

2009-04-16

Socialdepartementet
103 33 Stockholm

Yttrande över delbetänkandet från Patientsäkerhetsutredningen – Patientsäkerhet. Vad har gjorts? Vad behöver göras? (SOU 2008:117)

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, har via remiss inbjudits att yttra sig över ovan nämnda delbetänkande. Även Handikappförbunden, HSO, har inbjudits att yttra sig och också gjort det i ett yttrande 2009-04-14. Med anledning härav vill RSMH anföra att vi i allt väsentligt delar de åsikter som HSO redovisar. Vi vill för att ytterligare poängtera några av RSMH:s åsikter därutöver anföra följande.

Sedan över 40 år har RSMH organiserat människor i Sverige med egen erfarenhet av psykisk och social ohälsa. Bland våra medlemmar återfinns också närstående och andra som har ett engagemang och intresse för RSMH:s arbete. Detta har medfört att RSMH genom åren ackumulerat en omfattande erfarenhet av hur sjukvårdssystemet fungerar för människor med psykisk ohälsa, inte minst med avseende på frågor rörande patientsäkerhet eller frånvaron därav.

Vi noterar därvid att utredningens överväganden inte innehåller någon särskild analys av patientsäkerhetsaspekterna inom psykiatrin, något som vi rent allmänt ser som en svaghet eftersom patientsäkerhetsproblemen ofta är helt annorlunda i psykiatrin än i de somatiska vårdgrenarna. Patienter skadas och t o m dör som en följd av medvetet tillämpade olämpliga rutiner och bristande kompetens hos personalgrupper som utför vården.

RSMH vill inledningsvis – utifrån vårt unika perspektiv – instämma i utredningens generella ställningstagande att dagens regelverk inte är ändamålsenligt. Detta gäller vare sig man betraktar det från ett patientsäkerhets-, patient-, eller rättsäkerhetsperspektiv. Inte ens utifrån ett mer begränsat effektivitetsperspektiv är det nu gällande systemet särskilt bra. Ett grundproblem som utredaren på ett föredömligt vis åskådliggör är det felaktiga i att alltför mycket fokus läggs på den enskilde yrkesutövarens ansvar för negativa händelser och alltför litet på vårdgivarens ansvar för en hög patientsäkerhet. Även om ett personligt ansvar alltid föreligger, och så måste göra, är det genom ett systematiskt patientsäkerhetsarbete från vårdgivaren som huvudman som riskerna för patienter inom vården kan minskas.

Därtill kommer att dagens system i stor utsträckning nonchalerat patienterna och patient- och brukarorganisationerna som – i RSMH:s ögon – borde vara självklara samarbetspartners för vårdgivarna i patientsäkerhetsarbetet. En mer aktiv medverkan i patientsäkerhetsarbetet av

POSTADRESS	TELEFON	TELEFAX	POSTGIRO	ORG.NR	E-POST
Instrumentvägen 10 126 53 Hägersten	08-772 33 60	08-772 33 61	40 62 92-3	802005-6985	rsmh@rsmh.se

patienter och patientföreträdare kommer att kräva en betydande kulturpåverkan och metodutveckling hos vårdgivarna.

Vi anser att patientsäkerhetsarbetet inom vården alltid måste vara av högsta prioritet. Det handlar om att förhindra och förebygga att patienter drabbas av allvarlig skada eller sjukdom, eller för den delen utsätts för risk för allvarlig skada eller sjukdom i samband med vård, behandling eller undersökning. Insatsernas fokus måste här vara organisations- och systemförbättringar i syfte att säkerställa säkerhetsrutiner och ett bra utnyttjande av medicinsk teknologi – lika väl som professionellt kunnande och ett humant bemötande. Detta gäller särskilt inom psykiatrin. RSMH är därför principiellt positiv till införandet av en särskild lag om patientsäkerhet m m.

RSMH tycker att det är bra att, som utredningen föreslår, med skärpa i det nya regelverket tydliggöra att den som bedriver hälso- och sjukvård ovillkorligen är skyldig att vidta alla åtgärder som behövs för att säkerställa att patienter inte ska drabbas av skada i samband med kontakt med vården.

På ett allmänt plan anser vi att det är bra om tröskeln för att starta en patientsäkerhetsfrämjande process sänks genom att patienter/vårdtagare/brukare slipper att peka ut och anmäla enskilda individer i vårdpersonalen till HSAN och att det framöver skulle räcka med en anmälan till Socialstyrelsen av en inträffad händelse. Vi stödjer dock att HSAN står kvar som självständig enhet med fortsatt ansvar för frågor om prövotid, återkallelse av legitimation och annan behörighet, begränsning av forskrivningsrätt liksom ansökningar om ny legitimation. Skyldighet att anmäla personal som utgör eller kan utgöra en patientsäkerhetsrisk bör, enligt RSMH, omfatta all personal hos vårdgivaren – även den personal som saknar legitimation – som kan komma i kontakt med patienter.

RSMH anser att nuvarande utformning av det disciplinära ansvaret med t ex erinran och varning i praktiken ofta kommit att motverka utvecklingen av en säkrare vård. Vi stödjer därför utredningens förslag om en prövotid för ”riskindivider”. Prövotid kan vara ett mer effektivt sätt att förhindra att utbildade och legitimerade yrkesutövare med riskfyllt beteende fortsätter att utsätta patienter för faror. Med prövotidsförfarande ges ju en möjlighet för den statliga tillsynen att följa och övervaka sådan legitimerad personal som bedöms kunna utgöra en patientsäkerhetsrisk. Möjligen bör denna prövotid generellt vara kortare än upp till tre år.

Ett system med prövotidsförfarande ställer dock betydande krav på såväl Socialstyrelsen som vårdgivaren att aktivt följa individens utveckling. RSMH tolkar dock utredningens förslag som att man lägger ett väl tungt ansvar på individen själv att planera förelagd prövotid. Det är som vi ser det snarare vårdgivaren som borde ges ett större ansvar och en viktig del här är att uttryckligen definiera vem som bär ansvaret för att legitimerad personal med prövotid får möjlighet till adekvat kompetenshöjning för att förbättras i sin yrkesroll.

RSMH delar utredningens uppfattning att Socialstyrelsen i princip alltid ska begära interimistisk återkallelse av legitimation eller annan behörighet när myndigheten bedömer att det finns sannolika skäl eller grundad anledning att tro att patientsäkerheten är i fara eller att forskrivningsrätten missbrukas.

I betänkandet återfinns också ett flertal förslag, som säkerligen på ett positivt sätt kan komma att bidra till patientsäkerheten. Inte minst det föreslagna ökade tillsyns- och utredningsansvaret för Socialstyrelsen ser vi som positivt. Man ska dock inte blunda för att ett sådant också ställer ökade krav på myndigheten. Socialstyrelsens arbetsbörda är ju redan i dag hög och denna kommer, om utredningens förslag blir verklighet, att öka ytterligare. RSMH vill betona vikten av att nödvändiga resurser ställs till Socialstyrelsens förfogande för den framtida rollen inom patientsäkerhetsarbetet.

När det gäller säkerställande av insyn i Socialstyrelsens utredningar är det viktigt att definiera hur patienters och närståendes inflytande och insyn i praktiken ska kunna utövas. En möjlighet för patienter att överklaga måste, enligt RSMH, övervägas. Exempelvis borde man överväga en möjlighet för patienter att överklaga till HSN om Socialstyrelsen efter utredning inte beslutar sig för att göra någon anmälan om provtid hos HSN.

I betänkandet föreslås vidare att Socialstyrelsen ska få tillgång till belastningsregistret vid prövning av lämplighet för legitimation. Här skulle nog enligt vår uppfattning en något mer exakt beskrivning av vilka uppgifter från belastningsregistret som skulle medföra olämplighet än vad som framgår av betänkandet behöva anges för att undvika godtycke vid bedömningar. Detta gäller även registerkontroll vid anställningsförfarande. Vi är av erfarenhet rädda för att t ex mycket gamla uppgifter, som kan ha hamnat i belastningsregister och som kan ha med psykisk ohälsa att göra, kan komma att långt senare i livet diskriminera människor som har haft en kortare eller längre psykiatrisk vårdepisod i sina liv.

Utdrag ur register är ur RSMH:s synvinkel överhuvudtaget en känslig och svår värderingsfråga. Särskilt när det gäller brott i unga år kan det ifrågasättas om ett brott, där ett straff avtjänats, ska belasta en människa för resten av livet. Om nu registerutdrag detta till trots ändå i framtiden ska göras bör det omfatta all personal som anställs i hälso- och sjukvården och dess omfattning framgå så tydligt för alla sökande att andelen registeruttag där något hinder för legitimation/anställning de facto kan påvisas blir försumbar.

RSMH uppfattar det även som positivt att apotekspersonal åläggs att anmäla misstankar om överförskrivning av särskilda läkemedel. Här är ett område där vi från RSMH:s sida förgäves kämpat för måttligare förskrivning av antidepressiva och antipsykotiska medel än dem som tillämpas hos vissa vårdenheter. Vi är beredda att här tillstyrka utredningens förslag även om vi saknar en djupare analys av frågan.

Även om RSMH i stort är positiv till de förslag utredningen i betänkandet framför hade vi gärna sett att utredningen hade kommit med flera konkreta förslag utifrån direktiv och uppdrag. Det är t ex vår uppfattning att en mera omfattande informationskyldighet om patientnämnderna och vart patienter kan vända sig om man är missnöjd med vårdens kvalitet tydligare borde åligga vårdgivare och inte, som nu ofta i praktiken, inträda först då en vårdskada uppkommit.

Det finns även ett par rejäla gamla problem som utredningen lämnar därhän. Våra krav på införandet av någon form av oberoende granskning av försäkringsläkarnas bedömningar då dessas "administrativa pappersexercis" ofta i förlängningen får drastiska konsekvenser för berörda patienters liv och hälsa är ju inte något nytt. Försäkringsbolagens medicinska

rådgivares verksamhet borde också den, enligt vår mening, må bra av oberoende tillsyn. Även Socialstyrelsen har ju tidigare varit inne på denna linje. Enligt direktiven skulle ju också utredningen se över om sakkunniga läkare och tandläkare som anlitas i försäkringsärenden samt försäkringsmedicinska och -odontologiska rådgivare vid Försäkringskassan skulle omfattas av Socialstyrelsens tillsynsansvar.

Men, här ”lämnar” utredningen likt sina föregångare problemet, detta såvitt vi förstår i huvudsak med hänvisning till vådan av att utvidga området för hälso- och sjukvårdsbegreppet till att också inrymma personalens administrativa uppgifter utanför den sedvanliga vårdmiljön. Detta skulle nämligen innebära att en ny princip etablerades med konsekvenser även för andra områden. Lätt tillspetsat kan man säga att det är bara den som är ”dum nog” att faktiskt träffa en patient i levande livet innan man avger ett medicinskt utlåtande som under rådande och fortsatt ordning kan hållas ansvarig under reglerna om tillsyn inom hälso- och sjukvårdsområdet. Den hänvisning till en i SOU 2008:10 skisserad framtida organisation för ”Inspektionen över socialförsäkringen” med ansvar för tillsynen över ”relevanta gränssytor” känns i det sammanhanget litet diffus.

Den i betänkandet föreslagna utredningen om inrättande av ett nationellt patientsäkerhetscentrum bör enligt vår mening snarast tillsättas och få i uppdrag att bedriva ett skyndsamt arbete. Utredningen bör självklart inkludera representanter för patient- och brukarrörelsen. Vi vill gärna att direktiven till utredningen också behandlar de särskilda patientsäkerhetsaspekterna som gäller psykiatrin. Det är nämligen inom psykiatrin samhället i dag ligger närmast att kränka de mänskliga rättigheterna för brukare/patienter.

Inom psykiatrin förekommer en hel del våld och fysiska rörelsebegränsningar mot patienter. Mandat för detta finns enbart under premissen att det är nödvändigt med hänsyn till den utsattes egen säkerhet eller säkerheten för annan i den utsattes närhet. Dessa insatser måste alltid stå i proportion till den fara den utsattes agerande kan tänkas innebära och ta hänsyn till om skada eller bestående men genom ingripandet kan drabba den utsatte.

Ineffektiva våldsexcesser i form av slag eller farliga grepp m m är det vårdgivarens sak att stävja och utrangera från personalens repertoar. Här finns ledning att få från polisens arbete, inte minst efter Osmo Vallos tragiska död. Polisen använder idag inte längre de klassiska jiu-jitsugrepp från 1900-talet som kan vara dödliga eller orsaka disproportionell smärta eller skada. Man har efter hand sökt begränsa och anpassa sin användning av våld och försett de individuella polismännen med mindre riskabla alternativ då de ställs inför en situation där fysisk konfrontation inte går att undvika.

Tråkigt nog verkar i det här avseendet delar av psykiatrin, med Socialstyrelsens goda minne, vara något av ett bakvatten. I dag är det rent krasst så att det i vissa fall är mindre riskabelt för liv och lem att fysiskt konfrontera polisen än att av sjukdom vara utagerande på en psykiatrisk vårdavdelning. Detta är inte god patientsäkerhet. Den flathet inför nödvändigt förändringsarbete företrädare för Socialstyrelsens tillsyn så sent som i februari 2009 gett uttryck för i media är minst sagt beklämmande.

POSTADRESS	TELEFON	TELEFAX	POSTGIRO	ORG.NR	E-POST
Instrumentvägen 10 126 53 Hägersten	08-772 33 60	08-772 33 61	40 62 92-3	802005-6985	rsmh@rsmh.se

Riksförbundet för Social
och Mental Hälsa

Vår förhoppning är att den i betänkandet föreslagna lagen om patientsäkerhet kan innebära en omstart för patientsäkerhetsarbetet inom psykiatrin på alla nivåer ty det behövs.

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa

Jan-Olof Forsén
Förbundsordförande

Håkan Jarmar
Kanslichef

Åke Nilsson
Intressepolitisk handläggare

Kopia

Riksdagens socialutskott
Riksdagens socialförsäkringsutskott
Socialstyrelsen
Försäkringskassan
SKL
HSO
NSPH

POSTADRESS	TELEFON	TELEFAX	POSTGIRO	ORG.NR	E-POST
Instrumentvägen 10 126 53 Hägersten	08-772 33 60	08-772 33 61	40 62 92-3	802005-6985	rsmh@rsmh.se



Riksförbundet för Social
och Mental Hälsa

POSTADRESS	TELEFON	TELEFAX	POSTGIRO	ORG.NR	E-POST
Instrumentvägen 10 126 53 Hägersten	08-772 33 60	08-772 33 61	40 62 92-3	802005-6985	rsmh@rsmh.se