan vara att vinna en sådan process.

#### Synpunkter och förslag.

##### Till alla kolleger:

- En konsult bör absolut inte vara oförsäkrad, liksom heller ingen annan anställd – offentlig som privat – kollega.

##### Till Läkarförbundet:

- Utred konsulter och privatanställdas ansvar och det allmänna rättsläget.

- Utred framtida regler av ett förändrat ansvar. Det tycks som om den enskildes yrkesansvar, i dag prövat av HSN och Socialstyrelsen, ska förändras. Hur blir då den konkreta utvecklingen av vårt civilrättsliga ansvar? Kommer tvistemål att bli vanligare? Det kan påverka alla medlemmar – anställda, konsulter och egenföretagare.

- Utred vilket innehåll en försäkring bör ha. Kanske inkluderande skydd mot »ren« förmögenhetsförlust och ökat rättsskydd?

- Utred olika försäkringsbolags villkor och priser. SalusAnsvar ägs ju inte av oss längre, varför konsumentupplysning inte kan vara fel, tvärtom. Det finns andra bolag.

##### Till alla läkarbemanningsfirmor:

- försäkra er.

##### Till alla försäkringsbolag:

- erbjud konsultförsäkringar.

##### Till alla vårdgivare:

- kräv att inhyrda är adekvat försäkrade.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## Organdonation efter hjärtdöd: Behandlingsintressena tangerar varandra

■ I LT 29–31/2010 (sidan 1753) skriver Kjell Barlov om om donation efter hjärtdöd. Det är inte bara dödsbegreppen som gör detta ämne komplicerat, utan också att två behandlingsintressen tangerar varandra, något som det säkert pratades om på mötet i Stockholm som Kjell Barlov bevisade, men som jag vill belysa.

Behandlingen i samband med hjärtstopp, hjärt-lungräddning (HLR), utvecklas mycket genom den forskning som bedrivs inom detta område för närvarande. Detta kan komma att göra gränserna svåra att definiera för när en sådan behandling ska stoppas. I senaste numret av Resuscitation finns en »short communication« rörande erfarenheter från Spanien av transplantationer [1] som beskriver litet av det jag vill poängtera.

I denna studie valde man en 30-minutersgräns för när behandling med avancerade återupplivningsförsök skulle avbrytas. Därefter gavs bara



Foto: Johan Wingborg

Utvecklingen inom hjärt-lungräddning kan göra det svårt att definiera när behandling ska stoppas.

»... efter att den avancerade behandlingen avbrutits och endast bröstkompressioner och ventilerings utfördes ... återfick tre patienter spontan cirkulation...«

ventilering och bröstkompressioner medan patienterna transporterades till ett transplantationscentrum i Madrid.

Det man noterade i denna studie var att efter att den

avancerade behandlingen avbrutits och endast bröstkompressioner och ventilering utfördes (således efter > 30 minuter och patienterna blivit inkluderade i donatorprotokollet) återfick tre patienter spontan cirkulation, varav en av dessa lever med god neurologisk funktion.

Denna patient blev naturligtvis inte donator men fallet visar på hur nära dessa två områden är varandra. Patienten ökar dock på överlevnaden i en, för denna organisation, grupp av patienter som anses som döda (oavsett dödsbegrepp).

Således är min uppfattning att experter inom båda dessa områden måste arbeta mycket tätt då områdena tangerar varandra. Detta för att undvika att områdena kommer i konflikt med varandra, nu och i en framtid, något som är lika viktigt som den begreppsförvirring Kjell Barlov beskriver, kanske till och med viktigare.

Henrik Wagner

hjärtspecialist, Division 6, Kliniken för kranskärlsjukdomar, Skånes universitetssjukhus, Lund  
henrik.wagner@skane.se

#### REFERENS

1. Mateos-Rodríguez A, Pardillos-Ferrer L, Navalpotro-Pascual JM, Barba-Alonso C, Martin-Maldonado ME, Andrés-Belmonte A. Kidney transplant function using organs from non-heart-beating donors maintained by mechanical chest compressions. Resuscitation. 2010;81:904-7.