



Den nya patientsäkerhetslagen är tydlig i sina krav på information till och delaktighet för patienten.

Det är hon själv som håller i samtalen.

– Jag tror att det för patienten kan finnas ett värde i att det är just klinikchefen som tar sig an det här, att det är så viktigt att jag inte »delegerar bort« det.

Margareta Hammarström säger att även om hon har cirka ett samtal av den mer allvarliga arten i veckan, är det inte de som får hennes almanacka att svämma över.

– Tidåtgången är cirka 50 timmar på ett år, men samtalen tar mer energi än tid. Jag blir ofta djupt berörd av människor som varit utsatta för skada och varit jättesjuka,

och kanske dessutom förlorat sitt barn.

**Margareta Hammarström** hoppas att patienterna vinner på att någon lyssnar och bekräftar att de har varit med om något jobbigt.

Just därför tycker Margareta Hammarström att samtalen känns som en rimlig åtgärd. Men hon betonar också att de har ett värde för henne som verksamhetschef.

– För mig som inte jobbar kliniskt, så håller de här mig nära verksamheten. Och verksamheten vinner information. Ju öppnare man är, desto mer lär man sig! ■

## Drabbade patienter erbjuds samtal med klinikchefen

**Klinikchefen Margareta Hammarströms arbete med patienter som råkat ut för vårdskador, eller som är generellt missnöjda, består framför allt av två moment: brev och samtal. För en del patienter blir det flera brev och många samtal.**

Vid alla avvikelser som leder till lex Maria skriver Margareta Hammarström till patienten för att informera om vad som har hänt och för att beklaga. Hon upplyser också om att fallet kommer att publiceras på Södersjukhusets

.....  
**»Vid första mötet är det nästan alltid bara jag som tar emot. Om man blir väldigt många från personalen, så kan det bli som ett försvar.«**

hemsida. Även patienter som kontaktar kliniken efter komplikationer får brev.

– Man vet att komplikationen finns och att den inte är undvikbar, men patienten är förstås ändå ledsen och besviken över att ha blivit drabbad.

För säkerhets skull lägger Margareta Hammarström också med information från patientförsäkringen.

– Och så undrar jag hur patienten har det, om det medicinska omhändertagandet av vårdskadan fungerar.

I alla brev erbjuds patienten att boka en tid med Margareta Hammarström för samtal om händelsen.

– Vid första mötet är det nästan alltid bara jag som tar emot. Om man blir väldigt många från personalen, så kan det bli som ett försvar.

Inför samtalet har Margareta Hammarström alltid

### ■ UR PATIENTSÄKERHETSLAGEN (2010:659)

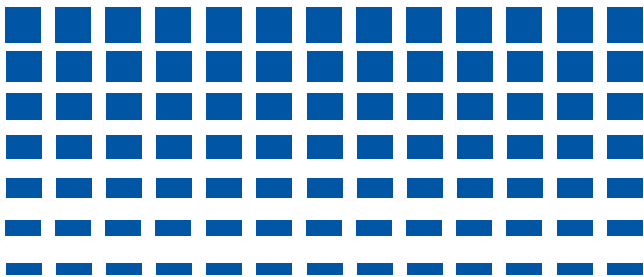
#### 3 kap. Vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete

4 § Vårdgivaren ska ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

8 § Vårdgivaren ska snarast informera en patient som drabbats av en vårdskada om 1. att det inträffat en händel-

se som medfört en vårdskada, 2. vilka åtgärder som vårdgivaren avser vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen, 3. möjligheten att anmäla klagomål till Socialstyrelsen enligt 7 kap. 10 §, 4. möjligheten att begära ersättning enligt patientskadlagen (1996:799) eller från läkemedelsförsäkringen, 5. samt patientnämndernas verksamhet ...

## När en patient skadas i vården...



Några råd framtagna av Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) i samarbete med landstingen



Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag

1. Förklara för patienten och anhöriga vad som har hänt.
2. Lyssna på deras upplevelse av skadan.
3. Beklaga att patienten fått en skada.
4. Förklara hur vi arbetar för att förhindra liknande skador i framtiden.
5. Ge hjälp till att minska den medicinska skadan.
6. Informera om var patienten kan klaga.
7. Informera om var patienten kan söka skadeersättning om skadan bedöms allvarlig.
8. Ge stöd till personal som varit med vid skadetillfället.
9. Fundera på vad sjukvården kan lära av händelsen.

En folder med förklarande text kan laddas ned från: [www.patientforsakring.se/Medicinsk+Personal/Vid+skada](http://www.patientforsakring.se/Medicinsk+Personal/Vid+skada)

LÖF:s råd om vårdgivarens agerande vid vårdskador. Så här ser kortet ut.

läst patientjournalen noggrant, och det berättar hon för patienten, men hon tar inte fram journalen om inte patienten frågar efter den.

– Då får vi ett samtal runt det som har varit, snarare än att jag sitter med näsan i den formella dokumentationen som finns. Jag är så medicinskt skolad, så om jag läser en journal är jag jätterädd att hamna i försvarsläge utifrån

**»Det spelar inte så himla stor roll vad som egentligen hände, men det kostar väldigt lite att säga 'jag är ledsen'.«**

vad som står i journalen om det inte stämmer överens med patientens upplevelse. Då blir samtalet också avbrutet hela tiden.

Uppstår det frågor så tittar Margareta Hammarström och patienten tillsammans i journalen.

– Jag börjar med att säga att jag är jätteledsen att det här har hänt, att vi gör allt vi kan för att det inte ska hända igen och att jag gärna vill lyssna på patientens berättelse.

**I bemötandefrågor** står ibland ord mot ord, men Margareta Hammarström betonar ändå vikten av att lyssna på patientens upplevelse.

– Det spelar inte så himla stor roll vad som egentligen hände, men det kostar väldigt lite att säga »jag är ledsen«. Och det är ju tråkigt, vi skulle ju hellre vilja att patienten hade känt sig väl omhändertagen.

**Margareta Hammarström** erbjuder sig också att vara grindöppnare, ett slags ombud för patienter som skadats av vården vid kliniken. Hon lämnar sitt visitkort med sitt mobiltelefonnummer på. Hitills har det aldrig varit någon som missbrukat det, utan de som ringer behöver verkligen hennes hjälp.

– Patienten kanske till att börja med säger att hon inte behöver kuratorsstöd. Men jag ger ändå mitt kort och uppmanar till kontakt om hon ändrar sig, för att slippa krångla och ringa för att ordna en kuratorstid, utan det hjälper jag till med. Och då kommer de ibland och säger att »jag vill nog ändå träffa en kurator«.

Om någon får vänta orimligt länge på en tid för att åtgärda sin skada, eller kanske inte har fått någon tid alls, så försöker Margareta Hammarström skynda på processen.

– Nu ska jag säga att just det är ett mindre problem efter vårdgarantin, säger hon.

**Om det är fråga om** ärenden där det görs en händelseanalys så skriver Margareta



**»Patienten kanske till att börja med säger att hon inte behöver kuratorsstöd. Men jag ger ändå mitt kort och uppmanar till kontakt om hon ändrar sig ...«, säger Margareta Hammarström.**

Hammarström till patienten en gång till när den är färdig att det finns möjlighet att komma och läsa igenom analysen.

– Och det vill nästan alla. Då har jag i princip alltid med

mig den som gjort händelseanalysen så att vi är två.

De som har gjort händelseanalysen har inte varit inblandade i själva händelsen. Margareta Hammarström säger att även om alla finns i

■ VIKTIGT MED RUTINER

»När en patient skadats av vården eller upplevt en händelse som kunde ha inneburit skada är det viktigt att det finns rutiner för hur personalen ska bemöta patient och anhöriga. Rutinerna bör säkerställa att patienten utan dröjsmål ges tillräcklig information om vad som inträffat och varför det inträffade. Vidare bör patienten och/eller anhöriga få en tydlig ursäkt och informeras om vilka åtgärder som vidtagits för att förhindra liknande händelser.«

Ur vägledningen till Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12), angående kap 1 § Bemötande av patienter. Föreskrifter är bindande regler.

samma organisation får det inte vara första linjens chef som gör händelseanalysen, utan det måste vara minst ett steg upp från den inblandade personalen, och helst minst ett »åt sidan« också.

– Då går vi igenom alla analysdelarna med patienten, som sedan får komma med synpunkter. Allt ifrån att det är fel tid eller att någon faktiskt sa på ett annat sätt. Även om det inte är några konstigheter är det ofta någonting som man har missuppfattat.

**Patienten erbjuds också** kopior på alla handlingar.

– En del vill ha, andra inte.

När beslutet i ett lex Maria-ärende kommer är den anmälningsansvariga skyldig (SOSFS 2005:28) att informera patienten och tillhandahålla kopior på beslutet.

– Då skriver jag igen och frågar om patienterna vill komma, och det vill de nästan alltid. Även om informations-skyldigheten inte omfattar något annat än en skriftlig upplysning, så är det så lätt att lägga till de sista raderna med en inbjudan till samtal, säger Margareta Hammarström.

Sara Gunnarsdotter

# Fransk läkemedelsskandal

**En ny läkemedelsskandal rör nu upp höga vågor i Frankrike. Benfluorex kan ha dödat tusentals personer, och borde ha förbjudits redan för tio år sedan. Historien visar på stora brister i den franska läkemedelskontrollen, enligt en ny rapport.**

Mellan 500 och 2 000 franska invånare kan ha avlidit efter att ha tagit benfluorex, som har saluförts under namnet Médiator i Frankrike.

Dödsorsaken ska i första hand ha varit kardiell valvulopati, och siffrorna kommer från det franska läkemedelsverket Afssaps.

**Médiator förbjöds** för drygt ett år sedan, men historien kring detta fransktillverkade läkemedel har nu vuxit till en inhemsk hälsoskandal. Mellan 1976 och 2009 har omkring fem miljoner personer i Frankrike behandlats med benfluorex, som har skrivits ut som ett komplement för att sänka blodfetterna hos kraf-

tigt överviktiga diabetespatienter.

I flera andra länder förbjöds substansen betydligt tidigare. I grannlandet Spanien drogs den till exempel in redan 2005. En av de stora frågorna är därför hur de franska kontrollmyndigheterna kan ha varit så överseende, trots upprepade larm om medlets farlighet.

Médiator borde ha förbjudits redan för tio år sedan, enligt en offentlig rapport som presenterades femtonde januari.

**Hälsokontrollorganet IGAS** säger att tillverkaren Servier medvetet har fört de franska myndigheterna bakom ljuset. Servier ska bland annat ha underlåtit att informera om att benfluorex i första hand är ett aptitdämpande amfetaminderivat. Men även det franska läkemedelsverket Afssaps får kraftig kritik i rapporten, både på grund av allvarliga brister i läkemedelskontrollen och för att ha

alltför täta band till industrin.

Den franske sjukvårdsministern Xavier Bertrand har lovat en omedelbar omorganisering av Afssaps.

Skandalen har också lett till att ett hundratal personer har stämt Servier för »ofrivilligt dråp«.

**Tillverkaren Servier** har hittills tillbakavisat kritiken och sagt att dödssiffrorna är kraftigt överdrivna, men också att företaget är berett att ta konsekvenserna om bevisningen visar på företagets ansvar.

Servier står också bakom det aptitdämpande medlet Isoméride (dexfenfluramin), som skrevs ut i Frankrike mellan 1985 och 1997 och som sägs ha förorsakat minst ett 40-tal dödsfall.

**Anna Trenning-Himmelsbach**  
frilansjournalist, Frankrike

Benfluorex har aldrig saluförts i Sverige, enligt Läkemedelsverket. Däremot förskrevs Isoméride (dexfenfluramin) på licens till några kraftigt överviktiga patienter i mitten av 90-talet.

## Stora kunskapsluckor kring sjukskrivningspraxis

**Förvånansvärt lite är känt om vilka faktorer som påverkar läkares sjukskrivningspraxis. Det konstateras i en rapport från Sociala rådet. Studierna är få och de som gjorts har begränsad kvalitet.**

Vad gäller den allmänna uppfattningen att läkare upplever handläggning av patienters sjukskrivning som problematisk finns det ett visst, om än begränsat, stöd i forskningen. Specifika svårigheter som läkare upplever i sjukskrivningsprocessen som det finns begränsat vetenskapligt stöd för är:

- att hantera de dubbla rol-



Foto: Colouirbox

**Läkares sjukskrivningspraxis behöver optimeras.**

lerna som behandlande läkare respektive medicinskt sakkunnig

- att bedöma funktion, arbetsförmåga eller behov av sjukskrivning

- att hantera situationer när läkaren och patienten har olika åsikter om behovet av sjukskrivning
- att den egna kunskapen är bristande, t.ex. vad gäller arbetsmarknaden eller socialförsäkringssystemet
- att samverka med andra yrkesgrupper och aktörer i sjukskrivningsärenden.

Rapporten utmynnar i slutsatsen att det behövs mer och bättre forskning, inklusive interventionsstudier och internationella jämförelser, för att ge underlag för åtgärder för att optimera läkares sjukskrivningspraxis.

Michael Lövtrup



# Eva Nilsson Bågenholm utnämnd till äldresamordnare

**Regeringen har utsett Eva Nilsson Bågenholm, Läkarförbundets förra ordförande, till äldresamordnare och ordförande i en arbetsgrupp på Socialdepartementet.**

»Sjuka äldres vård och omsorg ska vara en mycket prioriterad fråga under de närmaste åren«, skriver socialminister Göran Hägglund och barn- och äldreminister Maria Larsson på dagens DN Debatt, där utnämningen av Eva Nilsson Bågenholm offentliggörs.

Eva Nilsson Bågenholm får i uppgift att förbättra villkoren för sjuka äldres vård och omsorg. Totalt avsätts för uppgiften under de närmaste fyra åren 3,75 miljarder kronor. Omsorgen och vården i form av hemsjukvård, äldreomsorg, vårdcentral och sjukhusvård ska samverka bättre kring äldre.

**Ambitionen är** att få till stånd en effektivare användning av resurser och att »omsorgen i högre grad utgår från patienternas behov«. »Satsningen

ska premiera resultat så att lokala lösningar kan växa fram, som är mer anpassade till förutsättningar i respektive landsting och kommun«, skriver Hägglund och Larsson vidare i sitt debattinlägg, där man också flaggar för ännu en variant av »kömiljard«: »Den arbetsgrupp på socialdepartementet, som alltså Eva Nils-

son Bågenholm blir ordförande för, ska överväga hur kommuner och landsting kan få del av de riktade resurstillskotten i proportion till uppnådda förbättringar«, skriver Hägglund och Larsson.

Å andra sidan lyfts barnhälsovården fram som en framgångsmodell möjlig att studera närmare. Barnens

hälsa följs noga under uppväxtåren. Bör liknande lösningar införas för äldre?

**Ministrarna Hägglund och Larsson konstaterar** att det är svårt att anpassa vården till de mest sjuka äldres behov. Man förväntar sig inga enkla, snabba lösningar.

Marie Närlid

## Läkarförbundet välkomnar utnämning av äldresamordnare

**Läkarförbundet »ställer sig helhjärtat« bakom regeringens beslut att tillsätta Eva Nilsson Bågenholm till nationell äldresamordnare. Man välkomnar också resurstillskottet på 3,75 miljarder kronor. Men fler åtgärder behövs.**

Läkarförbundet välkomnar i ett pressmeddelande regeringens sats-



ning på att få vården av äldre sjuka att fungera bättre. Läkarförbundet passar samtidigt på att föra fram förbundets sex förslag på hur äldrevården ska kunna bli bättre.

- Vårdvalet i primärvården måste utvecklas så att äldre med flera sjukdomar kan prioriteras.
- Det behövs fler geriatriska, och öppenvården måste reformeras.
- Förbundet vill också att en kommunöverläkare

ska övervaka att hemsjukvårdens patienter får den vård de behöver.

- Alla ska ges en namngiven huvudansvarig läkare.
- Antalet vårdplatser måste öka och en vårdplatsgaranti införas.
- Genomför en långsiktig satsning på att stärka den medicinska kompetensen i äldrevården.

Läkarförbundet vill också se fler läkare i vården av »de mest sjuka äldre«. ■

### PATIENTSÄKERHET ÄRENDE

#### Malariaprofylax garanterar inte smittskydd

**Oklar feber den närmaste tiden efter vistelse i tropiska områden ska utan dröjsmål utredas för att påvisa eller utesluta tropisk sjukdom, framförallt malaria. Malaria-diagnosen fördröjdes eftersom patienten tagit profylaktisk behandling. När han väl kom till infektionskliniken gick hans liv inte att rädda. (Soc 19682 och 21530/2010)**

En drygt 30 årig man sökte pri-

märvården på grund av värk i kroppen och feber sedan fem dagar. Han hade en dryg månad tidigare besökt södra Afrika och hade tagit malariaprofylax en vecka före, under och tre veckor efter sin resa. Undersökningen på vårdcentralen visade inget avvikande beträffande munhåla, svalg, öron och lungor. Tillståndet bedömdes som influensa, och mannen fick antibiotika och uppmanades återkomma om han skulle få återkommande febertoppar – i så fall skulle han remitteras till infektionsklinik.

Redan dagen därpå återkom patienten på grund av samma symtom och nu dessutom illamående. CRP låg på 87, och mannen uppmanades att fortsätta sin antibiotikakur.

Ytterligare en dag senare sökte mannen sjukhusets akutmottagning av samma anledning. Han berättade om sin Afrikaresa och att han tagit malariaprofylax. Han prioriterades lågt eftersom han vid ankomsten var afebril och inte hade någon påverkan på vitala parametrar.

**I avvaktan** på läkarundersökning togs blodprov strax före klockan 23. Provsvaren som kom klockan 01.30 visade CRP 231 och en kraftig minskning av trombocyterna (42). Trots detta kvarstod patientens låga prioritet och ingen läkare kontaktades. Drygt tre timmar senare gjordes läkarundersökning. Det framkom då att patienten varit illamående och omtöcknad, hade haft diarré och kräkts det



Malariamygga.

senaste dygnet, dessutom feber runt 40 grader i fyra dagar. Vid undersökningen fann läkaren petekier i munhålan och på underbenen. Efter kontakt med bakjouren gjordes ett blodutstryk som klockan 06.00 visade malaria. En och en halv timme senare överfördes patienten med akutambulans till universitetssjukhusets infektionsklinik. Vid ankomsten dit var patienten vaken, afebril och cirkulatoriskt

## Eva Nilsson Bågenholm om nya uppdraget: Samordningen i stort i fokus

**Hur akutsjukvården, kommunal vård och primärvård ska samverka kring äldre blir nyutnämnda äldresamordnare Eva Nilsson Bågenholms huvuduppgift.**

Om det behövs fler vårdplatser vill Eva Nilsson Bågenholm, Läkarförbundets nyligen avgångna ordförande, i dag inte uttala sig om. Som regeringens nyutsedda äldresamordnare ska hon lägga det stora pusslet:

– I min nya roll är det samordningen i stort som kommer i fokus, bristerna i samordning mellan den kommunala vården, akutsjukvården och primärvården. Det ska vi titta på. Och här går det inte att peka ut någon enskild fråga, säger hon.

**Den närmaste veckan** ska hon fullfölja tillsättningen av den arbetsgrupp på Socialdepartementet som hon kommer att arbeta tillsammans med.

Därefter följer en kartläggning av hur vården ser ut i dag.

– I ett första skede ska vi se vad som pågår, nationellt men framför allt lokalt. Sedan gäller det för oss på nationell

stabil, men under förmiddagen steg febern till 39,6 grader. Patienten blev också cirkulatoriskt påverkad, och talet blev otydligt. Behandling mot malaria inleddes klockan 13.00 men patienten försämrades snabbt med sjunkande medvetande och disseminerad intravasal koagulation. Klockan 16.45 inleddes respiratorbehandling.

**Patienten försämrades** ytterligare och var nästa morgon djupt medvetslös. Under dagen inleddes dialysbehandling. DT-undersökning visade kraftig hjärnsvullnad. Under eftermiddagen konstaterades patienten vara hjärndöd och ett dygn senare avliden.

Såväl vårdcentralen som akutmottagningen har anmält



Foto: Göran Segeholm

Läkarförbundets förra ordförande får som ny uppgift att lägga det stora pusslet; att samordna landets äldresorg.

nivå att se vad som saknas för att vården ska bli riktigt bra.

**I uppgiften ingår** att studera andra länders lösningar. Hitills har inget västland funnit lösningen på ekvationen som alla brottas med – en åldrande befolkning och ökade medicinska möjligheter.

– Vi kommer bland annat att titta på Norge. Men det går inte att peka ut något enskilt land där man lyckats, utan

alla brottas med samma frågor. Demografin ser likartad ut.

**Ska kommuner få anställa läkare?**

– Det kan jag inte svara på nu, säger Eva Nilsson Bågenholm och hänvisar till att frågan ligger i en pågående utredning om samordnad hemsjukvård, som Eva Samuelsson (KD) i fjol fick regeringens uppdrag att leda.

**Marie Närlid**

händelsen till Socialstyrelsen enligt lex Maria. Vårdcentralen skriver att eftersom patienten tagit malariaproylax var miss tanken om malaria låg. Akutmottagningen uppger bland annat för låg prioritering vid triageringen, på grund av att ingen hänsyn togs till anamnesen utan enbart till vitala parametrar, som bidragande orsak till den fördröjda diagnosen.

**Socialstyrelsen skriver** att malariaproylax inte garanterar skydd mot smitta eftersom det förekommer resistens mot profylaktisk behandling. Enligt Socialstyrelsen ska oklar feber den närmaste tiden efter vistelse i tropiska områden utan dröjsmål utredas för att påvisa eller utesluta tropisk sjukdom,

framför allt malaria. Risken för att malariasjukdomen ska utvecklas i allvarlig riktning är korrelerad med hur lång tid som förflyter innan behandling påbörjas. Cerebral malaria är en fruktad komplikation med hög dödlighet.

Socialstyrelsen är kritisk till omhändertagandet i primärvården och anser att felbedömningen där orsakade att korrekt diagnostisering fördröjdes två dygn. Socialstyrelsen är också kritisk till akutmottagningens handläggning som fördröjde diagnosen med ytterligare 10 timmar. ■

Redaktör:  
Sara Gunnarsdotter 08-790 34 10  
sara.gunnarsdotter@lakartidningen.se

## JO vill ha svar om »besöksförbud«

Justitieombudsmannen, JO, vill att Regionstyrelsen i Skåne utreder en händelse där en läkare på en avdelning vid Skånes universitetssjukhus i Malmö utfärdade »besöksförbud« för mamman till en av hennes patienter.

Läkaren ska ha meddelat förbudet via telefon efter att mamman, som själv är läkare, ifrågasatt delar av den behandling som hennes dotter fick och krävt att den skulle sättas ut.

Mamman anför genom sitt juridiska ombud att besöksförbud bara kan utfärdas av allmän åklagare.

Vårdgivare kan besluta om besöksinskränkningar – inte besöksförbud – men bara vid tvångsvård, inte när det som i det aktuella fallet handlar om frivillig vård.

JO vill också att regionstyrelsen utreder hur mammans begäran om att få ta del av dotterns journaler hanterats. ■

## Hård EU-linje om generiska oroar Läkare utan gränser

Om EU får igenom sina krav i förhandlingarna om ett frihandelsavtal med Indien kommer landets möjligheter att tillverka billiga mediciner att bli kraftigt begränsade. Det konstaterar Läkare utan gränser, som menar att hundratusentals liv kan vara hotade om möjligheterna att producera generiska läkemedel mot exempelvis HIV minskar till följd av hårda patentregler i ett nytt avtal.

Indien har spelat en nyckelroll för kampen mot HIV/aids i fattiga länder, eftersom man av folkhälsoskäl tidigare inte beviljade patent på HIV-mediciner. Läkare utan gränser uppger att man använder generiska läkemedel producerade i Indien för att behandla mer än 160 000 HIV-smittade runt om i världen.

Vad som oroar Läkare utan gränser är bland annat EU:s krav på dataexklusivitet, som innebär att läkemedelsbolagen kan hemlighålla data om effektivitet och testresultat under hela patenttiden. Det gör att generikatillverkare inte kan använda sig av uppgifterna för att tillverka kopior, utan måste vänta på att patenten går ut eller genomföra egna kliniska prövningar. ■