Stockholms läns landsting

Hälso- och sjukvårdslandstingsråd
Anna Starbrink (L)

INTERPELLATIONSSVAR

2018-05-08 LS 2018-0397

Svar på interpellation 2018:13 av Gunilla Roxby Cromvall (V) om polisanmälningar inom vården

Gunilla Roxby Cromvall (V) har ställt följande frågor till mig om polisanmälningar av brottsliga handlingar inom vården:

- Varför sker inte fler polisanmälningar vid misstanke om brott inom vården?
- Vad kan landstinget göra för att säkerställa att berörd personal faktiskt polisanmäler handlingar som kan antas vara brottsliga?

Som svar vill jag anföra följande:

Vårdens huvuduppgift är att återställa och förbättra människors hälsa. Hälso- och sjukvården är samtidigt en högriskverksamhet där vårdskador kan inträffa. Under ett år drabbas ungefär åtta procent av patienterna av en eller flera vårdskador. Det är viktigt att sådana händelser hanteras enligt väl genomarbetade rutiner för att ge förtroende hos allmänhet och hos vårdpersonal.

Stockholms läns landsting har en nollvision när det gäller vårdskador. Eftersom det alltid finns vissa risker med vårdverksamhet kan olika händelser inträffa som på intet sätt är kopplat till uppsåt eller att medvetet skada patienten. Det är mycket ovanligt med händelser där uppsåt kan misstänkas och polisanmälan behöver göras.

Det finns en lång tradition inom svensk sjukvård om hur patienter kan anmäla enskilda yrkesutövare och vårdgivare till statliga myndigheter: Det avser klagomål om händelser som inträffat i hälso- och sjukvården. Det har varit kopplat till ett system med disciplinåtgärder och personligt yrkesansvar. Händelser i vården har oftast utretts av olika myndigheter och inte av polis och åklagare. De utredande myndigheterna har en god kännedom om förhållandena inom vården.

Inriktningen när det gäller att hantera händelser och skador inom vården har varit att skapa en lärande organisation och inte en bestraffande. Vården ska lära av sina misstag och förbättra vårdrutinerna som en lärdom av inträffade händelser. Jag har uppfattat att det varit en stor enighet om denna inriktning.

Huvuddragen i den nuvarande organisationen av tillsyn infördes i början av 1980-talet då en ny Hälso- och sjukvårdslag började gälla. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) inrättades och ersatte Medicinalväsendets ansvarsnämnd. HSAN skulle vara fristående från olika intressenter inom hälso- och sjukvården. Huvuduppgiften för HSAN var att bedöma om vårdpersonalen åsidosatt sina skyldigheter i yrkesutövningen. Disciplinföljder var varning eller erinran. HSAN kunde även besluta om skyddsåtgärder som prövotid, indragning av legitimation eller förskrivningsrätt. HSAN betraktades på ett sätt som

en domstol och det kan ha medfört att så få polisanmälningar gjordes av händelser i vården.

Sedan 1980-talet har förtroendenämnder inrättats inom landstingen. Syftet var att skapa en länk mellan vården och patienten och avlasta HSAN. Verksamheten permanentades och benämndes Patientnämnder istället. I senare lagstiftning har Patientnämnderna fått ett utökat ansvar. Patienter och anhöriga har även kunnat vända sig till Socialstyrelsen för att klaga på händelser i vården.

År 2011 trädde den nya Patientsäkerhetslagen i kraft. Vårdgivaren fick då ett uttalat ansvar för patientsäkerheten och kvalitetssäkerhetsarbetet. Det övergripande målet med den nya lagen är att den ska bidra till förbättrad patientsäkerhet med färre vårdskador. Målsättningen var även att kunna ge patienten en förklaring till en inträffad händelse. Utgångspunkten för lagen är ett generellt systemperspektiv. Vårdgivaren är också skyldig att utreda händelser som lett till, eller hade kunnat leda till vårdskada. Patienten och närstående ska ges möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Sedan 1980-talet har det funnits tankar att klagomål i ökad utsträckning ska hanteras av vården själv. Den äldre lagstiftningen upplevdes skapa en repressiv kultur. Följden blev att man inom vården var ovillig att medge brister och missförhållanden. Den nya patientsäkerhetslagen syftar till att vårdens personal ska uppmärksamma och analysera misstag och därefter vidta åtgärder som ska förhindrar att misstagen upprepas.

När den nya lagen om patientsäkerhet infördes togs disciplinpåföljderna för legitimerad vårdpersonal bort. Enskilda patienter som ville framföra klagomål mot vården skulle nu vända sig till Socialstyrelsen. Enskilda kunde inte göra anmälan direkt till HSAN. Det kunde enbart JO, JK och IVO göra. Socialstyrelsen fick i uppdrag att göra en bredare och förutsättningslös utredning än vad HSAN kunnat göra. Socialstyrelsen prövade om vården utförts enligt gällande lagar och regler samt enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

IVO bildades år 2013 och tog över hanteringen av enskildas klagomål på vården från Socialstyrelsen. Sex regionala tillsynsenheter har inrättats för att kunna integrera tillsynsverksamheten och klagomålshanteringen. HSAN prövar efter anmälan från IVO frågor om återkallelse av legitimation, återkallelse av behörighet och begränsning av förskrivningsrätt.

IVO ska göra anmälan till åtal enligt patientsäkerhetslagen om hälso- och sjukvårdspersonal begått brott i sin yrkesutövning som kan ge fängelse. Det är viktigt att komma ihåg att det inte är vårdpersonalens arbetsgivare utan IVO som ska göra denna anmälan. HSAN kan också göra en anmälan till åtal.

Vid remissomgången i samband med att förslaget till ny patientsäkerhetslag befarade flera remissinstanser att den nya lagstiftningen skulle kunna innebära ett ökat antal polisanmälningar mot vårdpersonal. Detta eftersom den enskildes möjlighet anmäla legitimerad vårdpersonal till HSAN togs bort.

Statskontoret har i en utvärdering år 2014 konstaterat att polisanmälningar mot sjukvårdspersonal inte var särskilt vanligt eller gjordes inte oftare sedan den nya patientsäkerhetslagstiftningen infördes. Fortfarande görs få polisanmälningar inom vården.

I tidigare lagstiftning (från år 1937) fanns det en skyldighet att anmäla till medicinalstyrelsen och till polismyndigheten på orten om en allvarlig händelse inträffade inom vården som kunde bero på vårdslöshet eller försummelse. Det kallas för Lex Maria. Lagstiftningen gällde enbart för den slutna vården.

I förarbetena till den nya Hälso- och sjukvårdslagen (från 1981/82) beskrivs varför skyldigheten att anmäla till polismyndigheten togs bort. Det anges i den nya lagen mer som en möjlighet än som en skyldighet att anmäla till polismyndigheten. Det som ansågs viktigare att den enskilde skulle kunna göra anmälningar till Socialstyrelsen.

I den nya Hälso- sjukvårdslagen från år 1982 gällde anmälningsskyldigheten hela sjukvården och inte enbart den slutna vården. Huvudsyftet med bestämmelserna var att en objektiv utredning av händelsen skulle kunna göras. En annan målsättning var att patient, anhöriga och vårdpersonal skulle få en förklaring till vad som hänt. Socialstyrelsen hade även en annan viktig uppgift att genom information och föreskrifter förebygga att händelser återupprepas.

Vid allvarlig vårdskada eller risk för sådan ska anmälan enligt Lex Maria göras till IVO. Varje vårdenhet/sjukhus i Stockholms län ska ha en anmälningsansvarig. IVO utreder händelsen och bedömer om vårdgivaren utrett händelsen tillräckligt och gjort allt för att den inte ska upprepas. IVO kan även skicka ut rekommendationer till samtliga vårdgivare för att försöka förhindra att händelsen inte återupprepas hos andra vårdgivare.

I vissa fall ska polisanmälan göras. Det kan avse när vårdpersonal misstänks ha begått övergrepp mot enskild patient eller när vårdpersonal olovligt gått in i patientjournal (dataintrång). Patientnämnden rekommenderar även att den enskilde ska göra polisanmälan i dylika fall. Det kan också avse fall där vårdpersonal misstänkts medvetet och med uppsåt ha skadat patienten. På senare år finns det några händelser i vården som blivit rättsfall. Ofta har det då varit exempelvis en åklagare som via massmedia fått reda på en händelse och påbörjat en utredning. Inom landstinget finns olika visselblåsarfunktioner som kan medföra att fler händelser inom vården kan behöva utredas av polis.

Polisanmälan ska även göras vid misstänkta ekonomiska oegentligheter. Det är då oftast landstinget som lider ekonomisk skada och det finns fastställda rutiner inom landstinget för hur sådana anmälningar ska hanteras. Om en vårdgivare skriver ut för stora mängder narkotiska preparat – överförskrivning – görs i regel polisanmälan

Patientförsäkringen och Läkemedelsförsäkringen har säkerligen inneburit att händelser inte anmälts till rättsväsendet. Skadeståndsfrågor kan då avgöras utan en lång rättsprocess som kan vara kostsam för den enskilde patienten och för

landstinget. Det är noga reglerat i Patientskadelagen när patientskadeersättning kan betalas ut.

Inom Stockholms läns landsting har en omfattande utbildning bedrivits när det gäller patientsäkerhetsarbete i vid mening. Det som tas upp är hur olika händelser inom vården ska hanteras på ett korrekt sätt. Aktuellt regelverk gås igenom. Utbildningen har genomförts för chefer och medarbetare. Utbildningen genomförs som föreläsningar, e-utbildningar och nätverksseminarier Det är viktigt att det skapas en kultur där avvikelser hanteras på ett korrekt och säkert sätt. Denna typ av utbildning måste vara en fortlöpande process. Det är viktigt att det finns en kultur inom vården att allvarligare händelser både ska anmälas och utredas. Detta med syftet att öka patientsäkerheten. Det har även framförts synpunkter att fler Lex Maria – anmälningar borde göras.

Jag tycker den struktur vi har inom vården för att hantera avvikelser är bra och det ger en hög säkerhet för den enskilde och för vårdpersonalen. Denna struktur har utvecklats under många år och de ställningstagande som gjorts har varit väl underbyggda.

Vi har i Sverige haft en i stort sett välfungerande tillsynsorganisation. Men tyvärr har handläggningstiderna hos t ex IVO ofta varit alltför långa och de måste kortas. Jag menar att den statliga tillsynen måste skärpas med bland annat krav på kortare handläggningstider hos IVO.

Tillsynsorganisationen har dock gett möjlighet att utreda vad som hänt och vilka lärdomar som kan dras av händelsen för att den inte ska inträffa igen. Det är viktigt att sådan kunskap sprids inom vården. Det nuvarande systemet ger också patienten och dennes anhöriga möjlighet att få en förklaring till vad som hänt. Vissa händelser ska också polisanmälas. Det nuvarande systemet har lett till öppenhet att berätta om misstag och inte skuldbeläggande av enskilda inom vården. Det har även varit en lärande organisation.

Jag tror det skulle vara olyckligt om ett system med frekventa polisanmälningar skulle införas. Det skulle kunna skapa en repressiv kultur inom vården där tystnad råder. Dessutom kan en rädsla att erkänna och rapportera fel inom vården smyga sig in. En sådan kultur skulle kunna försämra patientsäkerhetsarbetet. Polisutredningar och rättsprocesser kan ta lång tid och ett system med skadeståndsprocesser skulle kunna utvecklas. Det är inte säkert att det skulle vara positivt för vården och för patienterna. Vårdpersonal skulle kanske behöva skaffa sig försäkringar för att kunna delta i de skadeståndsprocesser som kan bli följden om rättegångar blir vanligare. Jag tycker att det skulle vara en dålig prioritering av vårdens resurser och av vårdpersonalens tid. Det bedrivs redan omfattande utbildning inom landstinget om patientsäkerhetsarbete. Vissa händelser ska polisanmälas som jag beskrivit ovan.

En del av de händelser som interpellanten tar upp som exempel kräver att det finns uppsåt att skada patienten för att åtal ska kunna väckas. För att det ska anses som att skadan är gjord med avsikt krävs grov oaktsamhet för att den enskilde ska kunna dömas i domstol. Vissa ekonomiska händelser ska dock polisanmälas. Även IVO och HSAN kan göra polisanmälningar i vissa fall.

Därmed anser jag interpellationen besvarad.

Anna Starbrink