



RIKSREVISIONEN

RiR 2007:23

Statens insatser vid anmälningar av vårdskador

Kommer patienten till tals?

ISBN 978 91 7086 126 0

RiR 2007:23

Tryck: Riksdagstryckeriet, Stockholm 2007

Till regeringen
Socialdepartementet

Datum: 2007-11-26
Dnr: 31-2006-1026

Statens insatser vid anmälningar av vårdskador

Riksrevisionen har granskat om regeringen, Socialstyrelsen och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) gjort vad som åligger dem när det gäller hanteringen av anmälningar av vårdskador. Resultatet av granskningen redovisas i denna granskningsrapport. Företrädare för Socialdepartementet, HSAN och Socialstyrelsen har fått tillfälle att faktagranska och i övrigt lämna synpunkter på utkast till slutrapport.

Rapporten överlämnas till regeringen i enlighet med 9§ lagen (2002:1022) om revision av statlig verksamhet m.m. Rapporten överlämnas samtidigt till Riksrevisionens styrelse. Rapporten innehåller slutsatser och rekommendationer som avser HSAN och Socialstyrelsen. Rapporten överlämnas därför till HSAN och Socialstyrelsen.

Riksrevisor *Eva Lindström* har beslutat i detta ärende. Revisionsdirektör *Erika Borgny* har varit föredragande. Biträdande granskningsenhetschef *Michael Kramers*, revisionsdirektör *Stefan Lindström* och revisionsledare *Nikos Tsakiridis* har medverkat vid den slutliga handläggningen.

Eva Lindström

Erika Borgny

För kännedom:
HSAN
Socialstyrelsen

Innehåll

1	Inledning	11
1.1	Revisionsfrågor och granskningsnormer	12
1.2	Metod och avgränsning	13
2	Systemet för anmälningar av vårdskador	15
2.1	Vårdskador - definition och omfattning	15
2.2	Myndigheternas roll vid vårdskador	17
3	Anmälningssystemets framväxt	21
3.1	Nya perspektiv och ny kunskap har förändrat systemet för att anmäla vårdskador	21
3.2	Bildandet av HSAN	23
3.3	LYHS	29
3.4	Sammanfattande iakttagelser	29
4	Har HSAN fullgjort sina åtaganden med avseende på hanteringen av anmälningar av vårdskador?	31
4.1	HSAN:s hantering av anmälningar	32
4.2	HSAN informerar inte patienter om vad partsrollen innebär	36
4.3	Faktorer som försvårar en anmälan	36
4.4	Sammanfattande iakttagelser	39
5	Har Socialstyrelsen fullgjort sina åtaganden med avseende på hanteringen av anmälningar av vårdskador?	41
5.1	Uppföljning av om patienterna medverkat i lex Maria-anmälningar	43
5.2	Återföring av kunskap om vårdskador till hälso- och sjukvården	44
5.3	Sammanfattande iakttagelser	48
6	Har regeringen fullgjort sina åtaganden med avseende på hanteringen av anmälningar av vårdskador?	51
6.1	Obalans mellan patienter och vårdgivare	51
6.2	Nuvarande regering	51
6.3	Tidigare regeringar	52
6.4	Sammanfattande iakttagelser	56
7	Slutsatser och rekommendationer	57
7.1	Svårt för patient att vara part i HSAN	58
7.2	Socialstyrelsen saknar nationell bild av vårdskadeanmälningar	61
7.3	Regeringen bör uppmärksamma att anmäld vårdpersonal kan behandlas olika	62
	Käll- och litteraturförteckning	65
	Bilaga 1. Befolkningens, patienters och vårdskadades kunskaper om anmälningar av vårdskador	69
	Bilaga 2. Granskning av HSAN:s handläggning av anmälningar av vårdskador	79

Sammanfattning

Riksrevisionen har granskat om regeringen, Socialstyrelsen och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) gör vad som åligger dem när det gäller hanteringen av anmälningar av vårdskador. HSAN:s uppgift är att efter anmälan utreda om vårdpersonal kan ställas till svars för att ha åsidosatt sina skyldigheter i yrkesutövningen. Socialstyrelsen är nationell tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvården.

Riksrevisionens bedömning är att HSAN i formell mening fullgjort sitt åtagande utifrån lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS). I Riksrevisionens granskning har inte ingått att bedöma kvaliteten i fattade beslut ur ett juridiskt perspektiv. Utöver HSAN:s åtaganden enligt LYHS har Riksrevisionen granskat hur HSAN hanterar processen kring vårdskadeanmälningar och iakttagit följande brister.

Regeringen borde ha informerats tidigare om tillämpningsproblemen

Inför bildandet av HSAN förutsatte socialutskottet att inte alltför stora krav skulle ställas på den enskilde när det gäller utformningen av anmälningens innehåll (SoU 1979/80:16). Många patienter klarar inte av de krav som anmälningssystemet ställer. En femtedel av patienterna har problem med att peka ut vem anmälan riktar sig emot. HSAN kan enligt egen utsago inte på något sätt hjälpa dessa patienter, även om det i vissa fall är sannolikt att en disciplinpåföljd skulle delas ut. Problemen har funnits sedan år 1994 då kravet på att peka ut en viss person tillkom. HSAN borde ha informerat regeringen tidigare om problemen. Inte förrän år 2006 lämnade HSAN en skrivelse till regeringen som beskrev de praktiska svårigheterna med att tillämpa dagens anmälningssystem.

Information om vad partsställning innebär saknas i HSAN:s information

Kraven på en anmälan är högt ställda. Det är bara den yrkesutövare som anmälts och bara den vård som anmälts som kan bli föremål för HSAN:s prövning. Den som anmäler blir part i ärendet, den som är anmäld blir motpart. HSAN varken kan eller ska hjälpa den ena parten framför den andra. Detta innebär att den som gör en anmälan inte kan förvänta sig att HSAN gör en egen utredning för att fastställa fel och ansvar när anmälan är felaktig. HSAN begär dock komplettering från parterna. Information om anmälarens partsställning och hur långt HSAN:s utredning sträcker sig saknas på anmälningsblanketten och på HSAN:s hemsida. Ökad förståelse för innebörden av att vara part skulle kunna medföra att patienter blev mer noggranna i sina egna efterforskningar i anmälningsärendet. Om HSAN informerat tydligare skulle sannolikt färre felaktiga anmälningar inkomma till HSAN, och dessutom skulle sannolikt det stora antalet kompletteringar som myndigheten ägnar sig åt minska.

HSAN borde hänvisat fler felaktigt inkomna ärenden

En femtedel av anmälarna har vänt sig till fel instans. De andra instanserna är huvudsakligen patientnämnderna, patientförsäkringen samt Socialstyrelsen. Andelen är underskattad, eftersom många tar upp flera ärenden i en anmälan. Om resultatet räknas upp till det totala antalet anmälningar som HSAN hanterar, innebär det att drygt 800 anmälningar skickats till fel instans. HSAN har hänvisat drygt 100 av dessa till rätt instans.

Socialstyrelsen saknar nationell bild av vårdskadeanmälningar

Lex Maria är en bestämmelse som innebär att vårdgivarna har en skyldighet att anmäla till Socialstyrelsen om en patient i samband med hälso- och sjukvård drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom. Socialstyrelsen har sedan till uppgift att utreda och besluta i ärendet. Syftet med lex Maria är att utreda händelsen för att på olika sätt förhindra att den upprepas. Ett annat syfte är att den patient som drabbats genom utredningen får kännedom om vad som inträffat. Riksrevisionens granskning

visar att Socialstyrelsen inte har gjort någon uppföljning av i vilken uträkning patienter eller deras närstående lämnats tillfälle att beskriva det inträffade i lex Maria-anmälningar. Riksrevisionen har sammanställt uppgifter från Socialstyrelsen och funnit att i cirka 40 procent av lex Maria-anmälningarna saknas uppgifter från hälso- och sjukvården om patienter getts tillfälle att lämna sin version av det inträffade.

Socialstyrelsen ska särskilt svara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling i vård och omsorg. Socialstyrelsen har i sitt arbete med att återföra kunskap till hälso- och sjukvården inte använt sig av den information om vårdskador som finns i patientanmälningar, det vill säga de anmälningar som HSAN och patientnämnderna förmedlar till myndigheten. I Socialstyrelsens arbete med att återföra kunskap om vårdskador till hälso- och sjukvården används endast lex Maria-ärenden. I och med att anmälningar från patienter inte används finns risk för att kunskap går förlorad som kan vara av betydelse i det förebyggande arbetet.

Socialstyrelsen har sedan år 2004 upphört att genomföra nationella sammanställningar av patientnämndernas verksamhet. Detta medför att varken myndigheten själv, hälso- och sjukvården eller regering och riksdag kan få en helhetsbild av vilka klagomål patienter lämnat till nämnderna.

Regeringen bör uppmärksamma risker för olika behandling av vårdpersonal

Riksrevisionen har uppmärksammat att den tidigare regeringen gett Socialstyrelsen ett mycket stort handlingsutrymme att påverka arbetssättet inom anmälningssystemet. Riktningen har gått från ett individriktat synsätt mot ett mera systemriktat synsätt. Fel beror enligt det systemriktade synsättet snarare på brister i vårdens organisation, regler och arbetsformer än på att individer handlat fel. Med detta som bakgrund har Socialstyrelsen i allt färre fall ansett att det finns skäl att anmäla vårdpersonal till HSAN för disciplinpåföljd.

Enligt Riksrevisionen finns det risk för att vårdpersonal i vissa fall inte anmäls till HSAN trots att de kan ha gjort sig skyldiga till något som enligt HSAN skulle ha kunnat innebära disciplinpåföljd. Riksrevisionen anser att regeringen överlätit frågor till myndigheterna som under 1990-talet varit föremål för statliga offentliga utredningar, politisk diskussion och beslutsfattande.

Rekommendationer

Riksrevisionen lämnar följande rekommendationer.

- Riksrevisionen rekommenderar regeringen att verka för att patientens möjligheter att få sitt ärende prövat i HSAN förbättras. Regeringen bör därför överväga att föreslå att riksdagen mildrar kravet i LYHS, på att patienten ska peka ut vilken person som var ansvarig för den vård som anmäls.
- HSAN föreslås få ett större ansvar för att utreda frågan om vem som varit ansvarig för vården, bland annat genom att utifrån anmälan göra efterforskningar inom hälso- och sjukvården om vem den ansvarige var.
- HSAN bör inom ramen för nuvarande lagstiftning hänvisa felaktigt inkomna ärenden till rätt instans.
- HSAN bör i sina informationsmaterial till patienter samt på hemsidan informera anmälare om vad partsrollen innebär.

För att brister i uppföljningen av vårdskador ska kunna åtgärdas och det förebyggande arbetet mot vårdskador därmed förbättras lämnar Riksrevisionen följande rekommendationer.

- Riksrevisionen anser att Socialstyrelsen ska säkerställa att patienten ges tillfälle att ge sin version vid lex Maria-änmälningar.
- Socialstyrelsen bör återföra kunskap till hälso- och sjukvården om vårdskador som bygger på patienters anmälningar till HSAN och till patientnämnderna.

För att säkerställa likabehandling av vårdpersonal ger Riksrevisionen regeringen följande rekommendation.

- Regeringen bör ge ett tilläggsdirektiv till den pågående utredningen Patientsäkerhet och tillsyn m.m. (dir 2007:57) att uppmärksamma de konsekvenser som Socialstyrelsens ändrade praxis innebär när det gäller lex Maria-ärenden som skickas till HSAN. Denna ändrade praxis får till följd att vårdpersonal riskerar att behandlas olika beroende på om de anmäls till Socialstyrelsen eller HSAN.

1 Inledning

Patienter som är missnöjda med vård och behandling kan klaga hos fyra instanser. Patientnämnderna och Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF) är klagomålsinstanser inom landstingen. Socialstyrelsen och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) är de statliga myndigheter som tar emot klagomål på vården.

HSAN prövar om yrkesutövare inom hälso- och sjukvården gjort sig skyldiga till fel i sin yrkesutövning. HSAN kan utdöma påföljder till enskilda yrkesutövare, bland annat varning. HSAN tar emot cirka 4 000 anmälningar per år, varav en tiondel leder till påföljd.

Socialstyrelsen är tillsynsmyndighet inom hälso- och sjukvården och har även rätt att anmäla ärenden till HSAN. Socialstyrelsen tar också emot anmälningar från vårdgivare enligt lex Maria, cirka 1 400 årligen.

Riksrevisionen har granskat hela det statliga område som handlägger och styr möjligheterna att framföra klagomål på vården. Vår granskning omfattar därför HSAN, Socialstyrelsen och regeringen. Föreliggande granskning bygger på en förstudie som Riksrevisionen genomförde hösten 2006.

En utgångspunkt i Riksrevisionens granskning är att vissa förutsättningar krävs för att det statliga systemet för anmälningar ska fungera. De patienter som råkat ut för vårdskador måste ha kännedom om att de kan anmäla skadan och om hur man anmäler en vårdskada. De måste även ha möjlighet att få sin anmälan prövad av HSAN eller Socialstyrelsen. Kunskapen som byggs upp till följd av anmälningarna ska också kunna spridas till vården för att misstag ska kunna undvikas i framtiden.

Enligt HSAN:s instruktion ska myndigheten genom sin verksamhet medverka till att stärka patientsäkerheten inom hälso- och sjukvården inklusive tandvården. Av den förstudie som låg till grund för denna granskning framgår att en stor del av de anmälningar som inkommer till HSAN lämnas utan åtgärd eller avvisas. Enligt HSAN kan de klagande patienterna ibland inte hantera rollen som part¹. Partsrollen innebär att den anmälande själv styr sitt anmälningsärende både i HSAN och vid överklagande i förvaltningsdomstol. HSAN har enligt lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område skyldighet att tillse att varje ärende blir tillräckligt utrett. Inför bildandet av HSAN förutsatte riksdagens socialutskott att inte alltför stora krav skulle ställas på den enskilde när det gäller utformningen av anmälningsinnehåll.²

¹ Hemställt till regeringen 2006-06-08.

² SoU 1979/80:16.

Socialstyrelsen ska enligt myndighetens instruktion särskilt svara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling i hälso- och sjukvården. I förstudien framgår att Socialstyrelsen i låg utsträckning tar till vara de kunskaper man fått rörande beslut om disciplinpåföljder av felbehandlingar.

1.1 Revisionsfrågor och granskningsnormer

Revisionsfråga:

Har regeringen, Socialstyrelsen och HSAN gjort vad som åligger dem när det gäller hanteringen av anmälningar av vårdskador?

Delfrågor:

- Har de medborgare som får vård tillräcklig kunskap om hur man anmäler en vårdskada?
- Har regeringen arbetat aktivt med frågan om vårdskadeanmälningar?
- Har HSAN hanterat anmälningar av vårdskador på ett korrekt sätt?
- Har Socialstyrelsen hanterat anmälningar av vårdskador på ett korrekt sätt?
- Samverkar HSAN och Socialstyrelsen effektivt om anmälningar av vårdskador?
- Sprider HSAN och Socialstyrelsen information till hälso- och sjukvården om vårdskador på ett ändamålsenligt sätt?

Normer

Riksrevisionen har utgått från följande normer i bedömningen av hur väl regeringen, Socialstyrelsen och HSAN uppfyller sina åtaganden vad gäller hanteringen av anmälningar av vårdskador. Det statliga systemet för anmälan av vårdskador är reglerat i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS). Dessutom utgår Riksrevisionen från förvaltningslagen (1986:223) och regeringsformen. Även myndigheternas regleringsbrev, föreskrifter, instruktioner och årsredovisningar är utgångspunkter i granskningen.

Andra utgångspunkter är riksdagsbeslutet som låg till grund för HSAN:s bildande och olika förarbeten till den lagstiftning som reglerar HSAN:s och Socialstyrelsens verksamhet.

1.2 Metod och avgränsning

För att kartlägga handläggningsprocessen i HSAN har Riksrevisionen granskat 200 av HSAN:s akter med utgångspunkt från de beslut myndigheten har fattat med anledning av anmälningarna. Anmälningar och beslut har granskats utifrån en granskningsmall. Materialet har registrerats, bearbetats och analyserats inom Riksrevisionen. Ett obundet slumpmässigt urval gjordes av samtliga anmälningar år 2005. Statisticon AB gjorde urvalet.

Riksrevisionen har också intervjuat representanter för de granskade myndigheterna och regeringen. Riksrevisionen har också gått igenom relevant riksdagstryck, årsredovisningar, instruktioner med mera.

Riksrevisionen har låtit Sifo fråga 1 000 slumpmässigt utvalda personer bosatta i Sverige om de vet till vilken instans de kan vända sig i händelse av en vårdskada. En jämförelse har gjorts mellan patienter, vårdskadade och befolkningen i stort.

2 Systemet för anmälningar av vårdskador

Anmälningar av vårdskador, hanteringen av avvikelser och klagomål på vårdpersonal i hälso- och sjukvården berör såväl statliga myndigheter som landstingsdrivna och landstingsanknutna verksamheter. Detta kapitel ger en överblick av vilka offentliga aktörer som på ett eller annat sätt ska hantera dessa uppgifter.

2.1 Vårdskador - definition och omfattning

En vårdskada definieras av Socialstyrelsen som lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakas av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd.³

Det saknas i dag kunskap om hur många vårdskador som årligen inträffar i Sverige. Socialstyrelsen genomför för närvarande en nationell undersökning av hur vanligt det är med vårdskador. Socialstyrelsen har bedömt, utifrån internationella studier, att nästan var tionde patient som vårdas på sjukhus får någon typ av vårdskada. För patienten kan det bland annat innebära förlängd vårdtid, återinläggning, sårinfektioner och läkemedelsbiverkningar. År 2002 fick cirka 865 000 patienter vård vid 1,4 miljoner vårdtillfällen inom slutenvård.⁴ Därtill kommer besök inom öppenvård, hemsjukvård och övrig verksamhet, till exempel tandvård, rådgivning, ambulanssjukvård och apotek. År 2003 arbetade drygt 300 000 personer inom hälso- och sjukvården i Sverige.

Riksrevisionen har via Sifo genomfört en telefonundersökning för att uppskatta hur många som känner till olika instanser som hanterar vårdskador samt för att få kunskap om hur många som upplever att de skadats i vården.

Riksrevisionens undersökning utgår från vad individer svarat i en telefonundersökning. Den riktar sig till ett representativt urval i befolkningen och inkluderar all vård, såväl slutenvård som öppenvård. De siffror som Socialstyrelsen använder utgår från uppgifter i internationella undersökningar som gjorts vid sjukhus. I dessa undersökningar har man utgått från journaler och inte, som i Riksrevisionens undersökning, från patientupplevda vårdskador. Detta innebär att Riksrevisionens undersökning inte är direkt jämförbar med Socialstyrelsens uppgifter. Nedan redovisas resultat från Riksrevisionens undersökning.

³ SOSFS 2005:12.

⁴ Utveckling i svensk hälso- och sjukvård. Stockholm. Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet, 2004.

Hur många har drabbats av vårdskada enligt egen utsago?

Tre procent i befolkningen över 15 år uppger sig ha drabbats av skada till följd av vård under de tre senaste åren. Bland kvinnor är andelen fyra procent och bland män två procent. Tre procent av de svarande motsvarar 225 000 personer i befolkningen. Utslaget på tre år blir det cirka 75 000 vårdskador per år.

Hur många har anmält en vårdskada?

Ett tydligt resultat från Riksrevisionens undersökning är att flertalet av dem som råkat ut för en vårdskada också lämnar in någon form av klagomål. Tre procent av befolkningen har anmält en vårdskada under de tre senaste åren. Utslaget på tre år blir det cirka 75 000 anmälningar eller klagomål per år. Det vanligaste tillvägagångssättet är att man vänder sig till den klinik, vårdcentral eller sjukhus som utförde vården.

Fakta om anmälningar och klagomål inom vården

Ser man till statistik över antalet anmälningar till HSAN, Socialstyrelsen, LÖF och patientnämnderna blir siffrorna lägre än i vår undersökning. Förklaringen är att vår undersökning även mätt klagomål där patienten vänt sig till vårdgivaren direkt.

Hur många vårdskador eller klagomål anmäldes 2005?

HSAN	4 102 ⁵
Socialstyrelsen	
Lex Maria	1 044 ⁶
Enskilda	1 068 ⁷
LÖF	9 560 ⁸
Patientnämnden	22 610 ⁹

Totalt handlar det om drygt 38 000 ärenden där patienter klagat på vård eller bemötande vid vård till olika klagomålsinstanser. Eftersom samma händelse kan vara anmäld till olika instanser är totalsiffran svårtolkad. Socialstyrelsens uppfattning är att mörkertalet är stort, det vill säga antalet anmälningar är lägre än antalet inträffade händelser som leder till vårdskador eller medför risk för vårdskador.¹⁰

5 Årsredovisning 2006. Hälso- och sjukvårdens årsredovisning.

6 Tillsynsavdelningens verksamhetsberättelse 2005. Socialstyrelsen.

7 Tillsynsavdelningens verksamhetsberättelse 2005. Socialstyrelsen.

8 Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag. Uppgifter på hemsidan.

9 Ej publicerad uppgift från Socialstyrelsen. Rör år 2005.

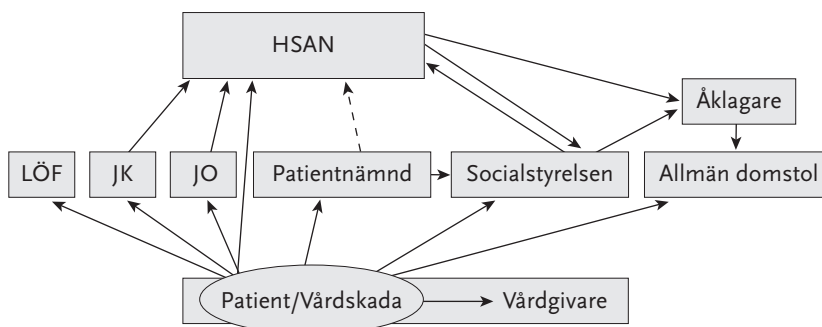
10 Hälso- och sjukvårdsrapport 2005. Socialstyrelsen.

2.2 Myndigheternas roll vid vårdskador

Syftet med att anmäla en vårdskada varierar. När patienter eller närstående anmäler kan behoven vara ekonomisk ersättning, upprättelse eller önskemål om att det inträffade inte ska upprepas. När en myndighet anmäler en vårdskada till en annan myndighet kan det handla om att lära sig av det inträffade, att kräva påföljd för hälso- och sjukvårdspersonal men också att skapa klarhet i vad som faktiskt inträffat för den drabbade patienten.

Det finns ett antal offentliga instanser inom området, och alla har olika roller beroende på vilket syfte vårdskadeanmälan har. Bilden nedan illustrerar översiktligt de olika myndigheternas relationer till varandra.

Figur 1



Vårdgivarna: landstingen

Det är främst landstingen, det vill säga sjukvårdshuvudmännen, som har ansvaret att tillhandahålla en säker hälso- och sjukvård. Deras ansvar regleras i lagar, föreskrifter och allmänna råd. Den övergripande regleringen av landstingens ansvar finns i hälso- och sjukvårdslagen, i vilken det fastställs att kvaliteten i hälso- och sjukvårdsverksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.¹¹ Därtill har Socialstyrelsen beslutat om föreskrifter och allmänna råd som anger att det ska finnas kvalitetssystem i hälso- och sjukvården med tillhörande rutiner för lokal avvikelshantering.¹² Inom ramen för vårdgivarnas ansvar att tillhandahålla system för avvikelser hanteras varje år ett stort antal vårdskador och tillbud.

I händelse av allvarlig skada eller risk för allvarlig skada har vårdgivarna en skyldighet enligt lex Maria att anmäla det inträffade till Socialstyrelsen.¹³ Syftet med lex Maria är att utreda händelsen för att på olika sätt förhindra att den upprepas. Ett annat syfte är att den patient som drabbats genom utredningen får kännedom om vad som inträffat.

¹¹ 31 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

¹² SOSFS 2005:12.

¹³ 7 kap. 1 § SOSFS 2005:28.

Socialstyrelsen

All personal inom hälso- och sjukvården står under Socialstyrelsens tillsyn. Tillsynen syftar främst till att förebygga skador och eliminera risker i hälso- och sjukvården. I händelse av att Socialstyrelsen i sin tillsynsverksamhet finner att en yrkesutövare inom hälso- och sjukvården begått ett allvarligt fel kan också detta leda till att myndigheten anmäler ärendet till HSAN.

En lex Maria-anmälan till Socialstyrelsen kan i sin tur leda till att Socialstyrelsen beslutar om att göra en anmälan till HSAN. Anmälningsskyldigheten enligt lex Maria regleras i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.¹⁴

Vem som helst har också rätt att rikta klagomål mot vårdpersonal till Socialstyrelsens regionala tillsynskontor. Socialstyrelsen benämner dessa ärenden ”anmälan från enskild” och även dessa ärenden kan leda till en anmälan till HSAN.

HSAN

En anmälan till HSAN kan göras om en patient eller dennes närstående anser att en yrkesutövare inom hälso- och sjukvården bör få en disciplinär påföljd för att ha åsidosatt sina skyldigheter i yrkesutövningen i samband med behandling eller vård. HSAN kan vid patientanmälningar besluta om att yrkesutövaren ska få disciplinpåföljd. Socialstyrelsen kan i sina anmälningar till HSAN även begära begränsningar i yrkesutövarens behörighet.

HSAN har rätt att överlämna en anmälan om vårdskada till åklagare för att denne ska bedöma om ärendet ska leda till åtal. HSAN kan även överlämna andra misstankar om brott än sådana som gäller vårdskador, till exempel framkallande av fara för annan och brott mot tystnadsplikten. Detta kan dock enbart göras i de fall där vårdpersonal skäligen kan misstänkas för att i yrkesutövningen ha begått ett brott som kan leda till fängelse.¹⁵ Om vårdskadeanmälan ingår i en brottmålsprocess måste HSAN invänta beslut i allmän domstol innan prövning kan påbörjas eller återupptas. I händelse av en fällande dom i allmän domstol ska HSAN inte pröva ärendet. Vad som beskrivits ovan regleras i lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.¹⁶

HSAN har enligt sin instruktion ett ansvar för att underrätta Socialstyrelsen om innehållet i en anmälan när det kan ha betydelse för Socialstyrelsens verksamhet att ha kännedom om anmälan samt om innehållet i de slutliga beslut som nämnden meddelar.¹⁷

¹⁴ SOSFS 2005:28.

¹⁵ 7 kap. 20 § och 6 kap. 19 § LYHS.

¹⁶ LYHS.

¹⁷ 10 § förordningen (1996:571) med instruktion för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Riksdagens ombudsmän och Justitiekanslern

Vem som helst kan anmäla en vårdskada till Riksdagens ombudsmän (JO) eller Justitiekanslern (JK). Enligt dessa myndigheters regelverk behöver det inte enbart vara en angelägenhet för den det berör eller dennes närstående, utan alla har rätt att göra en anmälan. JO och JK har till uppgift att pröva om det finns skäl att i efterhand rikta kritik mot ansvariga tjänstemän eller befattningshavare. JO och JK får dock inte ändra ett beslut. Bestämmelser om rätten för JO och för JK att göra en anmälan till HSAN i behörighetsärenden och disciplinärenden återfinns i 6 § tredje stycket lagen med instruktion för JO och i 6 § lagen om JK:s tillsyn.

Landstingets ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF)

LÖF är ett för samtliga landsting, Region Skåne, Västra Götalandsregionen och Gotlands kommun gemensamt försäkringsbolag som i enlighet med patientskadelagen¹⁸ administrerar ärenden om patientskadeersättning. Om en patient drabbats av en skada i samband med offentlig hälso- och sjukvård har patienten rätt att i en skadeanmälan begära ekonomisk ersättning från patientförsäkringen. Enligt patientskadelagen (1996:799) betalas ersättning ut om det föreligger övervägande sannolikhet för att skadan är orsakad av undersökning, vård eller behandling och att skadan hade kunnat undvikas. När en skada anmälts till patientförsäkringen utreds och bedöms den enligt de ersättningsbestämmelser och villkor som gäller i försäkringen.

Allmän domstol

En allmän domstol kan pröva ärenden som rör vårdskador i en brottmålsprocess. Allmänna domstolar kan även pröva tvistemål där patienten yrkar skadestånd, exempelvis om patienten inte är nöjd med ersättningen från patientskadeförsäkringen.

¹⁸ Patientskadelagen (1996:799).

Patient- och förtroendenämnderna

Patientnämnden är en från hälso- och sjukvården fristående och opartisk instans dit patienter, anhöriga och personal kostnadsfritt kan vända sig. Varje landsting och kommun ska ha en patientnämnd som utifrån synpunkter och klagomål ska stödja och hjälpa enskilda patienter. Patientnämndernas verksamhet regleras i lagen om patientnämndsverksamhet.¹⁹ Stödet från patientnämnder kan bl.a. innebära att patienter får hjälp att ta till vara sina intressen. Patientnämnder får inte själva anmäla ärenden till HSAN, men de kan ge patienter stöd och vägledning vid en anmälan.

Nämnderna ska lämna en årlig redogörelse till Socialstyrelsen för sin verksamhet. Det framgår av 4 § lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.

¹⁹ Lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.

3 Anmälningssystemets framväxt

Det pågår för närvarande en diskussion om det statliga anmälningssystem av vårdskador som är föremål för denna granskning. Diskussionen har förts inom vårdens organisationer men också i medierna. Socialstyrelsen och HSAN har framfört kritik som gäller såväl den nuvarande lagstiftningen som den egna verksamheten. Som svar på detta har regeringen våren 2007 tillsatt en utredning för att göra en översyn av lagstiftningen som omfattar tillsynen och ansvarssystemet inom hälso- och sjukvården.²⁰

Den pågående diskussionen är en konsekvens av att synen på patient-säkerheten gradvis har förändrats. Förändringen har bland annat inneburit att patientsäkerhetsarbetet alltmer utgår från ett förebyggande och lärande synsätt i stället för ett straffande. Till viss del handlar den pågående diskussionen om en grundläggande intressekonflikt mellan patienter och vårdpersonal som det nuvarande systemet skapades för att hantera. Ett motiv för att bilda HSAN var just att balansera patienternas rätt att få frågan om felbehandling prövad mot vårdpersonalens rätt att inte bli utsatt för oberättigade klagomål. I detta kapitel beskrivs därför bakgrunden till den nuvarande lagstiftningen och till de organisatoriska lösningar som valdes. De problem som beskrivs kommer sedan att ligga till grund för den fortsatta framställningen i rapporten.

3.1 Nya perspektiv och ny kunskap har förändrat systemet för att anmäla vårdskador

En ledande tanke i den pågående vårddebatten är att det individuella ansvarskravandet av vårdpersonal för vårdskador i princip bör avskaffas och ersättas av en förebyggande systemsyn.

Synen på patientanmälan förändras

Om individen tidigare sågs som orsaken till misstagen riktas nu intresset mot vårdens organisation, regler och arbetssätt. Även om kritiken mot det äldre synsättet var tydlig när anmälningssystemet reformerades åren kring

²⁰ Patientens rätt i vården, dir. 2007:57.

1980 är det först under 2000-talet som systemtänkandet fått sitt stora genombrott. Under senare år har exempelvis hållits nationella patientsäkerhetskonferenser anordnade av Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting samt LÖF.

Ett argument för ett lärande och systeminriktat synsätt är att det är viktigare att förhindra en framtida olycka än att utdöma straff för redan begångna misstag. Det bör emellertid noteras att motsvarande argument även använts till stöd för det individinriktade synsättet, nämligen att hot om straff ökar kunskapen om och respekten för gällande regler, och att detta har en preventiv verkan. Oberoende av hur man värderar dessa argument skiljer sig synsätten åt i ett viktigt avseende. Enligt det individinriktade synsättet behöver ansvarsutkrävande inte leda till förändringar av rutiner och regler eftersom det är bristen på regelefterlevnad som är problemet. Enligt det nu dominerande synsättet framstår det emellertid inte som meningsfullt att straffa individer om system som möjliggör misstag inte åtgärdas.

Handlingsprogram för ökad patientsäkerhet har beslutats av både FN:s världshälsoorganisation (WHO)²¹ och Europarådet²². Den förändring som under senare år har ägt rum i Sverige har också betydande likheter med den i våra nordiska grannländer.

Konsekvenserna av den förändrade synen

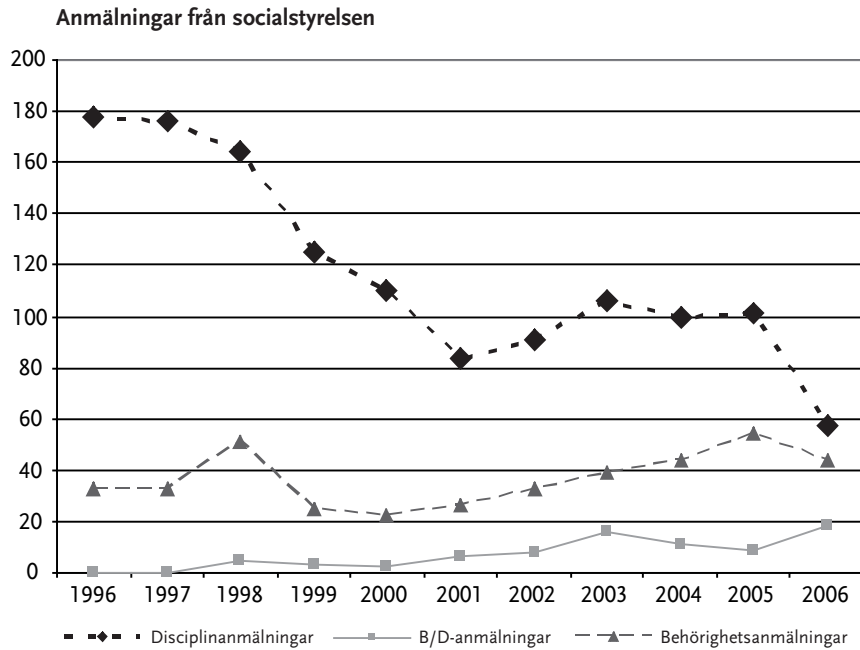
I dag är den dominerande ståndpunkten i vårddebatten att straff motverkar viljan att anmäla misstag och att detta leder till att informationsinhämtningen begränsas. Därför anses att anmälan bör medföra strafffrihet. Detta är också Socialstyrelsens ståndpunkt. Ett annat inslag i det förändrade synsättet är att Socialstyrelsen förväntar sig att vården uppfyller sin skyldighet att själv bedriva ett aktivt säkerhetsarbete och vidta åtgärder för att förhindra att misstag upprepas.²³ Vidtas sådana åtgärder anser Socialstyrelsen att lex Maria-anmälningar inte behöver föras vidare till HSAN. Styrelsens disciplin-anmälningar till HSAN har också under senare år minskat, vilket illustreras i nedanstående diagram.

²¹ World Alliance for Patient Safety: Forward Programme 2006-2007, WHO. www.who.int/patientsafety/en/.

²² Recommendation Rec(2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care, Adopted by the Committee of Ministers on 24 May 2006 at the 965th meeting of the Ministers' Deputies, www.coe.int.

²³ 3 kap. 3 § SOSFS 2005:28.

Diagram 1. Beskrivning av antalet ärenden som Socialstyrelsen överlämnat till HSAN mellan åren 1996 och 2006.²⁴



3.2 Bildandet av HSAN

HSAN bildades år 1980 genom att Medicinalväsendets ansvarsnämnd, som var en del av Socialstyrelsen, blev en självständig myndighet.

Förslaget att låta nämnden bli fristående från Socialstyrelsen byggde på Medicinalansvarskommitténs (MAK) betänkande Hälsa- och sjukvårdspersonalen²⁵ som anses ha lagt grunden till den moderna regleringen av yrkesverksamheten på hälso- och sjukvårdsområdet.²⁶ Genom bildandet av HSAN skapades en tydligare gränsdragning mellan å ena sidan den verksamheten som meddelar disciplinpåföljder och behörighetsinskränkningar och å andra sidan tillsynen över vården.

²⁴ B/D betyder att Socialstyrelsen lämnat alternativa yrkanden. Som regel yrkar de i första hand återkallelse av legitimation, men om detta inte godtas av HSAN yrkar de disciplinpåföljd, vanligtvis varning.

²⁵ SOU 1978:26.

²⁶ Johnsson, s. 19.

År 1980 - en brytpunkt

Det nya anmälningssystemet var bara en del av en större reformering av vårdens reglering. År 1982 ersatte hälso- och sjukvårdslagen (HSL),²⁷ som var en målinriktad ramlag, 1962 års sjukvårdslag.²⁸ HSL gav ett stort utrymme för landstingen att själva utforma vården efter regionala och lokala behov. Denna reformering hängde i sin tur samman med 1977 års kommunallag.²⁹

Viljan att vidga den kommunala handlingsfriheten kom också till uttryck i synen på den statliga tillsynen av vården samt regleringen av vårdpersonalens ansvar. Socialstyrelsens tillsyn skulle i huvudsak vara ett mjukt instrument och främst handla om att förmedla allmänna riktlinjer, erfarenhetsutbyte och rådgivning.³⁰ Tillsynen skulle utgöras av ett ömsesidigt samarbete och främst ses som ett bistånd och stöd till sjukhushuvudmännen.³¹ Därför ifrågasatte också Hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU)³² om syftet med en anmälan var ett disciplinärt straff. I stället ansåg utredningen att anmälningsskyldigheten främst borde vara ett uttryck för viljan att förebygga skada och förbättra sjukvårdens kvalitet. Den ansåg heller inte att en sådan bestämmelse hörde hemma i en hälso- och sjukvårdslag. Anmälningsskyldighet till polisen borde inte regleras i detta sammanhang.³³

Medicinalansvarskommitténs problembeskrivning

Även MAK:s förslag om HSAN och ny lagstiftning om vårdpersonalens ansvar motiverades med värderingsmässiga förskjutningar i samhället och strukturella förändringar vården genomgått. Den moderna vården hade inte bara inneburit medicinska framsteg utan hade också skapat en förtroendeklyfta mellan patienter och vårdpersonal. En kärnfråga för MAK blev därför hur patienternas intressen skulle balanseras mot vårdpersonalens.

Ur ett patientperspektiv hade det traditionella mötet med en eller flera läkare ersatts av en storskalig, tekniskt avancerad vård som bedrevs av lag bestående av läkare, sjuksköterskor och tekniker samt andra specialister som patienten inte kom i närmare kontakt med. Allt detta medförde en risk för att den personliga omvårdnaden om patienten blev lidande och att denne blev utlämnad till en svårförståelig vårdapparat. MAK framhöll att själva sjukhusmiljön, särskilt i de mycket stora och ofta på avstånd från hemorten belägna sjukhusen, kunde skapa en känsla av främlingskap hos patienten. Spänningen mellan efterfrågan och resurser medförde också svåra prioriteringar som patienten kunde ha svårt att förstå och acceptera.³⁴

27 SFS 1982:763.

28 SFS 1962:242.

29 SFS 1977:179.

30 Prop. 1981/82:97 s. 2, se även 18 § i lagförslaget.

31 Prop. 1981/82:97 s. 16.

32 SOU 1979:78.

33 Prop. 1981/82:97 s. 88.

34 SOU 1978:26, s. 113 f.

Även ur vårdpersonalens perspektiv hade denna utveckling skapat en osäkerhet genom att personalen ofta fick arbeta under svåra förhållanden och kunde bli utsatt för patienternas missnöje. Vårdarbetet gav lätt upphov till klagomål och misstänkliggöranden. Livsavgörande beslut måste många gånger fattas snabbt och under medvetet risktagande. Därför var ett visst utrymme för ursäktliga misstag nödvändigt, och personalen behövde skydd mot obefogade och grundlösa anklagelser.³⁵

Medicinalansvarskommitténs förslag

Utöver bildandet av HSAN föreslog MAK inrättandet av kommunala förtroendenämnder (senare ombildade till patientnämnder) som skulle avlasta HSAN genom att ta hand om ärenden som bättre sköttes lokalt. I direktiven till MAK hade påpekats att felaktiga anmälningar till ansvarsnämnden hade lett till långa handläggningstider: ”De innehåller [...] ofta förfrågningar av olika slag och synes ha sänts till ansvarsnämnden i avsaknad av annat lämpligt organ. Även det förhållandet att 85-90 procent av ärendena i den nuvarande ansvarsnämnden lämnats utan åtgärd eller avvisats tyder på att det finns behov av andra organ än en central ansvarsnämnd, till vilka klagomål och kritik kan kanaliseras.”³⁶ Som kommer att framgå av denna granskning är beskrivningen fortfarande giltig.

HSAN skulle överta Medicinalväsendets ansvarsnämnds rättskipande uppgifter. Men som framgått av MAK:s problemanalys var syftet med denna rättskipning inte bara att straffa, utan nämnden skulle också vara förtroendeskapande och verka närmast medlande mellan motstridiga intressen, något som innebar komplicerade avvägningsproblem. Å ena sidan skulle patienten få gehör för berättigade klagomål. Å andra sidan måste vårdpersonalens arbetsförhållanden och rättssäkerhet värnas. Argumenten för HSAN:s ställning, sammansättning och arbetsformer återspeglar detta avvägningsproblem.

- *Nämnden skulle vara fri från partsintressen och vara reaktiv.* Nämnden skulle stå fri i förhållande till de intressen som stod mot varandra i disciplinärenden. Nämndens oväld och objektivitet krävde också att den tidigare inte haft befattning med frågor den skulle pröva. Därför skulle den inte ta egna initiativ till ansvarsutkrävande utan endast agera efter anmälan.
- *Bred partsrepresentation skulle verka förtroendeskapande.* Friheten från partsintressen fick dock vägas mot andra intressen när nämndens sammansättning diskuterades.³⁷ Med hänsyn till den juridiska karaktären borde ordföranden – liksom tidigare i Medicinalväsendets ansvars-

³⁵ SOU 1978:26, s. 114.

³⁶ SOU 1978:26, s. 11.

³⁷ SOU 1978:26 avsnitt 10.6.3.

nämnd – vara domare och Socialstyrelsen skulle inte vara företräd. Det räckte heller inte med att nämnden var förtrogen med läkarnas arbetsområden, utan även andra grupper skulle få påverka sammansättningen. Kommittén lämnade här ett förslag som bland annat innebar att personalens fackliga organisationer fick förslagsrätt.³⁸

- *Patienten part i processen.*

Patienterna skulle ges en mer aktiv roll i processen. Enligt den då gällande rättsordningen var disciplinärenden en angelägenhet mellan arbetsgivaren och arbetstagaren. En patient hade anmälningsrätt men fick inte delta i förhandlingarna. Genom att göra anmälaren till part skulle denne bli delaktig i processen, få ta del av underlag och kunna föra sin egen talan.

- *Nämnden processledande.*

Nämnden skulle ha ansvar för att ett ärende blev uttömmande behandlat. För att det inte skulle uppstå tvekan om ansvarsnämndens processledande uppgifter borde officialprincipen slås fast genom särskild föreskrift.³⁹

- *Enkla regler för handläggningen.*

För att underlätta handläggningen skulle HSAN vara en förvaltningsmyndighet och inte en domstol. Därmed skulle ärendehandläggningen regleras av förvaltningslagen.

- *Rimliga krav på anmälningar.*

Kommittén diskuterade också vilka krav som kunde ställas på en patientanmälan. Diskussionen var delvis allmänt hållen. Men det fanns en betydande förståelse för de svårigheter en patient kunde ställas inför. I lagförslaget (25 §) stod dock bara att anmälan skulle ske skriftligt.

Kraven på anmälan till HSAN

I det ursprungliga lagförslaget angavs bara att anmälan skulle ske skriftligt. Men i propositionens specialmotiveringar till lagförslaget kommenterades frågan utförligt.⁴⁰ Sammanfattningsvis sas att en patient som hade genomgått en omfattande och komplicerad medicinsk behandling ofta saknade möjlighet att ange vari ett påstått fel bestått, hur det hade uppkommit och vem eller vilka som bar ansvaret. Därför räckte det med att anmälningen kunde vara en utgångspunkt för nämndens utredning. Framgick det av utred-

³⁸ SOU 1978:26 s. 121.

³⁹ Officialprincipen är en allmän rättsgrundsats inom förvaltningsrätten och innebär att förvaltningsmyndigheter och domstolar har ett ansvar för att utreda de ärenden som de handlägger. Någon explicit reglering av officialprincipen hos förvaltningsmyndigheter finns inte i förvaltningslagen (1986:223). I fråga om förvaltningsdomstolarna stadgas i 8 § förvaltningsprocesslagen (1971:291, FPL) att rätten ska se till att ärendet blir så utrett som dess beskaffenhet kräver. Principen innebär att domstolen har huvudansvaret för utredningen och ska eftersträva en allsidig överblick över alla på målet inverkan förhållanden. Principens innebörd ska vara likadan hos förvaltningsmyndigheter och 8 § FPL ska där tillämpas analogt. *Offentligrättsliga principer* 2005, s. 169-172.

⁴⁰ Prop. 1978/79:220 s. 60 f.

ningen att felet hade begåtts av någon annan än den anmälde var ”nämnden oförhindrad att pröva frågan om ansvar för denne andre och att ålägga disciplinpåföljd. Anmälan fick dock inte vara för allmän utan måste innehålla uppgifter om att ett fel hade begåtts. Men var anmälan ofullständig, och kunde bristen avhjälpas på ett enkelt sätt, skulle ansvarsnämnden enligt 8 § förvaltningslagen⁴¹ ”vägleda anmälaren eller sökanden, om det behövs för att denne skall kunna ta tillvara sin rätt.⁴² Denna informationsskyldighet innebar också en skyldighet för nämnden att se till att en enskild anmälare inte förhindrades att få sin sak prövad därför att han inte tillräckligt preciserat avsikten med anmälan. Man antog att kompletteringar ofta kunde göras ”på ett informellt sätt genom exempelvis ett telefonsamtal”. För att det inte skulle råda någon tvekan om nämndens processledande uppgifter skulle det också slås fast att nämnden hade det fulla utredningsansvaret, att *official-principen* gällde.⁴³ Även socialutskottet gjorde en motsvarande markering i frågan och framhöll att inte alltför stora krav fick ställas på anmälaren. Det innebar att man inte kunde kräva att anmälan innehöll ett ansvarsutkrävande i snäv juridisk mening.⁴⁴

Kraven ses över

Frågan om kraven på en anmälan gav emellertid upphov till problem med bland annat långa handläggningstider under de följande åren. I början av 1990-talet bearbetades bestämmelserna om HSAN när disciplinpåföljdslagen⁴⁵ år 1994 ersatte (den äldre) tillsynslagen. Förslaget utarbetades av Tillsynsutredningen.⁴⁶ När det gällde kraven på anmälan föreslog Tillsynsutredningen ingen ändring. Men i ett delbetänkande hade Tillsynsutredningen påpekat att handläggningen av anmälningar ofta försenades därför att det var svårt att identifiera viktiga uppgifter, exempelvis vem och vad anmälingen gällde. Därför föreslog Tillsynsutredningen att HSAN skulle utarbeta informationsmaterial som i populär form informerade allmänheten om verksamheten och vilka uppgifter en anmälan till HSAN borde innehålla. Tillsynsutredningen ansåg också att särskilda anmälningsblanketter skulle utarbetas men tillade att användningen av blanketterna under inga omständigheter fick göras till ett krav.⁴⁷

I huvudbetänkandet föreslogs således ingen ändring av kraven på anmälan utan den tidigare praxisen beskrevs och bekräftades.

41 Observera att det är den äldre förvaltningslagen (1971:290) som avses.

42 Prop. 1978/79:220 s. 60 f.

43 Prop. 1978/79:220 s. 61.

44 SoU 1979/80:16 s. 11.

45 Lagen (1994:954) om disciplinpåföljd m.m. på hälso- och sjukvårdens område.

46 Huvudbetänkande: *Tillsynen över hälso- och sjukvården*, SOU 1991:63, delbetänkande: *Förenklad handläggning hos HSAN m.m.* SOU 1989:80.

47 SOU 1989:80 s 13.

Regeringen konstaterade dock att eftersom HSAN:s beslut var viktiga för anmälaren och den anmälda var det viktigt att "de formella kraven för nämndens handläggning är anpassade till nämndens behov.⁴⁸ Man påpekade att det saknades bestämmelser för vad en anmälan skulle innehålla och att det inte minst för den enskilde kunde vara till hjälp om det stod i lagen vad en anmälan skulle innehålla. Regeringen ansåg bland annat:

"En enskild som gör anmälan bör precisera vem det är han anmäler så att denne kan nås för en underrättelse om anmälan. Anmälningar bör så långt som möjligt utformas så att de innehåller specificerade anmärkningar mot en eller flera namngivna yrkesutövare och inte endast beskriver t.ex. en händelse eller åberopar det allmänna innehållet i en patientjournal. För detta talar främst de berörda yrkesutövarnas rättssäkerhetsintresse men också önskemålet om ett effektivt utnyttjande av HSAN:s kvalificerade resurser. Det kan dock inte alltid krävas att den enskilde skall lämna detaljerade uppgifter om den som anmäls. [- -] Uppgifterna måste dock vara så preciserade att den eller de anmälda går att identifiera. Vidare bör det naturligtvis framgå vad det är som anmälaren anser bör föranleda disciplinpåföljd, dvs. vad det är som han är missnöjd med. I de fall det vid utredningen i HSAN framkommer att någon annan än den eller de som anmäls ansvariga för ett begånget fel kan det föranleda Socialstyrelsen att vidta åtgärder eller att den enskilde anmälaren inkommer med en tilläggsanmälan."⁴⁹

Frågan om att specificera kraven på en anmälan till nämnden berördes inte av socialutskottet.⁵⁰ Ett enigt utskott hemställde att propositionen, med vissa ändringar, godkändes. I behandlingen i kammaren markerades att partierna strävat efter enighet, och kammaren biföll utskottets hemställan.⁵¹ Genom lagändring (SFS 1994:953) specificerades kraven för en anmälan. Bland annat skulle det framgå vilken anmärkning som riktades, och uppgift om vem anmälan var riktad mot krävdes.

48 Prop. 1993/94:149 s. 113.

49 Prop. 1993/94:149, s. 113.

50 1993/94:SoU26.

51 Prot. 1993/94:177 s. 38 f.

3.3 LYHS

Disciplinpåföljdslagen upphävdes och ersattes den 1 januari 1999 av lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS).

LYHS innehåller bl.a. bestämmelser om följande.

- Skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal.
- Behörighets- och legitimationsregler.
- Disciplinpåföljd och återkallelse av legitimation m.m.
- Socialstyrelsens tillsyn.
- HSAN:s verksamhet.
- Ansvarsbestämmelser, överklaganden m.m.

LYHS var huvudsakligen en redaktionellt motiverad⁵² sammanslagning av fem lagar. Utöver disciplinpåföljdslagen (1994:954) var de kvacksalverilagen (1960:409), behörighetslagen (1984:542), åliggandelagen (1994:953) och tillsynslagen (1996:786).⁵³

Krav på vården ur patientsäkerhetssynpunkt anges i LYHS. Formuleringarna är allmänna och principiella. I LYHS anges att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.⁵⁴ En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav.

I en kommentar till LYHS, Patientsäkerhet och vårdkvalitet i hälso- och sjukvården,⁵⁵ framhålls att förarbetena knappast ger någon vägledning till vad som menas med den i sammanhanget centrala formuleringen ”vetenskap och beprövad erfarenhet”. Praktiskt sett innebär detta, enligt författaren, att varje yrkesutövare ska använda de kunskaper som han eller hon fått under sin utbildning och som fortfarande gäller samt utnyttja erfarenheterna från praktiskt arbete.

3.4 Sammanfattande iakttagelser

Som framgått har systemet för anmälningar av vårdskador utvecklats under ett antal decennier. Lagstiftningen har vid ett flertal tillfällen ändrats. Men normer för systemet kan inte bara utläsas ur regleringen utan framgår även genom valet av organisatoriska lösningar. HSAN är den myndighet som kan utdöma påföljder i disciplinärenden. Socialstyrelsen har det övergripande ansvaret för att sprida kunskap till vården. Anmälningssystemet ska verka förtroendeskapande för både patienter och vårdpersonal. Därutöver finns också normer av betydelse i regleringen av vårdens verksamhet.

⁵² SOU 1996:138 s. 24.

⁵³ Här kan nämnas att åliggandelagen och disciplinpåföljdslagen hade ersatt den äldre tillsynslagen som hade utarbetats av MAK.

⁵⁴ 2 kap. 1 § LYHS.

⁵⁵ Lars-Åke Johansson (2002), *Patientsäkerhet och vårdkvalitet i hälso- och sjukvårde*. Thomson Fakta.

Även om synen på anmälningssystemet förändrats över åren kan ändå tre grundläggande uppgifter för systemet urskiljas. Utan inbördes rangordning ska anmälningssystemet vara *förtroendeskapande, lärande och förebyggande* samt kunna *utdela sanktioner*.

De tre uppgifterna är inte ömsesidigt uteslutande. Exempelvis kan sanktioner både bidra till ökad regelefterlevnad och stärka förtroendet för systemet. Likaså kan systemets förmåga att lära och förebygga verka förtroendeskapande.

I följande kapitel kommer olika problem med anmälningssystemet att belysas utifrån dessa tre motiv.

4 Har HSAN fullgjort sina åtaganden med avseende på hanteringen av anmälningar av vårdskador?

Handläggningen av ärenden i HSAN regleras i LYHS och förvaltningslagen (1986:223). En anmälan ska göras skriftligen till myndigheten och innehålla uppgifter bland annat om:

- vem anmälan gäller,
- den anmäldes yrke, adress och arbetsplats,
- vilken anmärkning som riktas mot den anmälda och de omständigheter som åberopas till stöd för anmälan.

HSAN ska se till att varje ärende blir tillräckligt utrett. I utredningen av ett ärende får HSAN bland annat förelägga hälso- sjukvårdspersonal att lämna in patientjournaler eller andra handlingar som behövs i ärendet. Om detta inte följs får nämnden utfärda ett föreläggande om vite, vilket sedan kan utdömas.

Ett beslut om disciplinpåföljd utdelas i form av erinran eller varning, varav varning är den allvarligaste. En disciplinpåföljd får utdelas om vårdspersonal uppsåtligt eller av oaktsamhet inte har följt de krav som finns reglerade i lag eller föreskrift och som har direkt betydelse för säkerheten i vården. HSAN:s åtgärd kan också resultera i att personalens behörighet begränsas, vilket sker genom återkallelse av legitimation, provotid eller begränsad förskrivningsrätt.

En aktstudie och en medborgarundersökning

För att besvara den övergripande revisionsfrågan, nämligen om HSAN gjort vad som åligger myndigheten vad gäller hanteringen av anmälan av vårdskador har en aktgranskning gjorts, där Riksrevisionen systematiskt gått igenom 200 av HSAN:s akter för att studera handläggningen inom HSAN (se bilaga 2). Ärenden som rörde tandvård lades åt sidan varför den faktiska aktgranskningen uppgick till 190 ärenden.

Därutöver har en medborgarundersökning gjorts för att belysa om vårdskadade, patienter och medborgare vet till vilken instans de ska vända sig vid en vårdskada (se bilaga 1).

Riksrevisionens utgångspunkter i granskningen har varit att ta reda på om HSAN fullgör sina åtaganden med avseende på hanteringen av anmälningar av vårdskador och om den enskilde vid en anmälan uppfyller de krav som ställs vid en anmälan. I Riksrevisionens granskning har inte ingått att bedöma kvaliteten i fattade beslut ur ett juridiskt perspektiv.

4.1 HSAN:s hantering av anmälningar

År 2006 inkom 4 100 ärenden till HSAN. Antalet ärenden har ökat konstant under den senaste femårsperioden; år 2002 uppgick ärendemängden till 3 227. Under åren 2002-2006 ledde en tiondel av ärendena till påföljd årligen, varav i genomsnitt nio procent var disciplinpåföljder och en till två procent behörighetsinskränkningar. Även andelen överklagade beslut har legat på en konstant nivå under den senaste femårsperioden; en fjärdedel av ärendena överklagas.

Riksrevisionen har kartlagt HSAN:s handläggning av ärenden. Riksrevisionen har bland annat granskat i vilken utsträckning HSAN hänvisar felaktigt inkomna ärenden till rätt instans och hur man hanterar ofullständiga ärenden.

Nedan beskrivs vilka beslut som togs i anmälningsärendena. Resultatet baseras på Riksrevisionens aktgranskning och är en sammanställning av hur HSAN motiverat sina beslut.

Tabell 1. Procentuell fördelning över vilka beslut ärenden i HSAN lett till.

Avslag	60%
Avvisat p.g.a. formellt fel	13%
Avvisat p.g.a. fel instans	6%
Avvisat p.g.a. preskription	6%
Avskrivet	5%
Erinran	5%
Varning	4%
Återkallelse av legitimation	1%
Begränsad förskrivningsrätt	1%
Prövotid	1%
Ärendet i domstol	1%
Totalt antal ärenden	190

En majoritet av besluten leder till avslag. Ungefär en tiondel av ärendena leder till någon form av påföljd. Övriga ärenden antingen avskrivs eller avisas. Riksrevisionen har undersökt hur många av HSAN:s beslut som överklagas till länsrätten och hur många av dessa beslut som ändras eller återförvisas. Efter beslut i HSAN överklagas många ärenden till länsrätten i Stockholms län. Enligt HSAN är det framför allt yrkesutövarna, det vill säga de som ålagts en disciplinpåföljd eller behörighetsinskränkning som överklagar besluten. Under år 2006 avgjordes 4 041 ärenden i HSAN varav 1 070 överklagades till länsrätten. I ett ärende kan flera personer åläggas en disciplinpåföljd.

Länsrätten kan återförvisa ärenden till HSAN om länsrätten anser att ärendena inte är tillräckligt utredda och ändra eller ta bort påföljden. Andelen återförvisade ärenden och ärenden som ändrats i sak av länsrätten uppgick under år 2006 till sju procent av de överklagade ärendena. Endast ett fåtal ärenden återförvisades till HSAN, och en majoritet av de ärenden som ändrades i sak fick en mildare grad av påföljd.

HSAN:s skyldighet att hänvisa ärenden till rätt instans

En förklaring till den stora andelen avvisade ärenden är att många skickar in anmälan till fel instans. Riksrevisionen har följt upp i vilken utsträckning HSAN hänvisat anmälaren till rätt instans. I förvaltningslagen finns en paragraf som berör myndigheternas serviceskyldighet (4 §). I den står det följande: "Om någon enskild av misstag vänder sig till fel myndighet, bör myndigheten hjälpa honom till rätta."

Riksrevisionen har undersökt i vilken utsträckning HSAN vidarebefordrar felaktigt inkomna ärenden. Exempel på felaktigt inkomna ärenden är patienter som begär ekonomisk ersättning som kompensation för en vårdskada, missnöje med ett utlåtande från en försäkringsläkare eller något annat som HSAN inte prövar. Varken i förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område eller i förordningen (1996:571) med instruktion för HSAN står det att 4 § i förvaltningslagen inte gäller för HSAN.

En femtedel av anmälningarna borde ha skickats till annan instans

Riksrevisionens bedömning efter att ha gått igenom akterna är att en femtedel av anmälarna har vänt sig till fel instans. Andelen är underskattad, eftersom många tar upp flera ärenden i en anmälan. Förutom en anmälan om till exempel en felbehandling kan anmälaren ta upp ett dåligt bemötande. Detta är anledningen till att nedanstående tabell innehåller en högre andel än 21 procent.

Riksrevisionen har också gjort en bedömning av till vilken instans anmälaren borde ha vänt sig utifrån HSAN:s beslut.

Tabell 2. Procentuell fördelning över till vilken instans anmälaren borde ha vänt sig.

Instans	
Patientnämnden	11%
Patientförsäkringen	6%
Socialstyrelsen	5%
Övrig	5%
Totalt antal	190

I sällsynta fall vidarebefordrar HSAN ärenden till en annan instans. Av de ärenden där anmälaren vänt sig till fel instans har HSAN hjälpt anmälaren till rätta i 19 procent (6 av 32 stycken) av ärendena. Om dessa resultat räknas upp till det totala antalet anmälningar som HSAN hanterar, innebär det att drygt 800 anmälningar skickats till fel instans. HSAN har hänvisat drygt 100 av dessa till rätt instans.

Samtliga ärenden som inkommit till fel instans avslås, avskrivs eller avvisas.

HSAN prövar inte alla ärenden

Ungefär en tredjedel av anmälningarna avskrivs eller avvisas på grund av formella fel, fel instans, preskription eller avskrivning. Många ärenden avvisas på grund av att HSAN endast prövar händelser som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen, lagen om omskärelse av pojkar samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel⁵⁶. Följande ärenden prövas inte av HSAN:

- Bemötande
- Ekonomisk ersättning
- Undersökning efter dödsfall
- Försäkringsläkare, läkarutlåtande

⁵⁶ 1 kap. 2 § i LYHS.

Frågorna om vem, vad, var och när måste kompletteras i 40 procent av anmälningarna

Nästan hälften (40 procent) av anmälningarna har av HSAN bedömts som ofullständiga. Bland anmälningar som rör psykiatriska besvär bedöms 60 procent som ofullständiga. I 38 procent av samtliga ärenden har HSAN begärt komplettering i enlighet med 7 kap. 9 § LYHS. Nedan beskrivs vad som behöver kompletteras enligt HSAN. "Annan uppgift" innebär vanligen att fullmakt saknas. I många ärenden saknades flera uppgifter.

Tabell 3. Beskrivning över vad som behöver kompletteras i de ofullständiga anmälningarna.

Uppgift som behöver kompletteras	
Uppgift om när behandlingen ägt rum	13%
Uppgift om i vilket avseende behandlingen varit fel	23%
Uppgift om vem anmälan riktar sig mot	21%
Uppgift om var behandlingen ägt rum	9%
Annan uppgift om ofullständig anmälan	12%

Anmälarna har störst problem med att redogöra för i vilket avseende behandlingen varit felaktig och vem anmälan riktar sig mot.

I Riksrevisionens aktgranskning framkom att ytterst få ärenden där HSAN har begärt komplettering leder till någon påföljd. Andelen är betydligt mindre än där myndigheten inte begärt komplettering. Dessutom avvisas en tredjedel av de ärenden där man begärt komplettering på grund av formellt fel. HSAN ska se till att varje ärende blir tillräckligt utrett, men överflödiga utredningar ska avvisas. Bestämmelsen om överflödiga utredningar har tillkommit för att förhindra en onödigt långdragen handläggning och syftar med andra ord till rationalitet och begränsning av kostnaderna.⁵⁷

I en fjärdedel av samtliga ärenden inkommer anmälaren med kompletterande uppgifter. De 15 procent som inte inkommer med komplettering efter begäran avskrivs i mycket hög utsträckning.

Riksrevisionen konstaterar att HSAN följer de krav på handläggning som LYHS anger. Om anmälningar är så ofullständiga att de inte kan ligga till grund för prövning i sak förelägger HSAN anmälaren att inom en viss tid komma in med kompletterande uppgifter.

57 Lars-Åke Johansson Patientsäkerhet och vårdkvalitet i hälso- och sjukvården 2002.

4.2 HSAN informerar inte patienter om vad partsrollen innebär

Partsrollen har inneburit problem för patienter som anmält vårdpersonal till HSAN. Problemen indikerar att patienterna inte fullt ut förstått innebörden i partsställningen. Information om partsställning saknas på HSAN:s hemsida och i anmälningsblanketten, som är HSAN:s viktigaste informationskanal till de patienter som vill anmäla en vårdskada. Partsrollen innebär att anmälaren själv styr sitt anmälningsärende. Det är bara den yrkesutövare som blivit anmäld och bara den vård som anmäls som kan bli föremål för HSAN:s prövning. HSAN varken kan eller ska hjälpa den ena parten framför den andra.

4.3 Faktorer som försvårar en anmälan

Kunskaper om anmälningssystemet

Det finns i dag fyra olika instanser dit patienter huvudsakligen vänder sig för att på olika sätt klaga på vård och behandling. De olika instanserna arbetar efter helt olika utgångspunkter och lagstiftning. Patienten måste själv avgöra vad han eller hon vill uppnå med en anmälan. Är det att utreda en skuldfråga för att få till stånd en påföljd, är det att få ekonomisk ersättning, är det att få hjälp inom hälso- och sjukvården eller är det att försäkra sig om att en händelse inte inträffar igen? Efter att ha fattat beslut om till vilken instans man ska vända sig kan patienten skicka en anmälan eller klagomål till HSAN, LÖF, Patientnämnden eller Socialstyrelsen.

Ett tydligt resultat av vår granskning är att de som råkat ut för en vårdskada faktiskt framför någon form av klagomål. Bland de vanligaste tillvägagångssätten är att man vänder sig till den klinik, vårdcentral eller sjukhus som utförde vården.

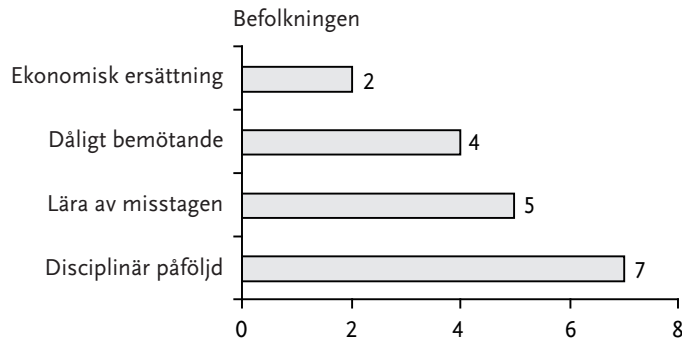
Kunskapen lika låg bland patienter och vårdskadade som hos befolkningen

Generellt är kunskapen om till vilken instans, utöver vården, vårdskadade ska vända sig i olika situationer mycket låg, men den är lika låg bland dem som varit i kontakt med vården som bland dem som drabbats av en vårdskada.

Riksrevisionen har uppdragit åt Sifo att ställa frågor till befolkningen om vilka kunskaper de har om systemet för anmälningar av vårdskador. Filterfrågor har ställts för att kunna jämföra grupperna patienter och vårdskadade

med den övriga befolkningen. En utförlig beskrivning av resultaten ges i bilaga 1. Nedan ges en översiktlig bild av i vilken utsträckning befolkningen kände till de olika instanserna.

Diagram 2. Procentuell fördelning över andel personer i befolkningen som angav rätt instans för att uppnå ett visst syfte med en anmälan.

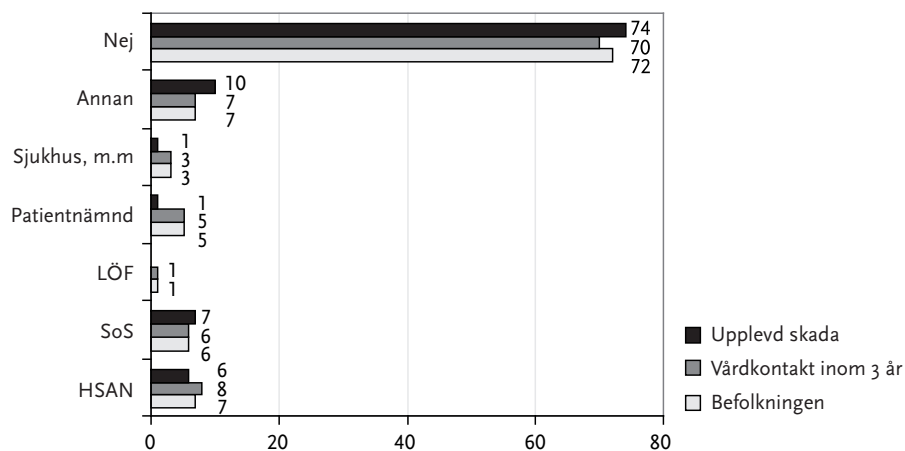


Av ovanstående diagram framgår det att HSAN var den myndighet som var mest känd och LÖF den som var minst känd.

Kännedom om HSAN - när patienten vill anmäla en läkare eller annan sjukvårdspersonal

I nedanstående diagram redovisas till vilken instans grupperna befolkningen respektive patienter och vårdskadade skulle vända sig om de ville att en varning eller erinran skulle delas ut.

Diagram 3. Procentuell fördelning över hur stor andel som skulle vända sig till olika instanser för att få en disciplinpåföljd utdelad. Nej innebär att man inte känner till vilken instans man ska vända sig till.



Det är endast HSAN som kan utdela disciplinära påföljder. Det rätta svaret på denna fråga är alltså HSAN. De tre gruppernas svar är mycket lika och varierar mellan sex och åtta procent.

I befolkningen finns det en signifikant skillnad mellan könen. Betydligt fler kvinnor (10 procent) än män (4 procent) känner till att de ska vända sig till HSAN för att få till stånd en disciplinpåföljd. Samma mönster finns hos dem som svarat nej på frågan. Av männen är det 76 procent som inte vet till vilken instans de ska vända sig för att få till stånd en påföljd. Bland kvinnorna är motsvarande andel 67 procent.

Det finns även en signifikant skillnad i denna fråga mellan arbetare och tjänstemän. Bland tjänstemännen var det 11 procent som svarade HSAN medan motsvarande andel bland arbetarna var fyra procent. Samma tendens finns när man jämför utbildningsnivåer.

Svårigheter med att vara part i HSAN

HSAN menar att patientens ställning i praktiken har försvagats i och med att ordningen att patienten skulle vara part infördes år 1980. Under åren har HSAN i sin verksamhet uppmärksammat praktiska svårigheter att tillämpa systemet. HSAN ger bland annat följande exempel på svårigheter med att tillämpa de nuvarande reglerna.

”Varje anmälare (patient/anhörig) styr sitt anmälningsärende. Det är bara den vård som anmäls som kan bli föremål för prövning. Det betyder att om en icke anmäld yrkesutövare är den som har gjort sig skyldig till den felaktiga behandlingen vid det anmälda vårdtillfället så kan denne inte bli föremål för HSAN:s prövning [- - -] Även om anmälaren inte behöver känna till namnet så måste han kunna skilja på om det exempelvis är röntgenläkaren eller röntgenoperatören som har gjort fel för att den korrekta avvikelser skall bli prövad. Anmälaren blir således inte helt olik en åklagare i en brottmålsprocess, och de krav som ställs på honom är nästan lika hårda.”⁵⁸

Även den låga kunskapen om till vilken instans man ska anmäla vårdskador och den höga andel ärenden som felaktigt inkommer till HSAN pekar på svårigheterna med att vara part.

Riksrevisionen har sett exempel på beslut i HSAN som visar på svårigheter med att vara part. Det kan handla om att någon har anmält fel person. I ett annat fall har patienten missat att anmäla en medskyldig. I andra beslut har man inte anmält ytterligare ett fel. HSAN kan inte uppskatta omfattningen av dessa ”felanmälningar”.

⁵⁸ Begäran om en översyn av den lagstiftning som reglerar HSAN:s verksamhet.

I vissa fall förefaller det vara omöjligt för en patient att ha klart för sig vem som är ansvarig för vården. Ett belysande exempel på detta är när anmälaren anmäler fel person. I HSAN:s utredning visade det sig att den anmälde läkaren konsulterat sin bakjour, vilket innebar att bakjouren formellt hade tagit över ansvaret för vården vid det tillfälle missnöjet uppstod. Den anmälde läkaren kunde sålunda inte klandras.

Patienter anmäler fel person i 1–2 procent av ärendena

I mellan en och två procent av anmälningarna har patienten eller närstående anmält fel person. Enligt HSAN kan HSAN inte på något sätt "hjälpa" anmälaren genom att peka på vem denna egentligen skulle ha anmält för att förbättra sina möjligheter till en framgång med prövningen. Det är bara den yrkesutövare som blivit anmäld och bara den vård som anmäls som kan bli föremål för HSAN:s prövning.

Ursprungligen skulle kraven på en anmälan inte vara för stora

Inför bildandet av HSAN förutsatte socialutskottet att inte alltför stora krav borde ställas på den enskilde när det gäller utformningen av anmälningens innehåll (SoU 1979/80:16). Även Medicinalansvarskommittén diskuterade vilka krav som kunde ställas på en patientanmälan. Det fanns en betydande förståelse för de svårigheter en patient kunde ställas inför.

Regeringen borde ha informerats tidigare om problemen med att vara part

Riksrevisionen ifrågasätter varför regeringen inte informerats tidigare om HSAN:s praktiska svårigheter med att tillämpa systemet. Problemen har funnits sedan 1994 då kravet på att peka ut en viss person tillkom. HSAN borde ha informerat regeringen tidigare om problemen.

4.4 Sammanfattande iakttagelser

Den möjlighet att vara part i ärendet som patienten fick när HSAN bildades har inte fullt ut uppnått sitt syfte att göra patienterna mer delaktiga i anmälningsförfarandet. Många patienter klarar inte av de krav som anmälnings-systemet ställer. HSAN kan enligt egen utsago inte på något sätt hjälpa dessa patienter, även om det i vissa fall är sannolikt att en disciplinpåföljd skulle delas ut. Riksrevisionen ifrågasätter varför regeringen inte informerats

tidigare om HSAN:s praktiska svårigheter med att tillämpa systemet. Problemen har funnits sedan 1994 då kravet på att peka ut en viss person tillkom.

En femtedel av anmälarna har vänt sig till fel instans. Andelen är underskattad, eftersom många tar upp flera ärenden i en anmälan. Om resultatet räknas upp till det totala antalet anmälningar som HSAN hanterar, innebär det att mellan 800 och 1 000 anmälningar skickats till fel instans. HSAN har hänvisat cirka 250 av dessa till rätt instans.

Hela 40 procent av anmälningarna till HSAN är ofullständiga, bland anmälningar som rör psykiatri så många som 60 procent. Enligt kraven i LYHS ska anmälaren besvara fyra frågor i anmälan: vem som begått misstaget, vad det var för fel, var händelsen inträffade och när händelsen inträffade. En fjärdedel av patienterna har anmodats att komplettera uppgifter om i vilket avseende behandlingen varit felaktig och en femtedel om vem anmälan riktar sig mot. Kraven på en anmälan är högt ställda. Det är bara den yrkesutövare som anmälts och bara den vård som anmälts som kan bli föremål för HSAN:s prövning. Den som anmäler blir part i ärendet, den som är anmäld blir motpart. HSAN varken kan eller ska hjälpa den ena parten framför den andra. Detta innebär att den som gör en anmälan inte kan förvänta sig att HSAN gör en egen utredning om anmälan är felaktig. HSAN begär dock komplettering från parterna. Information om anmälarens partställning och om hur långt HSAN:s utredning sträcker sig saknas på anmälningsblanketten och på HSAN:s hemsida.

Kunskapen om till vilken instans man ska vända sig vid en vårdskada är lika låg bland patienter och vårdskadade som bland befolkningen i stort. Mellan två och sju procent av de tillfrågade visste vart de skulle vända sig för att uppnå ett visst syfte med en anmälan. Exempelvis kände fyra procent till att man skulle vända sig till Patientnämnden vid ett dåligt bemötande och sju procent visste att man skulle vända sig till HSAN för att få en disciplinåtgärd utdelad.

5 Har Socialstyrelsen fullgjort sina åtaganden med avseende på hanteringen av anmälningar av vårdskador?

Socialstyrelsen är en expert- och tillsynsmyndighet för socialtjänst, hälso- och sjukvård, hälsoskydd och smittskydd. Myndigheten har ett huvudkontor och sex regionala tillsynskontor: Umeå, Örebro, Malmö, Jönköping, Stockholm och Göteborg. Samtliga kontor handlägger ärenden. Totalt har myndigheten cirka 600 anställda.

Handläggning

Socialstyrelsens handläggning av ärenden utförs inom ramen för myndighetens tillsyn av hälso- och sjukvårdens verksamhet och hälso- och sjukvårdens personal. Vid anmälningar av vårdskador svarar Socialstyrelsen för den så kallade verksamhetstillsynen med verksamhetstyperna anmälan från enskild, eget initiativ och lex Maria-ärenden. Handläggningen inom de olika verksamhetstyperna ska utföras i enlighet med de krav som myndigheten tagit fram i interna kvalitetsdokument. Kvalitetsdokumenten innehåller bland annat författningsstöd, krav på prioritering och mål för handläggningstider.

Anmälningar från enskilda

Varje år inkommer omkring 1 000 ärenden där enskilda har klagat på vårdpersonal. Anmälningarna handlar i de flesta fallen om händelser som inträffat vid sjukhusvård.

Myndighetens egna initiativ

Under år 2005 togs cirka 1 600 ärenden upp som Socialstyrelsen klassificerade som egna initiativ. Myndighetens egna initiativ utgår främst från tillsynsavdelningens erfarenheter. Som stöd i detta arbete har avdelningen sedan en längre tid registrerat samtliga lex Maria-ärenden i en databas (riskdatabasen). Denna utgör en central informationskälla om risker i hälso- och sjukvården. En annan viktig prioriteringsgrund är verksamhetsområden där patienter bedöms vara särskilt utsatta, exempelvis patienter med starkt nedsatt självbestämmande.

Anmälan enligt lex Maria

En lex Maria-anmälan leder i princip alltid till att Socialstyrelsen utreder ärendet. Utredningen utgår från det material som vårdgivaren har skickat in, och det är brukligt att Socialstyrelsen kompletterar materialet med exempelvis egna besök eller begär in ytterligare material. Därefter fattas beslut i ärendet. Socialstyrelsen har sedan till uppgift att återföra utredningens resultat till den vårdgivare som berörts, andra vårdgivare och till hälso- och sjukvårdspersonal. Återföringen av erfarenheter från lex Maria-utredningar ingår i Socialstyrelsens uppgift att särskilt svara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling i vård och omsorg.⁵⁹

Under vissa omständigheter är Socialstyrelsen skyldig att vidta åtgärder mot vårdgivaren och/eller mot hälso- och sjukvårdspersonal.⁶⁰ Åtgärder ska riktas mot hälso- och sjukvårdspersonal om Socialstyrelsen i utredningen funnit att vårdpersonal uppsåtligt eller av oaktsamhet inte har följt de krav som finns reglerade i lag eller föreskrift och som har direkt betydelse för säkerheten i vården. Socialstyrelsen är i dessa fall skyldig att anmäla detta till HSN.⁶¹ Felet får inte vara ringa och det får inte heller framstå som ursäktligt. Antalet inkomna lex Maria-ärenden uppgick till ungefär 1 000 under år 2005. Av dessa beslutade Socialstyrelsen att anmäla 66 till HSN.⁶²

Kunskapsutveckling och kunskapsförmedling

Socialstyrelsen ska svara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling i hälso- och sjukvården. Inom ramen för detta uppdrag och med avseende på vårdskador har myndigheten bland annat använt sig av de erfarenheter av vårdskador den fått från anmälda lex Maria-ärenden för att återföra och sprida kunskap till hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har även inrättat en patientsäkerhetsfunktion vars uppdrag är att utföra dessa uppgifter i syfte att utveckla och förbättra patientsäkerheten inom hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsens patientsäkerhetsarbete utförs delvis inom ramen för myndighetens uppdrag att svara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling. I granskningen av Socialstyrelsen har Riksrevisionen särskilt granskat anmälningar enligt lex Maria med betoning på om patienten kommer till tals vid allvarlig skada och om Socialstyrelsen tagit till vara lärdomar av inrapporterade vårdskador.

⁵⁹ 2 § förordningen (1996:570) med instruktion för Socialstyrelsen.

⁶⁰ 6 kap. lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

⁶¹ 18 § 6 kap. lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

⁶² Tillsynsavdelningens verksamhetsberättelse, 2005.

5.1 Uppföljning av om patienterna medverkat i lex Maria-anmälningar

I Socialstyrelsens föreskrift om lex Maria anges bland annat följande om information till patienter och närstående:

”Patienten skall underrättas om att en händelse som medfört allvarlig skada eller sjukdom föranlett en lex Maria-anmälan, om det inte finns hinder för detta enligt sekretesslagen (1980:100) eller lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Patienten skall ges möjlighet att i anslutning till anmälan beskriva sin upplevelse av händelsen.”⁶³

Socialstyrelsen beslutade år 2002 om nya föreskrifter och allmänna råd beträffande anmälningsskyldighet enligt lex Maria. Beslutet innebar att lex Maria-systemet inte enbart skulle ha ett renodlat preventivt syfte utan den drabbade patienten eller dess närstående skulle också genom utredningen få klarhet i vad som faktiskt inträffat.

Bakgrunden till att lex Maria-systemet fick en vidare definition var att Socialstyrelsen år 2001 kunde konstatera att såväl information om det inträffade som återföring av Socialstyrelsens beslut till berörda patienter i många fall fungerat dåligt.⁶⁴

Socialstyrelsens ärendehandläggning ska utföras i enlighet med de krav som myndigheten tagit fram i ett internt kvalitetsdokument.⁶⁵ I dokumentet finns bland annat målet att alla anmälningar innehåller uppgifter om att patienten/närstående har lämnats tillfälle att beskriva händelsen.

Socialstyrelsen har tagit fram en blankett som ska fyllas i vid en anmälan enligt lex Maria. I blanketten ska hälso- och sjukvårdspersonal ange om händelsen medfört allvarlig skada eller sjukdom eller kunnat medföra allvarlig skada eller sjukdom. Personalen ska även uppge om patienten har underrättats om händelsen och om patienten har lämnats tillfälle att yttra sig om händelsen.

Riksrevisionen har med utgångspunkt från Socialstyrelsens uppgifter sammanställt de lex Maria-ärenden som medfört allvarlig skada eller sjukdom mellan åren 2003 och 2005 och jämfört detta med i vilken utsträckning hälso- och sjukvården angett om patienten getts tillfälle att beskriva händelsen.

⁶³ SOSFS 2005:28, 7 kap.1 §

⁶⁴ Översyn av lex Maria 2001, remissupplaga, s. 42.

⁶⁵ RT:3 Anmälan enligt lex Maria.

Tabell 4. Andel av de lex Maria-ärenden som medfört allvarligt skada eller sjukdom där patienten har lämnats tillfälle att beskriva händelsen mellan åren 2003 och 2005.

År	Procent
2005	53 %
2004	68 %
2003	55 %
För alla år	58 %

Totalt kom 1 556 lex Maria-ärenden som medfört allvarlig skada eller sjukdom in till Socialstyrelsen under perioden. Av dessa har hälso- och sjukvården angett att 58 procent (909 personer) av patienterna fått möjlighet att beskriva händelsen i anslutning till lex Maria-anmälan. Det är sedan oklart om den övriga andelen, det vill säga 42 procent av patienterna, fick möjlighet att beskriva händelsen. Enligt Socialstyrelsen är det svårt att tolka hur många patienter som lämnats tillfälle att beskriva händelsen. Det är hälso- och sjukvårdspersonalen som har ansvaret att fylla i blanketten korrekt. Socialstyrelsen menar också att det är problematiskt att tolka uppgifterna i den blankett som används vid en lex Maria-anmälan. Det kan exempelvis handla om att uppgiften på blanketten inte är förkryssad vilket innebär att Socialstyrelsen då inte vet om det beror på att patienten har getts möjlighet men inte velat medverka eller om sjukvårdspersonalen av någon anledning glömt eller missuppfattat patientens vilja att medverka i anmälan.

Sammanställningen visar också att andelen patienter som enligt dokumentationen lämnats tillfälle att beskriva händelsen förbättrades under år 2004, det vill säga cirka ett år efter att Socialstyrelsen började mäta införandet av föreskriften. Under år 2005 minskade dock andelen till 2003 års nivå.

5.2 Återföring av kunskap om vårdskador till hälso- och sjukvården

I Socialstyrelsens instruktion anges att myndigheten särskilt ska svara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling i vård och omsorg.⁶⁶

Kunskapsutveckling

Socialstyrelsen sammanställer och analyserar hälso- och sjukvårdens anmälningar om inträffade skador och misstag. De anmälningar från patienter som HSN och patientnämnderna levererar till Socialstyrelsen sammanställs däremot inte och återförs inte heller till hälso- och sjukvården. Alla

⁶⁶ 2 § 3 förordningen (1996:570) med instruktion för Socialstyrelsen.

beslut från HSAN sänds dock till Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter, som kan använda informationen i sin tillsynsverksamhet och när det anses befogat initiera olika typer av tillsynsaktiviteter. De regionala tillsynsenheterna har vidare regelbundna kontakter med de patientnämnder som finns i respektive region. Tillsynsenheterna kan därigenom få del av patientnämndernas erfarenheter och vid behov använda denna information för olika tillsynsinsatser. De kan då också informera patientnämnderna om Socialstyrelsens erfarenheter från sin tillsyn.

Anmälningar från hälso- och sjukvården, så kallade lex Maria-ärenden, samlas i Socialstyrelsens databas, riskdatabasen. Redan år 2002 beskrev Riksdagens revisorer problem med riskdatabasen. Databasen var inte användarvänlig, vilket resulterade i att materialet inte utnyttjats särskilt väl. Det var till och med svårt för Socialstyrelsens handläggare på de regionala tillsynsenheterna att söka och ta fram uppgifter ur databasen. Socialstyrelsen sade då att man inlett ett arbete med att modernisera databasen för att göra den mer användarvänlig. Detta beräknades bli klart under år 2003. Därefter skulle systemet göras tillgängligt för alla handläggare inom Socialstyrelsen. Vid intervjuer Riksrevisionen har gjort med Socialstyrelsen visar det sig att problemen med riskdatabasen kvarstår.

I förarbetena till 1996 års tillsynslag förutsattes att den förebyggande tillsynen i första hand bör utnyttja den kunskap som tillsynsärendena ger och återföra denna till vården. En naturlig utgångspunkt för återföringsarbete ansågs också vara material från riskdatabasen, Patientförsäkringen, HSAN och patientnämnderna.⁶⁷

Patientnämnderna rapporterar till Socialstyrelsen

Patientnämnderna lämnar sedan år 1999 en årlig redogörelse till Socialstyrelsen över sin verksamhet i enlighet med 4 § lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. Patient- och förtroendenämnderna är den största mottagaren av klagomål från patienter.

Nämndernas rapporteringsskyldighet kommenteras i proposition 1998/99:4 *Stärkt patientinflytande*. Där anges bland annat att den årliga rapporteringen till Socialstyrelsen på en övergripande nivå ska förmedla de erfarenheter nämnderna gjort under föregående år. Rapporteringen kan till exempel avspegla inom vilka verksamheter patienterna framfört klagomål, vilka typer av ärenden som handlagts, de åtgärder nämnderna och vårdgivarna vidtagit samt om nämnderna identifierat områden där utvecklingen verkar oroande från patientsäkerhetssynpunkt. Det framgår också att rappor-

⁶⁷ Prop. 1995/96:176 s. 50.

teringen bör bygga på en för nämnderna gemensam struktur och att nämnderna och Socialstyrelsen bör samarbeta i frågan om hur denna rapportering ska utformas. Socialstyrelsen har inte gjort någon nationell sammanställning av patientnämndernas ärendestatistik sedan år 2004. Ärenden från patient- och förtroendenämnder registreras inte i Socialstyrelsens riskdatabas.

HSAN rapporterar till Socialstyrelsen

HSAN:s generaldirektör ska underrätta Socialstyrelsen om innehållet i en anmälan, när det kan ha betydelse för styrelsens verksamhet att ha kännedom om anmälan samt om innehållet i de slutliga beslut som nämnden fattar.⁶⁸

I HSAN:s årsredovisning för år 2006 skriver myndigheten att ”viktigare ärenden tillförs styrelsens riskdatabas för att kunna utnyttjas i kvalitets- säkringsarbetet”.⁶⁹ Enligt Socialstyrelsen registreras sedan år 2002 endast beslut i ärenden enligt lex Maria i myndighetens riskdatabas, vilket innebär att det sedan dess endast är erfarenheter dragna från lex Maria- ärenden som återförs till hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har dock i en rapport skrivit att HSAN-beslut i många fall gäller vårdförlopp som tydligt innehåller patientsäkerhetsrisker som resulterat i en vårdskada. I rapporten betonas också att HSAN-ärenden är en kunskapskälla som bidrar till bilden av vilka patientsäkerhetsproblem som finns i hälso- och sjukvården.⁷⁰ En studie som Socialstyrelsen genomförde av ett slumpmässigt urval av HSAN-ärenden visade att i drygt en tredjedel av besluten funnits en eller flera brister i patientsäkerheten.⁷¹

HSAN:s beslut skickas till Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter. Enheterna använder denna information dels för att avgöra om beslut ska överklagas, dels för att vid behov använda informationen från besluten i tillsynsverksamheten, det vill säga som ett led i det kontinuerliga patientsäkerhetsarbetet. Någon systematiserad sammanställning av HSAN:s beslut finns dock inte sedan år 2002.

Kunskapsförmedling

Den kunskap som återförs till hälso- och sjukvården baseras som tidigare nämnts på hälso- och sjukvårdens anmälningar det vill säga lex Maria-anmälningar. De anmälningar och klagomål som kommer från patienter via HSAN och patientnämnderna varken sammanställs eller analyseras av Socialstyrelsen. Socialstyrelsen återför inte heller patientanmälningarna och klagomålen i någon samlad form till hälso- och sjukvården.

68 1 och 10 §§ förordning (1996:571) med instruktion för HSAN.

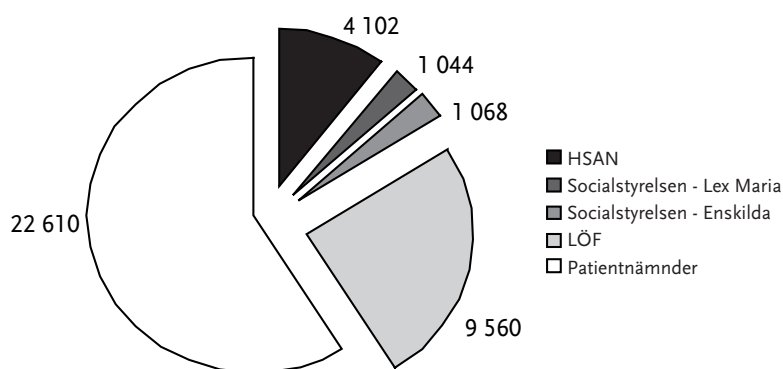
69 Årsredovisning HSAN, 2006, s. 14.

70 Patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete, Socialstyrelsen, andra upplagan, 2004, s. 26

71 Patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete, Socialstyrelsen, andra upplagan, 2004, s. 26

Nedan beskrivs klagomål som rapporterats från både hälso- och sjukvården och patienter. Bilden visar tydligt att hälso- och sjukvårdens anmälningar är få i förhållande till patienternas.

Diagram 4. Antalet rapporterade anmälningar och händelser under år 2006.



En funktion för patientsäkerhetsfrågor

Riksrevisionen har undersökt hur kunskaper om vårdskador återförs till hälso- och sjukvården. I arbetet med att identifiera systemfel och därmed förstärka patientsäkerheten har Socialstyrelsen inrättat en särskild funktion för frågor om säkerhet inom hälso- och sjukvården. Patientsäkerhetsfunktionen har till uppgift att sprida myndighetens samlade kunskap och erfarenheter från analyser av inrapporterade händelser och annan tillsyn till hälso- och sjukvårdens personal. Socialstyrelsen förmedlar kunskaperna genom ett stort antal projekt och uppdrag som på olika sätt rör patientsäkerheten. Dessutom arrangeras också konferenser och kurser inom området.

Socialstyrelsens främsta verktyg för att förmedla kunskap om vårdskador är myndighetens webbsida om patientsäkerhet. Där publiceras bland annat fallstudier vilka baseras på en eller flera händelser som har anmälts enligt lex Maria. Händelsen beskrivs och analyseras i en fallstudie som sedan ligger till grund för åtgärder som kan förhindra att händelsen återupprepas.

Sedan starten år 2005 har 22 fallstudier publicerats (september 2007). En kortversion av fallstudierna publiceras också i tidningen *Vårdfacket* som når alla medlemmar i Vårdförbundet. Hänvisningar finns där till Socialstyrelsens webbsidor om patientsäkerhet. Socialstyrelsen samarbetar även med bland annat tidningen *Dagens medicin*, och myndigheten förser kontinuerligt redaktionen med lex Maria-ärenden. *Dagens medicin* återger sedan händelsen och beskriver vad som var orsaken till att det blev fel.

På Socialstyrelsens webbplats redovisas utredningar, bedömningar och slutsatser av Socialstyrelsens vetenskapliga råd. I samband med publicering

av Riskronden, fallstudier och nyhetsbrev om patientsäkerhet skickas ett e-postmeddelande till dem som har registrerat sig som prenumeranter. Antalet prenumeranter är 3 922 (mars 2007). E-postutskicket innehåller dels en länk till den aktuella publikationen, dels de senaste nyheterna inom området som finns att läsa om på patientsäkerhetswebben.

Målgrupper

Enligt Socialstyrelsen är patientsäkerhetswebbens primära målgrupp beslutsfattare och chefer i hälso- och sjukvården. En sekundär målgrupp är hälso- och sjukvårdspersonal i stort. Motivet är att Socialstyrelsen anser det viktigt att försöka nå fram med information till dem som har ansvar och möjlighet att påverka förutsättningarna för att bedriva en säker vård. Myndigheten bedömer också att det är viktigt att bistå hälso- och sjukvårdspersonalen i stort med underlag för att de anställda ska kunna påverka patientsäkerhetsarbetet i det vardagliga arbetet.

Enligt uppgifter från Socialstyrelsen görs cirka 800 nedladdningar per fallstudie. En orsak till att alla prenumeranter inte laddar ned fallstudierna är att fallstudiernas innehåll varierar och därmed inte alltid berör det område läsaren arbetar inom. Enligt Socialstyrelsen är det ett medvetet val att variera fallstudiernas inriktning för att nå ut till målgrupper inom flera olika områden. En annan orsak till den relativt låga nedladdningsfrekvensen är att fallstudierna också kan läsas direkt på webben. Socialstyrelsen har ännu inte genomfört någon uppföljning eller utvärdering av hur vården tar till sig informationen om vårdskador, men enligt uppgifter från myndigheten planeras en uppföljning av patientsäkerhetswebben under andra halvåret 2007.

5.3 Sammanfattande iakttagelser

Sedan den nya föreskriften för anmälningar enligt lex Maria infördes har Socialstyrelsen inte följt upp i vilken utsträckning patienter eller deras närstående getts tillfälle att beskriva händelser som medfört allvarlig skada eller sjukdom. Riksrevisionens undersökning visar att i cirka 40 procent av lex Maria-anmälningarna saknas uppgift om patienter getts tillfälle att beskriva sin version av det inträffade.

Socialstyrelsen har i sitt arbete med att återföra kunskap till hälso- och sjukvården inte använt sig av den information om vårdskador som finns i patientanmälningar, det vill säga de anmälningar som HSAN och patientnämnderna förmedlar till myndigheten. I förarbetena till 1996 års tillsynslag förutsattes att den förebyggande tillsynen i första hand bör utnyttja den kunskap som tillsynsärendena ger och återföra denna till hälso- och sjukvården.

En naturlig utgångspunkt för återföringsarbete ansågs också vara material från riskdatabasen, Patientförsäkringen, HSAN och patientnämnderna.⁷²

Socialstyrelsen har inte genomfört någon nationell sammanställning av patientnämndernas verksamhet sedan år 2004. Detta medför att varken myndigheten själv eller hälso- och sjukvården kan få en helhetsbild av vilka klagomål patienter lämnat till nämnderna.

⁷² Prop. 1995/96:176 s. 50.

6 Har regeringen fullgjort sina åtaganden med avseende på hanteringen av anmälningar av vårdskador?

Regeringens åtaganden med avseende på hanteringen av anmälan av vårdskador är av flera slag. Ytterst är regeringen ansvarig för att myndigheter följer gällande rätt.⁷³ Regeringen har också ett allmänt ansvar för den statliga verksamhetens effektivitet och resultat.⁷⁴ När det gäller hälso- och sjukvården får hänsyn tas till att vården främst är en landstingskommunal angelägenhet och därmed omfattas av det kommunala självstyret.

6.1 Obalans mellan patienter och vårdgivare

Det nuvarande anmälningssystemet kan värderas på olika sätt. Systemet har bland annat varit avsett att hantera en komplex intressekonflikt mellan patienter och vårdpersonal. Hur dessa intressen ska vägas mot varandra har dock delvis förblivit oklart, och synen har dessutom förändrats med åren. Om anmälningssystemet kan framstå som svårhanterligt ur ett patientperspektiv kan detta i gengäld uppfattas som att systemet fungerar väl genom att verka för vårdpersonalens arbetstrygghet och rättssäkerhet. Omvänt kan patientvänliga drag i systemet anses missgynna vårdpersonalen. Vad som här ska uppfattas som ett väl fungerande system beror då på hur tolkningen görs av lagstiftningens avvägning mellan patienternas och vårdpersonalens intressen och rättigheter. Att patienter och vårdpersonal har ett gemensamt intresse av ett väl fungerande system har emellertid också framhållits.

6.2 Nuvarande regering

I april 2007 tillsattes en utredning om patientsäkerhet och tillsyn.⁷⁵ Utredningen ska bland annat göra en översyn av ansvarssystemet inom hälso- och sjukvården och föreslå förändringar, granska HSAN:s regelverk och undersöka patientens möjligheter att få hjälp av patientnämnderna. Mot denna

⁷³ 1 kap. 6 § och 11 kap. 6 § regeringsformen.

⁷⁴ 1 § lagen (1996:1059) om statsbudgeten.

⁷⁵ Patientsäkerhet och tillsyn m.m., dir 2007:57.

bakgrund kan konstateras att den nuvarande regeringen har uppmärksammat frågan om vårdskadeanmälningar. Den kan därmed sägas ha gjort vad som åligger den med avseende på hanteringen av anmälan av vårdskador. I bedömningen måste också hänsyn tas till att regeringen haft en begränsad tid till sitt förfogande.

6.3 Tidigare regeringar

Riksrevisionen har kartlagt Regeringskansliets dialog med HSAN och Socialstyrelsen. Kartläggningen omfattar bland annat regleringsbrev, årsredovisningar och rapporter från och med år 2000. Dessutom har Regeringskansliets diarium (RKDIA) genomskotts från år 1991 till maj 2007. Företrädare för HSAN och Socialstyrelsen har intervjuats, och myndigheterna har getts möjlighet att presentera relevanta dokument.

Sedan slutet av 1970-talet har frågan om patientanmälningar flera gånger varit uppe till utredning, politiska överväganden och beslut. Andra mål för vården, som god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen,⁷⁶ har visserligen haft högre politisk prioritet. Men av detta följer inte att frågan om patientanmälningar har varit försummad. Senast en prövning av lagstiftningen ägde rum var när LYHS antogs.

Regeringens kontakter med Socialstyrelsen

Riksrevisionens sammantagna bild är att regeringens kontakter med Socialstyrelsen varit omfattande. Frågor som rör patientsäkerhet, som vårdskadeanmälningar är en del av, har stadigt ökat i omfattning, särskilt under 2000-talet. Det är här svårt att ge ett meningsfullt kvantitativt mått på uppmärksamheten kring vårdskador och patientanmälningar. Men det har pågått ett utvecklingsarbete som Socialstyrelsen redovisat i skrifter, på webbplatsen och i konferensmaterial. Här får hänsyn också tas till att Socialstyrelsen varje år får en betydande mängd särskilda uppdrag och att detta inneburit en omfattande och bred dialog med Regeringskansliet i olika frågor.

Regeringens kontakter med HSAN

Kontakterna med HSAN har däremot varit mer begränsade och främst rört frågor som utnämningsärenden etcetera. Kraven på återrapportering har företrädesvis gällt den administrativa effektiviteten. En handfull anmälningar om vårdskador och synpunkter på HSAN:s handläggning som kommit in till Regeringskansliet har också vidarebefordrats.

⁷⁶ 2 § HSL.

På grund av myndighetens storlek och verksamhetens inriktning saknar den förutsättningar för den breda kontaktyta som funnits mellan regeringen och Socialstyrelsen. HSAN engageras heller inte i någon nämnvärd utsträckning i utredande verksamheter.

Slutsatsen här är dock att det funnits en dialog mellan regeringen, HSAN och Socialstyrelsen där frågor om patientanmälningssystemet behandlats.

Regeringens styrning av Socialstyrelsen och HSAN

I ett avseende finns dock anledning att uppmärksamma hur frågan om anmälningssystemet hanterats av tidigare regeringar.

Det som här bör uppmärksammas är det handlingsutrymme som Socialstyrelsen och HSAN har haft när det gäller anmälningssystemet.

När det gäller anmälningssystemet har lagstiftningen sedan början av 1990-talet i princip varit oförändrad. Som redan nämnts har Socialstyrelsen under senare år varit aktiv när det gäller patientsäkerhetsfrågor och allt tydligare rört sig mot ett förebyggande systemtänkande.⁷⁷ Med detta som bakgrund har Socialstyrelsen i allt färre fall ansett att det finns skäl att anmäla personal till HSAN för disciplinåföljd.

Denna förändring kan värderas på olika sätt. Den kan uppfattas som att Socialstyrelsens intresse för patientsäkerhetsarbetet ökat betydligt och att man här följt både en nationell och internationell kunskapsutveckling. Även om denna utveckling inte är problemfri har diskussionen om och uppmärksamheten kring patientsäkerhetsfrågor i Sverige ökat.

Det kan konstateras att regeringen gett myndigheterna ett betydande handlingsutrymme. Intrycket förstärks av att både Socialstyrelsen och HSAN vänt sig till regeringen med förslag om ändrad lagstiftning. Socialstyrelsen har föreslagit en ny inriktning på lex Maria-systemet som i princip innebär att disciplinärenden inte anmäls till HSAN.⁷⁸ Även HSAN har begärt en översyn av lagstiftningen som reglerar myndighetens verksamhet. Av departementets behandling av dessa frågor har framgått att kontakterna med HSAN varit fåtaliga. Nämnden fick exempelvis ingen förhandsinformation om att den så kallade Patientsäkerhetsutredningen skulle tillsättas. Nämnden fick information genom ett pressmeddelande från Socialdepartementet.⁷⁹

Här kan också nämnas att direktiven till utredningen har stora likheter med de förslag Socialstyrelsen lämnat till regeringen. Detta styrker bilden av Socialstyrelsen som drivande.

77 Genom SOSFS 1996:23 infördes begreppet avvikelshantering, och här markerades behovet av att man på plats analyserade inträffade händelser, något som ytterligare markerades genom SOSFS 2002:24.

78 Lex Maria: Nytt system i patientsäkerhetens intresse. Skrivelse, Socialstyrelsen, 2006.

79 2007-04-16, dnr ADM HSAN82/07-Ö.

Samverkan mellan Socialstyrelsen och HSAN

I en skrivelse till Socialdepartementet framhöll HSAN att Socialstyrelsen genom sin tillsyn var den myndighet som främst hade ansvar för att hälso- och sjukvården utövades enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.⁸⁰ Genom tillsynen hade också styrelsen kunskap om brister i system och rutiner. Därför var en nära samverkan mellan HSAN och Socialstyrelsen viktig. HSAN framhöll dock att denna nödvändiga samverkan under senare år hade fungerat mindre väl, något som försämrat kvaliteten i HSAN:s verksamhet. Man framhöll att i de fall nämndens beslut överklagades i länsrätten var det Socialstyrelsen som var motpart till den anmälde. Socialstyrelsen är i överinstans motpart till den yrkesutövare som överklagat nämndens beslut. Om det överklagade beslutet utgår från ett disciplinärende, anmält av en patient eller närstående, blir både Socialstyrelsen och den enskilde (anmälarer) motpart i överinstans.

Vid genomgångar av beslut som ändrats av länsrätten hade de flesta inneburit att HSAN:s beslut mildrats och då med stöd av Socialstyrelsen. HSAN hade också funnit att i flertalet av dessa fall hade HSAN:s beslut sannolikt blivit detsamma som länsrättens om man på förhand fått kännedom om Socialstyrelsens kunskaper och inställning. En förbättrad kommunikation med Socialstyrelsen skulle därmed leda till att både yrkesutövaren och anmälarer fick rätt beslut från början och att de därmed skulle slippa den osäkerhet och väntetid som ett överklagande alltid innebär.

HSAN nämnde också att Socialstyrelsen i början av år 2006 i en promemoria till Socialdepartementet föreslagit en förändring av avvikelsehanteringen och lex Maria. Förslaget syftade till att stimulera rapporteringen från hälso- och sjukvårdens personal. Skedde denna rapportering inom sju dagar från det att den rapporterade händelsen inträffade skulle styrelsen inte få föra ärendet vidare till HSAN.

HSAN framhöll här att det föreslagna systemet kunde leda till att alla verkliga individfel inte skulle prövas av HSAN. Möjligheten till patientanmälan skulle finnas kvar, men nämnden framhöll anmälarers svaga och utsatta ställning i processen.

Här kan också nämnas att HSAN under senare år begärt ett förhandsbesked av Socialstyrelsen för en stor mängd disciplinärenden. Enligt Socialstyrelsen har detta inneburit att nämnden lagt över ett utredningsansvar på styrelsen, något man saknat resurser för. Här finns en brevväxling mellan myndigheterna där HSAN:s begäran om förhandsbesked närmast rutinarat återsänts med svar om att Socialstyrelsens yttrande inte krävs eller med önskan om en preciserad fråga.

⁸⁰ Begäran om en översyn av den lagstiftning som reglerar HSAN:s verksamhet, 2006-06-08, HSAN dnr ADM 89/06-Ö.

Här kan nämnas att myndigheterna själva vidtagit åtgärder för att förbättra sitt samarbete. Hösten 2004 gav cheferna för respektive myndighet en representant för vardera myndigheten i uppdrag att ”upprätta ett förslag till gemensamma riktlinjer för samråd mellan myndigheterna. En promemoria med förslag till gemensamma riktlinjer presenterades i december 2004 och bekräftades genom en överenskommelse mellan myndigheternas chefer.⁸¹ Överenskommelsen handlade bland annat om att myndigheterna skulle arbeta gemensamt för en enhetlig rättstillämpning vid prövning av ansvars- och behörighetsärenden. De skulle också, bland annat genom studiebesök med mera verka för ett bredare samråd mellan myndigheternas personal. Vidare skulle myndigheterna verka för följande.

”Myndigheterna skall utöver informella kontakter bilda en gemensam samrådsgrupp med några deltagare från de båda myndigheterna. Gruppen skall ha till uppdrag att vid återkommande möten utbyta erfarenheter i och diskutera de nämnda frågorna. Gruppen skall även diskutera principerna för och behovet av yttranden i enskilda ärenden.”

Riksrevisionen noterar att gruppen verkat under informella former. Såväl HSAN:s som Socialstyrelsens representant har varit överens om att någon formell dokumentation som protokoll inte ska föras vid mötena.

Riksrevisionen konstaterar här att regeringen fått kännedom från både HSAN och Socialstyrelsen om brister i anmälningssystemet och att dessa tenderade att förstärkas av myndigheternas bristande samarbete.

HSAN och Socialstyrelsen gör olika bedömningar av vad som kan klandras

När det gäller den tidigare regeringen har Riksrevisionen uppmärksammat att Socialstyrelsen fått ett mycket stort handlingsutrymme i att påverka arbetssättet inom anmälningssystemet. Sedan år 1996 har synen på hur patientsäkerhet bäst ska värnas i hälso- och sjukvården förändrats betydligt, både i Sverige och internationellt. Riktningen har gått från ett individriktat synsätt mot ett mera systemriktat synsätt, det vill säga åtgärder som kan förhindra upprepning av negativa händelser anser Socialstyrelsen i de flesta fall vara mer verksamma än åtgärder som straffar enskild personal som begått enstaka misstag. Med detta som bakgrund har Socialstyrelsen i allt färre fall ansett att det finns skäl att anmäla personal till HSAN för disciplinpåföljd. Det bör dock betonas att minskningen av anmälningar endast gäller för disciplinärenden.

⁸¹ Pm HSAN 2004-12-21, dnr Adm. 153/04-Ö; överenskommelse, 2004-12-20, HSAN dnr 2004-12-20.

HSAN:s uppgift är att efter anmälan utreda om vårdpersonal kan ställas till svars för att ha åsidosatt sina skyldigheter i yrkesutövning. Antalet anmälningar som Socialstyrelsen skickat vidare till HSAN har sedan år 1996 minskat från 180 till 60 anmälningar år 2006. Enligt uppgift från HSAN halverades andelen yrkanden om disciplinpåföljd från Socialstyrelsen år 2006, trots att antalet lex Maria-anmälningar ökat. Mellan åren 2002 och 2005 har disciplinanmälningarna årligen uppgått till cirka 100. Enligt HSAN har antalet anmälningar fortsatt att minska under år 2007.

6.4 Sammanfattande iakttagelser

Riksrevisionen anser att regeringen överlåtit frågor om anmälningssystemet till myndigheter som under 1990-talet varit föremål för statliga offentliga utredningar, politisk diskussion och beslutsfattande.

Enligt Riksrevisionen finns det risk för att vårdpersonal i vissa fall inte anmäls till HSAN trots att de kan ha gjort sig skyldiga till något som enligt HSAN skulle ha kunnat innebära disciplinpåföljd.

7 Slutsatser och rekommendationer

Patientens ställning vid anmälningar av vårdskador är svag. Av de resultat som framkommit i granskningen drar Riksrevisionen slutsatsen att det är alltför svårt för patienter att vara part i anmälningsärendet i HSAN. Dessutom saknar över 90 procent av medborgarna kunskap om vart de ska vända sig om de råkar ut för en vårdskada. Riksrevisionen har sett indikationer på att många patienter inte kommer till tals vid lex Maria-anmälningar. Vårdens anmälningar prioriteras framför patientens i det förebyggande arbetet. Riksrevisionen konstaterar att dagens statliga system för anmälningar av vårdskador inte skapar förtroende hos patienter.

Riksrevisionen har granskat om regeringen, Socialstyrelsen och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) fullgjort sina åtaganden med avseende på hanteringen av anmälningar av vårdskador. De statliga myndigheter som handlägger anmälningar rörande vård och behandling är Socialstyrelsen och HSAN. Socialstyrelsen är tillsynsmyndighet över hälso- och sjukvården och utreder bland annat anmälningar från hälso- och sjukvården. HSAN prövar om vårdpersonal bör få en disciplinpåföljd för att ha åsidosatt sina skyldigheter i yrkesutövningen. Inom landstingen finns en patientförsäkring (LÖF) som kan ge ekonomisk ersättning för skada med mera som uppkommit i samband med undersökning, vård eller behandling. I landstingen finns också patientnämnder som hanterar patienters klagomål på vården.

En utgångspunkt i Riksrevisionens granskning är att vissa förutsättningar krävs för att det statliga systemet för anmälningar ska fungera. De patienter som råkat ut för vårdskador måste ha kännedom om att de kan anmäla skadan och om hur man anmäler en vårdskada. De måste även ha möjlighet att få sin anmälan prövad av HSAN eller Socialstyrelsen. Den kunskap som byggs upp till följd av hantering av anmälningar av vårdskador ska också kunna spridas till hälso- och sjukvården för att misstag ska kunna undvikas i framtiden.

Anmälningssystemet ska även verka förtroendeskapande för både patienter och vårdpersonal. Uppgiften är dubbel. Patienter ska kunna få upprättelse när vården har begått klandervärda misstag. HSAN är den myndighet som kan utdöma påföljder i disciplinärenden och behörighetsärenden. Patienter bereds möjlighet att få sitt ärende prövat i HSAN. Vårdpersonalen ska kunna skyddas mot omotiverade anklagelser från patienterna om felhandlingar.

7.1 Svårt för patient att vara part i HSAN

Riksrevisionen konstaterar att HSAN följer de formella krav på handläggning som LYHS anger. Om anmälningar är så ofullständiga att de inte kan ligga till grund för prövning i sak förelägger HSAN anmälaren att inom en viss tid komma in med kompletterande uppgifter. Riksrevisionen noterar också att väldigt få ärenden återförvisas av länsrätten till HSAN, vilket visar att länsrätten bedömer att de flesta överklagade ärendena är färdigutredda. Riksrevisionen har dock funnit anledning att kritisera HSAN med utgångspunkt i HSAN:s efterlevande av förvaltningslagen samt information till patienter om innebörden i att vara part.

Regeringen borde informerats tidigare om tillämpningsproblemen

Inför bildandet av HSAN förutsatte socialutskottet att inte alltför stora krav skulle ställas på den enskilde när det gäller utformningen av anmälningens innehåll (SoU 1979/80:16). Även Medicinalansvarskommittén diskuterade vilka krav som kunde ställas på en patientanmälan. Det fanns en betydande förståelse för de svårigheter en patient kunde ställas inför. Den möjlighet att vara part i ärendet som patienten fick när HSAN bildades har inte fullt ut uppnått sitt syfte att göra patienterna mer delaktiga i anmälningsförfarandet. Många patienter klarar inte av de krav som anmälningssystemet ställer. En femtedel av anmälarna har problem med att peka ut vem anmälan riktar sig mot. HSAN kan enligt egen utsago inte på något sätt hjälpa dessa patienter, även om det är sannolikt att en disciplinpåföljd skulle delas ut. Riksrevisionen noterar att problemen med att vara part funnits sedan år 1994 då kraven på anmälan förändrades. Det är först år 2006 som HSAN påtalat för regeringen att problem förekommer i HSAN:s tillämpning av anmälnings-systemet.

Information om vad partsställning innebär saknas i HSAN:s information

Kraven på en anmälan är högt ställda. Det är bara den yrkesutövare som anmälts och bara den vård som anmälts som kan bli föremål för HSAN:s prövning. Den som anmäler blir part i ärendet, den som är anmäld blir motpart. HSAN varken kan eller ska hjälpa den ena parten framför den andra. Detta innebär att den som gör en anmälan inte kan förvänta sig att HSAN gör en egen utredning för att fastställa fel och ansvar när anmälan är felaktig. HSAN begär dock komplettering från parterna. Information om anmälarens

partställning och hur långt HSAN:s utredning sträcker sig saknas på anmälningsblanketten och på HSAN:s hemsida.

Ökad förståelse för innebörden av att vara part skulle kunna medföra att patienter blev mer noggranna i sina egna efterforskningar i anmälningsärendet. Om HSAN informerat tydligare skulle sannolikt färre felaktiga anmälningar inkomma till HSAN och dessutom skulle sannolikt det stora antalet kompletteringar som myndigheten ägnar sig åt minska.

HSAN borde hänvisat fler felaktigt inkomna ärenden till rätt instans

En femtedel av anmälarna har vänt sig till fel instans. De andra instanserna är huvudsakligen patientnämnden, patientförsäkringen samt Socialstyrelsen. Andelen är underskattad, eftersom många tar upp flera ärenden i en anmälan. Om resultatet räknas upp till det totala antalet anmälningar som HSAN hanterar, innebär det att drygt 800 anmälningar skickats till fel instans. HSAN har hänvisat drygt 100 av dessa till rätt instans.

Många anmälningar är ofullständiga

Riksrevisionens granskning har visat att 40 procent av anmälningarna till HSAN är ofullständiga. Bland anmälningar som rör psykiatri är det så många som 60 procent. De två vanligaste skälen till att anmälningarna är ofullständiga är att man inte kunnat peka ut vem anmälan avser (25 procent) samt att man inte kunnat beskriva i vilket avseende behandlingen varit felaktig (20 procent).

I vissa fall är det närmast omöjligt att peka ut vem anmälan riktar sig emot. Det kan till exempel vara så att en bakjour gått in och tagit över ansvaret för en behandling via en förfrågan från den behandlande läkaren. Om HSAN ska ta upp ett sådant ärende innebär det att patienten måste anmäla bakjouren. Genom lagändring (SFS 1994:953) specificerades kraven för en anmälan. Bland annat skulle det framgå vilken anmärkning som riktades, och uppgift om vem anmälan var riktad mot krävdes. HSAN kan efter denna lagändring, enligt egen utsago, inte på något sätt hjälpa dessa patienter även om det finns en sannolikhet för att en disciplinpåföljd skulle delas ut. På grund av att patienter inte kan hantera anmälningssystemets högt ställda krav på anmälan prövas inte deras ärenden, oavsett om en disciplinpåföljd är aktuell eller inte. HSAN ser själv problem med denna ordning och har därför hos regeringen begärt en översyn av lagstiftningen.

Kunskaper om anmälningssystemet är låga

Riksrevisionens granskning visar också att få personer vet till vilken instans man ska vända sig om man vill anmäla en vårdskada. Det finns i dag fyra olika instanser dit patienter kan vända sig för att på olika sätt klaga på vård och behandling: HSAN, LÖF, patientnämnden och Socialstyrelsen. De olika instanserna arbetar efter helt olika utgångspunkter och lagstiftning. Patienten måste själv avgöra vad han eller hon vill uppnå med en anmälan. Är det för att utreda en skuldfråga för att få till stånd en påföljd, är det för att få ekonomisk ersättning, är det för att få hjälp inom hälso- och sjukvården, eller är det för att försäkra sig om att en händelse inte inträffar igen? Kunskapen om till vilken instans man ska vända sig vid en vårdskada är lika låg bland patienter, vårdskadade och befolkningen i stort. Exempelvis kände fyra procent av befolkningen till att man skulle vända sig till patientnämnden vid ett dåligt bemötande och sju procent visste att man skulle vända sig till HSAN för att få en disciplinpåföljd utdelad.

Dagens system för anmälningar av vårdskador är inte förtroendeskapande

I Riksrevisionens granskning har inte ingått att bedöma HSAN:s handläggning av anmälningar ur ett juridiskt perspektiv. Ett högt bortfall kan vara befogat ur rättssäkerhetssynpunkt om ansökningarna har brister. Men det är ändå ett problem att många anmälningar avskrivs för att de inte uppfyller de formella kraven eller för att de ställts till fel myndighet, eftersom det kan få konsekvenser för allmänhetens tilltro till anmälningssystemet.

Ett viktigt motiv i förarbetena till bildandet av HSAN och till den äldre tillsynslagen var att anmälningssystemet skulle verka förtroendeskapande. Det skulle fånga upp den osäkerhet och det missnöje som den moderna vården skapat och motverka en växande förtroendeklyfta mellan patienter och vårdpersonal. Kraven på patientanmälningar var förhållandevis generösa och präglades av en förståelse för patienternas svårigheter att hävda sin sak. Även om nya krav på anmälan har tillkommit senare har systemets förtroendeskapande uppgifter aldrig i grunden ifrågasatts.

Rekommendationer

Riksrevisionen lämnar följande rekommendationer.

- Riksrevisionen rekommenderar regeringen att verka för att patientens möjligheter att få sitt ärende prövat förbättras. En femtedel av anmälarna kan inte ange vem som utfört vården. Regeringen bör därför överväga att föreslå att riksdagen mildrar kravet i LYHS om att patienten ska peka ut vilken person som var ansvarig för den vård som anmäls.
- HSAN föreslås ges ett större ansvar för att utreda frågan om vem som varit ansvarig för vården, bland annat genom att utifrån anmälan göra efterforskningar inom hälso- och sjukvården om vem den ansvarige var. I dag ligger detta ansvar helt på patienten, vilket enligt Riksrevisionen är orimligt. Patienter har sannolikt sämre möjligheter att utreda ansvarsfrågan än vad HSAN och hälso- och sjukvården har. Ett annat alternativ är att ålägga hälso- och sjukvården att uppge vem som var ansvarig för den anmälda vården.
- HSAN bör inom ramen för nuvarande lagstiftning hänvisa felaktigt inkomna ärenden till rätt instans.
- HSAN bör i sina informationsmaterial till patienter samt på hemsidan informera anmälare vad partsrollen innebär.

7.2 Socialstyrelsen saknar nationell bild av vårdskadeanmälningar

Hälso- och sjukvårdens anmälningar enligt lex Maria innebär att Socialstyrelsen genomför en utredning om orsakerna till en inträffad allvarlig skada/sjukdom eller risk för sådan. Utredningen syftar till att på olika sätt förebygga att liknande händelser inträffar i framtiden. Ett annat syfte är att den drabbade patienten (eller dennas närstående) genom utredningen ska få kännedom om vad som faktiskt inträffat och varför skadan eller sjukdomen uppstått. En ny föreskrift rörande lex Maria beslutades år 2002. Föreskriften skulle säkerställa att patienten skulle få vara delaktig genom att lämnas tillfälle att ge sin version vid en allvarlig skada eller sjukdom. Riksrevisionen har sammanställt uppgifter från Socialstyrelsen och funnit att i cirka 40 procent av lex Maria-anmälningarna saknas uppgifter från hälso- och sjukvården om patienter getts tillfälle att lämna sin version av det inträffade.

Socialstyrelsen prioriterar vårdens anmälningar framför patientens i det förebyggande arbetet. I Socialstyrelsens arbete med att återföra kunskap om vårdskador till hälso- och sjukvården används endast lex Maria-ärenden.

Arbetet med att återföra kunskap om vårdskador bör enligt Riksrevisionen byggas på uppgifter från flera och olika källor. I och med att anmälningar

från patienter inte används finns risk för att kunskap går förlorad som kan vara av betydelse i det förebyggande arbetet. Att anmälningar från patienter i stora delar kan vara lämpliga informationskällor framhölls i förarbetena till 1996 års tillsynslag.

Riksrevisionen bedömer att Socialstyrelsen saknar en nationell bild av vårdskadeanmälningar. En fungerande nationell uppföljning hade tidigt visat Socialstyrelsen att det fanns indikationer på att patienter inte fått komma till tals vid lex Maria-ärenden.

Rekommendationer

- Riksrevisionen anser att Socialstyrelsen ska säkerställa att patienten ges tillfälle att ge sin version vid lex Maria-anmälningar.
- Socialstyrelsen bör återföra kunskap om vårdskador till hälso- och sjukvården som bygger på patienters anmälningar till HSAN och till patientnämnderna.

7.3 Regeringen bör uppmärksamma att anmäld vårdpersonal kan behandlas olika

När det gäller den tidigare regeringen har Riksrevisionen uppmärksammat att Socialstyrelsen fått ett mycket stort handlingsutrymme i att påverka arbetssättet inom anmälningssystemet. Sedan 1990-talet har synen på hur patientsäkerhet bäst ska värnas i hälso- och sjukvården förändrats betydligt, både i Sverige och internationellt. Riktningen har gått från ett individriktat synsätt mot ett mera systeminriktat synsätt. Enligt det systeminriktade synsättet beror fel snarare på brister i vårdens organisation, regler och arbetsformer än på att individer handlat fel. Åtgärder som kan förhindra upprepning av negativa händelser anser Socialstyrelsen i de flesta fall vara mer verksamma än åtgärder som straffar enskild personal som begått enstaka misstag. Med detta som bakgrund har Socialstyrelsen i allt färre fall ansett att det finns skäl att anmäla personal till HSAN för disciplinpåföljd.

HSAN:s uppgift är att utreda om vårdpersonal kan ställas till svars för att ha åsidosatt sina skyldigheter i yrkesutövning. Antalet anmälningar som Socialstyrelsen skickat vidare till HSAN har sedan år 1996 minskat från 180 till 60 anmälningar år 2006. Enligt uppgift från HSAN halverades andelen yrkanden om disciplinpåföljd från Socialstyrelsen år 2006, trots att antalet lex Maria-anmälningar ökat. Enligt HSAN har antalet anmälningar fortsatt att minska under år 2007.

Enligt Riksrevisionen finns det risk för att vårdpersonal i vissa fall inte anmäls till HSAN trots att de kan ha gjort sig skyldiga till något som enligt HSAN skulle ha kunnat innebära disciplinpåföljd.

Rekommendation

För att säkerställa lika behandling av vårdpersonal ger Riksrevisionen regeringen följande rekommendation.

- Regeringen bör ge ett tilläggsdirektiv till den pågående utredningen Patientsäkerhet och tillsyn m.m. (dir 2007:57) att uppmärksamma de konsekvenser som Socialstyrelsens ändrade praxis innebär när det gäller lex Maria-ärenden som skickas till HSAN. Denna ändrade praxis får till följd att vårdpersonal riskerar att behandlas olika beroende på om de anmäls till Socialstyrelsen eller HSAN.

Käll- och litteraturförteckning

Offentligt tryck

Riksdagsbeslut

Prot. 1993/94:177.

Utskottsbetänkanden

SoU 1979/80:16.

SoU 1993/94:26.

Lagar och förordningar

(Vedertagna beteckningar inom klammer.)

Lag (1960:409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område [kvacksalverilagen].

Sjukvårdslag (1962:242).

Förvaltningslag (1971:290) [äldre förvaltningslagen].

Förvaltningsprocesslag (1971:291).

Kungörelse (1974:152) om beslutad ny regeringsform [regeringsformen].

Kommunallag (1977:179).

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).

Lag (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. [behörighetslagen].

Förvaltningslag (1986:223).

Lag (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården [åliggandelagen].

Lag (1994:954) om disciplinpåföljd m.m. på hälso- och sjukvårdens område [disciplinpåföljdslagen].

Förordning (1996:570) med instruktion för Socialstyrelsen.

Förordning (1996:571) med instruktion för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Lag (1996:786) om tillsyn över hälso- och sjukvården [tillsynslagen].

Patientskadelag (1996:799).

Lag (1996:1059) om statsbudgeten [budgetlagen].

Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område [LYHS].

Förordning (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.

Propositioner

Prop. 1978/79:220.

Prop. 1981/82:97.

Prop. 1993/94:149.

Prop. 1995/96:176.

Prop. 1998/99:4.

Kommittédirektiv

Patientsäkerhet och tillsyn m.m., dir. 2007:57.

SOU

SOU 1978:26. *Hälso- och sjukvårdspersonalen*. Medicinalansvarskommittén.

SOU 1979:78. *Mål och medel för hälso- och sjukvården*. Hälso- och sjukvårdsutredningen.

SOU 1989:80. *Förenklad handläggning hos HSAN m.m.* Tillsynsutredningen, delbetänkande.

SOU 1991:63. *Tillsynen över hälso- och sjukvården*. Tillsynsutredningen, huvudbetänkande.

SOU 1996:138. *Ny behörighetsreglering på hälso- och sjukvårdens område*. 1994 års behörighetskommitté.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN)

Begäran om en översyn av den lagstiftning som reglerar HSAN:s verksamhet, 2006-06-08, HSAN dnr ADM. 89/06-Ö.

Pm HSAN 2004-12-21, dnr Adm. 153/04-Ö.

Skrivelse 2007-04-16, dnr Adm HSAN82/07-Ö.

Årsredovisning 2004. HSAN.

Årsredovisning 2005. HSAN.

Årsredovisning 2006. HSAN.

Överenskommelse, 2004-12-20, HSAN dnr 2004-12-20.

Socialstyrelsen (SoS)

Anmälan enligt lex Maria. RT:3, fastställt 2000-09-01, RT- gemensamma kvalitetsdokument, Socialstyrelsen.

Hälso- och sjukvårdsrapport 2005. Socialstyrelsen.

Lex Maria: Nytt system i patientsäkerhetens intresse.

Skrivelse, Socialstyrelsen. 2006.

Patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete. 2004, 2:a uppl., Socialstyrelsen.
Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS):
SOSFS 1996:23.
SOSFS 2005:12.
SOSFS 2005:28.
Tillsynsavdelningens verksamhetsberättelse 2005. Socialstyrelsen.
Översyn av lex Maria 2001, (remissupplaga), Socialstyrelsen.s

Bearbetningar med mera

Carlsson, Bo & Isacson, Åke. 1989. Hälsa, kommunikativt handlande och konfliktlösning: en studie av patientens ställning och av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Bokbox, LU.

Johnsson, Lars-Åke. 2002, 2.a uppl. Patientsäkerhet och vårdkvalitet i hälso- och sjukvården. Thomson fakta.

Karlsson, Lars. 2003. Konflikt eller harmoni?: Individuella rättigheter och ansvarsutkrävande i svensk och brittisk sjukvård. CEFOS, GU.

Levay, Charlotta & Waks, Caroline (red.) 2006. Strävan efter transparens: Granskning, styrning och organisering i sjukvårdens nätverk. SNS Förlag.

Marcusson, Lena (red.) 2005. Offentlighetsprinciper. Lustus.

Recommendation Rec (2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care, Adopted by the Committee of Ministers on 24 May 2006 at the 965th meeting of the Ministers' Deputies, www.coe.int.

Utveckling i svensk hälso- och sjukvård. 2004. Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet, Stockholm.

World Alliance for Patient Safety: Forward Programme 2006 – 2007, WHO. www.who.int/patientsafety/en/.

Ödegård, Synnevä. 2006. Säker vård: patientskador, rapportering och prevention. Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV), Göteborg.

Ödegård, Synnevä. (red.) 2007. I rättvisans namn: Ansvar, skuld och säkerhet i vården. Liber.

Bilaga 1. Befolkningens, patienters och vårdskadades kunskaper om anmälningar av vårdskador

Riksrevisionen har använt två angreppssätt för att besvara frågan om vad individer som råkar ut för en vårdskada vet om vilken instans man ska vända sig till vid en vårdskada. Riksrevisionen har uppdragit åt Sifo att ställa ett antal frågor om detta till ett urval av befolkningen.

Fakta kring anmälningar och klagomål inom hälso- och sjukvården

Hur många vårdskador eller klagomål anmäldes 2005?

HSAN	4 102 ⁷⁷
Socialstyrelsen	
Lex Maria	1 044 ⁷⁸
Enskilda	1 068 ⁷⁹
LÖF	9 560 ⁸⁰
Patientnämnden	22 610 ⁸¹

Totalt fanns det drygt 38 000 ärenden där klagomål inkommit på vård eller bemötande vid vård. Eftersom samma händelse kan vara anmäld till olika instanser är totalsiffran svårtolkad. Socialstyrelsens uppfattning är att mörkertalet är stort, det vill säga antalet anmälningar är lägre än antalet inträffade händelser som leder till vårdskador eller medför risk för vårdskador.⁸⁷ Ett stort antal vårdskador inträffar varje år i Sverige enligt Socialstyrelsen. Internationella studier visar att det vid närmare vart tionde vårdtillfälle på sjukhus uppkommer vårdskador i form av ogynnsamma konsekvenser för patienten genom förlängd vårdtid, återinläggning, sårinfektioner och läkemedelsbiverkningar.⁸⁸

82 Årsredovisning 2006. Hälso- och sjukvårdens årsredovisning.

83 Tillsynsavdelningens verksamhetsberättelse 2005. Socialstyrelsen.

84 Tillsynsavdelningens verksamhetsberättelse 2005. Socialstyrelsen.

85 Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag. Uppgifter på hemsidan.

86 Ej publicerad uppgift från Socialstyrelsen. Rör år 2005.

87 Hälso- och sjukvårdsrapport 2005. Socialstyrelsen.

88 Hälso- och sjukvårdsrapport 2005. Socialstyrelsen.

Befolkningens, patienters och vårdskadades kunskaper om anmälningar av vårdskador

Riksrevisionen har använt sig av Sifo Research Internationals telefonbuss för att undersöka vilken kunskap befolkningen, patienter och vårdskadade har om anmälningar och klagomål på vård.

Telefonbussen är en regelbunden telefonundersökning som genomförs med ett slumpmässigt urval av den vuxna befolkningen. Intervjuerna görs med personer 15 år och äldre. Antalet personer som intervjuats uppgår till 1 000.

Urvalet är slumpmässigt i alla steg och riksomfattande. Om rätt person i hushållet inte anträffats, har han eller hon ersatts av annan intervjuperson.

Tre grupper: befolkning, patienter och vårdskadade

I följande avsnitt jämförs de tre grupperna befolkningen, patienter och personer som råkat ut för en vårdskada.

För att skapa en patientgrupp och en grupp som skadats i hälso- och sjukvården har vi ställt två frågor till samtliga tusen personer i urvalet. Vi har frågat om de under de senaste tre åren fått undersökning, vård eller behandling inom hälso- och sjukvården. Vi har också frågat om de under de tre senaste åren drabbats av skada till följd av undersökning, vård eller behandling inom hälso- och sjukvården.

Hur många har fått vård och behandling?

Procentuell fördelning av svaren på frågan "Har du de senaste tre åren fått undersökning, vård eller behandling inom hälso- och sjukvården?"

	Totalt	Män	Kvinnor
Ja	79	76	82
Nej	21	24	17

Något fler kvinnor (82 procent) än män (76 procent) har varit patienter de tre senaste åren. Något fler äldre än yngre har varit patienter. Bland dem som är 65 år och äldre har 85 procent besökt hälso- och sjukvården de tre senaste åren, medan det i de yngre åldersgrupperna är cirka 75 procent som besökt vården.

Procentuell fördelning av svaren på frågan ”Har du under de tre senaste åren drabbats av skada till följd av undersökning, vård eller behandling inom hälso- och sjukvården?”

	Totalt	Män	Kvinnor
Ja	3	2	4
Nej	96	97	96

Antal svar: 1 000

Tre procent uppger sig ha drabbats av skada till följd av vård under de tre senaste åren. Tre procent av de svarande motsvarar 225 000 personer i befolkningen. Utslaget på tre år blir det 75 000 vårdsador per år.

Vi ser en signifikant stor andel (åtta procent) kvinnor i åldern 15–29 som drabbats av vårdsador. En annan signifikant skillnad syns mellan arbetare och tjänstemän. Av arbetarna har fem procent drabbats av vårdsador, medan endast en procent av tjänstemännen drabbats. Stockholmsområdet utmärker sig med en signifikant högre andel vårdsador, sex procent, vilket kan jämföras med norra Sverige som är den region som har lägst andel vårdsadade med andelen en procent.

Hur många har anmält en vårdsador?

Procentuell fördelning av svaren på frågan ”Har du själv vänt dig till någon instans för att anmäla en skada till följd av undersökning, vård eller behandling?”

	Totalt	Män	Kvinnor
Ja	3	1	4
Nej	97	98	96

Antal svar 1 000

Det finns en signifikant skillnad mellan män och kvinnor med avseende på anmälan av vårdsador. En högre andel kvinnor (4 procent) än män (en procent) anmäler vårdsador. Kvinnor söker också i högre utsträckning vård, vilket ökar risken för vårdsador. Dessutom drabbas de oftare av vårdsador än män enligt denna undersökning.

Var klagar patienter på vård?

Procentuell fördelning av svaren på frågan "Vilken instans vände du dig till då?"

	Totalt
HSAN	4
Socialstyrelsen	0
LÖF	2
Patientnämnd	16
Sjukhus, m.m.	35
Annan	36
Ej svar	7
Antal svar	28

Det vanligaste vid en vårdskada är att den drabbade vänder sig till andra instanser eller personer än dem som har som direkt uppgift att hantera anmälningar om vårdskador. Det kan vara sjukhus, vårdcentraler eller kliniker. I kategorin annan ovan inryms försäkringsbolag, patientombudsman, läkemedelsförsäkring eller patientkontor.

Anmälan av anhörigs vårdskada

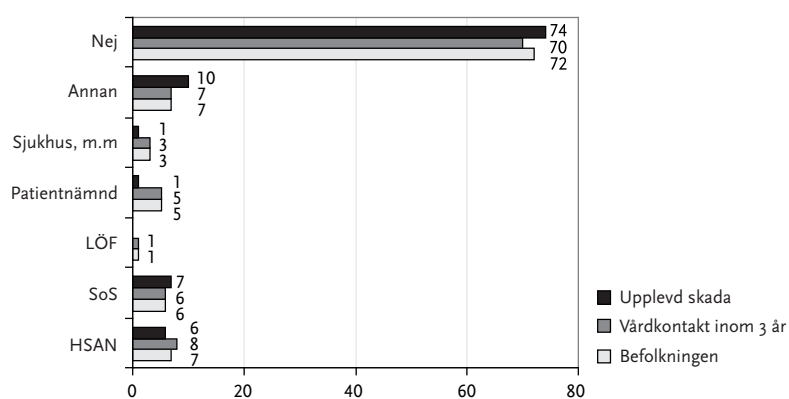
	Totalt
HSAN	21
Socialstyrelsen	0
LÖF	0
Patientnämnd	5
Sjukhus, m.m.	2
Annan	51
Antal svar	24

Det är två procent som anmält en vårdskada för någon annans räkning. Dessa fördelar sig jämt mellan män och kvinnor.

Vid anmälan av en anhörigs vårdskada är det, liksom vid anmälan av egen vårdskada, vanligast att man vänder sig till en annan instans än dem som handlägger klagomål inom hälso- och sjukvården. Det är vanligt att man vänder sig till försäkringsbolag. Det förekommer också att man vänder sig till patientombudsmannen. En del vänder sig till den berörda verksamheten, såsom hemsjukvård eller äldreomsorg. Det förekom också att man framförde önskemål om att en lex Maria-anmälan skulle göras.

När patienten vill anmäla en läkare eller annan sjukvårdspersonal

Om du skulle drabbas av en skada till följd av undersökning, vård eller behandling inom hälso- och sjukvården, vet du till vilken statlig instans du ska vända dig om du anser att den ansvarige bör få en disciplinpåföljd (till exempel varning)?



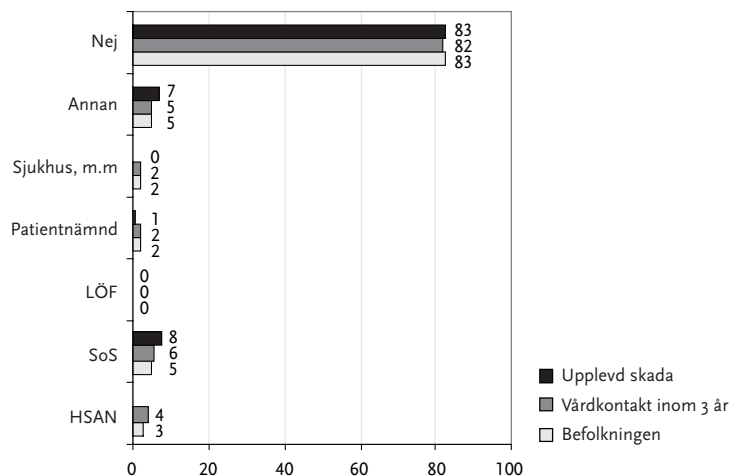
Det är endast HSAN som kan utdela disciplinpåföljder. Det rätta svaret på denna fråga är alltså HSAN. De tre gruppernas svar är mycket lika och varierar mellan sex och åtta procent.

I befolkningen finns det en signifikant skillnad mellan könen. Betydligt fler kvinnor (10 procent) än män (4 procent) känner till att de ska vända sig till HSAN för att få till stånd en disciplinpåföljd. Samma mönster finns när det gäller dem som svarat nej på frågan. Av männen är det 76 procent som inte vet till vilken instans de ska vända sig för att få till stånd en påföljd. Bland kvinnorna är motsvarande andel 67 procent.

Det finns även en signifikant skillnad i denna fråga mellan arbetare och tjänstemän. Bland tjänstemän var det 11 procent som svarade HSAN, medan motsvarande andel bland arbetare var fyra procent. Samma tendens finns beträffande utbildningsnivå.

När patienten vill medverka till att skadan inte inträffar igen

Om du skulle drabbas av en skada till följd av undersökning, vård eller behandling inom hälso- och sjukvården, vet du till vilken statlig instans du ska vända dig om du vill medverka till att händelsen inte inträffar igen?



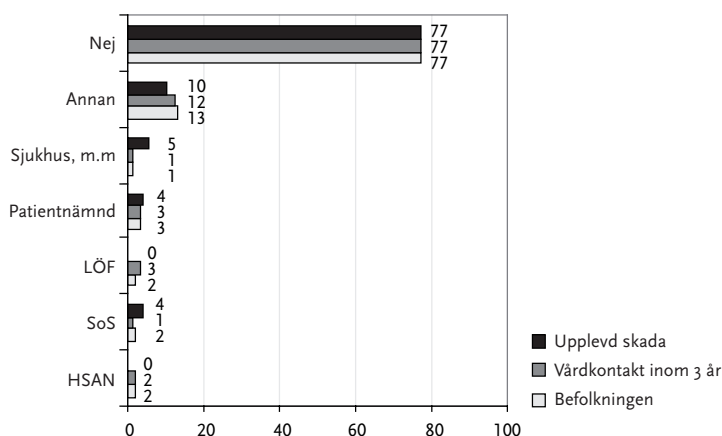
Socialstyrelsen är den statliga myndighet som genomför analyser med fokus på rutiner. Socialstyrelsen analyserar händelser i hälso- och sjukvården där patienter kommit till skada eller utsatts för risker. En analys visar varför det gick fel och hur bristerna kan åtgärdas ur ett systemperspektiv.

Något fler av dem som råkat ut för en vårdskada (åtta procent) svarade att de skulle vända sig till Socialstyrelsen för att medverka till att händelsen inte inträffar igen. Bland de övriga grupperna var motsvarande andelar fem och sex procent i vardera grupp.

Det finns en signifikant skillnad mellan arbetare och tjänstemän när det gäller kunskapen om att Socialstyrelsen är den statliga instans som kan medverka till att händelser inte inträffar igen. Bland tjänstemännen svarade nio procent Socialstyrelsen och motsvarande andel bland arbetare var fyra procent.

När patienten vill ha ekonomisk ersättning

Om du skulle drabbas av en skada till följd av undersökning, vård eller behandling inom hälso- och sjukvård, vet du till vilken instans du ska vända dig om du vill ha ekonomisk ersättning?

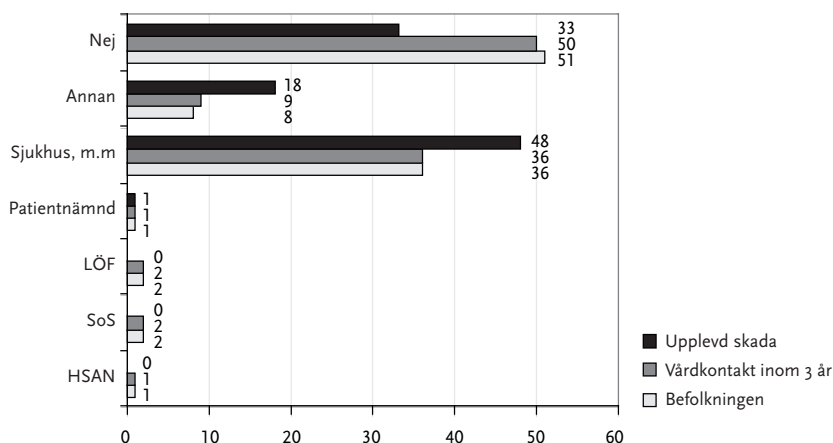


Enligt patientskadelagen kan den som drabbas av personskada i samband med hälso-, sjuk- och tandvård i Sverige i vissa fall få patientskadeersättning. För den som vårdas av ett landsting eller av en privat vårdgivare enligt avtal (entreprenadavtal) med landstingen har landstingen tecknat en patientförsäkring i Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF).

Kunskapen om att det är till LÖF man ska vända sig med ekonomiska anspråk är låg. Det finns dock en signifikant skillnad mellan dem som varit i kontakt med hälso- och sjukvården och dem som inte varit i kontakt med vården. I den första gruppen svarade tre procent att de skulle vända sig till LÖF för att få ekonomisk ersättning, i den andra gruppen var det mindre än en procent.

När patienten behöver hjälp inom hälso- och sjukvården

Vet du till vilken instans inom kommun eller landsting som du ska vända dig om du behöver hjälp inom hälso- och sjukvård.



Patientnämnden ska enligt lag⁸⁹ finnas i varje landsting. Nämnden är politiskt tillsatt och har anställda tjänstemän som handläggare.

Patientnämnden är till för den som har klagomål, synpunkter eller frågor när det gäller hälso- och sjukvården, vården inom kommunerna och folktandvården. Den ska utifrån synpunkter och klagomål stödja och hjälpa enskilda patienter och bidra till kvalitetsutvecklingen i hälso- och sjukvården genom att

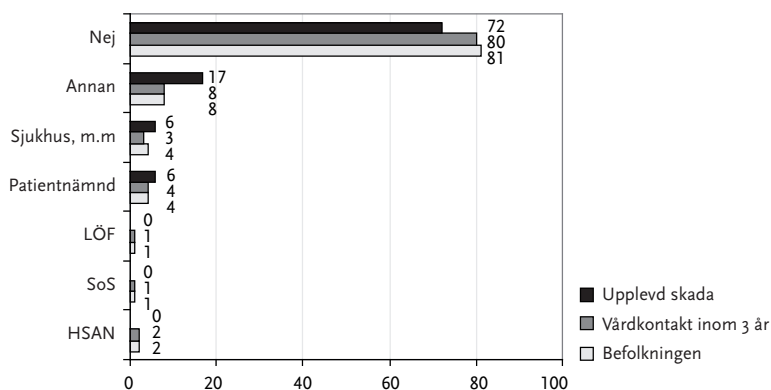
- hjälpa patienter att få den information de behöver för att kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvården
- främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal
- hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet
- rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter.

Endast en procent i vardera gruppen svarade att de skulle vända sig till patientnämnden för att få hjälp inom hälso- och sjukvården. Här fanns en signifikant skillnad mellan dem som under de senaste åren drabbats av vårdskada och de övriga. Av de vårdskadedrabbade var det 33 procent som svarade nej på denna fråga, jämfört med 51 procent i befolkningen och 50 procent i gruppen som haft vårdkontakt.

⁸⁹ Lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.

När patienten blivit dåligt bemött

Vet du till vilken instans inom kommun eller landsting som du ska vända dig om du blivit dåligt bemött?



Den instans som de flesta i samtliga grupper skulle vända sig till är ”annan” instans. I de öppna svaren finns exempel på vad detta kan vara. Exempelvis:

1. Allmänna reklamationsnämnden.
2. Arbetarskydd eller chef.
3. Avdelningschefen.
4. Diskrimineringsombudsmannen..
5. En instans inom kommunens vård och omsorg.
6. En nämnd av något slag.
7. Försäkringskassan.
8. Förtroendenämnden.
9. Hade inte vänt mig till någon instans, utan vänt mig direkt till dem som gjort det.
10. Hälso- och sjukvårdsmyndigheten.
11. Hälsocentralen.
12. Jag skulle gå dit där jag blev dåligt bemött och be att få tala med högsta chefen.
13. Jag skulle vända mig till en reklamationsman inom kommunen.
14. Jag skulle vända mig till kommunledningen.
15. Jag skulle vända mig till patientombudsmannen.
16. Jämo.
17. Jönköpings landsting.
18. Konsumentombudsmannen.
19. Konsumentverket.
20. Kurator, psykolog eller barnmorska.
21. Landstingets politiker.
22. Landstingskatalogen.

23. Ledningen för den inrättning som jag blivit illa bemött av.
24. Medierna.
25. Patientkontoret.
26. Patientombudsman på vårdkliniker och sjukhus.
27. Polisen.
28. Sjukvårdsnämnden som finns i varje län.
29. Sjukvårdsupplysning.
30. Skolkuratoren.
31. Socialkontoret.
32. Stadsdelsnämnden.
33. Verksamhetschefen.

Sammanfattande slutsatser

Vilka slutsatser går det att dra om medborgarnas kunskaper om vilken instans man ska vända sig till vid klagomål på hälso- och sjukvården?

För det första kan man konstatera att det utifrån denna undersökning går att uppskatta antalet vårdskador till 75 000 årligen.

Generellt är kunskapen om till vilken instans vårdskadade ska vända sig i olika situationer mycket låg, men den är lika låg både bland dem som varit i kontakt med vården och bland dem som drabbats av en vårdskada.

Vårdskadade klagar på vården – tre procent drabbas, tre procent klagar

Ett tydligt resultat är att de som råkat ut för en vårdskada faktiskt lämnar in någon form av klagomål. Det vanligaste tillvägagångssättet är att man vänder sig till den klinik, vårdcentral eller sjukhus som utförde vården.

De vårdskadades kunskaper om vilka instanser man ska vända sig till vid en vårdskada.

- Sex procent av de vårdskadade vet att det är till HSAN de ska vända sig för att få en påföljd till stånd.
- Åtta procent av de vårdskadade vet att det är till Socialstyrelsen man ska vända sig för att en händelse inte ska upprepas.
- Mindre än en procent av de vårdskadade vet att det är till LÖF man ska vända sig för att få ekonomisk ersättning.
- Sex procent av de vårdskadade vet att det är till patientnämnden man ska vända sig om man blivit dåligt bemött.

Bilaga 2. Granskning av HSAN:s handläggning av anmälningar av vårdskador

Metod

Riksrevisionen har genomfört en aktgranskning inom HSAN. Ett tjugotal frågor har besvarats med utgångspunkt från HSAN:s beslut. Statisticon AB anlätades för att dra ett obundet slumpmässigt urval av samtliga anmälningar år 2005. Antalet anmälningar uppgick till 3 591. Urvalet uppgick till 220 anmälningar. Eftersom det från början var bestämt att tandvård inte skulle ingå i granskningen har dessa ärenden lagts åt sidan. Ett femtiotal av akterna fanns som ett resultat av överklagande på länsrätten, varför vi granskade dessa akter där. Det slutliga underlaget bestod av 190 akter. Materialet har registrerats och analyserats inom Riksrevisionen.

Vem får anmäla till HSAN?

HSAN:s handläggning av ärenden är reglerad i LYHS⁹⁰. Frågor om disciplinföljd ska tas upp på anmälan av Socialstyrelsen eller den patient som saken gäller, eller om patienten inte själv kan anmäla saken, av en närstående till patienten. I nedanstående tabell visas vem som anmält ärendet till HSAN. Anmälningarna gäller i 60 procent av fallen en kvinna och i 38 procent en man (uppgift saknas i två procent). Medelåldern är 48 år (kvinna 49 år och män 46 år).

Procentuell fördelning över vem som anmält ärendet.

Patienten	58%
Anhörig	30%
Ombud för patienten	4%
Socialstyrelsen	4%
Övrig	2%
Totalt antal	190

Avsaknad av fullmakter är ett ganska vanligt problem (knappt 10 procent).

⁹⁰ Lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Vad har beslutet lett till?

En majoritet av besluten leder till avslag. Ungefär en tiondel av ärendena leder till någon form av påföljd. Övriga ärenden antingen avskrivs eller avvisas.

Avslag	60%
Avvisat p.g.a. formellt fel	13%
Avvisat p.g.a. fel instans	6%
Avvisat p.g.a. preskription	6%
Avskrivet	5%
Erinran	5%
Varning	4%
Återkallelse av legitimation	1%
Begränsad förskrivningsrätt	1%
Prövotid	1%
Ärendet i domstol	1%
Totalt antal	190

HSAN:s hantering av anmälningar

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd har till uppgift att efter anmälan pröva frågor om disciplinpåföljd och vissa behörighetsfrågor för hälso- och sjukvårdspersonal. De frågor som får prövas ska enligt LYHS handla om hälso- och sjukvård.

HSAN:s skyldighet att vidarebefordra anmälningar till rätt instans

Ska HSAN vidarebefordra ärenden? I förvaltningslagen finns en paragraf som berör myndigheternas serviceskyldighet (4 §). I den står följande:

”Om någon enskild av misstag vänder sig till fel myndighet, bör myndigheten hjälpa honom till rätta.”

I LYHS sägs följande i 7 kap. 19 §:

”Om en anmälan till ansvarsnämnden innehåller klagomål över brister i kontakten mellan en patient och hälso- och sjukvårdspersonalen hos ett landsting eller en kommun eller över något annat liknande förhållande och om det finns grundad anledning att anta att anmälan inte kan föranleda disciplinpåföljd enligt denna lag, får nämnden överlämna anmälan i den delen till landstinget eller kommunen för åtgärd.”

En femtedel av anmälningarna borde ha skickats till annan instans

En femtedel av anmälarna har vänt sig till fel instans. Andelen är underskattad, eftersom många tar upp flera ärenden i en anmälan. Förutom en anmälan om till exempel en felbehandling kan anmälaren ta upp exempelvis ett dåligt bemötande. Detta är anledningen till att nedanstående tabell innehåller en högre andel än 21 procent.

Till vilken instans borde anmälaren ha vänt sig?

I aktgranskningen har Riksrevisionen bedömt till vilken instans anmälaren borde ha vänt sig utifrån HSAN:s beslut.

Patientnämnden	11%
Patientförsäkringen	6%
Socialstyrelsen	5%
Övrig	5%
Totalt antal	190

I sällsynta fall vidarebefordrar HSAN ärenden till en annan instans. Det handlar om tre procent (6 ärenden) av ärendena totalt. Av de ärenden där anmälaren vänt sig till fel instans har HSAN hjälpt anmälaren till rätta i 19 procent av ärendena (6 av 32).

Nedan ges exempel på ärenden som HSAN inte prövar men som ändå anmälts till HSAN. Om de bedöms ha betydelse för patientsäkerhet kan de prövas.

- Felaktig bedömning om arbetsförmåga
- Bemötande
- Kränkande brev
- Ekonomisk ersättning
- Undersökning efter dödsfall
- Anmälan om dödsfall
- Försäkringsläkare, läkarutlåtande

40 procent av anmälningarna bedöms som ofullständiga av HSAN

När den lag som reglerar HSAN:s verksamhet kom år 1980 ställdes som enda krav på anmälaren att anmälan skulle göras skriftligt. Genom lagändring (SFS 1994:953) skärptes kraven för en anmälan. Det skulle bland annat framgå vilken anmärkning som riktades och det krävdes uppgift om vem anmälan var riktad mot. Detta ledde till större rättssäkerhet för sjukvårdspersonalen, men även till fler felanmälningar. Andelen avvisade anmälningar ökade också.

En mycket stor del (40 procent) av anmälningarna är ofullständiga enligt HSAN. Enligt 7 kap. 8 § LYHS ska en anmälan innehålla följande:

”8 § Anmälan eller ansökan till ansvarsnämnden skall göras skriftligen och vara egenhändigt undertecknad samt innehålla uppgifter om

1. den enskilde anmälares eller sökandens namn, födelsetid och postadress,
2. namn och adress för ställföreträdare eller ombud om talan förs av sådan,
3. vem anmälan eller ansökan avser och, om de kan lämnas utan särskild utredning, uppgifter om dennes yrke, adress och arbetsplats,
4. vilken anmärkning som riktas mot en anmäld, och
5. de omständigheter som åberopas till stöd för anmälan eller ansökan.

Om part företräds av ombud skall fullmakt ges in.”

Det är punkterna 3–5 som föranleder problem för anmälarna. Nedan beskrivs i vilken utsträckning anmälarna lämnat de obligatoriska uppgifterna till HSAN.

Uppgift om när behandlingen ägt rum	82%
Uppgift om i vilket avseende behandlingen varit fel	85%
Uppgift om vem anmälan riktar sig mot	86%
Uppgift om var behandlingen ägt rum	84%

Som tidigare nämnts bedömdes dock 40 procent av anmälningarna som ofullständiga i något avseende. Bland anmälningar som rör psykiatriska besvär bedöms 60 procent som ofullständiga.

I 38 procent av samtliga ärenden har HSAN begärt komplettering i enlighet med 7 kap. 9 § i LYHS. Nedan beskrivs vad som behöver kompletteras enligt HSAN.

Uppgift om när behandlingen ägt rum	13%
Uppgift om i vilket avseende behandlingen varit fel	23%
Uppgift om vem anmälan riktar sig mot	21%
Uppgift om var behandlingen ägt rum	9%
Annan uppgift om ofullständig anmälan	12%

Annan uppgift handlar huvudsakligen om att fullmakt saknas.

Anmälarna har störst problem med att berätta om i vilket avseende behandlingen varit felaktig och vem anmälan riktar sig mot.

HSAN är skyldig att begära komplettering vid ofullständiga anmälningar

Ärenden där HSAN begärt komplettering leder i lägre utsträckning till påföljd och avskrivs i högre grad. Se nedanstående tabell.

Jämförelse av ärenden där HSAN begärt komplettering och ärenden där HSAN inte begärt komplettering uppdelat på vad HSAN:s beslut lett till.

	HSAN har begärt komplettering	Ej begärt komplettering
Erinran	1%	8%
Varning	3%	5%
Återkallelse av legitimation	0%	1%
Begränsad förskrivningsrätt	0%	1%
Prövotid	0%	1%
Avslag	60%	60%
Avskrivet	3%	6%
Preskriberat	1%	9%
Formellt fel	28%	4%
Fel instans	4%	6%
Totalt	100% (72 ärenden)	100% (114 ärenden)

Ytterst få ärenden där man begärt komplettering leder till någon påföljd, betydligt färre än där man inte begärt komplettering. Dessutom avvisas en tredjedel av ärendena på grund av formellt fel. Att begära kompletterande uppgifter i 38 procent av ärendena förefaller vara en hög andel.

Enligt 7 kap. 10 § LYHS ska ansvarsnämnden se till att varje ärende blir tillräckligt utrett. Överflödiga utredningar ska dock avvisas.

Problemet med att anmäla fel person

Riksrevisionens granskning visar att i mellan en och två procent av ärendena har man anmält fel person. Samtliga av dessa ärenden ledde till avslag.

Tidigare utgivna rapporter från Riksrevisionen

- 2003 2003:1 Hur effektiv är djurskyddstillsynen?
- 2004 2004:1 Länsplanerna för regional infrastruktur – vad har styrt prioriteringarna?
 - 2004:2 Förändringar inom kommittéväsendet
 - 2004:3 Arbetslöshetsförsäkringens hantering på arbetsförmedlingen
 - 2004:4 Den statliga garantimodellen
 - 2004:5 Återfall i brott eller anpassning i samhället – uppföljning av kriminalvårdens klienter
 - 2004:6 Materiel för miljarder – en granskning av försvarets materielförsörjning
 - 2004:7 Personlig assistans till funktionshindrade
 - 2004:8 Uppdrag statistik – Insyn i SCB:s avgiftsbelagda verksamhet
 - 2004:9 Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvård
 - 2004:10 Bistånd via ambassader – en granskning av UD och Sida i utvecklingssamarbetet
 - 2004:11 Betyg med lika värde? – en granskning av statens insatser
 - 2004:12 Höga tjänstemäns representation och förmåner
 - 2004:13 Riksrevisionens årliga rapport 2004
 - 2004:14 Arbetsmiljöverkets tillsyn
 - 2004:15 Offentlig förvaltning i privat regi – statsbidrag till idrottsrörelsen och folkbildningen
 - 2004:16 Premiepensionens första år
 - 2004:17 Rätt avgifter? – statens uttag av tvingande avgifter
 - 2004:18 Vattenfall AB – Uppdrag och statens styrning
 - 2004:19 Vem styr den elektroniska förvaltningen?
 - 2004:20 The Swedish National Audit Office Report 2004
 - 2004:21 Försäkringskassans köp av tjänster för rehabilitering
 - 2004:22 Arlandabanan – Insyn i ett samfinansierat järnvägsprojekt
 - 2004:23 Regelförenklingar för företag
 - 2004:24 Snabbare asylprövning
 - 2004:25 Sjukpenninganslaget – utgiftsutveckling under kontroll?
 - 2004:26 Utgift eller inkomstavdrag?
 - Regeringens hantering av det tillfälliga sysselsättningsstödet

- 2004: 27 Stödet till polisens brottsutredningar
- 2004:28 Regeringens förvaltning och styrning av sex statliga bolag
- 2004:29 Kontrollen av strukturfonderna
- 2004:30 Barnkonventionen i praktiken
- 2005 2005:1 Miljömålsrapporteringen – för mycket och för lite
- 2005:2 Tillväxt genom samverkan?
Högskolan och det omgivande samhället
- 2005:3 Arbetslöshetsförsäkringen – kontroll och effektivitet
- 2005:4 Miljögifter från avfallsförbränningen – hur fungerar tillsynen
- 2005:5 Från invandrapolitik till invandrapolitik
- 2005:6 Regionala stöd – styrs de mot ökad tillväxt?
- 2005:7 Ökad tillgänglighet i sjukvården? – regeringens styrning och uppföljning
- 2005:8 Representation och förmåner i statliga bolag och stiftelser
- 2005:9 Statens bidrag för att anställa mer personal i skolor och fritidshem
- 2005:10 Samordnade inköp
- 2005:11 Bolagiseringen av Statens järnvägar
- 2005:12 Uppsikt och tillsyn i samhällsplaneringen – intention och praktik
- 2005:13 Riksrevisionens årliga rapport 2005
- 2005:14 Förtidspension utan återvändo
- 2005:15 Marklösen – Finns förutsättningar för rätt ersättning?
- 2005:16 Statsbidrag till ungdomsorganisationer – hur kontrolleras de?
- 2005:17 Aktivitetsgarantin – Regeringen och AMS uppföljning och utvärdering
- 2005:18 Rikspolisstyrelsens styrning av polismyndigheterna
- 2005:19 Rätt utbildning för undervisningen – Statens insatser för lärarkompetens
- 2005:20 Statliga myndigheters bemyndiganderedovisning
- 2005:21 Lärares arbetstider vid universitet och högskolor
– planering och uppföljning
- 2005:22 Kontrollfunktioner – två fallstudier
- 2005:23 Skydd mot mutor – Läkemedelsförmånsnämnden
- 2005:24 Skydd mot mutor – Apoteket AB
- 2005: 25 Rekryteringsbidrag till vuxenstuderande
– uppföljning och utbetalningskontroll
- 2005:26 Granskning av Statens pensionsverks interna styrning och kontroll av informationssäkerheten
- 2005:27 Granskning av Sjöfartsverkets interna styrning och kontroll av informationssäkerheten
- 2005:28 Fokus på hållbar tillväxt? Statens stöd till regional projektverksamhet

- 2005:29 Statliga bolags årsredovisningar
- 2005:30 Skydd mot mutor – Banverket
- 2005:31 När oljan når land – har staten säkerställt en god kommunal beredskap för oljekatastrofer?
- 2006 2006:1 Arbetsmarknadsverkets insatser för att minska deltidsarbetslösheten
- 2006:2 Regeringens styrning av Naturvårdsverket
- 2006:3 Kvalitén i elöverföringen – finns förutsättningar för en effektiv tillsyn?
- 2006:4 Mer kemikalier och bristande kontroll – tillsynen av tillverkare och importörer av kemiska produkter
- 2006:5 Länsstyrelsernas tillsyn av överförmyndare
- 2006:6 Redovisning av myndigheters betalningsflöden
- 2006:7 Begravningsverksamheten – förenlig med religionsfrihet och demokratisk styrning?
- 2006:8 Skydd mot korruption i statlig verksamhet
- 2006:9 Tandvårdsstöd för äldre
- 2006:10 Punktskattekontroll – mest reklam?
- 2006:11 Vad och vem styr de statliga bolagen?
- 2006:12 Konsumentskyddet inom det finansiella området – fungerar tillsynen?
- 2006:13 Kvalificerad yrkesutbildning – utbildning för marknadens behov?
- 2006:14 Arbetsförmedlingen och de kommunala ungdomsprogrammen
- 2006:15 Statliga bolag och offentlig upphandling
- 2006:16 Socialstyrelsen och de nationella kvalitetsregistren inom hälso- och sjukvården
- 2006:17 Förvaltningsutgifter på sakanslag
- 2006:18 Riksrevisionens årliga rapport
- 2006:19 Statliga insatser för nyanlända invandrare
- 2006:20 Styrning och kontroll av regeltillämpningen inom socialförsäkringen
- 2006:21 Finansförvaltningen i statliga fastighetsbolag
- 2006:22 Den offentliga arbetsförmedlingen
- 2006:23 Det makroekonomiska underlaget i budgetpropositionerna
- 2006:24 Granskning av Arbetsmarknadsverkets interna styrning och kontroll av informationssäkerheten
- 2006: 25 Granskning av Migrationsverkets interna styrning och kontroll av informationssäkerheten
- 2006:26 Granskning av Lantmäteriverkets interna styrning och kontroll av informationssäkerheten
- 2006:27 Regeringens uppföljning av överskottsmålet
- 2006:28 Anställningsstöd
- 2006:29 Reformen av Försvarets logistik – Blev det billigare och effektivare?

- 2006:30 Socialförsäkringsförmåner till gravida – Försäkringskassans
agerande för en lagenlig och enhetlig tillämpning
- 2006:31 Genetiskt modifierade organismer – det möjliga och det rimliga
- 2006:32 Bidrag som regeringen och Regeringskansliet fördelar
- 2007 2007:1 Statlig tillsyn av bostad med särskild service enligt LSS
- 2007:2 The Swedish National Audit Office – Annual report 2006
- 2007:3 Regeringens beredning och redovisning av skatteutgifter
- 2007:4 Beredskapen för kärnkraftsolyckor
- 2007:5 Regeringens skatteprognoser
- 2007:6 Vägverkets körprov – lika för alla?
- 2007:7 Den största affären i livet – tillsyn över fastighetsmäklare och
konsumenternas möjlighet till tvistelösning
- 2007:8 Regeringens beredning av förslag om försäljning av sex bolag
- 2007:9 Säkerheten vid vattenkraftdammar
- 2007:10 Regeringens styrning av informationssäkerhetsarbetet
i den statliga förvaltningen
- 2007:11 Statens företagsbefrämjande insatser. När de kvinnor och
personer med utländsk bakgrund?
- 2007:12 Hur förbereds arbetsmarknadspolitiken?
En granskning av regeringens underlag
- 2007:13 Granskning av Årsredovisning för staten 2006
- 2007:14 Riksrevisionens årliga rapport
- 2007:15 Almi Företagspartner AB och samhällsuppdraget
- 2007:16 Regeringens uppföljning av kommunernas ekonomi
- 2007:17 Statens insatser för att hantera omfattande elavbrott
- 2007:18 Bilprovningen och tillgängligheten –
Granskning av ett samhällsuppdrag
- 2007:19 Tas sjukskrivnas arbetsförmåga till vara?
Försäkringskassans kontakter med arbetsgivare
- 2007:20 Oegentligheter inom bistånd – Är Sidas kontroll av
biståndsinsatser via enskilda organisationer tillräcklig?
- 2007:21 Regeringens analys av finanspolitikens långsiktiga hållbarhet
- 2007:22 Sambandet mellan utgiftstaket, överskottsmålet och
skattepolitiken – regeringens redovisning

Beställning: publikationsservice@riksrevisionen.se