



Foto: Lena Garmold

Carina Iloson, gynekolog, och Karin Båtelson, ordförande i Göteborgs läkarförening, talar avvikelserapportering på riksstämman i Göteborg.

Avvikelse­rapportering gör skillnad

RIKSTÄMMAN. Läkarnas avvikelserapporter ökade med flera hundra procent när Aktion avvikelse genomfördes på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg under en vecka i oktober.

– Vi läkare har inte varit så kända för att vara flitiga med att skriva avvikelserapporter.

Det säger Christina Berntsson, ordförande i Göteborgs läkarförening. Hon berättar om läkarkollegan som behövde transportera en patient till intensivvårdsavdelning men inte kom någon vart eftersom hissarna var upptagna av matvagnar.

– Kommunal hade inskrivet i sitt avtal att de hade rätt till hissar med dubbel­dörrar. Det gick alltså inte att ha akutpatienter på sjukhuset under den tiden på dagen då maten kom, säger Christina Berntsson.

Kollegan skrev en avvikelserapport, och det blev stor uppmärksamhet kring fallet. Reglerna ändrades så att akutpatienter nu kan transporteras oavsett när maten kommer.

Christina Berntsson framhåller den starka koppling som finns mellan pati-

entsäkerhet och arbetsmiljö och menar att läkare för den skull borde vara flitiga avvikelserapportörer. Därför genomförde Sjukhusläkarföreningen i Göteborg och Göteborgs läkarförening tillsammans med klinikombuden på Sahlgrenska Universitetssjukhuset Aktion avvikelserapportering under en vecka i oktober.

Sjukhusets läkare uppmanades att, med en avvikelsesticka i fickan, rapportera allt avvikande. Avvikelsestickan är en lista med exempel på avvikelser, som att vårdplats saknas på rätt klinik, patienterna får vänta oacceptabelt länge på akutmottagningen, operationen blir struken med kort varsel, ordinerade prov har inte tagits, patienten har fått fel läkemedel eller läkemedel vid fel tidpunkt och så vidare.

Att ge exempel på vad som kunde vara en avvikelse var viktigt för att komma ur den pågående normaliseringsprocessen, det vill säga att tro att ett tillstånd är normalt; att det ska vara så, bara för att det är ofta förekommande.

Under veckan ökade antalet avvikelserapporter som läkare skrev från 52 sam-

ma vecka i fjol till 307 under aktionsveckan i år.

Carina Iloson, gynekolog, berättar att även själva avvikelserapporteringssystemet genererade avvikelserapporter eftersom det var så krångligt att sätta sig in i och så illa anpassat till att man som läkare agerar på flera olika avdelningar.

– Det är överhuvudtaget stora problem med olika datasystem. I Melior går det inte ens att göra en tempkurva, säger Carina Iloson.

Nu börjar arbetet med att analysera rapporterna och ge återkoppling. Just återkoppling är viktigt för att få en fortsatt hög rapporteringsvilja, tror Karin Båtelson, ordförande för Sjukhusläkarföreningen i Göteborg.

– Tidigare har man inte fått någon feedback på sina rapporter, och då är det kanske inte så konstigt att läkare inte skriver så många, säger Karin Båtelson.

– Man måste få se att det gör skillnad! Hon hoppas att den goda rapporteringsviljan håller i sig, och man planerar redan ytterligare en aktionsvecka till våren.

Sara Gunnarsdotter

Nationellt patientsäkerhetscentrum ska driva på kunskapsstyrning

RIKSSTÄMMAN. Patientsäkerhetsutredningen kommer att föreslå att Sverige inrättar ett nationellt patientsäkerhetscentrum. Det avslöjar utredningens huvudsekreterare Per-Anders Sunesson.

Nationella patientsäkerhetscentrum finns i flera andra länder. Deras uppgift är att åstadkomma en bättre kunskapsstyrning på patientsäkerhetsområdet, genom att bland annat initiera forskning, göra kunskapssammanställningar och återföra kunskapen till sjukvården.

I sitt betänkande, som ska presenteras i mitten av december, kommer Patientsäkerhetsutredningen att föreslå att även Sverige får ett nationellt patientsäkerhetscentrum. Det avslöjade huvudsekreteraren Per-Anders Sunesson vid ett symposium om patientsäkerhet på riksstämman.

– Alla problem löses inte med lagstiftning, säger han. Det behövs också system för kunskapsstyrning. Därför kommer vi att föreslå att ett nationellt patientsäkerhetscentrum inrättas.

I andra länder finns olika modeller för hur ett sådant centrum är organiserat; som en myndighet eller uppbyggt av fristående organisationer. Patientsäkerhetsutredningen kommer inte att lägga något förslag om hur organisationen ska se ut, säger Per-Anders Sunesson till Läkartidningen:

– Vi pekar på behovet av ett centrum

och föreslår att regeringen tillsätter en kommitté som får ta ställning till organisationsfrågan.

Per-Anders Sunesson bekräftade också, för första gången, pressuppgifterna att utredningen kommer att föreslå att HSANs disciplinpåföljder – varning och erinran – ska avskaffas (se LT nr 47/2008). Samtidigt föreslår man hårdare tag mot en mindre grupp riskindivider, med större möjligheter att dra in legitimationen och skärpta krav på tillsyn under provotiden. Det här innebär att utredningen kommer att föreslå förändringar av HSANs roll och uppgifter.

Enligt utredningens förslag ska det nuvarande regelverket ersättas av en ny lag om patientsäkerhet. Vårdgivaren ska ha ett övergripande ansvar för patientsäkerheten, på samma sätt som arbetsgivaren ansvarar för arbetsmiljön i arbetsmiljölagen. För att komma åt de vårdgivare som missköter sig ska utredningen föreslå att reglerna om vite skärps. Under utredningsarbetet har man också diskuterat idén att införa patientsäkerhetsbrott som en ny brottsrubricering, analogt med arbetsmiljöbrott. Men det förslaget kommer man inte att lägga fram, säger Per-Anders Sunesson:

– På den punkten blev jag nedröstad av experterna. De befarar att det kan motverka den större öppenhet som vi eftersträvar, i synnerhet hos privata vårdgivare.

Miki Agerberg

Alkohol och dextropropoxifen – en dödlig kombination

Att kombinera alkohol och dextropropoxifen – även terapeutiska doser – kan vara fatalt. Patienter som gjort det ska inte lämnas utan uppsikt. (HSAN 0647/08)

En man i femtioårsåldern med pågående tablett- och alkoholmissbruk inkom i ambulans till akutmottagningen på grund av svåra bröstsmärtor. Patienten var kontaktbar och kunde själv berätta att han druckit och tagit en del läkemedel under dagen. Läkaren valde att lägga patienten på ett akutum för provtagning. EKG visade inga ST-sänkningar eller höjningar. Patienten bedömdes som cirkulatoriskt och andningsmässigt stabil med blodtryck 123/72 mm Hg, saturation 96 procent och pulsfrekvens 92/minut. Akutrummet var utrustat med ett övervakningssystem som automatiskt larmar vid avvikelse. Efter inledande provtagning lämnades patienten ensam i en knapp halvtimme. Därefter fann en sjuksköterska honom blek, okontaktbar och pulslös. Trots återupplivningsförsök kunde patientens liv inte räddas.

Obduktionen visade att dödsfallet föranleddes av en akut syrebristbetingad hjärnmuskelskada som i sin tur förklarades med åderförfalkningssjukdom. Den rättsmedicinska utredningen konstaterade också alkohol och höga halter av dextropropoxifen i blodet som bidragande orsak till dödsfallet.

Patientens dotter har anmält läkaren till Ansvarsnämnden för fel i vården.

Ansvarsnämnden påpekar att kombinationen av alkohol och dextropropoxifen är ytterst allvarlig med stor risk för snabbt insättande andningsstillestånd med syrebrist och hjärtstopp som följd. En patient med sådan anamnes ska, enligt Ansvarsnämnden, ha kontinuerlig övervakning på akutvårdsavdelning eller intensivvårdsavdelning även om patientens tillstånd förefaller stabilt.

Ansvarsnämnden tilldelar läkaren en erinran för sitt förbiseende av allvarlighetsgraden av intoxikationen. ■

Riktigt högt blodtryck ska handläggas skyndsamt

Drygt 40 år, för övrigt frisk, men med ett blodtryck på 200/120 mm Hg. Då är två veckor för lång tid att vänta på en 24-timmarsmätning. (HSAN 2597/08)

En 43-årig man besökte en läkarmottagning för hälsokontroll på arbetsgivarens bekostnad. Vid besöket uppmättes blodtrycket till 200/120 mm Hg. Vid hälsokontrollen föregående år hade blodtrycket varit normalt. Läkaren bokade in patienten för en 24-timmarsregistrering två veckor senare. Efter cirka tre veckor kommer mätningen verkligen till stånd och vi-

sar genomgående högt blodtryck, och blodtryckssänkande läkemedel sätts genast in. Uppföljning per telefon gjordes efter en knapp vecka, och ett återbesök bokas in ytterligare två veckor senare. Under tiden får patienten en stroke.

Patienten har tillsammans med sin hustru anmält läkaren till Ansvarsnämnden för fel i vården. Förutom att de anser att läkaren borde diskuterat sjukskrivning för att få ner blodtrycket anser de att åtgärder borde vidtagits omedelbart då det höga blodtrycket registrerats. Paret

får på den sistnämnda punkten medhåll från Ansvarsnämnden, som anser att en 24-timmarsmätning borde gjorts skyndsamt och att två veckor var en för lång tid att vänta på detta. Nämnden anser att blodtrycket borde kontrollerats igen redan någon dag efter första mätning för ställningstagande till medicinering eller akutremiss till sjukhus. Om inte annat borde resultatet av 24-timmarsregistreringen inneburit akutremiss till sjukhus. Ansvarsnämnden anser att läkaren brustit i sin handläggning och tilldelar honom en erinran. ■