



JURIDISKA FAKULTETEN
vid Lunds universitet

Pauline Olsson

Verksamhet på liv och död:

En uppsats om straffbarhet för legitimerad vårdpersonal

LAGF03 Rättsvetenskaplig uppsats

Kandidatuppsats på juristprogrammet

15 högskolepoäng

Handledare: Andreas Anderberg

Termin: Ht22

Innehåll

SUMMARY	1
SAMMANFATTNING.....	2
FÖRKORTNINGAR	3
INLEDNING	4
1.1 Bakgrund.....	4
1.2 Syfte och frågeställningar	4
1.3 Avgränsningar	5
1.4 Metod	5
1.4.1 Rättsdogmatisk metod	5
1.4.2 Empirisk metod	6
1.5 Material.....	7
1.5.1 Prejudikat och praxis	7
1.6 Tidigare forskning	7
1.7 Disposition	8
GÄLLANDE RÄTT	9
2.1 Hälsa- och sjukvårdsrättslig lagstiftning	9
2.1.1 Hälsa- och sjukvårdslagen (2017:30).....	9
2.1.2 Patientsäkerhetslagen (2010:659).....	9
2.1.3 Patientlagen (2014:821)	10
2.2 Straffbarhet	11
2.3 Allmänna straffrättsliga principer.....	11
2.4 Myndighetsprövning vid inträffad vårdskada	12
2.4.1 IVO.....	12
2.4.2 HSAN.....	13
RÄTTSFALL.....	14
3.1 Högsta domstolens avgöranden	14
3.1.1 NJA 2006 s. 228 ”Kalmarfallet”	14
3.2 Tingsrättens avgöranden	15
3.2.1 Förlossningsläkaren.....	15

3.2.2	Barnmorskan	17
3.2.3	Kaliumöverdosen	18
ANALYS	21
4.1	Lagstiftningen.....	21
4.2	Avgörande omständigheter	21
4.2.1	Patientens trygghet och förtroende till vården.....	21
4.2.2	Arbetsbelastning.....	22
4.2.3	Erfarenhet.....	23
4.2.4	Brister i vårdgivarens verksamhet	23
4.3	Vilka faktorer väger tyngst?.....	23
4.4	Underrätternas följsamhet till prejudikat	24
4.5	Rimlighet i nuvarande straffansvar	25
4.6	Avslutande kommentarer	25
KÄLLFÖRTECKNING	27

Summary

Due to the principle of equality before the law health care practitioners' risk being subjected to public prosecution in general court because of a mistake made in their work.

Although the number of legal cases is low, this essay aims to examine criminal liability for health care practitioners for mistakes that occur during their professional practice. In particular, the factors that might be of importance for a verdict of acquittal or a verdict of guilty are examined, and whether any of those factors weigh more heavily than others.

The factors discussed in the presented legal cases are practitioners' personal liability, chapter 6 section 2 of the Patient Safety Act, the patient's safety and trust for the health care system, the workload, the practitioners work experience, as well as any shortcomings in the health care system.

There is a lack of uniformity in the importance of the factors. Only in exceptional cases will the courts take a high workload and the stress experienced by the practitioner into account as an extenuating circumstance. The practitioners work experience, and how their knowledge should affect their actions, might be a crucial factor, however there is not enough empirical evidence to form any conclusion due to the essays limited scope.

Health care practitioners' personal liability have been shown to be a very important factor, especially since a precedent case judged health care as a high-risk function which demands special care from practitioners. The essay will therefore analyze whether a rigid uniform application of the law is appropriate in health care.

Sammanfattning

Till följd av principen om allas likhet inför lagen riskerar vårdpersonal allmänt åtal för misstag som föranlett att en allvarlig vårdskada har inträffat.

Även om antalet rättsfall inte är många syftar denna uppsats till att undersöka det straffrättsliga ansvar som föreligger för enskild vårdpersonal för misstag som sker i yrkesutövningen. Särskilt undersöks de faktorer som kan vara av betydelse för en friande respektive fällande dom, och huruvida någon av dessa faktorer väger tyngre än någon annan.

De faktorer som diskuteras i undersökta rättsfall är det personliga yrkesansvaret som framkommer av 6 kap. 2 § patientsäkerhetslagen, patientens trygghet och förtroende till vården, arbetsbelastningen, vårdpersonalens erfarenhet, samt eventuella brister i vårdgivarens verksamhet.

Vid bedömningen av straffansvar saknas en enhetlig bild av hur faktorerna ska värderas. Domstolarna tar exempelvis endast i undantagsfall hänsyn till en hög arbetsbelastning och den stress som personalen upplever, i ett förmildrande hänseende. Personalens erfarenhet, och hur deras kunskap bör ha väglett dem i fallet, kan komma att vara en avgörande faktor, men tillräcklig empiri saknas med anledning av uppsatsens begränsade omfattning.

Det personliga ansvaret för misstag i yrkesutövningen har visat sig väga mycket tungt, särskilt då prejudicerade rättsfall bedömt hälso- och sjukvården som en högriskverksamhet som kräver särskild aktsamhet vid handlande. Uppsatsen avslutas därför med en analys gällande huruvida den stelbenta juridiska tillämpningen gör sig lämplig i en så pass riskfylld verksamhet som vården utgör.

Förkortningar

BrB	Brottsbalken (1962:700)
HD	Högsta domstolen
HSAN	Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
IVO	Inspektionen för vård och omsorg
NJA	Nytt juridiskt arkiv
LYHS	Lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område – Föregångare till nu gällande Patientsäkerhetslag.
OSL	Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)
PL	Patientlagen (2014:821)
Prop.	Proposition
PSL	Patientsäkerhetslagen (2010:659)
RF	Kungörelse (1974:152) om beslutad ny regeringsform
SOS	Socialstyrelsen

Inledning

1.1 Bakgrund

Personligt straffansvar för vårdpersonal är ett omdiskuterat ämne. Inte minst har Macchiarini-fallet på nytt aktualiserat frågan under 2022. Varje år rapporteras mer än 100 000 patienter ha drabbats av vårdskador.¹ Trots det stora antalet skadade, är det inte många skador som föranleder att enskild vårdpersonal ställs under allmänt åtal. När så sker, följs ärendet ofta av stor mass-medial bevakning.

Sedan jag lämnade min karriär som fysioterapeut för juristprogrammet har jag fått frågan ”Hur ska du förena att vara fysioterapeut och jurist?” otaliga gånger. Initialt hade jag absolut ingen avsikt att göra det, men under studiernas gång har ett specialintresse väckts för medicinska frågor i straffrättsliga sammanhang. Till stor del har detta vuxit fram efter insikten om den rättssäkerhetsproblematik som uppstår då jurister utan tillfredsställande medicinska kunskaper ska åtala, försvara eller döma någon baserat på medicinska, eller icke-medicinska, grunder. Jag har också insett att vi som arbetar inom vården i stort saknar kunskap om vilka lagar vi är ålagda att följa i vår yrkesutövning, och att varken vårt lands utbildningar, eller våra arbetsgivare tar ansvar för att säkra att vi besitter den kunskapen. Utifrån dessa faktorer har denna uppsats växt fram.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna uppsats är att med hjälp av rättsvetenskaplig metod undersöka det straffrättsliga ansvaret som inträder för enskild legitimerad vårdpersonal då en allvarlig vårdskada inträffat i samband med yrkesutövningen.

Huvudfrågeställningen är följande: På vilka grunder kan ett misstag inom vården föranleda straffrättsligt åtal för den enskilde vårdpersonalen?

Underfrågeställningarna, som avser att hjälpa att besvara huvudfrågeställningen, är följande:

- Vilka faktorer har praxis lagt vikt vid under bedömningen av straffansvar vid enskilt åtal av vårdpersonal?
- Väger någon eller några av de faktorer domstolarna tar hänsyn till i sina domskäl tyngre än andra?

¹ Socialstyrelsen, (2021)

- Hur förhåller sig tingsrätterna till prejudikaten?
- Är straffansvar rimligt i förhållande till yrkesutövningens natur och de organisatoriska utmaningar som ställs på den enskilda?

1.3 Avgränsningar

Denna uppsats kommer endast att behandla rättsfall där svarande innehar en yrkeslegitimation med stöd av patientsäkerhetslagen (2010:659). Därmed bortses eventuella rättsfall rörande undersköterskor, vårdbiträden och övriga yrkesgrupper som saknar förmåga att ta självständiga medicinska beslut och endast har möjlighet att utöva medicinsk verksamhet per delegation av legitimerad personal.

Uppsatsen har även begränsats till att endast beröra åtal rörande yrkesutövningen i sig. Således kommer rättsfall som exempelvis sexuellt ofredade av patienter eller stöld av narkotikaklassade preparat inte vidare diskuteras då dessa handlingar ostridigt inte faller inom ramen för hälso- och sjukvård.²

Inte heller kommer uppsatsen att beröra åtal gällande läkemedelsprocesser, tandläkarvård, vård som faller under socialtjänstlagen eller tvångsvård. Olika former av intygsförfalskning, missbruk av förskrivningsrätt eller felaktiga dödförklaringar, ligger också utanför uppsatsens ramar.

1.4 Metod

För att möjliggöra att svara på uppsatsens alla frågeställningar har en mångdisciplinär ansats nyttjats.³ De metoder som använts är dels den rättsdogmatiska metoden som tar sin utgångspunkt i rättskällorna och den tillhörande rättskälleläran, dels den empiriska metoden som möjliggör för författaren att använda andra källor än de traditionella rättskällorna. Slutligen har ett disciplinöverskridande perspektiv använts inom ramen för en rättsanalytisk metod för att analysera den juridiska tillämpningen inom hälso- och sjukvården.

1.4.1 Rättsdogmatisk metod

² Verksamheter som utgör hälso- och sjukvård definieras av 2 kap. 1 § HSL.

³ Sandgren, (2021) s. 58

Den rättsdogmatiska metoden, även kallad för den juridiska metoden, används för att lösa rättsliga problem på ett konkret sätt genom rättstillämpning.⁴

Exakt vad rättsdogmatisk metod är råder det ingen konsensus över. Traditionellt sätt kan man dock se att den rättsdogmatiska metoden som utgångspunkt fastställer gällande rätt utifrån de rådande rättskällorna.⁵

Rättskällevärdet syftar till att definiera rättskällor och systematisera dem efter auktoritet. Rättskällevärdet inkluderar även rättsprinciperna, vilka utgör principer för hur källorna ska tolkas. Exempel på rättsprinciper är principerna om analog tillämpning eller e contrario-slutsatser.⁶

Rättskällevärdet är dynamisk och såväl rättskällorna som deras organiserade hierarki kan skifta. Denna uppsats kommer, liksom många andra, baseras på lag, förarbeten, prejudikat, sedvänja och doktrin.⁷

Ibland behöver den rättsdogmatiska metoden utvecklas med ett kritiskt eller analytiskt perspektiv. Den rättsanalytiska metoden tillåter författare att ta användning av andra källor än de tillhörande rättskällevärdet.⁸

Underfrågeställningen ”Är straffansvar rimligt i förhållande till yrkesutövningens natur och de organisatoriska utmaningar som ställs på den enskilda?” avses att besvaras med en rättsanalytisk metod samt ett disciplinöverskridande perspektiv.

Metoden tillåter författaren att ta användning av andra källor än de traditionella rättskällorna tillhörande rättskällevärdet. Vidare tillåter metoden en analys med en förutbestämd infallsvinkel.⁹ Uppsatsens disciplinöverskridande perspektiv syftar till att beakta den rättsliga tillämpningen i en så säregen verksamhet som hälso- och sjukvården.

1.4.2 Empirisk metod

Underfrågeställningen ”Hur förhåller sig underrätterna till prejudikaten?” kan inte besvaras med den rättsdogmatiska metoden. Då underrättsavgöran-

⁴ Sandgren, (2021), s. 50

⁵ Ibid., s. 51 f

⁶ Ibid., s. 48

⁷ Ibid., s. 48–49

⁸ Ibid., s. 54 ff.

⁹ Ibid., s. 54 ff.

den saknar rättskällevärde enligt rättskälleläran, är de att beakta som empiriskt material.¹⁰ Jag har därför använt mig av den empiriska metoden för att besvara denna fråga.

Den empiriska metoden tillkommer endast som inslag i denna uppsats, för att kunna skapa en mer nyanserad analys.¹¹

1.5 Material

1.5.1 Prejudikat och praxis

Sett till det stora antalet vårdskador som inträffar varje år, och antal anmälda Lex Maria ärenden,¹² är det jämförelsevis endast ett fåtal som föranleder att åtal väcks.

Det finns inte många prejudicerande rättsfall från Högsta domstolen på ämnet. Prejudikat erkänns en särskild auktoritet,¹³ detta till trots utgör en majoritet av de rättsfall jag presenterar i kapitel tre underrättsavgöranden. Som en följd av detta dras slutsatser i analysen med viss försiktighet.

Två prejudicerade rättsfall kunde hittas, NJA 1987 s. 490 och NJA 2006 s. 288. Då det förstnämnda rättsfallet inte tillför mycket till diskussionen, eller har tagits i beaktning av tingsrättsdomarna som presenteras, har jag med hänvisning till uppsatsens begränsade omfattning valt att inte närmare presentera detta rättsfall.

Uppsatsens begränsade omfattning har vidare inneburit att antalet presenterade rättsfall är mycket begränsat. Mina sökningar har till största del resulterat i domar från tingsrätter, vilket har gett intrycket av att många ärenden inte överklagas vidare till hovrätten. Jag valde därför att helt fokusera min uppsats på tingsrättens utslag och därför bortsett de enstaka rättsfall från hovrätten som jag hittat, exempelvis Dialysmålet.¹⁴

Då vissa rättsfall baseras på äldre lagstiftning kommer hänvisningar till motsvarande då gällande rätt att göras.

1.6 Tidigare forskning

¹⁰ Sandgren (2021), s. 59

¹¹ Ibid., s. 58

¹² Mer än 100 000 personer per år, Socialstyrelsen, (2021); Lex Maria anmälningar år 2021: 2262 st, IVO (2021)

¹³ Sandgren (2021), s. 39

¹⁴ Göta hovrätt B 167–85

Ämnet är väl omskrivet, och det finns en mängd vetenskapliga artiklar och arbeten med snarlika utgångspunkter. Det har underlättat efterforskningen av relevanta rättsfall, samt givit inspiration till hur uppsatsen kan föras vidare. Utmärkande på området är:

Sofia Åkermans examensuppsats *Misstag inom hälso- och sjukvården – mötet mellan hälso- och sjukvårdsrätten och straffrätten*¹⁵ har varit en inspiration och till viss del en vägledning för författandet av denna uppsats.

Vidare har Lena Wahlbergs artikel *Skäligt straffansvar för misstag inom medicinsk vård och behandling*¹⁶ utgjort ett underlag när jag formulerade min femte och sista fråga i underfrågeställningen.

Synnöve Ödegård har författat och varit redaktör för ett antal böcker, samt skrivit sin avhandling gällande patientsäkerhet. Även om hon själv inte är jurist har hennes böcker lagt grunden för utvecklandet av min frågeställning. Dessutom har juristerna Lena Svenaeus samt Madeleine Leijonhufvud och Lisa Nilheim författat två kapitel i boken *I rättvisans namn*¹⁷ som Ödegård är redaktör för. Boken har på ett mycket pedagogiskt sätt lyft de problem som nuvarande lagstiftning innebär för den enskilde vårdpersonalen, utifrån avgörande i Kalmarmålet¹⁸ och Dialysmålet¹⁹.

1.7 Disposition

Uppsatsen inleds med ett avsnitt som behandlar den lagstiftning som vårdpersonal åläggs att följa i samband med deras legitimering, samt rättsliga grundsatser. Därefter ser vi till ett litet antal uppmärksammande rättsfall beträffande vårdskador. Avslutningsvis följer en analys för att besvara uppsatsens syfte och frågeställningar.

¹⁵ Åkerman, (2018)

¹⁶ Wahlberg, (2019)

¹⁷ Ödegård, (2007)

¹⁸ NJA 2006 s. 228

¹⁹ Göta hovrätt, B 167/1985

Gällande rätt

2.1 Hälsa- och sjukvårdsrättslig lagstiftning

Den rättsliga regleringen berörande vårdpersonals kompetens, skyldigheter och behörigheter är svåröverskådlig.²⁰ Bestämmelserna är inte samlade utan finns utspridda i diverse lagar, förordningar, föreskrifter, med flera juridiska källor och medicinska vägledningsdokument. Fem lagar är dock att beakta som särskilt centrala på en generell nivå, nämligen Hälsa- och sjukvårdslagen (2017:30), Patientsäkerhetslagen (2010:659), Patientlagen (2014:821), Patientdatalagen (2008:355) och Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).²¹

2.1.1 Hälsa- och sjukvårdslagen (2017:30)

HSL utgör en målinriktad ramlagstiftning som syftar till att tillhandahålla bestämmelser gällande hälsa- och sjukvårdens övergripande mål, riktlinjer och de olika ansvarsförhållande som skall råda i verksamheten. Med anledning av det regionala självstyret saknas detaljreglering.²²

Den nuvarande HSL (2017:30) ersatte den tidigare HSL (1982:763) då det fanns ett behov att göra lagstiftningen mer överskådlig, tillgänglig och tydlig. Även om ett fåtal nya bestämmelser tillkom i den nya lagstiftningen, så är innehållet i stort sett detsamma och de flesta paragrafer fördes över till den nya lagstiftningen. Större strukturella förändringar gjordes dock.²³

2.1.2 Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Dagens patientsäkerhetslag syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälsa- och sjukvård. Lagen tillhandahåller definitioner av begrepp så som "hälsa- och sjukvårdspersonal", "vårdskada" samt "allvarlig vårdskada". Vidare följer ett stort antal bestämmelser kring det systematiska patientsäkerhetsarbetet vårdgivare är ålagda att följa, legitimations- och behörighetsfrågor för vårdpersonal, vårdpersonalens särskilda skyldigheter i sin yrkesutövning, Socialstyrelsens tillsyn samt Hälsa- och sjukvårdens ansvarsnämnds (HSANs) uppgifter, etcetera.²⁴

²⁰ Axelsson (2015), s. 5

²¹ Zillén et. al (red), 2020 s. 33ff

²² Prop. 2016/17:43 s. 80. På s. 72 kan utläsas att syftet var detsamma för HSL (1982:763).

²³ Prop. 2016/17:43 s. 1 samt s. 79

²⁴ 1 kap. 1 § PSL, samt Prop. 2009/10:210 s.1, s.8

Ett stort antal paragrafer är relevanta i förhållande till domstolsprövning av en allvarlig vårdskada, men särskilt vill jag lyfta fram de två första paragraferna i sjätte kapitlet, som utgör bestämmelserna om vårdpersonalens skyldigheter, dessa två paragrafer kan komma att bli avgörande i en rättslig prövning i händelse av en vårdskada.

6 kap. 1 § uttrycker att vårdpersonal ska utföra sitt arbete ”i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet”. Som vi kommer att se när vi granskar rättsfallen i uppsatsens tredje kapitel diskuteras ofta huruvida en viss handling genomfördes på så sätt. I tidigare lagstiftning fanns motsvarande bestämmelse i 2 kap. 1 § LYHS.

6 kap. 2 § ger uttryck för den enskildes ansvar för sitt handlande. Vårdpersonal är själv ansvarig för på vilket sätt de utför och fullgör sina arbetsuppgifter. Även detta är något som vi kommer se ofta nämnas och diskuteras i rättsliga sammanhang. I den tidigare lagen LYHS fanns motsvarande bestämmelse i 2 kap. 5 §.

Föregångaren till dagens lag är lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) som upphävts och ersatts. Många av paragraferna i LYHS fördes över i nya PSL.²⁵

2.1.3 Patientlagen (2014:821)

Flertalet studier visade att en stärkt patientställning är ett effektivt sätt att förbättra vårdens resultat, och använda dess resurser bättre. Lagstiftaren såg därför ett behov av en lagstiftning som centrerar kring just patientens ställning i hälso- och sjukvården, och genom att samla bestämmelserna hoppades man på att lagstiftningen skulle bli mer överskådlig och tillgänglig.²⁶

I lagens första paragraf framkommer dess fullständiga syfte, ”Denna lag syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.”²⁷ Lagen utgör ingen rättighetslagstiftning, och patienten har således inte möjlighet att i domstol utkräva en rättighet till viss vård eller behandling. Patientlagen bygger däremot på den skyldighetslagstiftning vi kan se i övrig lagstiftning på hälso- och sjukvårdens rättsområde.²⁸

Flertalet av bestämmelserna i PL har motsvarande bestämmelser i såväl HSL som PSL, om än något omskrivna. Exempelvis återges ovan nämnda 6:1 PSL

²⁵ Prop. 2009/10:210 s. 1

²⁶ Prop. 2013/14:106 s. 39–41

²⁷ 1 kap. 1 § PL.

²⁸ Prop. 2013/14:106 s. 41

i 1:7 PL. I lagens elfte kapitel framkommer regler kring patientsäkerhet, klagomål och vårdskador som är viktiga för patienten att känna till.

2.2 Straffbarhet

I flera av kommande rättsfall diskuterar domstolen de olika förutsättningar som ligger till grund för att en tilltalad skall kunna dömas. I detta avsnitt har jag försökt att samla dessa med utgångspunkt ur just rättsfallens formuleringar för att beakta den praktiska tillämpningen av straffrätt.²⁹ Texten tar sikte på bedömningen vid oaktsamhetsbrott.

I en brottmålsrättegång ligger bevisbördan på åklagaren, vilket innebär att det är upp till åklagaren att visa att brottet har begåtts. Beviskravet är högt ställt, för att kunna fällas för ett brott krävs det att den tilltalades skuld är ställd bortom rimligt tvivel. Att skulden är ställd bortom rimligt tvivel innebär att det i stort sett är osannolikt att händelsen skett på något annat sätt än vad åklagaren påstår.³⁰

För att straffansvar ska föreligga ska det finnas kausalitet, det vill säga ett orsakssamband mellan handlingen och den effekt som föranlett åtalet.³¹

Därtill ska personen handlat på ett sätt som anses vara straffbart oaktsamt. En samlad bedömning ska visa att personens agerande varit så avvikande från vad som kan förväntas av honom med hänsyn till omständigheterna, att det är tillräckligt klandervärt att beaktas som att personen har handlat med straffbar oaktsamhet.³² I högriskverksamheter, så som sjukvårdsverksamhet eller läkemedelshantering, är kravet på aktsamhet generellt högre. Det har slagits fast av Högsta domstolen i NJA 2006 s. 228.³³

En särskild faktor att ta i beaktande vid åtal av vårdpersonal är huruvida de har handlat lagstridigt i förhållande till 6:1 PSL. Vården är en mycket säregen verksamhet, och för att vårdpersonal ska kunna fällas för handlingar som de vidtagit i tjänsten måste de ha utförts på ett sätt som inte överensstämmer med medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet.³⁴

2.3 Allmänna straffrättsliga principer

²⁹ Se NJA 2006 s. 228, B 2450–19, B 497–16, B 417–12

³⁰ Se Uddevalla tingsrätt B 2450–19

³¹ Se Uddevalla tingsrätt B 2450–19

³² Se Eksjö tingsrätt B 417–12

³³ NJA 2006 s. 228

³⁴ Se Eksjö tingsrätt B 417–12

En förutsättning för att brott ska vara begånget och straffansvar skall anses föreligga är att gärningspersonen har uppvisat skuld, det följer av den så kallade skuldprincipen. Det finns två former av skuld, nämligen oaktsamhet och uppsåt. De två skuldformerna finns inte definierade i lagen, de har istället vuxit fram genom praxis och doktrin.³⁵ Denna uppsats fokuserar endast på oaktsamhetsbrotten.

Likhetsprincipen uttrycker ett krav för myndigheter och domstolar att beakta allas likhet inför lagen.³⁶ Principen är även tillämplig gällande vårdpersonal, som inte särbehandlas med anledning av deras yrkesutövning.³⁷ Vissa undantag finns dock. Särskilda medicinska ingrepp och åtgärder uppfyller rekvisiten för kroppsskada, smärta eller vanmakt som uppställs i misshandelsbrottet, 3:5 BrB. Om handlingen överensstämmer med 6:1 PSL, och sker i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet kan den inte anses utgöra ett otillåtet risktagande.³⁸

Vårdpersonal riskerar inte enbart att straffas för en handling eller agerande som fått oönskat utfall. Att inte handla alls, att förhålla sig passiv i en situation var handling krävs kan komma att orsaka att den enskilde vårdpersonalen åtalas och straffas. Detta då vårdpersonal står i en garantställning gentemot sina patienter.³⁹

2.4 Myndighetsprövning vid inträffad vårdskada

2.4.1 IVO

I sjunde kapitlet PSL framgår de bestämmelser⁴⁰ som rör Inspektionen för vård och hälsa (IVO). IVO utgör tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvården och dess personal.⁴¹ Inom ramen för sitt uppdrag åläggs IVO en rådgivande, granskande, hjälpande, förmedlande och informerande funktion. Uppdraget innebär att IVO ska granska såväl enskild personal, som vårdgivarens verksamhet.⁴² Därtill handlägger, utreder och avgör de lex Maria ärenden,⁴³ samt

³⁵ Asp m.fl. (2013), s.270

³⁶ 1:9 RF

³⁷ Wahlberg, (2019), s. 118

³⁸ Asp m.fl., (2013), s. 259

³⁹ Wahlberg (2019), s. 120

⁴⁰ Ytterligare lagstiftning finns i förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och hälsa, samt i regleringsbrev.

⁴¹ 7 kap. 1 § PSL

⁴² 7 kap. 3 § PSL

⁴³ 7 kap. 8 § PSL

de klagomål som inkommit till myndigheten från patienter och deras närstående.⁴⁴

IVO ska vidta åtgärder mot vårdpersonal som inte fullgör sina skyldigheter enligt föreskrifter som gäller för hälso- och sjukvårdsverksamhet. Om personen är skäligen misstänkt för att ha begått ett brott i sin yrkesutövning ska IVO göra en åtalsanmälan. Om vårdpersonalen är legitimerad har IVO möjlighet, om de anser det skäligt, att ta beslut om disciplinåtgärder så som prøvotid, återkallelse av legitimation, etcetera. Närmare bestämmelser kring detta följer av 8 kap. PSL. Alla disciplinärenden ska anmälas till HSAN.⁴⁵

2.4.2 HSAN

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) prövar de frågor som framgår av 8 kap. PSL. Det utgör frågor kring prøvotid, återkallelse av legitimation eller annan behörighet, begränsning av förskrivningsrätt, ny legitimation (efter tidigare återkallad sådan). HSAN:s jurisdiktion framgår av 13 § i 8 kap. I övrigt kan HSAN:s lagstadgade verksamhet utläsas i nionde kapitlet PSL.⁴⁶

En central princip i straffrätten är *Ne bis in idem*, vilket är ett förbud mot dubbel lagföring. Principen syftar till att förhindra att en sak som redan avgjorts prövas på nytt efter att domen vunnit laga kraft.⁴⁷ I rättsfallet gällande förlossningsläkaren (avsnitt 3.2.1 nedan) prövades frågan huruvida återkallande av legitimation samt en prövning under allmänt åtal strider mot principen om *Ne bis in idem*.⁴⁸ Tingsrätten fann att så inte var fallet, då disciplinåtgärden inte kan jämföras med en påföljd för brott. Inte heller utgör det ett rättegångshinder enligt svensk rätt.

⁴⁴ 7 kap. 10–11, 18 §§ PSL

⁴⁵ 7 kap. PSL

⁴⁶ Ytterligare rättslig reglering i förordningen (2011:582) med instruktion för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd samt regleringsbrev.

⁴⁷ EKMR, Tilläggsprotokoll 7, art. 4

⁴⁸ Eksjö tingsrätt, B 417–12

Rättsfall

3.1 Högsta domstolens avgöranden

3.1.1 NJA 2006 s. 228 ”Kalmarfallet”

En sjuksköterska med 25 års erfarenhet, främst från intensivvård dömdes i Högsta domstolen för vållande till annans död (3:7 BrB) efter att hon av misstag blandat en infusionslösning med fel koncentration av kramplösande läkemedel. Sjuksköterskan avsåg att blanda läkemedlet enligt doktors ordination, men tog av misstag fel ampull, vilket gjorde lösningen tio gånger starkare än avsett. Läkemedlet var ordinerat till ett tre månader gammalt spädbarn som kort efter att läkemedlet administrerats fick kraftiga krampanfall och dog.

Såväl obduktion som en rättsmedicinsk utredning utfördes efter barnets bortgång. Den sammantagna utredningen gjorde att rätten fann att kausalitet förelåg mellan misstaget som begåtts och barnets död.

Högsta domstolen lyfte frågan huruvida sjuksköterskan kunde hållas straffrättsligt ansvarig för att av oaktsamhet ha vållat barnets död. Domstolens samlade bedömning avseende om sjuksköterskan skulle anses ha agerat oförsvarligt oaktsamt följde av flertal omständigheter.

Högsta domstolen menade att vid beredningen av läkemedlet skulle sjuksköterskan ha insett sitt misstag om hon varit noggrannare eller hade gjort en rimlighetsbedömning avseende den koncentration hon använde sig av i förhållande till en så liten patient. Läkemedelshantering och medicintillredning är så pass riskfyllda verksamheter att kravet på aktsamhet är högt och kräver ”eftertanke, kontroll och uppmärksamhet”. Detta för att förhindra att patienter utsätts för onödiga risker som inte är medicinskt försvarbara. Under tiden för beredningen var arbetssituationen inte pressad, sjuksköterskan hade således möjlighet att utföra uppgiften med den aktsamhet som krävs.

Under målets gång kom man fram till att sjukhusets rutiner brustit, dessa brister ansågs dock inte ha begränsat sjuksköterskans möjlighet att kontrollera att beredningen blev korrekt. Enligt då gällande lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) 2 kap. 5 § bär personalen ett eget ansvar för hur de väljer att utföra och fullgöra sina arbetsuppgifter.⁴⁹

Högsta domstolens samlade bedömning var att misstaget var tillräckligt klandervärt för att oaktsamheten skall anses straffbar, och med utgångspunkt ur

⁴⁹ Motsvarande regel finns i aktuella PSL (2010: 659) 6 kap. 2 §.

den hänsyn som måste visas till patienternas trygghet och förtroende till vården så kunde misstaget inte anses ursäktligt och sjuksköterskan ej undgå straffrättsligt ansvar.

3.2 Tingsrättens avgöranden

3.2.1 Förlossningsläkaren⁵⁰

I samband med en utdragen förlossning som inte fortskred som den skulle tillkallades läkare för att överta vården av mamman och barnet som varit på sjukhuset i ett och ett halvt dygn. Läkaren beslutade att sugklocka måste användas för att förlösa barnet.

Nio drag görs med sugklocka, vilket är flertalet fler än vad gällande rutin tillåter. När denna metod inte visar sig tillräcklig för att förlösa barnet används ytterligare instrument och metoder för att få ut barnet. När barnet väl fötts fram fullständigt saknas livstecken. Återupplivningsförsök visar sig menlösa och barnet dödförklaras strax efter födseln. Mamman erhöll omfattande skador under förlossningen, däribland i form av rupturer.

En lex Maria anmälan gjordes och såväl Socialstyrelsens tillsynsenhet (numera IVO) och HSAN fann att läkaren inte hade handlat på ett sätt som överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet. HSAN ansåg att läkarens oskicklighet var grov och med anledning av detta återkallades hans legitimation

Till följd av den återkallade läkarlegitimationen behövde tingsrätten ta ställning till huruvida prövning av åtalsfrågan skulle bryta mot principen om *Ne bis in idem*. De fann att återkallelse av legitimation utgör ett disciplinärende, och det är inte att beakta som den form av rättslig prövning som avses med principen.

Då ärendet kunde fortskrida var det nu upp till tingsrätten att avgöra fråga huruvida läkaren är straffrättsligt ansvarig för att ha vållat barnets död (3:7 BrB), och ha vållat moderns kroppsskada (3:8 BrB).

Tingsrätten fann att läkaren hade handlat på ett sätt som strider mot vetenskap och beprövad erfarenhet då han inte använde sugklockan enligt anvisningar. Läkaren hade med stor marginal överskridit såväl tiden under vilken sug-

⁵⁰ Dom meddelad i Eksjö tingsrätt, Mål nr B 417–12

klocka får användas, samt antalet dragningar som fick göras. Med detta i beaktande ansåg man också att han hade handlat i strid mot vetenskap och beprövad erfarenhet genom att inte övergå till kejsarsnitt.

Vidare skulle tingsrätten i oaktsamhetsbedömningen ta ställning till om läkarens handlingar innebar ett otillåtet risktagande. För denna bedömning diskuterade tingsrätten omständigheten att journalsystemet hade driftstörningar på ett antal datorer, läkaren hade därför inte gjort något försök att ta del av patientens journal. Dessutom hade det den aktuella dagen varit en ovanligt hög arbetsbelastning, vilket flertalet av läkarens kollegor vittnade om. Med hänvisning till NJA 2006 s. 228 (avsnitt 3.1.1) menade tingsrätten att dessa två omständigheter inte utgör någon begränsning för läkarens ansvar att kontrollera att han har tillräckligt information. Vidare uttrycker tingsrätten att de med ”hänsyn till patienternas trygghet och förtroende för sjukvården” anser att läkarens handlande vid en samlad bedömning av omständigheterna beaktas så klandervärt att det innefattar straffbar oaktsamhet.

Då tingsrätten funnit att läkaren inte handlat i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, och att hans agerande varit så pass klandervärt att det innefattade straffbar oaktsamhet blev nästa uppgift för tingsrätten att bedöma huruvida det funnits ett orsakssamband, så kallad kausalitet, mellan läkarens handlande och barnets död. För att ett relevant orsakssamband ska anses föreligga ska tingsrätten bedöma det i hög grad sannolikt att barnet överlevt om läkaren handlat annorlunda. Obduktionsutredningen kunde inte ge tillräckliga svar på vid vilket tillfälle barnets skador uppkom, orsaken till skadorna och om det var just skadorna som orsakade barnets död. Med anledning av detta kunde tingsrätten inte med säkerhet avgöra huruvida barnet överlevt om förlossningen hanterats annorlunda och en annan förlossningsmetod valts. Ett straffrättsligt relevant orsakssamband mellan det oaktsamma handlandet och barnets död kunde inte bevisas. Läkaren friades därför från anklagelsen om vållande till annans död.

Samma prövning gjordes även för den andra åtalpunkten, gällande skadorna orsakade på modern i samband med förlossningen. Som tidigare konstaterat hade läkaren agerat i strid mot vetenskap och beprövad erfarenhet och med straffbar oaktsamhet genom att inte övergå till kejsarsnitt. Enligt rättsläkaren uppkom moderns skador först i sista skedet av förlossningen, och de hade undvikits vid ett kejsarsnitt. Tingsrätten fann därmed det utrett att orsakssamband förelåg. Läkaren gjorde dock en nödinvändning, vid en sådan invändning är det upp till åklagaren att bevisa att denna invändning är obefogad. Åklagaren lyckades inte visa att det inte rådde en nödsituation och åtalet ogillades därför.

3.2.2 Barnmorskan⁵¹

På förlossningsavdelningen på Danderyds beslutades det att ett barn skulle förlösas med akut kejsarsnitt kommande morgon då barnet låg i sätesläge och inte bedömdes kunna vändas. Ett värkhämmande läkemedlet ordinerades av läkare, av misstag gavs istället värkstimulerande läkemedel av barnmorskan.

Misstaget skedde som en följd av att barnmorskan tog en ampull från den plats i läkemedelsvagnen där värkhämmande läkemedel skulle ligga enligt rutin, hon tittade inte närmare på ampullen och läste inte av etiketten. En förklaring till varför hon inte gjorde det hade hon inte, mer än att hon den aktuella dagen hade en mycket pressad arbetssituation.

När barnmorskan upptäckte sitt misstag gav hon det korrekta läkemedlet omgående efter att hon tryckt på larmet. Trots det drog förlossningen igång, och barnet som hade legat fel fastnade med huvudet vilket innebar att barnet föddes med såväl hjärnskador som skador på tarmsystemet som följd. 17 dagar gammal avled barnet till följd av de skador han ådragit sig.

Åklagaren yrkade att barnmorskan skulle dömas för vållande till annans död (3:7 BrB) för att av oaktsamhet orsakat den syrebrist som ledde till pojkens död. Åklagaren menade att barnmorskans oaktsamhet hade skett i tre led, för det första hade barnmorskan administrerat det felaktiga värkstimulerande läkemedlet, i direkt motsats till läkarens ordination. För det andra menade åklagaren att när barnmorskan upptäckt misstaget underlät hon att larma efter läkare. Alternativt att hon inte försäkrat sig om att läkare hade larmats. För det tredje skulle barnmorskan ha underlåtit att informera övrig personal om misstaget då förlossningen fortskred.

Genom en samlad bedömning avsåg tingsrätten avgöra om barnmorskans handlande varit så klandervärt att det inte gick att ursäkta, samt om det var hennes oaktsamma handlande som orsakat barnets död.

Då ett misstag för att vara straffbart måste vara så klandervärt att det inte kan anses vara ursäktligt prövade tingsrätten i ett första led huruvida läkemedelsförväxlingen kunde anses vara ursäktlig. Med hänvisning till såväl 6:1–2 PSL, som till NJA 2006 s. 228 konstaterade tingsrätten att det vid läkemedelshandtering ställs höga krav på sjuksköterskor. Vidare i bedömningen tog tingsrätten hänsyn till att den aktuella arbetssituationen på förlossningsavdelningen var mycket ansträngd. Avdelningen hade varit fullbelagd och en majoritet av patienterna bedömdes vara riskpatienter. Domstolen fann att barnmorskan hade haft fog att känna sig stressad. Därtill hade hon begränsad erfarenhet med knappt tre år i yrket. Av utredningen framgick det vidare att hon vid tidpunkten för händelsen sagt upp sig från arbetet då hon inte upplevde att det fanns förutsättningar för att hon skulle kunna arbeta patientsäkert. Även om

⁵¹ Attunda tingsrätt Mål nr B 497–16

tingsrätten beaktade de höga krav som ställs på vårdpersonal gällande läkemedelshantering så fann man i en sammantagen bedömning att misstaget inte var så klandervärt att hon gjort sig skyldig till straffbar oaktsamhet, och misstaget var ursäktligt i en straffrättslig mening. Åklagarens gärningspåstående kunde därmed inte vinna bifall i denna del.

I ett andra led prövade domstolen åklagarens andra och tredje argument till att barnmorskan skulle anses oaktsam, nämligen genom att hon underlät att larma läkare och underlät att informera sina kollegor om felmedicineringen.

Barnmorskan hävdade att hon tryckte på larmet, men att det måste ha varit ett mekaniskt fel på larmklockan då larmet inte ljöd. Utredningen visar att hennes kollegor inte har hört eller sett att akutlarm dragits den aktuella kvällen. Tingsrättens fann genom sin utredning att oavsett om barnmorskan tryckt på larmet eller inte, så har hon inte försäkrat sig om att detta har gått igång, vilket man ansåg vara en allvarlig avvikelse från ett normalt aktsamt beteende sett till sammanhanget, miljön och den yrkesroll hon befann sig i.

Eftersom tingsrätten finner att barnmorskan handlat oaktsamt genom hennes misslyckande att larma adekvat var tingsrätten tvungen att ta ställning till om underlåtenheten förorsakade händelseförloppet som slutade med att barnet gick bort.

För att kunna ta ställning till detta gjorde tingsrätten en hypotetisk prövning var de tar hänsyn till sannolikheten att barnet hade överlevt, om barnmorskan försäkrat sig att larmet gick igång. Baserat på utredningen konstaterade tingsrätten att det inte var i hög grad sannolikt att läkarna hade hunnit göra ett kejsarsnitt. Förlossningsförloppet gick så snabbt att den vaginala förlossningen inte kunnat förhindras. Barnmorskans underlåtenhet att larma kunde därför inte anses orsaka dödsfallet i den utsträckning att straffrättsligt ansvar kan utkrävas. Åklagarens påstående gällande underlåtenhet att larma och underlåtenhet att informera sina kollegor om misstaget kan därför inte vinna bifall. Därför friades barnmorskan.

3.2.3 Kaliumöverdosen⁵²

Två läkare, en överläkare och en underläkare, stod i Uddevalla tingsrätt åtalade för vållande till annans död (3:7 BrB) efter att de förskrivit ett kaliumläkemedel i en allt för hög dos. I mycket höga doser kan kalium vara giftigt, och den patient som ordinerades läkemedlet påträffades död i sin lägenhet fyra dagar efter utskrivning från sjukhus.

Under flera dagar vårdades patientens på den avdelning som underläkaren arbetade på, bland annat på grund av att hon uppvisade kaliumbrist. Initialt

⁵² Uddevalla tingsrätt Mål nr B 2450–19

var kaliumbristen svårbehandlad, men när patienten skrevs ut hade hon normala kaliumnivåer. Underläkaren frågade överläkaren om ordinationen skulle stå kvar vid utskrivning, vilket överläkaren bekräftade. Patienten lämnade således sjukhuset med ordinationen och uppmaning att fortsatt ta den mycket höga dosen kalium.

Sjukhuset genomförde en händelseanalys med anledning av patientens dödsfall. Flera felhändelser kunde identifierats och man drog slutsatsen att patienten avlidit till följd av den höga arbetsbelastningen, den bristande handledningen av underläkaren vilket man kopplade till den höga arbetsbelastningen för överläkaren, samt läkarnas bristande kunskap. Även IVO kritiserade läkarna för deras arbete med patienten.

Efter en omfattande utredning drog tingsrätten slutsatsen att det var ställt bortom rimligt tvivel att patienten dött av kaliumförgiftning till följd av ett högt intag kalium i enlighet med läkarnas ordination. Med detta drar de vidare slutsatsen att läkarna har avvikit från ett handlande i enighet med medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet då de förskrivit den höga dosen.

Tingsrätten bedömde det två läkarnas oaktsamhet var för sig. Inledningsvis kunde man konstatera att läkarna hade avvikit för medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet vid behandlingen av patienten, och att deras respektive arbetssituation på sitt sätt varit utmanande, men att det inte var omständigheter som kunde befria läkarna från ansvar för sitt handlande.

Tingsrätten ansåg att underläkaren hade begränsade praktiska erfarenheter. Som ny läkare var hon i behov av såväl vägledning som översyn, vilket hon inte hade tillgång till. Dessutom hade hennes introduktion på sjukhuset varit bristfällig vilket hade försatt henne i en utsatt situation. Utredningen visade att hon flertalet gånger stämt av med överläkaren att doseringen var korrekt, och det fanns ingen anledning för henne att ifrågasätta överläkarens uppgift. Tingsrätten resonerade att hon skulle ha haft kunskaper kring behandling med kalium, samt borde ha reflekterat då hennes ordination ifrågasattes vid två tillfällen, av en sjuksköterska respektive en farmaceut, men detta till trots drog tingsrätten slutsatsen att hon inte kunde anses ha agerat oaktsamt i en sammantagen bedömning. Underläkaren frikändes.

Vid bedömningen av överläkarens oaktsamhet lade tingsrätten tyngd vid hans erfarenhet som specialist i internmedicin, och menade på att han borde besitta tillräcklig kunskap för att förstå riskerna med den dosering kalium som patienten förskrevs. Underläkarens upprepade kontroll av doseringen bör ha fått honom att ifrågasätta ordinationen. Under patientens vårdtid var överläkaren ansvarig för två olika avdelningar, samt hade medicinbakjouren. En hemsk arbetssituation som enligt tingsrätten troligtvis var en faktor till felet, men inte något som enligt tingsrättens mening kan frånta honom hans personliga an-

svar för vilket sätt han genomför sina arbetsuppgifter. Vid en samlad bedömning ansåg tingsrätten att handlandet är så pass klandervärt att det innefattar straffbar oaktsamhet. Överläkaren kunde därför inte undgå ansvar för vållande till annans död. Gärningen bedömdes inte som ringa.

Analys

4.1 Lagstiftningen

Likhetsprincipen, det personliga yrkesansvaret samt skyldigheten på att agera i enlighet med medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet utgör grunden för vårdpersonals straffbarhet. Det är med hänvisning till likhetsprincipen som även vårdpersonal kan bli dömda för misstag i deras yrkesutövning som resulterar i förödande konsekvenser. Lagstiftningen i sig säger inte mycket, det är först i den prejudicerade tolkningen av den personliga yrkesutövningen som vi förstår omfattningen av lagstiftningen.

4.2 Avgörande omständigheter

För att beakta de omständigheter som är av vikt vid domstolsbedömningen måste man granska ett antal rättsfall för att kunna dra några slutsatser, inom ramen för denna uppsats fanns endast möjlighet att inkludera tre tingsrättsavgöranden och ett HD-avgörande.

Vissa omständigheter har visat sig var återkommande i rättsfallen, men för att vidare kunna förstå varför måste dessa kategoriseras in i två grupper; de faktorer som används för att beakta skuld, och de faktorer som inte är juridiskt betingade omständigheter utan som snarare är situationsbaserade faktorer som kan ha haft betydelse för den faktiska utgången.

I samtliga fall prövas om den åtalade har handlat med oaktsamhet. Att denna bedömning görs är ett led i processen att avgöra huruvida personen har agerat på ett sätt som kunde lasta dem straffrättsligt. Denna bedömning behöver göras för att överhuvudtaget se om ett brott är begånget och därmed om det finns anledning att fälla personen. Samma sak gäller de två återkommande prövningarna om personen handlat i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet samt om kausalitet föreligger mellan handlingen och effekten. Tidigare teoriavsnitt förklara detta mer utförligt.

De situationsbaserade faktorerna utgör istället särskilda omständigheter som förekommit i situationen när den aktuella händelsen skedde och som kan ha kommit att påverka vårdpersonalen som gjorde misstaget. De omständigheterna domstolen tagit i beaktning i ovanstående rättsfall är; patientens trygghet och förtroende till vården, aktuell arbetsbelastning, vårdpersonalens erfarenhet samt eventuella brister i vårdgivarens verksamhet.

4.2.1 Patientens trygghet och förtroende till vården

I Kalmarfallet, Förlossningsläkaren och Kaliumöverdosen menar domstolen att hänsyn har tagits till patienternas trygghet och förtroende för sjukvården då man vid en samlad bedömning ansett den tilltalades agerande varit så klandervärt att det innefattar straffbar oaktsamhet. För den friade barnmorskan samt den friade underläkaren i Kaliumöverdosen nämns det inte. Inte heller förs någon vidare diskussion vad rätten menar med detta. Det förfaller vara någon form av svepskäl eller standarduttryck vid en fällande dom.

4.2.2 Arbetsbelastning

Den aktuella arbetssituationen och den stress som den åtalade personen kan ha tänkts uppleva då misstaget skedde har diskuterats i såväl prejudikatet som i alla tingsrättsdomar.

I Kalmarfallet beskrevs arbetssituationen som lugn, det var bra bemanning i förhållande till antalet patienter. Detta förefaller ha ställt högre krav på sjuksköterskans aktsamhet, som enligt HD skulle ha agerat med större noggrannhet.

För förlossningsläkaren ogillades visserligen åtalet men domstolen kommenterade att den ovanligt hårda arbetsbelastningen lämnades utan beaktan då det inte utgör en omständighet som begränsar läkarens yrkesansvar, med hänvisning till ovanstående prejudikat.⁵³

En mycket tung arbetssituation var aktuell även i Kaliumfallet, underläkaren friades bland annat då man ansåg att hon som ny läkare var i behov av översyn och vägledning från en överläkare, men att det inte var möjligt med den aktuella schemalaggnings. Det tillsammans med andra faktorer friade henne från ansvar. Sett till faktiskt arbetsbelastning hade dock överläkaren en oerhörd hög sådan, tingsrätten bedömde dock att inte utgjorde en omständighet som begränsade hans personliga yrkesansvar. Som vi vet sedan tidigare kapitel dömdes han för vållande till annans död.

Här kan man dock tycka att barnmorskan står ut lite. Barnmorskan hade visserligen viss begränsad erfarenhet efter tre år i yrket. Men inte så pass begränsad att hon stod under annans översyn. Vidare bör hon som barnmorska ha tidigare erfarenhet som sjuksköterska och läkemedelshantering. I detta fall tog dock domstolen beaktning för att det var en onormalt hög arbetsbelastning på avdelningen, och att barnmorskan var stressad. Till skillnad från övriga rättsfall kommer tingsrätten fram till att misstaget under omständigheterna inte var så klandervärt att hon var att beakta skyldig.

⁵³ NJA 2006 s. 228

Att tingsrätten i barnmorskans fall skiljer sig från övriga är förvånade. Då ärendet avgjordes under åren mellan Förlossningsläkaren och Kaliumöverdosen, saknas en eventuell utvecklingsmässig effekt. Domstolen utvecklar inte heller sitt resonemang något vidare.

4.2.3 Erfarenhet

Gemensamt för prövningen i Barnmorskefallet, samt prövningen för underläkaren i Kaliumfallet har domstolen beaktat att den åtalade var förhållandevis begränsad i sin yrkesutövning. Båda frikändes.

Å andra sidan hade överläkaren i Kaliumfallet och sjuksköterskan i Kalmarfallet bevisligen längre erfarenhet av yrket. I båda fallen menade domstolen att de med hänvisning till sin erfarenhet borde ha haft kunskapen som krävdes för att agera annorlunda, och båda dömdes.

Det vore fel att dra slutsatsen att erfarenhet spelar en central roll i avgörandet för huruvida ett misstag tenderar att vara mer ursäktlig för vårdpersonal med kort yrkeserfarenhet. Det är dock intressant att se detta samband, om än av lågt empiriskt värde, då ingen av domstolarna utvecklar det mer. Var går gränsen för när någon anses ha "tillräcklig" erfarenhet och det inte längre kan bidra som en ursäktande omständighet? Hur avgörs erfarenhetsbegreppet? Tar domstolen hänsyn till vidareutbildning personen kan tänkas ha? Frågorna hopar sig.

4.2.4 Brister i vårdgivarens verksamhet

Gemensamt för alla rättsfall är att domstolen har diskuterat hur rutinerna har fungerat. I samtliga fall jag presenterar har en eller flera rutiner brutit. Det är endast i fallet Barnmorskan, var den avsedda medicinen låg på fel plats, som åtalet i sin helhet ogillades. I vilken utsträckning den felaktiga rutinen bidrar till att misstaget anses ursäktligt framgår inte av domen.

Det är värt att ifrågasätta domstolarnas bedömning att enskild person kan komma att åtalas för ett misstag som uppkommit i en rad av brutna rutiner och säkerhetsarbete. Personalen är i en sådan miljö förr eller senare dömd att misslyckas.

4.3 Vilka faktorer väger tyngst?

I bedömningen avseende förlossningsläkaren och överläkaren i Kaliumfallet gör tingsrätterna en uttrycklig bedömning att yrkesansvaret som framkommer i 6:2 PSL väger tyngre än den höga arbetsbelastningen som rådde.

I övrigt har inga tydliga mönster kunnat identifieras i materialet.

4.4 Underrätternas följsamhet till prejudikat

Tre tingsrättsdomar har granskats i denna uppsats, och samtliga har refererat till NJA 2006 s. 288. Prejudikatet fastställde tre principer som domstolarna förefaller ha tagit i beaktning.

Den första principen är att ”[k]ravet på aktsamhet är generellt sett högre i en riskfylld verksamhet än i andra situationer.” Samtliga tingsrättsavgöranden har beaktat detta i sin prövning.

Den andra principen är att ”[l]äkemedelhantering [...] är typiskt sett förenad med särskilda risker.” Precis som prejudikatet berör såväl fallet Barnmorskan som fallet Kaliumöverdosen situationer var någon form av misstag skedde gällande administrering av läkemedel. Med denna likhet mellan fallen bör det falla sig naturligt för underrätterna att följa prejudikatinsatsens fastställande, vilket de också förefaller göra. Å andra sidan har man i Förlossningsläkaren inte nämnt att läkemedelshandling är en verksamhet med särskilda risker, vilket också det faller sig naturligt, då läkemedel i sig aldrig utgjorde ett problem i det fallet.

Att kalla den tredje punkten en princip vore en överdrift. Prejudikatfallet konstaterar med en hänvisning till LYHS (då gällande lagstiftning) att vårdpersonal bär ansvaret för hur de utför sina arbetsuppgifter, en paragraf som idag återfinns i 6:2 PSL. Intressant nog har man i två av rättsfallen hänvisat till prejudikatet istället för gällande rätt. I rättsfallet Barnmorskan hänvisar man i domskälen korrekt till 6:2 PSL när man diskuterar aktsamhetskravet som framkommer i prejudikatet. I rättsfallet Förlossningsläkaren hänvisar man dock istället till prejudikatet när man diskuterar läkarens ansvar att själv kontrollera att han hade erforderlig information trots att journalsystemet inte fungerade på alla datorer och att det var stressigt och osedvanligt mycket att göra. Likaså hänvisar man i rättsfallet Kaliumöverdosen till prejudikatet då man konstaterar det egna ansvaret i samband med oaktsamhetsbedömningen.

Samtidigt som samtliga undersökta underrättsfall hänvisar till NJA 2006 s. 288, har det tidigare nämnda NJA 1987 s. 490 inte tagits i beaktande av någon av tingsrätterna. Det äldre rättsfallet prövade huruvida farerekvisitet var uppfyllt i en specifik situation, en situation som inte speglades i någon av underrättsdomarna. Baserat på denna lilla empiriska sökning dras slutsatsen att tingsrätterna följer de prejudicerande fallen, under förutsättning att det finns en tillräcklig relevans för att det ska vara tillämpligt.

4.5 Rimlighet i nuvarande straffansvar

Att vårdpersonal, precis som alla andra kan åtalas för oaktsamma misstag är en följd av likhetsprincipen. Principen är menad att säkerställa att ingen särbehandlas i myndighetsutövning och att alla står lika inför lagen. Men är det ett rimligt ställt krav på en yrkesutövning förenad med så höga risker?

Sett till tolkningen av aktsamhetskravet och det personliga yrkesansvaret kan det diskuteras att så inte är fallet. Då en så hög grad av aktsamhet behöver beaktas enligt praxis är marginalerna för misstag så små att vi inte längre har att göra med en likhetsprincip, istället tyder det på en ojämlikhet som dömer vårdpersonal oproportionerligt högt. NJA 2006 s. 228 förefaller ha undanröjt alla omständigheter som kan påverka en persons prestationer, så som upplevd stress och bristande rutiner. Denna tolkning kan upplevas som lite väl rigid, särskilt i förhållande till den verksamhet den appliceras.

Utifrån majoriteten av rättsfallen är det nästan så att man något pessimistiskt kan dra slutsatsen att oavsett antalet patienter och arbetsbördan som överbeläggningar innebär, oavsett schema-missar, sjuka eller föräldralediga kollegor eller bara en konstant underbemanning för att det är omöjligt att rekrytera, och oavsett om varenda rutin runtomkring brister så ska den enskilda prestera på topp och aldrig göra några misstag för att inte riskera åtal. Domstolarna talar om att patientens trygghet och förtroende till vården, vilket känns något utdaterat. Resurser finns inte för att patienter ska få den vård de behöver, trots det är det inte organisationen som i dessa fall kritiserats, utan den enskilda vårdgivaren.

I rättsfallen är arbetssituationen en faktor som är återkommande. Rimligen är det av förklarliga skäl som allt fler och större misstag sker då vårdpersonalen är stressad och arbetsbördan är för tung. Om vi samtidigt läser valfri kvällspress ser vi gång på gång hur arbetssituationen blir allt mer ohållbar för personalen. Att då resonera som majoriteten av domstolarna i rättsfallen som här diskuterats upplevs som en ohållbar kurs i längden.

4.6 Avslutande kommentarer

I takt med att arbetssituationen blir alltmer pressad på landets sjukhus lämnas större utrymme för att det släpps på patientsäkerhetsrutiner och för att misstag sker, en följd av detta bör rimligen vara att vi kommer att se fler rättsfall liknande de ovan.

Om så är fallet kommer det juridiska försvaret inte ha helt lätt att förbereda sig. Det går nämligen inte att dra några direkta slutsatser kring vilka faktorer

som kan komma att bli avgörande för ett framgångsrikt försvar. Den bästa strategin ser ut att vara den klassiska ”går det så går det”.

Källförteckning

Offentligt tryck

Lagar

Brottsbalken (1962:700)

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Kungörelse (1974:152) om beslutad ny regeringsform

Lag (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (EKMR)

Patientlagen (2014:30)

Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Propositioner

Prop. 2009/10:210, *Patientsäkerhet och tillsyn*

Prop. 2013/14:106, *Patientlag*

Prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag*

Rättspraxis

Högsta domstolen

NJA 1987 s. 490

NJA 2006 s. 228

Hovrätt

Göta hovrätt B 167–85

Tingsrätt

Attunda tingsrätt, dom 2017-04-12 i mål nr B 497–16

Eksjö tingsrätt, dom 2014-03-27 i mål nr B 417–12

Uddevalla tingsrätt, dom 2022-05-17 i mål nr B 2450–19

Litteratur

Asp P, Ulväng M, Jareborg N, *Kriminalrättens grunder*, 2 uppl. Uppsala; Iustus Förlag AB, 2013.

Axelsson E, *Medicinsk juridik för hälso- och sjukvårdspersonal*. 1 uppl. Malmö: Gleerups Utbildning AB; 2015.

Sandgren C, *Rättsvetenskap för uppsatsförfattare: ämne, material, metod, argumentation och språk*. 5 uppl. Stockholm: Norstedts juridik AB; 2021.

Wahlberg L, ”Skäligt straffansvar för misstag inom medicinsk vård och behandling.” *Nordisk socialrättslig tidskrift*. 2019; 2019;19–20:115–135.

Zillén K, Mattsson T, Slokenberga S, redaktörer. *Medicinsk rätt*. Uppl. 1:2. Stockholm: Norstedts Juridik AB; 2020.

Åkerman S. ”Misstag inom hälso- och sjukvården – mötet mellan hälso- och sjukvården och straffrätten.” [examensarbete på Internet]. Lund; Lunds universitet; 2018. Hämtad från: <https://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordOid=8965262&fileOid=8967486>.

Ödegård S, redaktör. *I rättvisans namn – Ansvar, skuld och säkerhet i vården*. 1 uppl. Stocholm: Liber; 2007

Elektroniska källor

IVO, *Statistiktabeller för lex Maria 2021*, <https://www.ivo.se/publicerat-material/statistik/lex-maria-och-lex-sarah/>, Hämtat 2022-12-28.

Socialstyrelsen. *Agera för säker vård. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020/2021*. Artikelnummer 2020-1-6564.

Första upplagan, andra tryckningen. ISBN 978-91-7555-510-2. Tillgänglig:
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-1-6564.pdf>, Hämtat 2022-12-04.