



intervju. Den moderna synen på patientsäkerhet föddes i chocken efter kärnkraftsolyckan i Harrisburg. Det säger Richard Cook, narkosläkaren från Chicago som just har tillträtt Sveriges första professur i patientsäkerhet.

text: miki agerberg foto: christine olsson

Första professorn i patientsäkerhet:

»Olyckan i Harrisburg blev en vattendelare«

Sveriges första professur i patientsäkerhet är placerad vid KTH, Kungliga Tekniska högskolan, men det är inget som bekymrar Richard Cook. Han är van att röra sig mellan disciplinerna.

– Min karriär har varit väldigt ovanlig, säger han. Jag har ofta kommit att göra något annat än vad jag utbildat mig till.

Således utbildade han sig först till ekonom och stadsplanerare, varefter han omedelbart sökte sig till dataindustrin för att arbeta med konstruktionen av superdatorer. Så småningom gick han läkarutbildningen, och tveklänge mellan olika specialiteter innan han valde anestesiology.

Sedan 1994 har han varit verksam vid Chicagouniversitetet – dels som narkosläkare på universitetets sjukhus, och dels som chef för Cognitive Technologies Laboratory som forskar i bland annat patientsäkerhet.

Intresset för patientsäkerhet väcktes på 1980- och 1990-talen, både hos Richard Cook och hos ett antal andra amerikanska läkare och forskare. Det fanns två skäl till att pa-

tientsäkerhet blev en viktig fråga i USA vid den här tiden, säger han.

Det ena var en serie uppmärksammade olyckor som inträffade i sjukvården. Bland annat ett fall där en kvinna – som dessutom var medicinjournalist på den stora tidningen Boston Globe – dog av en överdos av cytostatika när hon behandlades på en av USA:s mest ansedda cancerkliniker, och ett fall där en kirurg i Florida amputerade fel ben på en patient.

Det andra skälet var att Bill Clinton, när han tillträdde som president, ville genomföra stora förändringar i det amerikanska sjukvårdssystemet, vilket ledde till mycket diskussioner om vad reformerna skulle betyda för sjukvårdens kvalitet och säkerhet.

För att lära sig mer om patientsäkerhet vände Richard Cook och hans kollegor blickarna mot områden utanför



Three Mile Island dagen efter olyckan den 28 mars 1979.

sjukvården. Inom bland annat tillverkningsindustri, gruvdrift och järnväg finns en lång tradition av att studera säkerhetsfrågor. Men allra viktigast för modern säkerhetsforskning var en händelse som inträffade 1979 i ett kärnkraftverk i Pennsylvania, fastslår han:

– Kärnkraftsolyckan i Harrisburg var en vattendelare som totalt har ändrat hur man uppfattar säkerhet. Olyckan genererade intresse, anslag och forskning som gett upphov till den moderna synen på säkerhet. Allt startade med Harrisburg.

– Efter Harrisburg måste alla som bygger och driver kärnkraftsreaktorer studera människor och deras interaktion med tekniken. Samma sak gäller för andra områden där man använder komplex teknik, inte minst sjukvården.

Förloppet i reaktor 2 i kärnkraftverket Three Mile Island, i Sverige oftast kallat Harrisburg efter närmaste stad, inleddes klockan fyra på natten till den 28 mars 1979 med att en matarpump löste ut. Detta startade en lång och svåröverblickbar kedja av

händelser som slutade med en partiell härdsmläta i reaktorn; då, och fram till Tjernobyl, var detta den allvarligaste olycka som drabbat kärnkraften i världen.

Under hela förloppet fattade operatörerna i kontrollrummet en rad beslut och vidtog åtgärder för att försöka hejda katastrofen. Senare visade det sig dock att flera av dessa åtgärder i

själva verket förvärrade situationen.

Så vad kan vi lära av Harrisburgolyckan? En vanlig tolkning är att orsaken var mänskliga misstag; operatörerna fattade ju ett antal felaktiga beslut. Men den förklaringen håller inte, säger Richard Cook:

– Vad som verkligen hände var att anläggningen blev omöjlig att styra. Ingen hade kunnat styra den tillfredsställande. Det handlar inte så mycket om att operatörerna gjorde misstag, utan anläggningen var konstruerad på ett sådant sätt att det var omöjligt för dem att räkna ut vad som hände och lösa problemet.

– Visst kan man säga att Harrisburg är ett exempel på

»Olyckan genererade intresse, anslag och forskning som gett upphov till den moderna synen på säkerhet.«

Foto: Bettmann/Corbis/Scanpix

mänskliga misstag – men frågan är då vems misstag? Jag vill hävda att felet inte ligger hos operatörerna, utan hos dem som konstruerat reaktorn.

Att tala om mänskliga misstag leder inte framåt, hävdar Richard Cook och citerar den danske säkerhetsforskaren Jens Rasmussen: »Mänskliga misstag är inget vetenskapligt begrepp. Det är en etikett vi klistrar på beteenden vi inte gillar, efter händelser som vi inte gillar.« Någon eller några skyldiga pekas ut och bestraffas, och man slipper ta itu med brister i systemet.

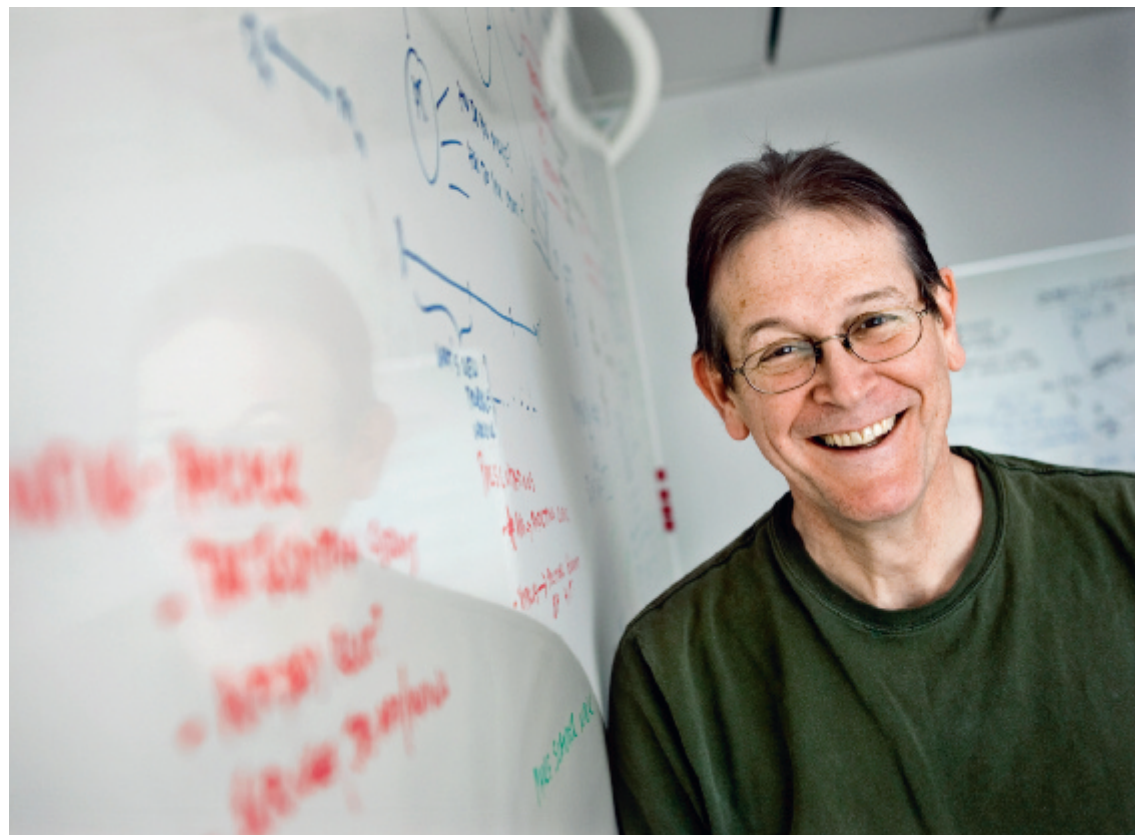
De forskningsmetoder som utvecklats efter Harrisburg passar bra för att studera problem inom sjukvården, anser Richard Cook:

– De har visat sig vara mycket mer användbara, jämfört med de gamla idéerna om mänskliga misstag. Både för att förstå komplexa system och deras misslyckanden, och för att förstå människans roll i processerna.

I och med den nya patientsäkerhetslagen har Sverige tagit ett steg i riktning mot mer systemtänkande; i stället för att dela ut de gamla påföljderna »varning« och »erinran« läggs tonvikten på att förebygga nya missöden. Richard Cook avböjer diplomatiskt att kommentera frågor som gäller svensk politik, och han förväntar sig inte att det ska gå några raka rör mellan forskning och lagstiftning. Däremot är det viktigt att forskningen får ge underlag till den politiska processen, säger han:

– Man måste förstå att säkerhet inte är en produkt. Du kan inte gå ner till snabbköpet och hitta en flaska säkerhet bredvid chipspåsarna. På ett arbete finns det alltid spänningar mellan olika slags krav och möjligheter. När spänningarna hanteras bra, kallar vi det för säkerhet. Det är en dynamisk process.

– Sjukvård är i grunden en riskfylld verksamhet. Den



Richard Cook kommer att ha ett nära samarbete med både KI och Karolinska universitetssjukhuset – det är en förutsättning för jobbet, menar han.

kan inte göras ofarlig. Däremot kan vi vara bättre eller sämre på att hantera de inbyggda spänningarna.

Richard Cook tillträdde sin professur i april och han har kontoret i Flemingsberg, nära Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge, i ett kontorshus där både KTH och KI har lokaler. Han ser det som sin uppgift att bygga upp ett forskningsprogram i världsklass, som ska locka hit de bästa och mest begåvade unga forskarna. Det finns ingen tidsgräns för hans tjänst, men målet är så ambitiöst att han räknar med att stanna i flera år.

Vad är det då han vill dra igång för forskningsprojekt i den svenska sjukvården? Ett viktigt område är avbrott eller diskontinuiteter inom vården; vad som händer när en patient exempelvis flyttas till en annan avdelning eller en annan vårdgivare. I Sveri-

ge talar vi om problem i vårdens övergångar, och Richard Cook har myntat termen »gaps« för att beskriva detta:

– Vi vill studera hur dessa avbrott skapas, men också hur människor lyckas överbrygga dem. De flesta läkare tillbringar väldigt mycket tid med att hantera avbrotten och deras effekter. I de flesta fall lyckas de faktiskt kompensera för dem och återställa kontinuiteten i vården. Vi vill veta mer om hur de lyckas med detta.

De här avbrotten är ett stort problem i Sverige.

– De är ett stort problem i alla tekniskt avancerade samhällen. Alla försöker hantera en åldrande befolkning, an-

strängd ekonomi, och behovet att tillhandahålla mycket vård till många människor i ett teknologiskt system.

– I dessa avseenden är Sverige och USA mycket lika. Vi har helt olika system för finansiering av sjukvården, men arbetet för en vanlig läkare eller sjuksköterska skiljer sig inte mycket.

I ett av sina första svenska forskningsprojekt ska Richard Cook och hans medarbetare studera hur sjuksköters-

kor hanterar avbrott när de delar ut läkemedel. Det är inte ovanligt att de måste bryta för att en händelse av högre prioritet inträffar. Frågan är vad som händer när de kommer tillbaka och ska

»Sjukvård är i grunden en riskfylld verksamhet. Den kan inte göras ofarlig. Däremot kan vi vara bättre eller sämre på att hantera de inbyggda spänningarna.«

■ richard cook

Ålder: »Tillräckligt gammal för att kunna säga åt mina underläkare att det inte finns något de kan göra som jag inte redan har sett.«

Medicinsk specialitet: Anestesiologi.

Bakgrund: Datorkonstruktör, docent i anestesi och intensivvård, chef för Cognitive Technologies Laboratory vid Chica-gouniversitetet.

Aktuellt: Tillträdde i april som Sveriges första professor i patientsäkerhet, vid KTH i Stock-holm.

Familj: Hustru, vuxna barn, sex barnbarn.

Senast lästa bok: »Lysande utsikter« av Charles Dickens. »Jag älskar Dickens och har läst alla hans böcker. Nu läser jag om dem.«

När träffade du en patient se-nast? »För tre veckor sedan, strax innan jag lämnade Chi-cago. Jag varvar hela tiden min forskning med arbete som nar-kosläkare.«

Viktigaste hälsofrågan? »Vem ska vårda mig när jag blir gam-mal?«

Viktigaste läkarfrågan? »Har jag verkligen gjort allt jag kan för att ta hand om den här pa-tienten?«

återuppta utdelningen av lä-kemedel.

Sveriges första professur i pa-tientsäkerhet är förlagd till

KTH. Richard Cook tror att det delvis är av historiska skäl; den moderna synen på säker-het kommer snarare från en ingenjörstradition än från en

medicinsk tradition. På KTH finns också expertis inom om-råden som är till

nytta när man stu-derar patientsä-kerhet, som infor-mationsteknologi, ergonomi och in-dustriell psykologi.

Men själva pla-ceringen är inte så viktig, deklarerar

han. Han kommer att ha ett nära samarbete med både KI och Karolinska universitets-sjukhuset – det är en förut-sättning för jobbet.

Men Richard Cook kom-mer också att synas i svensk sjukvård i en helt annan roll. Så fort formaliteterna är kla-ra, kommer han att arbeta en eller två dagar i veckan i sin specialitet som narkosläkare, enligt planerna på Karolin-ska universitetssjukhuset, Huddinge.

– Det vore idiotiskt av mig

att uttala mig om sjukvården i Sverige utan att delta själv,

säger han. Ska du studera männis-kor som arbetar måste du själv vara villig att ar-beta. Du kan inte sitta på ett kontor med en slips runt halsen, och låtsas att du vet vad som

pågår i operationssalen flera kilometer därifrån.

– Men arbetet på golvet är också viktigt för mig efter-som jag är läkare. Att ta hand om patienter är mitt liv.

Miki Agerberg

miki.agerberg@lakartidningen.se

Lästips. Richard Cook om avbrott och om mänskliga misstag:

■ Cook RI, Render M, Woods DD. Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. *BMJ*. 2000;320:791-4.

■ Cook RI, Nemeth CP. »Those found responsible have been sacked«: some observations on the usefulness of error. *Cogn Tech Work*. 2010;12:87-93.

Fler äldre får många läkemedel

Allt fler äldre behandlas med många olika läkemedel samtidigt.

Bland personer som är över 80 år och bor i särskilt boende är det nu 25 procent som har tio läkemedel eller fler. För ett år sedan var siffran 23 procent. Även andelen som får tre eller fler psykofarmaka samtidigt har ökat, från 14 till 16 procent. Det visar Äldreguiden för 2012 från Socialstyrelsen.

– Vi vet inte vad ökningen beror på, säger socialrådet Ulla Höjgård på Socialstyrelsen. Det får varje kommun och landsting analysera närmare. Genom att publicera jämförelsesiffror vill vi stimulera förändringsarbetet.

För första gången finns i år siffror i Äldreguiden om hur många äldre som får olämpliga läkemedel; dessa finns med på en lista över läkemedel som, till exempel på grund

av biverkningarna, är olämpliga att ge till äldre. Bland alla som fyllt 80 är det 13 procent som får olämpliga läkemedel, och bland dem som bor i särskilt boende 16 procent.

Vad borde användningen ligga på?

– Helt klart bör den minska, säger Ulla Höjgård. Men inte till noll – en del av de äldre behöver ju dessa mediciner.

Ett positivt resultat är att

»Genom att publicera jämförelsesiffror vill vi stimulera förändringsarbetet.«

fler äldre nu erbjuds läkemedelsgenomgångar. Av dem som bor permanent i särskilt boende gäller detta nu 69 procent, en ökning med tre procentenheter på ett år. Skillnaderna är dock stora mellan olika kommuner.

Miki Agerberg
miki.agerberg@lakartidningen.se

Äldreguiden 2012 finns på Socialstyrelsens webbplats. Där kan man själv jämföra uppgifter om bland annat olika kommuner och äldreboenden: <http://aldreguiden.socialstyrelsen.se/>

Läs mer om äldre och läkemedel under Medicinsk kommentar, sidan 1014, samt under Klinik och vetenskap, sidan 1019.



Bland alla som fyllt 80 är det 13 procent som får olämpliga läkemedel.

Tydligare ansvar för läkemedelsgenomgångar välkomnas

Läkarförbundet är positivt till att ansvaret för läkemedelsbehandlingen har blivit tydligare i det reviderade förslaget till ändrade föreskrifter om läkemedelshantering.

Som ett led i att förbättra läkemedelsanvändningen för äldre vill Socialstyrelsen införa krav på att läkemedelsgenomgångar ska erbjudas äldre patienter som har minst fem läkemedel. En fördjupad läkemedelsgenomgång ska erbjudas om det finns problem som misstänks vara läkemedelsrelaterade och som kvarstår efter den första läkemedelsgenomgången (se LT nr 35/2011).

Förslaget är nu ute på en andra remiss. I den första rundan lyfte Läkarförbundet upp att det måste definieras vem som har det samlade ansvaret för patientens samlade läkemedelslista. Delvis har man i det

nya förslaget försökt tackla detta genom att verksamhetschefen på den enhet som ansvarar för uppföljningen ska se till att det finns en läkare som ansvarar för uppföljningen av läkemedelsbehandlingen. Läkarförbundet är positivt till förslaget men tror att det kan bli svårt att förverkliga på bristfälligt bemannade vårdcentraler.

Liksom vid den förra remissrundan är Läkarförbundet i övrigt positivt till förslaget. Man efterlyser vissa justeringar, som att man vid fördjupad läkemedelsgenomgång inte bara bör gå igenom läkemedelslistan utan även undersöka följsamheten. Man påpekar också att fördjupade läkemedelsgenomgångar förutsätter fördjupad farmakologisk kunskap och kan kräva deltagande från en klinisk farmakolog, klinisk farmaceut eller geriatriker. Dessut-

om anser Läkarförbundet att patienten ska ha rätt att vid en genomgång få veta inte bara vilka ändringar som gjorts, utan även varför de gjorts och vilket målet med dem är.

Socialstyrelsen vill införa ett kapitel om läkemedelsgenomgångar i föreskrifterna om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2000:1). Läkemedelsgenomgångar ska erbjudas patienter som har fyllt 75 år och har minst fem läkemedel. Erbjudandet ska ges i samband med att patienten beviljas hemsjukvård, flyttar in på ett särskilt boende, läggs in på sjukhus eller genomför nybesök i öppenvården. Även patienter i andra åldersgrupper ska erbjudas läkemedelsgenomgångar om det finns misstanke om läkemedelsrelaterade problem.

Michael Lövtrup
michael.lovtrup@lakartidningen.se

Emma Spak föreslås bli ny ledamot i CS

Emma Spak är det enda nya namnet i valberedningens förslag till centralstyrelsen, CS, inför Läkarförbundets fullmäktigemöte den 1 juni.

Tidigare i vår valdes Emma Spak till ny ordförande i Sveriges yngre läkares förening, Sylf (se LT nr 12/2012). Hon efterträdde Lena Ekelius, som nu också lämnar CS.

Både förbundsordföranden Marie Wedin och andre vice ordföranden Ove Andersson, föreslås alltså väljas om på två år. Heidi Stensmyren, förste vice ordförande, är inte uppe till omval i år.

Inga övriga kandidater har nominerats av delföreningarna till ordförandeposten. Däremot har det kommit in förslag på ytterligare två valbara kandidater till ledamö-

ter i CS: Kenneth Lindahl, Västerås och Gunnar Sandberg, Göteborg.

Årets fullmäktigemöte kommer att fatta beslut om 12 motioner, betydligt färre än vid de senaste årens möten. Det kan förklaras av att det bara är ett halvår sedan mötet hölls senast, eftersom det i år flyttas från hösten, i praktiken december, till våren.

Bland motionärerna finns Sylf, som bland annat vill att Läkarförbundet ska sätta press på arbetsgivarna att annonsera ut ST-tjänster. I en annan motion yrkar Sylf på



Emma Spak

att förbundet ska verka för att provtjänstgöringsplatser för läkare från tredje land dimensioneras, och att förmedlandet av dessa platser samordnas, så att vägen till svensk legitimation underlättas. CS föreslår i sina motionssvar att fullmäktige ska bifalla dessa förslag. CS ställer sig också bakom motionären Kvinnliga läkares förening, som vill att Läkarförbundet ska redogöra för hur det går med arbetet för ett jämställt specialitetsval, något som förbundet lade upp en handlingsplan för 2008.

Läkartidningen har tidigare skrivit om CS proposition till fullmäktige med anledning av organisationsutredningen, se nr 17–18/2012.

Karin Bergqvist

Läkemedelsprövningar fortsätter minska

Under 2011 startades 135 kliniska läkemedelsprövningar i Sverige, visar LIF:s FOU-enkät 2011. Det är något färre än året före och pekar mot att den nedåtgående trenden fortsätter. 2004 startades nästan dubbelt så många prövningar, 262 stycken.

Också antalet inkluderade patienter i läkemedelsprövningar har minskat kraftigt, från 8 207 under 2004 till 3 222 under 2011.

LIF konstaterar i sin rapport att fas I-studierna minskar mest, vilket förklaras med att fas I-prövningarna centraliserats och inte sker i Sverige, utan i andra länder.

2011 års prövningar var uppdelade på 14 fas I-studier, 31 fas II-studier, 67 fas III-studier och 23 fas IV-studier. ■

Yngre klagar oftare på vården

Yngre står för fler klagomål inom hälso- och sjukvården än äldre, skriver Socialstyrelsen i sin Tillsynsrapport 2012. Där framgår också att enskilda klagomål på vården var betydligt fler 2011 än året innan.

Klagomålen som handlar om patienter födda på 1960-talet eller senare är cirka 10 procent fler än de som rör 50-talister och äldre. Det speglar inte sjukligheten i olika åldrar, enligt Socialstyrelsen, som pekar på att antalet slutenvårdstillfällen ökar kraftigt efter 60 års ålder.

Socialstyrelsen menar att det i stället kan bero på att de yngre känner till sina rättigheter i högre grad, är bättre på att kräva det de har rätt till och har lättare att få fram vart de ska vända sig med sina klagomål.

Siffrorna bygger på en närmare granskning av ett urval om 395 av de totalt 6 228 enskilda klagomål som inkom till Socialstyrelsen från och med januari till och med november 2011.

Enligt Socialstyrelsen visar granskningen också att yngre patienter oftare klagar över mindre allvarliga händelser.

60 procent av klagomålen

gäller somatisk specialistsjukvård, knappt 20 procent primärvård och knappt 10 procent psykiatrisk specialistsjukvård. Fördelningen stämmer rätt bra överens med områdenas omfattning mätt i nettokostnader, konstaterar Socialstyrelsen.



Dessutom framkommer att kvinnor står bakom fler klagomål än män. Klagomålen rör också oftare kvinnliga än manliga patienter.

Antalet klagomål per 1 000 invånare var högst i Västmanland och lägst i Jämtland.

Socialstyrelsen ville med sin granskning få större kunskap om vilka som klagar och vilken del av vården det gäller. Detta efter att ha fått ta emot fler klagomål än väntat. 2011 kom det in 6 689 enskilda klagomål på vården, att jämföra med de cirka 4 500 ärenden som Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSN, fick ta emot under 2010.

När den nya patientsäkerhetslagen trädde i kraft den 1 januari 2011 tog Socialstyrelsen över HSN:s hantering av patienters klagomål inom hälso- och sjukvården. 2 312 oavslutade ärenden från HSN överfördes då till Socialstyrelsen.

Karin Bergqvist

patientsäkerhet/ärenden

Patient smittad med hepatit vid röntgenundersökning

Alla röntgenavdelningar i Skåne ska vidta åtgärder för att minska risken för smittspridning mellan patienter. Det kräver Socialstyrelsen, sedan en man smittats med hepatit C vid en röntgenundersökning. Smittan kom från föregående patient. (Soc 9.3.1-41092/2011 och 9.1-12931/2012)

En man i 70-årsåldern kom till Skånes universitetssjukhus i Malmö med akuta buksmärter, och dagen därpå gjordes en datortomografi av buken med intravenös kontrast. Patienten före honom var en man med känd hepatit C-smitta; han hade fått en datortomografi över aorta, även den med intravenös kontrast.

Två månader senare sökte 70-åringen hjälp på en infektionsklinik. Han hade gulfärgad hud, och det konstaterades att han led av akut hepatit C. Utredningen visade att han och den föregående röntgenpatienten bar på en genetiskt identisk och ovanlig virusstam och att det inte fanns några andra möjliga smittotillfällen än röntgenundersökningen.

Vid Bild- och funktionsmedicin i Malmö (DC/BFM) använder man vid akuta DT-undersökningar ett så kallat storvolym-system för att hantera kontrastvätskan. Detta innebär att samma påsar för kontrastmedel och koksaltlösning används till flera patienter i följd. Sprutor och slangar är dock engångsmaterial, och personalen

ska bland annat byta handskar och torka påsarna med sprit mellan varje patient.

Socialstyrelsen anser det klart att smittöverföringen skedde vid röntgenundersökningen, även om den exakta smittvägen inte har kunnat fastställas. Verksamhetschefen för DC/BFM anser att man kan behålla storvolymssystemet, bara personalen följer säkerhetsrutinerna. Verksamhetschefen för Vårdhygien i Skåne ser däremot flera moment där det kan bli risk för smittspridning, och rekommenderar att endast engångsmaterial ska få användas.

Socialstyrelsen håller med Vårdhygien och kritiserar DC/BFM för att man använder delar av ett system för intravenös tillförsel till flera patienter. Det innebär en ökad risk för undermålig vårdhygien och ett försämrat skydd mot smittspridning, konstaterar Socialstyrelsen.

Sedan det framkommit att flera röntgenavdelningar i Skåne använder samma system som i Malmö, har Socialstyrelsen i ett nytt beslut krävt att alla radiologiska enheter i Region Skåne som gör detta ska redovisa vad de tänker göra för att minska risken för smittöverföring. Svaren på detta ska vara inne senast den 7 maj.

Miki Agerberg

Redaktör:
Sara Gunnarsdotter 08-790 3410
sara.gunnarsdotter@lakartidningen.se

Taxitransport av vårdpersonal – nya riktlinjer väcker protester i Västerbotten

Västerbottens läkare protesterar mot nya riktlinjer som öppnar för taxitransport av vårdpersonal till olycksplatser.

– Det är oacceptabelt utifrån både vårdkvalitets- och arbetsmiljöperspektiv. Tillsammans med Vårdförbundet har vi nu begärt tvisteförhandling med landstinget om förändringen, säger Nino Bracin, ordförande i Västerbottens läns läkareförening.

Enligt vårdfacken har arbetsgivaren brutit mot gällande samverksavtal genom att besluta om nya riktlinjer utan att ha diskuterat saken med facken. Frågan om skadestånd kommer därför att tas upp i kommande tvisteförhandling.

– Det är allvarligt att lands-



Nino Bracin

tinget inte tar hänsyn till medbestämmandelagen och särskilt i frågor som direkt rör läkares och annan vårdpersonals arbetsmiljö, säger Nino Bracin.

De nya riktlinjerna berör förstärkningslarm vid olyckor, och taxi nämns som en möjlighet att transportera vårdpersonal till olycksplatser.

– Jag vet ärligt talat inte hur landstinget tänkt att det ska fungera. Det är orimligt att lä-

kare ska sitta i taxi och hamna i konflikter mellan trafiksäkerhet och att så snabbt som möjligt ta sig till en olycksplats. Det är viktigt att ha transport med blåljusfordon för att snabbt nå en olycksplats, säger Nino Bracin, som även efterlyser ordentliga risk- och konsekvensanalyser av de nya riktlinjerna.

Tvisteförhandlingar är planerade till slutet av maj.

Fredrik Mårtensson