

Lex Maria-anmälningar och klagomål vid suicider – patientsäkerhet, integritet och rättssäkerhet

Lotta Vahlne Westerhäll

Lotta Vahlne Westerhäll, seniorprofessor i offentlig rätt med särskild inriktning på socialrätt och hälso- och sjukvårdsrätt vid juridiska institutionen, Handelshögskolan, Göteborgs universitet. E-post: lotta.westerhall@law.gu.se

Fokus i artikeln riktas mot lex Maria-anmälningar och klagomål avseende suicider i hälso- och sjukvården. Den innefattar en genomgång av 112 lex Maria-ärenden och sju klagomål under 2016 beslutade av Inspektionen för Vård och Omsorg, IVO, Region Syd. Fråga ställs om patienten erhåller patientsäkerhet, integritetsskydd och rättssäkerhet med användande av en systemsyn i dagens anmälnings- och klagomålssystem.

The focus of the article is towards "lex Maria-notifications" and "patients' complaints" concerning suicides in health care. It contains a reviewing of 112 "lex Maria-notifications" and seven "patients' complaints" during 2016 decided of the Inspectorate for Health Care, Region South. The question posed is if the patient will have patient safety, protection of integrity and protection according to legal rules, using a systemic approach of the notifications- and complaints system.

1. Inledning

1.1 Syfte

I denna artikel riktas fokus mot lex Maria-anmälningar och klagomål avseende suicider. En patient i hälso- och sjukvården anses böra erhålla patientsäkerhet, integritetsskydd och rättssäkerhet och det ska ske med användande av en *systemsyn*. Den innebär att man ser på negativa händelser såsom brister i hälso- och sjukvårdssystemet och orsaker till dessa identifieras såsom svagheter i arbetsmiljö, bemanning, kompetens och organi-

sation. En individsyn har i dagsläget en helt underordnad betydelse. Den innebär att man söker orsaker till negativa skeenden hos enskilda personer och att dessa skeenden kan förklaras med att någon enskild slarvat eller brustit i uppmärksamhet. Innebörden av *patientsäkerhet* anges i lagstiftningen som skydd mot vårdskada och vårdskada i sin tur definieras som lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården¹. *Personlig*

¹ Vikten av patientsäkerhetsarbete synliggörs bäst genom att sättas i relation till det stora antalet skador i vården. Cirka var tionde patient som är inlagd på sjukhus drabbas av en vårdskada. Vårdskador uppskattas ta 10 procent av de sammanlagda sjukvårdsresurserna och beräknas kosta minst 10 miljarder kronor årligen enbart för sjukvården. Till detta kommer övriga kostnader för samhälle och för de skadade själva.

integritet är inte definierat i lagstiftningen. En återkommande bestämning är dock, att personlig integritet inbegriper det som normalt framstår som angeläget att värna om för att den enskilde ska respekteras utifrån sina personliga förutsättningar samt vara tillförsäkrad en rimlig, fredad, privat zon, som är skyddad från fysiska och psykiska intrång². *Rättssäkerhet* beskriver ett förhållande mellan det allmänna, i detta fall vårdgivaren, och den enskilde, i detta fall patienten och innefattar både en formellt och en materiellt riktig hantering av de rättsregler som styr vården. Beslutsfattandet rörande lex Maria-anmälningar och klagomål kräver iakttagande av rättssäkerhetshänsyn³.

1.2 Lex Maria-anmälningar vid suicider

Det föreligger en skyldighet för vårdgivare inom hälso- och sjukvården att planera, leda och kontrollera sin verksamhet på ett sätt som leder till att det i HSL fastslagna kravet på god vård upprätthålls. Skyldigheten innebär, att vårdgivaren har ett ansvar för att undanröja risken för vårdskador eller, om detta inte låter sig göras, hålla dem under kontroll. Hälso- och sjukvårdspersonalen har ett ansvar för sin egen yrkesutövning. Vårdgivaren ska anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO. Handhavandet av anmälningar om vårdskador (i detta fall suicider/suicidförsök) och prov-

ningar av händelseförloppet av dessa är centrala delar av vad som uppfattas som tillsynsarbete.

Även om det saknas lagtext som uttryckligen behandlar suicid i den medicinsrättsliga lagstiftningen fanns dock sedan 2005 bestämmelser härom i en bindande föreskrift i Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt lex Maria. Den upphörde att gälla den 1 september 2017. Då gjordes en anmälan, om en patient i samband med undersökning, vård eller behandling begått självmord eller inom fyra veckor efter vårdkontakt begått självmord och detta kommit till vårdgivarens kännedom. Bestämmelsen härom fanns i 4 kap. 2 §. Skälet till den var suicidprevention.

Definitionen på vårdskada kräver som framgått att det inträffade skett efter någon form av kontakt mellan en patient och hälso- och sjukvårdsverksamhet. Vidare krävs det också att lidandet, skadan, sjukdomen eller dödsfallet kunnat undvikas vid patientens kontakt med vården. Med andra ord krävs det ett orsakssamband mellan den givna vården (eller den vård som inte gavs) och konsekvensen (lidandet, skadan, sjukdomen eller dödsfallet). Mot denna bakgrund har Socialstyrelsen bedömt att det inte fanns något lagligt utrymme för myndigheten att ha kvar bestämmelsen i 4 kap. 2 § som angav att vårdgivare ska anmäla alla självmord utan att utreda huruvida det inträffade har något orsakssamband

² Ds 1994:51, SOU 2008:3, SOU 2016:41.

³ Rättssäkerhet är ett mycket centralt begrepp inom juridiken och är behandlat av många rättsvetare, se exv. (1990) Peczenik, A. Juridisk argumentation, Stockholm Norstedts Juridik och (2004) Vahlne Westerhäll, L., Den starka statens fall? En rättsvetenskaplig studie av svensk social trygghet 1950-2000, Stockholm Norstedts Juridik.

med den givna vården eller den vård som inte gavs⁴. I Socialstyrelsens nya författning finns inget krav på utrednings- och anmälningsskyldighet generellt vid inträffade suicider⁵.

1.3 Klagomål vid suicider

Genom lagändringar den 1 januari 2011 upphörde Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) att efter anmälan pröva disciplinärenden mot hälso- och sjukvårdens personal, samtidigt som Socialstyrelsen började pröva klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal. Socialstyrelsens uppdrag att hantera klagomål gick den 1 juni 2013 över till IVO, som nu ansvarar för den statliga tillsynen av hälso- och sjukvården. I denna tillsyn ingår klagomålshantering enligt patientsäkerhetslagen (PSL). Av 7 kap. 10–18 §§ PSL framgår att det finns möjlighet att anmäla klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal till IVO. I PSL finns inga begränsningar när det gäller vem som får anmäla ett klagomål, och IVO har möjlighet att göra en förutsättningslös utredning av vad som skett. Patienten behöver således inte veta eller peka ut vem som bär ansvar för det som inträffat. Det finns heller inget krav på att klagomålet måste vara föranlett av att en patient drabbats av eller riskerat att drabbas av en vårdskada. Men det är vårdgivaren som först tar emot och utreder klagomålen och de synpunkter som patienter och deras närstående har på verksamhetens kvalitet. Det

följer av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska enligt föreskrifterna sammanställas och analyseras för att vårdgivaren ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Ett lagförslag om utvidgningar i vårdgivarens ansvar för klagomålsprocessen träder i kraft den 1 januari 2018 och presenteras kort nedan i 2.4.

2. Undersökning av IVO Region Syd:s beslut 2016 rörande suicider

2.1 Allmänt om materialet

Det material som nedan kommer att bli föremål för undersökning är 112 beslutade ärenden från IVO Region Syd rörande misstänkta och fullbordade självmord under år 2016. Av dessa utgjorde 77 ärenden anmälningar jämlikt 4 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt lex Maria. Som framkommit skulle vårdgivaren enligt 4 kap 2 § SOSFS 2005:28 göra en anmälan, om en patient i samband med undersökning, vård eller behandling begått självmord eller inom fyra veckor efter vårdkontakt begått självmord och detta kommit till vårdgivarens kännedom.

I 3 kap. 5 § patientsäkerhetslagen, PSL, (2010:659) stadgas att vårdgivaren ska göra en anmälan till IVO vid händelser som har medfört el-

⁴ Socialstyrelsen, 2016-10-11, dnr 1.1-14325/2016, Konsekvensutredning – förslag till föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete, s.16.

⁵ Den nya föreskriften har fått namnet Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete HSLF-FS 2017:40.

ler hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. I materialet utgörs dessa av 35 ärenden. I både ”4 kap. 2 § och 3 kap. 5 §-fallen” åligger anmälnings-skyldigheten vårdgivaren. I det förra fallet är det faktiska omständigheter som ligger till grund för anmälan (en suicid har inträffat inom fyra veckor efter vårdkontakt), i det senare fallet gör vårdgivaren bedömningen att en allvarlig vårdskada inträffat. Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som är bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit. En uppdelning av lex Maria-anmälningar i 4 kap. 2 § SOSFS 2005:28-avgöranden (avsnitt 2.2) och i 3 kap. 5 § PSL-avgöranden (avsnitt 2.3) kommer att göras i det följande.

Klagomålsärendena rörande suicider var under samma period sju till antalet och kommer att behandlas i avsnitt 2.4 nedan.

2.2 Inga av vårdgivaren identifierade vårdrelaterade orsaker till suiciden

I det undersökta materialet är, som framkommit, 4 kap. 2 §-anmälningarna 77 till antalet, dvs 84% av det fullständiga materialet. En vanlig skrivning i dessa fall (98%) är att vårdgivarens utredning inte har visat på några vårdrelaterade orsaker till händelsen. Av de 77 fallen är dock endast 48 ”rena” fall, dvs av skrivningen i ärendet går inte att utläsa att några brister i hanteringen förekommit. I 28 ärenden⁶ har

vårdgivaren pekat på ”bifynd” av olika slag⁷. Ibland har dessa framkommit genom att IVO begärt komplettering. Ibland har bristfällig dokumentation av de bedömningar och överväganden som gjorts av patientens självmordsrisk anförts som bifynd, vilket kan förefalla motsägelsefullt i förhållande till vårdgivarens konstaterande att några vårdrelaterade orsaker inte kan påvisas⁸. Ibland har bristande följsamhet till verksamhetens rutiner kunnat konstateras⁹. Under rubriken ”Ytterligare information” kan framgå att förändringar gjorts i patientens medicinering avseende den depressionsproblematik som patienten behandlats för i psykiatrisk slutenvård på grund av ökad nedstämdhet och självmordstankar¹⁰ utan att dessa kopplats till frågan om eventuella vårdrelaterade orsaker till suiciden som inträffade kort tid efter utskrivning. Fråga kan också uppkomma om inte de riskförebyggande åtgärder som vårdgivare i åtskilliga fall säger sig vilja vidta som en följd av suiciden samtidigt ger uttryck för brister i vårdgivarens arbete. Detta sägs här inte i ”syndabockssyfte” utan enbart för att peka på de farhågor som uppkommer i och med att man kan räkna med att de fall, där vårdgivaren inte kunnat påvisa några brister vid patientens kontakt med vårdgivaren, aldrig kommer att lex Maria-anmälas i framtiden, varför vårdgivaren inte ges tillfälle att reflektera över förbättringsåtgärder. Detta är negativt ur patientsäkerhets-synvinkel, särskilt i suicidpreventions-

⁶ Här bortses från ett fall som avskrivits, dnr 8.1.1-11725/2016-8.

⁷ Se exv. dnr 8.1.1-41901/2016-3.

⁸ Dnr 8.1.1-25226/2016-3. Se även dnr 8.1.1-18185/2016-3 och dnr 8.1.1-23258/2016-31.

⁹ Dnr 8.1.1-23357/2016-6.

¹⁰ Dnr 8.1.1-23258/2016-3.

hänseende.

Det föreligger efter 1 september 2017 inte längre någon uttrycklig skyldighet för personalen att anmäla till vårdgivaren så snart ett självmord/självmordsförsök inträffat. Däremot kvarstår personalens rapporterings-skyldighet vad gäller vårdskador som sådana. Av lagtexten framgår att det är vårdgivaren som är ansvarig för bedömningen om händelsen är att betrakta som en vårdskada eller som en risk för en vårdskada. Anser vårdgivaren att det inte föreligger en vårdskada eller en risk för en sådan, föreligger ingen utredningsskyldighet för vederbörande. Det innebär alltså att det är vårdgivaren själv som avgör om en suicid ska utredas som en lex Maria-händelse eller ej. Det kan synas underligt att det är vårdgivaren själv som avgör om vårdskada/risk för vårdskada föreligger, dvs avgöra om händelsen/vårdskadan hade kunnat undvikas om vårdgivaren hade vidtagit adekvata åtgärder. I andra sammanhang hade detta uppfattats som bristande opartiskhet. Det är också fråga om många gånger komplicerade orsaks-samband mellan den angivna vården/icke vården och konsekvensen. Det saknas regler för hur vårdgivaren ska gå tillväga för att klarlägga ett dylikt kausalsammanhang. Svårigheterna att konstatera ett kausalsamband mellan händelsen och skadan är uppenbara. Socialstyrelsen hade försökt lösa dessa svårigheter genom att som allmänna råd i SOSFS 2005:28 införa inte mindre än tolv olika situationer (däribland en suicidförsökssituation), som

beskrevs som händelser som skulle kunna medföra en anmälan. Händelserna är angivna som typiska faktiska situationer, där sannolikheten är stor att en vårdskada kan vara för handen. Lagtextens öppna skrivning hade zoomats in för att göra ärendehanteringens överkomlig. I Socialstyrelsens nya föreskrift¹¹ är motsvarande allmänna råd mycket allmänt hållna och därmed inte alls så vägledande. Självklart är inte alla självmord/självmordsförsök i eller i anslutning till hälso- och sjukvården orsakade av faktorer relaterade till hälso- och sjukvården. I dessa fall kräver PSL ingen utredning. De faktorer som ska bilda underlag för avgörandet om en mer djupgående undersökning ska genomföras eller inte är dock synnerligen viktiga att analysera för att undgå en eventuell misstanke om att vårdgivaren för lättvindigt släpper frågan om en händelseanalys. Följden torde kunna bli att ett färre antal självmord i framtiden utreds av vårdgivaren och ett färre antal anmäls till IVO, vilket är olyckligt ur suicidpreventiv synvinkel. Detta synes vara en följd av ett systemtänkande enligt ovan, trots att det skulle kunna leda till ökade risker för att individuella vårdskador inte blir utredda. Till denna frågan återkommes nedan i avsnittet om klagomål.

2.3 Av vårdgivaren identifierade faktorer som kan ha påverkat händelseförloppet

I det undersökta materialet finns 35 ärenden där vårdgivaren gjort en lex Maria-anmälan jämlikt 3 kap. 5 § PSL. I en mindre del av dessa fall har

¹¹ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete HSLF-FS 2017:40.

IVO begärt komplettering och i ännu färre fall har IVO gjort en inspektion av vården. De bakomliggande orsaker som vårdgivaren i sin utredning menar kan ha påverkat händelseförloppet är av mångahanda slag. De kan gälla mycket allmänna åtgärder men också vara specificerade. Exempelvis kan det se ut på följande sätt:

kort vårdtid, bristande kommunikation inom vårdavdelningen, ingen dokumentation kring varför patienten inte erbjöds kontakt med mobila teamet för uppföljning av slutenvården, bristfällig introduktion av AT-läkare, många olika läkare inblandade i patientens vård och vid utskrivningstillfället, dosen av antidepressiv farmaka ökades dagen för utskrivningen från slutenvårdsvisstelse, hög arbetsbelastning och platsbrist, permission tre dagar efter allvarligt självmordsförsök, allt ansvar för självmordsriskebedömningar låg på läkare och omvårdnadspersonalen kände sig osäker på vad som gällde om självmordsriskebedömningar, ansvarig överläkare var hyrläkare och inte helt insatt i klinikkens vårdprogram för suicidnära situationer och överläkare initierade inte SUAS och MADRAS (skattningsskalor)¹².

Att orsakerna har listats utifrån ett systemsynstänkande är uppenbart, även om individsynen också framträder. Det är inte vanligt att en person i en lex Maria-anmälan ”pekas ut”. Detta kan dock sägas ha skett i de två sistnämnda situationerna ovan, där hyrläkaren inte ansetts tillräckligt insatt i suicidvårdsprogrammet och hon/han inte initierat skattningsskalor för suicidbenägenhet. I ett annat

ärende hade vårdgivaren angivit som brister i verksamheten att patienten inte haft direktkontakt med läkaren som förskrev sömntabletter och att ingen uppföljning av förskrivningen var dokumenterad, att det fanns brister i de diagnostiska övervägandena samt bristande följsamhet till interna rutiner vid förskrivningen av beroendeframkallande läkemedel. Under ”Riskförebyggande åtgärder” i beslutet angavs att aktuell bemanningsläkare inte längre var aktuell för några kommande bemanningsuppdrag i verksamheten¹³.

IVO är i samtliga 35 fall av samma mening som vårdgivaren och menar att vårdgivarens uppfattning och åtgärdande av de anförda bristerna är rimliga och adekvata. IVO skriver i sina beslut att man avslutar ärendet och inte kommer att vidta några ytterligare åtgärder. Systemsynen såsom den kommer till uttryck i beslut enligt 3 kap. 5 § PSL ska underlätta att förverkliga hälso- och sjukvårdens viktigaste syfte, nämligen att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador på ett patientsäkert sätt. Patientsäkerhetssyftet är det primära. Genom att syftet inte är att peka ut någon/några som ansvariga, är skuldfrågan inte av intresse i dessa sammanhang. Det föreligger inget partsförhållande mellan vårdgivaren och patienten eller vårdpersonalen och patienten. Några rättssäkerhetsgarantier såsom exv. partsinsyn och kommunikering blir inte aktuella i dessa sammanhang. De handlingar som ligger till grund för besluten i ett lex

¹² Dnr 8.1.1-23497/2015-11.

¹³ Dnr 8.1.1-19497/2016-6.

Maria-ärende är anmälan, patientjournalen, vårdgivarens händelseanalys samt i de fall IVO gjort en inspektion en redogörelse för denna och eventuell komplettering av vårdgivarens interna utredning. Några partsinlagor finns inte. Genom att patienten i likhet med hälso- och sjukvårdspersonalen inte ”syns” i lex Maria-besluten, framstår inte heller integritetsskyddet som centralt i dessa beslut. Själv mord kan sägas vara det yttersta resultatet av ett självbestämmande. Samtidigt kan det synas etiskt tvivelaktigt att den avlidna personen blir ett objekt omkring vilken utredningen kretsar men som inte tilläts att ”framträda” med allt vad det innebar att vara en utsatt människa. Integritet i form av respekt för den avlidne kan ibland kräva ett visst synliggörande av händelsen, något som också kan vara av betydelse för de avlidnes närstående, vilka som regel erhåller en utredning som är i det närmaste helt anonym.

2.4 Patientens klagomål på vården

Som tidigare framhållits ingår sju patientklagomål i materialet. IVO har i fem av dessa fall avslutat dem med kritik och i två fall utan kritik. Ett av de fem fallen rörde klagomål enligt PSL av bedömningar inför permissioner och vid utskrivning från slutenvård samt uppföljning efter slutenvårdsepisod¹⁴. Den hälso- och sjukvårdspersonal som klagan riktar sig mot liksom anmälaren finns namngivna i beslutet. Som skäl för sitt beslut anförde IVO att patienten som vårdades enligt LPT fick per-

mission under såväl natt som dag till hemmet efter endast fyra dagars vård. Patienten vårdades då efter ett allvarligt självmordsförsök och hade depressiva symtom. Vårdgivaren kunde inte lägga ansvaret för patientens hälsotillstånd på anhöriga enligt IVO. IVO var vidare kritisk till att det saknades bedömning av självmordsrisken inför permissionen. Ansvaret för att utföra den psykiatriska bedömningen ålades underläkare eller AT-läkare vid samtliga tillfällen utom ett under vårdtiden på aktuell slutenvårdsavdelning. IVO fann diskrepansen mellan att vårda patienten enligt LPT under hela vårdtiden och överlåta utförandet av bedömningar av det psykiatriska hälsotillståndet på AT-underläkare anmärkningsvärt. IVO fann det också anmärkningsvärt att den planerade uppföljningen av slutenvårdsepisoden och medicinjusteringen, vilken dessutom gjordes dagen för utskrivningen, uteblev. IVO var slutligen kritisk till betydande brister i kommunikation och informationsöverföring som förelåg under vårdtiden.

IVO avslutade med att slå fast att vårdgivaren inte uppfyllt kraven i dåvarande 2a § HSL (1982:763). IVO såsom beslutande statlig myndighet fann således att hälso- och sjukvårdspersonal, i detta fall en läkare, handlat i strid med lagtexten, en slutsats som alltså inte dras i ett lex Maria-ärende, även om man funnit att en vårdskada förelegat. Läkaren hade i detta ärende fått tillfälle att yttra sig och det som tillförts ärendet liksom förslag till beslut hade kommunicerats med vårdgi-

¹⁴ Dnr 8.2-27359/2015-18.

varen, läkaren och anmälaren i syfte att möjliggöra synpunkter på förslaget till beslut. Här är således ett visst mått av formella rättssäkerhetsgarantier tillgodosedda. Vårdgivaren identifierade inte mindre än fjorton olika brister, vars åtgärdande skulle följas upp av verksamhetsområdets patientsäkerhetsgrupp, vilket ger uttryck för en strävan att tillgodose patientsäkerhetsintresset. Eftersom den läkare som handlat i strid med bestämmelsen att tillhandahålla en god vård är namngiven, kan detta möjligen inom hälso- och sjukvården upplevas som kränkande mot integritetsskyddet. I jämförelse med HSAN:s beslut före 2011, som var präglade av en individsyn innefattande möjligheten till disciplinpåföljd, ger dock de nuvarande klagomålsärendena till övervägande del uttryck för en systemsyn.

En omständighet av rättssäkerhetskaraktär som inte har kunnat tas hänsyn till vid analys av dessa få klagomålsavgöranden är frågan om en likvärdig handläggningsprocess i klagomålsärendena. Statskontoret har gjort en utvärdering av hanteringen av enskildas klagomål mot hälso- och sjukvården i stort¹⁵ och funnit att rutinerna skiljer sig åt mellan regioner och enheter. Handläggningen sker i praktiken på olika sätt vid IVO:s regionala avdelningar. Viktigt ur rättssäkerhetssynvinkel är också att det ska finnas olika former av stöd för en enhetlig handläggning, exempelvis praxissammanställningar, metodhandböcker, bedömningsstöd och bedömningskriterier. I dag saknar IVO i stor utsträckning

sådana kompletterande dokument för handläggningen av klagomålsärenden. Statskontoret har funnit att det är framför allt två moment i handläggningen av klagomål där det finns behov av stöd och vägledning för att undvika omotiverade skillnader i beslut och bedömningar. Det gäller dels vid bedömningen av om ett ärende ska utredas i sak eller avslutas utan utredning enligt 7 kap. 12 § PSL, dels vid bedömningen av om ett ärende ska avslutas med beslut om kritik eller utan kritik.

I prop. 2016/2017:122, ”Ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården” föreslås ett nytt system för hantering av klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal. Propositionen innebär ett förtydligande av att det, i första hand, ska vara vårdgivarna som tar emot och bemöter klagomål från patienter och deras närstående. Vårdgivarna ska förklara vad som har inträffat och vid behov vidta åtgärder för att händelsen inte ska ske på nytt. En ny lag ska reglera patientnämndernas verksamhet. I lagen förtydligas att nämndernas huvuduppgift är att hjälpa och stödja patienter med att få sina klagomål bemötta av vårdgivarna. Eftersom vårdgivarnas ansvar för klagomålhanteringen förstärks, förändras även ansvaret för IVO och IVO:s utredningsskyldighet i klagomålsärenden begränsas. Farhågor har uppkommit om att den föreslagna klagomålshanteringen kan leda till att klagomål inte kommer att hanteras på ett enhetligt sätt i landet precis som är fallet nu med IVO:s sex regioner. Regeringen går med på att

¹⁵ Patientklagomål och patientsäkerhet (2014:23).

det finns en viss risk för det, men att den minskas genom att vårdgivarna ska utgå från vissa gemensamma principer för klagomålshandlingen, t.ex. tidsram för vårdgivarnas hantering och formkrav för hur vårdgivaren ska bemöta klagomålen. Hur en enhetlig materiell tillämpning ska kunna åstadkommas genom regler om tidsramar och genom formkrav framgår inte. I lagrådsremissen framgår dock följande: *"Vårdgivarna bör anpassa hanteringen av ett ärende efter patientens behov och klagomålets karaktär."* *"Det ligger i hälso- och sjukvårdens intresse att sköta hanteringen på ett tillfredsställande sätt för patienterna. Det leder till mer nöjda patienter och bidrar också till en ökad patientsäkerhet"*. Vidare, *"det måste säkerställas att klagomål får såväl en rättssäker hantering som, där det behövs, en sakkunnig medicinsk prövning av konsekvenserna för patientsäkerheten"*. Regeringen anser att *"det är vårdgivarnas ansvar att säkerställa att så sker"*¹⁶. Detta nya system ställer således stora krav på vårdgivaren samtidigt som det ger upphov till många frågor. En av dem är hur vårdgivaren ska kunna säkerställa en både rättssäker och en patientsäker hantering. Risken synes överhängande att det går ut över patientens säkerhet, särskilt rättssäkerheten, framför allt genom att de redskap som lagstiftaren ställer till vårdgivarens förfogande är alltför intetsägande¹⁷. När man idag, som ovan framkommit, pekar på svårigheter med att åstadkomma en rättssäker klagomålshandling hos IVO, torde svårigheterna bli än större när vårdgivaren själv ska handha klagomålshandlingen. Lagförslaget,

som träder ikraft den 1 januari 2018, framstår i det närmaste som cyniskt mot både patienter och vårdgivare.

3. Slutsatser

Genom att SOSFS 2005:28 upphört att gälla har även lex Maria-anmälningar enligt 4 kap. 2 § upphört. Det torde innebära att cirka tvåtredjedelar av alla lex Maria-anmälningar vid självmord/självmordsförsök försvinner. Kvar blir den tredjedel som anmäls enligt 3 kap. 5 § PSL. Av 4 kap. 2 §-anmälningarna var som anförts en knapp tredjedel "orena", dvs trots att vårdgivaren inte identifierat några vårdrelaterade orsaker till suiciden fanns brister och felaktigheter i vården av patienten. Genom att några händelseanalyser inte kommer att göras i dessa fall, kommer vare sig den aktuella vårdgivaren eller andra vårdgivare att kunna lära sig något av det inträffade, vilket är negativt ur suicidpreventionssynvinkel.

Den "svaga" punkten i vårdgivarens handhavande av en uppkommen "händelse" är avgörandet av om denna utgör en vårdskada. Ur patientens rättssäkerhetsperspektiv framstår det som ett tvivelaktigt tillvägagångssätt att den som ansvarar för vårdens innehåll eller för avsaknad av vård anförtros uppgiften att avgöra om innehållet eller avsaknaden har skapat en vårdskadesituation. Att endast vårdgivaren och inte patienten har något inflytande över vårdskadefrågan rimmar dåligt med den förstärkning av patientens ställning som bl.a. tillkom-

¹⁶ Prop. 2016/17:122, s. 33.

¹⁷ Se de fr o m 1 januari 2018 gällande bestämmelserna i 3 kap. 8 a – 8 e §§ PSL.

sten av patientlagen (2014:821) ska ha. Risken för att ett kausalsamband inte anses kunna konstateras, vilket är en förutsättning för att anse att vårdskada är för handen, torde ligga i linje med hälso- och sjukvårdens mångåriga tveksamhet till ”syndabockstänkande”. Att renodla systemtänkandet alltför mycket skulle kunna leda till ökade risker för att individuella vårdskador inte blir utredda. För att den enskilda patienten ska kunna tillförsäkras en hög patientsäkerhet, är det måhända så att vårdgivaren måste kunna utkrävas ett individuellt ansvar.

De regler som kommer att gälla fr.o.m. 2018 innebär att patientklagomål ska handläggas av vårdgivaren och endast i vissa i lagtextförslaget (7 kap. 11 § PSL) angivna situationer ska klagomålet kunna tas vidare till IVO. Detta innebär en försämring för patienten eller dennes närstående, eftersom de rättssäkerhetsgarantier som idag finns inom IVO:s klagomålshantering inte kommer att ha sin motsvarighet inom vårdgivarens kommande dito. Att som framhållits tala om skapandet av ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården är inte klagörande. Syftet har tämligen ensidigt varit att åstadkomma besparingar och arbetslättnader för IVO, vars resurser anses gå till klagomålshanteringen i alltför stor utsträckning. Men det innebär inte att ändamålsenligheten blir bättre för vare sig vårdgivare eller patienter. Tvärtom. Frågan man ställer sig är hur vårdgivaren ska tillförsäkras resurser

för att handha all klagomålshantering, vilken är mycket omfattande¹⁸ och blir tids- och kunskapskrävande för att kunna utföras på ett patient- och rättssäkert sätt. I annat fall kommer patientkollektivet att få ytterligare försämrade möjligheter att påtala fel och brister inom hälso- och sjukvården.

¹⁸ Statskontorets 2014:23, Patientklagomål och patientsäkerhet, Utvärdering av hanteringen av enskildas klagomål mot hälso- och sjukvården, s. 57 ff.