

»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 felbehandlar 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 utbetald 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 ventilering 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, Martín-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.