

Varje misstag räknas när allmänläkare rapporterar på webben

■ Rapporteringssystem om skador eller hotande skador har varit sparsamma i primärvården trots det stora patientflödet där. Kunskaperna om risksituationer och läkares riskbeteende är små. Även om inte så många tekniska apparater används på vårdcentraler som på sjukhus är diagnostiken i första linjen ofta så mycket svårare och osäkerhetsfaktorn så mycket större än när sjukdomsprocessen fortskrider och subspecialister sitter med facit i hand.

»Jeder Fehler zählt« (JFZ) är ett anonymt, webbaserat rapporteringssystem bland allmänläkare i tyskspråkiga länder [1]. Utgångspunkten är avvikelser i praxis, hot mot patientens välbefinnande – »jag vill inte att det ska hända igen«. Rapporterna klassificeras utifrån ett internationellt system för skador i primärvården. De analyseras av ett expertteam med allmänmedicinsk kompetens. Lärrika fall publiceras i medicinska tidskrifter och på Internet, där användare kan kommentera fallen och presentera förbättringsförslag. Webbplatsen <www.jeder-fehler-zaehlt.de> ger också allmänheten insikt vad gäller säkerhetsarbetet.

188 klassificerbara rapporter samlade under 17 månader redovisas från JFZ. Tre fjärdedelar bedömdes som fel eller risker i processen, resten som kunskapsbrister, »skills errors«. Felaktigheter i behandlingen stod för en tredjedel av fallen, följt av missar i information/kommunikation och fel i anslutning till undersökningar. I ca 5 procent upprepades misstagen veckovis eller dagligdags!

Läkemedelsrelaterade problem dominerade, inte minst användning av antikoagulantia. Av de 188 patienterna hade 40 procent skadats på

ett eller annat sätt. 300 kommentarer gjordes på webbplatsen.

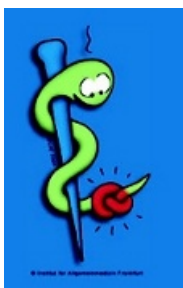
Författarna

är medvetna om begränsningarna i ett anonymt, frivilligt, läkarbaserat rapporteringssystem, där det inte är möjligt att komplettera skadeanmälan när uppgifterna brister eller att återföra kunskapen till arbetsplatsen för specifika förbättringsåtgärder. Den låga rapporteringsfrekvensen speglar dåligt verkligheten, men databasen är ju under uppbyggnad och det kan bli bättre. Ett grundläggande problem kvarstår dock – subjektiviteten: »a strong bias towards remembered incidents«.

Är detta något för Sverige?

Patientsäkerhetsarbetet i vårt land har så här långt varit alldeles för sjukhusfixerat – där kan JFZ ge uppslag. Allmänmedicinsk erfarenhet behöver komma in på alla nivåer i en strävan att göra vården säkert. Korta totala kartläggningar av primärvården kan också ha ett värde. Men det är diskutabelt om allmänläkarna ska bygga upp ett eget, evigt system. När patienter i sjukvården får illa eller skadas är det i hög grad hela kedjan som brister. Det är samarbetet mellan kolleger och vårdnivåer som fattas – i mitt perspektiv finns det ofta en omedvetenhet bland sjukhuskolleger om att patienten har ett liv efter vårdtillfället.

I diskussionen om vårdens farlighet har det blivit ett



Symbolen för det tyska rapporteringssystemet för allmänläkare om skador eller risk för skador.

mantra att rapporteringssystemen ska skiljas från strafftänkande och gärna vara anonyma. JFZ illustrerar några av nackdelarna. Många landsting har infört databaserade avvikelserapporter och inkluderat all sjukvårdspersonal. När jag har gjort fel tas skadeanmälan upp av arbetsledaren i vårdcentralens personalgrupp för gemensam diskussion. Det görs en analys av vad som hänt, och funderingar om hur ett återupprepande ska kunna förhindras får utlopp. Detta, jämfört med JFZ, öppna system har många fördelar, men det finns ett behov av att nationellt samordna landstingssystemen, så att aggregerade data kan avslöja risksituationer.

Frågan kvarstår också om nya, dyra, tidsödande och kanske tvingande rapporteringssystem är den bästa vägen till ökad patientsäkerhet. Evidensbaserad efterlysning. Kanske är det mycket bättre att läkare som är urusla på att anmäla biverkningar i det utmärkte system vi har lär sig att göra det, och att Lex Maria verkligen praktiserar och att erfarenheterna ställs samman.

Och tänk om diskussionen kunde vidgas, att patientsäkerhet inte bara ses som bristen på register och datarapporter utan en resurs- och organisationsfråga. Är det en framväxande konkurrens mellan vårdenheter och vinsttänkandet bra för patientsäkerheten?

Bengt Järhult

distriktsläkare, vårdcentralen i Ryd/FoU-centrum, Växjö
bengt_jarhult@hotmail.com

REFERENS

- Hoffmann B, Beyer M, Rohe J, Gensichen J, Gerlach FM. »Every error counts«: a web-based incident reporting and learning system for general practice. *Qual Health Care*. 2008;17:307-12.

Apropå ett HSAN-beslut:

Amiodaron kan visst sättas in utanför sjukhus

■ I Läkartidningen 43/2008 (sidan 3052) refereras ett HSAN-beslut, där en läkare på vårdcentral varnas bl a för att ha satt in amiodaron (Corдарone) polikliniskt. Ansvarsnämnden (HSAN 1377/08) anser »att behandlingen bör inledas på sjukhus under EKG-övervakning«. Detta är nog högst diskutabelt, och eftersom Ansvarsnämndens beslut ofta är normbildande vill jag klargöra vad Europeiska kardiologföreningen skrivit om detta.

I de senaste riktlinjerna om förmaksflimmer kan man läsa:

»Amiodarone can also usually be given safely on an outpatient basis, even in patients with persistent AF, because it causes minimal depression of myocardial function and has low pro-arrhythmic potential.«

Om man sätter in en hög laddningsdos kan naturligtvis EKG-övervakning vara lämpligt, och man bör under behandlingen kontrollera tyreoidfunktion.

Andreas Ruck

med dr, specialistläkare, hjärtkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset
andreas.ruck@ki.se

REFERENS

- ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: full text. p. 701. <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Guidelines Documents/guidelines-afib-FT.pdf>.

Patienten helt utan integritet i all offentligt finansierad vård

■ Jag fick följande frågor från Anna Seremak, som går första terminen på Hälso- och sjukvårdsadministration på Lernea i Malmö. Hennes frågor är relevanta och angelägna för oss som arbetar inom sjukvården.

1. *Vilken rätt till integritet har patienten?* Enligt min mening har patienten ingen som helst rätt till integritet när han eller hon söker offentligt finansierad sjukvård. Uppgifter om varje läkarbesök registreras i nationella hälsodataregister. Det som registreras är personnummer, besöksdatum, diagnos och åtgärd. I dag är dessa register endast tillgängliga för forskning, men för detta finns inga som helst framtida garantier.

Problemen är särskilt stora inom psykiatri, där vi möter patienter med sjuklig misstänksamhet men också patienter som skadats av statsterrorism. Det är patienter som hyser en befogad rädsla för den »goda staten«. Deras intressen respekteras inte i den nuvarande lagstiftningen.

2. *I vilka avseenden kan man säga att integriteten är hotad?*

Syftet med lagstiftningen är att göra det möjligt att använda IT-teknik på ett ändamålsenligt sätt inom sjukvården. Så långt är allt väl. Problemet är att staten utan föregående domstolsbeslut har rätt att sortera ut individer som sökt sjukvården med sökbegrepp som innefattar etnisk och re-

ligiös tillhörighet, förutom diagnoser. Med tanke på hur lätt register kan användas för andra syften än dem som de skapades för är det lätt att förstå att integriteten är hotad för stora grupper av sjukvårdens patienter. Härvidlag räcker inte löften från dagens makthavare. De kan inte garantera framtiden.

3. *Har man beaktat detta i lagstiftningen?*

Ingen av dessa frågor finns beaktad i lagstiftningen. Från början hade jag uppfattat att patienten hade rätt att neka en registrering i en central databas. Men så är inte fallet.

Tidigare trodde jag att privatläkare som inte var anslutna till en gemensam vård-databas erbjöd en ökad grad av sekretess. Om så varit fallet hade det varit möjligt att söka en privatläkare som arbetar inom ramen för offentlig finansiering och som inte är ansluten till en gemensam vård-databas. Men även denna möjlighet omintetgörs.

Landstingen får genom den föreslagna lagen om ersättningsetablering rätt att utan närmare motivering läsa privatläkarnas journaler. Systemet öppnar för godtycke och maktmissbruk. Rimligt hade varit att landstingen åtminstone skulle ge en motivering som kan prövas i domstol.

Christer Sjödin
ordförande i Storstockholms
privatläkarförening
sjodin.christer@telia.com

Kognitiv medicin har hög relevans också för pediatriken

■ I Läkartidningen 26-27/2008 (sidorna 1956-7) skriver professor Anders Wallin, överläkare vid neuropsykiatriska kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Mölndal, och kollegor om ett stort kunskapsfält: kognitiv medicin. De lyfter fram den stora gruppen av tillstånd som har en kognitiv nedsättning som grundläggande – men i otillräcklig grad identifierad – faktor. Som pediatrer/neuropediatrer vill vi instämma i att detta viktiga kunskaps- och kompetensområde behöver tydliggöras och att det omfattar olika medicinska specialiteter – i nära samverkan med neuropsykologin.

Inom neuropediatriken har många tillstånd, precis som Parkinsons sjukdom inom vuxenneurologin, länge betraktats som dominerade av motorisk problematik. Cerebral pares är ett sådant exempel. I den senaste klassifikationen av cerebral pares bredas dock definitionen och de associerade kognitiva svårigheterna lyfts fram. Andra exempel från neuropediatriken där samtidig kognitiv funktionsnedsättning mycket ofta förekommer är hydrocefalus med eller utan samtidigt ryggmärgsbräck, epilepsi och de komplexa neurometabola sjukdomarna.

Barn med kognitiva funktionsnedsättningar som autismspektrumtillstånd, uppmärksamhetsstörningar (ADHD) och utvecklingsstörning – som i hög utsträckning är associerad med också andra kognitiva svårigheter – handläggs inom såväl barnpsykia-

tri/neuropsykiatri som barnmedicin/neuropediatrik.

Kunskapsfältet har expanderat under de senaste årtiondena, och en ökad integrering mellan pediatrik, barnpsykiatri och habilitering är motiverad.

I målbeskrivningen för specialistutbildningen i barnneurologi har man skrivit att det

krävs ingående kännedom och erfarenhet av normal psykomotorisk utveckling och om kognitiva funktionsnedsättningar. En formaliserad utbildning inom området borde ingå i specialistutbildningen i neuropediatrik och vara ett komplement i pediatrikutbildningen – och kanske också ingå i utbildningen till barn- och ungdomspsykiater.

Kognitiv medicin så som den skissas av Wallin och kollegor när det gäller vuxenmedicin – och i vårt fall kognitiv pediatrik – borde kunna bidra till att gränserna mellan utvecklingsneurologin i pediatriken och barnneuropsykiatri blir mindre skarpa och att samarbete och kunskapsutveckling befrämjas. Patientgrupperna skulle vinna på det!

Elisabeth Fernell
barnneurolog,
utvecklingsneurologiska
enheten, Mariestad;
Autismcenter för små barn,
Stockholm; Karolinska
Universitetssjukhuset Solna
elisabeth.fernell@karolinska.se

Magnus Landgren
barnneurolog,
utvecklingsneurologiska
enheten, Mariestad

Läsarkommentar

På lakartidningen.se kan du ge kommentarer i direkt anslutning till våra artiklar.

Läkartidningen