

Skador och patientsäkerhet i vården

Inte acceptabelt att misstag utan uppsåt kan betecknas som brottsbalksbrott

Socialstyrelsens förslag är ett lovligt initiativ att öka rapporteringen, vidta åtgärder och öka patientsäkerheten. Förslaget berör däremot inte möjligheten att mera genomgripande ändra reglerna för disciplinpåföljd i vården. Att det krävs en lagändring visar Högsta domstolens dom i »Kalmarfallet« – annars finns risk att vårdpersonalen inte vågar påpeka brister, vilket i sin tur kan få allvarliga konsekvenser för patientsäkerheten.

Under senaste tiden har flera artiklar i Läkartidningen berört frågor om patientskador i svensk sjukvård. Artiklarna har belyst vilka skadetyper som är vanligast och hur de fördelar sig på olika specialiteter [1]. Man har också tagit upp vilka hälsoekonomiska konsekvenser som patientskadorna medför [2].

Samtidigt har det diskuterats om vår officiella registrering återger en sann bild av skador i vården och om det finns ett behov av att kartlägga det verkliga antalet patientskador i den svenska sjukvården. Andra har dock ifrågasatt om en kartläggning av en sann skadefrekvens är meningsfull – det synes mer väsentligt att utveckla ett säkerhetssystem som syftar till att man kan undvika skador eller dödsfall i vården [3]. En viktig fråga är här hur misstag skall rapporteras utan att vederbörande riskerar disciplinpåföljd eller straffrättslig påföljd.

Internationella studier har visat att förekomsten av vårdskador varierar mellan 2,9 [4] och 16,6 procent [5]. De varierande siffrorna beror till viss del på svårigheten i att definiera begreppet vårdskada. Oavsett detta pekar fynden dock på att problemet är stort, inte minst mot bakgrund av att cirka hälften av skadorna anses möjliga att undvika och att cirka 5 procent av skadorna slutar med dödlig utgång.

Någon motsvarande svensk undersökning finns inte. Självklart finns det inte något egenvärde i att få kännedom om

skadeförekomsten i vår sjukvård, men en kartläggning skulle ge en säkrare bild av om frekvenssiffrorna från

de utländska studierna går att föra över till svensk sjukvård. Om man utgår ifrån att så är fallet är det rimligt att anta att omkring 30 000

»somatiska patienter« vårdas för undvikbara skador orsakade av vården och att vi har cirka 3 000 undvikbara dödsfall per år i sjukvården. Dessa antaganden kontrasterar mot vår officiella statistik på omkring 10 000 skador per år, och vi måste räkna med att det finns ett stort mörkertal.

Ett väsentligt mål för hälso- och sjukvården är att säkerställa en god kvalitet och minimera risker för misstag. Ett sätt att skapa en säkrare sjukvård är att använda sig av incidensrapportering med åtföljande händelseanalys, något som också alltmer börjar utnyttjas i sjukhusinternt system. Till detta kommer en mångfald av olika typer av kvalitetsregister.

En första bestämmelse om incidensrapportering kom redan 1936 i Lex Maria-systemet. Den ursprungliga versionen var mindre riktad mot händelsen och mer mot personen som var involverad och eventuellt skulle straffas. Även om nuvarande Lex Maria är mer inriktad på prevention och mindre på repression är den dock alltför hög

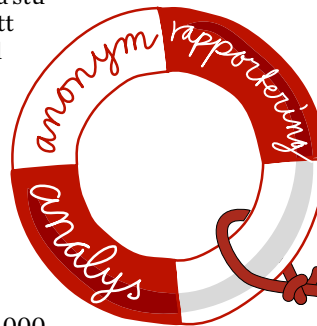
grad kopplad till risk för påföljd för den enskilde rapportören.

Vetskapen om att Socialstyrelsen kan föra över anmälan till HSAN med yrkande om disciplinpåföljd gör att det finns en tvekan, för att inte säga ett motstånd, hos hälso- och sjukvårdspersonalen att bidra med incidensrapporter. Erfarenheten har också visat att benägenheten att anmäla Lex Maria-ärenden har varit relativt låg; för 2005 låg antalet anmälningar strax över 1 000.

I syfte att utveckla ett mer effektivt system för rapportering av avvikelser i vården föreslår nu Socialstyrelsen ändringar i anmälningssystemet. Förslaget innebär att man tar ett större steg bort från risken för rapportören att få någon form av straffpåföljd. I förslaget ligger nämligen att om en yrkesutövare inom sju dagar har rapporterat till vårdgivaren om att en patient drabbats av skada eller utsatts för en sådan risk får Socialstyrelsen inte efter en Lex Maria-anmälan föra ärendet vidare till HSAN – även om förutsättningarna för disciplinpåföljd i och för sig är uppfyllda. Som tidigare åligger det vårdgivaren att avgöra om händelsen är allvarlig nog för att en anmälan till Lex Maria är befogad.

Förslaget grundas på en modell som används i det danska rapporteringssystemet från 2002. Det danska systemet bygger på en skyldighet att rapportera om en oförutsedd händelse sker i samband med en patients behandling eller vistelse på sjukhus. Modellen består av två delar, ett lokalt och ett nationellt rapporteringssystem (databas). I det danska systemet är, till skillnad från det svenska, rapportören anonym. Fördelen med ett anonymt system är att det uppmuntrar personalen att avge rapporter.

Socialstyrelsens förslag får ses som ett lovligt initiativ att öka rapporteringen och vidta åtgärder och därmed öka patientsäkerheten. I jämförelse med det danska systemet är det däremot inte sannolikt att det tänkta svenska ger samma kvalitetssäkring. Det nationella register som ryms i den danska hanteringen är ett bra sätt att skapa en fre-



HENRY JOHANSSON
professor em, Uppsala
henry.e.johansson@bredband.net

kvansanalys av vårdskador; den redovisning i statistikform som vårdgivarna skall ge till Socialstyrelsen enligt den svenska modellen kan knappast skapa ett heltäckande system i det avseendet.

Förslaget berör inte heller möjligheten av att mera genomgripande ändra reglerna för disciplinpåföljd i vården. Som förra chefen för HSAN, Anita Werner, framhåller i en (kritisk) analys av Socialstyrelsens förslag är det angeläget att se över nuvarande regler, och tiden är mogen för en översyn av det medicinska påföljdssystemet i sin helhet [6]. Det aktualiseras inte minst av Högsta domstolens dom i det s k Kalmarfallet. Det kan inte anses acceptabelt att misstag i vården – i avsaknad av uppsåt – kan betecknas som brottsbalksbrott, och det är rimligt, som Läkarförbundet anser, att disciplinpåföljder skall hanteras enligt lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS).

Här krävs en *lagändring* – annars finns risk att vårdpersonalen inte vågar påpeka brister, vilket i sin tur får allvar-

liga konsekvenser för patientsäkerheten.

Patientens rätt till ersättning för skador som uppkommit vid behandling inom hälso- och sjukvården får anses vara väl reglerad enligt Patientskadelagen. Den har inte något disciplinärt syfte, utan rätten till ersättning bestäms helt och hållet på objektiv grund enligt bestämmelserna i lagen. Ersättningsrätt föreligger bl a om en skada hade kunnat undvikas. Såväl i dessa som i övriga fall där ersättning kan lämnas tar man inte ställning till om skadan har orsakats av fel eller försummelse från vårdpersonalens sida, och någon bedömning av ansvarsfrågan görs inte. Vårdpersonalen behöver inte känna att deras handlande nagelfars, och man kan känna sig fri att verka för att en patient skall få ersättning oavsett om någon är ansvarig för skadan eller inte.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Författaren har tidigare varit ledamot i Patientskadenämnden och är numera konsult i nämnden.*

REFERENSER

1. Öhrn A, Tropp H, Scheer J, Horn B, Rutberg H, Elfström J. Flest vårdskador inom ortopedi, visar Patientförsäkringen. Skadepanorama och vårdkonsumtion för denna patientgrupp har kartlagts. Läkartidningen 2006;103:534-9.
2. Persson U, Svensson M. Patientskador i svensk sjukvård får långvariga samhällsekonomiska effekter. Den enskilda skadan är dyr, men totalantalet skador är relativt litet. Läkartidningen 2005;102:3020-5.
3. Pukk K. Sjukvården en högriskindustri – information nu bättre än nya studier. Läkartidningen 2006;103:62.
4. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HB, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. Med Care 2000;38:261-71.
5. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian Health Care Study. Med J Aust 1995; 163:458-71.
6. Werner A. Socialstyrelsens förslag en halvmesyr. Dags se över hela påföljdssystemet. Läkartidningen 2006;103:1084-5.

Fler debattinlägg på sidan 1862

ANNONS