

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 låt-

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 slev:

– 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 känsel.

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