

aktuella läkemedel. Men när patienten kommit hem blev det ändå ofta fel, berättar Lydia Holmdahl:

– Vi fick ofta telefonsamtal från anhöriga eller hemsjukvården, som undrade varför uppgifterna i utskrivningsinformationen inte stämde med den medicinering patienten fått tidigare. Det blev ett svårt detektivarbete för oss att ta reda på när ändringarna gjorts och varför.

– Och jag slogs av en hemsk tanke: Hur många var det som inte ringde, utan bara fortsatte med fel medicinering?

Tillsammans med Tommy Eriksson skapade hon en modell för att tackla detta problem: en läkemedelsberättelse, som innehåller inte bara patientens aktuella läkemedelslista, utan också alla förändringar som gjorts i medicineringen under sjukhustiden och skälen till dessa. Läkemedelsberättelsen ingår i den skriftliga information som patienten får vid utskrivningen, och den faxas också omedelbart till patientens hemsjukvård eller primärvårdsläkare.

Lydia Holmdahl införde läkemedelsberättelser för alla som skrevs ut från hennes avdelning. Reaktionerna blev mycket positiva, berättar hon:

– Patienterna och de som sköter deras medicinering var jättenöjda, och telefonsamtalen med frågor om läkemedelslistorna upphörde nästan helt. För läkarna blev den totala arbetsbördan inte större; att dokumentera varje läkemedelsförändring tar lite extra tid, men i gengäld blir det lättare att skriva epikrisen. Och dokumentationen blev snabbt mycket bättre.

Men leder verkligen läkemedelsberät-



Foto: Roger Lundholm

Tommy Eriksson, docent och forskningsapotekare vid sjukhusapoteket, Universitetssjukhuset i Lund.

telser till att felen blir färre? För att undersöka det gjorde man en studie på sju olika avdelningar vid tre kliniker på Universitetssjukhuset, där man jämförde situationen före och efter att läkemedelsberättelser införts på avdelningarna.

Resultaten, som nyligen publicerats i en vetenskaplig tidskrift, är entydiga. När läkemedelsberättelser infördes minskade antalet överföringsfel vid utskrivning från sjukhuset med hälften. Annorlunda uttryckt ökade andelen patienter med helt korrekta läkemedelslistor efter utskriv-

ningen från 34 procent till 68 procent.

Andelen sjukvårdskontakter som tros bero på läkemedelsfel, inom tre månader efter utskrivningen, halverades också.

– Detta är mycket bra resultat, men fortfarande finns det utrymme för förbättringar, säger Tommy Eriksson. Även med läkemedelsberättelser var det 32 procent av patienterna som hade fel i sina läkemedelslistor. Det är en stor andel.

En förklaring kan vara att läkemedelsberättelserna i studien var av skiftande kvalitet. I en ny studie, på tre vårdavdelningar i Landskrona, har man därför undersökt vad som händer om man kvalitetssäkrar läkemedelsberättelserna. Det är alltid den patientsansvarige läkaren som skriver läkemedelsberättelsen, men här lät man en apotekare granska berättelsen och diskutera eventuella fel med läkaren innan patienten skrevs ut.

Resultaten av den nya studien, som är inskickad till en tidskrift, men ännu inte publicerad, tyder på att kvalitetssäkringen lönar sig. Jämfört med läkemedelsberättelser utan kvalitetssäkring halverades antalet fel en gång till.

Förra året beslöt ledningen för Universitetssjukhuset i Lund att införa läkemedelsberättelser på hela sjukhuset. En uppföljning i våras visar att det inte är så lätt: knappt hälften av klinikerna hade börjat med läkemedelsberättelser, och de var av skiftande kvalitet.

Nästa höst ska en ny mätning göras på hela sjukhuset, och alla verksamhetschefer har i uppdrag att få det att fungera till dess.

– Det gäller att beskriva exakt hur läkemedelsberättelserna ska se ut, och att hitta personer på varje klinik som vill driva förändringsarbetet, säger Tommy Eriksson. Ett problem är också att sjukhuset har ett gammalt elektroniskt journalsystem som inte ger något stöd för att sammanställa läkemedelsberättelser.

Hela Region Skåne rekommenderar nu Lundamodellen som mall för utskrivningsinformation, och modellen med läkemedelsberättelser börjar sprida sig i landet – inte minst för att SKL, Sveriges Kommuner och Landsting, lyfter fram frågan i sin patientsäkerhetssatsning.

– Det är lättast att få gehör för modellen i specialiteter med bred läkemedelsanvändning, som internmedicin, geriatrik eller infektion, säger Lydia Holmdahl. Däremot är det svårare i de opererande specialiteterna.

Miki Agerberg

Ett av sex prioriterade områden

Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, genomför nu en stor satsning på patientsäkerhet. Säkrare läkemedelshandtering är ett av sex prioriterade områden.

SKLs speciella satsning på patientsäkerhet startade förra året. Förebild var bland annat den framgångsrika amerikanska kampanjen »Save 100 000 lives«. Målet är att kraftigt minska vårdskadorna, som i Sverige beräknas skörda omkring 3 000 liv om året.

Det handlar inte om någon tillfällig kampanj utan om en långsiktig satsning, som i sin nuvarande form ska pågå till slutet av nästa år. SKL fokuserar på sex områden där vårdskador är särskilt vanliga eller allvarliga.

Ett av områdena är att förebygga läkemedelsfel i vårdens övergångar. Lundamodellen riktar in sig på fel vid utskrivning

från sjukhus, men alla övergångar mellan olika vårdformer eller vårdnivåer är kritiska punkter där läkemedelsfel ofta uppstår.

Tre av de prioriterade områdena handlar om vårdrelaterade infektioner, som beräknas drabba omkring 10 procent av patienterna på svenska sjukhus. Det övergripande målet är att halvera antalet vårdrelaterade infektioner till slutet av 2009, och för att kontrollera det genomför SKL nationella mätningar två gånger om året. Förutom förbättringar av basal hygien och rutiner fokuserar man speciellt på de tre områdena urinvägsinfektioner, sårinfektioner efter operation, och infektioner vid central venkateter.

SKL prioriterar också två andra områden där vårdskador är vanliga och där många av dem kan förebyggas: fallskador och trycksår. ■

Byt spruta även vid intrakutan vaccination

Visst kan man lämna uppdragningskanylen i tuberkulosvaccinampullen under en kort tid, men inte bara injektionsnålen utan även sprutan måste bytas mellan patienterna . (HSAN 4154/07)

Under en pressad eftermiddag togs fler än 50 patienter tillhörande samma grupp emot för vaccination mot tuberkulos och hepatit B. En av patienterna har anmält mottagningen till Ansvarsnämnden för fel i vården då hon ansåg att vaccinationen var rörig, med risk för sammanblandning av vacciner. Dessutom gavs vaccin från samma spruta till fler än en person, och uppdragningskanylen lämnades i vaccinampullen och användes flera gånger.

De två specialistläkarna som utförde vaccinationerna bestrider att de handlat felaktigt. De menar att en förväxling av tuberkulosvaccinet och hepatit B-vaccinet inte är möjlig eftersom sprutorna ser helt olika ut. Det håller Ansvarsnämnden med om.

Specialistläkarna förklarar också att det är lämpligt att låta uppdragningskanylen sitta kvar i vaccinflaskan när man strax ska dra upp fler doser eftersom det minskar risken för kontamination av vaccinet jämfört med om gummimembranet skulle perforeras flera gånger. Även här ger nämnden specialistläkarna rätt.

Specialistläkarna hävdar också att det är invändningsfritt att ge flera personer tuberkulosvaccin ur samma spruta men med individuell kanyl. Eftersom tuberkulosvaccinet ges intrakutant och injektionssprutan aldrig aspireras, vare sig vid byte av nål eller vid injektionen, kan patientsäkerheten inte ha påverkats, menar de.

Ansvarsnämnen anser emellertid att det är fel att använda samma spruta till mer än en person även om risken för överföring av smitta vid intrakutan vaccination är liten. De båda specialistläkarna tilldelas därför varsin erinran. ■

Otillräcklig provtagning – försummelse eller hänsyn?

Vad ska man göra med motvilliga patienter som har angelägna anhöriga? Dokumentera, lyder svaret. (HSAN 0862/08)

En 72-årig man sökte sin husläkare för viktnedgång och svullnad. Provtagning visade lätt sänkt blodvärde och förhöjd homocysteinhalt, i övrigt uppfattades hälsotillståndet som väsentligen normalt.

Fem månader senare återkom patienten till sin husläkare då han kände sig andfådd. Några veckor tidigare hade provtagits som visade oförändrat blodvärde men höga urinsyravärden, höga PSA-värden samt förhöjt TSH-värde. Husläkaren skrev remiss till urolog och beslutade om tio behandlingar med injektion av vitamin B₁₂ för att öka aptiten och vikten.

Ytterligare drygt två månader senare svimmade patienten i hemmet och blev

via ambulanstransport inlagd på intensiven. Han hade drabbats av en svår lunginflammation, och diagnosen kronisk lymfatisk leukemi ställdes. En knapp månad därpå dog mannen.

Patientens dotter anmälde husläkaren till Ansvarsnämnden för bristfällig undersökning och behandling av fadern. Husläkaren bestrider att han handlat felaktigt och anger att det sista besöket hos honom på vårdcentralen var initierat av dottern och att patienten själv egentligen inte önskade några läkarbesök, i synnerhet inga sjukhusbesök. Husläkaren menar att han handlat riktigt när han respekterat patientens egen vilja.

Ansvarsnämnden anser att husläkaren borde gjort noggrannare undersökningar av patienten vid båda besöken på vårdcentralen. Om patienten motsatte sig detta så borde det, tvärtemot vad som gjordes, ha dokumenterats. Husläkaren får en erinran. ■

Waran-metabolismen hämmas av erytromycin

Även om patienten inte upplyste om att han behandlades med Waran så borde läkaren ha uppmärksammat att det fanns med på patientens läkemedelslista och inte skrivit ut erytromycin. (HSAN 0387/08)

En ung man sökte vårdcentralen för att få hjälp med en förkylning och en svullen kind. Patienten har ett medfött hjärtfel och behandlades med Waran (warfarin). Läkaren skrev ut erytromycin 500 milligram två gånger dagligen i tio dagar.

Efter behandlingen blev patienten trött och fick magsmärtor och drygt två veckor efter besöket på vårdcentralen uppsökte patienten sjukhusets akutmottagning. Där konstaterades att PK (INR) låg på 9,0. Sjukhusläkaren mistänkte att behandlingen med erytromycin låg bakom förhöjningen av PK-värdet. K-vitamin sattes in och Waran sattes ut under ett par dagar tills värdena normaliserades.

Patientens mor har anmält läkaren på vårdcentralen till Ansvarsnämnden för felaktig medicinering. Enligt anmälaren uppgav patienten vid besöket på vårdcentralen att han behandlades med Waran.

Läkaren på vårdcentralen bestrider att han handlat felaktigt. Enligt honom har patienten inte informerat om att han behandlades med Waran trots att han blev tillfrågad om sjukdomar och pågående läkemedelsbehandlingar. Dessutom framgick det inte på »första sidan i vårdcentralens datasystem« att patienten fick Waran.

Läkaren skriver också i sitt yttrande att ett PK (INR) på 9 inte anses utgöra någon stor hälsofara och att patientens och moderns oro för att han skulle dö var överdriven och onödig. Den trötthet som patienten kände kan, enligt läkaren, förklaras utifrån att bakterieinfektion ger trötthet under antibiotikabehandling.

Ansvarsnämnden skriver att erytromycin är en stark hämmare av Waran-metabolismen, något som innebär överhängande risk för överbehandling och blödning.

Nämnden väljer att tro på att läkaren frågat patienten om tidigare sjukdomar och aktuella läkemedel men påpekar att Waranmedicineringen fanns med på den läkemedelslista som läkaren måste haft tillgång till vid förskrivningen av erytromycin. Detta borde läkaren ha uppmärksammat, och han tilldelas därför en erinran. ■