



Reportage från Örebro i Läkartidningen nr 42/2012.

Stressade Örebro-läkare får stöd av Arbetsmiljöverket

Arbetsmiljöverket vill se snabba åtgärder för att komma till rätta med den höga stressnivån bland läkarna på barn- och ungdomskliniken vid universitetssjukhuset i Örebro.

En medarbetarenkät från 2012 visar att den tunga jourbördan på barn- och ungdomskliniken vid Universitetssjukhuset i Örebro sliter hårt på läkarna. 93 procent av läkarna upplever långvarig psykisk stress. Sömnpromblem är vanliga och många funderar på att sjukskriva sig eller söka professionell hjälp mot stressen (se LT 42/2012).

Efter att skyddsombudet slagit larm till Arbetsmiljöverket genomförde myndigheten i november en inspektion. Nu vill man att sjukhuset senast den 15 januari redovisar vilka åtgärder man på kort sikt tänker vidta för att minska arbetsbelastningen på klinikkens personal.

Arbetsmiljöinspektör Maria Lundvall Sundh anser inte att den långsiktiga plan sjukhuset har för att stärka

»De har redovisat långsiktiga åtgärder, som bygger på att fler ST-läkare ska bli färdiga. Men huvudskyddsombudet säger att man inte kan vänta i fem år, det är nu det behövs åtgärder.«

bemanningen räcker.

– De har redovisat långsiktiga åtgärder, som bygger på att fler ST-läkare ska bli färdiga. Men huvudskyddsombudet säger att man inte kan vänta i fem år, det är nu det behövs åtgärder, säger Maria Lundvall Sundh.

Om de åtgärder sjukhuset redovisar inte anses vara tillräckliga kan Arbetsmiljöverket besluta om ett föreläggande, som också kan komma att kombineras med ett vitesbelopp.

Michael Lövtrup

PATIENTSÄKERHET ÄRENDEN

Svårt att säkert fastställa missfall i tidig graviditet

Vid osäkerhet om huruvida en tidig graviditet är viabel ska en ny ultraljudsundersökning göras efter minst 7 dagar. (Soc 9.3.1-850/2012)

En kvinna i tidig men önskad graviditet sökte akut till kvinnokliniken eftersom hon sedan en knapp vecka haft brunaktiga flytningar. Kvinnan hade ett barn sedan tidigare men hade också erfarenhet av två missfall och var nu orolig för ett tredje.

Patienten undersöktes av randande ST-läkare i allmänmedicin med stöd av ST-läkare i obstetrik och gynekologi. Vid besöket konstaterades att patienten gjort ett graviditetstest som var positivt tre veckor tidigare. Vid vaginalundersökning med ultraljud såg man en intrauterin hinnsäck motsvarande graviditetsvecka 6+2 men inga hjärtslag.

Läkarna bedömde fyndet som ett missfall och patienten fick med sig misoprostol och smärtstillande läkemedel hem för medicinsk abort. Ett återbesök planerades en vecka senare. Patienten kände sig emellertid inte övertygad, hon kände sig fortfarande gravid. Vid hennes tidigare missfall hade den känslan upphört omedelbart. Detta ledde till att hon inte tog läkemedlen.

När hon vid ett besök på mödravårdscentralen en vecka senare på nytt gjorde ett graviditetstest bekräftade det hennes misstankar.

Såväl patienten själv som vårdgivaren har anmält händelsen till Socialstyrelsen.

Patienten har beskrivit att hon upplevde läkarna som osäkra och att de inte lyssnade på henne eller kunde svara på frågor.

ST-läkaren i obstetrik och gynekologi skriver i sitt yttrande att hon inte kunnat se någon fosterstruktur i hinnsäcken vid ultraljudet och

därför bedömt att det rörde sig om en ofostrig graviditet. Hon kommenterar också att besöket inträffade en dag i veckan då det inte finns någon annan läkare på mottagningen som kan hjälpa till med ultraljudsundersökningar och ingen dagbakjour att be om hjälp.

Socialstyrelsen har anlitat ett vetenskapligt råd i frågan. Enligt honom kan bristande träning, oklara diagnostiska kriterier, flerbörd eller problem med utrustningen göra att man missar tidiga graviditeter vid ultraljudsundersökningen.

Om graviditetslängden understiger 7 veckor och man inte ser ett tydligt foster vid ultraljudsundersökning rekommenderas därför att man utför en förnyad ultraljudsundersökning efter minst sju dagar, skriver han. Han hänvisar också till brittiska riktlinjer som anger att man vid osäker viabilitet och intrauterin säck som understiger 20 mm i diameter utan påtaglig gulesäck eller foster, eller om fostereket är mindre än 6 mm avseende »crown rump length«, ska utföra en ultraljudsundersökning efter minst en vecka.

Socialstyrelsen anser att omhändertagandet av patienten varit bristfälligt och är kritisk till att ST-läkaren, som var i början av sin specialistutbildning, inte hade någon specialläkare tillgänglig att konsultera.

Vårdgivaren har nu förtydligat rutinen så att det tydligt framgår att misoprostol inte ska användas vid önskade graviditeter om minsta tveksamheter råder. Socialstyrelsen har dock bett om ytterligare några förtydliganden i rutinerna så att de överensstämmer med vad det vetenskapliga rådet angett.

Sara Gunnarsdotter



Kulturen medgav inte att operatören bad om avlösning

En lungtransplantation försvärades på grund av en stor blödning. Operationen tog många timmar mer än beräknat och allt eftersom tiden gick avlöstes assisterande operatör, anestesiläkare och sjuksköterskorna, men inte huvudoperatören. (Soc 9.3.1-35214/2012)

På grund av blödningen var sikten i operationssåren dålig och därför förbisåg man att avlägsna metallsuturer och ligatur som applicerats på vardera sidan om arteria pulmonalis innan anastomoserna syddes. Som följd fanns vid operationens slut ingen normal blodcirkulation genom de båda transplantaten.

Händelsen anmäldes till Socialstyrelsen enligt lex Maria. Huvudoperatören, som när operationen var slut hade varit i tjänst i 32 timmar, har skrivit att han i efterhand har svårt att förstå hur han kunde begå misstagen. Han skriver att han inte blev tillfrågad om han kände behov av avlösning och att kulturen inte är sådan att man själv kan be om att få bli avlöst.

Vårdgivaren har redogjort för ett antal åtgärder med anledning av händelsen, bland annat att inför en transplantation beräkna förväntad operationstid och i god tid uppmärksamma eventuellt behov av avlösning.

Socialstyrelsen poängterar att den ansvariga operatören borde vidtagit åtgärder för att få avlösning. I övrigt är Socialstyrelsen nöjd med vårdgivarens analys och vidtagna åtgärder utifrån händelsen. Ingenting nämns emellertid om hur kulturen ska förändras så att operatörer i fortsättningen tors be om avlösning. **SG**

Möjlighet till konsultation är inte detsamma som handledning

Normala labbsvar på D-dimeranalys räcker inte för att utesluta en blodpropp. Hela den kliniska bilden måste bedömas. Socialstyrelsen håller med vårdgivaren om den slutsatsen, men uppmanar åter en gång att icke-legitimerade läkare behöver riktig handledning, inte bara möjlighet till konsultation. (Soc 9.3.1-2903)

En 30-årig kvinna inkom till akutmottagningen efter att ha skadat sitt knä i en cykelolycka. Kvinnan var kraftigt överviktig och hade tidigare haft lungemboli. Inget avvikande syntes vid skelett-röntgenundersökning. Skadan bedömdes som en vrickning och patienten fick först en elastisk binda och smärtstillande läkemedel innan hon skrevs ut. Ett par veckor senare sökte kvinnan åter till akutmottagningen och fick ett knägips eftersom smärtorna höll i sig. Patienten sökte sedan akutmottagningen igen efter fem dagar på grund av svullnad, värk, feber och sedan dagen före ont över bröstet. Hon lades in ett par dagar och man gjorde bland annat en mätning av D-dimer-nivån. Utfallet var normalt.

Efter ytterligare en vecka sökte kvinnan ytterligare en gång till akutmottagningen av samma anledning som tidigare. Allmäntillståndet bedömdes som utan anmärkning, men hon lades in.

En undersökning med magnetresonanskamera visade endast en lätt kapselskada i knät och patienten skrevs ut dagen därpå.

Mycket snart efter att patienten kommit hem drabbades hon av hjärtstillestånd och avled, trots HLR och ambulanstransport till sjukhuset. Obduktionen visade att dödsorsaken var blodproppsvandring från höger underben till lungorna.

Vårdgivaren har anmält händelsen till Socialstyrelsen enligt lex Maria.

Socialstyrelsen anser att upprepade brister i samband med de undersökningar och bedömningar som gjordes vid patientens fyra besök på akutmottagningen och vården på akutvårdsavdelningen har bidragit till att patienten drabbats av en allvarlig vårdskada.

Vårdgivaren skriver att sju underläkare, varav tre AT-läkare, var involverade i vården av patienten. Ingen undersökning av specialist finns dokumenterad vid något tillfälle.

Enligt vårdgivaren uppfattade inte läkarna vid akutmottagningen att kvinnan var en högrisk-kandidat för blodpropp trots att hon var kraftigt överviktig, tidigare haft lungemboli och nu blev immobiliserad i knäleden. Läkarna förlitade sig helt och hållet på det normala labbsva-

ret på D-dimer i stället för att bedöma hela den kliniska bilden. Med anledning av detta har vårdgivaren föreslagit förbättrad internutbildning för alla yngre läkare bland annat om vikten av den kliniska undersökningen av nedre extremiteterna vid misstanke om djup ventrombos. Vårdgivaren skriver också och att man ska införa en ny rutin som innebär att den jourhavande läkaren ska kontakta bakjouren i fall där patienten återkommer för tredje gången med samma eller förvärrad symtombild, oberoende specialitet.

Socialstyrelsen är kritisk till att patienten endast bedömdes av underläkare. Socialstyrelsen skriver att icke legitimerade läkares kliniska erfarenheter är mycket begränsade och för att bibehålla en säker vård ska de ha handledning i ordets rätta bemärkelse. En sådan handledning kännetecknas enligt Socialstyrelsen av en aktiv klinisk undervisning, kontroll och uppföljning av läkarens praktiska arbete. Det är inte tillräckligt med enbart möjlighet till konsultation då det kräver kunskap att veta när hjälp ska efterfrågas.

Även legitimerade underläkare behöver enligt Socialstyrelsen handledning och möjlighet till att konsultera specialistläkare. **SG**

Platsbrist kan ha bidragit till patientens död

En patient som hastigt försämrades efter en misslyckad buktappning fick inte plats på IVA/IMA. Ett vanligt scenario, enligt vårdgivaren, som anser att resurserna är för små. Patienten dog och Socialstyrelsen efterlyser åtgärder för att förhindra en upprepning. (Soc 9.3.1-18523/2011)

En patient som skulle retransplanteras försämrades. På vårdavdelningen gjordes ett försök till buktappning, men försöket avbröts på grund av att en stickblödning uppkommit.

På natten försämrades patienten hastigt ytterligare, möjligtvis på grund av sivande blödning

efter tappningsförsöket.

Patienten behövde då vård på intensivvårdsavdelning eller intermediärvårdsavdelning med möjlighet till intensivare övervakning. På grund av platsbrist var detta emellertid inte möjligt. Patienten avled några timmar senare på grund av cirkulationsstillestånd.

Händelsen anmäldes till Socialstyrelsen enligt lex Maria. Vårdgivaren skriver att situationer med behövande patienter som inte får plats på IVA eller IMA är mycket vanliga på sjukhuset och att IVA-/IMA-resurserna ofta upplevs som underdimensionerade i förhållande till behovet. Vårdgivaren skriver också att sjukhuset har avancerad hepatologisk verksamhet men att sådan kompetens saknas under

nätter och de flesta kvällar. Enligt vårdgivaren hade man möjligtvis med en sådan kompetens tydligare insett risken för dödlig utgång och kunnat framföra detta till anestesijouren som underlag för att omprioritera fördelningen av IVA-platser.

Socialstyrelsen konstaterar att indikationerna för och utförandet av buktappningen varit adekvata och stämmer överens med riktlinjer och praxis. Socialstyrelsen kommenterar inte vidare vårdgivarens identifierade orsaker till händelsen men efterlyser en redovisning av vilka åtgärder som vidtagits för att förhindra att liknande händelser inträffar. **SG**

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