

Stickprovsmodellen liknar Håkan Nordgren vid att kasta pil på en lista med alla loggposter i rad. Men nu inför allt fler vårdgivare automatiska system som letar efter avvikelser från de väntade mönstren. Ett landsting som skärpt rutinerna är Stockholms läns landsting. 2009 kritiserade Datainspektionen Karolinska sjukhuset för att ha en alltför begränsad loggkontroll för att det skulle ha någon avhållande effekt mot otillbörliga intrång. Man uppmanade vårdgivaren att utveckla sina urvalskriterier och införa automatiska analysfunktioner.

Sedan förra våren håller landstinget på att införa ett särskilt verktyg i journalsystemet Take Care som automatiskt letar efter misstänkta dataintrång. Varje månad kollas tio procent av alla journalöppningar.

Systemet används i dag i Stockholms läns sjukvårdsområde, SLSO. Inom kort börjar det införas på Karolinska universitetssjukhuset.

– Systemet letar efter atypiska öppningar, till exempel om patienten är vuxen fast den anställde arbetar på BUP, om man varit inne i sin egen journal eller i en journal som tillhör en annan anställd eller om det inte skett någon dokumentation i samband med öppningen. Ju fler avvikelser, desto större anledning att titta närmare på fallet, på säger Gurra Borssén, systemförvaltare på SLSO.

Vårdgivarna är skyldiga att informera personaler om vilka lagar och regler som gäller för tillgången till patientuppgifter, och Håkan Nordgren, som är läkare och jobbar kliniskt på deltid, menar att det generellt finns en stor medvetenhet bland vårdpersonal om vad man får göra och inte.

– Men det finns fortfarande vårdpersonal som till exempel tror att man har rätt att titta i ett eget barns eller en förälders journal, vilket man inte alls har.

Michael Lövrup

Minskat inflytande över kvalitetsregister oroar SLF

Staten bör ges huvudansvar för kvalitetsregistren. Det föreslår Läkarförbundet i ett remissvar till en utredning om kvalitetsregistrens framtid.

Läkarförbundet är kritisk till att SKL och industrin fått ett stort inflytande över registren på bekostnad av professionen.

»Den diskussion som förts omkring rapporten 'Guldgruvan i hälso- och sjukvården' i bland annat Läkartidningen visar att det är många kliniskt verksamma läkare som inte känner sig hemma i den verklighetsbild som översynen förmedlar.«

Det skriver Läkarförbundet i sitt remissvar på regeringens översyn av de nationella kvalitetsregistren i svensk sjukvård. »Guldgruvan i hälso- och sjukvården – förslag till gemensam satsning 2011–2015.«

Läkarförbundet välkomnar en satsning på kvalitetsregistren, där bland andra frågan om automatisk överföring av data från journaler till kvalitetsregister ingår. Men utredningen har missat att ta till sig information från dem som arbetar med kvalitetsregistren, för att i stället »i alltför hög grad haft ett politiskt, administrativt och industriellt perspektiv«, noterar Läkarförbundet.

Professionen som startat och byggt upp kvalitetsregistren borde ha fått en mycket mer framskjutet plats i utredningen, kommenterar Svante Pettersson, utredare, Läkarförbundet.

Läkarförbundet hade hoppats på förslag på åtgärder som stimulerat till ökat enga-

gemang för kvalitetsregistren på verksamhetsnivå, till exempel pengar till specialitetsföreningarna. Specialitetsföreningarna har fått en undanskymd roll i betänkandet.

– Intrycket är att det som har byggts upp av specialitetsföreningarna och medicinskt professionellt verkssamma på frivillig basis nu rycks dem ur händerna. Det är väldigt oroande för läkarkåren att registren läggs på en administrativt övergripande nivå, eftersom det i hög grad handlar om känsliga uppgifter, säger Svante Pettersson.

Läkarförbundet varnar också för att kvalitetsregistren kan komma att ses som överordnade och leda till att vårdens övriga dokumentationsbehov sätts på undantag.

Staten bör finansiera de centrala registerkostnaderna och ha en majoritet i den föreslagna styrelsen, enligt Läkarförbundet. Finansiering från näringslivet riskerar att undergräva registrens legitimitet.

Läkarförbundet noterar också att huvuddelen av dess medlemmar berörs av verksamheten, och att det därför är viktigt att förbundet får vara med i utvecklingsarbetet.

Läkarförbundet ifrågasät-



Svante Pettersson

ter om översynen i alla delar kunnat arbeta förutsättningslöst eftersom förslagen är så anpassade till gamla ansvarsförhållanden och inte till en mångfald av vårdgivare: »Landstingens och SKL:s centrala roll i den organisation som föreslås är svårforcerad med ökade krav på konkurrensneutralitet och en tydlig åtskillnad mellan myndighetsuppgifter, finansiering och produktionsansvar«, skriver förbundet.

Läkarförbundet refererar i det sammanhanget till Dagmaröverenskommelse 2011, som slöts mellan regeringen och SKL strax före jul, ett par månader efter att utredningen presenterats. I denna överenskommelse ingår bland annat avtal om att tillsätta en genomförandegrupp och att förankra för-

slagen från regeringens översyn av kvalitetsregistren.

»Inför detta faktum ifrågasätter Läkarförbundet starkt varför ett krävande remissförfarande överhuvudtaget genomförts«, kommenterar förbundet.

Makten över registren bör utredas vidare, menar Läkarförbundet och föreslår att den pågående utredningen om »Den statliga myndighetsstrukturen inom vård- och omsorgssystemet« (Dir 2011:4) får ett tilläggsdirektiv om att analysera och föreslå hur ansvaret för verksamheten med kvalitetsregister bör vara fördelat.

Läkarförbundet ställer sig bakom förslaget att kvalitetsregistren i större utsträckning används för forskning. Men detta får inte innebära en urholkning av skyddet för patientens personliga integritet.

Marie Närlid

»Intrycket är att det som har byggts upp av specialitetsföreningarna ... nu rycks dem ur händerna.«



Läkare vid Karolinska JO-anmäler Socialstyrelsen

Det fanns jäv i den utredning som föregick beslutet att Karolinska universitetssjukhuset inte längre får utföra hjärttransplantationer, påstår läkare och chefer vid sjukhuset samt två patientorganisationer.

För drygt ett år sedan meddelade Socialstyrelsen att det blir Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg och Skånes universitetssjukhus i Lund som ska få utföra hjärttransplantationer i Sverige och att Karolinska universitetssjukhuset inte längre får göra sådana operationer, se LT nr 8/2010, sidan 495.

Nu har Socialstyrelsen JO-anmälts för att det funnits jäv i utredningen som föregick beslutet.

Bakom JO-anmälan står 14 läkare och chefer vid toraxklinik, hjärtklinik och transplantationskirurgiska kliniken vid Karolinska universitetssjukhuset samt två patientorganisationer, Styrelsen för hjärt- och lungsjukas länsförening i Stockholm och Viking Riksföreningen för hjärt-lungtransplanterade.

Anmälarna hänvisar bland annat till en utredning, gjord på uppdrag av Stockholms

läns landsting, där en professor i juridik kommer fram till att jävsuppgifterna »... är så graverande att det finns skäl att starkt ifrågasätta om beslutet verkligen kan bestå«.

Ett exempel på jäv, som tas upp i anmälan, är att Socialstyrelsens ensamutredare tidigare varit anställd av medicinska fakulteten i Lund för att utreda organisatoriska förbättringar. Ett annat exempel är att en av de utländska experter som Socialstyrelsen anlitate har samarbetat med en professor i toraxkirurgi i Lund.

Karin Bergqvist

Nya myndigheten har fått chef

Fredrik Lennartsson heter chefen för den nya Myndigheten för vårdanalys. Han tillträder den 1 april.



Tidigare har han bland annat varit departementsråd på Socialdepartementet.

Den nya myndigheten, som sedan årsskiftet håller på att byggas upp, ska ansvara för att följa upp, utvärdera och effektivitetsgranska hälso- och sjukvården. ■

Socialstyrelsen granskar nya ST

Tre år efter att den nya ST-utbildningen infördes ska Socialstyrelsen nu granska hur de nya reglerna efterföljs och hur kvaliteten påverkas. En enkät har gått ut till alla läkare som fick sin legitimation 2007 och påbörjat sin ST. Detta ska kompletteras med diskussioner i fokusgrupper bestående av handledare, studierektorer och verksamhetschefer. ■

PATIENTSÄKERHET/ÄRENDE

Perforerade matstrupen vid försök att avlägsna stent

Att inte läsa manualen utan försöka själv duger inte när man ska ta bort en stent från matstrupen. Patienten drabbades av en allvarlig vårdskada, och Socialstyrelsen är kritisk till läkaren. (Soc 9.3.1-38894/2010)

En 45-årig kvinna som hade genomgått en gastrisk bypass-operation drabbades av subfrenisk abscess på grund av anastomosinsufficiens. För att täta läckaget och underlätta läkning av hålet sattes en stent in i matstrupen.

När stenten så småningom skulle tas bort under narkos användes en stentextraktor. I stället för att gå efter den bruksanvisning som steg för steg beskriver tillvägagångssättet, förlitade sig operatören på en kortfattad produktbeskrivning med bilder.

Operationen drog ut på tiden medan operatören gjorde alla

möjliga försök att avlägsna stenten. Detta medförde att han råkade perforera patientens matstrupe, något som dock inte upptäcktes förrän dagen därpå. På grund av detta behövde patienten behandlas med antibiotika och vårdas inneliggande i tolv dagar.

Händelsen anmäldes till Socialstyrelsen enligt lex Maria. Utredningen visar att det inte förelegat något materialfel utan Socialstyrelsen bedömer att det rör sig om ett handhavandefel.

Socialstyrelsen konstaterar att perforation av matstrupen är en potentiellt livshotande komplikation vid endoskopiska undersökningar och behandlingar i matstrupen, en risk som läkaren i varje enskilt fall måste värdera och beakta.

Operatören hade via leverantören utbildats i hur instrumentet skulle hanteras ett år tidigare men hade begränsad praktisk erfarenhet. Socialstyrelsen är starkt kritisk till att läkaren inte läste igenom manualen noggrant före ingreppet eller tillkallade en van kollega när svårigheterna uppstod. ■

Patienten blev utan intensivvård då MRSA misstänktes

En patients allmäntillstånd står över behovet av isoleringsring på grund av risk för spridning av MRSA. Det framgick av sjukhusets eget PM men följdes inte. Socialstyrelsen är kritisk. (Soc 41-11852/2008)

En patient som nyligen sjukhusvårdats utomlands sökte åter sjukvård hemma i Sverige på grund av andfåddhet. Man misstänkte i första hand lungemboli eller hjärtsjukdom, och patienten lades in på hjärtintensiven. Undersökningar av hjärta och lungor visade emellertid på normala förhållanden. Patienten var afebril och cirkulatoriskt stabil. På hjärtintensiven fanns ingen möjlighet att isolera patienten, och då man på grund av utlandsvården var orolig för MRSA flyttades patienten till infektionsklinik, där han försämrades. Jourhavande narkosläkare som undersökte patienten fann inte anledning att flytta patienten.

Läkare på medicin- och infektionsklinikerna följde i telefonkontakt med narkosläkare patientens tillstånd under natten. Patienten försämrades successivt med dålig saturation och andningssvikt. Trots det flyttades han inte till IVA. På morgonen dog han. Enligt obduktionsprotokollet var dödsorsaken hjärtförstoring och kronisk bronkit.

Händelsen anmäldes till Socialstyrelsen enligt lex Maria. Enligt sjukhusets eget PM om MRSA-isolering framgår att patientens allmäntillstånd och behov av övervakning av vitala funktioner står över behovet av isolering. Socialstyrelsen håller med två överläkare från de berörda klinikerna som i yttrandet skrivit att det är anmärkningsvärt att patienten inte flyttades till IVA. Socialstyrelsen är kritisk till att så inte skedde.

Förutom att framledes få ta del av redogörelse från en planerad intern översyn av vård av patienter med sepsis vidtar Socialstyrelsen inga ytterligare åtgärder. ■

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