

## Nya Öppna jämförelser publicerade

**Dödligheten i folksjukdomar minskar, visar årets Öppna jämförelser, som från och med i år även kan konsumeras via en webbapplikation.**

Årets upplaga av »Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet« visar en rad positiva trender. Enligt rapporten, som Socialstyrelsen och SKL står bakom, fortsätter dödligheten i stora folksjukdomar som hjärtinfarkt och cancer att minska. Det gör också den så kallade sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten, där det ingår diagnoser som diabetes, blindtarmsinflammation, stroke, gallstenssjukdom och livmoderhalscancer. Vårdrelaterade infektioner minskar



något och vårddköerna krymper.

Men – det finns även mer bekymrande siffror. Dödligheten bland lågutbildade kvinnor i levnadsvanerrelaterade sjukdomar som levercirros och lungcancer ökar. Andelen äldre över 80 år som har mer än tio läkemedel har inte minskat trots satsningar; däremot har färre av dem riskfyllda läkemedelskombinationer. Antibiotikaanvändningen står i stort sett still, även om Socialstyrelsen gläds åt att det skrivs ut betydligt mindre bredspektrumantibiotika mot urinvägsinfektion.

**Bland övriga områden** där Socialstyrelsen och SKL ser

en förbättringspotential kan nämnas:

- Andelen kvinnor som får läkemedel efter benskörhetsfraktur – för få generellt och för stora variationer mellan landstingen.
- Andelen patienter som når dialysmålet – för stor variation mellan sämsta och bästa landsting.
- Antalet artroskopioperationer vid knäartros – fortfarande får tiotusentals patienter denna behandling som enligt Socialstyrelsen saknar effekt.

**I samband med** att årets Öppna jämförelser släpps lanserar Socialstyrelsen en ny webbapplikation där man förutom att ta del av årets tabeller även kan jämföra utvecklingen över tid lands- tingsvis.

Michael Lövrup

## »Genuskunskapen på läkarutbildningen behöver stärkas«

Genus behöver ges en fastare form som kunskapsområde vid läkarprogrammen, anser AT-läkaren Jenny Andersson i en ny avhandling från Umeå universitet.

– Varken kön eller genus nämns i de nationella utbildningsmålen för läkarutbildningen. Mellan de olika utbildningsorterna finns det dessutom ingen enhetlighet beträffande vad ett så kallat genusperspektiv innehåller eller betyder, konstaterar Jenny Andersson i ett pressmeddelande.

I avhandlingen har hon studerat genuskunskap i både relationen läkare–patient och inom läkarutbildningen.

Jenny Anderssons slutsats är att inslaget av genuskunskap behöver stärkas under grundutbildningen för att ge läkare möjligheter att agera genusmedvetet och undvika att orättvisor grundande på kön uppstår inom vården.

En av hennes delstudier visar att läkarstudenter gör olika tolkningar av sjukdomsberättelser utifrån stereotypa föreställningar om kön.

Fredrik Mårtensson

## PATIENTSÄKERHET/ÄRENDE

### Allvarligt sjuka patienter förväxlades på sjukhuset

**Två svårt sjuka patienter med liknande namn förväxlades på sjukhuset. Den ena patienten fick genomgå två röntgenundersökningar av skallen, den andra ingen alls. Först efter några dagar upptäcktes förväxlingen.**

(Soc 9.3.1-33024/2012)

Två patienter lades in på medicinkliniken med två dagars intervall. Båda var kvinnor i hög ålder och de hade liknande namn.

Patient 1 undersöktes dagen efter inläggning på avdelning A med en DT, datortomografi, av hjärnan. Undersökningen visade subarahnoidalblödning. Man bedömde att ingen botande behandling kunde erbjudas, och ansvarig läkare tog beslut om palliativ vård.

Följande dag kom patient 2 till akutmottagningen från ett vårdboende. Hon behandlades sedan tidigare med läkemedel mot blodpropp, och lades in med misstanke om stroke. Re-

miss skrevs för DT-undersökning av hjärnan. Som remitterande enhet angavs avdelning A – men på grund av platsbrist lades patienten in på avdelning B.

När det var dags för undersökningen ringde röntgenpersonalen till avdelning A, eftersom det stod så på remissen. Vid samtalet identifierades patienten enbart med namn, och eftersom namnen var snarlika trodde avdelningspersonalen att det var patient 1 som skulle röntgas. På röntgen gjorde personalen id-kontroll med hjälp av patientens id-band, men missade även de att det var fel patient. Följden blev att patient 1 röntgades en andra gång, medan utlåtandet skrevs på patient 2.

**Dagen efter** undersökningen såg ansvarig läkare röntgenutlåtandet för patient 2. Det visade subarahnoidalblödning – eftersom det i själva verket var patient 1 som blivit röntgad. Läkaren reagerade visserligen

på att röntgenutlåtandet inte stämde med patientens sjukdomsbild, men gick inte vidare med det. I stället fattade hon beslut om palliativ vård, och blodtrycksmedicinen sattes ut.

Förväxlingen uppdagades när patient 2 efter ytterligare ett dygn flyttades till avdelning A. För att bekräfta förväxlingen gjordes en röntgenundersökning, som visade att patienten hade en utbredd ischemisk stroke.

**Båda patienterna** avled under vårdtiden. Enligt vårdgivarens bedömning har deras dödsfall inte påverkats av förväxlingen.

Vårdgivaren identifierar en rad orsaker till händelsen, bland annat att patient 2 flera gånger identifierades enbart utifrån namn, både på röntgen och i telefonsamtal med avdelningen. Det tog också för lång tid innan svaret på den andra röntgenundersökningen uppmärksammades, eftersom journalsystemet inte flaggar för nyinkomna svar. Vårdgivaren tän-

ker därför bland annat skapa säkra rutiner för id-kontroll av patienter, och se över rutinerna för bevakning av remissvar.

**Socialstyrelsen konstaterar** i sitt beslut, att uppregade tillfällen av bristfällig identifiering av en patient ledde till en rad allvarliga händelser. Personalen på vårdavdelning och röntgenavdelning borde insett risken för förväxling då man enbart angav namn på patienten, och röntgensköterskan brast i noggrannhet i sin id-kontroll.

Socialstyrelsen ser också allvarligt på bristerna i dokumentation och bevakning av remissvar, och påpekar att läkaren som upptäckte en diskrepans mellan röntgenutlåtande och symtom borde ha gått vidare och utrett detta. Senast den 31 oktober måste vårdgivaren redovisa hur bristerna ska åtgärdas.

Miki Agerberg

Redaktör:

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