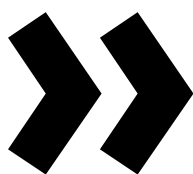


Att vården skulle gå att förbättra med ekonomiska styrmedel är en illusion som saknar vetenskapligt stöd. Det menar Paul Batalden, pionjär inom »improvement science«, som studerar strategier för att förbättra hälso- och sjukvården.

TEXT OCH FOTO: MICHAEL LÖVTRUP

»Vi måste sluta låtsas att vården är enklare än vad den är«



Om vi menar allvar med att förändra hälso- och sjukvår-

den måste vi hitta sätt att kanalisera energin och engagemanget hos medarbetarna. Vi vill inte bara ha deras händer, inte bara deras händer och huvuden, vi vill ha händer, huvuden och hjärtan – hela människor. Och finansiella incitament styr bara händerna, säger Paul Batalden, som är på ett av sina regelbundna Sverigebesök som medarbetare vid The Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare.

Ändå är det mot prestationsersättningar och ekono-

miska styrmedel som trenden går – i Sverige liksom på många andra håll.

Läkartidningen träffar Paul Batalden just som Maciej Zarembas artikelserie i Dagens Nyheter fått i gång en debatt om avarterna. Det handlar om kömiljarden som leder till att återbesök nedprioriteras. Om prislistor som styr beslut som borde vara rent medicinska. Om vårdcentraler som delar upp läkarbesök i flera för att få mer ersättning, och andra som av samma skäl sätter fler och tyngre diagnoser. Om kliniker som remitterar runt patienter för att spara pengar, med utdragna vårdprocesser som följd.

Paul Batalden nickar när han får höra om den svenska debatten. Han känner igen

diskussionen. Den förekommer både i hans hemland och i Storbritannien, där han är verksam som ordförande för en expertgrupp i »improvement science« knuten till stiftelsen Health Foundation. I Storbritannien har precis en slutrapport publicerats kring det som kallas Mid Staffs-skandalen (se artikel nästa uppslag) som handlar om flera år av omfattande vanvård vid ett sjukhus i Mid Staffordshire.

– Det var en förskräcklig situation. Patienter fick ligga i sin egen avföring och folk fick dricka ur blomvaser för att det inte fanns någon som kunde ge dem ett glas. Många patienter dog i onödan. Djupstudier av vad som gick fel visar att en viktig orsak var att ledningen hade fokus på prestationskrav

och ekonomiska incitament.

Att den typen av incitament inte gynnar ett gott vårdarbete är för Paul Batalden ingen överraskning. Det finns gott om forskning som visar att ekonomiska incitament ofta inverkar skadligt på komplexa verksamheter.

– Vi har en djupt rotad tro att det som fungerar för enkla system också fungerar för komplexa saker. Men en barnläkare som jag själv har hundratals olika saker som ska utföras på ett bra sätt under en dag, och om jag får prestationsersättning för tre av dem så kommer dessa tre saker att ändras medan de övriga i bästa fall blir oförändrade.

Egentligen tycker Paul Batalden att det är ganska självklart. Ändå har vi svårt att släppa fixeringen vid våra



■ PAUL BATALDEN

Ålder: 71.

Bor: St Paul, Minnesota, USA.

Medicinsk specialitet: Pediatrik.

Aktuell som: Senior fellow vid Institute for Healthcare Improvement, Massachusetts; professor på deltid vid The Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare; ordförande för Improvement Science Development Group, Health Foundation, Storbritannien.

Bakgrund: Barnläkare och professor vid Dartmouth Medical School, New Hampshire. ■

»Mått kan vara till stor hjälp om de används till det som de var designade för. Men när vi använder mått till sådant som de inte var designade för – om vi använder mått som är bra för lärande för att hålla folk ansvariga – då är det ett stort misstag i ledarskapet för vården.«

förenklade policyer. Reaktionen efter skandalen i Storbritannien är talande.

– En reaktion är att det behövs mer incitament så att sköterskor verkligen ska vårda! Jag tänker bara att detta är vansinne, det är en modern saga om sjukvård som spårat ur och något som kommer att upprepas så länge man inbillar sig att det är enklare att utveckla vården bättre än vad den faktiskt är.

Paul Batalden efterlyser en allmän debatt som undviker dessa förenklingar som, av politiska skäl eller andra, präglar dagens föreställningar om hur vi får en bättre vård.

– Utmaningen är att matcha den förändring vi vill få till stånd med de metoder vi använder och utnyttja den

kunskap som faktiskt finns. Ekonomiska incitament är en metod som fungerar för enkla saker som att kryssa i formulär, men för att utveckla komplexa verksamheter krävs att vi har en dialog med folk och utvecklar delade mål och att vi fokuserar på interaktionerna mellan människor.

Snarare än att ta till sig denna kunskap blir reaktionen från beslutsfattare, när det kommer rapporter om att ersättningssystem styr vården i fel riktning, ofta att bolla över ansvaret på personalen och hävda att man i så fall inte lever upp till hälso- och sjukvårdslagen. Exempel på det har förekommit även i efterdyningarna av Maciej Zarembas uppmärksammade artiklar.

Det finns en paradox här: man inför ekonomiska ersättningar för att påverka beteenden, och sedan kritiserar man vården för att den faktiskt låter sig påverkas.

– Ja, och det är därför fallet i Storbritannien kommer att upprepas om och om igen till dess vi förstått att vi måste stå för konsekvensen av våra egna beslut. Du kan inte säga att ett sjukhus ska styras av ett visst mått och sedan, när man gör det, låtsas som om din tonvikt på detta mått inte har haft någon effekt. Du kan inte lägga skulden på andra för det du har varit med och skapat.

Men om man inte har prestationsersättningar utan ger vårdgivaren en klumpsumma för att ta hand om patienter- ►

na blir varje åtgärd en kostnad. Även det har kritiserats för att det leder till att man remitterar iväg patienter osv.

Går det att skapa ett system som inte har några potentiella negativa effekter?

– Well, alla ersättningsystem har utmaningar, jag känner inte till ett perfekt sätt. Men om vi börjar lita till sättet vi betalar verksamheter på för att få till förändring, då får vi problem. Det viktiga är att ta bort incitament som verkar åt fel håll.

En förklaring till att prestationsersättningar av olika slag utövar en sådan lockelse kan vara en oro för att anslagshöjningar utan någon form av motprestation kommer att försvinna i det berömda svarta hålet, utan att det leder till bättre vård. Här finns faktiskt något omvärlden kan lära av Sverige, menar Paul Batalden.

– Jag hade för några år sedan förmånen att bjuda in några ekonomiskt orienterade personer från USA till Jönköping som var nyfikna på det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. De såg att kostnadsmedvetenheten här gick ned tre, fyra nivåer i organisationen. De såg på varandra och sa »vi kan inte förmedla den två nivåer, otroligt, ni måste ha väldigt starka incitament«. Men det hade man inte på den tiden. Vad jag ser är att om man höjer anslag lokalt och efter behov får man en känsla av förvaltarskap som är annorlunda än om man höjer anslagen nationellt och sprider ut dem, som i Storbritannien. Då får man inte det lokala ansvar som finns i Sverige och som är väldigt viktigt när man hanterar kostnader.

Nära kopplad till tron på ekonomiska incitament är enligt Paul Batalden föreställningen att man kan mäta kvaliteten på vården med enkla kvantitativa mått. Resultatet bör ju kunna kvantifieras för att ersättningen ska kunna beräknas.

– Mått kan vara till stor hjälp om de används till det



Foto: Michael Lövtrup

Paul Batalden efterlyser en allmän debatt som undviker förenklingarna som – av politiska skäl eller andra – präglar dagens föreställningar om hur vi får en bättre vård.

som de var designade för. Men när vi använder mått till sådant som de inte var designade för – om vi använder mått som är bra för lärande för att hålla folk ansvariga – då är det ett stort misstag i ledarskapet för vården.

Vad resultatmått gör är enligt Paul Batalden bland annat att de förleder oss att tro att vården kan utvärderas på distans.

– Vi måste sluta att tro att mått ska göra det som våra ögon är bättre på att göra. Ledarskap kan inte utövas på distans, utan kräver observa-

tion och kommunikation direkt med den miljö där värdet i vården produceras.

När det gäller hälso- och sjukvården är det i mötet med patienten som värde skapas, och därför måste förbättringsarbetet utgå från det, menar Paul Batalden. Själv har han myntat begreppet »mikrosystem« för den miljö som bör ligga i fokus när man vill öka kvaliteten och effektiviteten i vården.

– Vi måste se vad som är den funktionella enheten i hälso- och sjukvården, och

»Ekonomiska incitament är en metod som fungerar för enkla saker som att kryssa i formulär, men för att utveckla komplexa verksamheter krävs att vi har en dialog med folk och utvecklar delade mål och att vi fokuserar på interaktionerna mellan människor.«

det tror jag är personal i olika yrkeskategorier från olika discipliner, patienten, information och informationsteknologi samlat för ett syfte. Det involverar inte bara personer utan också information och bör därför betraktas som ett system och inte ett team.

Vad ledarskapet i vården måste inriktas på är att se till att det finns strukturer som stöder dessa mikrosystem.

– Det har studerats empiriskt i årtal: framgångsrika serviceorganisationer kännetecknas av att ledarskapet är besatt av frontlinjen, den punkt där kunden eller medborgaren möter organisationen.

Men för att få dessa system att fungera bättre krävs enligt Paul Batalden ett ledarskap som kanaliserar energin hos medarbetarna – de som får förändringen till stånd – och som är uthålligt. De allt snabbare bytena i ledande positioner i vården är ett bekymmer, anser han.

– Bästa sättet att behålla status quo är att ofta byta ut ledarskiktet, för det tar lång tid att förändra saker. Man måste skapa förtroende och respekt, och det gör man genom att ha en dialog med medarbetarna och genom regelverk och policyer, inte genom att sätta i gång en ny chefsrekrytering varje gång vi vill förbättra.

Michael Lövtrup

Mid Staffs-skandalen

Enligt vissa bedömningar avled 400–1 200 patienter till följd av brister i vården vid Stafford Hospital i Staffordshire under 2005–2008. Förhållandena på sjukhuset beskrivs i den nyligen publicerade slutrapporten som »förfärliga«. I en tidigare rapport konstaterades att »de mest basala vårdkraven negligerades«.

Skandalen avslöjades sedan anhöriga till avlidna patienter börjat ställa frågor och utkräva ansvar. När det framkom att mortaliteten på sjukhuset var bland de högsta i landet, utan att ledningen kunde ge någon godtagbar förklaring, inleddes en serie av utredningar för att klargöra orsakerna. I utredningarna har det påvisats inte bara stora brister i vården utan

även en oförmåga att agera utifrån signaler om att allt inte stod rätt till.

Sjukhuset drivs av Mid Staffordshire NHS Hospital Trust – därav namnet på skandalen – och en slutsats är att kostnadsbesparingar som vidtagits för att uppnå »trust«-status var en avgörande faktor: »Sjukhusledningen beslutade att besparingarna bara kunde ske genom att minska på personalen, trots att man redan var underbemannade«, skrev utredaren Robert Francis, och »medarbetarnas oro ignoreras tragiskt nog«.

Både nuvarande premiärminister David Cameron och hans föregångare Gordon Brown har bett om ursäkt för det inträffade. ■

Kvinnor och äldre mest positiva till Läkarförbundet

Bara knappt 40 procent av medlemmarna i Sveriges läkarförbund är nöjda med sitt medlemskap i förbundet. Ändå är det nästan 60 procent som skulle rekommendera en kollega att bli medlem.

Läkarförbundet har låtit göra en medlemsundersökning via en webbenkät riktad till ett stratifierat urval om drygt 3 000 medlemmar. Endast ungefär en tredjedel valde att svara, men enligt Läkarförbundets statistiker Åsa Jaktlund är resultaten ändå intressanta eftersom gruppen som svarade är lika representativ som den ursprungligen tillfrågade gruppen.

Missnöjet med förbundet är mer utbrett bland männen, och det var också färre av dem som svarade att det var

mycket sannolikt att de skulle rekommendera medlemskap till en kollega. Samma förhållande gällde för äldre, som var mer nöjda än yngre medlemmar.

De allra flesta, 87 procent, svarade dock att det var ganska eller helt säkert att de kommer att fortsätta att vara medlemmar de närmaste åren. Kvinnor, äldre och offtentliganställda var mer säkra på sin framtid som medlemmar i Sveriges läkarförbund.

Av dem som var nöjda med sitt medlemskap i Läkarförbundet var det fler som kände till dess verksamhet.

69 respektive 67 procent instämde i påståendena att Läkarförbundet är en professionell respektive kunnig organisation. Endast 35 procent ansåg att organisatio-

nen är öppen för medlemmarnas åsikter, och i den frågan var det 21 procent som inte visste.

De som är anställda i kommuner och landsting och de som inte är chefer är medlemmar i Läkarförbundet framför allt för att det genomför kollektivavtals och arbetsvillkorsförhandlingar. Av de egna företagarna är ungefär hälften medlemmar för att förbundet driver påverkansarbete för läkare i framtidens hälso- och sjukvård.

De som svarade på undersökningen var mest nöjda med den juridiska rådgivningen och stödet och medlemsförmåner som Läkartidningen. Mest svala i sina omdömen var de i förhållande till förbundets medlemsträffar, event och nätverk.

Sara Gunnarsdotter

Emma Furberg ny MSF-ordförande

MSF, Medicine studerandes förbund, har fått en ny ordförande. Hon heter Emma Furberg och valdes av MSF:s fullmäktige i mitten av mars.



Emma Furberg

Emma Furberg läser vid läkarprogrammet i Umeå och var till nyligen ordförande i MSF:s lokalavdelning där. Som ordförande för MSF efterträder hon Isabella Kongstad. ■

SFAM ställer sig bakom förslag om totalförbud mot rökning

Svensk onkologisk förening argumenterade nyligen på DN Debatt för ett totalförbud mot rökning från 2025. I Läkartidningen nr 4/2013 förespråkade företrädare för Läkare mot tobak en »bortre parentes« för tobaksrökning. Även allmänmedicinarna hakar nu på kraven på att fasa ut tobaksrökning helt och hållet.

Parlamenten i Finland och Nya Zeeland har fattat beslut om att tobaksrökning inte längre ska vara tillåtet från 2040 respektive 2025. Nu höjs flera röster för att Sverige borde gå samma väg.

Karin Träff Nordström, ordförande i Svensk förening för allmänmedicin, SFAM, säger att föreningens styrelse ställer sig bakom kravet.

– Det är ju alltid kontroversiellt med förbud, men vi stöder det.

Karin Träff Nordström säger att det är bra att folkhälsofrågorna och levnadsvanefrågorna är på dagordningen men hon tycker att ansvaret felaktigt lagts på vården i form av enkäter och frågor till patienter om bland annat huruvida de röker eller inte.

– Fokus hamnar på fel ställe, vi tycker att det är ett samhällsproblem som vi önskar att politiker och styrande skulle ta ett större ansvar för. Om man nu vill komma åt rökningen, vilket man vill, så hade ett förbud varit en väldigt tydlig markering från samhället att det här är en verklig hälsofara.

Sara Gunnarsdotter



Illustration: Colourbox

LÄS MER En längre version av artikeln finns på Läkartidningen.se

Avlövad proposition om missbruksvården

Ett lagstadgat krav på kommuner och landsting att samarbeta om missbruksvården. Det är det tyngsta förslaget när regeringen nu lagt sin proposition utifrån Missbruksutredningen. Fler-talet av utredningens förslag lämnas utan åtgärd.

Missbruksutredningen lades fram i april 2011 och innehöll flera förslag till stora förändringar av beroendevården, bland annat att samla huvudmannaskapet hos landstingen och att införa en skärpt vårdgaranti. Men i samband med lagrådsremissen i januari stod det klart att regeringen säger nej till detta (se LT nr 6/2013).

Propositionen, som beslutades av regeringen den 14

mars, bekräftar den bilden. Som det viktigaste förslaget presenteras ändringar i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen, som innebär att kommuner och landsting blir skyldiga att ingå överenskommelser om samarbete kring personer med missbruks- eller beroendeproblem.

Nu ska propositionen behandlas av riksdagen, och regeringen hoppas att de nya bestämmelserna ska träda i kraft redan den 1 juli 2013.

Inom professionen har Missbruksutredningens förslag mottagits i huvudsak positivt. I en debattartikel i Svenska Dagbladet, skriven av bland andra Läkarförbundets ordförande Marie Wedin och Psykologförbundets ord-



Foto: Colourbox

Kommuner och landsting ska samarbeta om missbruksvården.

förande Lars Ahlin, uttrycker de sin besvikelse över lagrådsremissen:

»Regeringen har misslyckats med att ta detta tillfälle att forma framtidens beroendevård«, skriver de. »Vi vädjar nu till riksdagens ledamöter från alla partier att ta ansvar för en välbehövlig modernisering av beroendevården.«

Miki Agerberg

Patientsäkerhetsprofessor provocerar:

»Sluta rapportera avvikelser«

»Ni måste sluta rapportera avvikelser, det är inte produktivt, det hjälper inte, det ger ett falskt intryck av framsteg.«

I samband med sitt fullmäktigemöte den 15 mars anordnade Sjukhusläkarförbundet ett seminarium om systemfel som hotar patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsprofessorn vid KTH, Richard Cook, var en uppskattad humoristiskt och utmanande huvudtalare och genererade fniss och applåder när han deklarerade att han är ledare för »Sluta-rapportera-kampanjen« här i Sverige. Han sa bland annat att rapporterandet pågått tillräckligt länge nu för att beslutsfattare ska ha listat ut vad som behöver göras.

– Det finns inte något tillräckligt, det kommer aldrig att finnas tillräckligt med data. Det finns cirka 70 000 rapporter i systemet nu. Hur många behövs. 80 000? 100 000? Kom igen, inget kommer att hända med dem. Det är något vi gör för att lät-

sas att vi gör framsteg.

Han jämförde rapportering med magiska bönor som säljs till naiva turister i jakt på tur och lycka.

– Men säkerhet är inte magiska bönor. Det mesta vi talar om när det gäller säkerhet handlar om »magiska bönor«. Checklistor. Avvikelse-rapporteringssystem. Utbildning. IT. De är bara nonsens. Om någon kom fram till dig på gatan och erbjöd dig att köpa dessa saker så skulle du inte gå på det. Men vi gör detta rutinmässigt i våra hälsovårdssystem.

Richard Cook uppmanade var och en i auditoriet gå och ställa sig på en akutmottagning där man inte är igenkänd i en timme.

– Jag utmanar er att göra detta! Stå bara där helt tyst och bara observera vad som sker. Det som du kommer att se är kaos. Det finns inget som reliabilitet, stabilitet och kontroll. Tvärtom ser du dynamik, aktiviteter som hela tiden ändras, tempo som skiftar.

Vad som fungerar i den



Foto: Staffan Larsson

Richard Cook, patientsäkerhetsprofessor vid KTH.



Rickard Cook tänker sig en rockknapp för sin Sluta-rapportera kampanj. »Om ni ser någon på sjukhuset som bär märket så ska ni gratulera dem till att ha anslutit sig till kampanjen.«

världen är inte regler, policyer, rutiner och övningar.

Även säkerhetskampanjer

och deras företrädare fick sin släng av slevan:

– De är nästan komplett värdelösa. De sätter upp affischer i korridoren och samlar människor för att prata om hur viktigt det är med säkerhet. Det är generande för de har egentligen inget att erbjuda. Om någon av er hade något att bidra med för att förbättra säkerhetssituationen så skulle ni ju göra det i stället för att ha möten och sätta upp affischer.

Richard Cook lade till att han ofta blir ombedd att komma och tala i samband med patientsäkerhetssatsningar och att han då berättar allt det här.

– Jag blir nästan aldrig inbjuden att komma tillbaka ...

Sara Gunnarsdotter



Läkare ska bli bättre på att följa vapenlagen

»En läkare som bedömer att en patient av medicinska skäl är olämplig att inneha skjutvapen ska omedelbart anmäla detta till polismyndigheten«.

Det anges i vapenlagen. Men 2006 konstaterade Socialstyrelsen att lagen inte tillämpas i den utsträckning som den borde. Enligt Socialstyrelsen berodde det framför allt på att vårdgivarna inte hade tagit ansvar för att genomföra bestämmelsen i sina organisationer. Enligt Justitiedepartementet finns indikationer på att det är så

fortfarande även om det inte finns någon statistisk som visar den årliga anmälningsfrekvensen.

Men nu ska det bli ändring. Justitiedepartementet har givit Rikspolisstyrelsen och Socialstyrelsen i uppdrag att

analysa vad som kan göras för att säkerställa att regelverket följs och därefter vidta lämpliga åtgärder. Socialstyrelsen ska också ta fram riktlinjer för vilka medicinska skäl som kan göra en person olämplig att inneha skjutvapen enligt lagen.

Rikspolisstyrelsen ska ta fram statistik för antalet anmälningar under 2012 och se till att sådana uppgifter sammanställs årligen framöver.

Den 1 november ska uppdragen redovisas för departementet.

Sara Gunnarsdotter

■ ANMÄLNINGSSKYLDIGHET ENLIGT VAPENLAGEN (1996:67) KAPITEL 6

6 § En läkare som bedömer att en patient av medicinska skäl är olämplig att inneha skjutvapen ska omedelbart anmäla detta till polismyndigheten på den ort där patienten är folkbokförd. Anmälan behöver inte göras om det med hänsyn till omständigheterna står klart för läkaren att patienten inte har

tillstånd att inneha skjutvapen.

Den anmälningskyldighet som läkare har enligt första stycket gäller även i fråga om en person som genomgår rättspsykiatrisk undersökning eller utredning enligt 7 § lagen (1991:2041) om särskild personutredning i brottmål, m.m. Lag (2012:306). ■

PATIENTSÄKERHET ÄRENDEN

Fingret fick amputeras efter kortisoninjektion

En blödning med cirkulationspåverkan som inte gick tillbaka uppstod oväntat efter en kortisoninjektion i ett lillfinger. Fingret fick amputeras partiellt. Socialstyrelsen är kritisk till att läkaren inte kontaktade ortoped/handkirurg för konsultation trots att patienten återkom med sina besvär till honom. (Soc 9.2-59453/2012)

En kvinna i 70-årsåldern hade problem med värk i fingerlederna. Kortisoninjektioner hade tidigare gett symtomlindring och hon kom nu till vårdcentralen för att upprepa detta. Lederna bedömdes vara påverkade av artros och invid lederna fanns synliga uppdrivningar. Patienten fick då injektion med metylprednisolon 0,5 ml i PIP-leden i ena handens ringfinger och i DIP-leden i lillfingret på samma hand.

Av journalanteckningarna framkommer inget avvikande under eller omedelbart efter injektionen. Både patienten och läkaren såg dock att lillfingrets distala falang vitnade.

Läkaren meddelade patienten att det troligtvis uppkommit en blödning och att hon skulle vända sig till vårdcentralen igen om inte fingertoppen återfick sin normala färg. Det fick den inte, utan två dagar senare återkom patienten till vårdcentralen. Hon hade haft mycket ont efter injektionen. Hon fick träffa distriktsköterska, och i korridoren blev hon påtittad av den läkare som gjort injektionen. Han såg då att fingret inte ändrat färg och bedömde att tillståndet inte skulle gå att påverka utan meddelade patienten att hon skulle avvakta spontanförloppet. Den konsultationen

journalfördes dock inte.

Efter ytterligare tre dagar kom patienten tillbaka och fick då träffa en annan läkare som bedömde att patienten fått en blödning i lillfingret, som var missfärgat, svullet och saknade känsl.

Patienten remitterades till ortopedklinik samma dag där man fann att cirkulationen i fingret var upphävd distalt. Två dagar senare förelåg nekros distalt i fingret och en knapp vecka senare genomfördes en partiell amputation efter vävnadsdemarkation i nivå med PIP-leden.

Händelsen anmäldes till Socialstyrelsen enligt lex Maria; även patienten själv har anmält händelsen.

Läkaren som injicerade kortisonet skriver att den blödning som uppkom i lillfingret, som

orsakade en cirkulationsstörning, inte kunde vare sig förutses eller förebyggas. Det håller Socialstyrelsen med om.

Socialstyrelsen skriver att man inte vet om en annan handläggning hade förändrat tillståndets utveckling men anser ändå att läkaren borde ha beaktat doseringsrekommendationer för småleder för det aktuella läkemedlet. Han borde även aktivt ha kontrollerat att den oväntade och uppenbart grava cirkulationsstörningen gick tillbaka. Om så inte skedde borde han ha tagit kontakt med ortoped eller handkirurg för konsultation.

Socialstyrelsen är också kritisk till att läkaren inte dokumenterade sina överväganden och ställningstaganden i journalen. ■

Tarmvred syns inte alltid på skiktröntgen

Om patientens symtom och den kliniska bilden pekar på tarmvred bör man överväga akut operation även om inte datortomografi bekräftar diagnosen. (Soc 9.3.1-5269/2011)

En kvinna som tidigare genomgått appendektomi sökte vård på sjukhuset på grund av kraftiga intervallsmärtor i buken efter måltid. Hon hade också kräkt. Såväl LPK som CRP var förhöjt. En akut DT-undersökning av buken gjordes, men eftersom denna var negativ beträffande ileus så valde man att avvakta. Man hade dock hittat en cysta i vänster äggstock. Efter två dygn gjordes ytterligare en DT eftersom patienten var fortsatt smärtpåverkad. Man fann då vätska i buken samt en paralybild och en förändring vid ena äggstocken. Patienten flyttades till kvinnokliniken för operation. Då man fann nekrotisk tunntarm tillkallades kirurg som tog över operationen. Cirka 20 cm av tunntarmen som var helt nekrotisk fick tas bort, och ytterligare cirka 50 cm uppvisade inflammato-

riska förändringar. Efter cirka en vecka på sjukhuset kunde patienten skrivas ut.

Händelsen har anmälts till Socialstyrelsen enligt lex Maria. Vårdgivaren skriver att patienten hade typiska symtom på tarmvred och skulle ha opererats direkt efter den första DT-undersökningen trots att den inte bekräftade diagnosen. Kanske hade man då inte behövt ta bort 20 cm av tunntarmen.

Enligt händelseanalysen är det viktigt att i samband med tarmvred med cirkulationsstörning i tarmen vara medveten om att DT kan ge ett falskt negativt besked. Därför bör man låta patientens symtom och undersökningsfynden vara avgörande inför beslut om operation.

Socialstyrelsen håller med om de slutsatserna och är kritisk till att man avvaktade i mer än två dygn till operation. ■

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