

– Stor brist i lagstiftningen att ingen är skyldig att ta ett samlat medicinskt ansvar för patientens vård

Sverige saknar en legal reglering av det samlade medicinska ansvaret för bedömning, behandling och uppföljning över tid för patienter med flera olika samtidiga hälso- och sjukvårdspåslag.

Två lagar reglerar 'ansvar' inom hälso- och sjukvården;

I Hälso- och sjukvårdslagen HSL (1982:763) nämns ordet "ansvar" 27 gånger. Tidigare hade hälso/sjuk-vården skyldighet att utse en "patientansvarig läkare" (PAL), men riksdagen ändrade HSL 2010 och PAL-funktionen ersattes av verksamhetschefens skyldighet att utse en "fast vårdkontakt" för patienten, om det är nödvändigt eller om en patient själv begär det, för att säkerställa patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården.

Enligt en regeringsproposition 2009/10 visade två utvärderingar av Socialstyrelsen (1995 och 2000) att flera av de intervjuade ansåg att "ett sådant ansvar bör ligga på personer från flera yrkesgrupper som är i kontakt med patienten, dvs. teamet, enheten eller avdelningen" (1).

Inom den kommunala hälso/sjukvården ska det finnas en sjuksköterska (eller flera) med ett särskilt medicinskt ansvar, en så kallad medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering får en fysioterapeut eller en arbetsterapeut fullgöra motsvarande uppgifter, medicinskt ansvarig för rehabilitering, (MAR).

Deras ansvar avser tre frågor på gruppnivå: rutiner för kontakt med läkare, beslut om delegering av vårduppgifter och anmälan om hälso- och sjukvårdspåslag i samband med vård eller behandling.

I Patientsäkerhetslagen (2010:659) anges ordet ansvar 43 gånger. Enligt 6 kap §2 gäller: "Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör

sina arbetsuppgifter". Längre fram i lagen anges att den som har ansvaret för hälso/sjuk-vården av en patient ska medverka till:

a) att ge information till patient och närstående.

b) att patienten ges möjlighet att välja behandlingsalternativ.

c) att patienten får en ny medicinsk bedömning inom eller utom det egna landstinget om det föreligger en livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada.

Dessa lagar reglerar således ansvaret för vårdens former på gruppnivå och för att varje vårdpersonal har ansvar för hur de "fullgör sina arbetsuppgifter".

Däremot regleras inte vem/vilka som prospektivt har ansvaret för den samlade medicinska bedömningen, behandlingen/vården och uppföljningen över tid för de enskilda patienterna.

I patientsäkerhetslagen regleras Hälso- och sjukvårdens ansvarsmyndighet med de möjligheter som finns att i efterhand (retrospektivt) reglera ansvar för olika slags fel i handläggningen av enskilda patienter.

Detta innebär att det inte finns någon legal reglering av vem/vilka som har det samlade medicinska ansvaret för hälsohandläggningen över tid hos enskilda personer. Detta får stora negativa konsekvenser för personer med flera samtidiga kroniska sjukdomar och i synnerhet för äldre personer med multipla hälsoproblem, dvs vårdens vanligaste patienter, som ofta även har kognitiva problem.

Ett stort antal offentliga rapporter har framfört kritik mot att vården/omsorgen för äldre personer är fragmenterad och osammanhängande över tid, vilket leder till otrygghet, bristande tillit och stora risker för fel och skador.

Centrala orsaker till denna situation är att vården för dessa personer har olämplig organisation, arbetssätt, journalföring och styrning, där det idag är svårt och ofta omöjligt att skapa över-

blick över komplicerade hälsoproblem och behandlingar över tid. Det finns varken vetenskapliga eller empiriska belägg för att dessa problem kan lösas med "samverkan".

Frågan är om uppfattningen att ansvaret "bör ligga på flera personer från flera yrkesgrupper som är i kontakt med patienten, dvs. teamet, enheten eller avdelningen" innebär att ingen de facto tar ansvaret för hela patienten/personen över tid?

Enskilda läkare och vårdpersonal är givetvis ansvariga för hur de fullgör sina arbetsuppgifter, men detta synsätt innebär ju ett stuprörstänkande för varje enskild patient.

Det finns ett uppenbart stort behov av en överordnad funktion, en slags strukturell second opinion, som tar ett samlat grepp och ansvar för att den samlade bedömningen, behandlingsprogrammet (läkemedel, mat/nutrition, fysisk aktivitet/träning, tekniska hjälpmedel, instrumentell och personlig ADL etc) och planerade uppföljningen över tid är noggrant underbyggd, där alla delar verkar i hälsobefrämjande riktning. Detta angelägna uppdrag bör ges till generalistorienterade läkare (t.ex. allmänmedicinare, geriatriker, internmedicinare) med särskild utbildning och träning och med bas i öppen vård.

Ett sådant arbete för integrerat medicinskt ansvar för helheten över tid kan bidra till att skapa en förståelse för att vårdssystemet behöver reformeras, så att det så smidigt som möjligt understöder integrerad handläggning av komplexa hälsoproblem över tid.



Gunnar Akner

■ Referens: Regeringens proposition 2009/10:67. "Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning", sid 32.